

**SKRIPSI**

**ANALISIS FAKTOR DETERMINAN YANG MEMPENGARUHI**

**KETERLAMBATAN KEDATANGAN PASIEN STROKE**

**DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH (RSUD) BANGIL**



Diajukan Sebagai Syarat Menyelesaikan  
Program Studi Pendidikan Ners

Oleh :

**EDI SUMARSONO**

**NIM. 1507.14201.398**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN NERS**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN WIDAGAMA HUSADA**

**MALANG**

**2019**

## LEMBAR PENGESAHAN

Skripsi ini telah diperiksa dan dipertahankan di hadapan Tim Penguji Skripsi

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Widyagama Husada

Pada Tanggal 21 Agustus 2019

ANALISIS FAKTOR DETERMINAN YANG MEMPENGARUHI  
KETERLAMBATAN KEDATANGAN PASIEN STROKE  
DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH (RSUD) BANGIL

EDI SUMARSONO

NIM. 1507.14201.398

Wira Daramatasia, dr. M.Biomed.

...27..., Agustus 2019

Penguji I

(  )

Frenky Apyranto, S.Kep., Ns., M.Kep.

...27..., Agustus 2019


Penguji II

(  )

Abdul Qodir, S.Kep., Ns., M.Kep.

...27..., Agustus 2019

Penguji III

(  )

Mengetahui,  
Ketua STIKES Widyagama Husada



(Rudi Joegijantoro, dr., M.M.R.S.)

NIP. 1971101520001121006

## LEMBAR PERSETUJUAN

Skripsi ini disetujui untuk dipertahankan di hadapan Tim Penguji Skripsi  
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Widyagama Husada

ANALISIS FAKTOR DETERMINAN YANG MEMPENGARUHI  
KETERLAMBATAN KEDATANGAN PASIEN STROKE  
DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH (RSUD) BANGIL

EDI SUMARSONO

NIM. 1507.14201.398

Malang, Agustus 2019

Menyetujui,

Pembimbing I



(Frenky Apriyanto, S.Kep., Ns., M.Kep.)  
NIDN: 0728048302

Pembimbing II



(Abdul Qodir, S.Kep., Ns., M.Kep.)  
NIDN: 0709068303

## KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kepada Allah Subhanahu wa Ta'ala atas segala Rahmat dan Karunia-Nya sehingga dapat terselesaikan skripsi dengan judul **“Analisis Faktor Determinan yang Mempengaruhi Keterlambatan Kedatangan Pasien Stroke di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Bangil”** sebagai salah satu persyaratan akademis dalam rangka menyelesaikan pendidikan tinggi di Program Studi Pendidikan Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Widyagama Husada Malang. Dalam skripsi ini dijabarkan analisis faktor determinan yang mempengaruhi keterlambatan kedatangan pasien stroke di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Bangil.

Pada bagian ini kami sampaikan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada **Ns. Frenky Apyanto, S.Kep., M.Kep.** selaku Pembimbing I dan **Ns. Abdul Qodir, S.Kep., M.Kep.** selaku Pembimbing II yang telah memberikan petunjuk, koreksi, serta saran sehingga terwujudnya skripsi ini. Terima kasih dan penghargaan kami sampaikan pula kepada yang terhormat:

1. dr. Wira Daramatasia, M.Biomed., selaku Penguji yang telah memberikan masukan dan saran dalam penyusunan skripsi ini.
2. dr. Rudy Joegijantoro, M.M.R.S., selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Widyagama Husada Malang yang telah memberi izin dalam penyusunan skripsi ini.
3. Ns. Nurma Afiani, S.Kep., M.Kep., selaku Kepala Program Studi Pendidikan Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Widyagama Husada Malang yang telah memberi izin dalam penyusunan skripsi ini.
4. Direktur Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Bangil, beserta seluruh jajaran dan staf rumah sakit, khususnya Staf dan Perawat Ruang Krisan, yang telah

memberikan kesempatan untuk melaksanakan penelitian di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Bangil.

5. Prasetyaning Indrianis dan Awadullah Azka Azfar, yang selalu mendorong, mendoakan, dan menyemangati selama studi dan penyusunan skripsi ini.
6. Ibu Sudarwati, Ibu Wurtiningsih, dan Bapak Wahyudi Irawanto, selaku orang tua, yang telah mendoakan, memberikan semangat, dan dukungan sehingga skripsi ini dapat disusun dengan lancar.
7. Marsma TNI (Purn.) dr. M. F. Mulyono, Sp.THT-KL dan Dr. Sos. dr. Prita Muliarini, Sp.OG(K), selaku pimpinan dan orang tua, yang telah memberikan dukungan moril dan materiil selama pelaksanaan studi di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Widyagama Husada Malang, serta dalam proses penyusunan skripsi ini.
8. Seluruh teman-teman satu angkatan dan pihak lain yang telah membantu dan memberikan saran untuk kelancaran penulisan Skripsi ini.

Penulis menyadari banyaknya kekurangan dalam penyusunan Skripsi ini, sehingga penulis mengharapkan kritik maupun saran yang bersifat positif demi kesempurnaannya. Semoga Allah Subhanahu wa Ta'ala memberikan balasan pahala atas segala amal yang telah diberikan dan semoga karya ini berguna bagi penulis sendiri maupun bagi pihak lain.

Malang, Agustus 2019

Edi Sumarsono

## ABSTRAK

Sumarsono, Edi. 2019. *Analisis Faktor Determinan yang Mempengaruhi Keterlambatan Kedatangan Pasien Stroke di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Bangil*. Skripsi. Program Studi Pendidikan Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Widayagama Husada Malang. Pembimbing: (1) Frenky Apryanto, S.Kep., Ners, M.Kep., (2) Abdul Qodir, S.Kep., Ners., M.Kep.

**Latar belakang:** Stroke akut membutuhkan penanganan segera dalam 60 menit pertama hingga 3 jam pasca serangan. Namun, kendala terbesar adalah angka keterlambatan kedatangan pasien di rumah sakit, dimana kurang dari 29% pasien stroke akut dapat tiba di rumah sakit dalam waktu 60 menit pertama. Keadaan ini tidak menunjukkan adanya perbaikan selama dua dekade terakhir.

**Tujuan:** Untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi keterlambatan kedatangan pasien stroke di RSUD Bangil.

**Metode:** Penelitian ini menggunakan pendekatan *cross sectional*. Penelitian dilakukan selama Agustus 2019 di Ruang Saraf RSUD Bangil. Analisis bivariat menggunakan uji *Chi Square* dan uji *Fisher*, sedangkan analisis multivariat menggunakan regresi logistik. Pengumpulan data menggunakan lembar angket dan kuesioner.

**Hasil:** Dari 36 responden, terdapat 22 responden (75%) yang mempunyai anggota keluarga dengan stroke yang datang di rumah sakit >60 menit. Uji Fisher menemukan bahwa semua variabel independen tidak memiliki korelasi dengan waktu kedatangan di rumah sakit ( $p > 0,05$ ). Empat variabel independen dimasukkan dalam regresi logistik, dan ditemukan bahwa kesadaran keluarga ( $p = 0,045$ ; OR 6,620) dan jarak ke rumah sakit ( $p = 0,052$ ; OR 6,264) secara statistik berkorelasi dengan waktu kedatangan di rumah sakit.

**Keimpulan:** Keterlambatan waktu kedatangan di rumah sakit pasien stroke di RSUD Bangil masih tinggi. Kesadaran keluarga dan jarak ke rumah sakit ditemukan mempengaruhi waktu kedatangan di rumah sakit pada pasien stroke di RSUD Bangil.

**Saran:** Pendidikan kesehatan mengenai tanda-tanda peringatan stroke dan urgensi kedatangan lebih awal di rumah sakit setelah serangan stroke diperlukan untuk meningkatkan respon pasien dan anggota keluarga terhadap serangan stroke. Rumah sakit juga harus memperluas jaringan sistem medis darurat ke layanan perawatan primer, terutama di daerah yang jauh dari rumah sakit.

**Kepustakaan :** 109 kepustakaan (2005-2019)

**Kata kunci :** *stroke, waktu kedatangan di rumah sakit, keterlambatan kedatangan*

## ABSTRACT

**Sumarsono, Edi. 2019. *Analysis of Factors Affecting Hospital Arrival Time among Stroke Patients in Bangil Regional General Hospital (RSUD Bangil)*. Thesis. Nursing Program of Widyagama Husada School of Health Malang. Advisors: (1) Frenky Apryanto, S.Kep., Ns., M.Kep. (2) Abdul Qodir, S.Kep., Ns., M.Kep.**

**Background:** Acute stroke requires prompt treatment within the first sixty-minutes until three hours after the onset. However, late hospital arrival time has become the main obstacles, since less than 29% of stroke patient can reach the hospital within the first sixty-minutes after the attack. This phenomenon has not shown any improvement for over the last two decades.

**Objective:** To determine factors affecting hospital arrival time among stroke patients in Bangil Regional General Hospital.

**Method:** This was a cross sectional study. It was conducted during August 2019 in Neurology Ward in Bangil Regional General Hospital. Bivariate analysis used Chi Square test and Fisher test, and multivariate analysis used logistic regression. Data were collected using structured survey-sheet and questionnaire.

**Result:** Among 36 subjects, it was found that there was 22 subjects (75%) who have family members with stroke that arrived at the hospital >60 minutes after the attack. Fisher test concluded that all of independent variables have no correlation with hospital arrival time ( $p>0,05$ ). Four independent variables were included in logistic regression, and it was found that family stroke-awareness ( $p=0,045$ ; OR 6,620) and distance to hospital ( $p=0,052$ ; OR 6,264) were statistically correlated with hospital arrival time.

**Conclusions:** There was a high incidence of late hospital arrival time among stroke patients in Bangil Regional Hospital. Family stroke-awareness and distance to hospital were found affecting hospital arrival time among stroke patients in Bangil Regional Hospital.

**Suggestions:** Health education regarding stroke warning signs and urgency of early hospital arrival after stroke attack is needed to improve patients and their family members response to stroke. Hospital should also expand the emergency medical system network to primary care service, especially in the remote area.

**References : 109 references (2005-2019)**

**Keyword : stroke, hospital arrival time, late arrival time**

## DAFTAR ISI

|   |      |
|---|------|
| HALAMAN JUDUL.....  | i    |
| LEMBAR PENGESAHAN .....   | ii   |
| LEMBAR PERSETUJUAN.....   | iii  |
| KATA PENGANTAR.....   | iv   |
| ABSTRAK.....  | vi   |
| ABSTRACT .....  | vii  |
| DAFTAR ISI.....   | viii |
| DAFTAR GAMBAR.....  | xii  |
| DAFTAR TABEL.....   | xiii |
| DAFTAR LAMPIRAN .....   | xiv  |
| BAB I PENDAHULUAN.....  | 1    |
| A. Latar Belakang .....   | 1    |
| B. Rumusan masalah.....   | 5    |
| C. Tujuan .....   | 5    |
| 1. Tujuan Umum.....   | 5    |
| 2. Tujuan Khusus.....   | 5    |
| D. Manfaat Penelitian.....  | 6    |
| BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....  | 8    |
| A. Konsep Stroke .....  | 8    |
| 1. Definisi Stroke .....  | 8    |
| 2. Etiologi Stroke .....  | 9    |
| 3. Klasifikasi Stroke .....   | 10   |
| 4. Faktor Risiko Stroke .....   | 11   |
| 5. Tanda dan Gejala Stroke.....   | 12   |
| 6. Patofisiologi Stroke.....  | 15   |
| 7. Penatalaksanaan Stroke.....  | 17   |
| 8. Komplikasi Stroke.....   | 28   |
| B. Keterlambatan Kedatangan Pasien Stroke di Rumah Sakit .....  | 28   |
| 1. Definisi Keterlambatan Kedatangan Pasien Stroke di Rumah Sakit.....                                | 28   |
| 2. Golden Hour Pada Penanganan Stroke dan Keterlambatan Kedatangan Pasien Stroke di Rumah Sakit ..... | 29   |
| 3. Hubungan Kedatangan Pasien Stroke di Rumah Sakit Terhadap Outcome Pasien .....                     | 31   |
| 4. Faktor Yang Mempengaruhi Keterlambatan Kedatangan Pasien Stroke di Rumah Sakit .....               | 34   |



|         |   |    |
|---------|---|----|
| 5.      | Upaya Menurunkan Keterlambatan Kedatangan Pasien Stroke di Rumah Sakit..... | 53 |
| C.      | Kerangka Teori.....   | 55 |
| BAB III | KERANGKA KONSEP.....  | 56 |
| A.      | Kerangka konsep penelitian.....   | 56 |
| B.      | Penjelasan Kerangka Konsep Penelitian.....                                  | 56 |
| C.      | Hipotesis penelitian.....   | 57 |
| 1.      | Hipotesis mayor.....  | 57 |
| 2.      | Hipotesis Minor.....  | 58 |
| BAB IV  | METODOLOGI PENELITIAN.....  | 60 |
| A.      | Jenis dan Rancangan Penelitian.....   | 60 |
| B.      | Populasi Studi.....   | 61 |
| C.      | Sampel.....   | 61 |
| 1.      | Kriteria inklusi.....   | 61 |
| 2.      | Kriteria eksklusi.....  | 62 |
| D.      | Teknik Pengambilan Sampel.....  | 62 |
| E.      | Variabel Penelitian.....  | 62 |
| 1.      | Variabel independen.....  | 62 |
| 2.      | Variabel dependen.....  | 63 |
| F.      | Tempat dan Waktu Penelitian.....  | 63 |
| G.      | Definisi Operasional Variabel Penelitian.....                               | 63 |
| H.      | Instrumen penelitian.....   | 67 |
| 1.      | Lembar Angket.....  | 67 |
| 2.      | <i>Stroke Recognition Questionnaire (SRQ)</i> .....                         | 67 |
| 3.      | <i>Stroke Action Test (STAT)</i> .....                                      | 68 |
| 4.      | Validitas dan Reliabilitas.....   | 70 |
| I.      | Pengumpulan data.....   | 75 |
| 1.      | Sumber data.....  | 75 |
| 2.      | Cara pengumpulan data.....  | 75 |
| J.      | Pengolahan data.....  | 76 |
| K.      | Analisis Data.....  | 78 |
| L.      | Alur Penelitian.....  | 79 |
| M.      | Etika Penelitian.....   | 79 |
| 1.      | <i>Informed Consent</i> .....   | 79 |
| 2.      | <i>Anonymity</i> .....  | 80 |
| 3.      | <i>Confidentiality</i> .....  | 80 |
| BAB V   | HASIL PENELITIAN.....   | 81 |
| A.      | Analisis univariat.....   | 82 |

