PENGARUH METODE KETAWA BISU TERHADAP KEMAMPUAN DETEKSI DINI *STROKE* KELUARGA DENGAN HIPERTENSI

Ina Rizka Suryani1), Moch. Maftuchul Huda2), Diana Rachmania3)

1)Program Studi S1 Keperawatan STIKES Karya Husada Kediri, inarizka10@gmail.com, 085736106902

2)Program Studi S1 Keperawatan STIKES Karya Husada Kediri, mochmhuda@gmail.com, 085258884270

3)Program Studi S1 Keperawatan STIKES Karya Husada Kediri, widiana1925@gmail.com, 085645442850

Abstrak

Kemampuan deteksi dini *stroke* dimasyarakat yang masih kurang, menyebabkan keterlambatan penanganan *stroke*. Hal ini berkaitan dengan penyakit hipertensi yang merupakan faktor resiko terjadinya *stroke* 6 kali lebih tinggi. Intervensi yang diberikan untuk meningkatkan kemampuan deteksi dini *stroke* yaitu deteksi *FAST* yang diaplikasikan dalam Bahasa Indonesia menjadi Ketawa Bisu. Tujuan penelitian untuk mengetahui pengaruh metode Ketawa Bisu terhadap kemampuan deteksi dini *stroke* pada keluarga dengan hipertensi. Desain penelitian *Quasi Eksperimental (Pretest and Posttest Control Group Design).* Populasi 62 danbesar sampel 32 responden yang terbagi dalam 16 kelompok intevensi dan 16 kontrol dengan menggunakan *random sampling.* Data dianalisis menggunakan uji *Wilcoxon* dan *Mann Whitney.* Hasil uji *Wilcoxon* ada pengaruh metode Ketawa Bisu terhadap kemampuan deteksi dini *stroke* kelompok intevensi *(p-value = 0,000)* dan tidak ada pengaruh pada kelompok kontrol *(p-value = 0,317).* Hasil uji *Mann Whitney* ada perbedaan pengaruh kemampuan deteksi dini *stroke* pada kelompok intevensi dan kontrol *(p-value = 0,000).* Kerawa Bisu dapat berpengaruh pada kemampuan responden karena dalam bentuk akronim atau singkatan yang mudah di ingat, dipahami serta petunjuk gambar yang jelas untuk membedakan normal dan abnormal pasien dengan tanda gejala *stroke*. Oleh karena itu, sebagai alternatif cara deteksi dini mencegah ketelambatan penanganan *stroke* disarankan masyarakat menggunakan metode Ketawa Bisu.

***Kata Kunci :*** *Ketawa Bisu, deteksi dini stroke*

***Abstrack***

*The ability of early detection of stroke in the community is still lacking, causing delays in stroke treatment. This is related to hypertension which is a risk factor for stroke 6 times higher. The intervention given to improve early detection ability is FAST detection which is applied in Indonesian to Ketawa Bisu. The purpose of the study was to determine the effect of the Mute Laughter method on the ability of early detection of stroke in families with hypertension. Research design Quasi experimental (Pretest and Posttest Control Group Design). The population is 62 and the sample size is 32 respondents, which are divided into 16 intervention groups and 16 controls using random sampling. Data analyzed using Wilcoxon dan Mann Whitney test. The results of the Wilcoxon test showed that Ketawa Bisu had an effect on the early detection ability of stroke in the intervention group (p – value – 0,000) and there was no effect on the control group (p – value = 0,317). The results of the Mann Whitney test showed that there was a difference in the effect of early detection of stroke in the intervention anda control groups (p – value – 0,000). The Ketawa Bisu an affect the respondent’s ability because it is in the form of aronyms or abbreviations that are easy to remember, understand and clear picture intructions to distinguish normal and abnormal patients with signs of stroke symptoms. Therefore, as an altenative way of early detection to prevent delays in stroke treatment, it is recommended that people use the Ketawa Bisu method.*

***Keywords:*** *Ketawa Bisu, detect early stroke*

**PENDAHULUAN**

Kemampuan keluarga melakukan deteksi dini *stroke* *pre hospital* masih sangat kurang, hal ini menjadi penyebab utama terlambatnya dalam penanganan. [23]*Time is brain* atau *golden period* dari *stroke* sendiri adalah 3 jam sejak gejala atau tanda awal dikenali. *Stroke* merupakan suatu kondisi dimana terjadi perubahan pada neurologis akibat dari gangguan aliran darah di otak[2]. *Stroke* dibedakan menjadi dua, yaitu *stroke* iskemik dan *stroke* hemoragik[13]. *Stroke* hemoragik dan iskemik dapat terjadi karena adanya riwayat penyakit seperti hipertensi[21]. Sesuai dengan pernyataan *Stroke Association* bahwa hipertensi merupakan faktor utama terjadinya *stroke*, sehingga keluarga dengan hipertensi perlu memiliki kemampuan cara melakukan deteksi dini *stroke* agar tidak terjadi keterlambatan penanganan.

