

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori

1. Tingkat pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah melakukan pengindraan suatu objek tertentu. Pengindraan terjadi melalui pancaindra manusia, yakni indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan raba. Dan sebagian besar pengetahuan manusia didapat melalui mata dan telinga (Notoatmojo, 2007).

Pengetahuan dapat diperoleh melalui kenyataan dengan melihat, mendengar melalui alat – alat komunikasi cetak maupun elektronik. Hal – hal demikian diterima panca indra dan diolah dalam otak. Pengetahuan juga dapat diperoleh dari pengalaman. Selain itu juga dari informasi yang berasal dari orang lain (WHO, 1992).

Menurut pendapat lain pengetahuan merupakan hasil pengindraan yang berupa fakta – fakta dan informasi baru yang menarik atau mempengaruhi individu tersebut. Sedangkan menurut Handersen, pengetahuan seseorang yang meningkat akan mempengaruhi kesehatannya. (Potter & Perry, 1997).

seperti firman Allah SWT dalam Q.S az – Zumar (39) ayat 9 yang artinya *”Adakah sama orang yang mengetahui dengan orang – orang yang tidak mengetahui?”* *Seungguhnya orang yang berakallah yang dapat menerima*

pelajaran”.

Pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif mempunyai 6 tingkatan (Notoatmojo, 2007) yaitu:

a. Tahu

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya, termasuk kedalam tingkat ini adalah mengingat kembali sesuatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari. Tahu merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah.

b. Memahami

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang obyek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut dengan benar.

c. Aplikasi

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi sebenarnya

d. Analisis

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu obyek kedalam komponen-komponen, tetapi masih di dalam satu struktur organisasi dan masih ada kaitannya satu sama lain.

e. Sintesis

Sintesis menunjuk kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian didalam suatu bentuk keseluruhan yang

baru. Sintesis merupakan kemampuan untuk menyusun formulasi-formulasi yang ada.

f. Evaluasi

Evaluasi berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau obyek.

2. Perilaku

Menurut Notoatmojo (2007), secara biologis perilaku adalah suatu kegiatan atau aktivitas dari diri sendiri baik yang dapat diamati langsung maupun yang tidak dapat diamati oleh pihak luar yang mempunyai bentangan yang sangat luas. Skinner seorang ahli psikologi, merumuskan bahwa perilaku merupakan respons atau reaksi seseorang terhadap stimulus. Oleh karena itu perilaku terjadi melalui proses adanya stimulus terhadap organisme dan kemudian organisme tersebut merespon. Dalam memberikan respon sangat bergantung pada karakteristik atau faktor – faktor lain dari orang yang bersangkutan. Faktor – faktor tersebut adalah faktor internal dan eksternal.

Perilaku merupakan totalitas penghayatan dan aktivitas seseorang yang merupakan hasil bersama atau resultante antara faktor internal dan eksternal. Secara garis besar perilaku manusia dapat dilihat dari tiga aspek yakni fisik, psikis dan sosial. Secara lebih rinci, perilaku manusia sebenarnya merupakan refleksi dari berbagai gejala kejiwaan seperti, pengetahuan keinginan, minat, kehendak, motivasi, persepsi, sikap dan sebagainya. Namun demikian, pada penelitian-penelitian dibedakan atau diteliti gejala kejiwaan yang menentukan

perilaku seseorang. Gejala kejiwaan tersebut dipengaruhi oleh berbagai faktor antara lain, diantaranya adalah faktor pengalaman, keyakinan, sarana fisik, sosio-budaya masyarakat, dan sebagainya.

3. Hipertensi

a. Definisi

Istilah hipertensi diambil dari bahasa Inggris *Hypertension*. Kata *hypertension* berasal dari bahasa Latinyaitu *hyper* dan *tension*. *Hyper* berarti super atau luar biasadan *tension* berarti tekanan atau tegangan. Disamping itu, dalam bahasa Inggris digunakan istilah *high blood pressure* yang berarti tekanan darah tinggi. Tekanan darah tinggi dipakai oleh darah yang dipompakan oleh jantung untuk melawan tahanan pembuluh darah. Dengan kata lain sejumlah tenaga yang dibutuhkan untuk mengedarkan darah keseluruh tubuh (Bangun , 2001).

Menurut (Guyton & Hall, 1997) hipertensi atau tekanan darah tinggi di definisikan sebagai kondisi dimana tekanan arteri rata-ratanya lebih tinggi daripada batas atas yang dianggap normal. Dalam keadaan istirahat bila tekanan arteri rata- rata lebih tinggi dari 110 mmHg (normal sekitar 90 mm Hg) maka hal ini dianggap hipertensi, nilai ini terjadi bila tekanan darah diastolik lebih besar dari 90 mmHg dan tekanan darah sistolik lebih besar dari kira-kira 135 – 140 mmHg)

Menurut WHO (1978) batasan tekanan darah yang masih dianggap normal adalah 140/90 mmHg dan tekanan darah sama dengan atau diatas

160/95 mmHg dinyatakan sebagai hipertensi. Tekanan darah diantara normo dan hipertensi. Batasan tersebut tidak membedakan usia dan jenis kelamin (Sarwono, 2001).

