

Aplikasi Media Booklet Dan Audio Visual Terhadap Pengenalan Deteksi Dini Stroke Menggunakan Istilah Segera Ke RS Pada Keluarga Tn. R Dengan Post CVA

Nur Azizah, Abdurahman Wahid

Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Kedokteran, Universitas Lambung Mangkurat
Email korespondensi: ns.wahid@ulm.ac.id

ABSTRAK

Latar Belakang: Chain of survivals pasien stroke pada setting prehospital yaitu detection, dispatch, dan delivery. Penilaian awal deteksi dini stroke menentukan keberhasilan golden hour untuk menghindari terjadinya perlambatan prehospital. Keluarga memiliki peran penting untuk melakukan deteksi dini. Untuk mencapai itu diperlukan pemahaman yang baik oleh keluarga mengenai deteksi dini sehingga perlu dilakukan intervensi untuk meningkatkan pengetahuan.

Tujuan: Menerapkan Asuhan Keperawatan dengan pendekatan proses keperawatan yang komprehensif pada Tn.R dan Keluarga.

Metode: Metode yang digunakan adalah studi kasus asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, observasi, wawancara, dan pemeriksaan fisik, penegakan diagnosis, rencana keperawatan, implementasi, dan evaluasi keperawatan

Hasil dan Pembahasan: Hasil menunjukkan satu diagnosis yaitu defisiensi pengetahuan. Intervensi yang diberikan berupa pendidikan kesehatan, Fasilitasi pembelajaran, konseling dan skrining selama 6 hari dan didapatkan hasil terjadi peningkatan pengetahuan dari pengetahuan terbatas menjadi pengetahuan banyak.

Kesimpulan: Edukasi melalui penerapan media booklet dan audio visual pada keluarga Tn.R selama 6 kali kunjungan didapatkan peningkatan pengetahuan dalam deteksi dini tanda dan gejala serangan stroke.

Kata-Kata Kunci: Audio Visual, Booklet, Deteksi Dini, dan Stroke.

ABSTRACT

Background: The chain of survival of stroke patients in the prehospital setting are detection, dispatch, and delivery. Early assessment of early detection of stroke determines the success of the golden hour to detect prehospital occurrence. Families have an important role in early detection. To achieve this requires a good understanding by the family regarding early detection so that it needs to be done to increase knowledge.

Objective: Implementing Nursing Care with a comprehensive improvement process approach to Mr. R and Family.

Methods: The method used is a case study Intake which includes assessment, observation, interviews, and physical examinations, diagnosis, 1000 plans, implementation, and evaluation.

Results and Discussion: The results show one diagnosis, namely knowledge. The intervention provided was in the form of health education, learning facilitation, counseling and screening for 6 days and the results showed an increase in knowledge from limited knowledge to large knowledge.

Conclusion: Education through the application of booklets and audio-visual media to Mr. R's family for 6 visits resulted in an increase in knowledge in early detection and symptoms of stroke.

Keywords: Audio Visual, Booklet, Early Detection, and Stroke.

Cite this as: Azizah, N., Wahid, A. Aplikasi Media Booklet Dan Audio Visual Terhadap Pengenalan Deteksi Dini Stroke Menggunakan Istilah Segera Ke RS Pada Keluarga Tn. R Dengan Post CVA. Nerspedia 2023;5(4): 320-328.

PENDAHULUAN

Stroke merupakan suatu kondisi defisit neurologis atau gangguan fungsional berupa

kelumpuhan saraf otak akibat terhambatnya aliran darah ke bagian otak (1). Stroke merupakan gangguan mendadak pada sirkulasi serebral di salah satu pembuluh darah atau lebih yang mensuplai otak yang

dapat menyebabkan kecatatan permanen hingga kematian (18).