Organisasi kesehatan dunia (World Health Organization / WHO) menyatakan *stroke* menjadi pembunuh no 2 didunia dan pada tahun 2013 kematian akibat *stroke* sebanyak 5 juta orang[24]. Penyakit hipertensi menyumbangkan 17,5 juta kasus *stroke* di dunia[9]. *Stroke* yang berhubungan dengan hipertensi > 50% dan 25,8% penduduk menderita hipertensi. Angka kejadian *stroke* di Jawa Timur ± 11%, dan di Kabupaten Kediri sebesar 1431 jiwa[7]. Pengenalan cepat tanda dan gejala *stroke* sangat diperlukan untuk menghindari keterlambatan penanganan, karena 95% keluhan pertama terjadi dirumah atau luar rumah[16]. Pasien dengan waktu datang saat golden periode hanya 10%, sedangkan 90% pasien *stroke* dibawa terlambat dengan waktu 1 sampai 5 hari setelah serangan dirumah tejadi[15].

Studi pendahuluan yang dilakukan pada tanggal 7 Desember 2020 di Desa Menang Kecamatan Pagu, peneliti melakukan wawancara kepada 10 anggota keluarga dengan hipertensi. Dari hasil wawancara diketahui hampir 100% anggota keluarga tidak mengetahui bahwa hipertensi dapat menyebabkan *stroke* dan tidak mengetahui cara melakukan deteksi dini *stroke*, mereka hanya mengetahui tanda gejala *stroke* berupa bibir pelo dan tidak dapat berjalan. Faktor yang menyebabkan anggota keluarga tidak mengetahui cara deteksi dini *stroke* dan tanda gejala *stroke* yang lain adalah karena faktor kurangnya informasi, atau pendidikan kesehatan. Beberapa anggota keluarga saat melakukan pemeriksaan tidak menggali informasi lebih lanjut terkait kondisinya, mereka hanya mendengarkan saran yang diberikan petugas kesehatan.

Masyarakat khususnya keluarga belum memiliki kemampuan dalam melakukan deteksi dini *stroke* sehingga terjadi keterlambatan dalam penanganan *stroke*. Anggota keluarga kadang menganggap sepele serangan *stroke,* dimana menganggap gejala *stroke* yang dialami pasien hanya sebagai bentuk kelelahan biasa. Hal inilah yang memicu keterlambatan dalam penanganan[17]. Kemampuan masyarakat yang masih kurang mendorong pemerintah dalam melakukan upaya untuk menurunkan angka kematian akibat *stroke* yaitu dengan melakukan pencegahan faktor resiko dan mengenali gejala dini *stroke*, yaitu dengan slogan Seera Ke RS. Metode skrining deteksi *stroke* ada berbagai macam yaitu; FAST *(Face dropping, Arm movement, Speech dan Time to Call)*, CPSS *(Cincinnati prehospital Stroke Scale)*, PreHAST *(Prehospital Ambulance Stroke Test)* dan ROSIER *(Recognition of Stroke in the Emergency Room)*[22].

Sesuai uraian diatas peneliti memberikan alternatif solusi berupa pemberian informasi kesehatan tentsabilang cara melakukan deteksi dini *stroke* terhadap anggota keluarga dengan hipertensi, melalui metode FAST *(Face dropping, Arm movement, Speech dan Time to Call)* atau BE-FAST *(Balance Eye-Face dropping, Arm movement, Speech dan Time to Call)* yang diartikan ke Bahasa Indonesia dan dibuat dengan akronim Ketawa Bisu*.* Di Indonesia uji penerapan metode *FAST* untuk meningkatkan pengetahuan dan kemampuan deteksi *stroke* belum dibuktikan. Masyarakat khususnya keluarga perlu mengetahui tanda gejala serta cara deteksi *stroke*, karena masih banyak didapatkan keluarga dengan resiko tinggi *stroke* tidak mengenali tanda gejala serangan *stroke* dan pentingnya kegawat daruratan *stroke* sehingga perlu dilakukan pemberian informasi yang tepat[2].

Metode *FAST* yang diubah dalam bahasa Indonesia dan dikenalkan dalam bentuk akronim atau singkatan yaitu metode Ketawa Bisu yang menilai tingkat Ke (Kelemahan tangan), untuk menilai apakah ada salah satu anggota gerak yang lemah. Ta (Mata atau lapang pandang), untuk menilai sejauh mana lapang pandang pasien. Wa (Wajah), untuk menilai kesimetrisan wajah ketika tersenyum. Bi (Bicara), untuk menilai apakah pasien mampu berbicara dengan jelas atau pelo. S (keSeimbangan) untuk menilai kelemahan kaki, yang terakhir adalah U (waktU), agar saat ditemukan tanda dan gejala tersebut keluarga dapat segera membawa ke RS. Dengan demikian dapat mempermudah masyarakat dalam mengenali tanda gejala *stroke* dan *FAST Scale* dapat tersampaikan kepada masyarakat awam dengan bahasa yang mudah dipahami yaitu dengan metode Ketawa Bisu.

