



**STUDY FENOMENOLOGI PENGALAMAN KELUARGA PASIEN
DALAM PENANGANAN PREHOSPITAL PASCA
DETEKSI DINI STROKE**

***PHENOMENOLOGY STUDY OF PATIENT FAMILY EXPERIENCES
IN POST PREHOSPITAL HANDLING EARLY
DETECTION OF STROKE***

Mike Asmaria^{1*}, Vivi Yuderna²

^{1,2}Diploma of Nursing Study, Faculty of Sport Sciences,
Universitas Negeri Padang

*Email: mikeasmaria@fik.unp.ac.id

Submitted :2020-09-09 , Reviewed :2020-10-24, Accepted :2020-11-25

ABSTRAK

Tingginya prevalensi stroke salah satunya disebabkan oleh perilaku yang tidak tanggap atau menyepelekan tanda-tanda dini stroke, sehingga pasien mengalami keterlambatan mendapatkan pengobatan. Semakin lama pemberian terapi akan makin memperburuk kondisi pasien. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui Pengalaman Keluarga Pasien di Ruang Neurologi RSUD Pariaman dalam Penanganan di rumah sakit Pre-hospital Pasca Deteksi Dini Stroke yang dilakukan keluarga sebelum dirawat rumah sakit. Metode penelitian ini yaitu penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi, dan analisis data dengan teknik *Colaizzi*. Jumlah partisipan pada penelitian ini sebanyak 7 orang. Hasil penelitian di dapatkan tiga tema, yaitu rentang waktu pasien sampai di rumah sakit, alat transportasi yang membawa pasien ke rumah sakit, hambatan keluarga dalam membawa pasien ke rumah sakit. Kesimpulan penelitian ini umumnya keluarga membawa pasien ke rumah sakit dalam rentang waktu lebih dari 3 jam, keluarga membawa pasien dengan alat transportasi pribadi. Beberapa hambatan membawa pasien ke rumah sakit yaitu kurangnya pengetahuan, sulitnya mengambil keputusan dan masalah finansial. Untuk itu disarankan agar pelayanan kesehatan dapat memberikan pengetahuan tentang penanganan pre-hospital pasca deteksi dini stroke pada masyarakat dan menyiapkan sarana transportasi gawat darurat stroke untuk mencegah peningkatan angka kecacatan dan kematian akibat stroke.

Kata Kunci : stroke, pre-hospital, pengalaman keluarga



ABSTRACT

One of the high prevalence of stroke is caused by unresponsive behavior or underestimating the early signs of stroke, so that patients experience delays in getting treatment. The longer the therapy, the worse the patient's condition will be. The purpose of this study was to determine the Patient's Family Experience in the Neurology Room at Pariaman Hospital in Pre-hospital Management after Early Detection of Stroke carried out by the family before being hospitalized. This research method is a qualitative research with a phenomenological approach, and data analysis using the Colaizzi technique. The number of participants in this study was 7 people. The results of the study obtained three themes, namely the time span for the patient to arrive at the hospital, the means of transportation that takes the patient to the hospital, the family barriers in bringing the patient to the hospital. The conclusion of this study is that generally the family brings the patient to the hospital in a span of more than 3 hours, the family brings the patient by private transportation. Some of the obstacles to bringing patients to the hospital are lack of knowledge, difficulty making decisions and financial problems. For this reason, it is suggested that health services can provide knowledge about pre-hospital handling after early detection of stroke to the community and prepare transportation facilities for emergency stroke to prevent an increase in the number of disabilities and deaths from stroke.

Keywords: stroke, pre-hospital, family experience

PENDAHULUAN

Stroke merupakan salah satu penyakit tidak menular yang menjadi masalah kesehatan yang paling di takuti di masyarakat. Stroke disebabkan oleh gangguan peredaran darah otak non traumatik. Stroke dapat menyebabkan kematian tanpa ditemukan penyebab lain, selain penyebab vaskuler (Donkor, 2018).

