STUDI DESKRIPTIF PENANGANAN PRE-HOSPITAL STROKE LIFE SUPPORT PADA KELUARGA

Setianingsih¹, Lestari Eko Darwati¹, Hendra Adi Prasetya¹

¹Program Studi Keperawatan, STIKES Kendal
asih_ners@rocketmail.com

Abstrak

Keberhasilan penanganan stroke sangat tergantung dari kecepatan, kecermatan dan ketepatan terhadap penanganan awal. Keluarga sangat berperan penting dalam menangani serangan stroke anggota keluarganya. Waktu emas (golden window) dalam penanganan stroke adalah ± 3 jam, artinya dalam 3 jam awal setelah mendapatkan serangan stroke, pasien harus segera mendapatkan terapi secara komprehensif dan optimal. Penelitian ini dilakukan untuk mengidentifikasi penanganan pre hospital stroke life support yang dilakukan oleh keluarga mulai dari deteksi dini, pengiriman maupun rujukan cepat di Kabupaten Kendal. Penelitian ini dilakukan di Ruang rawat inap RSUD Dr. H. Soewondo Kendal pada 45 responden (keluarga pasien stroke). Desain penelitian ini menggunakan deskriptif observasional menggunakan kuesioner penanganan prehospotal pada stroke. Hasil penelitian menunjukkan bahwa Penanganan Pre Hospital Stroke Life Support mayoritas dalam kategori baik (60%) baik dari segi deteksi dini, pengiriman, maupun rujukan cepat pada pasien stroke. Penelitian ini dapat menjadi dasar dalam pemberian edukasi bagi masyarakat pada dimensi Deteksi pasien stroke dalam hal deteksi wajah dan pemberian posisi serta pada dimensi Pengiriman pasien dan transportasi stroke dalam hal penggunaan ambulance.

Kata kunci: pre hospital, stroke, penanganan awal, keluarga

Abstract

Descriptive study of handling prehospotal stroke life support in family. The success of handling stroke depends on the speed, accuracy and accuracy of the initial treatment. Families are very important in handling stroke attacks by family members. Golden time in handling stroke is ± 3 hours, meaning that in the first 3 hours after getting a stroke, the patient must immediately get a comprehensive and optimal therapy. This study was aimed to identify the treatment of pre hospital stroke life support carried out by the family in the early treatment of stroke patients ranging from early detection, delivery and rapid referral in Kendal Regency. This research was carried out in the inpatient room of Dr. H. Soewondo Kendal in 45 respondents (family of stroke patients). The design of this study used an observational descriptive using a prehospotal handling questionnaire on stroke. The results showed that the majority of Pre Hospital Stroke Life Support was in the good category (60%) both in terms of early detection, delivery, and quick reference in stroke patients. This research can be the basis for giving education to the community on the dimensions of detection of stroke patients in terms of face detection and the provision of positions as well as the dimensions of patient delivery and stroke transportation in terms of ambulance use.

Keywords: pre hospital, stroke, early treatment, family

Pendahuluan

Pasien stroke merupakan pasien yang mengalami serangan otak yang timbul secara mendadak dengan ditandai adanya gangguan aliran darah karena adanya sumbatan atau pecahnya pembuluh darah dalam otak yang menyebabkan sel-sel otak kekurangan darah beserta zat-zat yang dibawa oleh darah seperti oksigen dan makanan yang dapat mengakibatkan kematian pada sel-sel tersebut dalam waktu singkat (Agoes, 2012). Dampak utama

penyakit stroke adalah kecacatan baik ringan maupun berat hingga dapat terburuk adalah terjadinya kematian.

