

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Pengetahuan

2.1.1 Pengertian

Pengetahuan adalah hasil tahu dari manusia yang sekedar menjawab pertanyaan "apa". Apabila pengetahuan mempunyai sasaran tertentu, mempunyai metode atau pendekatan untuk mengkaji obyek tertentu sehingga memperoleh hasil yang dapat disusun secara sistematis dan diakui secara umum, maka terbentuklah disiplin ilmu. (Notoatmojo, 2007).

Pengetahuan adalah merupakan hasil mengingat suatu hal, termasuk mengingat kembali kejadian yang pernah dialami baik secara sengaja maupun tidak sengaja dan ini terjadi setelah orang melakukan kontak atau pengamatan terhadap suatu obyek tertentu (Mubarok, dkk, 2007).

Pengetahuan adalah merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia, yakni indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga (Notoatmodjo, 2014).

2.1.2 Tingkat Pengetahuan

Pengetahuan yang mencakup dalam domain kognitif mempunyai 6 tingkatan (Notoatmodjo, 2014).

1. Tahu (*know*)

Tahu artinya sebagai pengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk di dalam pengetahuan ini adalah mengingat kembali (*recall*) terhadap sesuatu yang spesifik dari seluruh badan yang dipelajari / rangsangan yang diterima. Oleh sebab itu, “tahu” ini adalah merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah. Kata kerja untuk mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang dipelajari antara lain menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan dan sebagainya.

2. Memahami (*Comprehension*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemauan menjelaskan secara benar tentang obyek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi secara benar. Orang yang lebih paham terhadap obyek atau materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, meramalkan, menyimpulkan, dan sebagainya terhadap obyek yang dipelajari.

3. Aplikasi (*Aplication*)

Aplikasi diartikan sebagai suatu kemampuan menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi riil (sebenarnya). Aplikasi di sini dapat diartikan aplikasi atau penggunaan hukum-hukum, rumusan, metode, prinsip, dan sebagainya dalam konteks atau situasi yang lain.

4. Analisa (*Analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu obyek dalam komponen-komponen, tetapi masih di dalam suatu struktur organisasi tersebut, dan masih ada kaitannya satu sma lain. Kemampuan analisis ini dapat dilihat dari penggunaan tatanan kerja. Dapat

menggambarkan (membuat bagan), membedakan, memisahkan, mengelompokkan.

5. Sintesis (*Syintetis*)

Sintesis menunjukkan kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari informasi-informasi yang ada. Misalnya, menyusun, merencanakan, menghasilkan, menyesuaikan, terhadap suatu teori atau rumusan yang telah ada.

6. Evaluasi

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penelitian terhadap suatu materi atau obyek. Penelitian-penelitian itu berdasarkan suatu kriteria-kriteria yang telah ada.

2.1.3 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan

Menurut Widianti (2007), faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan antara lain:

1. Tingkat Pendidikan

Pendidikan dapat membawa wawasan atau pengetahuan seseorang secara umum, seseorang yang berpendidikan lebih tinggi akan mempunyai pengetahuan yang lebih luas dibanding dengan seseorang yang tingkat pendidikannya rendah.

2. Pengalaman

Pengalaman dapat diperoleh dari pengalamannya sendiri maupun orang lain. Pengalaman yang sudah diperoleh dapat memperluas pengetahuan seseorang.

3. Fasilitas

Fasilitas sebagai sumber informasi yang dapat mempengaruhi pengetahuan seseorang misalnya radio, televisi, majalah, koran dan buku.

4. Penghasilan

Penghasilan tidak berpengaruh langsung terhadap pengetahuan seseorang. Namun bila seseorang berpenghasilan cukup besar maka ia akan mampu untuk menyediakan atau membeli fasilitas sumber informasi.

5. Sosial budaya

Kebudayaan setempat dan kebiasaan dalam keluarga dapat mempengaruhi persepsi dan sikap seseorang terhadap sesuatu.

6. Keyakinan

Biasanya diperoleh secara turun temurun dan tanpa adanya pembuktian terlebih dahulu. Keyakinan ini bisa mempengaruhi pengetahuan seseorang, baik keyakinan itu sifatnya positif maupun negatif.

2.1.4 Sumber Pengetahuan Masyarakat

Menurut Notoatmodjo (2014) sumber pengetahuan masyarakat adalah:

1. Tradisi

Tradisi adalah suatu dasar pengetahuan dimana setiap orang tidak dianjurkan untuk memulai mencoba memecahkan masalah. Akan tetapi tradisi adalah suatu dasar pengetahuan dimana setiap orang tidak dianjurkan untuk memulai mencoba memecahkan masalah. Akan tetapi tradisi mungkin terdapat kendala untuk kebutuhan manusia karena beberapa tradisi begitu melekat sehingga validitas, manfaat, dan

kebenarannya tidak pernah dicoba diteliti. Disamping itu tradisi tidak cocok dengan keadaan masyarakat Indonesia yang menjunjung tinggi demokrasi.

2. Autoritas

Dalam masyarakat yang semakin majemuk, adanya suatu autoritas seseorang dengan keahlian tertentu. Ketergantungan terhadap suatu autoritas tidak dapat dihindarkan karena kita tidak dapat secara otomatis menjadi seorang ahli dalam mengatasi setiap permasalahan yang dihadapi. Akan tetapi, seperti halnya tradisi, jika keahliannya tergantung dari pengalaman pribadi, sering pengetahuannya tidak teruji secara ilmiah.

3. Pengalaman Seseorang

Kita semua memecahkan suatu permasalahan berdasarkan observasi dan pengalaman sebelumnya, dan ini merupakan pendekatan yang penting dan bermanfaat. Kemampuan untuk menyimpulkan, mengetahui aturan, dan membuat prediksi berdasarkan observasi adalah penting bagi pola penalaran manusia. Akan tetapi, pengalaman individu tetap mempunyai keterbatasan pemahaman: pengalaman mempunyai:

- a. Setiap pengalaman seseorang mungkin terbatas untuk membuat kesimpulan yang valid tentang situasi.
- b. Pengalaman seseorang diwarnai dengan penilaian yang bersifat obyektif.

4. *Trial dan Error*

Kadang-kadang kita memecahkan suatu permasalahan keberhasilan kita dalam menggunakan alternative pemecah melalui “coba dan salah”. Meskipun pendekatan ini untuk beberapa masalah lebih praktis, sering tidak efisien. Metode ini cenderung ke suatu risiko yang tinggi, penyelesaiannya untuk beberapa hal mungkin “*idiosyentric*” (pemikiran untuk kontak atau berhubungan).

5. Alasan yang logis

Kita sering menyelesaikan suatu masalah berdasarkan proses pemikiran yang logis. Pemikiran ini merupakan komponen yang penting dalam pendekatan ilmiah, akan tetapi alasan yang rasional sangat terbatas karena validitas alasan deduktif tergantung dari informasi dimana seseorang memulai, dan alasan tersebut mungkin tidak efisien untuk mengevaluasi akurasi permasalahan.

6. Metode Ilmiah

Pendekatan ilmiah adalah pendekatan yang paling tepat untuk mencari suatu kebenaran karena didasari pada pengetahuan yang terstruktur dan sistematis serta didalam menyimpulkan dan menganalisa datanya didasarkan pada prinsip validitas dan reabilitas. Metode ini jika dikombinasi dengan pemikiran yang logis baik dengan pendekatan induktif maupun deduktif, sehingga akan mampu menciptakan suatu *system problem solving* yang lebih akurat dan tepat daripada tradisi, autoritas, pengalaman, trial dan error (Nursalam, 2003).

2.2 Konsep perilaku

2.3.1 Pengertian Perilaku

Menurut Perilaku manusia pada hakikatnya adalah suatu aktivitas dari pada manusia itu sendiri, perilaku juga adalah apa yang dikerjakan oleh organisme tersebut, baik dapat diamati secara langsung atau tidak langsung. Dan hal ini berarti bahwa perilaku terjadi apabila ada sesuatu yang diperlukan untuk menimbulkan reaksi yakni yang disebut rangsangan, dengan demikian suatu rangsangan tertentu akan menghasilkan reaksi perilaku tertentu (Notoatmodjo, 2007).