|                         |   |     |
|-------------------------|---|-----|
| B.                      | Analisis Bivariat .....   | 85  |
| 1.                      | Hubungan Usia Pasien dengan Kejadian Keterlambatan Kedatangan Pasien Stroke di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Bangil .....                              | 85  |
| 2.                      | Hubungan Jenis Kelamin Pasien dengan Kejadian Keterlambatan Kedatangan Pasien Stroke di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Bangil .....                     | 87  |
| 3.                      | Hubungan Tingkat Pendidikan Anggota Keluarga dengan Kejadian Keterlambatan Kedatangan Pasien Stroke di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Bangil .....      | 88  |
| 4.                      | Hubungan Jarak Tempat Tinggal Pasien Dan Keluarga dengan Kejadian Keterlambatan Kedatangan Pasien Stroke di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Bangil. .... | 89  |
| 5.                      | Hubungan Jenis Transportasi dengan Kejadian Keterlambatan Kedatangan Pasien Stroke di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Bangil .....                       | 90  |
| 6.                      | Hubungan Status Tinggal Pasien dengan Kejadian Keterlambatan Kedatangan Pasien Stroke di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Bangil. ....                    | 91  |
| 7.                      | Hubungan Waktu Kejadian dengan Kejadian Keterlambatan Kedatangan Pasien Stroke di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Bangil. ....                           | 92  |
| 8.                      | Hubungan Tingkat Pendapatan Keluarga dengan Kejadian Keterlambatan Kedatangan Pasien Stroke di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Bangil .....              | 93  |
| 9.                      | Hubungan Kesadaran Keluarga dengan Kejadian Keterlambatan Kedatangan Pasien Stroke di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Bangil. ....                       | 94  |
| 10.                     | Hubungan Respon Keluarga dengan Kejadian Keterlambatan Kedatangan Pasien Stroke di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Bangil.....                           | 96  |
| C.                      | Analisis Multivariat.....   | 97  |
| 1.                      | Penentuan Kandidat Variabel Determinan dalam Analisis Multivariat ..  | 97  |
| 2.                      | Pemodelan Multivariat .....   | 98  |
| 3.                      | Model Persamaan Multivariat .....   | 99  |
| BAB VI PEMBAHASAN ..... |   | 103 |
| A.                      | Interpretasi hasil penelitian .....   | 103 |
| 1.                      | Keterlambatan Kedatangan Pasien di Rumah Sakit .....  | 103 |
| 2.                      | Usia Pasien .....   | 105 |
| 3.                      | Jenis Kelamin Pasien .....  | 107 |
| 4.                      | Tingkat Pendidikan Anggota Keluarga.....  | 108 |
| 5.                      | Jarak Tempat Tinggal Pasien .....   | 109 |
| 6.                      | Jenis Transportasi .....  | 110 |
| 7.                      | Waktu Kejadian .....  | 112 |

|                                   |   |     |
|-----------------------------------|---|-----|
| 8.                                | Tingkat Pendapatan .....  | 113 |
| 9.                                | Status Tinggal Pasien.....  | 114 |
| 10.                               | Kesadaran Keluarga Terhadap Tanda Peringatan Gejala Stroke ...  | 115 |
| 11.                               | Respon Keluarga .....   | 117 |
| 12.                               | Hubungan Usia Pasien Terhadap Kejadian Keterlambatan<br>Kedatangan Pasien Stroke di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD)<br>Bangil.....                                     | 119 |
| 13.                               | Hubungan Jenis Kelamin Pasien dengan Keterlambatan Kedatangan<br>Pasien Stroke di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Bangil.....  | 120 |
| 14.                               | Hubungan Tingkat Pendidikan Anggota Keluarga dengan<br>Keterlambatan Kedatangan Pasien Stroke di Rumah Sakit Umum<br>Daerah (RSUD) Bangil.....                        | 122 |
| 15.                               | Hubungan Jarak Tempat Tinggal Keterlambatan Kedatangan Pasien<br>Stroke di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Bangil .....  | 123 |
| 16.                               | Hubungan Jenis Transportasi dengan Keterlambatan Kedatangan<br>Pasien Stroke di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Bangil.....  | 125 |
| 17.                               | Hubungan Waktu Kejadian dengan Keterlambatan Kedatangan<br>Pasien Stroke di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Bangil.....  | 127 |
| 18.                               | Hubungan Tingkat Pendapatan dengan Keterlambatan Kedatangan<br>Pasien Stroke di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Bangil.....  | 130 |
| 19.                               | Hubungan Status Tinggal Pasien dengan Keterlambatan Kedatangan<br>Pasien Stroke di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Bangil.....   | 131 |
| 20.                               | Hubungan Kesadaran Keluarga Terhadap Tanda Peringatan Gejala<br>Stroke dengan Keterlambatan Kedatangan Pasien Stroke di Rumah<br>Sakit Umum Daerah (RSUD) Bangil..... | 132 |
| 21.                               | Hubungan Respon Keluarga dengan Keterlambatan Kedatangan<br>Pasien Stroke di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Bangil.....   | 136 |
| B.                                | Model Persamaan Multivariat .....   | 140 |
| C.                                | Keterbatasan Penelitian.....  | 142 |
| 1.                                | Keterbatasan dalam Sampel Penelitian .....  | 142 |
| 2.                                | Keterbatasan dalam Metodologi Penelitian.....   | 143 |
| 3.                                | Keterbatasan dalam Teknik Pengumpulan Data .....  | 143 |
| 4.                                | Keterbatasan Hasil penelitian .....   | 144 |
| BAB VII KESIMPULAN DAN SARAN..... |   | 145 |
| A.                                | Kesimpulan.....   | 145 |
| B.                                | Saran.....  | 146 |
| DAFTAR PUSTAKA.....               |   | 148 |
| LAMPIRAN-LAMPIRAN .....           |   | 158 |

## DAFTAR GAMBAR

| <b>No</b> | <b>Judul Gambar</b>  | <b>Halaman</b> |
|-----------|--|----------------|
| 2.1       | <i>Stroke Chain of Survival and Recovery</i>                             | 18             |
| 2.2       | Algoritma Stroke Akut Menurut <i>Advance Cardiac Life Support (ACLS)</i> | 20             |
| 2.3       | <i>Facial Droop</i> Pada Stroke  | 21             |
| 2.4       | <i>Arm drift</i> Pada Stroke   | 22             |
| 2.5       | Kerangka Teori   | 55             |
| 3.1       | Kerangka Konsep Penelitian   | 56             |
| 4.1       | Konsep Rancangan Penelitian Retrospektif                                 | 60             |
| 4.2       | Bagan Rancangan Penelitian   | 60             |
| 4.3       | Bagan Alur Pengumpulan Data  | 75             |
| 4.4       | Bagan Alur Penelitian  | 79             |

## DAFTAR TABEL

| <b>No</b> | <b>Judul Tabel</b>   | <b>Halaman</b> |
|-----------|--|----------------|
| 2.1       | Tanda dan Gejala Stroke Berdasarkan Arteri Serebral yang Terlibat  | 14             |
| 2.2       | Penanganan Stroke Akut Berdasarkan Waktu   | 18             |
| 2.3       | Kandidat Terapi Fibrinolisis   |                |
| 4.1       | Definisi Operasional Variabel Penelitian   | 63             |
| 4.2       | Koding data berdasarkan variabel   | 76             |
| 5.1       | Distribusi karakteristik responden   | 82             |
| 5.2       | Hasil analisis univariat variabel numerik  | 84             |
| 5.3       | Hasil analisis bivariat usia pasien dengan keterlambatan kedatangan di rumah sakit                         | 86             |
| 5.4       | Hasil analisis bivariat jenis kelamin pasien dengan keterlambatan kedatangan di rumah sakit                | 87             |
| 5.5       | Hasil analisis bivariat tingkat pendidikan anggota keluarga dengan keterlambatan kedatangan di rumah sakit | 88             |
| 5.6       | Hasil analisis bivariat jarak tempat tinggal pasien dengan keterlambatan kedatangan di rumah sakit         | 89             |
| 5.7       | Hasil analisis bivariat jenis transportasi dengan keterlambatan kedatangan di rumah sakit                  | 91             |
| 5.8       | Hasil analisis bivariat status tinggal pasien dengan keterlambatan kedatangan di rumah sakit               | 92             |
| 5.9       | Hasil analisis bivariat waktu kejadian dengan keterlambatan kedatangan di rumah sakit                      | 92             |
| 5.10      | Hasil analisis bivariat tingkat pendapatan keluarga dengan keterlambatan kedatangan di rumah sakit         | 93             |
| 5.11      | Hasil analisis bivariat kesadaran keluarga dengan keterlambatan kedatangan di rumah sakit                  | 95             |
| 5.12      | Hasil analisis bivariat respon keluarga dengan keterlambatan kedatangan di rumah sakit                     | 96             |
| 5.13      | Kandidat variabel determinan berdasarkan hasil analisis bivariat   | 98             |
| 5.14      | Hasil akhir analisis multivariat   | 99             |
| 5.15      | Koding kategori variabel berdasarkan hasil analisis multivariat  | 100            |
| 5.16      | Nilai probabilitas berdasarkan kemungkinan yang muncul   | 102            |

## DAFTAR LAMPIRAN

| No  | Judul Lampiran  | Halaman |
|-----|---|---------|
| 1.  | Surat Permohonan Penelitian   | 159     |
| 2.  | Surat Pernyataan Telah Melakukan Penelitian   | 160     |
| 3.  | Surat Pernyataan Keaslian Tulisan   | 161     |
| 4.  | Surat Pengajuan Uji Validitas dan Reliabilitas Instrumen Penelitian                                 | 162     |
| 5.  | <i>Form Inform Consent</i>  | 163     |
| 6.  | <i>Form Persetujuan Menjadi Responden Penelitian</i>  | 164     |
| 7.  | <i>Blue Print Kuesioner Stroke Action Test (STAT)</i>   | 165     |
| 8.  | <i>Blue Print Stroke Recognition Questionnaire (SRQ)</i>  | 167     |
| 9.  | <i>Form Kuesioner Stroke Action Test (STAT) sebelum Uji Validitas dan Reliabilitas</i>              | 168     |
| 10. | <i>Form Kuesioner Stroke Recognition Questionnaire (SRQ) sebelum Uji Validitas dan Reliabilitas</i> | 170     |
| 11. | <i>Form Angket Penelitian</i>   | 171     |
| 12. | <i>Form Kuesioner Stroke Recognition Questionnaire (SRQ) setelah Uji Validitas dan Reliabilitas</i> | 172     |
| 13. | <i>Form Kuesioner Stroke Action Test (STAT) setelah Uji Validitas dan Reliabilitas</i>              | 173     |
| 14. | Tabulasi data Penelitian  | 175     |
| 15. | Tabulasi Data Penelitian (Lanjutan)   | 177     |
| 16. | Koding data penelitian  | 180     |
| 17. | Tabulasi data kuesioner SRQ   | 182     |
| 18. | Tabulasi data kuesioner STAT  | 183     |
| 19. | Hasil konfirmasi <i>Google Map</i> terkait variabel jarak tempat tinggal pasien                     | 185     |
| 20. | <i>Output Analisis Univariat Data Penelitian</i>  | 192     |
| 21. | <i>Output Analisis Bivariat Data Penelitian</i>   | 196     |
| 22. | <i>Output Analisis Multivariat Regresi Logistik Metode Enter Step I</i>                             | 210     |
| 23. | <i>Output Analisis Multivariat Regresi Logistik Metode Enter Step II</i>                            | 216     |
| 24. | <i>Output Analisis Multivariat Regresi Logistik Metode Enter Step III</i>                           | 222     |
| 25. | Uji Validitas Kuesioner <i>Stroke Action Test (STAT)</i>  | 227     |
| 26. | Uji Reliabilitas Kuesioner <i>Stroke Action Test (STAT)</i>   | 229     |
| 27. | Uji Validitas <i>Stroke Recognition Questionnaire (SRQ)</i>   | 231     |
| 28. | Uji Reliabilitas <i>Stroke Recognition Questionnaire (SRQ)</i>                                      | 232     |
| 29. | Jadwal Penelitian   | 233     |
| 30. | Lembar Rekomendasi Penguji I  | 234     |
| 31. | Lembar Rekomendasi Penguji II   | 235     |
| 32. | Lembar Rekomendasi Penguji III  | 236     |
| 33. | Dokumentasi Penelitian  | 237     |
| 34. | Biodata Peneliti  | 238     |



# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Stroke, menurut definisi terbaru dari *American Heart Association* (AHA), adalah episode akut disfungsi fokal otak, retina, atau sumsum tulang belakang yang berlangsung selama lebih dari 24 jam, atau dalam durasi berapapun jika pencitraan diagnostik (*computed tomography/CT* atau *medical resonance imaging/MRI*) ataupun otopsi menunjukkan adanya infark fokal atau perdarahan dengan gejala yang relevan (Sacco et al., 2013). Keadaan ini dapat terjadi kapan saja, dan membutuhkan penanganan segera, sehingga dikenal istilah '*time is brain*' (Pulvers & Watson, 2017). Penanganan pasien stroke akut sedapatnya dilakukan pada rentang 60 menit pertama (Advani, Naess, & Kurz, 2017) hingga 3 jam pasca onset gejala (David, 2016a; Kolegium Neurologi Indonesia, 2009; Urden, Stacy, & Lough, 2014). Namun, kendala terbesar dalam masalah ini adalah angka keterlambatan kedatangan pasien di rumah sakit yang masih tinggi (Pulvers & Watson, 2017).