Insiden stroke hemoragik sebesar 17% dan stroke iskemik sekitar 83% dari seluruh kejadian kasus stroke. Stroke adalah penyebab kematian ke 5 di Amerika (Mozaffarian et al., 2016). Prevalensi kejadian stroke pada data Rikesdas tahun 2018, mencapai 10,9 permil. Provinsi Sumatera Barat termasuk provinsi yang memiliki angka yang cukup tinggi yaitu hampir mencapai 10,9 permil. Di Pariaman peningkatan kejadiann stroke juga semakin meningkat. Di RSUD

Pariaman pada tahun 2017 terdapat 162 kasus dan pada tahun 2018 sebanyak 193 kasus.

Angka kejadian stroke dan angka kecatatan serta kematian akibat stroke yang meningkat disebabkan oleh beberapa faktor, salah satunya karena kurangnya pengetahuan tentang penanganan awal penyakit stroke. Penelitian Cook, LK., Clement, SL. (2011) tentang Stroke Recognition and Management; Early Identification and Treatment are the keys, menyatakan bahwa tingginya prevalensi stroke disebabkan oleh perilaku yang tidak tanggap atau menyepelekan tanda-tanda dini stroke. Cook menemukan (62,3%) dari responden yang masih menyepelekan tanda gejala stroke.

Lama waktu sampai kunjungan ke rumah sakit adalah faktor terbesar terhadap keterlambatan sejak awal stroke akut untuk memulai pengobatan



(Yanagida, Fujimoto, Inoue, & Suzuki, 2014). Semakin lama pemberian terapi berarti makin buruk prognosinya (Setyopranoto, 2010).

Untuk menurunkan angka kecacatan dan kematian diperlukan upaya penanganan yang tepat dan cepat. Penelitian Rachmawati D, S.R., Andriani, S., & Ningsih, DK. (2017) tentang "Pengetahuan Keluarga Berperan terhadap Keterlambatan Kedatangan Pasien Stroke Iskemik Akut di Instalasi Gawat Darurat" menemukan bahwa Pengurangan resiko stroke sangat bergantung pada kecepatan pasien dibawa ke instalasi gawat darurat namun sebagian besar pasien stroke iskemik akut datang terlambat sehingga menyebabkan meluasnya kerusakan neurologi.

CPSS (*Cincinnati Prehospital Stroke Scale*) merupakan skala yang dilihat dari tanda gejala FAST yaitu *facial droop* (kelemahan salah satu sisi wajah), *arm drift* (kelemahan salah satu lengan), dan *speech* (bicara pelo, sulit atau tidak dapat berbicara, kata-kata yang dikeluarkan salah), *Time* (segera menghubungi pusat layanan gawat darurat untuk transportasi ke sarana kesehatan) FAST memerlukan waktu kurang dari satu menit untuk menilai dan cukup akurat dengan spesifisitas tinggi untuk mengidentifikasi pasien stroke (Maddali, 2018).

Penanganan pre hospital metode *F-A-S-T* (*facial, arm, speech, dan time*) dapat mencegah angka kecacatan dan kematian akibat stroke. Maddali Aditya dengan penelitiannya yang berjudul *Validation of the Cincinnati pre-hospital*

stroke scale. Cincinnati Prehospital Stroke Scale (CPSS) 81% menunjukkan sensitivitas yang baik. Dalam pengaturan rumah sakit CPSS dan FAST (*Face, Arm, Speech, Time*) dapat mengidentifikasi korban stroke dalam satu menit.

Berdasarkan data diatas, maka penulis tertarik meneliti "Bagaimana Pengalaman Keluarga Pasien di Ruang Neurologi RSUD Pariaman dalam Penanganan Pre-hospital Pasca Deteksi Dini Stroke sebelum dirawat di rumah sakit?"

BAHAN DAN METODE

Penelitian ini menggunakan metode penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi, dan analisis data dengan teknik *Colaizzi*. Jumlah partisipan pada penelitian ini yaitu 7 orang partisipan. Partisipan adalah keluarga pasien stroke yang sedang dirawat dan berobat di RSUD Pariaman yang merupakan pasien baru dengan kriteria mengalami stroke non hemoragik.