Setiap tahun 15 juta orang diseluruh dunia menderita stroke. Dari jumlah tersebut 5 juta orang meninggal dan 5 juta lainnya menjadi cacat permanen (WHO, 2018). Stroke menjadi mordibitas dan mortalitas nomor 2 di Eropa dan nomor 3 di Amerika Serikat, dengan laju mortilitas serangan pertama sebesar 18% hingga 37% dan untuk serangan berulang sebesar 62% (17). Menurut Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) pada tahun 2018, pravelensi penyakit tidak menular seperti stroke mengalami peningkatan dibanding sebelumnya pada tahun 2013 yang meningkat menjadi 10,9 % (6). Secara nasional, pravelensi stroke di Indonesia pada tahun 2018 berdasarkan diagnosis dokter pada penduduk umur >15 Tahun sebesar 10,9%, atau diperkirakan 2.102.362 Orang, sedangkan Kalimantan Selatan berada pada urutan keenam dengan pravelensi 12,7 per 1000 penduduk (6).

Pada masyarakat desa Sungai Alang kejadian hipertensi sebanyak 58 orang atau 25,6%. Wilayah desa ini dalam kesehariannya, masyarakat banyak mengkonsumsi dan menyukai ikan asin sebagai makanan sehari-hari, karena selain pola hidup yang menjadi kebiasaan, hal itu merupakan salah satu mata pencaharian mereka sebagai pedagang ikan dan mempunyai banyak tambak yang apabila kondisi ikan banyak maka sebagian besar ikannya dipermentasi menggunakan garam atau dikenal masyarakat dengan istilah “iwak wadi”. Sehingga cukup sulit untuk menghindari kebiasaan konsumsi tinggi garam ini. Kebiasaan konsumsi makanan tinggi garam, tinggi lemak, dan merokok sejak dulu diketahui sangat erat kaitannya dengan kejadian hipertensi. Hipertensi

menyebabkan stres oksidatif pada dinding arteri sehingga mempercepat proses aterosklerosis yang akan mempersempit aliran darah ke organ - organ vital (7). Hipertensi dan merokok merupakan salah satu faktor penyebab utama kegawatdaruratan kardiovaskuler salah satunya stroke (cerebrovascular accident) (13).

Stroke merupakan penyebab kematian tertinggi di Indonesia, dengan prosentase 21,1%, angka ini lebih tinggi daripada penyakit jantung dan pembuluh darah (12,9%), TBC (6,7%) serta hipertensi dan komplikasinya (5,3%) (6). Stroke berdampak tidak hanya pada pasien sendiri tetapi juga berefek pada anggota keluarga, sosial, dan juga tenaga kesehatan serta berefek secara nasional (7). Sekitar 20% pasien yang selamat dari stroke memerlukan perawatan 3 bulan dan 15-30% mengalami kecacatan yang permanen.

Dalam kurun waktu 5 tahun setelah stroke, risiko kematian adalah 45-61% dan yang akan mengalami stroke berulang sekitar 25-37%. Satu dari 6 pasien yang sembuh dari stroke yang pertama akan mengalami stroke berulang, 25% diantaranya mengalami fatal dalam kurun waktu 28 hari. Risiko untuk timbulnya serangan ulang stroke adalah 30% dan populasi yang pernah menderita stroke memiliki kemungkinan serangan ulang adalah 9 kali dibandingkan populasi normal. Diperkirakan 25% orang yang sembuh dari stroke yang pertama akan mendapatkan stroke berulang dalam kurun waktu 1- 5 tahun (11). Oleh karena itu, strategi pencegahan dan pengendalian stroke mempunyai peranan penting agar prosentase kejadian, kecacatan dan kematian dapat diminimalisir. Salah satu strategi tersebut dapat diaplikasikan melalui tindakan

pengenalan dan deteksi dini gejala serangan stroke di lingkungan masyarakat terutama bagi komunitas risiko tinggi (9).

