

LAPORAN
PENELITIAN DOSEN

STUDI KUALITATIF TENTANG PEMAHAMAN TANDA BAHAYA DAN
KETEPATAN PENANGANAN PERTAMA PADA
KEJADIAN STROKE AKUT

Peneliti:

Ellysa Okky Gusma.,SST.,M.Kes (0520109102)

Gian Lisuari Adityasiwi, SST.,Ftr.,M.Fis. (0508019301)

drg. Nicholas Adi Perdana Susanto, M.Sc., M.P.H (0518088701)



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN BETHESDA YAKKUM
YOGYAKARTA
2024 – 2025

HALAMAN PENGESAHAN
LAPORAN PENELITIAN DOSEN PEMULA

Judul Penelitian : Studi Kualitatif tentang Pemahaman Tanda Bahaya dan Ketepatan Penanganan Pertama pada Kejadian Stroke Akut

Ketua Peneliti

- a. Nama Lengkap : Ellysa Okky Gusma.,SST.,M.Kes
- b. NIDN : 0520109102
- c. Program Studi : Sarjana Fisioterapi
- d. Nomor HP : 0899-5222-250
- e. Alamat Surel (email) : ellysagusma@gmail.com
- f. Perguruan Tinggi : STIKES Bethesda Yakkum Yogyakarta
- g. Alamat Kantor : Jl. Johar Nurhadi No 6, Yogyakarta

Peneliti 2

- a. Nama Lengkap : Gian Lisuari Adityasiwi,SST.,Ftr.,M.Fis
- b. NIDN : 0508019301
- c. Jabatan Fungsional : -
- d. Nomor HP : 085726506890
- e. Alamat Surel (email) : gian@stikesbethesda.ac.id
- f. Perguruan Tinggi : STIKES Bethesda Yakkum Yogyakarta

Peneliti 3

- a. Nama Lengkap : drg. Nicholas Adi Perdana Susanto, M.Sc., M.P.H
- b. NIDN : 0518088701
- c. Jabatan Fungsional :
- d. Nomor HP : 081904171460
- e. Alamat Surel (email) : drn.nicholas87@gmail.com
- f. Perguruan Tinggi : STIKES Bethesda Yakkum Yogyakarta

Mengetahui,
Ketua STIKES Bethesda Yakkum

Nurlia Ikaningtyas,S.Kep.Ns.,M.Kep.,Sp.Kep.MB
NIDN. 0527088101

Yogyakarta, 31 Januari 2026
Dosen Pengusul



Sukendri Siswanto, S.Pd., M.Kes..
NIDN. 0514087303

Menyetujui,
Ketua UPPM STIKES Bethesda Yakkum Yogyakarta

Christina Yeni Kustanti, Ns., M.Pall.C., Ph.D
NIDN. 0529017803

KATA PENGANTAR

Puji syukur kepada Tuhan Yang Maha Esa atas rahmat dan karuniaNya sehingga kami dapat menyelenggarakan laporan penelitian yang berjudul “Studi Kualitatif tentang Pemahaman Tanda Bahaya dan Ketepatan Penanganan Pertama pada Kejadian Stroke Akut” Untuk itu kami mengucapkan terima kasih kepada yang penulis hormati:

1. Ibu Nurlia Ikaningtyas, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.Kep.MB., P.hD., NS selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bethesda Yakkum Yogyakarta
2. Ibu Christina Yeni Kustanti, Ns., M.Pall.C., Ph.D selaku Ketua UPPM
3. Pihak perpustakaan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bethesda Yakkum Yogyakarta yang banyak membantu dalam peminjaman buku-buku referensi
4. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu-persatu

Penulis menyadari dalam penyusunan laporan penelitian ini masih banyak kekurangan, sehingga penyusun berharap kritik dan saran yang membangun guna menyempurnakan laporan ini. Penulis berharap semoga laporan ini dapat berguna untuk selanjutnya.