HASIL

Pengalaman Keluarga Pasien dalam Penanganan Prehospital Pasca Deteksi Dini Stroke

Hasil penelitian setelah dilakukan analisa di dapatkan tiga tema, yaitu : 1) Rentang Waktu Pasien sampai di Rumah Sakit, 2) Alat transportasi yang membawa pasien ke Rumah Sakit, 3) Hambatan keluarga dalam membawa pasien ke rumah sakit.



1. Rentang Waktu Pasien sampai di Rumah Sakit

Hasil penelitian didapatkan bahwa 6 dari 7 partisipan membawa pasien ke rumah sakit dalam rentang waktu lebih dari 3 jam. Hanya 1 partisipan yang membawa pasien dalam waktu 1 jam. Berikut ungkapan partisipan :

Lebih 3 jam

“Oh sepuluh jam lo..” (P1)

(Oh sepuluh jam pula)

“ampek satengah jam lah..” (P2)

(empat setengah jam lah)

“sekitar sambilan jam” (P3)

(sekitar sembilan jam)

“Dua belas jam lah kak” (P4)

(Dua belas jam pula kak)

“seminggu lah.” (P5)

(seminggu lah)

“Dua puluh ampek jam labiah” (P7)

(Dua Puluh empat jam lebih)

Kurang 3 jam

“Cukuik sajam” (P6)

(Cukup satu jam)

2. Transportasi yang membawa pasien ke Rumah Sakit

Penelitian mengungkapkan bahwa 6 dari 7 partisipan membawa pasien dengan mobil pribadi, 1 orang dengan ambulance dari puskesmas. Berikut ungkapan partisipan :

Mobil pribadi

“Pakai oto biasa, oto pikap..” (P1)

(Menggunakan mobil biasa, mobil bak terbuka)

“jo oto pribadi kecek e” (P2)

(Menggunakan mobil pribadi katanya)

“jo oto adiak” (P3)

(Menggunakan mobil adek)

“pakai oto.. oto pribadii...” (P4)

(Menggunakan mobil..mobil pribadi)

“Pake mobil pribadi” (P5)

(Menggunakan mobil pribadi)

“Jo oto, oto tetangga” (P6)

(Menggunakan mobil tetangga)

Ambulans

“Jo ambulans puskesmas” (P7)

(Menggunakan Ambulans Puskesmas)

3. Hambatan keluarga dalam membawa pasien ke rumah sakit

Hasil penelitian didapatkan bahwa 3 hambatan dalam keluarga dalam membawa pasien ke rumah sakit yaitu kurangnya pengetahuan, ketidakmampuan dalam pengambilan keputusan dan masalah finansial. Berikut ungkapan partisipan :

Kurangnya pengetahuan

“kecek keluarga, kecek apa yang tadi kan dak doh. usah usah lai kecek e,,bawo je bauruik kecek e.” (P1)

(Kata keluarga, kata bapak yang tadi tidak usah lah. Tidak usah.. tidak usah lah katanya..bawa aja dipijit katanya).

“aman..aman sadonyo..nan bermasalah tensi bana je ny, secara fisiknyo dak ado berubah deknyo doh ” (P3)

(aman..aman semuanya, yang bermasalah tekanan darah saja, secara fisik tidak berubah padanya)

“disangko sanggup dapek pengobatan puskesmas ”. (P2)

(di sangka bisa dapat pengobatan puskesmas)

“ panyakik lamah apo tu,,tampalapari kecek urang tu..timbua lo pangana uni kan..a ni imbau tuangku..diuruik an e” (P7)

(Penyakit lemah gitu,, tampalapari kata orang tu,,terus timbul pula ingatan uni kan ..aa...uni panggil ustad,, lalu diurutnya ”



Ketidakmampuan dalam pengambilan keputusan

“...soalnya waktu tu abang alun pulang lai nunggu abang baaa itunyo baa penanganan nyo. misalno kok ado alternatif lain dari abang..”(P4)

(soalnya waktu itu kakak belum pulang lagi, menunggu kakak pulang, gimana itu nya,, gimana penanganannya. Misalnya jika ada alternatif lainnya.)