b. Klasifikasi

Menurut *Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure* (2003), klasifikasi hipertensi dibedakan atas saat mulai pengobatan berdasarkan kelompok resiko yang dapat ditentukan oleh derajat hipertensi, adanya kerusakan organ target, dan faktor resiko kardiovaskuler lainnya. Seperti yang terlampir dalam tabel :

Tabel 1. Klasifikasi dan Manajemen Tekanan Darah Tinggi

Klasifikasi tekanan darah	Tekanan darah sistolik	Tekanan diastolik	Modifikasi gaya hidup	Terapi obat	
				Tanpa indikasi	Dengan indikasi
Normal	< 120	< 80	Perlu	Tidak perlu indikasi obat	Indikasi obat
Prehipertensi	120 - 139	80-90	Ya		Diuretik,
Hipertensi derajat I	140 - 159	90-99	Ya	Tiazida, ACE I, CCB, atau kombinasi.	ACEI, ARB,
Hipertensi derajat II	> 160	> 100	Ya		BB, dan ACB.

Sumber ; *Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (2003)*

4. Stroke

a. Definisi Stroke

Stroke atau cedera serebrovaskuler (*cerebrovascular accident/ CVA*) di definisikan sebagai kondisi abnormal dari pembuluh darah di otak, berupa penyumbatan atau perdarahan yang dapat menyebabkan iskemik dan kerusakan jaringan di otak dimana pembuluh darah tersebut terganggu (Rice, 2001). Faktor resiko stroke umumnya di bagi menjadi 2 golongan; yaitu faktor yang tidak dapat dikontrol (umur, ras/bangsa, jenis kelamin, riwayat keluarga dan faktor yang dapat dikontrol (hipertensi, diabetes mulitus/ kencing manis, transien ischemic attack (TIA), fibrilasi atrial, post stroke, abnormalitas lipoprotein, fibrinogen tinggi dan perubahan haemoreologikal lain, perokok sigaret, peminum alkohol, hiperhomocysteinemia, infeksi:virus dan bakteri, obat kontrasepsi oral, obat obatan lainnya, obesitas/ kegemukan, kurang aktivitas fisik, hiperkolesterolemia, stres fisik dan mental (Junaidi, 2006).

Stroke merupakan penyakit gangguan fungsional otak fokal maupun global akut dengan tanda dan gejala sesuai bagian otak yang terkena sebagai akibat gangguan aliran darah ke otak karena pendarahan atau sumbatan tanpa peringatan yang dapat disembuhkan dengan sempurna sembuh dengan cacat

b. Etiologi Stroke

Gangguan peredaran darah otak yang terjadi mengakibatkan stroke dapat disebabkan oleh 3 hal, yaitu trombosis, emboli, dan pendarahan serebri (Arbour, 2006)

1) Trombosis

Stroke paling sering disebabkan oleh trombosis, dan secara umum berhubungan dengan perkembangan aterosklerosis pada dinding pembuluh darah. Secara klinis hal ini dinamakan trombosis serebral atau infark serebral. Stroke jenis ini terjadi lebih dari 50 persen dari seluruh stroke yang ada. Trombosis serebral dapat dibagi menjadi dua kategori tambahan yang berhubungan dengan lokasi terjadinya sumbatan, yaitu trombosis pembuluh darah besar dan trombosis pembuluh kecil.

Trombosis pembuluh darah besar terjadi ketika sumbatan terjadi di arteri – arteri di otak lebih kecil. Stroke jenis ini juga disebut stroke lakuner.

2) Emboli

Emboli merupakan urutan kedua penyebab stroke. Stroke emboli disebabkan oleh adanya sumbatan karena jendalan darah, tetapi pada kasus ini jendalan darah atau emboli terbentuk di tempat selain di otak itu sendiri. Emboli sering terjadi di jantung, mengikuti aliran darah hingga berhenti di suatu tempat dan tidak dapat mengalir ke pembuluh lebih jauh.

Secara alami hal ini menghalangi aliran darah ke otak dan menyebabkan

kerusakan fisik dan neurologis yang segera.

Abnormalitas patologik pada jantung kiri, seperti endokarditis infeksi, penyakit jantung reumatik dan infark miokard, serta infeksi pulmonal, adalah tempat – tempat asal emboli. Emboli dapat pula terjadi karena adanya jendalan darah di jantung yang dapat timbul akibat adanya denyut yang tidak teratur, contoh: fibrilasi atrium, serangan jantung, maupun adanya abnormalitas pada katup jantung. Selain hal tersebut, masih ada lagi penyebab stroke iskemik, antara lain penggunaan obat – obatan, trauma pada pembuluh leher, atau kelainan pada proses penjendalan darah.

3) Pendarahan serebral

Pendarahan serebral menempati urutan ketiga dari semua penyebab utama kasus gangguan pendarahan otak dan merupakan sepersepuluh dari semua kasus stroke. Pendarahan dapat terjadi di daerah otak (pendarahan intrakranial) maupun di ruang subarakhnoid (pendarahan subarakhnoid). Pendarahan di otak menyebabkan jaringan otak disekitar pendarahan mendapat tekanan intrakranial yang dapat menyebabkan kematian sel – sel otak. Jika peningkatan tekanan tersebut terjadi secara tiba – tiba, maka dapat menyebabkan turunya kesadaran bahkan kematian.