Yogyakarta, 31 Januari 2026

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN PENGESAHAN	2
KATA PENGANTAR	3
DAFTAR ISI	4
BAB I	6
A. Latar Belakang	6
B. Rumusan Masalah	7
C. Tujuan	7
D. Manfaat	8
BAB II	9
BAB III METODE PENELITIAN	12
A. Desain Penelitian	12
B. Populasi dan Sampel	12
C. Prosedur Pengumpulan Data	12
BAB IV	14
A. Hasil	14
B. Pembahasan	18
BAB V	21
A. Kesimpulan	21
B. Saran	21
DAFTAR PUSTAKA	22

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Stroke merupakan kondisi kegawatdaruratan medis yang terjadi secara tiba-tiba dan menjadi penyebab utama kecacatan jangka panjang di seluruh dunia. Keberhasilan penanganan stroke sangat bergantung pada kecepatan waktu (golden period), di mana setiap menit sangat berharga untuk mencegah kerusakan otak yang lebih luas. Namun, realita di lapangan menunjukkan bahwa banyak pasien stroke terlambat sampai di rumah sakit karena keluarga sebagai orang terdekat gagal mengenali tanda bahaya atau melakukan penanganan pertama yang kurang tepat.

Berdasarkan hasil studi pendahuluan melalui wawancara pada keluarga pasien di ruang rawat inap (Galilea), ditemukan fenomena yang beragam terkait pemahaman tanda bahaya. Beberapa keluarga melaporkan gejala yang muncul meliputi bibir yang mulai miring (mengsong), bicara pelo atau "liat", hingga muntah-muntah hebat. Sebagai contoh, pada kasus keluarga Pak Agung, serangan terjadi pada malam hari dengan gejala awal muntah, namun keluarga sempat memberikan air hangat yang justru sulit ditelan oleh pasien sebelum akhirnya menyadari bibir pasien miring.

Selain itu, terdapat ketidaksiapan pengetahuan terkait faktor risiko. Beberapa keluarga, seperti keluarga Bu Sas dan Pak Heri, menyatakan terkejut karena sebelumnya pasien terlihat aktif dan tidak memiliki riwayat darah tinggi yang diketahui secara rutin. Ketidaktahuan ini menyebabkan keluarga cenderung menganggap remeh gejala awal (seperti kram atau lemas biasa) dan baru mencari pertolongan medis ketika kondisi fisik pasien sudah tidak mampu bergerak atau menunjukkan gejala klinis yang berat.

Oleh karena itu, diperlukan sebuah penelitian kualitatif untuk mengeksplorasi lebih mendalam bagaimana pemahaman keluarga mengenai tanda bahaya stroke dan bagaimana mereka mengambil keputusan dalam memberikan penanganan pertama saat serangan terjadi.

B. Tujuan

Berdasarkan latar belakang yang telah dijelaskan, tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk mengeksplorasi pemahaman tanda bahaya dan ketepatan penanganan pertama pada kejadian stroke akut oleh keluarga pasien dan tujuan khusus penelitian ini sebagai berikut:

1. Mengidentifikasi persepsi keluarga mengenai tanda dan gejala awal stroke.
2. Mendeskripsikan tindakan atau pertolongan pertama yang dilakukan keluarga saat serangan terjadi.
3. Menggali hambatan atau kesulitan yang dihadapi keluarga dalam pengambilan keputusan pencarian pertolongan medis.

C. Manfaat

1. Bagi Rumah Sakit: Sebagai bahan evaluasi untuk meningkatkan program edukasi discharge planning dan sosialisasi tanda bahaya stroke kepada masyarakat.
2. Bagi Keluarga: Meningkatkan kesadaran akan pentingnya deteksi dini "Se-Ge-Ra Ke RS" agar tidak terlambat mendapatkan penanganan medis.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Stroke

Stroke adalah suatu penyakit yang disebabkan oleh ledakan neurologis mendadak yang disebabkan oleh gangguan perfusi melalui pembuluh darah ke otak. (Kuriakose & Xiao, 2020) . Berdasarkan faktor risiko penyebabnya dapat dibagi menjadi dua kategori, yaitu faktor yang dapat diubah atau dimodifikasi (reversible) dan faktor yang tidak dapat dimodifikasi (irreversible) dan dukungan psikologis jangka panjang guna membantu pasien menyesuaikan diri dengan kondisi baru dan menjaga motivasi untuk pemulihan berkelanjutan (Choudhury et al., 2015) . Faktor risiko stroke yang dapat dimodifikasi meliputi hipertensi, penyakit jantung, diabetes melitus, dislipidemia, obesitas, merokok, konsumsi alkohol berlebihan, dan kurangnya aktivitas fisik, sedangkan faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi mencakup usia, jenis kelamin, dan faktor keturunan (Saini & Gurvendra, 2022) Kedua kelompok faktor risiko ini saling berkaitan dan dapat memperberat kondisi satu sama lain, sehingga memperbesar kemungkinan terjadinya, selain itu, kombinasi dari beberapa faktor risiko, baik yang dapat maupun tidak dapat dimodifikasi, cenderung meningkatkan tingkat keparahan dan komplikasi yang muncul setelah stroke terjadi (Feigin et al., 2019)