“uni kan surang e di umah nyo mah,,anak e dak do doh ,,alah pulang anak e,tu langsung pagi bawok ka umah sakit”(P7)

(Uni kan sendiri di rumah kan,,anaknya tidak ada, setelah pulang anaknya,, terus langsung ke rumah sakit)

Finansial

“disaat itu memang ngurus BPJS sampai aktif...baru aktif BPJS tu langsung bawa ke rumah sakit....”(P5)

(di saat itu memang mengurus BPJS sampai aktif,,baru aktif

BPJS itu langsung dibawa ke rumah sakit....)

PEMBAHASAN

Tema 1 : Rentang Waktu Pasien sampai di Rumah Sakit

Golden period (masa yang tak boleh terlewat untuk pertolongan pasien secara dini) yaitu ≤ 3 jam (Hariyanti, 2015). Waktu adalah otak, sumbatan dari 1 pembuluh darah akan menyebabkan iskemia dalam waktu 5 menit. 1 detik kehilangan sel saraf 32,000, 1 menit kehilangan 1.9 juta sel saraf, 1 jam kehilangan 120 juta sel saraf (Saver, JL 2006). Menurut penelitian Saver (2015) Inisiasi magnesium sulfat sebelum pasien tiba di RS sudah dimulainya terapi dalam waktu 2 jam setelah timbul gejala stroke.

Untuk menstabilkan jaringan yang terancam sampai terapi / reperfusi spontan. Menurut Alhanati, (2014) interval Trombosis stroke dalam waktu 150 menit.

Enam dari tujuh pasien terlambat dibawa ke rumah sakit, sehingga pasien mengalami keterlambatan dalam pengobatan. Saat ditemui 5 orang pasien masih mengalami perubahan pada wajah, mulut mencong, kelumpuhan anggota gerak, bicara pelo, baal disekitar mulut, sakit kepala. Dua diantaranya bisa berjalan dan sudah bisa bicara dengan jelas (sebelumnya pasien mengalami pelo dan nyeri kepala serta sulit membuka mata, 1 diantaranya dibawa ke Rumah Sakit dalam waktu kurang dari 3 jam). Beberapa faktor yang mempengaruhi perilaku kesehatan yaitu pendidikan, budaya, geografis dan demografi.

Hasil penelitian ini sama dengan Penelitian Putri, Ineke Tedjasukmana, R. Mesina R, P (2017) yang mendapatkan hanya 20,2 % responden yang mengetahui tentang *golden time*. Begitu juga dengan penelitian Rachmawati, D Andarinis Ningsih Dkk (2017) yang menyatakan bahwa 87,9 % responden datang ke IGD > 3 jam setelah mendapat serangan stroke sehingga memperburuk keadaan pasien. Hal ini sesuai dengan data demografi partisipan yang menuliskan bahwa belum pernah mendapatkan pengetahuan secara langsung tentang stroke.

Perlu adanya sosialisasi penanganan awal stroke oleh petugas kesehatan tentang FAST. Kesadaran akan *Time* sangat berperan dalam angka kesembuhan pasien.



Tema 2 : Alat transportasi yang membawa pasien ke Rumah Sakit

Ambulance merupakan transportasi atau fasilitas utama untuk mengirim pasien ke rumah sakit yang dituju. Petugas ambulance harus mempunyai kompetensi dalam penilaian pasien stroke pra rumah sakit. Menurut Levine SR(2009) Fasilitas ideal ambulance harus memiliki petugas yang terlatih, mesin EKG, peralatan dan obat-obatan neuroprotektor, telemedicine, glukometer, kadar saturasi O², adanya sirine.

Hasil penelitian diatas sesuai dengan hasil penelitian Setianingsih (2019) bahwa sebagian keluarga tidak segera memanggil ambulance (80%) dan pada saat merujuk sebaiknya tidak menggunakan ambulans (71,1%). Hal ini bertentangan dengan protokol *American Heart Association* (2015) Jika seseorang mengalami serangan stroke, maka segera meminta bantuan ambulance gawat darurat. Kemungkinan disebabkan oleh ketidaktahuan keluarga tentang fungsi ambulance dalam situasi gawat darurat stroke. Adapun ambulance tidak sesuai dengan protokoler penatalaksanaan stroke. Perlunya anjuran kelengkapan ambulance sebagai gawat darurat yang dilengkapi fasilitasnya.