Stroke masih menjadi masalah kesehatan yang utama karena merupakan penyebab penyakit kedua di dunia. Penyakit stroke menjadi penyebab kematian utama hampir seluruh rumah sakit di Indonesia dengan angka kematian sekitar 15,4 %. Prevalensi penyakit stroke di Indonesia tahun 2018 diperkirakan 10,9 permil. Kejadian stroke di Kabupaten Jawa

tengah sebesar 11,1 permil pada usia >15 tahun (Riskesdas, 2018). Pasien stroke di RSUD dr. H. Soewondo Kendal tahun 2016 sebanyak 235 pasien, tahun 2017 sebanyak 318 pasien dan tahun 2018 dari bulan Januari-September sebanyak 188 pasien. (Rekam medis, 2018)

Keberhasilan penanganan stroke sangat tergantung dari kecepatan, kecermatan dan ketepatan terhadap penanganan awal (Kemenkes, 2014). Waktu emas (*golden window*) dalam penanganan stroke adalah ± 3 jam, artinya dalam 3 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 (Morton, 2012). Kasus paling sering di Indonesia dalam hal penanganan pasien ke rumah sakit sejak awal serangan stroke terjadi adalah keterlambatan penanganan (Wirawan & Putra, 2013). Penanganan yang tepat di awal kejadian stroke akan menurunkan angka kecacatan 30%.

Keberhasilan penanganan kondisi pre-rumah sakit pada keluarga pasien dengan stroke sangat dipengaruhi oleh tingkat pengetahuan keluarga dalam mendeteksi serangan stroke, keluarga mampu mengidentifikasi faktor risiko terjadinya stroke, lokasi kejadian yang jauh dari pelayanan kesehatan, pendampingan teman hidup sebagai sistem support, riwayat stroke sebelumnya, penyakit penyerta stroke yang berhubungan dengan tingkat keparahan stroke, dan faktor ekonomi dalam pembiayaan perawatan.

Beberapa faktor keterlambatan menekankan komponen dari perawatan pasien berpusat pengambilan keputusan keluarga pada saat penanganan, koordinasi, komunikasi, dukungan keluarga pasien serta pemberdayaan fasilitas kesehatan (Charles, 2013). Masih banyaknya anggota masyarakat yang tidak tahu atau minimalnya tanda dan gejala yang muncul sebagai serangan *stroke* akut masih merupakan masalah utama keterlambatan

manajemen setelah serangan *stroke* akut. Masalah lain yang sering dijumpai di masyarakat adalah sikap, perilaku serta tingkat pendidikan rendah yang juga dapat mempengaruhi keterlambatan manajemen terhadap pasien stroke akut.

Manajemen pra-rumah sakit adalah tindakan-tindakan atau penanganan awal yang dapat diberikan pada pasien *stroke* baik saat masih di rumah maupun tindakan sebelum dirujuk ke rumah sakit. Penanganan awal dapat dilakukan oleh keluarga, masyarakat ataupun tenaga kesehatan. Masyarakat pertama yang bertemu dengan pasien adalah keluarga.

Sebuah keluarga merupakan unit dasar dari masyarakat dimana anggotanya mempunyai suatu komitmen untuk memelihara satu sama lain baik secara emosi ataupun fisik. Serangan stroke pada anggota keluarga seringkali disepelkan oleh anggota keluarga yang lain, mereka menganggap bahwa serangan yang terjadi pada salah satu anggota keluarga adalah masuk angin biasa dan kelelahan. Keluarga sangat berperan penting dalam menghadapi serangan stroke akut pada anggota keluarganya.

Penekanan kepada masyarakat dan keluarga bahwa pengenalan tanda dan gejala dini *stroke* dan upaya rujukan ke rumah sakit harus segera dilakukan karena keberhasilan terapi *stroke* sangat ditentukan oleh kecepatan tindakan pada fase akut (*therapeutic window*). Makin lama upaya rujukan ke rumah sakit atau makin panjang selang waktu antara saat serangan dengan saat pemberian terapi berarti makin buruk prognosisnya. Penanganan yang tepat dapat menyelamatkan hidup dan mencegah kecacatan jangka panjang dapat menyelamatkan hidup dan mencegah kecacatan jangka panjang.

Hasil wawancara terhadap 5 keluarga yang ditemui mengatakan bahwa tidak mengetahui tentang pertolongan pertama pada pasien atau anggota keluarga yang mengalami stroke. Hal tersebut disebabkan keluarga tidak mengetahui tanda awal serangan stroke, keluarga hanya

fokus pada pasien untuk bisa dibawa ke Rumah Sakit guna mendapatkan pertolongan. Berdasarkan latar belakang di atas peneliti tertarik melakukan penelitian terkait gambaran *Pre Hospital Stroke Life Support* pada keluarga di Kabupaten Kendal.