Pendarahan Subarakhnoid sering dikaitkan dengan pecahnya aneurisma. Sebagian besar aneurisma terjadi di sirkulus Willis. Hipertensi dan pendarahan meninges menimbulkan hematom yang dapat

c. Klasifikasi stroke

Menurut Harsono (2005), secara garis besar klasifikasi stroke dibagi menjadi 2 golongan besar yaitu:

1) Stroke hemoragik

Menurut WHO stroke hemoragik dibedakan menjadi 2 :

- a) Pendarahan Intraserebral (PIS) adalah pendarahan primer yang berasal dari pembuluh darah dalam parenkim otak dan bukan disebabkan oleh trauma. Pembagian klinis menurut cepatnya gejala klinis memburuk dibedakan menjadi; 1) pendarahan intra serebral akut, dan cepat memburuk dalam 24 jam, 2) pendarahan intra serebral sub akut, dengan klinis terjadinya antara tiga dan tujuh hari, 3) pendarahan intraserebral sub kronis, bila kronisnya tujuh hari
- b) Pendarahan Sub Araknoidal (PSA) adalah keadaan terdapatnya atau masuknya aliran darah ke dalam ruangan subaraknoid dibedakan atas:
 - 1) PSA Spontan primer, adalah pendarahan subaraknoidal yang bukan akibat trauma dan,
 - 2) PSA Sekunder, adalah pendarahan yang berasal dari luar subaraknoid. seperti dari PIS atau tumor otak

2) Stroke non hemoragik

Dapat dibedakan dalam empat bentuk klinis :

- a) Serangan Iskemik sepiintas atau Transient Ischemic Attack (TIA) merupakan gejala neurologik yang timbul akibat gangguan peredaran darah di otak akan menghilang dalam waktu 24 jam

- b) Defisit Neurologik Iskemik sepiintas atau Reversible Ischemic Neurological Defisit (RIND), gejala neurologik yang timbul akan menghilang dalam waktu lebih lama dari 24 jam, tetapi lebih dari seminggu.
- c) Stroke progresif atau stroke in evolution yang mana gejala neurologiknya makin lama makin berat.
- d) Stroke komplet atau permanent, stroke yang gejala klinisnya sudah menetap.

d. Faktor resiko stroke

Menurut Junaidi (2006), umumnya faktor resiko stroke dibagi menjadi dua golongan, yaitu:

1) Tidak dapat dikontrol:

a) Umur

Stroke dapat terjadi pada semua orang dan pada semua usia, termasuk anak – anak. Penderita stroke iskemik biasanya berusia lanjut (60 tahun keatas), dan resiko stroke meningkat seiring bertambahnya usia.

b) Jenis kelamin

Stroke lebih sering terjadi pada pria dibanding wanita.

c) Ras

Orang Afrika di daerah Amerika mempunyai faktor resiko yang lebih

2) Dapat dikontrol:

Menurut Timby (2007), faktor resiko yang dapat dikontrol yaitu:

a) Penyakit jantung

Penyakit jantung mempunyai potensial menjadi faktor resiko seperti penyakit jantung reumatik, penyakit jantung koroner dengan infark otot jantung dan gangguan irama denyut jantung. Faktor resiko ini pada umumnya akan menimbulkan sumbatan aliran darah ke otak karena jantung melepas gumpalan darah ke otak. Peristiwa ini disebut emboli, yang dapat diterapi dengan obat anti pengumpalan darah. Apabila keadaan ini tidak tertangani maka dapat menimbulkan komplikasi yang serius, yaitu pendarahan otak.

b) Hipertensi

Hipertensi adalah peningkatan tekanan darah di atas normal. Menurut (Guyton & Hall, 1997) kondisi hipertensi jika tekanan darah sistolik di atas 140 mmHg dan tekanan darah diastolik di atas 90 mmHg. Hipertensi dapat mengakibatkan pecahnya maupaun menyempitnya pembuluh darah otak. Pecahnya pembuluh darah otak merupakan pendarahan otak, sedangkan penyempitan pembuluh darah dapat mengurangi suplai darah otak dan menyebabkan kematian sel – sel

c) Merokok

Merokok dapat menurunkan elastisitas pembuluh darah dan meningkatkan konsentrasi fibrinogen, kondisi ini mempermudah terjadinya penebalan dinding pembuluh darah dan peningkatan kekentalan darah. Pembuluh darah yang menyempit dan aliran darah yang lambat karena terjadi viskositas (kekentalan), dapat menimbulkan tekanan pembuluh darah atau pembekuan darah pada bagian dimana aliran melambat dan menyempit.

d) Riwayat stroke pada keluarga meningkatkan resiko seseorang menderita stroke.

e) Diabetes mellitus

Menurut Timby (2007), peningkatan glukosa dalam darah akan meningkatkan akselerasi konversi LDL yang akan mengakibatkan aterosklerosis yang kemudian diikuti dengan penurunan elastisitas pembuluh darah yang akan menghambat aliran darah.

f) Obesitas

e. Manifestasi Stroke

Manifestasi yang timbul bervariasi, tergantung bagian otak mana yang terganggu (Junaidi, 2006). Manifestasinya antara lain adalah:

1) Serangan defisit neurologis fokal, berupa kelemahan otot wajah, lengan atau kaki di salah satu sisi tubuh dengan tiba – tiba.