Menurut Gochman (1988) yang dikutip Lukluk (2008) Di Indonesia istilah perilaku kesehatan sudah lama dikenal dalam 15 tahun terakhir ini konsep di bidang perilaku yang berkaitan dengan kesehatan ini sedang berkembang dengan pesatnya, khususnya dibidang antropologi medis dan kesehatan masyarakat. Istilah ini dapat memberikan pengertian bahwa kita hanya berbicara mengenai perilaku yang secara sengaja dilakukan dalam kaitanya dengan kesehatan. Kenyataanya banyak sekali perilaku yang dapat mempengaruhi kesehatan, bahkan seandainya seseorang tidak mengetahuinya, atau melakukannya dengan alasan yang sama sekali berbeda.

2.2.2 Prosedur Pembentukan Perilaku

Menurut Notoatmodjo (2010) demi terbentuknya jenis respon atau perilaku ini perlu diciptakan adanya suatu kondisi tertentu yang disebut *operant conditioning*. Prosedur pembentukan perilaku dalam *operant conditioning skinner* adalah:

1. Melakukan identifikasi tentang hal-hal yang merupakan penguat atau *reinforcer* berupa hadiah-hadiah atau *rewards* bagi perilaku yang akan dibentuk.
2. Melakukan analisis untuk mengidentifikasi komponen-komponen kecil yang membentuk perilaku yang dikehendaki. Kemudian komponen-komponen tersebut disusun dalam urutan yang tepat untuk menuju kepada terbentuknya perilaku yang dimaksud.
3. Dengan menggunakan secara urut komponen-komponen tersebut sebagai tujuan sementara untuk mengidentifikasi *reinforcer* atau hadiah untuk masing-masing komponen tersebut.
4. Melakukan pembentukan pribadi dengan menggunakan urutan komponen yang telah tersusun itu.

2.2.3 Bentuk Perilaku

Menurut Notoatmodjo (2010) secara lebih operasional, perilaku dapat diartikan suatu respon organisme terhadap rangsangan dari luar subyek tersebut. Respon ini dapat berbentuk dua macam:

1. Bentuk pasif adalah respon internal, yaitu terjadi di dalam diri individu dan tidak dapat langsung dilihat oleh orang lain, seperti berpikir, tanggapan atau sikap batin dan pengetahuan. Perilakunya sendiri masih terselubung yang disebut *covert behavior*.
2. Bentuk aktif adalah apabila itu jelas dapat di observasi secara langsung. Perilaku di sini sudah tampak dalam bentuk tindakan nyata yang disebut *overt behavior*.

2.2.4 Perilaku Kesehatan

Menurut Notoatmodjo (2007) perilaku kesehatan adalah suatu respons seseorang (organisme) terhadap stimulus yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan serta lingkungan. Secara lebih rinci, perilaku kesehatan tersebut mencakup :

1. Perilaku seseorang terhadap sakit dan penyakit yaitu bagaimana manusia merespon baik secara pasif (mengetahui, bersikap dan mempersepsikan penyakit dan rasa sakit yang ada pada dirinya dan di luar dirinya, maupun aktif (tindakan) yang dilakukan sehubungan dengan penyakit dan sakit tersebut. Perilaku terhadap sakit dan penyakit ini dengan sendirinya sesuai dengan tingkat-tingkat pencegahan penyakit. yaitu:
 - a. Perilaku sehubungan dengan peningkatan dan pemeliharaan kesehatan (*health promotion behavior*).
 - b. Perilaku pencegahan penyakit (*health prevention behavior*) adalah respon untuk melakukan pencegahan penyakit.
 - c. Perilaku pencegahan dengan pencarian pengobatan (*health seeking behavior*) yaitu perilaku untuk melakukan atau mencari pengobatan.
 - d. Perilaku sehubungan dengan pemulihan kesehatan (*health rehabilitation behavior*) yaitu perilaku yang berhubungan dengan usaha-usaha pemulihan kesehatan setelah sembuh dari suatu penyakit.
2. Perilaku terhadap sistem pelayanan kesehatan, adalah respon seseorang terhadap sistem pelayanan kesehatan baik secara pelayanan kesehatan modern atau tradisional.

3. Perilaku terhadap makanan (*nutrition behaviour*) yakni respon seseorang terhadap makanan sebagai kebutuhan vital bagi kehidupan.
4. Perilaku terhadap lingkungan kesehatan (*environmental health behavior*) adalah respon terhadap lingkungan sesuai determinan kesehatan manusia.

Menurut Notoatmodjo (2010) proses pembentukan dan atau perubahan. perilaku dipengaruhi oleh beberapa faktor yang berasal dari dalam dan dari luar individu itu sendiri. Faktor-faktor tersebut antara lain: susunan saraf pusat, persepsi, motivasi, emosi, proses belajar, dan lingkungan. Menurut Notoatmodjo (2007) faktor-faktor yang mempengaruhi terbentuknya perilaku dibedakan menjadi dua, yakni faktor intern dan ekstern. Faktor intern mencakup: pengetahuan, kecerdasan, persepsi, emosi, motivasi, dan sebagainya yang berfungsi untuk mengolah rangsangan dari luar. Sedangkan faktor ekstern meliputi lingkungan sekitar, baik fisik maupun non fisik seperti iklim, manusia, sosial ekonomi, kebudayaan dan sebagainya.

Becker (2001) dalam Notoatmodjo (2007) mengajukan klasifikasi perilaku yang berhubungan dengan kesehatan (*health related behavior*) sebagai berikut:

1. Perilaku kesehatan (*health behavior*) yaitu hal-hal yang berkaitan dengan tindakan atau ketaatan seseorang dalam memelihara dan meningkatkan kesehatannya.
2. Perilaku sakit (*illness behaviour*) yakni segala tindakan atau kegiatan yang dilakukan oleh seseorang individu yang merasa sakit. untuk merasakan dan mengenal keadaan kesehatannya atau rasa sakit.

3. Perilaku peran sakit (*the sick role behavior*) yaitu segala tindakan atau kegiatan yang dilakukan oleh individu yang sedang sakit untuk memperoleh kesembuhan.

Seorang ahli pendidikan Rogers (2000) Notoatmodjo (2007) penelitiannya mengungkapkan bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru (berperilaku peran) di dalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan yakni:

1. *Awareness* (kesadaran), di mana seseorang tersebut menyadari dalam arti mengetahui terlebih dahulu stimulus/obyek.
2. *Interest* (merasa tertarik) terhadap stimulus atau obyek tertentu.
3. *Evaluation* (menimbang-nimbang) terhadap baik dan tidaknya stimulus tersebut.
4. *Trial*, subyek mulai mencoba melakukan sesuatu dengan apa yang dikehendaki oleh stimulus.
5. *Adaptation*, subyek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran, dan sikapnya terhadap stimulus

(Notoatmodjo, 2007).

2.2.5 Model Atau Teori Perilaku

Menurut beberapa Iswara (2007) model atau teori perilaku dibedakan menjadi 7 yaitu:

1. Model Kepercayaan Kesehatan (*Health Belief Model*)

Model kepercayaan kesehatan sangat dekat dengan bidang pendidikan kesehatan. *Rosenstock* menganggap bahwa perilaku kesehatan merupakan fungsi dari pengetahuan maupun sikap. Secara

husus model ini menegaskan bahwa persepsi seseorang tentang kerentanan dan kemujaraban pengobatan dapat mempengaruhi keputusan seseorang dalam perilaku kesehatannya. Menurut model kepercayaan kesehatan (Becker, 2001) Notoatmodjo (2007) perilaku ditentukan oleh apakah seseorang:

- a. Percaya bahwa mereka rentang terhadap masalah kesehatan tertentu
- b. Menganggap bahwa masalah ini serius
- c. Meyakini efektifitas tujuan pengobatan dan pencegahan
- d. Tidak mahal
- e. Menerima anjuran untuk mengambil tindakan kesehatan.

2. Model Komunikasi Atau Persuasi (*Communication Or Pertuation Model*)

Model komunikasi atau persuasi bahwa komunikasi dapat dipergunakan untuk mengubah sikap dan perilaku kesehatan yang secara langsung terkait dalam ranlai kausal yang sama. Efektitas upaya komunikasi yang diberikan bergantung pada berbagai input (Stimulus) serta output (tanggapan terhadap stimulus). Variabel input meliputi: sumber pesan, pesan itu sendiri, saluran penyampai, karakteristik penerima serta tujuan pesan-pesan tersebut. Variabel *output* merujuk pada perubahan dalam faktor kognitif tertentu, seperti pengetahuan, sikap, pembuat keputusan dan juga perilaku-perilaku yang dapat di observasi.