Metode

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan desain deskriptif observasional. Sampel dalam penelitian ini yaitu sejumlah 45 keluarga dengan anggota keluarga yang mengalami stroke dan dirawat di RSUD Dr. H. Soewondo Kendal menggunakan *consecutive sampling*. Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Desember 2018. Tempat penelitian di RSUD Dr. H. Soewondo Kendal. Variabel pada penelitian ini adalah *prehospital*

stroke life support yang diukur dengan menggunakan kuesioner penanganan awal *pre hospital* pada kejadian stroke yang ditranslate dengan uji reliabilitas 0,953 dan uji validitas 0,645-0,862 dengan 20 pertanyaan tentang 3 dimensi yaitu deteksi dini, pengiriman pasien, dan transportasi pasien. Analisis data menggunakan distribusi frekuensi dan presentasi.

Hasil

Hasil penelitian ini menjelaskan tentang karakteristik demografi dan penanganan *pre hospital stroke life support* keluarga beserta penjabaran pada 3 dimensi.

Karakteristik Responden

Adapun karakteristik responden sebagai berikut:

Tabel 1.

Karakteristik Demografi Responden (n=45)

Karakteristik	f	%
Usia		
17-32	10	22,3
33-48	16	35,5
49-64	19	42,2
Jenis Kelamin		
Laki-laki	20	46,5
Perempuan	23	53,5
Pendidikan Terakhir		
Tidak Sekolah	4	9,3
SD	13	30,2
SMP/SLTA	12	27,9
SMA/SMU	12	27,9
Perguruan Tinggi	2	4,6
Hubungan dengan pasien		
Pasangan	19	44,2
Anak	20	46,5
Saudara	4	9,3

Tabel 1. menunjukkan bahwa usia termuda 17 tahun dan usia tertua adalah 64 tahun, dengan mayoritas berusia 49-64 tahun. Pasien paling banyak berjenis kelamin perempuan dengan pendidikan terakhir terbanyak adalah SD serta

hubungan dengan pasien sebagian besar adalah anak.

Pre Hospital Stroke Life Support Keluarga

Gambar 1.

Presentase Penanganan Pre Hospital Stroke *Life Support* pada Keluarga (n= 45)

Tabel 2.

Penanganan *Pre Hospital Stroke Life Support* pada Keluarga (n= 45)

Dimensi Penanganan Awal	Upaya Keluarga	
	Perlu Dilakukan	Tidak Perlu Dilakukan
Deteksi "Sebelum atau saat keluarga anda jatuh":		
Apakah anda menanyakan adanya rasa kebas pada kaki atau tangannya?	28 (62,2%)	17 (37,8%)
Apakah Anda mengamati adanya wajah mencong?	18 (40%)	27 (60%)
Apakah Anda Mengamati adanya kesulitan bicara atau pelo?	30 (66,7%)	15 (33,3%)
Apakah Anda menanyakan Adanya kelumpuhan pada lengan tangannya?	28 (62,2%)	17 (37,8%)
Apakah Anda tidak segera mengangkatnya?	17 (37,8%)	28 (62,2%)
Apakah Anda segera membaringkannya dengan posisi kepala lebih tinggi?	20 (44,4%)	25 (55,6%)
Apakah Anda menanyakan adanya kelemahan pada lengannya?	27 (60%)	18 (40%)
Pengiriman pasien Saat keluarga Anda jatuh:		
Apakah Anda Segera memanggil ambulance ?	9 (20%)	36 (80%)
Apakah Anda mengirim ke rumah sakit setelah 3 jam dari kejadian?	21 (46,7%)	24 (53,3%)
Apakah Anda berfikir bahwa membawa pasien stroke ke rumah sakit yang dituju merupakan tindakan yang tepat?	44 (97,8%)	1 (2,2%)
Apakah Anda berfikir bahwa Jika ada pasien terserang stroke maka di bawa ke dokter / bidan adalah tindakan yang tepat?	30 (66,7%)	15 (33,3%)
Apakah Anda berfikir bahwa saat merujuk pasien dengan stroke sebaiknya menggunakan ambulance?	13 (28,9%)	32 (71,1%)
Apakah Anda berfikir bahwa pengiriman pasien ke rumah sakit tidak harus menggunakan ambulans?	32 (71,1%)	13 (28,9%)
Transportasi / ambulans		
Apakah Anda menggunakan mobil biasa (bukan ambulance) untuk membawa keluarga Anda ke Rumah sakit?	42 (93,3%)	3 (6,7%)
Apakah Anggota keluarga ada yang masuk dalam ambulance/ mobil yang Anda gunakan untuk membawa keluarga Anda ke RS?	35 (77,8%)	10 (22,2%)
Apakah ada Petugas ambulans gawat darurat di dalam mobil yang Anda gunakan untuk membawa keluarga Anda ke RS?	6 (13,3%)	39 (86,7%)
Apakah sopir mobil yang Anda gunakan untuk membawa keluarga Anda ke RS adalah sopir khusus ambulance?	5 (11,1%)	40 (88,9%)
Apakah di dalam mobil yang Anda gunakan untuk membawa keluarga Anda ke RS terdapat oksigen, tensi meter dan alat-alat medis lainnya?	5 (11,1%)	40 (88,9%)
Apakah mobil yang Anda gunakan untuk membawa keluarga Anda ke RS terdapat Sirine yang dinyalakan untuk mempercepat proses transportasi pasien ke rumah sakit?	4 (8,9%)	41 (91,1%)
Apakah di dalam mobil yang Anda gunakan untuk membawa keluarga Anda ke RS ada dokter dan perawatnya?	4 (8,9%)	41 (91,1%)