2) Mulut lidah mencegung bila diluruskan

- 3) Bicara tidak jelas, afasia, bicara tidak lancar
- 4) Ketidakmampuan memikirkan memahami, mengucapkan kata - kata serta pembicaraan orang lain
- 5) Ketidak mampuan mengenali bagian tubuh
- 6) Kehilangan mengendalikan defekasi
- 7) Dimensia, vertigo
- 8) Awal terjadinya penyakit (onset) cepat, mendadak dan biasanya terjadi saat beristirahat atau bangun tidur
- 9) Gangguan penglihatan, pendengaran atau penurunan pendengaran
- 10) Kehilangan keseimbangan atau koordinasi serta terjadi gangguan kesadaran bahkan sampai koma

f. Patofisiologi Stroke

Otak sangat tergantung kepada oksigen dan tidak mempunyai cadangan oksigen apabila anoksia, metabolisme otak segera mengalami perubahan, kematian sel dan kerusakan permanent dapat terjadi dalam waktu 3 sampai 10 menit. Tiap kondisi yang menyebabkan perubahan perfusi otak akan hipoksia atau anoksia. hipoksia atau anoksia menyebabkan iskemia otak, iskemi dalam waktu singkat (kurang dari 10 - 15 menit) menyebabkan defisit sementara, dan bukan defisit permanen. iskemi dalam waktu lama menyebabkan sel mati permanen dan berakibat menjadi infark otak yang disertai edem otak. tipe defisit focal permanen akan tergantung kepada daerah

g. Efek yang ditimbulkan Stroke

Berbagai pengaruh yang stroke menurut *American Stroke Association Publication* (2000)

1) Pengaruh stroke terhadap emosi

Pada orang yang telah mengalami stroke seringkali mudah menangis atau mudah mengalami perubahan suasana hati yang tiba – tiba dengan alasan yang tidak jelas. Hal ini dinamakan kelebihan emosi. Tertawa tanpa kontrol dapat terjadi, namun lebih jarang dibanding menangis.

2) Pengaruh stroke terhadap kewaspadaan

Stroke dapat menyebabkan kehilangan mobilitas atau rasa pada lengan dan tungkai atau suramnya penglihatan pada satu sisi. Hilangnya lapang pandang atau rasa dapat menyebabkan kurangnya kewaspadaan.

3) Pengaruh stroke terhadap persepsi

Stroke dapat pula mempengaruhi penglihatan, sentuhan, gerakan, dan pemikiran sehingga persepsi seseorang mengenai obyek sehari - hari dapat berupa orang yang selama dari stroke tidak dapat mengenali benda – benda yang dikenal sebelumnya.

4) Pengaruh stroke terhadap pendengaran dan pembicaraan

Stroke umumnya tidak menyebabkan hilangnya pendengaran, namun pasien dapat bermasalah dalam memahami pembicaraan atau mempunyai masalah untuk menyatakan apa yang mereka pikirkan yang dinamakan

afasia. Afasia dapat mempengaruhi kemampuan untuk berbicara

mendengarkan, membaca dan menulis. Hal lain yang berhubungan dengan stroke dapat mempengaruhi otot – otot yang digunakan untuk berbicara.

5) Pengaruh stroke terhadap mengunyah dan menelan

Masalah ini disebut disfagia, dapat terjadi ketika satu sisi mulut melemah.

Hal ini dapat kurang merasakan dan meningkatkan resiko tersedak.

6) Pengaruh stroke terhadap kemampuan berpikir yang jelas

Perencanaan dan pelaksanaan kegiatan yang sederhana dapat mengalami kesulitan. Klien mungkin tidak tahu bagaimana caranya memulai suatu tugas, kebingungan dalam melakukan langkah – langkah logis pada suatu tugas, atau bagaimana melakukan tugas yang pernah mereka lakukan sebelumnya

h. Skala Kecacatan Stroke

Skala kecacatan stroke (*The Modified Rankin Scale*), dikutip dari Junaidi (2006):

1) Kecacatan derajat 0:

Tidak terdapat gangguan fungsi.

2) Kecacatan derajat 1:

Hampir tidak ada gangguan fungsi pada aktivitas sehari-hari atau kemampuan minimal klien mampu melakukan tugas dan kewajiban sehari-

Ketidakmampuan klien melakukan beberapa aktivitas seperti sebelumnya, tetapi tetap dapat melakukan sendiri tanpa bantuan orang lain.

4) Kecacatan derajat 3 (sedang):

Klien memerlukan bantuan orang lain, tetapi masih mampu berjalan tanpa bantuan orang lain, walaupun mungkin menggunakan tongkat.

5) Kecacatan derajat 4 (berat):

Klien berbaring ditempat tidur. Klien memerlukan bantuan orang lain untuk menyelesaikan sebagian aktivitas diri seperti mandi, pergi ke toilet, merias diri, dan lain-lain.

i. Komplikasi

Menurut *Smeltzer and Suzanne* (2002), komplikasi stroke dapat berupa hipoksia serebral, penurunan aliran darah serebral, dan luasnya area cedera. Hipoksia serebral diminimalikan dengan memberi oksigenasi darah adekuat ke otot. Fungsi otot bergantung pada ketersediaan oksigen yang dikirimkan ke jaringan. Pemberian oksigen suplemen dan mempertahankan hemoglobindan hematokrit pada tinnngkat tertentu dapat diterima akan membantu dalam mempertahankan oksigenasi jaringan aliran darah serebral berganung pada ekanan darah, curah jantung dan integritas pembuluh darah serebral. Hipertensi atau hipotensi ekstrim perlu dihindari untuk mencegah perubahan aliran darh serebral dan potensi meluasnya area cedera. Embolisme serebral dapa terjadi setelah infrak miokrad atau fibrilasi atrium atau dapat berasal dari katup jantung prostetik. Embolisme akan menurunkan aliran darah ke otak

dan selanjutnya menurunkan aliran darah serebral. Disritmia dapat mengakibatkan curah jantung tidak konsisten dan menghentikan trombus lokal. Disritmia juga dapat menyebabkan embolus serebral dan harus diperbaiki.