Berdasarkan penyebab terjadinya stroke dapat diklasifikasi menjadi dua yaitu stroke haemorrhagic dan stroke iskemik. Stroke hemoragik disebabkan oleh pendarahan di otak akibat pecahnya pembuluh darah. Stroke hemoragik dapat dibagi lagi menjadi perdarahan intraserebral (ICH) dan perdarahan subaraknoid (SAH). (Unnithan et al., 2025) . Sedangkan stroke iskemik dapat terjadi karena adanya peristiwa trombotik atau embolik yang menyebabkan gangguan aliran darah ke suatu area di otak. Trombotik artinya adalah aliran darah ke otak terhambat di dalam pembuluh darah akibat trombus (bekuan) di dalam pembuluh itu sendiri,

biasanya sekunder akibat penyakit aterosklerosis, diseksi arteri, displasia fibromuskular, atau kondisi inflamasi. Sedangkan embolik adalah adanya serpihan dari bagian lain pada tubuh yang menghalangi aliran darah melalui pembuluh yang terkena.(Lui et al., 2025)

Stroke berdasarkan onset waktunya dapat dibedakan menjadi stroke akut, sub akut dan kronis. Stroke akut, yang sebelumnya dikenal sebagai kecelakaan serebrovaskular (CVA), merupakan keadaan darurat medis kritis yang ditandai dengan timbulnya defisit neurologis fokal secara tiba-tiba di dalam wilayah vaskular yang berasal dari patologi serebrovaskular yang mendasarinya.(Lui et al., 2025) . Menurut Pedoman AHA/ASA 2019 untuk penanganan acute iskemik stroke (AIS), semua pasien yang diduga mengalami stroke akut direkomendasikan untuk menjalani evaluasi pencitraan otak darurat setelah tiba di rumah sakit sebelum memulai terapi khusus untuk menangani AIS. Onset waktu terbaik untuk dilakukan pemeriksaan adalah kurang dari 6 jam. Dibutuhkan kerja sama tim interprofesional dan multidisiplin untuk mengidentifikasi, mengobati, dan memberikan perawatan yang efektif kepada pasien stroke akut selama perjalanan pemulihan dan rehabilitasi. (Tadi & Lui, 2025)

B. Penanganan Stroke

Semua pasien yang mengalami stroke iskemik harus dirawat di rumah sakit. (Powers et al., 2019). Sasaran perawatan di rumah sakit adalah monitor dari komplikasi neurologi, evaluasi dari diagnosis, restorasi terapi (gizi, fisioterapi, okupasi terapi, terapi wicara), preventif dari komplikasi pengobatan (vena trombolisis, dukubitus, infeksi, delirium), preventif dari terjadinya stroke ischemic ulang (antipalete terapi, lipid terapi, kontrol tekanan darah, management diabetes melitus, screening dan terapi untuk depresi), dan proses persiapan pasien melanjutkan perawatan di rumah setelah di rawat di rumah sakit. (Bernheisel et al., 2011) . Penanganan subakut stroke iskemik mengacu pada periode saat keputusan untuk tidak menggunakan trombolitik dibuat hingga dua minggu setelah stroke terjadi. Dokter keluarga sering kali terlibat dalam perawatan pasien selama

periode subakut. Penanganan subakut yang cermat terhadap pasien di rumah sakit dan kemudian di tempat rawat jalan sangat penting untuk mencegah komplikasi yang tidak perlu, stroke berulang, dan kematian.(Bernheisel et al., 2011)