Gambar 1. menunjukkan bahwa mayoritas responden memiliki kemampuan penanganan pra Rumah Sakit pada anggota keluarga yang mengalami Stroke pada kategori baik yaitu sebanyak 27 responden (60%). Tabel 2. menunjukkan bahwa pada dimensi Deteksi, sebagian besar keluarga telah mampu mengamati adanya keluhan bicara (pelo) dan upaya yang tidak dilakukan adalah mengamati wajah mencong serta keluarga tidak segera mengangkat pasien stroke dari posisi semula. Pada dimensi pengiriman pasien, mayoritas keluarga telah membawa pasien ke rumah sakit, sedangkan upaya yang sebagian besar tidak dilakukan keluarga adalah memanggil ambulance. Dimensi terakhir pada penanganan awal pasien stroke adalah transportasi. Pada dimensi ini tampak sebagian besar keluarga menggunakan mobil biasa untuk merujuk pasien serta didalamnya tidak terdapat oksigen, tensimeter serta alat-alat medis lainnya.

Pembahasan

Karakteristik Responden

Mayoritas usia responden (43 tahun) tergolong dalam kategori usia dewasa akhir dengan karakteristik membantu orang lain, memiliki pengalaman hidup dan proses pembelajaran yang membiarkan individu berkembang dengan mengaplikasikan apa yang telah dipelajari. Kesadaran untuk menolong orang lain yang sedang kesulitan termasuk dalam memberikan penanganan awal pada pasien stroke. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Putra (2015) yang menunjukkan bahwa ada hubungan positif antara kemampuan menolong dengan konsep diri usia remaja akhir hingga dewasa.

Jenis kelamin responden sebagian besar adalah perempuan (53,5 %). Pada semua budaya, norma menyebabkan sikap dan perilaku yang berbeda bagi laki-laki dan perempuan, hal tersebut dimulai saat proses pertumbuhan sebagai anak laki-laki dan anak perempuan. Misalnya, laki-laki

memiliki peran lebih heroik dan sangat sopan, sedangkan wanita lebih pengasih dan peduli pada nilai dari hubungan jangka panjang dan tertutup. Perempuan memang lebih tinggi dalam perilaku menolong, menghibur, berbagi dan beramal dibandingkan laki-laki, namun perbedaannya tidak signifikan (Retnaningsih, 2005)

Pendidikan bermakna bimbingan yang diberikan seseorang terhadap perkembangan orang lain menuju kearah cita – cita tertentu yang menentukan manusia untuk berbuat dan mengisi kehidupan untuk mencapai keselamatan dan kebahagiaan (Tirtarahardja, 2005). Pendidikan di perlukan untuk mendapatkan informasi misalnya hal – hal yang menunjang kesehatan sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup. Berdasarkan penelitian ini pendidikan terakhir responden mayoritas adalah SD (30,2 %). Hal ini menunjukkan bahwa semakin rendah pendidikan semakin rendah kemampuan dasar seseorang untuk berpikir dalam pengambilan keputusan khususnya dalam penanganan awal pasien stroke *pre-hospital*.