j. Penyembuhan Stroke

Pada proses penyembuhan klien stroke ada dua macam proses penyembuhan utama. Pertama adalah penyembuhan dengan konsumsi obat – obatan dari rumah sakit. Kontrol yang ketat diperlukan untuk menjaga kadar kolesterol jahat dapat diturunkan dan tidak bertambah naik. Selain itu klien dilarang mengkonsumsi makanan yang dapat memicu terjadinya serangan stroke seperti makanan *junk food* dan garam yang dapat pula memacu hipertensi. Proses penyembuhan yang kedua adalah fisioterapi, yaitu latihan otot – otot untuk mengembalikan fungsi komunikasi agar mendekati kondisi normal. Fisioterapi dilakukan bersama instruktur fisioterapi, dan klien harus taat pada latihan yang dilakukan. Apabila fisioterapi tidak dilakukan dengan sungguh – sungguh, dapat terjadi kelumpuhan permanen pada anggota tubuh yang pernah mengalami kelumpuhan (Henderson, 2002).

Kesembuhan pada klien stroke sangat bervariasi, ada yang sembuh total (100%), ada juga yang hanya 50% tergantung dari parah dan tidaknya serangan stroke, kondisi tubuh klien, ketaatan klien menjalani proses penyembuhan, ketekunan dan semangat klien untuk sembuh, serta dukungan dan pengertian dari seluruh keluarga klien stroke (Henderson, 2002).

5. Pencegahan Stroke

Menurut Junaidi (2006), tujuan umum pencegahan stroke pada individu sehat dengan resiko tinggi dan individu penderita pasca stroke adalah untuk menurunkan kecacatan dini, kematian, dan memperpanjang hidup dengan kualitas hidup yang memadai dan lebih baik.

Menurut Mansjoer et al (2000), pencegahan stroke ada 2 macam, diantaranya yaitu : pencegahan primer dan pencegahan sekunder.

a. Pencegahan Primer

Pencegahan primer dilakukan bagi mereka yang belum pernah mengalami TIA atau stroke, tetapi mempunyai resiko tinggi untuk terkena stroke. Langkah pertama dalam mencegah stroke adalah memodifikasi gaya hidup dalam segala hal dan memodifikasi faktor resiko (Junaidi, 2006).

Dalam pencegahan primer pasien dianjurkan untuk :

- 1) Menghindari rokok, stress mental, minum kopi, minum alkohol, kegemukan, dan mengkonsumsi golongan obat-obatan yang mempengaruhi serebrovaskuler seperti amfetamin, kokain dan sejenisnya.
- 2) Mengurangi asupan lemak, asupan kalori, asupan garam berlebihan, dan asupan kolesterol yang berlebihan.
- 3) Mengontrol / mengendalikan hipertensi, kencing manis (Diabetes Mellitus) atau kadar gula darah, dislipidemia (kadar lemak darah)

penyakit jantung, penyakit arterosklerosis, konsumsi makanan seimbang dan olahraga secara teratur.

b. Pencegahan Sekunder

Pencegahan sekunder dilakukan bagi mereka yang pernah atau sudah mengalami TIA atau stroke dan beresiko untuk terkena stroke ulang (Junaidi, 2006).

Yang termasuk pencegahan sekunder adalah :