Tema 3 : Hambatan keluarga dalam membawa pasien ke rumah sakit

Hasil penelitian didapatkan bahwa 3 hambatan dalam keluarga dalam membawa pasien ke rumah sakit yaitu kurangnya pengetahuan tentang stroke,

ketidakmampuan dalam pengambilan keputusan dan masalah finansial.

Stroke merupakan beban bagi penderita dan keluarga. Menurunkan beban akibat penyakit stroke bisa dilakukan dengan memberikan penanganan segera setelah terjadi serangan stroke, serta memberikan pelayanan yang komprehensif selama perawatan di rumah sakit (Putu, N, 2016) dalam Rahmawati, D (2017).

Penelitian Kim.YS (2011) menjelaskan bahwa keluarga atau saudara pasien lebih penting memiliki pengetahuan yang baik tentang stroke dibandingkan dengan pasien. Jika keluarga menemukan gejala stroke maka keluarga akan segera mengenali gejala yang ada dan mengambil keputusan untuk segera ke Instalasi Gawat Darurat (IGD). Reaksi pasien atau keluarga serangan stroke yang datang ke rumah sakit menunjukkan adanya peningkatan pengetahuan tentang stroke (Pinzon, 2012).

Hambatan selain kurangnya pengetahuan tentang stroke, yaitu kesulitan dalam mengenali gejala dan memahami bahwa gejala ini merupakan keadaan darurat, sehingga tidak ada respon untuk cepat menghubungi EMS. Peserta tidak menyadari adanya pengobatan yang efektif dan mereka tidak mempercayai kompetensi medis. (Alice, 2016) Dalam penelitian ini keluarga masih belum mengetahui tentang tindakan yang tepat untuk pasien, sehingga keluarga tidak mampu mengambil keputusan untuk membawa pasien langsung ke rumah sakit. Hal ini sesuai



dengan penelitian Rahmawawati, D (2017) yaitu semakin rendah pengetahuan keluarga semakin lama keterlambatan pasien stroke di IGD.

Kesamaan dengan penelitian diatas kemungkinan disebabkan oleh kepercayaan masyarakat, yang masih mempengaruhi pemikiran keluarga. Kepercayaan tersebut didukung pula oleh faktor demografi dan kondisi keluarga yang umumnya adalah masyarakat menengah ke bawah yang berada di lingkungan yang jauh dari fasilitas unit gawat darurat stroke. Untuk memperbaiki kepercayaan masyarakat dalam penanganan stroke, perlu diberikan pengetahuan tentang stroke dan dukungan moral pada keluarga. Untuk masalah finansial perlu disosialisasikan tentang BPJS agar masyarakat siap langsung berobat ke pelayanan kesehatan tanpa harus berfikir panjang mengenai biaya.

KESIMPULAN DAN SARAN

Hasil penelitian yang sudah peneliti lakukan umumnya keluarga membawa pasien ke rumah sakit dengan rentang waktu lebih dari 3 jam, keluarga membawa pasien ke rumah sakit dengan alat transportasi pribadi, kurangnya pengetahuan, sulitnya mengambil keputusan serta masalah finansial menjadi hambatan ke rumah sakit.

SARAN

Agar pelayanan kesehatan dapat memberikan pengetahuan tentang penanganan serangan stroke pre-hospital. Semoga pihak Dinas Kesehatan bisa

menyediakan sumber daya manusia dan sarana transportasi gawat darurat stroke di setiap wilayah, sehingga tidak terjadinya hambatan proses pengobatan pasien stroke ke rumah sakit untuk mencegah peningkatan angka kecacatan dan kematian akibat stroke.