Penanganan stroke merupakan keadaan gawat darurat yang dikenal dengan istilah *time is brain* artinya, penanganan awal pada pasien stroke tahap prehospital menjadi hal yang penting dan tidak boleh terlambat. Dampak dari memanjangnya perlambatan prehospital adalah memperburuk prognosis penyakit, meningkatkan resiko komplikasi dan kematian. American Heart Association (AHA) mengembangkan rantai stroke survival yaitu 8 D's, dengan fokus prehospital yaitu *detection* (deteksi), *dispatch* (memanggil layanan medis), dan *delivery* (pengantaran) dan metode "SeGeRa Ke RS" yang merupakan singkatan dari Senyum tidak simetris, Gerak separuh anggota tubuh melemah tiba-tiba, Bicara pelo atau tiba-tiba tidak dapat bicara atau tidak mengerti kata-kata/bicara, Kebas atau baal, Rabun, Sakit kepala hebat yang muncul tiba-tiba dan gangguan fungsi keseimbangan yang mana metode ini merupakan metode dengan melalui identifikasi keluhan dan gejala stroke bagi pasien dan orang terdekat. Penggunaan istilah untuk memudahkan dalam deteksi serangan stroke dikenal dengan istilah FAST (*facial movement, arm movement, speech, time call* II9) (2) atau dalam bahasa Indonesia dikenal dengan "SeGeRa ke RS" yang akan memudahkan penderita atau keluarga untuk mendeteksi gejala awal serangan stroke.

Identifikasi dan deteksi yang cepat, tepat serta akurat terhadap serangan stroke yang terjadi di luar rumah sakit, baik dilakukan oleh pasien maupun keluarga pasien berpengaruh positif terhadap keberhasilan program terapi dan pengobatan, sebaliknya

keterlambatan penanganan menyebabkan kerusakan otak yang lebih luas dan juga meningkatkan risiko kematian (19). Prehospital stroke scales merupakan metode *early warning sign* bagi komunitas risiko tinggi yang merupakan konsep utama dalam *chain of survivals* pasien stroke. Metode ini dapat diajarkan kepada pasien maupun keluarga karena keluarga merupakan orang terdekat pasien atau individu dengan risiko tinggi, sekaligus sebagai upaya pemberdayaan keluarga dalam mengenali tanda dan gejala serangan stroke secara dini pada lingkup prehospital (4)

Penerapan metode pengenalan tanda dan gejala sebagai deteksi dini di lingkup prehospital dapat meminimalkan keterlambatan penanganan dan juga menginisiasi transport pasien ke rumah sakit secara dini/ Kurangnya pengetahuan dan kemampuan mengidentifikasi tanda dan gejala stroke secara dini merupakan penyebab utama keterlambatan penanganan selama *golden periode*. Metode penilaian sederhana ini dapat dikampanyekan, disebarluaskan dan diajarkan kepada individu berisiko tinggi sebagai upaya membekali individu tersebut tentang deteksi dini stroke sehingga individu tersebut mempunyai pengetahuan dan kesadaran yang baik (5).

Pengetahuan tentang faktor risiko dan peringatan gejala stroke menurunkan keterlambatan kedatangan pasien post serangan stroke iskemik akut. Perlunya penekanan kepada masyarakat dan keluarga bahwa pengenalan tanda dan gejala dini serangan stroke harus segera dilakukan karena keberhasilan terapi stroke sangat ditentukan oleh kecepatan tindakan pada fase akut (*therapeutic window*) (11).

Keberhasilan penanganan pada pasien stroke sangat tergantung dari kecepatan, kecermatan dan ketepatan terhadap penanganan awal pada pasien (9). Waktu emas (golden hour) dalam penanganan stroke adalah 4,5 jam, artinya dalam 4,5 jam awal setelah mendapatkan serangan stroke, pasien harus segera mendapatkan terapi secara komprehensif dan optimal dari tim gawat darurat rumah sakit untuk mendapatkan hasil pengobatan yang optimal (7). Menurut (Santosa & Trisnain, 2019) terlambatnya penanganan stroke di rumah sakit sekitar 83,9% karena adanya keterlambatan pada fase prehospita. Penelitian (Hariyanti dkk., 2015) dalam penelitiannya menunjukkan 18,7% pasien datang dalam waktu 3 jam setelah serangan stroke dan 81,3% diantaranya datang lebih dari 24 jam setelah serangan stroke.