**METODE PENELITIAN**

Penelitian ini menggunakan desain penelitian *Quasy Ekksperiment Desain* yang memiliki kelompok kontrol sebagai pembanding kelompok intervensi dengan menggunakan pendekatan *“Pre-post test design”,* sesuai dengan tujuan penelitian yaitu untuk mengidentifikasi kemampuan keluarga dengan hipertensi dalam melakukan deteksi dini *stroke* sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi. Populasi dalam penelitian ini di Desa Menang sebanyak 62 responden, kemudian dilakukan teknik pengambilan sampel menggunakan *simple random sampling* sehingga didapatkan besar sampel penelitian sebanyak 32 responden yang terbagi dalam 16 responden kelompok intevensi dan 16 responden kelompok kontrol. Penelitian ini menggunakan lembar observasi checklist untuk menilai kemampuan deteksi dini dengan metode Ketawa Bisu, nilai kriteria dalam observasi kemampuan deteksi dini *stroke* yaitu ; Mampu (68-100%), Kurang mampu (34-67%), Tidak mampu (<34%). Setelah melakukan observasi kemudian dilakukan analisa data dengan menggunakan uji *wilcoxon* dan *Mann Whitney.*

**HASIL DAN PEMBAHASAN**

**Mengidentifikasi Kemampuan deteksi dini *stroke* pada keluarga dengan hipertensi sebelum intervensi pemberian metode Ketawa Bisu pada kelompok perlakuan dan kontrol.**

**Tabel 1.** Distribusi Tingkat Kemampuan Deteksi Dini *Stroke* Keluarga sebelum intervensi metode Ketawa Bisu.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kategori** | **Perlakuan**  | **Kontrol**  |
| ***Pretest***  | ***Pretest*** |
| **n**  | **%** | **n** | **%** |
| 1. **Mampu**
2. **Kurang Mampu**
3. **Tidak Mampu**
 | 0412 | 025,075,0 | 0313 | 018,881,2 |
| **Total (N)** | 16 | 100 | 16 | 100 |
| **Mean**  | 6,31 | 5,69 |

 Kemampun deteksi dini pada kelompok perlakuan sebelum diberikan intevensi dengan metode Ketawa Bisu yaitu, sebagian besar responden (75,0%) tidak mampu melakukan deteksi dini *stroke*. Nilai rata-rata kemampuan deteksi dini *stroke* didapatkan pada kelompok perlakuan yaitu (6,31%). Hasil dari penelitian sebelum diberikan perlakuan sebagian besar keluarga telah mengetahui gejala *stroke* dengan melihat wajah tidak sama, bibir mencong, sulitnya sebagian sisi tubuh untuk digerakkan, tidak mampu bicara atau pelo. Hal ini sesuai dengan pendapat *American Heart Association*, bahwa paralisis atau kelemahan pada salah satu sisi tubuh pada kejadian *stroke* adalah hal yang umum diketahui oleh masyarakat umum. Faktor yang memicu kurangnya kemampuan dalam deteksi dini *stroke* pada kelompok intevensi berdasarkan analisis peneliti yaitu kurang terpapar informasi dan kebanyakan dimasyarakat kurang aktif dalam mencari tahu terkait deteksi dini *stroke* kecuali dalam keluarga ada salah satu anggota yang mengalami *stroke*.

Hasil penelitian pada kelompok kontrol didapatkan nilai kemampuan deteksi dini *stroke* yang tidak diberi intervensi, yaitu sebagian besar responden (81,2%) tidak mampu melakukan deteksi dini *stroke*. Nilai rata-rata kemampuan deteksi dini *stroke* pada kelompok kontrol yaitu (5,69%), didapatkan kebanyakan pada kelompok kontrol hanya mengetahui tanda gejala *stroke* berupa anggota badan yang tidak bisa digerakkan, tidak mampu berbicara, pelo dan bibir perot atau tidak simetris antara kanan dan kiri. Faktor ketidakmampuan pada kelompok kontrol sama halnya dengan kelompok perlakuan, kebanyakan dimasyarakat kurang aktif dalam mencari tahu terkait deteksi dini *stroke* kecuali dalam keluarga ada salah satu anggota yang mengalami *stroke* sehingga kurang terpapar informasi.

Kemampuan merupakan suatu kesanggupan, kecakapan, pengetahuan, keahlian atau kepandaian yang dapat dinyatakan melalui pengukuruan-pengukuran tertentu[20]. Keluarga harus mengetahui tanda gejala *stroke* dan penanganan pertama, beberapa tanda dan gejala yang mengarah pada diagnosis *stroke* yaitu hemiparesis, gangguan sensorik satu sisi tubuh, hemianopia atau buta mendadak, vertigo, afasia, disfasia, disatria, ataksia dan penurunan kesadaran yang semuanya muncul secara mendadak. Untuk memudahkan keluarga dalam melakukan deteksi dini *stroke* maka digunakan istilah *FAST (Face, Arm, Speech and Time)[1]*.