Stroke merupakan penyebab utama kedua kasus kematian (11,8% total kematian) di seluruh dunia pada tahun 2013, setelah penyakit jantung iskemik (14,8% dari total kematian), dan merupakan penyebab ketiga kecacatan (4,5% dari seluruh penyebab kecacatan) (Feigin, Norrving, & Mensah, 2017). Kasus kematian akibat stroke di Indonesia, pada tahun 2010, menempati posisi teratas dari negara-negara di Asia Tenggara, yaitu 193,3 per 100.000 penduduk, dengan DALY's (*disability-adjusted year-lost* atau jumlah tahun yang hilang akibat kecacatan) mencapai 3.382,2 kecacatan per



100.000 penduduk (Venketasubramanian et al., 2017). Menurut Kementerian Kesehatan, terjadi peningkatan kasus stroke dari 8,3 per 1000 pada tahun 2007 menjadi 12,1 per 1000 pada tahun 2013, dengan kecenderungan menurun yang cukup berarti di dua provinsi yaitu Kepulauan Riau dan Aceh, tetapi provinsi lainnya cenderung meningkat (Kementerian Kesehatan RI, 2013). Kejadian stroke di Jawa Timur mencapai 6,6% dari 190.449 orang, sedangkan berdasarkan gejala 10,5% dari 302.987 orang (Kementerian Kesehatan RI, 2013). Sedangkan menurut data hasil studi pendahuluan bahwa rata-rata jumlah pasien stroke yang dirawat di Ruang Krisan RSUD Bangil selama bulan April 2019 hingga Juni 2019 adalah 50 pasien (Data Primer, 2019).

Keterlambatan kedatangan pasien stroke di rumah sakit didefinisikan sebagai perpanjangan waktu datang ke rumah sakit sejak onset gejala (Jin et al., 2012), maupun waktu *last known well* /LKW (Oostema et al., 2014) hingga sampai di Instalasi Gawat Darurat (IGD) dari waktu yang seharusnya dapat dicapai, yaitu kurang dari 3 jam, karena waktu tersebut merupakan determinan penting dalam manajemen stroke selama fase akut (Miller et al., 2009). Penelitian oleh Pulvers & Watson (2017) menemukan bahwa sebagian besar pasien gagal tiba sebelum 3 jam, dan tidak menunjukkan adanya perbaikan selama dua dekade terakhir.

Hasil penelitian di IGD RSUD Ngudi Waluyo Wlingi juga menemukan bahwa 87,9% responden datang ke instalasi gawat darurat >3 jam setelah serangan stroke iskemik akut, dengan rerata keterlambatan kedatangan pasien di IGD adalah 23 jam 12 menit dan maksimal keterlambatan mencapai 69 menit (Rachmawati, Andarini, & Ningsih, 2017). Sejalan dengan temuan tersebut, penelitian di lima rumah sakit pemerintah di DKI Jakarta menemukan bahwa dari 110 subyek, hanya 27 orang (24,5%) yang datang <3 jam setelah

onset, sebagian besar pasien (75,5%) datang setelah >3 jam onset, dengan presentasi terbanyak yakni setelah 1 hari (41,8%) (Prasetyo, 2018).

Kemungkinan perkembangan iskemik/infark dalam proses perjalanan penyakit stroke dapat menyebabkan perburukan neurologis pada jam-jam pertama setelah serangan (Qureshi et al., 2005 dalam Slavin et al., 2018), sehingga merupakan waktu kritis untuk memberikan penanganan awal dengan segera akut (Miller et al., 2009). Selain itu, keterlambatan kedatangan pasien stroke di rumah sakit juga berpotensi meningkatkan mortalitas jangka pendek secara signifikan pada setiap 60 menit penundaan (Denti et al., 2016).

Penanganan pasien stroke selama *golden hour* akan menurunkan mortalitas pada pada pasien stroke. Sebagaimana hasil penelitian menemukan bahwa mortalitas pasien stroke yang berusia  $\leq 79$  tahun adalah 0,0%; dan 7,1% pada pasien berusia 80 tahun ke atas, ketika diberikan perawatan pada masa *golden hour* ( $p < 0.005$ ) (Advani et al., 2017). Penelitian kohort Meretoja et al. (2014), pada 2258 pasien stroke akut, juga menemukan bahwa semakin cepat terapi trombolitik diberikan, maka akan memberikan kemungkinan berkurangnya jumlah hari disabilitas akibat stroke. Penelitian tersebut menemukan bahwa setiap satu menit lebih cepat akan menurunkan jumlah hari disabilitas akibat stroke rata-rata 1,8 hari.

Kejadian keterlambatan tersebut dipengaruhi berbagai faktor, antara lain oleh jenis kelamin perempuan ( $p=0,005$ ) (Madsen et al., 2016), tingkat pendidikan keluarga yang rendah ( $p=0,010$ ) (Ashraf et al., 2015; Barahama, Tangkudung, & Kembuan, 2019), jarak tempat tinggal pasien, dan penggunaan ambulans ( $p<0,05$ ) (Prasetyo, 2018; Sobral et al., 2019), pasien tinggal sendirian tanpa keluarga ( $p=0,04$ ) (Al Khathaami et al., 2018), tingkat pendapatan keluarga yang berpengaruh terhadap ketersediaan dana berobat ( $p=0,02$ ) (Seremwe et al., 2017), waktu kejadian malam hari ( $p=0,001$ ) (García

Ruiz et al., 2018; Jiang et al., 2016), kesadaran keluarga terhadap tanda peringatan gejala stroke ( $p < 0,05$ ) (Al Khathaami et al., 2018; Rachmawati et al., 2017), dan respon keluarga ( $p < 0,001$ ) (García Ruiz et al., 2018). Rachmawati et al. (2017) menemukan bahwa 32,8% responden cenderung mempunyai respon untuk menunggu dan membiarkan ketika menemukan peringatan gejala stroke.

Peningkatan kesadaran terhadap faktor resiko dan peringatan gejala stroke akan meningkatkan kecenderungan untuk segera membawa pasien stroke ke rumah sakit. Selain itu, persepsi terhadap kegawatdaruratan stroke yang baik juga akan meningkatkan kecepatan kedatangan pasien di rumah sakit. Faktor lainnya yang mendorong kecepatan kedatangan pasien di rumah sakit adalah pengetahuan akan terapi trombolisis, dukungan *emergency mangement system* (EMS) yang memadai, respon keluarga yang sesuai, juga tidak membiarkan pasien beresiko stroke tinggal tanpa orang lain (Pulvers & Watson, 2017).

Penelitian mengenai keterlambatan kedatangan pasien stroke di rumah sakit di Indonesia juga masih sedikit (Barahama et al., 2019; Prasetyo, 2018; Rachmawati, 2016; Rachmawati et al., 2017). Masyarakat memiliki kecenderungan untuk menunda ke rumah sakit akibat dari rendahnya kesadaran terhadap kegawatdaruratan stroke, bahkan pada populasi dengan pengetahuan yang baik terhadap faktor resiko dan peringatan gejala stroke (Muengtaweepongsa, Hungkok, & Harnirattisai, 2014). Oleh karena itu, berdasarkan penjabaran di atas, diperlukan penelitian untuk mengetahui faktor-faktor lain yang mempengaruhi keterlambatan kedatangan pasien stroke, dalam hal ini di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Bangil.

## **B. Rumusan masalah**

Rumusan masalah dalam penelitian ini adalah apakah faktor jenis kelamin pasien, tingkat pendidikan anggota keluarga, jarak tempat tinggal pasien dan keluarga, jenis transportasi, status tinggal pasien, waktu kejadian, tingkat pendapatan keluarga, respon keluarga, dan kesadaran keluarga terhadap tanda peringatan gejala stroke mempengaruhi keterlambatan kedatangan pasien stroke di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Bangil.

## **C. Tujuan**

### **1. Tujuan Umum**

Tujuan dilakukan penelitian ini adalah untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan terjadinya keterlambatan kedatangan pasien stroke di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Bangil.

### **2. Tujuan Khusus**

- a. Menganalisis pengaruh faktor jenis kelamin pasien terhadap kejadian keterlambatan kedatangan pasien stroke di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Bangil.
- b. Menganalisis pengaruh faktor tingkat pendidikan anggota keluarga terhadap kejadian keterlambatan kedatangan pasien stroke di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Bangil.
- c. Menganalisis pengaruh faktor jarak tempat tinggal pasien dan keluarga terhadap kejadian keterlambatan kedatangan pasien stroke di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Bangil.
- d. Menganalisis pengaruh faktor jenis transportasi terhadap kejadian keterlambatan kedatangan pasien stroke di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Bangil.

- e. Menganalisis pengaruh faktor status tinggal pasien terhadap kejadian keterlambatan kedatangan. pasien stroke di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Bangil.
- f. Menganalisis pengaruh faktor waktu kejadian terhadap kejadian keterlambatan kedatangan pasien stroke Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Bangil.
- g. Menganalisis pengaruh faktor tingkat pendapatan keluarga terhadap kejadian keterlambatan kedatangan pasien stroke di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Bangil.
- h. Menganalisis pengaruh faktor respon keluarga terhadap kejadian keterlambatan kedatangan pasien stroke di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Bangil.
- i. Menganalisis pengaruh faktor kesadaran keluarga terhadap tanda peringatan gejala stroke terhadap kejadian keterlambatan kedatangan pasien stroke di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Bangil.

#### **D. Manfaat Penelitian**

##### **1. Manfaat teoritis**

- a. Penelitian ini diharapkan dapat menjadi tambahan ilmu pengetahuan dalam hal faktor-faktor yang berhubungan dengan terjadinya keterlambatan kedatangan pasien stroke di rumah sakit.
- b. Hasil penelitian ini dapat menjadi acuan bagi peneliti yang ingin melakukan penelitian lebih lanjut yang sejenis dan relevan.

##### **2. Manfaat praktis**

- a. Penelitian ini diharapkan dapat membantu pemangku kepentingan dan pembuat kebijakan dalam pengembangan fungsi EMS dan penatalaksanaan kegawatdaruratan stroke pada khususnya.

- b. Penelitian ini diharapkan dapat membantu Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Bangil dalam strategi meningkatkan kesadaran faktor resiko dan tanda peringatan stroke pada pasien beresiko stroke maupun keluarganya.
- c. Penelitian ini diharapkan dapat membantu Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Bangil dalam meningkatkan pengetahuan pasien stroke dan keluarganya mengenai pentingnya kedatangan segera di Instalasi Gawat Darurat (IGD) setelah terjadi serangan stroke.
- d. Penelitian ini diharapkan dapat membantu Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Bangil dalam usaha pengembangan fungsi EMS dan manajemen stroke pada fase akut.
- e. Penelitian ini diharapkan dapat membantu dalam penentuan strategi pendidikan kesehatan pada masyarakat, baik oleh Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Bangil maupun STIKES Widyagama Husada, khususnya pada pasien stroke, pasien beresiko stroke, dan keluarganya.
- f. Penelitian ini diharapkan dapat memberikan gambaran pada mahasiswa keperawatan mengenai tantangan dan tugas yang akan diemban di masa depan, terutama dalam hal pencegahan stroke, peningkatan kesadaran terhadap stroke dan kegawatdaruratannya.

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Konsep Stroke

##### 1. Definisi Stroke

Sejak abad pertama Masehi, stroke telah diamati sebagai sebuah kelainan oleh Aretaeus dari Cappadocia. Dia mengamati bahwa lesi pada otak akan mempengaruhi pergerakan sisi tubuh yang berlawanan, misalnya kejang unilateral setelah cedera kepala di sisi kontralateral. Namun, stroke yang dalam bahasa Yunani kuno disebut dengan "*apoplexy*" (secara harfiah bermakna "jatuh terpukul") didefinisikan sebagai gangguan otak yang umum, bukan fokal, dimana terjadi penghentian gerak dan sensasi secara tiba-tiba, sementara pernapasan dan denyut nadi dapat dipertahankan. Patogenesisnya dijelaskan dengan teori humoral, yang mengasumsikan keseimbangan antara empat humor: darah, *phlegm*, cairan empedu hitam (*black bile*), dan cairan empedu kuning (*yellow bile*). Dalam teori ini, anatomi hampir tidak berperan dalam perjalanan penyakit stroke. Oleh karena itu, *apoplexy* sering dikaitkan dengan akumulasi *phlegm* ataupun cairan empedu hitam di pembuluh darah otak, menghalangi jalannya arwah; arwah-arwah ini (dalam bahasa Yunani disebut *pneuma*) melambangkan bentuk energi halus yang dibawa oleh darah, diproduksi dalam bentuk kasar oleh liver (arwah alami) dan kemudian disempurnakan oleh jantung (arwah vital), serta oleh jaringan imajiner, yaitu pembuluh darah di dasar otak (roh mental) (Gijn, 2019).