Penyebab pertama keterlambatan penanganan sebesar 62,3% karena kurangnya pengetahuan keluarga tentang faktor resiko dan peringatan gejala stroke sehingga menyepelekan tanda-tanda dini stroke (8). Menurut (16) penyebab dari keterlambatan penanganan pre-hospital stroke diantaranya adalah sikap menyepelekan dan kurangnya pengetahuan tentang tanda-tanda dini serangan stroke. Oleh karena itu, untuk mencapai keberhasilan penanganan diperlukan pemahaman yang baik dari keluarga sebagai orang dekat yang dapat memberikan pertolongan kepada pasien. Maka dari itu, perlu adanya intervensi untuk meningkatkan pengetahuan. Untuk meningkatkan pengetahuan dan sikap tersebut maka dapat dilakukan melalui upaya promosi kesehatan salah satunya dengan pendidikan kesehatan dan bimbingan konseling.

Keberhasilan penyuluhan kesehatan pada masyarakat tergantung pada komponen pembelajaran dan media yang digunakan. Pemberian pengetahuan akan lebih menarik jika disampaikan dengan metode dan media yang menarik pula. Audiovisual merupakan salah satu media pembelajaran yang menyajikan informasi atau pesan secara audio dan visual (10). Media penyuluhan dengan audio visual memberikan stimulus terhadap mata (penglihatan) dan telinga (pendengaran), dan media cetak dapat memberikan stimulasi pada indra mata (penglihatan).

Oleh karena itu diperlukan adanya intervensi pemberian informasi bagi masyarakat sekitar melalui media booklet dan audiovisual untuk mempermudah pemahaman terkait pengenalan deteksi dini serangan stroke yang menggunakan istilah SeGeRa Ke RS yang merupakan singkatan dari Senyum tidak simetris, Gerak separuh anggota tubuh melemah tiba-tiba, Bicara pelo atau tiba-tiba tidak dapat bicara atau tidak mengerti kata-kata/bicara, Kebas atau baal, Rabun, Sakit kepala hebat yang muncul tiba-tiba dan gangguan fungsi keseimbangan sebagai upaya pencegahan keterlambatan prehospita guna mewujudkan masyarakat yang sehat melalui metode bimbingan dan konseling kunjungan rumah sesuai dengan kebutuhan klien individu. Hal ini sesuai dengan tujuan Rencana Induk Penelitian Universitas Lambung Mangkurat (2020) guna meningkatkan mutu kesehatan masyarakat dan pelayanan kesehatan yang aplikatif di masyarakat.

Berdasarkan hal tersebut penulis tertarik melakukan studi kasus yaitu Aplikasi Media Booklet Dan Audio Visual Terhadap Pengenalan Deteksi Dini Stroke Menggunakan Istilah Segera Ke Rs Pada

Keluarga Tn. R Dengan Post CVA dengan memberikan intervensi berupa pemberian edukasi terkait manifestasi klinis Stroke dan manajemen prehospita sesuai dengan chain of survival yaitu deteksi dini gejala Stroke dan mencari bantuan/ telpon darurat menggunakan metode bimbingan konseling dan pendidikan kesehatan selama 6 kali pertemuan.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan desain studi kasus, melalui metode pendekatan asuhan keperawatan komprehensif yang meliputi pengkajian, penegakan diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi keperawatan. Studi kasus dilakukan dari bulan desember 2021 sampai januari 2022. Pertemuan yang dilakukan terdiri dari 7 pertemuan dengan 1 hari pertemuan melakukan pengkajian. Implementasi dilakukan selama 6 hari berturut-turut dari tanggal 3 Januari sampai 8 Januari 2022. Studi kasus dilakukan di Desa Sungai Alang, Kecamatan Karang Intan, Kabupaten Banjar, Kalimantan Selatan.

Implementasi dibagi dalam beberapa tahapan yang terbagi ke dalam 6 hari selama 15 menit. Hari pertama dilakukan pretest menggunakan tools instrument 6 tanda dan gejala deteksi dini serangan stroke yang disingkat “SeGeRa ke RS”. Hari kedua diberikan booklet yang berisi pengertian stroke, penyebab, faktor resiko, Pengenalan tanda dan gejala deteksi dini dengan istilah “SeGeRa ke RS” dan manajemen prehospita serta dampak penanganan yang terlambat. Kemudian hari ketiga dilakukan post test. Hari keempat dan kelima dilakukan pendidikan kesehatan melalui audio visual dan hari keenam dilakukan post