Berdasarkan hasil penelitian yang sudah dilakukan, beberapa faktor yang mempengaruhi kemampuan responden sebelum diberikan perlakuan yaitu usia, pendidikan, pengalaman pribadi yang meliputi pekerjaan, lama anggota keluarga memiliki riwayat hipertensi, pengalaman menerima informasi hipertensi dan *stroke*, serta pengalaman mengikuti penyuluhan cara deteksi dini *stroke*. Faktor demografi yang dapat mempengaruhi kemampuan individu salah satunya adalah usia, semakin cukup umur maka tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berpikir dan masyarakat akan lebih percaya kepada yang lebih dewasa dari pada yang belum cukup tinggi kedewasaannya. Selain faktor usia, ada beberapa faktor pengalaman seperti sudah atau belum menerima informasi hipertensi dan *stroke*, sudah atau belum mengikuti penyuluhan deteksi dini *stroke*. Sehingga seseorang yang terpapar informasi kesehatan akan mendorong terjadinya perilaku kesehatan yang mempengaruhi pengetahuan, serta kemampuan pegetahuan seseorang yang baik dipengaruhi oleh informasi yang pernah didapatkan dan tergantung dari seberapa banyak informasi yang diperoleh[11].

Berdasarkan fakta dan teori bahwa kemampuan merupakan suatu kesanggupan, kecakapan, pengetahuan, keahlian atau kepandaian yang dapat dinyatakan melalui pengukuruan-pengukuran tertentu. Hasil penelitian sebelum dilakukan intervensi, didapatkan kelompok intevensi dan kelompok kontrol kurang mengetahui cara melakukan deteksi dini *stroke*. Namun, beberapa dari responden mengetahui sebagian tanda gejala karena pengalaman dalam menerima informasi dan mengetahui secara langsung tanda gejala *stroke*. Pendidikan tinggi dan seringnya berinteraksi dengan orang lain saat bekerja akan memudahkan seseorang dalam menerima informasi, karena seseorang akan memiliki kemampuan yang baik jika mempunyai pengalaman, pengetahuan serta informasi yang dapat diperoleh dari manapun.

**Mengidentifikasi Kemampuan deteksi dini *stroke* pada keluarga dengan hipertensi sesudah intervensi pemberian metode Ketawa Bisu pada kelompok perlakuan dan kontrol.**

**Tabel 5.3** Distribusi Tingkat Kemampuan Deteksi Dini *Stroke* Keluarga sesudah intervensi metode Ketawa Bisu

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kategori** | **Perlakuan**  | **Kontrol**  |
| ***Posttest*** | ***Posttest*** |
| **N**  | **%** | **N** | **%** |
| 1. **Mampu**
2. **Kurang Mampu**
3. **Tidak Mampu**
 | 1420 | 87,512,50 | 0412 | 025,075,0 |
| **Total**  | 16 | 100 | 16 | 100 |
| **Mean**  | 18,81 | 6,44 |

Berdasarkan hasil penelitian, diketahui kemampuan dalam melakukan deteksi dini *stroke* dengan metode Ketawa Bisu yang sudah diberikan selama 6 hari, mengalami peningkatan kemampuan pada kelompok intevensi sebagian besar (87,5%) yakni 14 responden mampu melakukan deteksi dini *stroke* dengan metode Ketawa Bisu, dengan nilai rata-rata yaitu (18,81%). Sedangkan kemampuan deteksi dini *stroke* pada kelompok kontrol setelah dilakukan *posttest* tidak mengalami kenaikan, sebagian besar (75,5%) yakni 12 responden tidak mampu melakukan deteksi dini *stroke* dengan nilai rata-rata hanya mengalami peningkatan sedikit yaitu (6,44%).

Terjadi peningkatan kemampuan pada kelompok intervensi, karena kelompok intervensi diberikan perlakuan metode Ketawa Bisu. Faktor–faktor yang mempengaruhi kemampuan responden secara umum terbagi menjadi 2 yaitu faktor internal (usia, kesadaran, keinginan, minat, pengertian dan pemahaman, konsentrasi, perasaan, sikap, bakat, intelegensi, kondisi fisik), sedangan faktor ekstern (pendidikan, pelatihan, pengalaman pribadi, pengalaman orang lain, kebudayaan, informasi dan penghargaan)[4].

Berdasarkan hal tersebut kemampuan keluarga dapat dilihat dari *skill* dalam melakukam deteksi dini dan kemampuannya dalam menerima materi yang diberikan. Hasil penelitian setelah diberikan intervensi, responden lebih banyak mengenali tanda gejala dan mengetahui cara melakukan deteksi dini *stroke* termasuk waktu yang merupakan peran penting dalam kecepatan penanganan. Cara deteksi dini *stroke* yang banyak responden lupa saat dilakukan evaluasi adalah menentukan hasil pemeriksaan lapang pandang, meminta untuk mengangkat tangan serta membuka mata saat pemeriksaan keseimbangan, dan sudut yang harus dibentuk saat deteksi keseimbangan.

Berdasarkan hasil analisa data tersebut, dapat disimpulkan bahwa usia dewasa akhir yang belum memiliki banyak pengalaman dapat meningkatkan kemampuannya. Usia tidak mempengaruhi kemampuan psikomotor seseorang, usia produktif dapat dengan mudah menambah pengetahuan dan memperluas pengalamannya[26]. Ada hubungan positif antara kemampuan deteksi dini *stroke* dengan konsep diri usia dewasa awal hingga dewasa akhir, karena pada usia tersebut memiliki pengalaman hidup dan proses pembelajaran yang membiarkan individu berkembang dengan mengaplikasikan apa yang telah dipelajari. Kesadaran untuk menolong orang lain termasuk dalam memberikan penanganan awal pada pasien *stroke*. selain faktor usia, pendidikan juga mempengaruhi kemampuan psikomotor responden. Faktor pendidikan mempunyai peran dalam mempengaruhi pengetahuan masyarakat mengenai deteksi dini *stroke*, karena pendidikan mempengaruhi bagaimana masyarakat mencari informasi sebanyak mungkin, pendidikan mempengaruhi cara pandang seseorang terhadap informasi yang baru diterimanya dan dapat memotivasi seseorang untuk melakukan sesuatu yang lebih baik[26].