3. Teori Aksi Beralasan (*Theory Of Reasoned Action*)

Teori aksi beralasan dari niat seseorang dalam menentukan apakah sebuah perilaku akan terjadi. Teori ini secara tidak langsung

menyatakan bahwa perilaku pada umumnya mengikuti niat dan tidak akan pernah terjadi tanpa niat. Niat seseorang juga dipengaruhi oleh sikap terhadap suatu perilaku.

4. Model Transteoritik (*Transtheoretical Model*)

Model Transteoritik (model bertahap, *stages of change*), sesuai namanya, mencoba menerangkan serta mengukur perilaku kesehatan dengan tidak bergantung pada perangkat teoritik tertentu. Model transteori sejalan dengan teori-teori rasional atau teori pembuatan keputusan dan teori ekonomi yang lain, terutama dalam mendasarkan diri pada proses kognitif untuk menjelaskan perubahan perilaku.

5. *Precede Or Proceed Model*

Green dan rekan-rekannya mengembangkan *precede or proceed* model, dan sekarang terkenal untuk merencanakan program pendidikan kesehatan meskipun model ini mendasarkan diri pada model kepercayaan kesehatan dan sistem konseptual lain, namun model *precede* merupakan model sejati yang lebih mengarah pada upaya pragmatik mengubah perilaku kesehatan dari sekedar upaya pengembangan teori. Green menganalisis kebutuhan kesehatan komunitas dengan cara menetapkan 5 diagnosis yang berbeda yaitu diagnosis sosial, diagnosis epidemiologi, diagnosis perilaku, diagnosis pendidikan dan diagnosis administrasi atau kebijakan.

6. Difusi Inovasi

Model Difusi inovasi melalui peran agen perubahan dalam lingkungan sosial. Oleh karena itu mengambil fokus yang akan terpisah dari individu sasaran utama.

7. Teori Pemahaman Sosial (*Social Learning Theory*)

Teori pemahaman sosial menekankan pada hubungan segitiga antara orang (menyangkut proses kognitif), perilaku dan lingkungan dalam suatu proses *deterministik* (kausalitas resiprokal). Teori pemahaman sosial menjembatani jurang pemisah antara model kognitif atau model yang berorientasi pada pembuatan keputusan rasional dengan teori-teori lain di atas.

2.2.6 Bentuk-Bentuk Perilaku

Bentuk perubahan perilaku sangat bervariasi sesuai dengan konsep yang digunakan para ahli, dalam pemahamannya terhadap perilaku. Menurut Sunaryo (2004) dalam Prastyo (2014) perubahan perilaku dikelompokkan menjadi 3 jenis yakni:

1. Perubahan alamiah (*natural change*)
2. Perubahan rencana (*planned change*)
3. Kesiapan untuk berubah (*readiness to change*)

2.2.7 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Perilaku

Menurut Sunaryo (2004) dalam Prastyo (2014) faktor yang mempengaruhi perilaku dibedakan menjadi 2 yaitu faktor genetik atau faktor endogen dan faktor eksogen atau faktor dari luar individu. Faktor genetik atau faktor endogen perilaku dipengaruhi oleh: jenis ras, jenis

kelamin, sifat fisik, sifat kepribadian, bakat bawaan, dan intelegensi. Faktor eksogen atau faktor dari luar individu yang mempengaruhi perilaku antara lain: faktor lingkungan, pendidikan, agama, sosial ekonomi, kebudayaan, dan faktor lain (susunan saraf pusat, persepsi, dan emosi).

2.2.8 Domain Perilaku

Menurut Bloom, seperti dikutip Notoatmodjo (2010), membagi perilaku dalam 3 *domain* (ranah/kawasan), yang terdiri dari kognitif (*kognitif*), afektif (*affective*), dan psikomotor (*psicomotor*).

Dalam perkembangan selanjutnya oleh para ahli pendidikan dan untuk kepentingan pengukuran hasil, ketiga domain itu diukur dari :

1. *Cognitive domain* diukur dari pengetahuan (*knowledge*)

Pengetahuan adalah hasil penginderaan manusia, atau hasil tahu seseorang terhadap obyek melalui indera yang dimilikinya (mata, hidung, telinga, dan sebagainya). Dengan sendirinya pada waktu penginderaan sehingga menghasilkan pengetahuan tersebut sangat dipengaruhi oleh intensitas perhatian dan persepsi terhadap obyek. Sebagian besar pengetahuan seseorang diperoleh melalui indra pendengaran (telinga) dan indra penglihatan (mata).

Pengetahuan seseorang terhadap obyek mempunyai intensitas atau tingkat yang berbeda. Secara garis besarnya dibagi dalam 6 tingkat pengetahuan, yakni:

- a. Tahu (*know*): tahu diartikan hanya sebagai *recall* (memanggil) memori yang telah ada sebelumnya setelah mengamati sesuatu.
- b. Memahami (*comprehension*): memahami suatu obyek bukan sekedar

tahu terhadap obyek tersebut, tidak sekedar dapat menyebutkan, tetapi orang tersebut harus dapat menginterpretasikan secara benar tentang obyek yang diketahui tersebut.

- c. Aplikasi (*application*): aplikasi diartikan apabila orang-orang yang telah memahami obyek yang dimaksud dapat menggunakan atau mengaplikasikan prinsip yang diketahui tersebut pada situasi yang lain.
- d. Analisis (*analysis*): kemampuan seseorang untuk menjabarkan dan atau memisahkan, kemudian mencari hubungan antara komponen yang terdapat dalam suatu masalah atau obyek yang diketahui. Indikasi bahwa pengetahuan seseorang itu sudah sampai pada tingkat analisis adalah apabila telah dapat membedakan atau memisahkan, mengelompokkan, membuat diagram terhadap pengetahuan atau obyek tersebut.
- e. Sintesis (*synthesis*): suatu kemampuan seseorang untuk merangkum atau meletakkan dalam satu hubungan yang logis dari komponen pengetahuan yang dimiliki. Dengan kata lain sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi yang telah ada.
- f. Evaluasi (*evaluation*): berkaitan dengan kemampuan seseorang untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu obyek tertentu. Penilaian ini dengan sendirinya didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau norma yang berlaku di masyarakat.

2. *Affective domain* diukur dari sikap (*attitude*)

Sikap merupakan suatu sindrom atau kumpulan gejala dalam merespon stimulus atau obyek. Sehingga sikap melibatkan pikiran, perasaan dan perhatian serta gejala kejiwaan yang lain. Sikap mempunyai tiga komponen pokok:

- a. Kepercayaan (keyakinan), ide, konsep terhadap suatu obyek, artinya bagaimana keyakinan, pendapat atau pemikiran seseorang terhadap obyek.
- b. Kehidupan emosional atau evaluasi terhadap suatu obyek, artinya bagaimana penilaian (terkandung di dalamnya faktor emosi) orang tersebut terhadap obyek.
- c. Kecenderungan untuk bertindak (*tend to behave*), artinya sikap adalah merupakan komponen yang mendahului tindakan atau perilaku terbuka. Sikap adalah merupakan rencana untuk bertindak atau berperilaku terbuka (tindakan).

Ketiga komponen tersebut diatas secara bersama-sama membentuk sikap yang utuh (*total attitude*). Sikap juga mempunyai tingkat berdasarkan intensitasnya, yakni:

- a. Menerima (*receiving*): menerima diartikan bahwa orang atau obyek mau menerima stimulus yang diberikan (obyek).
- b. Menanggapi (*responding*): memberikan jawaban atau tanggapan terhadap pertanyaan atau obyek yang dihadapi.
- c. Menghargai (*valuing*): subyek atau seseorang memberikan nilai yang positif terhadap obyek atau stimulus, dalam arti membahasnya dengan

orang lain, bahkan mengajak atau mempengaruhi atau menganjurkan orang lain merespon.

- d. Bertanggung jawab (*responsible*): sikap yang paling tinggi tingkatannya adalah bertanggung jawab terhadap apa yang telah diyakininya. Seseorang yang telah mengambil sikap tertentu berdasarkan keyakinannya, dia harus berani mengambil risiko bila orang lain yang mencemoohkan atau adanya risiko lain.