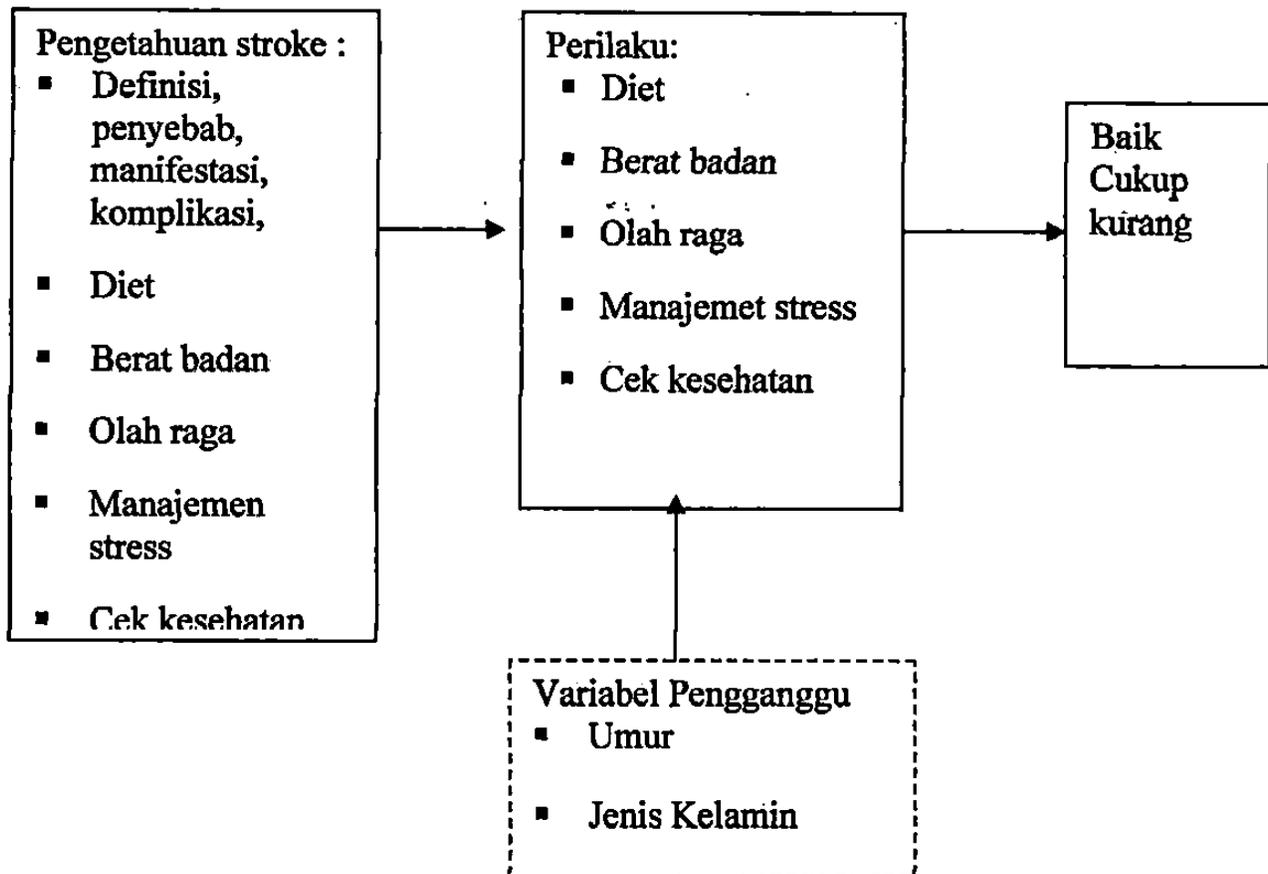
- 1) Mengontrol faktor resiko stroke atau arterosklerosis, melalui modifikasi gaya hidup.
- 2) Melibatkan peran serta keluarga seoptimal mungkin.
- 3) Dengan menggunakan obat-obatan yang dapat mencegah stroke.

6. Pengecekan tekanan darah

Menurut Robbin (1999), klien dengan penyakit hiperensi membutuhkan pengontrolan kesehatan secara teratur. Kurang lebih 90% hipertensi adalah hipertensi primer dan idiopatik, sisanya merupakan hipertensi sekunder. Penyakit hipertensi yang tidak terkontrol dan tidak ditangani secara efektif akan dapat mengakibatkan terjadinya berbagai komplikasi, antara lain: gagal jantung, stroke, gagal ginjal, yang dapat berakibat pada kematian (Suharjono, 2008).

Pengecekan atau pengontrolan kesehatan terutama pengontrolan tekanan darah dilakukan secara rutin dirumah, apabila tidak dapat dilakukan maka pengontrolan tekanan darah dilakukan setiap 2 minggu sekali Untuk

B. Kerangka Konsep



Keterangan:

Yang diteliti :

Yang tidak diteliti :

C. Hipotesis

Ha : Ada hubungan antara tingkat pengetahuan dengan perilaku pencegahan

stroke pada klien hipertensi yang tidak rutin cek kesehatan

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian *non eksperimental* atau disebut juga atau disebut juga *study analitik* dengan menggunakan pendekatan *cross sectional study*.

B. Populasi dan Sampel

1. Populasi penelitian

Populasi merupakan keseluruhan subyek penelitian yang akan diteliti.

Populasi dalam penelitian ini adalah klien yang mengalami hipertensi tidak rutin cek kesehatan yang berada di wilayah kerja Puskesmas Sedayu I. Populasi tersebut berjumlah 37 orang

2. Sampel Penelitian

Menurut (Arikunto, 2002) Sampel adalah sebagian dari keseluruhan obyek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi. Sampel dari penelitian ini adalah Penentuan besar sampel adalah semua klien hipertensi yang cek kesehatan tidak rutin di Wilayah Kerja Puskesmas Sedayu I Bantul, 37 responden Cara pengambilan sampel dalam penelitian ini dilakukan dengan *total sampling*. Adapun kriteria inklusinya untuk menjadi responden penelitian yaitu :

- a) Klien menderita hipertensi
- b) Belum pernah mengalami stroke
- c) Klien hipertensi yang tidak rutin cek kesehatan
- d) Bersedia untuk menjadi responden

C. Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan di Wilayah Kerja Puskesmas Sedayu I Bantul pada bulan Mei 2009.