Setelah stroke iskemik, pasien berisiko mengalami berbagai komplikasi neurologis, termasuk edema serebral, kejang, perdarahan intraserebral (yaitu, konversi hemoragik dari stroke iskemik), dan perkembangan defisit neurologis. Dari komplikasi ini, edema serebral merupakan penyebab utama kematian pada pasien ini. Semua pasien awalnya harus ditempatkan di unit pemantauan jantung, dengan penilaian neurologis selama 24 hingga 48 jam pertama. Meskipun frekuensi penilaian neurologis yang optimal belum ditetapkan, kemampuan bicara, kekuatan ekstremitas, dan simetri wajah harus diuji setidaknya setiap dua hingga tiga jam. Setiap perubahan status neurologis harus segera dievaluasi dengan computed tomography (CT) untuk mengidentifikasi edema serebral atau perdarahan, serta pertimbangan yang kuat untuk konsultasi dengan ahli saraf.

C. Komplikasi Pasca Stroke

Gangguan yang muncul saat terkena serangan stroke adalah kesulitan menelan dan banyak yang mengalami aspirasi yang merupakan komplikasi stroke yang dapat dicegah. Evaluasi faktor risiko yang menyebabkan aspirasi, termasuk penilaian menelan, harus dilakukan selama pemeriksaan awal pasien dengan stroke subakut, sebelum memulai nutrisi oral atau pengobatan oral. Asupan oral harus dibatasi pada pasien yang berisiko mengalami aspirasi karena obtundasi atau disfungsi menelan yang jelas sampai penilaian menelan dilakukan oleh profesional perawatan kesehatan yang terlatih dengan baik. Tes menelan barium yang dimodifikasi mungkin diperlukan pada beberapa pasien. (Bernheisel et al., 2011)

Tindakan harus diambil untuk menghindari dehidrasi dan malnutrisi pada pasien yang tidak dapat mengonsumsi nutrisi atau cairan secara oral harus menerima cairan pemeliharaan intravena yang cukup dan pemberian makanan enteral melalui tabung nasogastrik atau nasoduodenal. Gastrostomi endoskopi

perkutan dapat dipertimbangkan jika nutrisi enteral yang lama diperlukan dan pasien (atau perwakilan perawatan kesehatan jika pasien tidak dapat berkomunikasi) menginginkannya.(Bernheisel et al., 2011)

D. Rehabilitasi Pasca Stroke

Rehabilitasi medik pasca stroke dapat terbagi menjadi dua fase berdasarkan tujuan yang ingin dicapai dari program rehabilitasi. Fase awal bertujuan untuk mencegah komplikasi sekunder dan melindungi fungsi yang tersisa. Fase ini dimulai sedini mungkin ketika keadaan umum telah memungkinkan. Fase lanjutan bertujuan untuk mencapai kemandirian fungsional dalam mobilisasi dan ADL. Fase lanjutan dimulai ketika pasien sudah stabil secara medik. Fase ini melibatkan berbagai jenis terapi antara lain fisioterapi, okupasi terapi, terapi wicara, ortotik prostetik, dan psikologi.(Paryono et al., 2022) Fisioterapi dan okupasi merupakan komponen penting pemulihan bagi pasien stroke dan tidak boleh ditunda. Mobilisasi dini dapat meningkatkan hasil fungsional dan mengurangi kejadian trombosis vena dalam, kontraktur, luka tekan, dan pneumonia. Tidak semua pasien dengan stroke subakut akan mengalami gangguan bicara. Namun, bagi mereka yang mengalaminya, ada beberapa bukti bahwa terapi bicara intensif sejak dini dapat meningkatkan hasil. (Bernheisel et al., 2011)

Mobilisasi dini juga dapat mengurangi mencegah komplikasi medis seperti pencegahan tromboemboli vena. Tromboemboli vena (VTE) adalah kondisi yang terjadi ketika gumpalan darah terbentuk di vena. VTE mencakup trombosis vena dalam (DVT) dan pulmonary embolism (PE). DVT adalah bekuan darah yang terbentuk di dalam vena dalam, biasanya di kaki, tetapi dapat terjadi di lengan dan vena mesenterika serta serebral. (Waheed et al., 2023) Mobilisasi dini dapat mencegah terjadinya luka tekan atau dekubitus dengan melakukan pembalikan posisi tubuh dan pemeriksaan kulit secara berkala, serta penggunaan kasur tekan bergantian dapat dilakukan untuk mencegah kerusakan kulit pascastroke iskemik.