Faktor pekerjaan sebagai salah satu faktor pengalaman, tidak adanya hubungan antara pekerjaan sebagai media memudahkan seseorang untuk memperoleh informasi, karena seseorang dengan pekerjaan formal membutuhkan pendidikan tinggi. Sehingga, seseorang yang memiliki pengetahuan lebih dengan pendidikan rendah dan tidak bekerja mendapatkan pengetahuan tersebut dari lingkungan tempat tinggalnya[26]. Selain itu faktor media dalam menerima informasi, proses belajar pada individu dapat diperoleh dari berbagai media atau dari berbagai sumber yang dipercaya, selain itu kemajuan teknologi dan informasi yang tidak terbatas dan bisa diakses oleh setiap orang. Informasi akan memberikan pengaruh pada pengetahuan seseorang, meskipun seseorang memiliki pendidikan rendah dan usia lebih tinggi jika ia mendapatkan informasi yang baik dari berbagai media maka hal itu akan dapat meningkatkan pegetahuan seseorang[9]. Pemberian informasi berupa gambar dan suara dapat lebih meningkatkan antusiasme masyarakat[6].

Berdasarkan fakta dan teori sesudah diberikan intervensi metode Ketawa Bisu, banyak responden dalam kategori mampu melakukan deteksi dini *stroke*. Usia dewasa akhir dengan sebagian ada yang berpendidikan rendah dan tinggi, tidak menjadi penghambat dalam meningkatkan kemampuan psikomotor responden. Hasil belajar merupakan kemampuan yang dimiliki seseorang setelah individu menerima pengalaman belajar. Hasil belajar seseorang sangat berkaitan erat dengan kemampuan kognitif, afektif dan psikomotor[19]. Metode dalam penyampaian menjadi faktor utama responden mampu memahami materi yang diberikan, tidak hanya dengan ceramah dan diskusi namun juga dilakukan metode demonstrasi. Kelebihan metode demonstrasi yaitu metode ini dapat membantu lebih jelas dan lebih konkret sehingga menghindari verbalisme (pemahaman secara kata-kata atau kalimat)[3]. Media dalam penyampaian juga menggunakan leaflet dan vidio cara melakukan deteksi dini dengan metode Ketawa Bisu, pemberian informasi berupa gambar dan suara dapat lebih meningkatkan antusiasme masyarakat[6]. Pada proses belajar ini ada interaksi antara subjek, fasilitator, metode belajar, alat bantu dan materi belajar. Sehingga faktor-faktor yang mempengaruhi dalam proses belajar seperti; intelegensi, daya tangkap, ingatan dan motivasi memberikan dorongan tersendiri untuk meningkatkan kemampuan responden. Keberhasilan suatu pendidikan kesehatan pada masyarakat ditentukan oleh pemilihan metode yang sesuai dengan karakteristik masyarakat serta faktor yang dipengaruhi sebagai hasil dari pendidikan yang sudah dilakukan[10].

**Menganalisa pengaruh metode Ketawa Bisu terhadap kemampuan deteksi dini *stroke* pada keluarga dengan hipertensi.**

**Tabel 5.4** Distribusi Tingkat Kemampuan Deteksi Dini *Stroke* Keluarga Dengan Hipertensi Pada Kelompok Perlakuan Yang Diberikan Metode Ketawa Bisu Terhadap Kemampuan Deteksi Dini *Stroke* Pada Keluarga Dengan Hipertensi Di Desa Menang Kecamatan Pagu Kabupaten Kediri.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kategori** | **Perlakuan** | **Kontrol** |
| ***Pretest***  | ***Posttest*** | ***Pretest***  | ***Posttest***  |
| **N**  | **%** | **N** | **%** | **N** | **%** | **N** | **%** |
| 1. **Mampu**
2. **Kurang Mampu**
3. **Tidak Mampu**
 | 0412 | 025,075,0 | 1420 | 87,512,50 | 0313 | 018,881,2 | 0412 | 025,075,0 |
| **Total**  | 16 | 100 | 16 | 100 | 16 | 100 | 16 | 100 |
| **Mean** | 6,31 | 18,81 | 5,69 | 6,44 |
| ***Uji Wilcoxon*** | *p-value =* 0,000  | *p-value =* 0,317  |
| ***Uji Mann Whitney*** | *p-value =* 0,000  |

Berdasarkan hasil penelitian *pre test* pada kelompok intervensi, sebagian besar (75,0%) dalam kategori tidak mampu melakukan deteksi dini *stroke* dan sebagian kecil (25,0%) dalam kategori kurang mampu. Hasil dari *post test* dikelompok intervensi sebagian besar (87,5%) dalam kategori mampu melakukan deteksi dini *stroke* sesudah diberikan perlakuan dengan metode Ketawa Bisu, dan sebagian kecil (12,5%) responden dalam kategori kurang mampu. Pada kelompok intervensi rata-rata nilai *post test* kemampuan deteksi dini *stroke* dengan intervensi metode Ketawa Bisu yaitu 18,81.