D. Definisi Operasional

1. Tingkat pengetahuan adalah kemampuan pasien untuk mengetahui dan memahami mengenai stroke meliputi pengertian, penyebab, manifestasi, komplikasi, dan pencegahan stroke yang terdiri dari diet, berat badan, olah raga, manajemen stres, dan cek kesehatan. Pengukuran menggunakan metode data ordinal (Arikunto, 2002) :

Pengetahuan baik : 76% - 100%

Pengetahuan cukup baik : 56% - 75%

Pengetahuan kurang baik : $\leq 55\%$

2. Perilaku pencegahan stroke yang dimaksud adalah merupakan tingkah laku dalam melakukan upaya – upaya pencegahan untuk terjadinya stroke

yang terdiri dari diet, berat badan, olahraga, manajemen stres, dan cek

Pengukuran menggunakan metode data ordinal (Arikunto, 2002) :

Perilaku baik : 76% - 100%

Perilaku cukup baik : 56% - 75%

Perilaku kurang baik : $\leq 55\%$

3. Tidak rutin cek kesehatan yang dimaksud adalah kurangnya pemantauan kesehatan atau pengukuran tekanan darah pasien dengan datang ke pelayanan kesehatan di Puskesmas Sedayu I Bantul, sebagai sasarannya yaitu pasien yang menderita hipertensi tetapi hanya melakukan pemeriksaan jika pasien merasa tidak sehat serta melakukan pemantauan tekanan darah lebih dari 1 bulan sekali.

E. Teknik Pengumpulan Data

Data dikumpulkan dengan teknik wawancara dan pengisian kuesioner.

Kuesioner diisi sendiri oleh responden setelah sebelumnya diberi penjelasan terlebih dahulu. Setelah semua item diisi oleh responden, kuesioner dikumpulkan kembali.

F. Instrumen Penelitian

Pada penelitian ini instrumen yang digunakan adalah kuesioner yang terdiri dari tiga bagian, yaitu :

1. Data demografi klien hipertensi

Data demografi klien stroke, bentuk pertanyaannya adalah terbuka, dimana kemungkinan jawabannya tidak ditentukan terlebih dahulu dan

responden bebas memberikan jawaban (Sugengrimbu dan Effendi 1995)

meliputi nama (inisial), umur, pendidikan, agama, pekerjaan, alamat dan data riwayat penyakit hipertensi serta data tekanan darah saat penelitian.

2. Tingkat pengetahuan

Bentuk insrumen penelitian ini adalah kuesioner yang dibuat sendiri oleh peneliti dengan jumlah 25 butir yang meliputi pengertian stroke, tanda dan gejala stroke, penyebab stroke, dan komplikasi stroke. Bentuk pertanyaannya adalah tertutup. Pengukuran dengan skala ordinal yang berupa jawaban benar dan salah

Tabel 2 Distribusi Item Kuesioner Pengetahuan

No	Pengetahuan	Σ Pertanyaan
1	Definisi stroke	3
2	Penyebab	4
3	Manifestasi	3
4	Komplikasi	2
5	Diet	5
6	Berat badan	4
7	Olahraga	4
8	Manajemen stress	2
9	Cek kesehatan	3
Jumlah		27

3. Perilaku pencegahan stroke

Bentuk insrumen penelitian ini adalah kuesioner yang dibuat sendiri oleh peneliti dengan jumlah 25 butir yang meliputi upaya-upaya pencegahan untuk terjadinya stroke yang terdiri dari diet, berat badan , olahraga, manajemen stress dan cek kesehatan. Bentuk pertanyaannya

terutup, dimana kemungkinan jawabannya sudah ditentukan terlebih dahulu dan responden tidak diberi kesempatan memberikan jawaban yang lainnya (Sangarimbun dan Effendi,1995). Pengukuran menggunakan skala Likert yaitu: Selalu (SL) = 3, Sering (SR) = 2, Kadang-kadang (KD) 1 =, Tidak Pernah (TP) = 0 untuk pertanyaan positif, dan Selalu (SL) = 0, Sering (SR) = 1, Kadang-kadang (KD) 2 =, Tidak Pernah (TP) = 3 untuk pertanyaan negatif.

Tabel 3 Distribusi Item Kuesioner Perilaku Pencegahan Stroke

No	Perilaku pencegahan stroke	Σ Pertanyaan
1	Diet	9
2	berat badan	4
3	olah raga	4
4	manajenen stress	6
5	cek kesehatan	7
	Jumlah	30

b. Untuk jawaban yang bersifat Unfavorabel

Selalu (SL) : diberi nilai 4

Sering (SR) : diberi nilai 3

Kadang-kadang (KD) : diberi nilai 2

Tidak Pernah (TP) : diberi nilai 1

G. Uji Validitas dan Realibilitas

Setelah kuesioner dibuat, diuji validitas dan reliabilitasnya pada responden dengan karakteristik yang sesuai dengan subyek penelitian yang telah ditentukan. Pada uji ini kuesioner, responden adalah klien hipertensi yang tidak rutin cek kesehatan di Wilayah Kerja Puskesmas Sedayu II Bantul dengan jumlah 10 orang. Uji coba dilakukan pada tanggal 8 sampai 16 April 2009.