DAFTAR PUSTAKA

- Alhanati, dkk (2014). *Stroke: Prospectives evaluation of prehospita management process based on rescuers under edica direction*. The American Journal of Emergency Medicine. Volume 32, Issue 5, May 2014, Pages 438-442
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian RI, 2018. RISKESDAS. 2018.
- Cook, LK., Clement, SL. (2011). *Stroke Recognition and Management; Early Identification and Treatment are the keys*. AJN;111(5).
- Donkor, E. S. (2018). Stroke in the 21st Century: A Snapshot of the Burden, Epidemiology, and Quality of Life. *Stroke Research and Treatment*, 2018. <https://doi.org/10.1155/2018/3238165>
- Fassbender, K., Balucani, K., Walter, S., Levine, SR., Haass, A., Grotta, J. (2013). *Streamlining Of Prehospital Stroke Management: The Golden Hour*. *Lancet Neurol*; 12: 585–96.
- Ghani, L., Mihardja, L., Delima. (2016). *Faktor Risiko Dominan Penderita Stroke di Indonesia*. *Buletin*



- Penelitian Kesehatan; 44(1): 49-58.
- Hariyanti, T. Harsono. Prabandari. Y (2015). *Health Seeking Behavior on Stroke Patients*. Jurnal Brawijaya, Vol.28, no.3
- Kementerian kesehatan RI.(2014). *Pusat Data dan Informasi*.Jakarta selatan.
- Kim.YS at, al (2011). *Stroke awareness decreases prehospital delay after acute ischemic stroke in Korea*. BMC Neurol. Free PMC article
- Lingga Lanny, (2013), *All About Stroke*, Gramedia, Jakarta, hlm 6
- Maddali, Aditya. (2018). *Validation of the cincinnati prehospital stroke scale*;Journal of Emergencies, New Delhi Vol. 11, Iss. 2,
- Mozaffarian, D., Benjamin, E. J., Go, A. S., Arnett, D. K., Blaha, M. J., Cushman, M., Turner, M. B. (2016). Heart Disease and Stroke Statistics—2016 Update. *Circulation* (Vol. 133).
- M. Irfan, (2012). *Fisioterapi Bagi Insan Stroke*, Yogyakarta: Graha ilmu
- Nasution, Darulkutni, (2010). *Strategi Pencegahan Stroke Primer*.USU : e-Archives
- Nuartha, (2008). *Penanganan Terkini Stroke*. Laboratorium Neurologi Fakultas Kedokteran Universitas Udayana, Denpasar.
- Pinzon, R. & Asanti, L. (2010).*Awas Stroke!! Pengertian, Gejala, Tindakan, Perawatan, dan Pencegahan*. Yogyakarta: C. Andi Oset.
- Putri, Ineke Tedjasukmana, R. Mesina R, (2017). *Hubungan antara Tingkat Pendidikan dengan Pengetahuan Deteksi Dini tentang Stroke di Universitas Kristen Krida Wacana*. Jurnal Kedokteran Meditek. Vol. 23. No. 63
- Rachmawati Dewi, S.R., & Ningsih, DK. (2017).*Pengetahuan Keluarga Berperan terhadap Keterlambatan Kedatangan Pasien Stroke Iskemik Akut di Instalasi Gawat Darurat*.Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya Malang, 1-8.
- Setianingsih, (2019). *Studi Deskriptif Penanganan Prehospita Stroke Life Support pada keluarga*. Jurnal Perawat Indonesia, Volume 3 No 1, Hal 55-64, Mei 2019. E-ISSN 2548
- Setyopranoto, I. (2010). *Manajemen Umum stroke di Ruang Rawat Darurat*. Stroke, 351–355.
- Sugiyono, (2013). *Metode Penelitian Kuantitatif, kualitatif dan R&D*. Bandung : Alfabeta
- Wirawan, N. (2013). *Prehospitaized Management on acute stroke*. e-jurnal medica udayana.Vol 2. No 4 (2013).ISSN 2303-1395
- World Health Organization.(2011). *The Top 10 Causes of Death in The World*, <http://who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/>
- World Health Organization. (2014). *Stroke, Cerebrovascular Accident*.<http://www.who.int/topics/cerebrovascular-accident/en/>.
- Yueniwati, Yuyun. (2015). *Deteksi Dini Stroke Iskemia dengan Pemeriksaan Ultrasonografi Vaskular dan Variasi Genetika*. Malang : Universitas Brawijaya Press