Attachment adalah ikatan afeksi yang dibentuk antara satu individu dengan yang lainnya dan bertahan sepanjang waktu dan tempat. Berkaitan dengan perilaku menolong, kualitas *attachment* anak dengan orang tua dapat mempengaruhi perilaku prososialnya. *Attachment* antara anak dengan orang tua memegang peranan penting dalam perkembangan sosial anak, salah satunya adalah perilaku prososial (menolong) (Retnaningsih, 2005). Pernyataan tersebut sejalan dengan hasil penelitian ini bahwa sebagian besar hubungan yang terjalin dengan pasien stroke adalah sebagai anak, sehingga ada perilaku prososial yang dilakukan dalam hal ini menangani penyakit stroke sebelum dibawa ke rumah sakit.

Pre Hospital Stroke Life Support pada Keluarga

a. Deteksi

Pengenalan cepat dan reaksi terhadap tanda-tanda stroke dan TIA. Keluhan pertama kebanyakan pasien (95%) mulai sejak di luar rumah sakit. Hal ini penting bagi masyarakat luas termasuk orang terdekat dengan pasien untuk mengenal stroke dan perawatan kegawatdaruratan. Deteksi dini stroke penting untuk dilakukan agar tidak terjadi peningkatan keluhan, kecacatan pasien, maupun kematian. Oleh karena itu, pendidikan deteksi dini stroke secara berkesinambungan perlu diberikan kepada masyarakat.

Penanganan stroke merupakan keadaan gawat darurat dan biasa dikenal dengan istilah *Time is brain*. Artinya, penanganan pasien stroke tahap pra hospital penting dan tidak boleh terlambat dengan melalui identifikasi keluhan dan gejala stroke bagi pasien dan orang terdekat. Beberapa tanda atau gejala yang umum pada pasien stroke antara lain: hemiparesis, kelainan sensorik sebagian sisi tubuh, hemianopia atau buta secara tiba-tiba, diplopia, afasia, vertigo, disfagia, disatria, ataksia, kejang atau penurunan kesadaran yang berlangsung mendadak. Penggunaan istilah untuk memudahkan dalam deteksi dibuat FAST (*Facial movement, Arm movement, Speech, Test all three*) (AHA, 2015). Menurut National Stroke Association (NSA), untuk FAST dengan cara minta orang tersebut untuk tersenyum, kemudian mengangkat kedua lengan, dan mengulangi kata-kata sederhana. Jika Anda mengamati tanda-tanda ini, segera hubungi pihak medis. Alat ukur ini cukup sederhana dan dapat digunakan oleh orang awam maupun petugas kesehatan (Pinzon & Laksmi, 2010).

Penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar keluarga telah mengamati adanya kesulitan bicara / pelo (65 %) dan 63 % keluarga menanyakan adanya rasa kebas pada kaki dan tangan serta

menanyakan adanya kelumpuhan pada lengan tangan pasien. Namun masih ada keluarga yang tidak mengamati adanya wajah mencong (58 %) dan tidak segera membaringkan pasien dengan posisi kepala lebih tinggi (56 %). Berdasarkan hasil tersebut, masyarakat di Kabupaten Kendal telah melakukan 2 (*Arm dan Speech*) dari 3 deteksi FAST dalam penanganan awal stroke di rumah.

Hal ini berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Wiwit (2010) bahwa kader (masyarakat) lebih mengetahui gejala awal stroke pada wajah (*face*) dan lengan (*arms*) karena gejala tersebut paling banyak ditemui pada penderita stroke sehingga memudahkan kader dalam mengingat gejala awal stroke pada bagian tubuh tertentu.