test yang kedua menggunakan tools instrument “SeGeRa ke RS”.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil pengkajian yang didapatkan melalui wawancara, observasi, dan pemeriksaan fisik didapatkan data Tn. R, jenis kelamin Laki-laki, lahir pada tanggal 7 Februari 1982, berusia 39 tahun, beragama Islam dengan pendidikan terakhir yaitu SMA Sederajat. Klien tinggal bersama istri dan satu orang anak laki-laki berumur 4 Tahun. Istri Klien bernama Ny. P Berusia 28 Tahun dengan pendidikan terakhir SMA Sederajat dan sebagai ibu rumah tangga. Klien mengatakan pernah mengalami stroke 2 kali. Stroke pertama september 2019 dan yang kedua pada bulan Maret 2021, klien mengatakan memiliki riwayat penyakit Kolesterol tinggi, memiliki hipertensi sudah 10 tahun terakhir, riwayat merokok namun sudah benar-benar berhenti sejak 2 tahun yang lalu. Klien mengatakan memiliki orang tua dengan riwayat hipertensi dan diabetes melitus. Saat dilakukan pengkajian klien mengatakan tidak ada keluhan.

Hasil pemeriksaan fisik kesadaran compos mentis, tekanan darah 160/100 mmHg, frekuensi pernapasan 20x/ menit, denyut nadi 91x/ menit, dan suhu tubuh 36,8 derajat celcius. Tinggi badan 140 cm, berat badan 48 kg, IMT = 24, 5 (normal) hasil pemeriksaan kolesterol 227 mg/dl dan glukosa 111 mg/dl. Keadaan umum baik, kulit tampak bersih, tidak ditemukan edema atau luka, turgor kulit baik, CRT > 2 detik. Rambut klien merata dan sebagian ada yang berwarna putih. Tidak ada pembesaran vena jugularis dan deviasi trakea. Klien tidak menggunakan kacamata untuk membaca maupun beraktivitas sehari – hari. Tidak ada kelainan atau perdarahan pada hidung. Pada

mukosa bibir tampak lembab dan lidah tampak bersih. Tidak ada peradangan tonsil, klien tidak menggunakan gigi palsu. Ekstremitas pergerakan sendi dan kekuatan otot normal, tidak ada fraktur dan keterbatasan rentang gerak.

Klien tinggal bersama seorang istri di rumah. Ny. P bernama ny. P mengatakan klien sudah 2x mengalami serangan stroke. Ny.P mengatakan saat Klien mengatakan saat terjadi serangan stroke pertama klien sedang berada di jalan dan mengalami keluhan pusing sehingga membuat klien terjatuh dari motor dan tidak sadarkan diri kemudian oleh warga klien dibawa dan dirawat dua minggu di rumah sakit Ratu Zalecha. Terkait serangan stroke yang kedua klien mengatakan sedang berada di rumah dan mengalami keluhan pusing, sakit pada tengkuk dan penglihatan kabur. Namun, klien tidak langsung membawanya ke rumah sakit. Ny. P mengatakan klien hanya di bawa ke puskesmas Karang intan 2, oleh dokter klien dirujuk ke Rumah Sakit namun klien tidak mau pergi ke rumah sakit hanya istirahat di rumah saja. Klien mengatakan keluhan yang dirasakan masih bisa ditahan dan Klien kemudian mengkonsumsi obat amlodphine 10 mg selama di rumah. Ny. P mengatakan tidak langsung membawanya karena kemungkinan hanya menderita darah tinggi saja. namun, pada keesokan harinya klien ditemukan terjatuh dikamar mandi dan hampir tidak sadarkan diri oleh Ny.P dengan bantuan tetangga kemudian membawa klien ke RS Ratu Zalecha.