Pada kelompok kontrol tidak ada peningkatan yang signifikan dalam kemampuan psikomotor deteksi dini *stroke*. Hasil *pre test* sebagian besar (81,2%) responden dalam kategori tidak mampu melakukan deteksi dini *stroke* dan sebagian kecil (18,8%) dalam kategori kurang mampu, sedangkan setelah dilakukan *post test* sebagian besar (75,0%) dalam kategori tidak mampu dan sebagian kecil (25,0%) dalam kategori kurang mampu. Pada kelompok kontrol nilai rata-rata *post test* kemampuan deteksi dini *stroke* yaitu 6,44. Berdasarkan Hasil analisa data dengan menggunakan uji *Wilcoxon,* diketahui hasil kemampuan deteksi dini *stroke* *p-value* = 0,000. Artinya nilai *p-value* < α = 0.05, karena *p-value* < α maka H1 diterima, yang berarti ada pengaruh metode Ketawa Bisu terhadap kemampuan deteksi dini *stroke* pada keluarga dengan hipertensi di Desa Menang Kecamatan Pagu Kabupaten Kediri.

Peningkatan kemampuan psikomotor dalam deteksi dini *stroke* dengan metode Ketawa Bisu menggunakan uji *Wilcoxon,* dengan tujuan untuk mengetahui pengaruh metode Ketawa Bisu terhadap kemampuan deteksi dini *stroke* pada keluarga dengan hipertensi. Pada kelompok intervensi hampir seluruh responden mampu melakukan deteksi dini *stroke* karena responden diberikan intervensi dengan metode Ketawa Bisu yang diberikan selama 6 hari dengan 6 kemampuan yang diajarkan. Sebelum dilakukan penelitian, responden diberikan penjelasan serta ditunjukkan teknik yang digunakan dalam penyampaian metode Ketawa Bisu sehingga responden mampu memahami intevensi yang diberikan. Metode Ketawa Bisu diambil dari metode *FAST (Face dropping, Arm movement, Speech dan Time to Call)* atau BE-FAST *(Balance Eye-Face dropping, Arm movement, Speech dan Time to Call)*[12]. Latihan hari pertama setelah dilakukan *pre test* responden diberikan informasi atau pendidikan mengenai Metode Ketawa Bisu, dan mengajarkan satu kemampuan pertama yaitu Ke atau kelemahan tangan *(Arm movement)*. Kemampuan melakukan deteksi kelemahan tangan bertujuan untuk mengetahui adanya gangguan peredaran darah pada otak sebelah kanan akan menimbulkan kelemahan pada anggota gerak sebelah kiri dan sebaliknya, gangguan pada otak sebelah kiri dapat menimbulkan kelemahan pada anggota gerak sebelah kanan[12]. Hari kedua mengevaluasi kemampuan hari pertama dan latihan kedua yakni Ta atau mata/lapang pandang *(Eye)* bertujuan untuk mengetahui adanya gangguan lapang pandang atau mata kabur, karena lapang pandang merupakan tanda atau gejala dini terjadinya *stroke*. Hari ke tiga mengevaluasi kemampuan hari sebelumnya serta latihan kemampuan Wa atau kesimetrisan wajah *(Face)* yang bertujuan untuk mengetahui kesimetrisan antara pipi kanan dan pipi kiri. Hari ke empat mengevaluasi dan latihan kemampuan Bi atau Bicara *(Speech)* yang bertujuan untuk mengetahui kemungkinan pasien akan mengalami gangguan bicara atau afasia[25]. Hari ke lima mengevaluasi dan melatih kemampuan S atau keseimbangan *(Balance)* yang bertujuan untuk mengetahui adanya gangguan keseimbangan atau kelemahan pada otot kaki, kemudian latihan kemampuan U atau waktu *(Time)* bertujuan untuk mengidentifikasi kecepatan penanganan *stroke* *pre hospital* dengan segera membawa ke RS dalam waktu kurang dari 3 jam setelah tanda gejala diketahui. Hari ke enam dilakukan seluruh evaluasi atau mengevaluasi seluruh kemampuan yang diajarkan, kemudian dihari ke tujuh dilakukan *post test.* Kegiatan ini dilakukan selama 3 minggu dalam durasi waktu 30-40 menit per hari, dengan menggunakan metode ceramah, diskusi, demo serta media yang digunakan yaitu leaflet dan vidio cara melakukan deteksi dini dengan Ketawa Bisu.