Pada hasil penelitian Hariyanti, Tita, et al. (2015) tentang *Health Seeking Behaviour* pada Pasien Stroke didapatkan bahwa dari 101 responden pasien stroke dengan keluhan lemah separuh badan sebanyak 58 orang (57,4%), sedangkan dengan keluhan gringgingen sebanyak 15 orang (14,8%), sedangkan dengan keluhan tidak bisa bicara (afasia) sebanyak 3 orang (2,9%), sedangkan dengan keluhan bicara tidak jelas sebanyak 7 orang (6,7%), dan sisanya dengan keluhan disartria sebanyak 18 orang (17,8%). Hasil penelitian tersebut tidak menyebutkan wajah mencong sebagai bentuk *health seeking behavior* pada penyakit stroke.

Dalam penelitian ini keluarga pasien tidak banyak yang melakukan pengamatan terhadap wajah mencong karena lebih fokus pada kelumpuhan dan kesulitan bicara pasien dibandingkan meminta pasien untuk tersenyum sebagai deteksi terhadap adanya ketidaksimetrisasi pada wajah. Perlakuan membaringkan pasien dengan posisi kepala lebih tinggi juga kurang banyak dilakukan karena kurangnya informasi tentang penanganan awal stroke ketika di rumah. Pemberian posisi kepala lebih tinggi pada pasien stroke akan memudahkan aliran balik

vena pada cerebral yang menuju ke jantung.

b. Pengiriman Pasien

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pada saat pasien terjatuh, mayoritas keluarga berpikir bahwa membawa pasien stroke ke rumah sakit yang dituju merupakan tindakan yang tepat (97,8 %). Hal tersebut sesuai dengan pernyataan AHA (2015) bahwa tim gawat darurat berperan penting dalam memberikan bantuan maupun melakukan pengiriman pasien untuk mendapatkan penanganan lanjutan segera dengan fasilitas yang sesuai. Fasilitas kesehatan yang sesuai adalah rumah sakit.

Pada penelitian ini juga didapatkan hasil bahwa sebagian keluarga tidak segera memanggil ambulance (80 %) dan pada saat merujuk sebaiknya tidak menggunakan ambulance (71,1 %). Hal tersebut bertentangan dengan protokol *American Heart Association* (2015) bahwa jika seseorang dicurigai mengalami serangan stroke, maka segera meminta bantuan ambulans gawat darurat untuk mendapatkan bantuan segera. Keluarga (masyarakat awam) kurang terpapar dengan layanan ambulance sebelum masuk rumah sakit khususnya bagi masyarakat di Kabupaten Kendal. Tanggung jawab manajemen prahospital tergantung pada pelayanan ambulans dan pelayanan kesehatan tingkat primer. Keberadaan *pre-hospital stage* (tahap pra-rumah sakit) di Indonesia tidak mendapatkan perhatian yang utama dalam strategi kebijakan kesehatan di Indonesia.

Penanganan tahap pra-rumah sakit di Indonesia masih sangat lemah, baik dari sisi infrastruktur maupun sumber daya manusianya. Ambulans, sebagai elemen penting dalam tahap ini misalnya, selama ini, hanya dianggap sebagai alat angkut pasien ke rumah sakit. Alih-alih menempatkan sebagai bagian dari *pre-hospital stage*, di Indonesia, ambulans menjadi bagian dari penanganan in-hospital stage. Dengan penanganan yang

benar pada jam-jam pertama, angka kecacatan stroke paling tidak akan berkurang sebesar 30%.

Tindakan ambulansi pasien hendaknya sesuai dengan protokol atau pedoman. Staff ambulans melakukan penilaian apakah pasien mengalami stroke akut dengan cara mengevaluasi menggunakan metode FAST. Jika hasil penilaiannya positif, segera menghubungi Rumah Sakit terdekat yang kemudian akan dilanjutkan penyediaan tempat untuk penanganan lebih lanjut (AHA, 2015).

c. Transportasi

Transportasi atau ambulans merupakan fasilitas utama untuk pengiriman pasien ke rumah sakit yang dituju. Petugas ambulans gawat darurat harus mempunyai kompetensi dalam penilaian pasien stroke pra rumah sakit. Hasil dari penelitian ini sebagian besar keluarga menggunakan mobil biasa (bukan ambulance) untuk membawa keluarga ke Rumah sakit (93,3 %). Persepsi keluarga yang utama adalah pasien segera tiba di rumah sakit walaupun dengan alat transportasi seadanya. Menurut responden, mereka tidak mengetahui bagaimana cara menghubungi ambulans serta ambulans hanya boleh digunakan pada saat di rumah sakit. Berdasarkan fenomena tersebut konsep *time is brain* telah diterapkan oleh keluarga yaitu membawa anggota keluarga yang sakit sesegera mungkin ke rumah sakit.