Intervensi keperawatan yang dilakukan untuk mengatasi diagnosis defiensi pengetahuan dengan pemberian pendidikan kesehatan, skrining kesehatan, fasilitasi pembe;ajaran dan bimbingan konseling. Implementasi dibagi dalam beberapa

tahapan yang terbagi ke dalam 6 hari selama 15 menit. Hari pertama dilakukan pretest menggunakan tools instrument 6 tanda dan gejala deteksi dini serangan stroke yang disingkat “SeGeRa ke RS”. Hari kedua diberikan booklet yang berisi pengertian stroke, penyebab, faktor resiko, Pengenalan tanda dan gejala deteksi dini dengan istilah “SeGeRa ke RS” dan manajemen prehospita serta dampak penanganan yang terlambat . Kemudian hari ketiga dilakukan post test. Hari keempat dan kelima dilakukan pendidikan kesehatan melalui audio visual dan hari keenam dilakukan post test yang kedua menggunakan tools instrument “SeGeRa ke RS”.

Hasil Pretest dan Posttest

	Pretest 1	Pretest 2	Posttest
Ny.P	3	4	6
	Benar	Benar	Benar
Tn.R	6	-	-
	Benar		

Tn. R sudah mengalami serangan stroke sebanyak 2x dan yang kedua hampir mengalami stroke. Kejadian stroke berulang yang dialami Tn. R dikarenakan salah satu penyebabnya adalah keterlambatan mengenali tanda dan gejala serangan stroke. Dari hasil pengkajian didapatkan bahwa pada saat serangan stroke ke 2 keluarga hanya membiarkan Tn.R dengan keluhan pusing, sakit pada tengkuk dan penglihatan kabur. dan mengira hanya mengalami tekanan darah tinggi saja sampai saat ketika klien sudah pada keesokan harinya Tn.R ditemukan terjatuh dikamar mandi dan hampir tidak sadarkan diri. Pada saat kejadian kondisi Tn.R sudah hampir tidak sadarkan diri, sehingga diperlukan pemberdayaan keluarga untuk membantu memberikan pertolongan kepada Tn. R. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh (5) bahwa Kurangnya pengetahuan dan

kemampuan mengidentifikasi tanda dan gejala stroke secara dini merupakan penyebab utama keterlambatan penanganan selama golden periode (14).

Faktor resiko stroke berulang yang dimiliki oleh Tn.R antara lain: Jenis kelamin laki-laki, tekanan darah tinggi, kolestrol tinggi, riwayat stroke dan pengetahuan terkait tanda dan gejala deteksi dini oleh keluarga. Faktor terakhir mengenai pengetahuan keluarga. Berdasarkan hasil pretest yang dilakukan oleh Ny.P pada pretest Ny.P mampu hanya menjawab 3 Pernyataan dengan benar mengenai tanda dan gejala serangan stroke. Hal ini menunjukkan bahwa pengetahuan Ny. P mengenai tanda dan gejala serangan stroke masih kurang. Hal ini selaras dengan kondisi Tn.R yang mengalami serangan stroke ke-2 namun oleh keluarga tidak langsung di rujuk ke fasilitas pelayanan terdekat. Hal inilah yang dapat menjadi salah satu faktor stroke berulang pada Tn.R. Keterlambatan mengenali tanda dan gejala serangan stroke sebagai deteksi awal merupakan masalah perlambatan prehospita. Diungkapkan dalam Fassbender et.al., 2013 Penyebab pertama keterlambatan penanganan sebesar 62,3% karena kurangnya pengetahuan keluarga tentang faktor resiko dan peringatan gejala stroke sehingga menyepelkan tanda-tanda dini stroke. Pada kondisi ini keluarga memiliki peranan penting untuk memberikan pertolongan kepada pasien.

Selanjutnya, pemberian intervensi dengan media booklet dan media audiovisual ternyata mampu meningkatkan pengetahuan Ny.P dibuktikan dengan Ny. P menjawab semua pernyataan dengan benar pada saat posttest yang kedua. Audio visual memberikan stimulus terhadap mata (penglihatan) dan telinga (pendengaran),

sedangkan media cetak hanya memberikan stimulasi pada indra mata (penglihatan) (12). Pemberian pengetahuan akan lebih menarik jika disampaikan dengan metode dan media yang menarik pula. Media audio visual dalam pendidikan kesehatan lebih efektif digunakan dalam meningkatkan pengetahuan, sikap dan tindakan mengenai pencegahan penyakit gastritis dibandingkan dengan media leaflet (14). Penggunaan media yang melibatkan banyak indera akan semakin meningkatkan pemahaman terhadap suatu informasi, sehingga penggunaan media audio visual (video) berupa gambar dan video bergerak yang melibatkan indera penglihatan dan pendengaran akan membantu dalam proses pembelajaran yang berfungsi memperjelas dan mempermudah dalam memahami informasi yang didapatkan (12).