3. *Psycomotor domain*, diukur dari praktik atau tindakan (*practice*)

Sikap adalah kecenderungan untuk bertindak (praktik). Sikap belum tentu terwujud dalam tindakan, sebab untuk terwujudnya tindakan perlu faktor lain antara lain adanya fasilitas atau sarana dan prasarana. Praktik ini mempunyai 3 tingkatan menurut kualitasnya, yakni:

- a. Praktik dipimpin (*guided response*): Apabila subyek atau seseorang telah menakutkan sesuatu tetapi masih tergantung pada tuntutan atau menggunakan pandangan.
- b. Praktik secara mekanisme (*mechanisme*): apabila subyek atau seseorang telah melakukan atau mempraktikkan sesuatu hal secara otomatis maka disebut praktik atau tindakan mekanisme.
- c. Adopsi (*adoption*): suatu tindakan atau praktik yang sudah berkembang. Artinya, apa yang dilakukan tidak sekedar rutinitas atau mekanisme saja, tetapi sudah dilakukan modifikasi, atau tindakan atau perilaku yang berkualitas.

d. Persepsi (*perception*)

Mengenal dan memilih berbagai obyek sehubungan dengan tindakan yang akan diambil adalah merupakan praktik tingkat pertama.

e. Respon terpimpin (*guide response*)

Dapat melakukan sesuatu sesuai dengan urutan yang benar dan sesuai dengan contoh adalah merupakan indikator praktik tingkat kedua.

f. Mekanisme (*mechanisme*)

Apabila seseorang telah dapat melakukan sesuatu dengan benar secara otomatis, atau sesuatu itu sudah merupakan kebiasaan, maka ia sudah mencapai praktik tingkat tiga.

g. Adopsi (*adoption*)

Adaptasi adalah suatu praktik atau tindakan yang sudah berkembang dengan baik. Artinya tindakan itu sudah dimodifikasi tanpa mengurangi kebenaran tindakan tersebut.

Pengukuran perilaku dapat dilakukan secara langsung yakni dengan wawancara terhadap kegiatan yang telah dilakukan beberapa jam, hari atau bulan yang lalu (*recall*) pengukuran juga dapat dilakukan secara langsung, yakni dengan mengobservasi tindakan atau kegiatan responden.

2.3 Konsep keluarga

2.3.1 Pengertian Keluarga

Menurut Slameto (2006) keluarga adalah lembaga pendidikan yang pertama dan utama bagi anak-anaknya baik pendidikan bangsa, dunia, dan negara sehingga cara orang tua mendidik anak-anaknya akan berpengaruh

terhadap belajar. Sedangkan menurut Mubarak, dkk (2009) keluarga merupakan perkumpulan dua atau lebih individu yang diikat oleh hubungan darah, perkawinan atau adopsi, dan tiap-tiap anggota keluarga selalu berinteraksi satu dengan yang lain.

Menurut (Setiadi, 2008) Keluarga adalah bagian dari masyarakat yang peranannya sangat penting untuk membentuk kebudayaan yang sehat. Dari keluargalah, pendidikan kepada individu dimulai dan dari keluarga inilah akan tercipta tatanan masyarakat yang baik, sehingga untuk membangun suatu kebudayaan maka seyogyanya dimulai dari keluarga sebagai referensi secara luas:

1. Keluarga terdiri dari orang-orang yang disatukan oleh ikatan perkawinan darah, dan ikatan adopsi.
2. Pada anggota sebuah keluarga biasanya hidup bersama-sama dalam satu rumah tangga, atau jika mereka hidup secara terpisah, mereka akan tetap menganggap rumah tangga tersebut sebagai rumah tangga.
3. Anggota keluarga berinteraksi dan berkomunikasi satu sama lain dalam peran-peran sosial keluarga seperti suami istri, ayah dan ibu, anak laki-laki dan anak perempuan, saudara dan saudari.
4. Keluarga sama-sama menggunakan kultur yang sama, yaitu kultur yang diambil dari masyarakat dengan beberapa ciri unik tersendiri.

(Friedman,1998) dalam (Amanda, 2017).

2.3.2 Tipe / Bentuk Keluarga

Tipe keluarga yang memerlukan pelayanan kesehatan berasal dari berbagai macam pola kehidupan. Agar dapat mengupayakan peran serta

keluarga dalam meningkatkan derajat kesehatan maka perlu mengetahui berbagai tipe keluarga. Macam-macam tipe keluarga sebagai berikut :

1. Keluarga inti (*Nuclear family*) adalah keluarga yang terdiri dari ayah, ibu, dan anak-anak.
2. Keluarga besar (*Extended family*) adalah keluarga inti ditambah dengan sanak saudara, misalnya: nenek, kakek, keponakan, saudara sepupu, paman, bibi, dan sebagainya.
3. Keluarga berantai (*Serial family*) adalah keluarga yang terdiri dari wanita dan pria yang menikah lebih dari satu kali dan merupakan satu keluarga inti.
4. Keluarga duda/janda (*Single family*) adalah keluarga yang terjadi karena perceraian atau kematian.
5. Keluarga berkomposisi (*Composite*) adalah keluarga yang perkawinannya berpoligami dan hidup secara bersama.
6. Keluarga kabitas (*Cahabitation*) adalah dua orang menjadi satu tanpa pernikahan tetapi membentuk suatu keluarga.

Keluarga Indonesia umumnya menganut tipe keluarga besar (*extended family*), karena masyarakat Indonesia yang terdiri dari berbagai suku hidup dalam suatu komunitas dengan adat istiadat yang sangat kuat.

(Mubarak, 2009).

2.3.3 Fungsi Keluarga

Menurut Mubarak (2009) ada beberapa fungsi yang dapat dijalankan keluarga sebagai berikut:

1. Fungsi biologis

- a. Untuk meneruskan keturunan.
- b. Memelihara dan membesarkan anak .
- c. Memenuhi kebutuhan gizi keluarga.
- d. Memelihara dan merawat anggota keluarga.

2. Fungsi psikologis

- a. Memberikan kasih sayang
- b. Memberikan perhatian diantara anggota keluarga
- c. Membina pendewasaan kepribadian anggota keluarga
- d. Memberikan identitas keluarga.

3. Fungsi sosialisasi

- a. Membina sosialisasi pada anak.
- b. Membentuk norma-norma tingkah laku sesuai dengan tingkat perkembangan anak.
- c. Meneruskan nilai-nilai budaya keluarga.

4. Fungsi ekonomi

- a. Mencari sumber-sumber penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga.
- b. Pengaturan penggunaan penghasilan keluarga untuk memenuhi kebutuhan keluarga.
- c. Menabung untuk memenuhi kebutuhan-kebutuhan keluarga dimasa yang akan datang misalnya pendidikan anak-anak, jaminan hari tua dan sebagainya.

5. Fungsi pendidikan

- a. Menyekolahkan anak untuk memberikan pengetahuan, ketrampilan dan membentuk perilaku anak sesuai dengan bakat dan minat yang dimilikinya.
- b. Mempersiapkan anak untuk kehidupan dewasa yang akan datang dalam memenuhi peranannya sebagai orang dewasa.
- c. Mendidik anak sesuai dengan tingkat-tingkat pengembangannya.

2.4 Konsep *stroke*

2.4.1 Pengertian *Stroke*

Stroke adalah gangguan neurologik mendadak yang terjadi akibat pembatasan atau terhentinya suplai darah ke otak (Price & Wilson, 2005).

Stroke adalah suatu gangguan yang timbul karena terjadi gangguan peredaran darah di otak yang menyebabkan terjadinya kematian jaringan otak sehingga mengakibatkan seseorang menderita kelumpuhan atau kematian (Batticaca, 2008).

Stroke atau gangguan peredaran darah otak (GPDO) merupakan penyakit neurologis yang sering dijumpai dan harus ditangani secara cepat dan tepat. *Stroke* merupakan kelainan fungsi otak yang timbul mendadak yang disebabkan karena terjadinya gangguan peredaran darah otak dan bisa terjadi pada siapa saja dan kapan saja (Muttaqin, 2008). *Stroke* adalah suatu gangguan yang timbul karena terjadi gangguan peredaran darah di otak yang menyebabkan terjadinya kematian jaringan otak sehingga mengakibatkan seseorang menderita kelumpuhan atau kematian (Batticaca, 2008).

Stroke atau gangguan peredaran darah otak (GPDO) merupakan penyakit neurologis yang sering dijumpai dan harus ditangani secara cepat dan tepat. *Stroke* merupakan kelainan fungsi otak yang timbul mendadak yang disebabkan karena terjadinya gangguan peredaran darah otak dan bisa terjadi pada siapa saja dan kapan saja (Muttaqin, 2008).

2.4.2 Penyebab *Stroke*

Menurut Muttaqin (2008), penyebab *stroke* terdiri dari:

1. Trombosis serebral

Trombosis ini terjadi pada pembuluh darah yang mengalami oklusi sehingga menyebabkan iskemi jaringan otak yang dapat menimbulkan oedema dan kongesti di sekitarnya. Trombosis biasanya terjadi pada orang tua yang sedang tidur atau bangun tidur. Hal ini dapat terjadi karena penurunan aktivitas simpatis dan penurunan darah yang menyebabkan iskemi serebral. Tanda dan neurologis sering kali memburuk pada 48 jam setelah trombosis.