Kemampuan keluarga merupakan kapasitas atau kesanggupan keluarga dalam melakukan perawatan kesehatan yang mempunyai hubungan personal dan timbal balik dalam menjalankan kewajiban memberi dukungan pengetahuan keluarga mengenai sehat dan sakit[4]. Kecerdasan manusia secara operasional dapat digambarkan melalui 3 dimensi yaitu kognitif, psikomotor dan afektif. Kemampuan psikomotor merupakan kemampuan yang menyangkut kegiatan otot dan kegiatan fisik, dapat diartikan bahwa aspek psikomotorik dalam taksonomi pengajaran adalah lebih memfokuskan pada proses tingkah laku atau pelaksanaan yang berfungsi untuk meneruskan nilai yang didapatkan melalui kognitif, di internalisasikan melalui afektif sehingga dapat mengorganisasikan dan diaplikasikan dalam bentuk yang nyata oleh domain psikomotorik. Sehingga semakin banyak objek yang diketahui seperti pengetahuan tanda gejala *stroke*, maka akan menimbulkan sikap yang positif juga sehingga kemampuan keluarga yang baik dapat dapat membantu masyarakatt sekitar dalam melakukan deteksi dini *stroke*. Metode Ketawa Bisu yang disampaikan dengan ceramah, diskusi dan demo mempermudah responden dalam menerima materi serta penyajian materi yang diberikan melalui media leaflet dan vidio cara melakukan deteksi dini dengan Ketawa Bisu[19].

Setelah dilakukan uji *Wilcoxon* untuk mengetahui pengaruh metode Ketawa Bisu terhadap kelompok intervensi yang diberi perlakuan dan kelompok kontrol yang tidak diberi perlakuan, maka selanjutnya dilakukan uji *Main Whitney.* Uji *Mann Whitney* dilakukan, untuk mengetahui perbedaan antara *posttest* kelompokperlakuan dan *posttest* kelompok kontrol. Hasil yang didapatkan setelah dilakukan uji perbedaan dengan *Main Whitney* yaitu *p-value =* 0,000, artinya nilai *p-value* < α = 0.05. Sehingga ada perbedaan antara *posttest* perlakuan dan *posttest* kontrol. Nilai *posttest* perlakuan lebih besar dan lebih berpengaruh terhadap kemampuan deteksi dini *stroke* keluarga dengan hipertensi dari pada nilai *posttest* kontrol karena tidak dilakukan intervensi. Intervensi yang diberikan selama 6 hari dan penggunaan metode serta media yang memudahkan responden dalam belajar. Ranah psikomotor merupakan kemampuan yang berkaitan dengan *skill* atau kemampuan seseorang dalam bertindak setelah seseorang memperoleh pengalaman belajar, ketrampilan akan lebih baik bila terus dilatih guna meningkatkan kemampuan, sehingga akan menjadi ahli atau menguasai suatu bidang ketrampilan[18].

Analisis perbedaan antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol pada penelitian ini, sesuai dengan penelitian sebelumnya bahwa ada perbedaan pengetahuan yang bermakna antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol yaitu tejadinya peningkatan kemampuan tentang pencegahan *stroke*. Ada perbedaan tingkat pengetahuan dan kemampuan deteksi dini *stroke* pada kelompok perlakuan sebelum dan sesudah menerima pendidikan kesehatan atau informasi *FAST[8]*.

Berdasarkan pembahasan diatas dapat disimpulkan bahwa ada pengaruh metode Ketawa Bisu terhadap kemampuan deteksi dini *stroke* pada keluarga dengan hipertensi, hal ini mempunyai aspek yang positif dikarenakan dengan banyaknya kemampuan psikomotor yang dimiliki dalam deteksi dini *stroke* maka dapat membantu masyarakat sekitar dalam melakukan deteksi dini *stroke*. Keluarga yang mampu melakukan deteksi dini *stroke*, diharapkan dapat menyadari atau mengenali gejala *stroke* yang ada untuk segera mencari bantuan kesehatan dan mengurangi atau mencegah keterlambatan. Keluarga merupakan sumber bantuan utama bagi pasien dengan *stroke* atau beresiko *stroke*, dengan adanya kemampuan yang dimiliki diharapkan keluarga tidak hanya sebagai pendukung rehabilitasi pasien *stroke* akan tetapi juga sebagai faktor pendukung dalam fase preventife atau pencegahan pada pasien yang beresiko *stroke* agar tidak terjadi keterlambatan dalam penanganan. Sehingga dengan keterlambatan penanganan yang dapat dicegah, maka dapat membantu dalam menurunkan angka kecacatan dan kematian akibat *stroke*.

**SIMPULAN DAN SARAN**

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan dalam penelitian didapatkan kesimpulan sebagai berikut :

Sebelum dilakukan perlakuan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol, dengan hasil sebagian besar responden (75,0%) tidak mampu melakukan deteksi dini *stroke* pada kelompok intevensi dan sebagian besar (81,2%) tidak mampu melakukan deteksi dini *stroke* pada kelompok kontrol. Sesudah diberikan perlakuan metode Ketawa Bisu, terjadi peningkatan kemampuan deteksi dini *stroke* pada kelompok intevensi dan tidak ada pengaruh pada kelompok kontrol karena tidak diberikan intervensi. Metode Ketawa Bisu berpengaruh terhadap kemampuan deteksi dini *stroke* keluarga dengan hipertensi.

Peneliti selanjutnya dapat menggunakan metode Ketawa Bisu sebagai perbandingan deteksi dini pasien yang beresiko *stroke* dan pasien yang sudah pernah mengalami *stroke* atau yang beresiko mengalami *stroke* ulang.