Pasien stroke rentan terkena infeksi baik di saluran pernafasan dan saluran kemih. Resiko infeksi pada saluran pernafasan oleh karena imobilitas yang

berisiko lebih tinggi terkena pneumonia akibat atelektasis dan aspirasi. Sehingga pasien harus dimobilisasi sejak awal saat dirawat di rumah sakit dan dianjurkan untuk menggunakan spirometri insentif di samping tempat tidur setiap jam untuk membantu pernapasan dalam dan meredakan batuk. Obat-obatan yang mengurangi tingkat kesadaran atau meningkatkan risiko pneumonia aspirasi (misalnya, penghambat pompa proton) harus dihentikan kecuali jika diindikasikan secara khusus. Infeksi pada saluran kemih setelah stroke, dan kateter indwelling harus dihindari. Demam secara independen terkait dengan hasil yang buruk pada pasien stroke. Meskipun antipiretik belum terbukti meningkatkan hasil neurologis, pemeriksaan untuk mengetahui sumber demam harus dilakukan. (Powers et al., 2019)

Komplikasi lainnya adalah delirium, yang didefinisikan sebagai perubahan akut dalam kognisi dan perhatian yang berfluktuasi sepanjang hari, dapat berkembang setelah stroke, terutama pada orang dewasa yang lebih tua. 19 Delirium dapat menyebabkan peningkatan lamanya rawat inap, tingkat kematian yang tinggi, dan kapasitas fungsional yang terbatas. Langkah-langkah untuk mengurangi risiko delirium setelah stroke meliputi pembatasan obat antikolinergik dan obat penenang, menghindari gangguan siklus tidur-bangun, dan mempertahankan masukan sensorik yang tersedia.(Bernheisel et al., 2011)

Gangguan neurologis yang dihadapi oleh pasien stroke bisa terjadi pemulihan fungsional pada bagian tubuh yang terkena dengan menggunakan berbagai pendekatan neurofasilitasi seperti dan hal ini sudah dimulai di puluhan tahun silam misalnya oleh Bobath ditahun 1985, Peto (Forrai 1999), Kabat & Knott (1954), Voss (1967) dan Rood (1954). (Susan Edwards, 2002) . Bobath mengeluarkan sebuah karya yang dinamakan NDT (Neuro-Developmental Treatment) sudah dimulai sejak tahun 1940-an untuk pengobatan individu dengan gangguan neurologis pada postur dan gerakan. Pendekatan ini dikembangkan oleh pasangan Bobath secara khusus untuk membimbing terapis dalam menangani dan merawat individu yang didiagnosis menderita stroke. Bobath bukan hanya sebuah

intervensi tetapi bisa digunakan untuk mengevaluasi pasien yang didiagnosis stroke yang memiliki gangguan fungsional (Bierman et al., 2016)

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan desain deskriptif kualitatif dengan pendekatan fenomenologi. Desain ini dipilih untuk menggali secara mendalam pengalaman subjektif keluarga dalam mengenali tanda bahaya serta mengeksplorasi alasan di balik tindakan penanganan pertama yang mereka lakukan pada anggota keluarga yang mengalami stroke akut. Penelitian dilakukan di Ruang Rawat Inap (khususnya Ruang Galilea) Rumah Sakit Bethesda Yakkum Yogyakarta pada tahun 2025.

B. Populasi dan Sampel

Partisipan dalam penelitian ini ditentukan dengan teknik purposive sampling, yaitu pemilihan sampel dengan kriteria tertentu yang dapat memberikan informasi maksimal terkait tujuan penelitian. Kriteria Inklusi: Keluarga inti (istri, suami, atau anak) yang mendampingi pasien saat serangan stroke terjadi, pasien sedang dirawat inap, dan keluarga bersedia menjadi responden. Jumlah Partisipan: Dalam penelitian ini terdapat 5 partisipan utama.

C. Instrumen Penelitian

Instrumen utama dalam penelitian kualitatif adalah peneliti sendiri (human instrument). Peneliti melakukan wawancara mendalam menggunakan Pedoman Wawancara Semi-Terstruktur yang berisi poin-poin pertanyaan mengenai:

1. Kronologi kejadian serangan.
2. Gejala yang pertama kali diamati (tanda bahaya).
3. Tindakan yang dilakukan keluarga sebelum ke rumah sakit.
4. Pengetahuan sebelumnya mengenai faktor risiko (seperti hipertensi atau kelelahan).