2. Hemoragi

Perdarahan intrakranial atau intraserebral termasuk dalam perdarahan dalam ruang subaraknoid atau ke dalam jaringan otak sendiri. Perdarahan ini dapat terjadi karena aterosklerosis dan hipertensi. Akibat pecahnya pembuluh darah otak menyebabkan perembesan darah ke dalam parenkim otak yang dapat mengakibatkan penekanan, pergeseran dan pemisahan jaringan otak yang berdekatan, sehingga otak akan membengkak, jaringan otak membengkak, sehingga terjadi infark otak, edema, dan mungkin herniasi otak.

3. Hipoksia umum

Beberapa penyebab yang berhubungan dengan hipoksia umum adalah hipertensi yang parah, henti jantung-paru, curah jantung yang turun akibat *aritmia*.

4. Hipoksia setempat

Beberapa penyebab yang berhubungan dengan hipoksia setempat adalah spasme arteri serebral yang disertai dengan *subaraknoid* dan *vasokonstriksi arteri* otak disertai sakit kepala *migren*.

2.4.3 Faktor Risiko *Stroke*

Ada sejumlah faktor risiko yang dapat memicu terjadinya *stroke*. Menurut *University of Pittsburgh Medical Center* (2003) dalam (Amanda, 2017) dan *American Heart Association* (2007), ada dua jenis faktor risiko *stroke* yaitu faktor risiko yang tidak dapat diubah/ dikontrol dan faktor risiko yang dapat dikontrol.

1. Faktor risiko *stroke* yang tidak dapat diubah:

a. Usia

Stroke dapat menyerang segala usia, tetapi semakin tua usia seseorang maka semakin besar kemungkinan orang tersebut terserang *stroke*.

b. Jenis kelamin

Laki-laki dua kali lebih berisiko daripada perempuan, tetapi jumlah perempuan yang meninggal akibat *stroke* lebih banyak.

c. Riwayat keluarga

Keluarga dengan riwayat anggota keluarga pernah mengalami *stroke* berisiko lebih besar daripada keluarga tanpa riwayat *stroke*.

d. Ras

Ras Afrika-Amerika mempunyai risiko yang lebih tinggi mengalami kematian dan kecatatan akibat *stroke* dibandingkan dengan ras kulit putih.

2. Faktor Risiko Yang Dapat Dikontrol

a. Tekanan darah tinggi

Tekanan darah tinggi merupakan faktor risiko utama penyebab *stroke*.

b. Merokok

Merokok dapat mengakibatkan rusaknya pembuluh darah dan peningkatan plak pada dinding pembuluh darah yang dapat menghambat sirkulasi darah. Nikotin dari rokok dapat meningkatkan tekanan darah.

c. Diabetes melitus

Penyakit diabetes mellitus dapat mempercepat timbulnya plak pada pembuluh darah yang dapat mengakibatkan risiko terjadinya *stroke* iskemik. Penderita diabetes cenderung menderita obesitas. Obesitas dapat mengakibatkan hipertensi dan tingginya kadar kolesterol, di mana keduanya merupakan faktor risiko *stroke*.

d. Obesitas

Peningkatan berat badan dapat meningkatkan risiko *stroke*. Obesitas juga dapat menimbulkan faktor risiko lainnya seperti tekanan darah tinggi, tingginya kolesterol jahat, dan diabetes.

e. Penyakit pada arteri carotid.

Pembuluh darah arteri carotid merupakan pembuluh darah utama yang membawa darah ke otak dan leher. Rusaknya pembuluh darah carotid akibat lemak menimbulkan plak pada dinding arteri sehingga menghalangi aliran darah di arteri.

f. Kurangnya aktivitas fisik

Latihan penting untuk mengontrol faktor risiko *stroke*, seperti berat badan, tekanan darah, kolesterol, dan diabetes.

g. Alkohol, kopi, dan penggunaan obat-obatan

Konsumsi alkohol meningkatkan risiko *stroke*. Minum alkohol lebih dari satu gelas pada pria dan lebih dua gelas pada pria dapat mengakibatkan peningkatan tekanan darah. Selain itu, minum tiga gelas kopi sehari dapat meningkatkan tekanan darah dan risiko *stroke*.

h. Penggunaan obat-obatan

seperti kokain dan amphetamine merupakan risiko terbesar terjadinya *stroke* pada dewasa muda.

i. Kurang nutrisi

Diet tinggi lemak, gula, dan garam meningkatkan risiko *stroke*. Penelitian menunjukkan bahwa mengkonsumsi 5 porsi buah dan sayur sehari dapat mengurangi risiko *stroke* sebesar 30%.

h. Stres

Penelitian menunjukkan hubungan antara stress dengan mempersempit pembuluh darah *carotid*.

j. Estrogen

Pemakaian pil KB atau *Hormone Replacement Therapy* (HRT) yang mengandung estrogen dapat mengubah kemampuan penggumpalan darah yang dapat mengakibatkan *stroke*.

2.4.4 Klasifikasi *Stroke*

Menurut Muttaqin (2008), *stroke* dikelompokan atas dua yaitu:

1. *Stroke* hemoragi

Stroke hemoragi merupakan perdarahan serebral dan mungkin perdarahan *subaraknoid* yang disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah otak pada area otak tertentu. *Stroke* ini biasanya kejadiannya saat melakukakn aktivitas atau saat aktif, namun bisa juga terjadi pada saat istirahat. Kesadaran klien umumnya menurun.

2. *Stroke* non hemoragik

Stroke non hemoragik dapat berupa iskemia atau emboli dan thrombosis serebral. *Stroke* ini biasanya terjadi saat setelah lama beristirahat, baru bangun tidur atau di pagi hari. Tidak terjadi perdarahan namun terjadi iskemia yang menimbulkan hipoksia dan selanjutnya dapat timbul edema sekunder.

2.4.5 Patofisiologi

Hipertensi kronik menyebabkan pembuluh arteriola yang berdiameter 100-400 mcmeter mengalami perubahan patologik pada dinding pembuluh darah tersebut berupa hipohialinosis, nekrosis fibrinoid serta timbulnya aneurisma tipe Bouchard. Arteriol-arteriol dari cabang-cabang lentikulostriata, cabang tembus arteriotalamus dan cabang-cabang

paramedian arteria vertebro-basilar mengalami perubahan-perubahan degeneratif yang sama. Kenaikan darah yang *abrupt* atau kenaikan dalam jumlah yang secara mencolok dapat menginduksi pecahnya pembuluh darah terutama pada pagi hari dan sore hari.

Jika pembuluh darah tersebut pecah, maka perdarahan dapat berlanjut sampai dengan 6 jam dan jika volumenya besarakan merusak struktur anatomi otak dan menimbulkan gejala klinik. Jika perdarahan yang timbul kecil ukurannya, maka massa darah hanya dapat merasuk dan menyela di antara selaput akson massa putih tanpa merusaknya. Pada keadaan ini absorpsi darah akan diikuti oleh pulihnya fungsi-fungsi neurologi. Sedangkan pada perdarahan yang luas terjadi destruksi massa otak, peninggian tekanan intrakranial dan yang lebih berat dapat menyebabkan herniasi otak pada *falk serebri* atau lewat *foramen magnum*.

Kematian dapat disebabkan oleh kompresi batang otak, *hemisfer* otak, dan perdarahan batang otak sekunder atau ekstensi perdarahan ke batang otak. Perembesan darah ke ventrikel otak terjadi pada sepertiga kasus perdarahan otak di nukleus kaudatus, talamus dan pons. Selain kerusakan parenkim otak, akibat volume perdarahan yang relatif banyak akan mengakibatkan peningian tekanan intrakranial dan mentebatkan menurunnya tekanan perfusi otak serta terganggunya drainase otak.

Elemen-elemen vasoaktif darah yang keluar serta *kaskade iskemik* akibat menurunnya tekanan perfusi, menyebabkan neuron-neuron di daerah yang terkena darah dan sekitarnya tertekan lagi. Jumlah darah yang keluar menentukan prognosis. Apabila volume darah lebih dari 60 cc maka resiko

kematian sebesar 93 % pada perdarahan dalam dan 71 % pada perdarahan lobar. Sedangkan bila terjadi perdarahan serebelar dengan volume antara 30-60 cc diperkirakan kemungkinan kematian sebesar 75 % tetapi volume darah 5 cc dan terdapat di pons sudah berakibat fatal (Misbach, 1999) dalam (Amanda, 2017).