Menurut definisi terbaru dari *American Heart Association* (AHA), stroke adalah episode akut disfungsi fokal otak, retina, atau sumsum tulang belakang yang berlangsung selama lebih dari 24 jam, atau dalam durasi berapapun jika pencitraan diagnostik (CT atau MRI) ataupun otopsi menunjukkan adanya infark fokal atau perdarahan dengan gejala yang relevan (Sacco et al., 2013). Sedangkan Kementerian Kesehatan RI mendefinisikan stroke sebagai kerusakan pada otak yang muncul mendadak, progresif, dan cepat akibat gangguan peredaran darah otak non traumatik, yang secara mendadak menimbulkan gejala antara lain kelumpuhan sisi wajah atau anggota badan, bicara tidak lancar, bicara tidak jelas (pelo), perubahan kesadaran, gangguan penglihatan, dan lain-lain (Kementerian Kesehatan RI, 2019).

## **2. Etiologi Stroke**

Menurut Smeltzer, et al. (2010), stroke biasanya diakibatkan oleh salah satu dari empat kejadian di bawah ini, yaitu:

- 1) Trombosis yaitu bekuan darah di dalam pembuluh darah otak atau leher. Arteriosklerosis serebral adalah penyebab utama trombosis, yang adalah penyebab paling umum dari stroke. Secara umum, trombosis tidak terjadi secara tiba-tiba, dan kehilangan kemampuan bicara sementara, hemiplegia, atau paresthesia pada setengah tubuh dapat mendahului paralisis berat pada beberapa jam atau hari.
- 2) Embolisme serebral yaitu bekuan darah atau material lain yang dibawa ke otak dari bagian tubuh yang lain. Embolus biasanya menyumbat arteri serebral medial atau cabang-cabangnya sehingga mengganggu sirkulasi serebral.
- 3) Iskemia yaitu penurunan aliran darah ke area otak. Iskemia terutama karena konstiksi atheroma pada arteri yang menyuplai darah ke otak.



- 4) Hemoragi serebral yaitu pecahnya pembuluh darah serebral dengan perdarahan ke dalam jaringan otak atau ruang sekitar otak. Pasien dengan perdarahan dan hemoragi mengalami penurunan tingkat kesadaran, dan dapat menjadi stupor atau tidak responsif.

Akibat dari keempat kejadian di atas maka terjadi penghentian suplai darah ke otak, yang menyebabkan kehilangan fungsi otak sementara atau permanen, baik fungsi gerakan, berfikir, memori, bicara, ataupun sensasi (Smeltzer et al., 2010).

### **3. Klasifikasi Stroke**

Stroke dibagi menjadi 2 berdasarkan penyebabnya, yaitu:

- 1) Stroke Iskemik

Merupakan stroke yang disebabkan oleh suatu gangguan peredaran darah otak berupa obstruksi atau sumbatan yang menyebabkan hipoksia pada otak dan tidak terjadi perdarahan. Stroke non hemoragik disebabkan oleh plak atau aterosklerosis arteri otak, atau yang memberi vaskularisasi pada otak, atau sesuatu emboli dari pembuluh darah diluar otak (Burns, 2014). Stroke ini ditandai dengan kelemahan atau hemiparesis, nyeri kepala, mual muntah, pandangan kabur, dan disfagia (Urden et al., 2014).

- 2) Stroke Hemoragik

Merupakan stroke yang disebabkan oleh perdarahan intra serebral atau perdarahan subaraknoid karena pecahnya pembuluh darah otak pada area tertentu sehingga darah memenuhi jaringan otak. Perdarahan yang terjadi dapat menimbulkan gejala neurologis dengan cepat karena tekanan pada saraf di dalam tengkorak yang ditandai dengan penurunan kesadaran, nadi cepat, pernapasan

cepat, pupil mengecil, kaku kuduk, dan hemiplegia (Crouch et al., 2017).

#### 4. Faktor Risiko Stroke

Berdasarkan laporan dari *American Heart Association* (AHA) faktor risiko terjadinya stroke secara garis besar dikelompokkan menjadi dua, yaitu faktor yang tidak dapat dimodifikasi dan faktor yang dapat dimodifikasi

##### 1) Faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi

Faktor-faktor tersebut terdiri atas faktor genetik dan ras, usia, jenis kelamin, dan riwayat stroke sebelumnya. Faktor genetik seseorang berpengaruh karena individu yang memiliki riwayat keluarga dengan stroke akan memiliki risiko tinggi mengalami stroke, ras kulit hitam lebih sering mengalami hipertensi dari pada ras kulit putih sehingga ras kulit hitam memiliki risiko lebih tinggi terkena stroke (Chamberlain, 2019).

Stroke dapat terjadi pada semua rentang usia namun semakin bertambahnya usia semakin tinggi pula resiko terkena stroke, hal ini sejalan dengan hasil Riset Kesehatan Dasar Indonesia (Riskesdas) tahun 2013 yang menyatakan bahwa usia diatas 50 tahun risiko stroke menjadi berlipat ganda pada setiap penambahan usia. Jenis kelamin merupakan salah satu faktor risiko stroke. Laki-laki memiliki resiko lebih tinggi terkena stroke dibandingkan perempuan, hal ini terkait kebiasaan merokok, risiko terhadap hipertensi, hiperurisemia, dan hipertrigliserida lebih tinggi pada laki-laki. Seseorang yang pernah mengalami serangan stroke yang dikenal dengan *transient ischemic attack* (TIA) juga berisiko tinggi mengalami stroke, 12% kejadian stroke ditandai oleh serangan TIA terlebih dahulu (Chamberlain, 2019).

##### 2) Faktor risiko yang dapat diubah

Sebagian besar ( $\approx 90\%$ ) risiko stroke dapat dikaitkan dengan faktor risiko yang dapat dimodifikasi, seperti hipertensi, obesitas, hiperglikemia, hiperlipidemia, dan disfungsi ginjal, dan 74% dapat dikaitkan dengan faktor risiko perilaku, seperti merokok, gaya hidup tidak aktif, dan diet tidak sehat. Secara global, 29% risiko stroke juga disebabkan oleh polusi udara (Chamberlain, 2019).

Faktor risiko yang dapat diubah adalah obesitas (kegemukan), hipertensi, hiperlipidemia, kebiasaan merokok, penyalahgunaan alkohol dan obat, dan pola hidup tidak sehat. Secara tidak langsung obesitas memicu terjadinya stroke yang diperantarai oleh sekelompok penyakit yang ditimbulkan akibat obesitas, selain itu obesitas juga salah satu pemicu utama dalam peningkatan risiko penyakit kardiovaskuler. Hipertensi merupakan penyebab utama terjadinya stroke, beberapa studi menunjukkan bahwa manajemen penurunan tekanan darah dapat menurunkan resiko stroke sebesar 41%. Hiperlipidemia atau kondisi yang ditandai dengan tingginya kadar lemak di dalam darah dapat memicu terjadinya sumbatan pada aliran darah. Individu yang merokok dan mengonsumsi minuman beralkohol memiliki resiko lebih tinggi terkena stroke karena dapat memicu terbentuknya plak dalam pembuluh darah. Faktor-faktor diatas dapat diubah untuk menurunkan resiko stroke dengan menerapkan pola hidup sehat (Chamberlain, 2019).

## **5. Tanda dan Gejala Stroke**

Menurut Smeltzer et al. (2010) tanda dan gejala dari stroke adalah hipertensi, gangguan motorik yang berupa hemiparesis (kelemahan) dan hemiplegia (kelumpuhan salah satu sisi tubuh), gangguan sensorik, gangguan visual, gangguan keseimbangan, nyeri kepala (migrain atau

vertigo), mual muntah, disatria (kesulitan berbicara), perubahan mendadak status mental, dan hilangnya pengendalian terhadap kandung kemih. Namun, tidak semua gejala ini muncul, dan temuan pemeriksaan tergantung pada arteri serebral yang terpengaruh (Disque, 2016).

Manifestasi spesifik stroke ataupun "*mini stroke*" ditentukan oleh arteri serebral yang terpengaruh, area jaringan otak yang divaskularisasi oleh arteri tersebut, dan kecukupan sirkulasi kolateral. Gejala stroke selalu tiba-tiba timbul dan biasanya bersifat unilateral. Gejala yang paling umum adalah wajah perot, kelemahan lengan, dan bicara tidak jelas. Gejala-gejala stroke lainnya yang sering terjadi adalah mati rasa secara unilateral, kehilangan penglihatan pada satu mata (*amaurosis fugax*) atau ke satu sisi (*hemianopia*), gangguan bahasa (*aphasia*), dan ketidakseimbangan atau ataksia yang tidak dapat dijelaskan. Dalam kasus *transient ischemic attack* (TIA), gejala dapat sembuh spontan secara singkat, biasanya dalam beberapa menit, meskipun mekanisme yang mendasarinya sama dengan stroke. Tanda-tanda stroke spesifik tergantung pada wilayah vaskular spesifik yang terpengaruh. Secara umum, iskemia karotid menyebabkan kehilangan penglihatan monokular atau afasia (hemisfer dominan), kehilangan daya sensorik atau motorik kontralateral, atau tanda-tanda lainnya seperti apraxia dan agnosia. Iskemia vertebrobasilar menyebabkan ataksia, diplopia, hemianopia, vertigo, defisit saraf kranial, hemiplegia kontralateral, defisit sensorik (baik kontralateral, mis. bagian tubuh kontralateral; dan wajah ipsilateral). Kumpulan sindrom vaskular ini biasanya terjadi, tergantung pada cabang mana dari arteri yang tersumbat (Grossman & Porth, 2014).

**Tabel 2.1.**  
**Tanda dan Gejala Stroke Berdasarkan Arteri Serebral yang Terlibat**

| Arteri serebral       | Area otak yang terpengaruh  | Tanda dan gejala   |
|-----------------------|---|--|
| Serebral anterior     | Infark medial satu lobus frontal jika lesi distal ke arteri komunis; infark frontal bilateral jika aliran di arteri serebral anterior lainnya tidak adekuat | Kelumpuhan kaki atau tungkai kontralateral; gaya berjalan terganggu; paresis lengan kontralateral; kehilangan sensoris kontralateral jari kaki, kaki, dan tungkai; gangguan dalam membuat keputusan atau melakukan tindakan secara sukarela; kurangnya spontanitas, mudah teralihkan perhatian; pemikiran lambat; afasia tergantung pada bagian yang terlibat; inkontinensia urin; gangguan kognitif dan afektif |
| Serebral medial       | Infark masif pada sebagian besar belahan lateral dan struktur yang lebih dalam dari lobus frontal, parietal, dan temporal; kapsul internal; ganglia basal   | Hemiplegia kontralateral (wajah dan lengan); gangguan sensorik kontralateral; afasia; hemianopia; kesadaran yang berubah (kebingungan ataupun koma); ketidakmampuan untuk mengalihkan pandangan ke sisi yang lumpuh; penolakan sisi atau anggota tubuh yang lumpuh; kemungkinan akalkulus  |
| Serebral posterior    | Lobus oksipital; lobus temporal bagian anterior dan medial<br><br>Keterlibatan thalamus<br><br>Keterlibatan batang serebral                                 | Hemianopia dan cacat visual lainnya seperti buta warna, kehilangan penglihatan sentral, dan halusinasi visual; defisit memori, respons verbal atau motorik yang sama secara berulang<br>Gangguan sensorik; nyeri spontan; tremor yang disengaja ( <i>intentional</i> ); hemiparesis ringan; afasia<br>Kelumpuhan saraf okulomotor dengan hemiplegia kontralateral  |
| Basilar dan vertebral | Keterlibatan serebelum dan batang otak  | Gangguan penglihatan seperti diplopia, distopia, vertigo, disfagia, disfonia   |

(Grossman & Porth, 2014)

## 6. Patofisiologi Stroke

Oksigen sangat penting untuk otak, jika terjadi hipoksia, seperti yang terjadi pada stroke, otak akan mengalami perubahan metabolik, kematian sel dan kerusakan permanen dapat terjadi dalam 3 sampai dengan 10 menit. Pembuluh darah yang paling sering terkena adalah arteri serebral dan arteri karotis interna yang ada di leher (Hall, 2016).

Stroke iskemik terjadi apabila adanya oklusi atau penyempitan aliran darah ke otak dimana otak membutuhkan oksigen dan glukosa sebagai sumber energi agar fungsinya tetap baik. Aliran darah otak atau *cerebral blood flow* (CBF) dijaga pada kecepatan konstan antara 50-150 mmHg (Burns, 2014; Urden et al., 2014), atau sekitar sekitar 50 – 55 ml/100g/menit (Guo et al., 2013).

Aliran darah ke otak antara lain dipengaruhi oleh keadaan pembuluh darah. Apabila pembuluh darah menyempit akibat stenosis, ateroma, atau tersumbat oleh trombus maupun embolus maka aliran darah ke otak akan terganggu. Keadaan darah, viskositas darah meningkat, juga polisitemia akan menyebabkan aliran darah ke otak lebih lambat. Selain itu, anemia berat dapat menyebabkan oksigenasi otak menurun. Otak mempunyai kemampuan intrinsik untuk mempertahankan aliran darah ke otak tetap konstan walaupun ada perubahan tekanan perfusi otak. Kelainan jantung berupa atrial fibrilasi, ataupun henti jantung menyebabkan menurunnya curah jantung. Selain itu lepasnya embolus juga menimbulkan iskemia di otak akibat oklusi lumen pembuluh darah (David, 2016b).