D. Prosedur Pengumpulan Data

Data dikumpulkan melalui beberapa tahapan:

- a. Pendekatan: Peneliti memperkenalkan diri dan menjelaskan tujuan penelitian kepada keluarga pasien di ruang rawat inap.
- b. Informed Consent: Partisipan yang setuju memberikan tanda tangan pada lembar persetujuan dan bersedia didokumentasikan melalui rekaman suara.
- c. Wawancara Mendalam: Peneliti mengajukan pertanyaan terbuka untuk membiarkan partisipan bercerita secara luas tentang kejadian serangan stroke.
- d. Observasi & Catatan Lapangan: Mencatat ekspresi emosional partisipan (seperti rasa kaget atau bingung) selama wawancara.

E. Analisis Data

Analisis data dilakukan secara tematik dengan langkah-langkah sebagai berikut:

1. Transkrip: Mengubah hasil rekaman suara menjadi bentuk teks secara verbatim (kata per kata).
2. Coding: Memberikan kode pada pernyataan-pernyataan penting (misal: "muntah-muntah", "kasih air hangat", "tidak tahu ada tensi").
3. Kategorisasi: Mengelompokkan kode-kode tersebut ke dalam kategori besar (misal: Kategori Penanganan Salah, Kategori Pengenalan Gejala Fisik).
4. Tema: Merumuskan tema besar yang menjawab tujuan penelitian.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil

Berdasarkan analisis data dari hasil wawancara mendalam terhadap lima keluarga pasien stroke rawat inap, muncul tiga tema utama yang menggambarkan pemahaman dan tindakan keluarga:

1. Tema 1: Pengenalan Gejala Spesifik dan Ambivalensi Interpretasi
Sebagian besar partisipan mampu menyebutkan gejala fisik yang muncul, namun pada awalnya tidak langsung mengaitkannya dengan stroke.
 - a. Gejala Fisik: Partisipan menyebutkan bibir "mengsong" (miring), bicara "liat" atau pelo, muntah-muntah hebat, serta kelemahan anggota gerak (lemas/keram).
 - b. Interpretasi Awal: Keluarga Pasien A awalnya mengira pasien hanya masuk angin karena gejala utamanya adalah muntah. Sementara keluarga Pak Heri menganggap keluhan tangan kebas sebagai keram biasa karena pasien tetap terlihat aktif sebelumnya.
2. Tema 2: Ketidaktepatan Penanganan Mandiri di Rumah
Terdapat temuan krusial mengenai tindakan yang dilakukan keluarga sebelum membawa pasien ke rumah sakit:
 - a. Pemberian Cairan saat Fase Akut: Keluarga Pasien A sempat memberikan air hangat saat pasien muntah. Tindakan ini memicu risiko tersedak karena pasien ternyata sudah mengalami gangguan menelan (dysphagia).
 - b. Keputusan Mencari Pertolongan: Sebagian besar keluarga segera menghubungi kerabat (kakak/anak) untuk membantu transportasi ke klinik atau rumah sakit setelah melihat gejala fisik yang permanen (bibir miring).
3. Tema 3: Kurangnya Kesadaran terhadap Faktor Risiko Sering (Hipertensi)

Banyak keluarga (seperti keluarga Pasien B dan Pasien C) menyatakan bahwa pasien tidak memiliki riwayat darah tinggi yang terdeteksi sebelumnya. Hal ini menyebabkan keluarga terkejut ketika di rumah sakit mendapati tensi pasien sangat tinggi (mencapai 200 mmHg). Faktor kelelahan dan kurang istirahat (seperti pada kasus Ibu Sas di malam Takbiran) dianggap keluarga sebagai pemicu utama daripada penyakit kronis.

B. Pembahasan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa keluarga memiliki pengetahuan tentang tanda gejala stroke secara visual (bibir miring dan pelo), namun kurang memahami gejala penyerta seperti muntah hebat atau pusing sebagai bagian dari serangan stroke akut. Dalam teori Health Belief Model, kegagalan mengidentifikasi gejala sebagai ancaman serius dapat menunda pencarian pengobatan. Istilah lokal seperti "mengsong" menunjukkan bahwa literasi kesehatan berbasis bahasa lokal sangat kuat, namun tidak dibarengi dengan pengetahuan tentang urgensi medis.