2.5.6 Manifestasi Klinis *Stroke*

Manifestasi klinis *stroke* menurut Smeltzer & Suzane (2001) dalam (Amanda, 2017) adalah:

1. Kehilangan motorik

Stroke adalah penyakit motor neuron atas dan mengakibatkan kehilangan kontrol *volunter* terhadap gerakan motorik. Disfungsi motorik paling umum adalah *hemiplegia* (paralisis pada salah satu sisi) karena lesi pada sisi otak yang berlawanan. *Hemiparesis* atau kelemahan salah satu sisi tubuh adalah tanda yang lain.

2. Kehilangan komunikasi

Fungsi otak lain yang dipengaruhi oleh *stroke* adalah bahasa dan komunikasi. *Stroke* adalah penyebab afasia paling umum. Disfungsi bahasa dan komunikasi dapat dimanifestasikan oleh hal berikut:

- a. *Disartria* (kesulitan berbicara), ditunjukkan dengan bicara yang sulit dimengerti yang disebabkan oleh paralisis otot yang bertanggung jawab untuk berbicara.
- b. *Disfasia* atau *afasia* (bicara defektif atau kehilangan bicara) yang terutama ekspresif atau reseptif.

- c. *Apraksia* (ketidakmampuan melakukan tindakan yang dipelajari sebelumnya), seperti terlihat ketika pasien mengambil sisir dan berusaha untuk menyisir rambutnya.

3. Gangguan persepsi

Gangguan persepsi merupakan ketidakmampuan menginterpretasikan sensasi. *Stroke* dapat mengakibatkan disfungsi persepsi visual, gangguan dalam hubungan *visual spasial*, dan kehilangan sensori.

- a. Disfungsi persepsi visual karena gangguan jarak sensori primer di antara mata dan korteks visual. *Hominus heminopsia* (kehilangan setengah lapang pandang) dapat terjadi karena *stroke* dan mungkin sementara atau permanen. Sisi visual yang terkena berkaitan dengan sisi tubuh yang paralisis. Kepala pasien berpaling dari sisi tubuh yang sakit dan cenderung mengabaikan bahwa tempat dan ruang pada sisi tersebut. Hal ini disebut *amorfosintesis*. Pada keadaan ini, pasien tidak mampu melihat makanan pada setengah mampan dan hanya setengah ruangan yang terlihat.
- b. Gangguan hubungan *visual spasial* (mendapatkan hubungan dua atau lebih obyek dalam area spasial) sering terlihat pada pasien dengan *hemiplegia* kiri. Pasien mungkin tidak dapat memakai pakaian tanpa bantuan karena ketidakmampuan untuk mencocokkan pakaian ke bagian tubuh.
- c. Kehilangan sensori karena *stroke* dapat berupa kerusakan sentuhan ringan atau mungkin lebih berat, dengan kehilangan *proprioepsi*

(kemampuan untuk merasakan posisi dan gerakan bagian tubuh) serta kesulitan dalam menginterpretasikan *stimuli visual, taktil, dan auditorius*.

d. Kerusakan fungsi kognitif dan efek psikologik

Bila kerusakan telah terjadi pada lobus frontal, mempelajari kapasitas, memori, atau *intelektual kortikal* yang lebih tinggi mungkin rusak. Disfungsi ini dapat ditunjukkan dalam lapang perhatian terbatas, kesulitan dalam pemahaman, lupa, dan kurang motivasi, yang menyebabkan pasien ini menghadapi masalah frustrasi dalam program rehabilitasi mereka. Depresi umum terjadi dan mungkin diperberat oleh respon alamiah pasien terhadap penyakit *katastrofik* ini. Masalah psikologik lain juga umum terjadi dan dimanifestasikan oleh labilitas emosional, bermusuhan, frustrasi, dendam, dan kurang kerja sama.

e. Disfungsi kandung kemih

Pasien pasca *stroke* mungkin mengalami *inkontinensia urinarius* sementara karena *konfusi*, ketidakmampuan mengkomunikasikan kebutuhan, dan ketidakmampuan menggunakan urinal/ bedpan karena kerusakan control motorik dan postural. Kadang-kadang setelah *stroke*, kandung kemih menjadi *atonik*, dengan kerusakan sensasi dalam respon terhadap pengisian kandung kemih. Kadang-kadang kontrol *sfincter urinarius eksternal* hilang atau berkurang. *Inkontinensia ani* dan urine yang berlanjut menunjukkan kerusakan neurologik luas.

2.4.7 Rehabilitasi

Rehabilitasi merupakan bagian penting dalam proses pemulihan stroke. Tujuan rehabilitasi ini adalah untuk menolong penderita *stroke* untuk memperoleh kembali apa yang mungkin dapat dipertahankan untuk memaksimalkan fungsi tubuh pada penderita *stroke* (*Stroke and Heart Foundation*, 2010).

Lumbantobing (2004) dalam (Amanda, 2017) menyatakan bahwa tujuan rehabilitasi ialah menjaga atau meningkatkan kemampuan jasmani, rohani, keadaan ekonomi dan kemampuan kerja semaksimal mungkin. Berbagai usaha dilakukan untuk mencapai tujuan ini, diantaranya terapi fisik/fisioterapi, latihan bicara, latihan mental, terapi *okupasi*, *psikoterapi*, memberi alat bantu, *ortotik prostetik*, dan olah raga.

Bentuk tindakan di atas tentunya disesuaikan dengan berat ringan cacat, bentuk cacat, kemampuan atau tingkat mental penderita. Young & Forster (2007) dan Duncan *et al* (2005) menyatakan bahwa penanganan rehabilitasi merupakan pendekatan multidisiplin, beberapa ahli di berbagai bidang bekerja sama, misalnya dokter keluarga, ahli rehabilitasi medik, ahli saraf, perawat dan anggota keluarga. Koordinator tindakan rehabilitasi ini sebaiknya dipegang oleh dokter keluarga, yang lebih banyak mengetahui penderita, keluarganya, latar belakang pendidikannya, serta tugas jabatan. Dokter keluarga dapat bertindak sebagai motivator, memberi bimbingan dan petunjuk kepada penderita dan keluarganya (*Bradford Institute for Health Research*, 2010).

2.4.8 Komplikasi

Serangan *stroke* tidak berakhir dengan akibat pada otak saja, gangguan emosional dan fisik akibat berbaring lama tanpa dapat bergerak adalah hal yang tidak dapat dihindari. Ada beberapa komplikasi dari penyakit stroke, yaitu:

1. *Hipoksia serebral*
2. Penurunan aliran darah serebral
3. *Embolisme serebral*

(Brunner & Suddarth, 2002) dalam (Amanda, 2017).

2.4.9 Perawatan di rumah klien pasca stroke

Perawatan di rumah sangat bermanfaat dalam masa transisi setelah klien pulang dari perawatan di rumah sakit rehabilitasi. Perawatan di rumah diperlukan oleh penderita stroke yang memasuki fase subakut atau fase pemulihan serta penderita stroke pada fase lanjut atau kronis. Fase sub akut/pemulihan umumnya berlangsung mulai dari 2 minggu sampai dengan 6 bulan pasca stroke, ditandai oleh adanya pemulihan dan organisasi pada system saraf (Sismadi, 2005). Fase ini merupakan fase penting untuk pemulihan fungsional. Perawatan di rumah seringkali dihubungkan dengan perawat ataupun fisioterapis, namun pada hakikatnya keluarga lah yang dapat merawat secara penuh bagi klien. Menurut Mulyatsih (2008) bahwa perawatan klien pasca stroke di rumah mencakup beberapa hal, diantaranya :

1. Membantu dalam beraktivitas dan mengatasi kelumpuhan atau kelemahan.

Apabila sewaktu pulang ke rumah klien belum mampu bergerak sendiri, aturlah klien senyaman mungkin, tidur terlentang atau miring ke salah satu sisi, dengan memberikan perhatian pada bagian lengan atau kaki yang mengalami kelumpuhan/lemah. Posisi lengan atau kaki diganjal bantal untuk memperlancar arus balikdarah ke jantung agar mencegah terjadinya edema. Keluarga juga dapat mencegah terjadinya kekakuan pada tangan dan kaki yang lemah dengan latihan gerak sendi minimal dua hari sekali.