KETERBATASAN

Peneliti menyadari bahwa dalam pelaksanaan penelitian terdapat keterbatasan yang dapat memengaruhi proses penelitian. Keterbatasan dalam penelitian ini yaitu mencari waktu dan menata waktu pemberian intervensi karena cukup sulit mencari jadwal kosong antara keduanya. Karena keterbatasan waktu jua peneliti hanya mampu menilai tingkat pengetahuan dan belum sampai pada tahap evaluasi setelah aplikasi deteksi setelah kejadian stroke.

ETIKA PENELITIAN

Etik yang digunakan dalam penelitian ini meliputi *informed consent* secara lisan dan telah mendapatkan persetujuan dari klien untuk diberikan asuhan keperawatan berupa implementasi pendidikan kesehatan, fasilitasi pembelajaran, skrining kesehatan dan bimbingan konseling.. Peneliti

menerapkan aspek etika keperawatan berupa *autonomy* yaitu kebebasan pasien untuk memilih, *beneficience* yaitu melakukan tindakan yang bermanfaat untuk klien, dan *non maleficience* yaitu berbuat hal yang tidak merugikan klien.

KONFLIK KEPENTINGAN

Tidak terdapat konflik kepentingan dalam proses penelitian. Penelitian dilakukan sesuai prosedur. Penelitian tidak berhubungan dengan kepentingan pihak lain atau manapun

UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis mengucapkan terima kasih kepada instansi Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat karena telah memfasilitasi terlaksananya penelitian ini serta instansi terkait lainnya seperti Puskesmas Karang Intan 2 dan Kepala Desa Sungai Alang yang telah memberikan izin sehingga penelitian ini dapat dilakukan. Penulis juga mengucapkan terima kasih sebesar-besarnya kepada pihak yang telah membantu dan selalu mendukung penulis selama penelitian ini dilakukan.

PENUTUP

Pemberian intervensi kepada Tn.R dan keluarga berupa booklet dan audio visual sebagai media penyampaian informasi tentang pengenalan tanda dan gejala sebagai deteksi dini serangan stroke menggunakan istilah “SeGeRa ke RS” selama 15 menit sebanyak 6 kali pertemuan maka didapatkan perubahan tingkat pengetahuan dari yang tingkat pengetahuan terbatas menjadi tingkat pengetahuan banyak. Hal ini sesuai dengan tujuan asuhan keperawatan yaitu keluarga mampu melakukan penilaian sederhana

untuk menilai/mendeteksi serangan stroke dari tanda dan gejala yang dialami atau dengan menggunakan istilah SeGeRa ke RS. Dengan adanya pemahaman keluarga yang baik mengenai kemampuan melakukan deteksi dini dan Golden Hour Penanganan stroke diharapkan dapat memberikan pertolongan segera dan menghindari kejadian perlambatan prehospita. mendeteksi tanda dan gejala sebagai deteksi dini serangan stroke menggunakan istilah “SeGeRa ke RS”. Identifikasi dan deteksi yang cepat, tepat serta akurat terhadap serangan stroke yang terjadi di luar rumah sakit, baik dilakukan oleh pasien maupun keluarga pasien berpengaruh positif terhadap keberhasilan program terapi dan pengobatan, sebaliknya keterlambatan penanganan menyebabkan kerusakan otak yang lebih luas dan juga meningkatkan risiko kematian.