Pada pertanyaan tentang karakteristik petugas ambulans dan mobil ambulans hampir seluruhnya menjawab tidak (91,1 %) terutama pada pertanyaan no 19 dan 20 yaitu mobil yang anda gunakan untuk membawa keluarga anda ke RS terdapat sirine yang dinyalakan untuk mempercepat proses transportasi pasien ke rumah sakit dan di dalam mobil yang anda gunakan untuk membawa keluarga anda ke RS ada dokter dan perawatnya.

Fasilitas ideal yang harus ada dalam ambulans menurut Levine SR (2009) yaitu personil yang terlatih (dokter, perawat dan

pengemudi ambulance), mesin EKG, peralatan dan obat-obatan resusitasi dan gawat darurat, obat-obat neuroprotektan, tele medicine, glucometer dan *pulse oximetri*, serta harus mampu memberikan transportasi secepatnya yang ditandai dengan adanya sirine di setiap mobil ambulance.

Stroke merupakan suatu kegawatdaruratan medis yang memerlukan penanganan yang cepat untuk mencegah terjadinya kematian dan kecacatan. Untuk dapat memberikan penanganan yang cepat dan tepat pada orang yang terserang stroke, waktu adalah hal yang utama. Semakin lama penanganan stroke ditunda semakin berat kerusakan otak yang akan muncul. Karena itulah pengenalan awal gejala stroke, demi mempercepat proses rujukan dan pengantaran pasien ke rumah sakit menjadi hal yang sangat penting di dalam penanganan stroke. Salah satu cara yang mudah digunakan adalah metode FAST.

Metoda FAST, yaitu mengetahui adanya gejala gangguan pada otot wajah, kelemahan anggota gerak dan adanya gangguan bicara, memberikan cara pengenalan gejala awal stroke yang mudah untuk dimengerti dan diaplikasikan oleh masyarakat. Dengan ini diharapkan masyarakat cepat dan tanggap akan adanya gejala stroke dan cepat membawa penderita ke pusat rujukan terdekat atau segera menghubungi ambulans. Hal lain yang tidak boleh terlupakan adalah pengadaan fasilitas ambulans standar untuk penanganan stroke serta petugasnya yang terlatih dalam pemberian pertolongan pertama pada kegawatdaruratan medis juga sangat diperlukan untuk penanganan awal di tingkat prehospital dalam penanganan stroke dan diharapkan semakin banyak waktu yang dapat dihemat, semakin banyak sel otak yang dapat diselamatkan.

Simpulan dan Saran

Usia responden termuda adalah 21 tahun dan usia tertua adalah 64 tahun. Mayoritas usia responden (43 tahun) tergolong dalam kategori usia dewasa

akhir. Responden paling banyak berjenis kelamin perempuan sejumlah 23 orang (53,5 %). Pendidikan terakhir responden mayoritas adalah SD sebanyak 13 orang (30,2 %) sedangkan minoritas berpendidikan perguruan tinggi sejumlah 2 orang (4,6 %). Berdasarkan hubungan dengan pasien sebagian besar adalah anak sebesar 20 orang (46,5 %). Dan memiliki kemampuan penanganan pra Rumah Sakit pada anggota keluarga yang mengalami Stroke pada kategori baik yaitu sebanyak 27 responden (60%); baik mengenai deteksi dini, pengiriman pasien, maupun transportasi. Penelitian ini dapat menjadi dasar dalam pemberian edukasi bagi masyarakat pada dimensi Deteksi pasien stroke dalam hal deteksi wajah dan pemberian posisi serta pada dimensi Pengiriman pasien dan transportasi stroke dalam hal penggunaan ambulance.