Saat terjadi iskemia, penurunan CBF akan menyebabkan transport oksigen dan glukosa tidak adekuat. Secara patofisiologis, akan terjadi dua tahap perjalanan penyakit yaitu: 1) saat CBF berada pada  $14 \pm 2$  ml/100 g/menit, area yang mengalami kerusakan tetapi masih merupakan tisu

yang masih intak, disebut area penumbra, pada tahap ini kerusakan otak masih reversibel; 2) ketiak CBF turun mencapai kira-kira 6 ml/100 g/menit, kerusakan otak bersifat *irreversible* dan menghasilkan infark otak, yang disebut sebagai inti iskemik (*ischemic core*). Pengurangan atau gangguan dalam aliran darah otak atau CBF akan mempengaruhi fungsi neurologis. Otak hanya menerima 20% dari output jantung, hal tersebut merupakan bagian awal terjadinya iskemik, periode iskemik yang singkat dapat memicu terjadinya suatu kejadian yang kompleks sehingga menyebabkan kerusakan otak permanen (Guo et al., 2013).

Area penumbra masih dapat ditemukan dalam pemeriksaan *CT scan* setelah 6 jam hingga 24 jam pasca onset gejala, namun diperkirakan bahwa penumbra hanya mampu bertahan hingga 7 hingga 16 jam (Wang & Wang, 2019). Kemampuan bertahan penumbra tergantung pada pengembalian sirkulasi otak yang adekuat, volume bahan toksik yang dikeluarkan oleh sel yang hampir mati di sekitarnya, derajat keparahan edema serebral, dan perubahan aliran darah lokal. Apabila bahan toksik menyebabkan kematian pada sel di area penumbra, maka bagian otak yang mengelilingi area iskemik akan meluas (Grossman & Porth, 2014). Penumbra ini berpotensi diselamatkan melalui intervensi terapeutik (Crouch et al., 2017).

Gangguan peredaran darah otak dapat mengakibatkan cedera pada otak melalui beberapa mekanisme, yaitu 1) penebalan dinding pembuluh darah (arteri serebral) yang menimbulkan penyumbatan sehingga aliran darah tidak adekuat yang selanjutnya akan terjadi iskemik; 2) Pecahnya dinding pembuluh darah yang menyebabkan hemoragi; 3) Pembesaran satu atau sekelompok pembuluh darah yang menekan

jaringan otak; 4) Edema serebral yang merupakan pengumpulan cairan pada ruang interstitial jaringan otak (Smeltzer et al., 2010).

Penyempitan pembuluh darah otak mula-mula menyebabkan perubahan pada aliran darah, setelah terjadi stenosis cukup hebat dan melampaui batas krisis terjadi pengurangan aliran darah secara drastis dan cepat. Obstruksi suatu pembuluh darah arteri di otak akan menimbulkan reduksi suatu area dimana jaringan otak normal sekitarnya masih mempunyai peredaran darah yang baik berusaha membantu suplai darah melalui jalur-jalur anastomosis yang ada. Perubahan yang terjadi pada kortek akibat oklusi pembuluh darah awalnya adalah gelapnya warna darah vena, penurunan kecepatan aliran darah dan dilatasi arteri dan arteriola (Smeltzer et al., 2010).

## **7. Penatalaksanaan Stroke**

Penatalaksanaan stroke bertujuan untuk menyelamatkan jaringan penumbra, mencegah stroke sekunder, dan meminimalisir kecacatan jangka panjang. Adanya jendela waktu, akan memberikan kesempatan menyelamatkan jaringan otak ketika terjadinya iskemia dengan menggunakan terapi reperfusi maupun agen neuroprotektif. Salah satu jenis terapi reperfusi adalah agen trombolisis yang dimasukkan secara intravena maupun intra-arteri (Grossman & Porth, 2014).

Menurut Carrozella & Jauch (2002) dalam Modul Kolegium Neurologi Indonesia (2009) dan Disque (2016) kunci keberhasilan penatalaksanaan pasien stroke fase hiperakut dipengaruhi oleh efektifitas fungsi dari semua yang terlibat dalam rantai keselamatan & pemulihan stroke (*stroke chain of survival and recovery*; gbr. 2.1), yang disebut 8D's, yaitu:



- *Detection* : pengenalan tanda & gejala stroke oleh pasien atau orang di sekelilingnya.
- *Dispatch* : segera aktivasi petugas medik ambulans
- *Delivery* : identifikasi secara cepat oleh petugas EMS, manajemen EMS, dan transport
- *Door* : triage cepat di ruang gawat darurat
- *Data* : pemeriksaan fisik terhadap status neurologi, pemeriksaan radiografi, dan pemeriksaan laboratorium
- *Decision* : pemilihan terapi
- *Drug* : pemberian obat yang tepat dosis dan waktunya.
- *Disposition*: rujuk segera ke unit khusus stroke ataupun ICU



Gambar 2.1. *Stroke Chain of Survival and Recovery*  
 Dalam *Advanced Cardiac Life Support: Provider Handbook* (Disque, 2016)

**Tabel 2.2.**  
**Penanganan Stroke Akut Berdasarkan Waktu**

| <i>Time Interval</i>                   | <i>Time Target</i> |
|--|--------------------|
| <i>Door to doctor</i>                  | 10 min             |
| <i>Access to neurologic expertise</i>  | 15 min             |
| <i>Door to CT scan completion</i>      | 25 min             |
| <i>Door to CT scan interpretation</i>  | 45 min             |
| <i>Door to treatment</i>               | 60 min             |
| <i>Admission to stroke unit or ICU</i> | 3 h                |

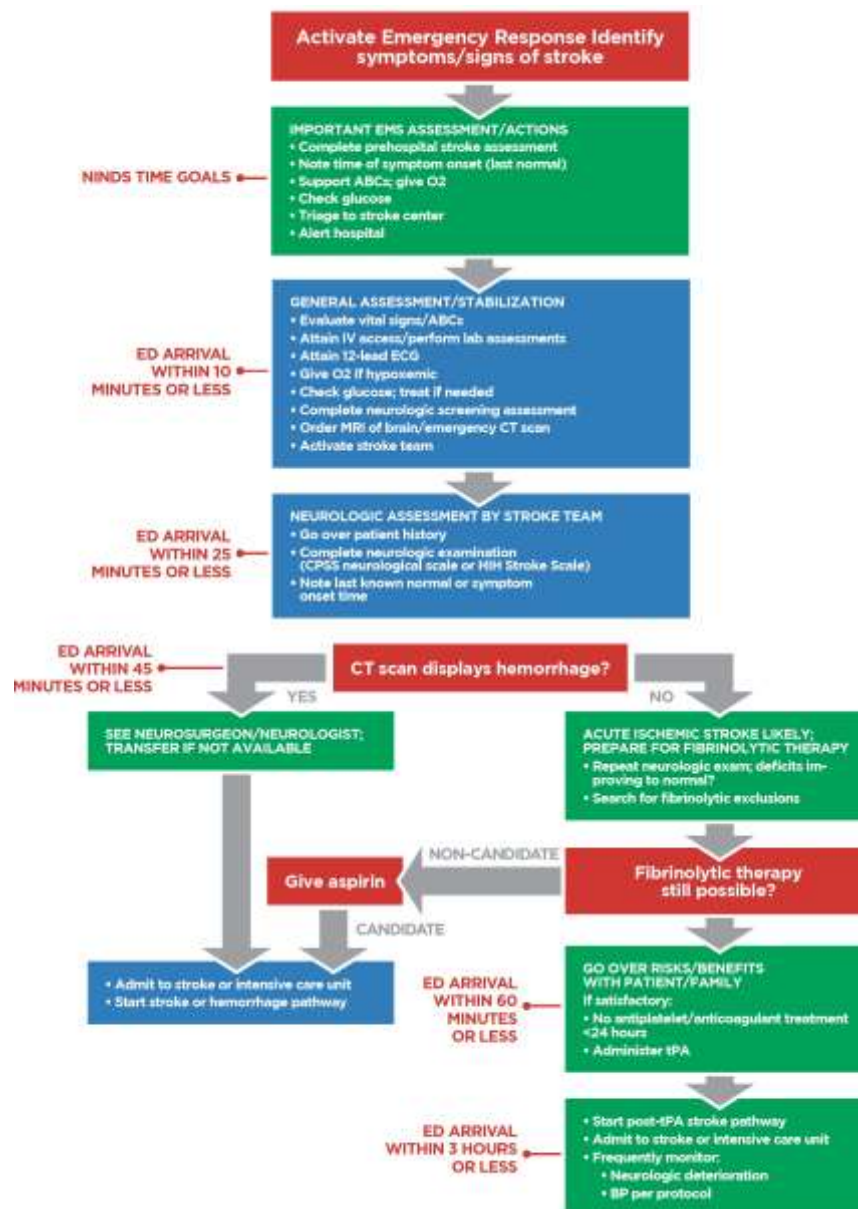
Tabel 2.2 di atas merupakan rekomendasi waktu evaluasi stroke sebagai tolok ukur penentuan terapi trombolitik berdasarkan *National Institute of Neurological Disorders and Stroke* (NINDS) dan *Advanced Cardiac Life Support* (ACLS). Rekomendasi di atas menganjurkan agar pasien yang mengalami serangan stroke segera menghubungi dokter

dalam 10 menit setelah gejala (*door to doctor*). Selanjutnya, dalam 15 menit berikutnya pasien bisa mendapatkan akses ke dokter spesialis saraf untuk mendapatkan pemeriksaan lebih lanjut. CT scan sudah harus bisa dilaksanakan dalam waktu 25 menit dan segera diinterpretasikan dalam waktu kurang 45 menit. Sehingga dalam waktu kurang dari 60 menit pasien bisa mendapatkan perawatan, untuk selanjutnya dirujuk ke ruang perawatan intensif (Jauch, Kissela, & Stettler, 2019).

Berikut ini adalah alur penanganan pasien stroke pada fase akut menurut *Advance Cardiac Life Support (ACLS; gbr.2)*:

a. Protokol stroke ACLS Langkah 1 (Identifikasi Awal dan Aktivasi EMS)

- 1) Identifikasi tanda dan gejala stroke sebagai berikut: kelemahan atau mati rasa yang kemungkinan besar akan terbatas pada satu sisi tubuh, kebingungan, kesulitan berjalan, kehilangan penglihatan di satu atau kedua mata, kesulitan berbicara atau pemahaman, sakit kepala berat tanpa penyebab yang diketahui, dan atau kehilangan keseimbangan dan koordinasi.
- 2) Layanan darurat pra-rumah sakit: Penyedia layanan kesehatan harus memahami tingkat keparahan stroke. *Cincinnati Prehospital Stroke Scale (CPSS)* dapat digunakan untuk menilai pasien dengan cepat untuk kemungkinan stroke.



Gambar 2.2. Algoritma Stroke Akut Menurut *Advance Cardiac Life Support* (ACLS), dalam *Advanced Cardiac Life Support: Provider Handbook* (Disque, 2016)

- 3) *Cincinnati Prehospital Stroke Scale* (CPSS): CPSS digunakan sebagai alat penilaian di luar rumah sakit untuk membantu menentukan status neurologis dan memastikan pengenalan secara cepat dari stroke.
- 4) CPSS menggunakan tiga temuan fisik untuk menentukan keberadaan stroke dan jika salah satu dari temuan ini ada, stroke

harus dicurigai dan diobati dengan sesuai. Adanya temuan salah satu dari tiga tanda berikut menunjukkan kemungkinan 72% stroke, sedangkan jika ditemukan ketiganya maka kemungkinan merupakan serangan stroke adalah 85% (Disque, 2016). Ketiga temuan fisik ini adalah:

- a) **Facial Droop** diuji dengan membuat pasien tersenyum dan menunjukkan giginya. Jika senyuman itu asimetris atau tidak bergerak sama dengan sisi yang lain ini akan dianggap tidak normal.



Gambar 2.3. *Facial Droop* Pada Stroke Normal (kiri); Abnormal (kanan) (*Advanced Cardiac Life Support* (ACLS), 2018)

- b) **Arm drift** diuji dengan meminta pasien menutup mata mereka dan merentangkan kedua lengan lurus di depan tubuh mereka dengan telapak tangan menghadap ke atas selama 10 detik. Jika satu lengan tidak bergerak sama dengan yang lain atau jika satu lengan melayang ke bawah dibandingkan dengan yang lain, maka dianggap tidak normal.



Gambar 2.4. *Arm drift* Pada Stroke Normal (kiri); Abnormal (kanan) (*Advanced Cardiac Life Support* (ACLS), 2018)

- c) ***Slurred speech*** diuji dengan meminta pasien mengucapkan kata-kata tertentu, misalnya “ular melingkar di atas pagar”. Jika pasien mengucapkan kata-kata, menggunakan kata-kata yang salah, atau tidak dapat berbicara, maka akan dianggap tidak normal.

Poin penting dari penekanan untuk Langkah 1 adalah bahwa pemberitahuan awal ke rumah sakit penerima korban stroke (*early notification*) akan sangat berpotensi meningkatkan kecepatan penanganannya setelah tiba di bagian gawat darurat (AHA/ASA *Class I*, LoE B-R). Pasien dengan stroke harus diarahkan menuju layanan kesehatan terdekat dengan waktu transport paling minimal (AHA/ASA *Class I*, LoE B-NR).

- b. Protokol Stroke ACLS Langkah 2: Support jalan napas pasien (Intervensi Prehospital)
- 1) Support jalan napas pasien : Pastikan bahwa jalan napas korban stroke paten dan oksigen tambahan disediakan untuk mempertahankan saturasi oksigen lebih dari 94%.