2. Mengaktifkan sisi ekstremitas yang lemah.

Pada klien yang masih mengalami kelemahan pada anggota gerak atas, beri dukungan kepada klien untuk mengaktifkan tangan yang lemah tersebut. Anjurkan klien makan, minum, mandi atau kegiatan harian lain menggunakan tangan yang masih lemah dibawah pengawasan dari keluarga. Dengan hal tersebut sel-sel otak akan terstimulasi untuk berlatih kembali aktivitas yang dipelajari sebelum sakit.

3. Menciptakan lingkungan yang aman bagi klien.

Keluarga hendaknya menjauhkan atau menghindarkan barang atau keadaan yang dapat membahayakan keselamatan klien, misalnya: nyala api, benda tajam dan benda berbahaya lainnya. Keluarga juga harus menyediakan sesuatu yang dibutuhkan oleh klien dengan menaruhnya di tempat yang mudah dijangkau oleh klien. Kamar mandi juga selalu disediakan keset agar tidak licin, serta penerangan di

ruangan pun jangan terlalu silau maupun redup. Tempat tidur disesuaikan dan hendaknya lebih rendah sehingga mencegah jatuh pada klien.

4. Membantu dalam keseimbangan dan mencegah terjadinya jatuh.

Untuk melatih keseimbangan berdiri, keluarga dapat membantu dengan melatih berjalan dan jika memungkinkan biarkan klien berusaha sendiri, dengan keluarga menemani disamping sisi klien yang lemah

5. Membantu dalam eliminasi (buang air kecil dan besar)

Keluarga dapat menyediakan urinal terutama di malam hari untuk mencegah klien mengompol, dan untuk membantu klien agar tidak mengalami konstipasi yaitu dengan cara memotivasi klien untuk bergerak aktif, mengkonsumsi makanan tinggi serat, minum air putih minimal 8 gelas perhari dan membiasakan duduk di kloset secara teratur.

6. Membantu dalam *personal hygiene* dan *grooming* bagi klien.
7. Membantu dalam mengatasi gangguan menelan pada klien.

Dalam hal ini yang harus dilakukan keluarga adalah pada saat makan klien duduk di kursi atau makan di tempat tidur dengan duduk tegak 60-90 derajat, ketika klien menelan anjurkan klien untuk memutar kepala ke sisi yang lemah dan menekuk leher dan kepala untuk mempermudah menutupnya jalan nafas ketika klien menelan.

8. Membantu dalam hal berkomunikasi.

Pada saat berbicara dengan klien usahakan wajah kita menghadap lurus ke arah klien agar klien bisa melihat gerak bibir dan ekspresi wajah kita. Usahakan berbicara perlahan, tenang, dengan intonasi suara

normal jangan berteriak. Anjurkan dan berikan kesempatan kepada klien untuk berkomunikasi secara total, yaitudengan menggunakan ekspresi wajah dan gerakan tubuh, jangan cemas apabila klien memberikan jawaban yang kurang jelas.

9. Membantu dalam bersosialisasi dengan lingkungan.

Klien harus bersosialisasi agar tidak merasa jenuh dan rendah diri.

10. Membantu dalam proses berfikir/kognitif klien.

Keluarga dapat mengorientasikan kembali pemahaman klien terhadap tempat, waktu dan orang. Hal lain yang bisa dilakukan dengan mengajak klien untuk mebicarakan masa lalu yang menyenangkan.

11. Memenuhi kebutuhan spiritual dan psikososial klien.

Keluarga dapat memberikan support mental dan selalu mengorientasikan klien kepada realita yang terjadi. Keluarga harus bersifat optimis, bahwa klien akan mengalai kemajuan. Selalu berkumpul dengan keluarga dan melakukan ibadah secara bersamaan/ berjamaah untuk mendekatkan diri kepada sang pencipta.

12. Mengatasi gangguan seksual pada klien.

Dengan cara konsultasi dengan tim kesehatan dan mempererat hubungan dengan pasangan, sehingga tercipta hubungan yang harmonis.

13. Membantu dalam mengisi waktu luang dan hobi yang dimiliki klien.

(Mulyatsih, 2008)

2.4.9 Gejala sisa pasca stroke

Setelah serangan stroke, beberapa konsekuensi termasuk kehilangan penglihatan pada satu mata dan hilangnya bagian pandangan pada satu atau

kedua mata. Beberapa sindrom visual memang mungkin terjadi. Masalah dalam mengukur jarak juga mungkin saja terjadi. Beberapa penderita stroke yang berhasil selamat memiliki masalah yakni kelalaian yang mengakibatkan mereka tidak peka terhadap lingkungan atau benda, orang, atau suara di sekitarnya. Lemas pada seluruh atau sebagian lengan atau kaki juga dapat terjadi. Biasanya, hanya satu sisi tubuh saja yang menjadi lemah, tetapi beberapa kasus stroke dapat menyebabkan kelemahan pada kedua sisi tubuh, mengakibatkan pasien sulit berjalan, mengangkat, atau membawa beban. Hal ini menjadi nyata dan dapat menurunkan sensitivitas terhadap rangsangan, atau terjadi hipersensitivitas bahkan terasa sakit jika tubuh memberikan respon terhadap suhu (Samiadi, 2017).

Gejala klinis setelah serangan *stroke* menurut Smeltzer & Suzane (2001) dalam (Amanda, 2017) seperti kehilangan motorik, disfungsi motorik paling umum adalah *hemiplegia* (paralisis pada salah satu sisi) karena lesi pada sisi otak yang berlawanan. *Hemiparesis* atau kelemahan salah satu sisi tubuh adalah tanda yang lain. Pada kehilangan komunikasi berupa bahasa dan komunikasi. *Stroke* adalah penyebab afasia paling umum. Gangguan bahasa dan komunikasi seperti kesulitan berbicara), *Disfasia* atau *afasia* (bicara defektif atau kehilangan bicara) yang terutama ekspresif atau reseptif. *Apraksia* (ketidakmampuan melakukan tindakan yang dipelajari sebelumnya), seperti terlihat ketika pasien mengambil sisir dan berusaha untuk menyisir rambutnya. Pada Gangguan persepsi merupakan ketidakmampuan menginterpretasikan sensasi. Pasien pasca *stroke* mungkin mengalami *inkontinensia urinarius* sementara karena *konfusi*,

ketidakmampuan mengkomunikasikan kebutuhan, dan ketidakmampuan menggunakan urinal/ bedpan karena kerusakan control motorik dan postural

2.4.10 Pengetahuan Keluarga tentang Perawatan Pasien Pasca Stroke

Menurut Irdawati (2009) dalam penelitiannya, terdapat hubungan antara pengetahuan keluarga penderita stroke terhadap tingkat kesehatan penderita stroke. Rendahnya tingkat pengetahuan keluarga tentang stroke menyebabkan meningkatnya tingkat keparahan, pasien tidak memiliki kemandirian, terjadi serangan ulang bahkan menyebabkan kematian. Keluarga mempengaruhi perilaku sehat dari setiap anggotanya, begitu juga status kesehatan dari setiap individu mempengaruhi fungsi keluarga dan kemampuannya untuk mencapai tujuan (Potter, 2005). Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Ratnasari (2011) pada penderita stroke sebanyak 92,3% penderita stroke tidak mandiri dalam melakukan aktivitasnya sehari-hari. Penelitian ini menunjukkan bahwa pasien stroke sangatlah bergantung dalam melakukan aktivitasnya pada keluarga atau orang merawatnya. Penelitian yang dilakukan oleh Festy (2009) menunjukkan kemampuan keluarga sebagai educator (pendidik) Hal ini ditunjukkan dengan kurangnya pengetahuan keluarga terhadap rehabilitasi pada pasien stroke sebanyak 39%.

2.5 Konsep dasar kekuatan otot

2.5.1 Pengertian Kekuatan Otot

Otot merupakan alat gerak aktif, sebagai hasil kerja sama antara otot dan tulang. Tulang tidak dapat berfungsi sebagai alat gerak jika tidak digerakan oleh otot, hal ini karena otot mempunyai kemampuan berkontraksi (memendek / kerja berat & memanjang / kerja ringan) yang

mengakibatkan terjadinya kelelahan otot, proses kelelahan ini terjadi saat waktu ketahanan otot (jumlah tenaga yang dikembangkan oleh otot) terlampaui (Waters & Bhattacharya 2009). Pengertian kekuatan otot adalah kemampuan dari otot baik secara kualitas maupun kuantitas mengembangkan ketegangan otot untuk melakukan kontraksi (Waters & Bhattacharya 2009).