Temuan mengenai pemberian air hangat pada pasien yang muntah (Kasus Pak Agung) menunjukkan adanya mismanagement penanganan pertama. Secara medis, pasien stroke akut dilarang diberikan makan atau minum melalui mulut hingga fungsi menelan dipastikan aman oleh tenaga medis untuk menghindari aspirasi paru. Ketidaktepatan ini disebabkan oleh norma budaya "memberi minum untuk menenangkan" yang masih kuat di masyarakat.

Meskipun beberapa keluarga langsung membawa pasien ke RS (seperti kasus Pasien 1), terdapat pola keterlambatan karena menunggu bantuan anggota keluarga lain atau mencoba melakukan observasi mandiri di rumah. Pengetahuan tentang golden period (3,5 - 4,5 jam) hampir tidak ditemukan pada semua partisipan. Hal ini mengonfirmasi bahwa edukasi mengenai "Se-Ge-Ra Ke RS"

perlu lebih masif dilakukan, terutama pada kelompok masyarakat yang merasa dirinya sehat karena tidak pernah cek kesehatan rutin (tensi)..

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian kualitatif mengenai pemahaman tanda bahaya dan ketepatan penanganan pertama pada keluarga pasien stroke akut di ruang rawat inap, dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. **Pemahaman Tanda Bahaya:** Keluarga memiliki kemampuan mengenali gejala fisik yang bersifat visual dan "khas", seperti bibir miring (mengsong), bicara pelo (liat), dan kelemahan anggota gerak. Namun, terdapat kelemahan dalam mengenali gejala non-spesifik seperti muntah hebat dan pusing sebagai tanda serangan stroke. Selain itu, terdapat pola ketidaksadaran terhadap faktor risiko praserangan, di mana keluarga merasa pasien dalam kondisi sehat atau "hanya kelelahan" karena tidak adanya riwayat medis yang rutin diperiksa.
2. **Ketepatan Penanganan Pertama:** Tindakan penanganan pertama oleh keluarga masih didominasi oleh naluri perawatan umum yang kurang tepat secara medis dalam konteks stroke. Ditemukannya tindakan pemberian air minum/hangat saat pasien muntah atau sulit menelan menunjukkan risiko tinggi terjadinya aspirasi. Meskipun demikian, pengambilan keputusan untuk membawa pasien ke fasilitas kesehatan (klinik/RS) dilakukan relatif cepat setelah keluarga menyadari adanya defisit neurologis yang nyata (seperti wajah mencong).
3. **Hambatan dalam Pertolongan:** Faktor yang menghambat ketepatan waktu (golden period) meliputi proses konfirmasi gejala kepada anggota keluarga lain, ambivalensi terhadap gejala awal yang dianggap ringan (keram atau masuk angin), dan kurangnya edukasi mengenai prosedur kegawatdaruratan stroke di tingkat rumah tangga.

B. Saran

Berdasarkan pembahasan dan kesimpulan di atas, berikut adalah beberapa saran yang dapat dipertimbangkan untuk pengembangan program selanjutnya:

1. Bagi Rumah Sakit dan Tenaga Kesehatan

- a. Optimalisasi Discharge Planning: Perawat perlu menekankan edukasi mengenai tanda "Se-Ge-Ra Ke RS" tidak hanya saat pasien pulang, tetapi juga saat keluarga menunggu di ruang rawat inap sebagai bagian dari pembelajaran dari kejadian yang baru dialami.
- b. Media Edukasi Visual: Mengembangkan media edukasi berupa video pendek atau leaflet yang menekankan larangan memberikan makan/minum saat serangan terjadi untuk mencegah komplikasi lebih lanjut.

2. Bagi Masyarakat dan Keluarga

- a. Pemeriksaan Kesehatan Rutin: Keluarga perlu meningkatkan kesadaran untuk melakukan kontrol tekanan darah secara rutin, meskipun anggota keluarga tidak menunjukkan keluhan sakit, mengingat stroke sering muncul tanpa peringatan pada pasien dengan hipertensi yang tidak terdeteksi.
- b. Tanggap Darurat: Segera membawa pasien ke RS yang memiliki fasilitas lengkap (CT-Scan) tanpa melakukan tindakan mandiri seperti menusuk jari dengan jarum atau memberi minum jika terdapat tanda-tanda kecurigaan stroke.