- 2) Lakukan pengkajian CPSS sebelum sampai di RS (AHA/ASA *Class I*, LoE B-NR)
  - 3) Pemeriksaan gula darah: Karena hipoglikemia dapat mirip gejala stroke, pemeriksaan glukosa darah harus dilakukan saat perjalanan ke unit gawat darurat.
  - 4) Tetapkan waktu nol (*last known well time/LKWT*): menetapkan waktu terakhir yang diketahui bahwa status neurologis pasien normal.
  - 5) Triase dan Peringatan Pusat Stroke, petugas harus memberikan notifikasi pada rumah sakit penerima (AHA/ASA *Class I*, LoE B-NR), Pasien dengan skrining stroke positif dan / atau kecurigaan stroke yang kuat harus dibawa dengan cepat ke fasilitas perawatan kesehatan terdekat yang mampu mengelola IV alteplase (AHA/ASA *Class I*, LoE B-NR).
- c. Protokol stroke ACLS langkah 3 (intervensi dalam 10 menit kedatangan)
- 1) Kaji dan tangani ABC: Setelah perawatan jalan napas, status kardiovaskular harus dikaji dan dipantau untuk menyingkirkan semua kondisi yang mengancam jiwa. Intervensi harus mencakup EKG 12-lead (direkomendasikan tanpa menunda terapi IV alteplase, AHA/ASA *Class I*, LoE B-NR) untuk menyingkirkan infark miokard dan aritmia. Berikan oksigen jika diperlukan untuk mempertahankan saturasi oksigen lebih dari 94%. Juga, akses IV dapat ditetapkan saat ini jika belum selesai.
  - 2) Penurunan kesadaran pada pasien di atas sugestif diperlukannya tindakan untuk mempertahankan jalan nafas, termasuk pemasangan pipa orofaring, berikan bantuan ventilasi pada

pasien yang mengalami penurunan kesadaran atau disfungsi bulbar dengan gangguan jalan napas (AHA/ASA, *Class I*, Level of evidence C-EO), karena penurunan kesadaran dapat menyebabkan hipotonia pada faring sehingga beresiko terjadi obstruksi jalan napas akibat lidah jatuh ke belakang. Pemberian oksigen hanya dilakukan jika saturasi oksigen di bawah 94% (AHA/ASA, *Class I*, Level of evidence C-LD), pasien nonhipoksik tidak membutuhkan suplementasi oksigen (AHA/ASA, *Class III*: No Benefit, Level of evidence B-R). Penetapan jalur IV dapat dilakukan untuk memberikan akses pengambilan sampel darah ataupun terapi yang dibutuhkan.

- 3) Glukosa Darah: Jika tidak lengkap sebelum kedatangan di UGD, glukosa darah harus diperoleh untuk menyingkirkan hipoglikemia. Keadaan hipoglikemia harus segera dikoreksi pada kasus stroke iskemik akut (AHA/ASA *Class I*, LoE C-LD). Pemeriksaan glukosa darah harus dilakukan sebelum pemberian terapi fibrinolisis (IV alteplase) pada semua pasien (AHA/ASA *Class I*, LoE B-NR).
- 4) Skrining Neurologis : Skrining neurologis harus dilakukan dalam 10 menit setelah kedatangan. Skala stroke NIH adalah alat skrining 15 item yang digunakan untuk menentukan stroke dan tingkat keparahan stroke. Skrining neurologis (skala stroke NIH; AHA/ASA *Class I*, LoE B-NR) lebih kompleks daripada CPSS yang digunakan dalam penanganan di luar rumah sakit
- 5) CT scan kepala (AHA/ASA *Class I*, LoE B-NR): Setelah mendapatkan pemeriksaan stroke yang positif, CT scan kepala harus dilakukan. Tidak ada intervensi lain yang tidak

mengancam nyawa harus menunda CT scan, dan scan harus dibaca oleh dokter yang berkompeten ASAP (*as soon as possible*).

- 6) Aktifkan tim stroke atau ahli yang memenuhi syarat: Pada saat *CT scan* selesai, tim stroke harus siap untuk melakukan sisa intervensi di jalur stroke jika diindikasikan. Intervensi ini termasuk: *CT scan*, penilaian neurologis lengkap, administrasi terapi fibrinolitik, dan masuk ke unit stroke.

Oleh karena sebagian besar pasien stroke iskemi mengalami dehidrasi, maka mempertahankan volume cairan dengan pemberian cairan garam fisiologis melalui intra vena (hindari pemberian cairan hipotonik), untuk mengoptimalkan perfusi otak. Posisi kepala tempat tidur ditinggikan 30 derajat, hindari pemberian makanan atau cairan per oral dalam beberapa jam pertama, sampai dipastikan bahwa pasien tidak mengalami gangguan menelan (*disfagia*) (Kolegium Neurologi Indonesia, 2009).

- d. Protokol stroke ACLS langkah 4 (25 menit)
  - 1) Tinjau riwayat pasien, termasuk riwayat medis masa lalu.
  - 2) Lakukan pemeriksaan fisik.
  - 3) Tentukan waktu nol (*last known well time*) jika belum dilakukan
  - 4) Lakukan pemeriksaan neurologis untuk menilai status pasien menggunakan NIHSS atau Skala Neurologis Kanada
  - 5) *CT scan* harus diselesaikan dalam waktu 25 menit sejak kedatangan pasien di IGD dan harus dibaca dalam waktu 45 menit
- e. Protokol stroke ACLS langkah 5 (45 menit)



Dalam 45 menit setelah pasien tiba, spesialis harus memutuskan, berdasarkan *CT scan* atau MRI, jika ada perdarahan.

**Tabel 2.3.**

**Kandidat Terapi Fibrinolisis**

| <b>Ada Perdarahan</b>   | <b>Tidak Ada Perdarahan</b>   |
|---|---|
| Perhatikan bahwa pasien bukan calon penerima terapi fibrinolitik. | Putuskan apakah pasien adalah kandidat untuk terapi fibrinolitik.                             |
| Aturlah konsultasi dengan ahli saraf atau ahli bedah saraf.       | Tinjau kriteria untuk terapi fibrinolitik IV dengan menggunakan <i>checklist</i> fibrinolitik |
| Pertimbangkan transfer, jika tersedia                             | Ulangi pengkajian neurologi (NIHSS atau Skala Neurologis Kanada)                              |

Terapi fibrinolitik diberikan untuk merestorasi perfusi pada bagian otak yang mengalami iskemi (Burns, 2014). Semua pasien dengan stroke iskemik akut yang datang dalam 6 jam pasca onset gejala harus dievaluasi untuk mendapatkan terapi *tissue plasminogen activator* (tPA) secara intravena dan/atau terapi endovaskular akut. Terapi *tissue plasminogen activator* (tPA) secara intravena idealnya harus diberikan dalam 3 jam pasca onset gejala. Jika pemeriksaan CT scan tidak menunjukkan keadaan patologis, pasien memenuhi kriteria, tidak memiliki kontraindikasi terapi fibrinolisis, dan menunjukkan penurunan neurologis sugestif ke arah stroke iskemik akut, maka IV tPA harus diberikan (Hyzy, 2017). Jika pasien membaik dan kembali normal, fibrinolitik mungkin tidak diperlukan.

**1) Indikasi penggunaan terapi trombolitik (AHA/ASA Class I)**

- a) tanda dan gejala klinis konsisten dengan stroke iskemik akut

- b) onset gejala stroke tidak lebih dari 3 jam
- c) defisit fungsi neurologis yang jelas
- d) usia > 18 tahun

2) **Kontra Indikasi pemberian terapi trombolitik (AHA/ASA Class III)**

- a) Riwayat trauma kepala berat 3 bulan terakhir
- b) Adanya gejala yang menunjukkan kemungkinan perdarahan subarachnoid
- c) *CT scan* menunjukkan adanya perdarahan di otak
- d) Riwayat perdarahan intrakranial
- e) Tumor otak, aneurisma otak dan malformasi arteriovenosa
- f) Riwayat operasi kepala dan tulang belakang yang baru
- g) Tekanan darah sistolik >185 mmHg dan diastolik >110 mmHg
- h) Perdarahan internal yang aktif
- i) Trombosit <100.000/mm<sup>3</sup>
- j) Perdarahan gastrointestinal dan hematuria dalam 21 hari terakhir
- k) Pasien menggunakan obat-obat antikoagulan
- l) *Major surgery* dalam 14 hari terakhir

Kontra indikasi pemberian trombolitik tersebut di atas harus dikaji secara teliti sebelum terapi trombolitik dimulai.

f. Protokol stroke ACLS langkah 6 (60 menit)

Jika pasien adalah kandidat untuk terapi fibrinolitik, tinjau risiko dan manfaat terapi dengan pasien dan keluarga (komplikasi utama dari IV tPA adalah perdarahan intrakranial). Jangan memberikan antikoagulan atau pengobatan antiplatelet selama 24 jam setelah tPA sampai tindak lanjut *CT scan* pada 24 jam tidak

menunjukkan perdarahan intrakranial. Jika pasien bukan merupakan kandidat terapi tPA, maka berikan aspirin.

## **8. Komplikasi Stroke**

Penelitian menemukan bahwa selama masa setelah onset gejala hingga pasien sampai di rumah sakit, pasien akan mengalami perburukan neurologis. Hal ini ditandai dengan adanya penurunan tingkat kesadaran (*pre-hospital neurologic deterioration/PND*) berdasarkan *Glasgow Coma Scale* (GCS) hingga lebih dari dua digit selama fase EMS hingga sampai di IGD (Qureshi et al., 2005 dalam Slavin et al., 2018). Penelitian Slavin et al. menemukan bahwa PND terjadi pada 129 pasien dari total 1092 kasus stroke yang diambil sebagai sampel. PND semakin berpeluang terjadi pada pasien jenis kelamin perempuan, riwayat fibrilasi atrium, penggunaan obat antiplatelet selama sebelum onset, stroke hemoragik dan stroke subtipe subarachnoid, stroke iskemik dengan subtipe kardioembolik, skor GCS yang lebih rendah, dan gejala kejang (Slavin et al., 2018).

## **B. Keterlambatan Kedatangan Pasien Stroke di Rumah Sakit**

### **1. Definisi Keterlambatan Kedatangan Pasien Stroke di Rumah Sakit**

Keterlambatan kedatangan pasien stroke di rumah sakit (*pre-hospital delay*) dapat didefinisikan sebagai durasi waktu datang ke rumah sakit sejak onset gejala (Jin et al., 2012), maupun *last known well* (LKW) (Oostema et al., 2014) yang melebihi dari waktu yang seharusnya dapat dicapai, yaitu kurang dari 3 jam (Fassbender et al., 2013) berdasarkan rekomendasi *National Institute of Neurological Disorders and Stroke* (NINDS) (National Institute of Neurological Disorders and Stroke (NIDDS), 2009). Karena jangka waktu tersebut merupakan determinan penting dalam manajemen stroke selama fase akut (Miller et al., 2009), maka

dikenal istilah *time is brain* (Fassbender et al., 2013; Gomez, 1993). Hal ini didukung oleh AHA, yang merekomendasikan agar pasien stroke dapat menerima terapi trombolisis dalam waktu 4,5 jam sejak onset gejala (Mansfield, Inness, & Mcilroy, 2018).

Keterlambatan kedatangan di rumah sakit (*pre-hospital delay*) terdiri dari dua aspek, yaitu *decision delay* (disebut juga *patient delay*) dan *transport delay*. *Decision delay* adalah durasi waktu dari onset gejala hingga kontak medis pertama yang dilakukan oleh pasien ataupun keluarga. Jenis kontak medis dikategorikan sebagai: (1) panggilan telepon ke layanan medis darurat/*emergency medical service* (EMS); (2) panggilan telepon ke dokter layanan primer (dokter umum); (3) kunjungan ke tempat praktek dokter umum; dan (4) langsung menuju di IGD. Untuk pasien dengan *wake-up stroke* (merasakan atau ditemukan gejala stroke saat bangun tidur), waktu saat bangun dianggap sebagai waktu timbulnya gejala. Untuk pasien yang tidak dapat mencari bantuan karena penurunan kesadaran, waktu ketika mereka diidentifikasi mengalami hal tersebut dianggap sebagai waktu timbulnya gejala, karena hal tersebut merupakan waktu ketika bantuan medis mulai dicari. Sedangkan *transport delay* adalah durasi waktu yang dibutuhkan untuk memindahkan pasien dari tempat kejadian hingga sampai di IGD (Faiz et al., 2013).

## **2. Golden Hour Pada Penanganan Stroke dan Keterlambatan Kedatangan Pasien Stroke di Rumah Sakit**

Berdasarkan *cascade* waktu kejadian stroke akut dan terapi-terapi yang terkait dengan waktu (*time-dependent therapies*) antara lain *recombinant tissue plasminogen activator* (*rtPA*), maka terapi stroke akut harus dimulai setidaknya dalam 4,5 jam setelah onset stroke iskemik akut yang bertujuan untuk memperbaiki aliran darah otak dengan

menghancurkan bekuan (trombolitik) (Kim et al., 2016; Meretoja et al., 2014; Sobral et al., 2019). Bahkan, penelitian dari *database* stroke di *Stavanger University Hospital*, Amerika Serikat memberikan panduan agar terapi stroke dapat dimulai sejak 60 menit pertama pasca onset gejala, yang dinamakan sebagai *golden hour* (Advani et al., 2017). Namun, Advani et al. (2017) menyatakan bahwa hanya kurang dari 29% pasien stroke akut benar-benar tiba di instalasi gawat darurat dalam waktu 60 menit sejak onset gejala, yang diperparah dengan tingkat kesibukan IGD sehingga mengakibatkan sedikit sekali pasien yang benar-benar dirawat dalam waktu 60 menit dari onset gejala.