2.5.2 Kemampuan Kekuatan Otot

Daya tahan otot adalah kapasitas sekelompok otot untuk melakukan kontraksi yang beruntun atau berulang-ulang terhadap suatu beban submaksimal dalam jangka waktu tertentu. Sedangkan kekuatan otot adalah tenaga, gaya atau ketegangan yang dapat dihasilkan oleh otot atau sekelompok otot pada suatu kontraksi dengan beban maksimal. Seseorang mungkin memiliki kekuatan pada bagian otot tertentu namun belum tentu memiliki pada bagian otot lainnya. Dalam mengkaji kekuatan otot dapat ditentukan kekuatan secara bilateral atau tidak.

2.5.3 Pengukuran kekuatan otot

Perubahan struktur otot sangat bervariasi. Penurunan jumlah dan serabut otot, atrofi, pada beberapa serabut otot dan hipertropi pada beberapa serabut otot yang lain, peningkatan jaringan lemak dan jaringan penghubung dan lain-lain mengakibatkan efek negative. Efek tersebut adalah penurunan kekuatan, penurunan fleksibilitas, perlambatan waktu reaksi dan penurunan kemampuan fungsional (Pudjiastuti & Utomo, 2008).

1. Skala 0.

Artinya otot tak mampu bergerak, misalnya jika tapak tangan dan jari mempunyai skala 0 berarti tapak tangan dan jari tetap aja ditempat walau sudah diperintahkan untuk bergerak.

2. Skala 1.

Jika otot ditekan masih terasa ada kontraksi atau kekenyalan ini berarti otot masih belum atrofi atau belum layu.

3. Skala 2.

Dapat menggerakkan otot atau bagian yang lemah sesuai perintah misalnya tapak tangan disuruh telungkup atau lurus bengkok tapi jika ditahan sedikit saja sudah tak mampu bergerak

4. Skala 3.

Dapat menggerakkan otot dengan tahanan minimal misalnya dapat menggerakkan tapak tangan dan jari

5. Skala 4.

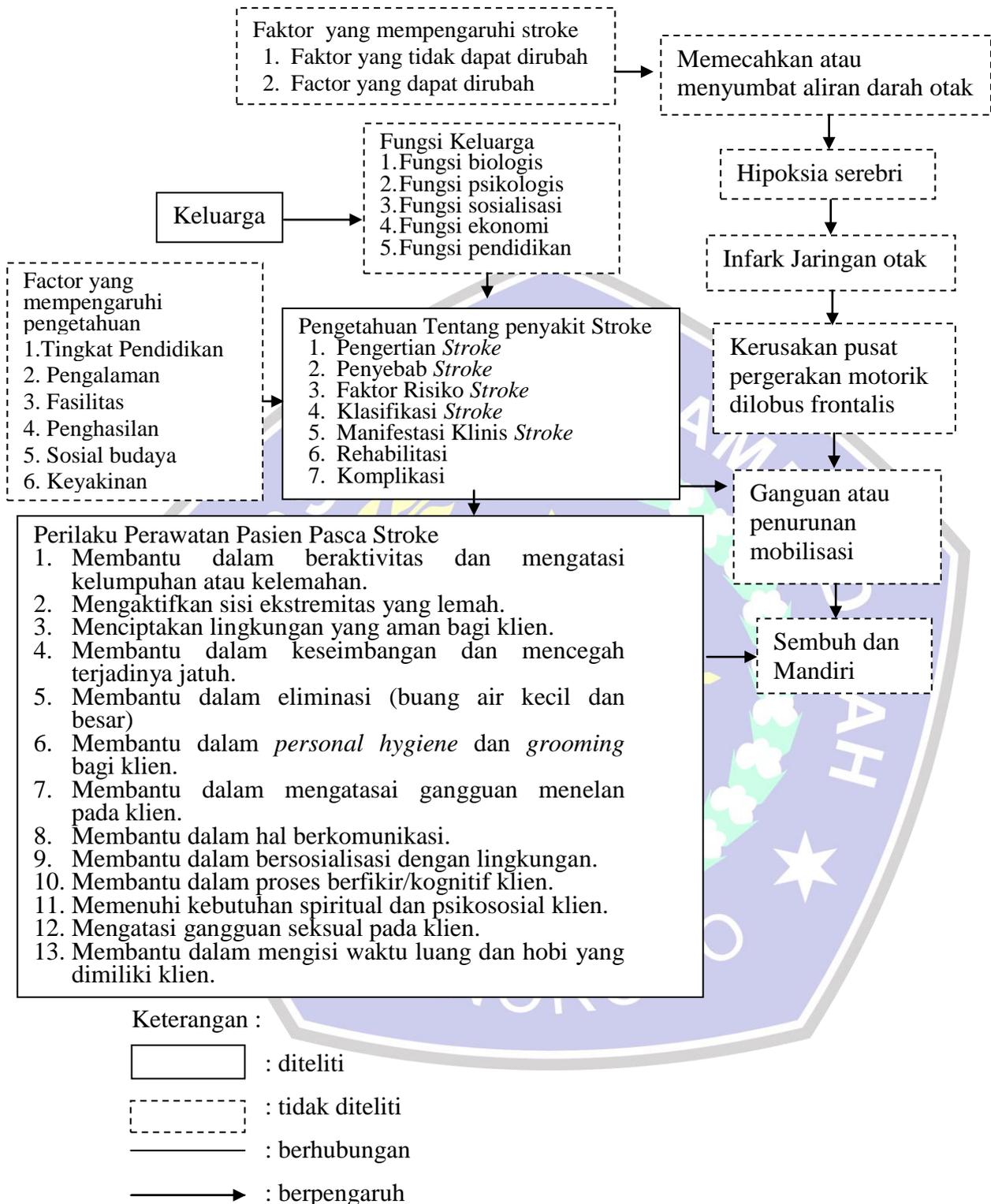
Dapat bergerak dan dapat melawan hambatan yang ringan.

6. Skala 5.

Bebas bergerak dan dapat melawan tahanan yang setimpal

Skala diatas pada umumnya dipakai untuk memeriksa penderita yang mengalami kelumpuhan selain mendiagnosa status kelumpuhan juga dipakai untuk melihat apakah ada kemajuan yang diperoleh selama menjalani perawatan atau sebaliknya apakah terjadi perburukan pada seseorang penderita.

2.5 Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka teori Hubungan Pengetahuan Keluarga Tentang Penyakit Stroke Dengan Perawatan Pasien Pasca Stroke Di Poli Syaraf RSUD Dr. Hardjono Ponorogo.

Pada gambar 2.1 dijelaskan bahwa pada penyakit stroke dipengaruhi oleh Faktor Resiko seperti Faktor yang tidak dapat dirubah, Faktor yang dapat dirubah, dan (Irfan, 2010). Faktor-faktor tersebut akan menyebabkan Pembuluh darah otak tersumbat atau pecah, dalam hitungan detik otak kekurangan darah yang menyebabkan kematian jaringan otak terutama bagian depan sebahai pusat pergerakan motorik yang menyebabkan gangguan atau penurunan mobilisasi yang berpengaruh terhadap kemandirian dalam aktivitas, harapan setelah mengalami gejala stroke dengan kemandirian dan kesembuhan, bahkan terjadi serangan berulang yang menyebabkan komplikasi seperti *Hipoksia serebral*, Penurunan aliran darah serebral, dan *Embolisme serebral*.

Pada variabel pengetahuan tentang penyakit stroke seperti Pengertian, Penyebab, Faktor Risiko, Klasifikasi, Manifestasi Klinis, Rehabilitasi, dan Komplikasi. Factor yang mempengaruhi pengetahuan Tingkat Pendidikan, Pengalaman, Fasilitas, Penghasilan, Sosial budaya, dan Keyakinan

Pada Perilaku Keluarga Dalam Perawatan Pasien Pasca Stroke dengan Menciptakan lingkungan yang aman bagi klien, Membantu dalam keseimbangan dan mencegah terjadinya jatuh, Membantu dalam eliminasi (buang air kecil dan besar), Membantu dalam *personal hygiene* dan *grooming* bagi klien, Membantu dalam mengatasi gangguan menelan pada klien, Membantu dalam hal berkomunikasi, Membantu dalam bersosialisasi dengan lingkungan, Membantu dalam proses berfikir/kognitif klien, Memenuhi kebutuhan spiritual dan psikososial klien, Mengatasi gangguan seksual pada klien, Membantu dalam mengisi waktu luang dan hobi yang dimiliki klien. Harapan setelah perawatan, pasien stroke sembuh dan mandiri