Uji validitas adalah suatu pengukuran yang menunjukkan tingkat-tingkat kevalidtan dan kesahihan suatu instrumen (Arikunto, 2006). Pengukuran validitas insrumen penelitian ini dilakukan dengan rumus *Product Moment Person*. Rumus sebagai berikut:

$$r_{xy} = \frac{\sum_{i=1}^N (X_i - \bar{X})(Y_i - \bar{Y})}{(N-1)S_x S_y}$$

Keterangan

r_{xy} : Koefisien korelasi antara variabel

x : Variabel tingkat pengetahuan

y : Variabel perilaku penanganan stroke

Reliabilitas dapat dikatakan suatu instrumen cukup dapat dipercaya untuk digunakan sebagai alat pengumpul data karena instrumen tersebut sudah baik. Instrumen yang reliabel akan menghasilkan data yang dipercaya (Arikunto, 2006). Uji realibilitas yang digunakan adalah *Alpha Cronbrach* (Notoatmojo, 2002). Uji reliabilitas dilakukan pada pernyataan yang telah dinyatakan valid. Untuk aspek pertanyaan tingkat pengetahuan dari 30 butir pertanyaan yang diujikan terdapat 3 butir pertanyaan yang gugur, yaitu butir soal 4, 10, dan 17. Sedangkan pada aspek perilaku dari 30 butir yang diujikan, terdapat 1 butir pertanyaan yang gugur, yaitu butir soal no 20. Butir pertanyaan aspek pengetahuan dan perilaku yang tidak valid tersebut tidak dipakai dalam penelitian. Penelitian ini taraf signifikan pada $\alpha < 0,005$. Agar mudah dimengerti dan dipahami oleh responden, pertanyaan yang dipakai diperbaiki oleh penulis dan kemudian diperoleh 27 pertanyaan untuk aspek pengetahuan stroke dan 29 pertanyaan aspek perilaku pencegahan stroke.

Suatu kuesioner dikatakan reliabel jika memberikan nilai $\alpha > 0,6$ (Sekaran, 2000). Dari hasil uji realibilitas untuk tingkat pengetahuan dan perilaku pencegahan stroke didapatkan bahwa nilai α Cronbach 0.898 yang memiliki makna lebih dari 0.6 sehingga dapat dikatakan bahwa

H. Analisa Data

1. Analisis Univarat

Merupakan kegiatan analisis data dengan menggunakan analisis statistik deskriptif dimana analisis tersebut digunakan untuk analisis variabel – variabel yang dinyatakan dengan sebaran baik secara mutlak maupun prosentasi yang dalam perhitungan menggunakan rumus sebagai berikut:

$$P = \frac{f}{n} \times 100$$

Keterangan :

P = prosentase

f = jumlah jawaban

n = jumlah atas pertanyaan

2. Analisis Bivarat

Penelitian ini mengetahui hubungan antara variabelnya sehingga dinamakan studi korelasi. Jenis variabel dalam penelitian ini adalah kategorik sehingga digunakan analisis hubungan antara kategorik dengan kategorik yaitu dengan Rumus Korelasi Spearman Rank dengan rumus:

$$\rho = \frac{6\sum b_i^2}{n(n^2 - 1)}$$

Keterangan:

ρ = koefisien korelasi *Spearman Rank*

b_i = beda antara jenjang subjek

n = banyaknya subjek

I. Pengolahan Data

Pengolahan data merupakan salah satu bagian dari rangkaian kegiatan penelitian pengumpulan data. Agar analisis penelitian menghasilkan informasi yang benar, paling tidak ada empat tahapan pengolahan data yang harus dilalui :

1. *Editing*

Merupakan kegiatan untuk melakukan pengecekan isian formulir atau kuesioner, apakah jawaban yang ada di kuesioner sudah lengkap dan jelas dibaca. Kemudian apakah jawaban relevan dan konsisten.

2. *Coding*

Merupakan kegiatan merubah data terbentuk angka atau bilangan. Pada penelitian ini dengan memberi skor masing – masing jawaban sehingga pada saat analisis data akan lebih mudah dan memperlancar pemasukan

3. *Processing*

Pengolahan data selanjutnya yaitu memproses data dengan memasukkan data dari kuesioner ke alat program komputer, seperti paket program SPSS.

4. *Cleaning*

Pembersihan data (*cleaning*) merupakan kegiatan pengecekan kembali apakah data yang dimasukkan ada kesalahan.

J. Kesulitan penelitian

Kesulitan dalam penelitian ini adalah penelitian bersifat teknis yaitu banyaknya waktu yang harus digunakan oleh peneliti dalam mencari alamat masing-masing responden (door to door) untuk memperoleh data yang dibutuhkan dalam penelitian. Kesulitan lain yang dialami peneliti adalah dalam hal pengisian kuesioner karena beberapa dari Banyak responden tidak mengenyang pendidikan serta tidak bisa membaca dan menulis sehingga untuk responden yang demikian peneliti membacakan dan menjelaskan kuesioner yang diberikan kepada responden untuk membuat responden mengerti dan paham tentang pertanyaan yang diajukan

K. Etik penelitian

Penelitian ini dilakukan dengan memperhatikan hak – hak responden sebagai subyek penelitian, yaitu :

1. *Informed consent*

Memberi informasi tentang mekanisme atau proses penelitian sebagai

calon responden, sehingga mampu memahami dan diharapkan dapat berpartisipasi secara sukarela dan tidak ada unsur paksaan. Lembar *informed consent* ditandatangani oleh keluarga setelah bersedia menjadi responden, dalam hal ini adalah keluarga yang merawat penderita stroke.

2. *Anonymity* (tanpa nama)

Peneliti akan menjaga kerahasiaan responden dan mencantumkan nama responden pada kuesioner penelitian .

3. *Confidentiality*

Peneliti menjamin kerahasiaan informasi yang diberikan oleh responden.

Peneliti memberitahukan jaminan rahasia kepada saat sebelum kuisisioner diberikan maupun wawancara mendalam saat mengisi lembar *informed*