Berdasarkan ulasan di atas, maka dapat disimpulkan bahwa waktu kedatangan di rumah sakit sangat berpengaruh terhadap keberhasilan terapi. Namun, hal ini diakui sebagai kendala terbesar dalam manajemen stroke akut (Pulvers & Watson, 2017). Sebagaimana penelitian oleh Rachmawati et al. (2017) menemukan rerata keterlambatan kedatangan pasien di IGD adalah 23 jam 12 menit dengan maksimal keterlambatan mencapai 69 jam. Penelitian ini menggunakan desain *cross sectional* di Instalasi Gawat Darurat RSUD Ngudi Waluyo Wlingi pada 03 Mei -10 Juni 2016. Subjek penelitian adalah salah satu anggota keluarga (anak, suami, istri, cucu, saudara) dari semua penderita stroke iskemik akut yang mengetahui dan terlibat langsung membawa penderita ke IGD dalam 72 jam setelah serangan.

Penelitian oleh Barahama et al. (2019) pada pasien stroke iskemik dan stroke hemoragik di RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado, yang menemukan bahwa pasien yang datang lebih dari 24 jam di rumah sakit dengan sebanyak 112 dari 231 (48,5%) pasien dan yang tidak terlambat 119 pasien (51,5%), kategori terlambat apabila kedatangan pasien di

rumah sakit adalah >24 jam setelah onset gejala atau tidak terlambat jika datang  $\leq$ 24 jam setelah onset.

Sejalan dengan temuan tersebut, penelitian oleh Prasetyo (2018) di lima rumah sakit pemerintah di DKI Jakarta dengan responden pasien stroke (iskemik maupun hemoragik), serangan pertama maupun berulang, didapatkan data bahwa hanya 24.5% subyek yang datang tepat atau sebelum 3 jam dari onset stroke, selebihnya (75.4%) datang setelah melewati waktu 3 jam, bahkan 46 subyek datang setelah lewat 1 hari.

Penelitian oleh Al Khathaami et al. (2018) di Arab Saudi menemukan bahwa dari 227 pasien yang diwawancarai, 124 (54,6%) datang terlambat (> 4,5 jam) setelah serangan stroke dan 103 (45,4%) datang lebih awal (65 pasien tiba dalam waktu kurang dari 30 menit, 9 pasien tiba antara 90 sampai 180 menit, dan 29 pasien tiba setelah 180 menit).

Hasil penelitian di Korea menunjukkan bahwa keterlambatan kedatangan di rumah sakit masih terjadi pada pasien stroke dan jauh lebih besar dari yang dilaporkan sebelumnya. Median waktu dari onset gejala sampai kedatangan di rumah sakit adalah 5,8 jam hingga 7,9 jam (rata-rata, 13,2-15,9 jam) dalam penelitian sebelumnya di Korea, sedangkan dalam penelitian yang dimaksud, median waktu keterlambatan 9,1 jam (rata-rata, 22,83 jam) (D.-H. Kim et al., 2016).

### **3. Hubungan Kedatangan Pasien Stroke di Rumah Sakit Terhadap Outcome Pasien**

Penelitian menemukan bahwa selama masa setelah onset gejala hingga pasien sampai di rumah sakit, pasien akan mengalami perburukan neurologis. Hal ini ditandai dengan adanya penurunan tingkat kesadaran (*pre-hospital neurologic deterioration/PND*) berdasarkan *Glasgow Coma*

*Scale* (GCS) hingga lebih dari dua digit selama fase EMS hingga sampai di IGD (Qureshi et al., 2005 dalam Slavin et al., 2018). Penelitian Slavin et al. menemukan bahwa PND terjadi pada 129 pasien dari total 1092 kasus stroke yang diambil sebagai sampel. PND semakin berpeluang terjadi pada pasien jenis kelamin perempuan, riwayat fibrilasi atrium, penggunaan obat antiplatelet selama sebelum onset, stroke hemoragik dan stroke subtipe subarachnoid, stroke iskemik dengan subtipe kardioembolik, skor GCS yang lebih rendah, dan gejala kejang (Slavin et al., 2018).

Penanganan pasien stroke selama *golden hour* akan menurunkan mortalitas pada pada pasien stroke. Sebagaimana hasil penelitian menemukan bahwa mortalitas pasien stroke yang berusia  $\leq 79$  tahun adalah 0,0%; dan 7,1% pada pasien berusia 80 tahun ke atas, ketika diberikan perawatan pada masa *golden hour*. Angka mortalitas berbeda ditunjukkan pada pasien yang dirawat pada waktu jendela terapi kedua (61 menit hingga 180 menit), yaitu 1,5% pada pasien berusia  $\leq 79$  tahun, dan 6,5% pada pasien berusia 80 tahun ke atas. Temuan statistik yang signifikan ditemukan pada angka mortalitas pada pasien yang dirawat di waktu jendela terapi ketiga (181 menit-270 menit), yaitu 16,1% pada pasien berusia  $\leq 79$  tahun dan 22,3% pada pasien berusia 80 tahun ke atas ( $p < 0.005$ ) (Advani et al., 2017).

Lees et al. (2010) dalam Meretoja et al. (2014) menemukan bahwa perbandingan *odd ratio* (OR) pada pasien stroke akut yang menerima tPA dalam waktu  $< 1,5$  jam setelah onset gejala dengan pasien stroke akut yang menerima tPA dalam waktu 3-4,5 jam setelah onset gejala terhadap kemungkinan bebas dari disabilitas akibat stroke adalah 2,6:1,3. Hal ini berarti bahwa, kemungkinan disabilitas akibat stroke dapat diturunkan

ketika tPA diberikan segera setelah onset gejala, pada kasus di atas <1,5 jam setelah onset gejala.

Penelitian *cohort* Meretoja et al. (2014), pada 2258 pasien stroke akut, juga menemukan bahwa semakin cepat terapi tPA diberikan akan memberikan kemungkinan berkurangnya jumlah hari disabilitas akibat stroke. Dalam penelitian tersebut, satu menit lebih cepat dalam pemberian terapi tPA, akan berbanding dengan penurunan jumlah hari disabilitas akibat stroke, dengan rata-rata 1,8 hari. Hasil lainnya menemukan bahwa terapi yang diberikan satu menit lebih cepat akan menurunkan 0,6 hari disabilitas akibat stroke pada pasien berusia lanjut dan tingkat keparahan stroke berat; 0,9 hari pada pasien berusia lanjut dan tingkat keparahan ringan; 2,7 hari pada pasien berusia lebih muda dan tingkat keparahan ringan; dan 3,5 hari pada pasien berusia lebih muda dan tingkat keparahan berat. Penelitian ini juga menemukan bahwa capaian harapan hidup berdasarkan waktu pemberian terapi tPA yang lebih baik didapatkan oleh pasien termuda (<50 tahun), terutama pada pasien berjenis kelamin perempuan.

Keuntungan dari kedatangan yang lebih awal di rumah sakit juga berpengaruh dalam hal kelangsungan hidup jangka pendek (dalam penelitian tersebut ditetapkan satu bulan). Mortalitas jangka pendek akan meningkat secara signifikan setiap 60 menit penundaan. Sebanyak 512 pasien (27,7%) dapat tiba di IGD dalam 2 jam setelah onset gejala. Dalam penelitian ditemukan korelasi signifikan kedatangan yang lebih dini di IGD dengan penurunan resiko mortalitas setelah 1 bulan (*hazard ratio* 0,65; 95% CI 0,48-0,89;  $p=0,02$ ) (Denti et al., 2016).

Namun, faktor keterlambatan kedatangan ini tidak menjadi satu-satunya faktor yang mempengaruhi *outcome* pasien. *In-hospital delay* atau



waktu yang dihabiskan antara kedatangan pasien di IGD hingga dimulainya terapi trombolisis (*door-to-needle time [DTN time]*) juga akan mempengaruhi *outcome* pasien. AHA merekomendasikan agar DTN bisa dilakukan dalam waktu 60 menit sejak kedatangan di IGD. Namun, *in-hospital delay* secara langsung dipengaruhi oleh kebijakan dan protokol rumah sakit. Sehingga dalam upaya mencapai hal tersebut, maka diperlukan tenaga dan tim stroke yang terlatih dan terkoordinasi dengan baik. Selain itu, peningkatan kualitas dalam hal teknis maupun administratif juga menjadi aspek yang perlu dipertimbangkan (Rubio et al., 2016).

#### **4. Faktor Yang Mempengaruhi Keterlambatan Kedatangan Pasien**

##### **Stroke di Rumah Sakit**

Berbagai faktor dapat mempengaruhi keterlambatan kedatangan pasien stroke di rumah sakit, antara lain:

##### **a. Usia Pasien**

Faktor usia, secara statistik, ditemukan tidak signifikan mempengaruhi keterlambatan kedatangan pasien stroke di rumah sakit ( $p > 0,05$ ) (Faiz et al, 2014; Shin, An, & Sim, 2017; & Al Khathaami et al., 2018). Namun, terdapat kecenderungan bahwa pasien ataupun saksi mata dengan rata-rata 77 tahun cenderung akan memutuskan menunda ke rumah sakit, dan usia rata-rata 69 tahun akan cenderung menunda ke rumah sakit hingga 1 jam (Ruiz et al., 2018).

Hasil analisis regresi logistik oleh Zhou et al. (2017) mendapatkan temuan yang berbeda. Usia ditemukan mempunyai pengaruh signifikan terhadap kedatangan pasien di rumah sakit ( $p = 0,010$ ). Hasil penelitian tersebut menemukan bahwa pasien yang berusia  $\leq 65$  tahun dan tinggal di pedesaan cenderung akan mengalami penurunan tingkat keterlambatan dari  $> 6$  jam atau lebih (OR 0,735

pada CI 0,579–0,932), tetapi hal ini tidak terjadi pada tingkat keterlambatan >3 jam (OR 0,964 pada CI 0,752–1,237).

Penelitian Zhou et al. sejalan dengan temuan Faiz et al. (2013), namun dengan signifikansi yang berbeda. Dalam analisis multivariat penelitian tersebut, skor keparahan stroke NIHSS yang tinggi pada saat masuk ( $p < 0,001$ ), transportasi dengan ambulans ( $p < 0,001$ ) dan usia yang lebih muda ( $p < 0,048$ ) secara signifikan berkaitan dengan kedatangan yang lebih awal di rumah sakit. Penelitian lain menemukan bahwa usia pasien stroke >65 tahun, berkaitan dengan kedatangan yang lebih awal di rumah sakit, karena kesadaran terhadap gejala stroke yang lebih tinggi pada populasi lansia sebagai hasil dari pendidikan dan promosi kesehatan (Jin et al., 2012).

#### **b. Jenis kelamin pasien**

García Ruiz et al. (2018) menemukan bahwa dari 207 pasien stroke berjenis kelamin laki-laki, 97 (52,2%) orang di antaranya datang ke rumah sakit >3 jam setelah onset gejala. Sobral et al. (2019) menemukan 82 (56,2%) laki-laki stroke dan 64 (43,8%) wanita stroke datang terlambat di rumah sakit (>4,5 jam) ( $p=0,953$ ). Jin et al. (2012) melaporkan bahwa pasien stroke berusia >65 tahun dan berjenis kelamin wanita lebih mungkin tiba lebih awal di rumah sakit daripada pasien yang lebih muda dan berjenis kelamin laki-laki.

Analisis univariat pada penelitian oleh Ashraf et al. (2015) menunjukkan bahwa pasien wanita memiliki keterlambatan menuju rumah sakit yang lebih pendek. Penelitian tersebut menemukan bahwa dari 98 pasien perempuan yang mengalami stroke, 34 pasien di antaranya datang di rumah sakit <3 jam setelah onset gejala, sedangkan sisanya datang >3 jam setelah onset gejala.

Temuan ini berbeda dengan hasil analisis *chi square* oleh Madsen et al. (2016). Penelitian tersebut menemukan bahwa waktu kedatangan di rumah sakit pada pasien perempuan cenderung lebih panjang (rerata geometris 337 menit [95% CI 307- 369]) daripada pasien laki-laki (297 menit [95% CI 268-329]), dan ditemukan perbedaan signifikan, secara statistik, antara keduanya ( $p=0,05$ ), namun proporsi antara pasien perempuan dan laki-laki yang datang dalam 3 jam setelah onset gejala tidak menunjukkan perbedaan yang signifikan (24% versus 27%,  $p=0,15$ ).

Hasil berbeda ditemukan pada penelitian dengan populasi berusia lanjut. Yanagida et al. (2014) melakukan analisis regresi terhadap beberapa faktor yang mempengaruhi keterlambatan kedatangan pasien di rumah sakit. Hasilnya adalah bahwa pasien berusia  $>75$  tahun ( $p=0,031$ ) dan berjenis kelamin laki-laki ( $p=0,022$ ) akan mempengaruhi keterlambatan kedatangan pasien di rumah sakit. Dari 247 pasien laki-laki (52,7% dari total sampel) mempunyai median keterlambatan 11,8 jam (IQR 1,9 jam hingga 58,2 jam). Temuan ini disimpulkan bahwa orang lanjut usia cenderung mengabaikan tanda-tanda stroke ataupun merespons gejala tersebut secara tidak adekuat. Faktor jenis kelamin dalam keterlambatan ke rumah sakit, kemungkinan karena disebabkan oleh pengaruh kejadian stroke yang lebih dominan pada laki-laki daripada perempuan.