Daftar Pustaka

- AHA/ASA. (2007). *Guidelines for The Early Management of Adult with Ischemic Stroke*. 38: 1655-1711
- Arifputra. (2014). *Exercise Dalam Pencegahan Disuse Atrofi Otot Pada Pasien. Stroke Non Hemoragik*. Jakarta: EGC
- Ayu. (2011). *Waspada Stroke, Kendalikan Stroke*. Dikutip dari <http://www.depkes.go.id>. Tanggal 8 Oktober 2017
- Brunzell. (2010). *Chronic Kidney Disease.: Jameson JL, Loscalzo. Edisi 2 Harrison's nephrology and acid base disorders*. New York: McGraw-Hill's, pp: 113-129.
- Dahlan, M.S. (2010). *Besar Sampel dan Cara Pengambilan Sampel dalam Penelitian Kedokteran dan Kesehatan*. Jakarta: Salemba Medika
- Davies. (2015). *Validation Of Siriraj Stroke Score In Southeast Nigeria*.

- International Journal of General Medicine*, 8:349-353
- Depkes. (2014). *Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas)*: Jakarta Depkes.
- Dewanto, G., Wita J.S., Budi R., Yuda T. (2009). *Panduan praktis diagnosis dan tatalaksana penyakit saraf*. Jakarta: EGC.
- Gunarsa, S. D. (2003). *Psikologi Untuk Keluarga*. Jakarta: Gunung Mulia.
- Hidayat, A. A. A. (2011). *Pengantar Konsep Dasar Keperawatan*. Edisi 2. Jakarta: Medika Salemba
- House, J. & Kahn, R.L. 1995. *Measures and concept of social support*. London: Academic Press Inc.
- Houston. (2010). Reduce blood pressure increase with age and risk for stroke in a chinese. *Fakultas Universitas Kedokteran Anhui*
- Iskandar, J. (2011). *Stroke waspadai ancamannya*. Yogyakarta: Cv andi offset
- Kasper, DL. (2015). *Principles of Internal Medicine*. 16 thn. Edisi 3. USA: McGraw-Hill.
- Mardjono. (2012). *Neurologi Klinik Dasar, cetakan ke 15*. Jakarta: Dian Rakyat
- Notoadmodjo, S. (2012). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- Nursalam. (2013). *Metodologi Penelitiann Ilmu Keperawatan: Pendekatan Praktis*. Edisi 3. Jakarta: Salemba Medika
- Pre-hospital Guidelines Group (2006). *Recognition of Stroke / TIA*. Developed by the Pre-hospital Stroke Gudelines Group and the Intercollegiate Stroke. Diakses dari <http://www.britishparamedic.org//>
- 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): pp 369-376
- Rizald & Laksmi. (2010). *Stroke iskemik*. Medan: Yandira Agung.
- Riskesdas. (2018). *Hasil Utama Riskesdas 2018*. Kementerian Kesehatan dan Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.
- Ropper, A.H. (2015). *Principles of Neurology*. Edisi 8. McGraw-Hill. New York
- Smelthzer, S.C., & Bare, B.G. (2011). *Textbook of Medical Surgical Nursing*. Edisi 12. Vol 3. Philladelphia: Lipincott Willians & Wilksins
- Sudoyo, Aru. W. (2012). *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. Jilid II. Edisi V. Jakarta: Interna Publishing.
- Suratun. (2008). *Asuhan Keperawatan Klien Gangguan sistem Muuskuluskeletal. Seri Asuhan Keperawatan ; Editor Monika Ester*. Jakarta: EGC
- Tsementzis, S.A. (2010). *Differential Diagnosis of Neurology and 2010/02/html*; 2010.
- WHO. (2014). *Heart disease and stroke statistics*. Diakses tanggal 7 November 2017 dari: <http://circ.ahajournals.org/content/early/>
- Yaggi. (2015). *Aterosklerosis Arteri Krotis Interna pada Penderita Pasca*

Stroke. Iskemik. Media
MedikaAlbert, C., & Garcí'a-
Serrano, C. (2010). Cleaning the
slate? School choice and
educational outcomes in Spain.
High Educ, 559–582.
<http://doi.org/10.1007/s10734-010-9315-9>.