**DAFTAR PUSTAKA**

1. al, J. E. (2015). Ischemic *Stroke*: Practice Essentials, Background, Anatomy. . pp. Medscape. http://emedicine.medscape.com/article/1916852-overview.
2. Arianto, D. (2016). Uji Metode Act Fact (Face, Arm, Speech, Time) terhadap Tingkat Pengetahuan Keluarga. *Keperawatan Muhammadyah*, vol (1), no 1, hal 8-12.
3. Harnilawati. (2013). *Konsep dan Proses Keperawatan Keluarga.* Sulawesi Selatan: Pustaka As Salam.
4. Kementerian Kesehatan RI. (2018). Kebijakan Dan Strategi Pencegahan Dan Pengendalian *Stroke* Di Indonesia. *Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit*.
5. Maulida, Diana. (2019). *Pengaruh Pelatihan FAST (Face, Arm, Speech, Time) Scale Terhadal Kemampuan Kader Posyandu Lansia Melakukan Pengkajian Dini Stroke Di Desa Pondok Agung Kecamatan Kasembon Kabupaten Malang*.
6. Murtiningsih, T. (2016). Pengaruh Pendidikan Kesehatan FAST Terhadap Tingkat Pengetahuan Tentang Deteksi Dini *Stroke* di Desa Sambirejo Kecamatan Plupuh Sragen.
7. Nasution L.F. (2013). *Stroke* Non Hemoragik pada Laki-Laki Usia 65 Tahun. *Medula Unila*, 1 (3), 1–9.
8. Pinzon, R and Asanti, L. (2010). *Awas Stroke! Pengertian, Gejala, Tindakan, Perawatan dan Pencegahan.* Yogyakarta: Andi Offset.
9. Pudiastuti, R. D. (2011). *Penyakit Pemicu Stroke.* Yogyakarta: Nuha Medika.
10. Sakti Oktaria Batubara, F. T. (2015). Hubungan Antara Penanganan Awal dan Kerusakan Neurologis Pasien *Stroke* di RSUD Kupang. *Jurnal Keperawatan Soedirman (The Soedirman Journal of Nursing)*, Vol. 10 No. 3.
11. Salbiah, N. A., and Ika. (2018, September 23). Miris, Hanya 10 Persen Pasien *Stroke* yang Langsung Dibawa ke RS. *Health Issue*, pp. https://www.jawapos.com/kesehatan/health-issues/23/09/2018/miris-hanya-10-persen-pasien-*stroke*-yang-langsung-dibawa-ke-rs/. Diakses 27 November 2020.
12. Sari, L. M., Yuliano, A., Almudriki. (2019). Hubungan Pengetahuan Dan Sikap Keluarga Terhadap Kemampuan Deteksi Dini Serangan *Stroke* Iskemik Akut Pada Penanganan Pre Hospital. *Jurnal Kesehatan Perintis (Perintis's Health Journal)*, 6 (1) 74-80.
13. Setianingsih, D. L. (2019). Studi Deskriptif Penanganan Pre-Hospital *Stroke*. *Perawat Indonesia*, 3(1), 55–64.
14. Sudaryono. (2012). *Dasar-Dasar Evaluasi Pembelajaran.* Yogyakarta: Graha Ilmu.
15. Sudjana, N. (2011). *Penilaian Hasil dan Proses Belajar Mengajar.* Bandung: Rosda Karya.
16. Syafaruddin. (2012). *Pendidikan dan Pemberdayaan Masyarakat.* Medan: Perdana Publishing.
17. Usrin, I., Mutiara, E., Yusad, Y.,. (2013). Pengaruh Hipertensi Terhadap Kejadian *Stroke* Iskemik dan *Stroke* Hemoragik di Ruang Neurologi di Rumah Sakit *Stroke* Nasional (RSSN) Bukittinggi Tahun 2011. *Kebijakan, Promosi Kesehatan dan Biostatistik*, 02 (02) 1-9.
18. Walker, G. B. (2019). Prehospital *Stroke* Scales as Screening Tools for Early Identification of *Stroke* and Transient Ischemic Attack. *Stroke*, 50 (10), e285-e286. doi : https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/*STROKE*AHA.119.026527. Diakses 27 November 2020.
19. Widi , S. (2013). Perhatikan ini Pada Penolongan Pertama Pasien *Stroke*. *Republika Online*, pp. https://republika.co.id/berita/gaya-hidup/info-sehat/13/10/02/mu1uke-perhatikan-ini-pada-penolongan-pertama-pasien-*stroke*. diakses 11 November 2020.
20. World Health Organization. (2012). *world healt statistic.* France: World Health Organization.
21. Yunica, N.M.D., Dewi, P.I.S., Heri, M. (2019). Terapi AIUEO Terhadap Kemampuan Berbicara (AFASIA MOTORIK) Pada Pasien *Stroke*. *Journal of Telenursing*, 1 (2), 396-405.
22. Zulfa, R. (2012). Hubungan Tingkat Faktor Risiko dengan Pengetahuan *Stroke* pada Kelompok Usia di Atas 35 Tahun di RW 09 Kelurahan Cirendeu Kecamatan Ciputat Timur. . *Sarjana Kedokteran*.