3. Bagi Peneliti Selanjutnya

Diharapkan peneliti selanjutnya dapat mengembangkan penelitian kualitatif dengan fokus pada aspek psikologis "beban pengasuh" (caregiver burden) pada keluarga yang harus merawat pasien stroke dengan ketergantungan total setelah pulang dari rumah sakit.

DAFTAR PUSTAKA

1. Bernheisel, C. R., Schlaudecker, J. D., & Leopold, K. (2011). *Subacute Management of Ischemic Stroke* (Vol. 84). www.aafp.org/afpAmericanFamilyPhysician1383
2. Bierman, J. C., Hazzard, C. M., Franjoine, M. R., & Stamer, M. (2016). *Neuro-Developmental Treatment* (PDFDrive.com). Thieme, Stuttgart.
3. Choudhury, M. J. H., Chowdhury, M. T. I., Nayeem, A., & Jahan, W. A. (2015). Modifiable and Non-Modifiable Risk Factors of Stroke: A Review Update. *Journal of National Institute of Neurosciences Bangladesh*, 1(1), 22–26. <https://doi.org/10.3329/jninb.v1i1.22944>
4. Feigin, V. L., Nichols, E., Alam, T., Bannick, M. S., Beghi, E., Blake, N., Culpepper, W. J., Dorsey, E. R., Elbaz, A., Ellenbogen, R. G., Fisher, J. L., Fitzmaurice, C., Giussani, G., Glennie, L., James, S. L., Johnson, C. O., Kassebaum, N. J., Logroscino, G., Marin, B., ... Vos, T. (2019). Global, regional, and national burden of neurological disorders, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet Neurology*, 18(5), 459–480. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(18\)30499-X](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(18)30499-X)
5. Kuriakose, D., & Xiao, Z. (2020). Pathophysiology and Treatment of Stroke: Present Status and Future Perspectives. *International Journal of Molecular Sciences*, 21(20), 7609. <https://doi.org/10.3390/ijms21207609>
6. Lui, F. L., Hui, C., Suheb, M. Z. K., & Patti, L. (2025). *Ischemic Stroke*. [Updated 2025 Feb 21]. In: *StatPearls [Internet]*. StatPearls Publishing.
7. Paryono, P., Ar Rochmah, M., Setyopranoto, I., & Trisnantoro, L. (2022). Postacute-Stroke Management Problems in Home Care Service: A Qualitative Single-Centered Study in Yogyakarta, Indonesia. *Journal of Neurosciences in Rural Practice*, 13, 50. <https://doi.org/10.1055/s-0041-1740613>
8. Powers, W. J., Rabinstein, A. A., Ackerson, T., Adeoye, O. M., Bambakidis, N. C., Becker, K., Biller, J., Brown, M., Demaerschalk, B. M., Hoh, B., Jauch, E. C., Kidwell, C. S., Leslie-Mazwi, T. M., Ovbiagele, B., Scott, P. A., Sheth, K. N., Southerland, A. M., Summers, D. V., & Tirschwell, D. L. (2019). Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: 2019 Update to the 2018 Guidelines for the Early Management of Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 50(12). <https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000211>
9. Saini, N. R., & Gurvendra, A. L. (2022). Stroke-Related Risk Factors: A Review. *Asian Pacific Journal of Health Sciences*, 9(3), 102–107. <https://doi.org/10.21276/apjhs.2022.9.3.21>
10. Susan Edwards. (2002). *Neurological physiotherapy : a problem-solving approach* (2nd ed). Churchill Livingstone, Edinburgh.
11. Tadi, P., & Lui, F. (2025). *Acute Stroke*. [Updated 2023 Aug 17]. In: *StatPearls [Internet]*. StatPearls Publishing.
12. Unnithan, A. K. A., Das, J. M., & Mehta, P. (2025). *Hemorrhagic Stroke*. [Updated 2023 May 8]. In: *StatPearls [Internet]*. StatPearls Publishing.
13. Waheed, S. M., Kudavalli, P., & Hotwagner, D. (2023). *Deep Vein Thrombosis*. [Updated 2023 Jan 19]. StatPearls Publishing.