REFERENSI

1. Adib, M., & Anggita, K. W. (2011). Pengetahuan Praktis Ragam Penyakit Mematikan yang Paling Sering Menyerang Kita. Yogyakarta: BukuBiru
2. American Heart Association/ American Stroke Association, 2015a, *Let's Talk About Risk Factors for Stroke*, dalam Aridamayanti 2017. Diakses 17 September 2016
3. <strokeassociation.org/letstalkaboutstroke, >
4. Amila, Sinaga, J., Sembiring, E. 2018. Pencegahan Stroke Berulang melalui Pemberdayaan Keluarga dan Modifikasi Gaya Hidup. ABDIMAS. 22(2), 143-149
5. Anne Hickey, Lisa Mellon, David Williams, Emer Shelley, Ronan M Conroy Does stroke health promotion increase awareness of appropriate

- behavioural response? Impact of the face, arm, speech and time (FAST) campaign on population knowledge of stroke risk factors, warning signs and emergency response *European Stroke Journal*. volume 3. Issue 2. p: 117-125
6. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. 2018. Hasil Utama RISKESDAS 2018. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. *oke Berulang melalui Pemberdayaan Keluarga dan Modifikasi Gaya Hidup. ABDIMAS*. 22(2), 143-149
 7. Donkor, E.S., 2018. Stroke in the 21st Century: A Snapshot of the Burden, Epidemiology, and Quality of Life. *Stroke Research and Treatment*. 2(18), 1-10
 8. Fassbender, K., Balucani, C., Walter, S., Levine, S. R., Haass, A., & Grotta, J. (2013). Streamlining of prehospital stroke management: the golden hour. *The Lancet Neurology*, 12(6), 585– 596.
 9. Hasil Risesdas (Riset Kesehatan Dasar) Tahun 2018, n.d
 10. Kapti, R. E., Rustina, Y., & Widyatuti, W. (2013). Efektifitas audiovisual sebagai media penyuluhan kesehatan terhadap peningkatan pengetahuan dan sikap ibu dalam tatalaksana balita dengan diare di dua rumah sakit kota Malang. *Jurnal Ilmu Keperawatan: Journal of Nursing Science*, 1(1), 53– 60.
 11. Karuniawati, H., Ikawati, Z., & Gofir, A. (2015). Pencegahan Sekunder untuk Menurunkan Kejadian Stroke Berulang pada Stroke Iskemik. *Jurnal Manajemen Dan Pelayanan Farmasi*, 5(1), 14–21.
 12. Kusuma, U., Surakarta, H., Susanti, S., Sari, F. S., & Susilaningsih, E. Z. (2021). Pengaruh Pendidikan Kesehatan Fast Test Melalui Audio Visual Terhadap Upaya Penanganan Awal. *Universitas Kusuma Husada Surakarta, 000*, 1–12.
 13. Price Sylvia A, Wilson Lorraine M. *Patofisiologi: Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit*. Jakarta: EGC; 2016
 14. Putri, A. T., & Akifah, A. (2017). Efektifitas Media Audio Visual Dan Leaflet Terhadap Peningkatan Pengetahuan, Sikap Dan Tindakan Tentang Pencegahan Penyakit Gastritis Pada Santriwati Di Pondok Pesantren Hidayatullah Putri Dan Ummusshabri Kota Kendari Tahun 2017. (*Jurnal Ilmiah Mahasiswa Kesehatan Masyarakat*), 2(6).
 15. Rachmawati, D., Andarini, S., & Ningsih, D. K. (2017). Pengetahuan keluarga berperan terhadap keterlambatan kedatangan pasien stroke iskemik akut di Instalasi Gawat Darurat. *Jurnal Kedokteran Brawijaya*, 29(4), 369–376.
 16. Santosa, W. R. B., & Trisnain, A. N. S. (2019). Pengaruh Pendidikan Kesehatan Pre-Hospital Stroke Terhadap Pengetahuan Dan SelfEfficacy Masyarakat Dalam Melakukan Tindakan Pertolongan Pre-Hospital Stroke. *Jurnal Gawat Darurat*, 1(1), 31–36.
 17. Smeltzer, S., C., & Bare, B. G., 2001, *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarh*, EGC, Jakarta
 18. William, L., 2008, *Nursing: Memahami Berbagai Macam Penyakit*, Indeks, Jakarta.
 19. Zhelev, Z., Walker, G., Henschke, N., Fridhandler, J., Yip, S. 2019. Prehospital Stroke Scales as Screening Tools for Early Identification of Stroke and Transient Ischemic Attack (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 4. 1-131