### **c. Tingkat pendidikan anggota keluarga**

Tingkat pendidikan rendah berpengaruh pada keterlambatan kedatangan pasien stroke di rumah sakit. Hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa terdapat hubungan bermakna antara tingkat pendidikan dengan keterlambatan kedatangan pasien stroke ke rumah

sakit ( $p= 0,010$ ) (Barahama et al., 2019). Tingkat pendidikan menjadi salah satu faktor penting karena pengaruhnya terhadap tingkat pengetahuan tentang stroke yang adekuat. Pengetahuan yang baik akan mempengaruhi cara pandang seseorang terhadap informasi baru yang diterimanya dan mempengaruhi perilaku seseorang untuk termotivasi melakukan sesuatu yang lebih baik (Obembe et al., 2014 dalam Rachmawati et al., 2017).

Sejalan dengan temuan tersebut, penelitian Sobral et al. (2019) di Portugal, juga menemukan bahwa dari pendidikan juga mempunyai kaitan terhadap keterlambatan kedatangan di rumah sakit ( $p=0,010$ ). Dari 222 responden yang diteliti, 146 responden (65,8%) terlambat datang di rumah sakit ( $>4,5$  jam setelah onset gejala). Responden yang berpendidikan 4-12 tahun menempati urutan tertinggi keterlambatan dengan jumlah 58 pasien, selanjutnya responden yang berpendidikan  $<4$  tahun 51 pasien, responden yang tidak berpendidikan (*illiterate*) 28 pasien, dan pasien berpendidikan  $>13$  tahun 9 pasien.

Hasil analisis multivariat secara regresi logistik ditemukan bahwa tingkat pendidikan berpengaruh signifikan terhadap keterlambatan kedatangan pasien stroke ke rumah sakit ( $p=0,001$ ) (Ashraf et al., 2015). Penelitian ini menemukan bahwa pasien stroke ataupun keluarganya yang mempunyai pendidikan tinggi akan datang ke rumah sakit lebih awal ( $<4$  jam) dibandingkan dengan mereka yang berpendidikan rendah (OR 5,14 dengan CI 1,95-13).

Hasil yang berbeda ditemukan oleh Prasetyo (2018). Dalam penelitiannya terhadap 110 subjek di lima rumah sakit pemerintah di Jakarta, Prasetyo tidak menemukan adanya hubungan antara tingkat pendidikan dengan keterlambatan kedatangan pasien stroke ke rumah

sakit ( $p=0,11$ ). Namun, tingkat keterlambatan yang didapatkan juga masih tinggi. Hasil penelitian tersebut menemukan hanya 27 orang (24,5%) yang datang dengan onset <3 jam. Sebagian besar pasien (75,5%) subyek datang setelah >3 jam onset, dengan presentasi terbanyak yakni onset setelah 1 hari (41.8%).

Hasil yang sama juga ditemukan oleh Al Khathaami et al. (2018), yang menemukan bahwa tidak terdapat signifikansi tingkat pendidikan terhadap keterlambatan kedatangan pasien stroke ke rumah sakit. Penelitian ini menggunakan 227 responden dari populasi pasien stroke iskemik dan hemoragik di *King Abdulaziz Medical City (KAMC)* di Riyadh, Arab Saudi. Sebanyak 124 responden (54,6%) datang terlambat (> 4,5 jam) setelah serangan stroke dan 103 responden (45,4%) datang lebih awal (65 pasien dalam waktu kurang dari 30 menit, 9 pasien antara 90 dan 180 menit; dan 29 pasien tiba setelah 180 menit). Namun, dari perbandingan nilai *odd ratio* (OR; CI 95%) didapatkan bahwa pasien stroke maupun keluarganya yang berpendidikan rendah mempunyai kemungkinan 1,7 kali lebih besar untuk terlambat datang di rumah sakit daripada orang yang berpendidikan tinggi. Sebagaimana temuan dalam penelitian tersebut, yaitu dari total 120 pasien stroke yang terlambat datang di rumah sakit, 90 pasien merupakan kelompok berpendidikan rendah.

#### **d. Jarak tempat tinggal pasien dan keluarga**

Jarak tempat tinggal, secara empirik, akan berpengaruh terhadap keterlambatan kedatangan pasien stroke di rumah sakit. Sebagaimana temuan dari Prasetyo (2018) yang menemukan hubungan signifikan antara jarak tempat tinggal dengan rumah sakit ( $p=0,01$ ). Penelitian tersebut dilakukan di lima rumah sakit pemerintah

di Jakarta. Namun, penelitian tersebut tidak mendeskripsikan secara rinci mengenai sebaran keterlambatan kedatangan pasien berdasarkan jarak tempat tinggal. Hasil diskusi dalam penelitian tersebut menyebutkan bahwa hal ini disebabkan oleh adanya alasan biaya yang jauh lebih murah ketika dibandingkan dengan rumah sakit swasta yang lebih dekat.

Pada analisis regresi multivariat dalam penelitian yang dilakukan oleh Ashraf et al. (2015) ditemukan bahwa penduduk yang jarak tinggalnya >15 kilometer dari rumah sakit mempunyai hubungan signifikan terhadap waktu kedatangan di rumah sakit ( $p=0,03$ , OR 2,70 pada CI 1,08-6,67). Hasil analisis univariat dalam penelitian tersebut ditemukan bahwa presentase responden yang jarak tempat tinggalnya <15 km dari rumah sakit dan bisa datang ke rumah sakit dalam waktu <4 jam adalah 40% pasien, dan 59,5% lainnya datang dalam waktu >4 jam. Sedangkan presentase responden yang jarak tempat tinggalnya >15 km dari rumah sakit dan bisa datang ke rumah sakit dalam waktu <4 jam adalah 17%, dan 83% lainnya datang dalam waktu >4 jam.

Arulprakash & Umaiorubahan (2019) menemukan bahwa jarak tidak secara signifikan mempengaruhi waktu kedatangan di rumah sakit ( $p=0,449$ ). Namun, responden yang mempunyai tempat tinggal >15 kilometer mempunyai rerata waktu kedatangan mencapai 16,2 jam dan menempati frekuensi yang cukup besar yaitu 50,5%. Hasil penelitian yang sama juga diperoleh oleh Barahama et al. (2019), dimana dalam analisis univariat tidak signifikan berpengaruh terhadap kedatangan di rumah sakit ( $p=0,458$ ).

Penelitian di Korea menemukan bahwa setidaknya 40 pasien yang terlambat datang di rumah sakit cenderung memutuskan untuk

berangkat dalam 2 jam setelah onset gejala, tetapi hanya 8 pasien saja yang bisa datang di rumah sakit dalam 3 jam. Dalam hal ini peneliti mendapatkan perbedaan yang signifikan pada rerata jarak tempat kejadian dengan rumah sakit pada kelompok yang tidak mengalami keterlambatan dengan kelompok sebaliknya (16,9 km vs 37,1 km,  $p < 0.001$ ) (Hong et al., 2011).

**e. Jenis transportasi**

Jenis transportasi yang dimaksud adalah jenis kendaraan yang digunakan saat menuju rumah sakit, baik kendaraan pribadi, angkutan umum, ataupun ambulans. Namun, perlu disadari bahwa pengembangan sistem transportasi, layanan EMS, maupun ketersediaan sarana dapat membuat hasil tidak valid dan inkonsisten dengan temuan-temuan sebelumnya (Jiang et al., 2016).

Jenis transportasi ditemukan mempengaruhi kedatangan pasien stroke di rumah sakit. Penggunaan layanan ambulans darurat akan meningkatkan kemungkinan kedatangan pasien di IGD dalam waktu yang dianjurkan (OR: 6,478; IQR 2,751-15,254), selain itu juga ditemukan mempunyai pengaruh signifikan terhadap kedatangan di rumah sakit ( $p=0,001$ ) (Sobral et al., 2019). Penelitian tersebut menemukan bahwa dari 146 pasien yang datang terlambat di IGD, 102 pasien datang tanpa menggunakan ambulans darurat. Dalam penelitian tersebut dinyatakan bahwa kondisi geografis dan jarak akan berpengaruh terhadap jumlah waktu yang digunakan untuk sampai di rumah sakit.

Penelitian di India, oleh Arulprakash & Umaiorubahan (2019), menemukan bahwa 142 pasien (71%) pergi ke rumah sakit dengan menggunakan ambulans, sementara 58 pasien (29%) menggunakan

moda transportasi lain. Namun, rerata jumlah waktu yang digunakan tidak menunjukkan perbedaan di antara kedua kelompok tersebut, yaitu 14,1 jam pada pasien dengan ambulans dan 12,3 jam pada pasien tanpa ambulans ( $p=0,893$ ). Sehingga, penelitian tersebut tidak memasukkan jenis transportasi dalam analisis lebih lanjut.

Studi kualitatif oleh Mellor et al. (2015) mengungkapkan bahwa pengalaman rawat inap sebelumnya dapat memengaruhi keinginan untuk berangkat ke rumah sakit. Seorang responden melaporkan bahwa pengalaman stroke yang sangat tidak menyenangkan, prosedur yang berbelit-belit, membuatnya tidak mau menggunakan ambulans yang datang, tetapi menunggu sehari sebelum pergi ke dokter keluarga. Padahal awalnya dia memanggil ambulans melalui layanan darurat.

Studi dengan metode campuran oleh Alalawi (2018) menemukan bahwa respon terhadap kedaruratan stroke sudah ideal, yaitu segera menuju rumah sakit. Mayoritas, (90,3%) menyatakan bahwa segera ke rumah sakit merupakan tindakan yang akan mereka lakukan saat terdapat kejadian stroke. Akan tetapi, hanya 7,6% responden yang berinisiatif memanggil ambulans terlebih dahulu. Penelitian ini dilakukan di Oman, dimana - disadari oleh Alalawi - memang tidak terdapat sistem manajemen darurat, dalam hal ini ambulans, kecuali saat terjadi kecelakaan. Sehingga, Alalawi menyimpulkan bahwa tindakan dan respons segera yang muncul setelah kejadian stroke adalah meminta atau menunggu anggota keluarga membawa korban ke rumah sakit atau institusi kesehatan terdekat.



Dalam hal ketidaktersediaan ambulans darurat, ditemukan bahwa pasien yang menggunakan mobil pribadi sampai lebih cepat di rumah sakit jika dibandingkan dengan ambulans ( $p=0,012$ ) (Abu-Hegazy, Elmenshawi, & Saad, 2016). Dari 102 pasien yang menggunakan ambulans, 57 pasien di antaranya datang terlambat di rumah sakit, sedangkan pengguna mobil pribadi (295 pasien), terdapat 115 pasien yang terlambat datang di rumah sakit.

**f. Waktu kejadian serangan stroke**

Gejala stroke dapat muncul kapan saja (Pulvers & Watson, 2017). Keterlambatan kedatangan pasien stroke dapat dipengaruhi oleh penundaan akibat munculnya gejala pada waktu malam hari ( $p=0,000$ ) (Hagiwara et al., 2014). Proporsi keterlambatan pada pasien dengan onset gejala pada malam hari adalah lebih tinggi dari pasien dengan onset gejala siang hari. Dari total 85 pasien yang mengalami onset pada malam hari, 66 pasien terlambat datang di rumah sakit. Pasien dengan onset gejala malam hari memiliki kecenderungan untuk mengalami keterlambatan kedatangan di rumah sakit (OR 3,882; CI 1,890-7,975).

Sejalan dengan hasil temuan di atas, Addo et al. (2012) menemukan bahwa pasien yang mengalami stroke pada malam hari lebih mungkin untuk datang lebih terlambat daripada pasien yang mengalami stroke pada siang hari (OR: 1,85; 95% CI:1,35-2,53). Terdapat perbedaan signifikan ( $p=0,002$ ) pada median waktu kedatangan pasien stroke berdasarkan onset gejala stroke yang dialami pasien. Median waktu pada pasien yang mengalami onset malam hari (542 pasien [38,9%]) adalah 6, 47 jam (1,92–13,03),

sedangkan pada pasien dengan onset gejala siang hari (850 pasien [61,1%]) adalah 3,98 jam (1,50-11,55).

Berbeda dengan temuan di atas, pasien stroke yang mengalami onset pada malam hari cenderung akan datang ke rumah sakit lebih cepat, (Jin et al., 2012). Sebanyak 646 (41,8%) datang dalam waktu kurang dari 3 jam ( $n=1546$ ), 1636 (35,9%) datang setelah 3 jam ( $n= 4556$ ) dengan signifikansi 0,001. Sedangkan dari kelompok 6 jam, sebanyak 898 (40,0%) datang dalam waktu kurang dari 6 jam ( $n=2244$ ), dan 1384 (35,9%) datang dalam waktu lebih dari 6 jam ( $n=3858$ ), dengan signifikansi yang sama, yaitu 0,001. Hasil analisis regresi ditemukan bahwa onset gejala pada malam hari adalah salah satu faktor yang mendorong pasien datang ke rumah sakit lebih cepat, untuk waktu <3 jam ditemukan OR 1,12 dengan CI 0,98–1,28 ( $p=0,10$ ), dan untuk waktu <6 jam ditemukan OR 1,00; CI 0,88–1,13 ( $p=0,97$ ). Perbedaan di atas dikaitkan dengan adanya persentase lebih besar dari pasien yang meminta layanan ambulans pada kejadian onset gejala malam hari dibandingkan dengan onset gejala siang hari (28% berbanding 21%,  $p=0,001$ ).

Namun, Koksal et al. (2014) melakukan penelitian di Italia pada 113 pasien stroke yang mendatangi UGD. Penelitian tersebut menemukan bahwa tidak terdapat perbedaan waktu kedatangan pasien stroke di rumah sakit, baik pada pasien dengan onset gejala di siang hari maupun malam hari ( $p=0,22$ ). Hasil uji regresi juga menemukan bahwa waktu kejadian siang hari pun tidak berpengaruh signifikan pada waktu kedatangan di rumah sakit ( $p=0,15$ ). Walaupun dalam proporsi ditemukan bahwa terdapat 22 pasien yang datang >3 jam dari total 31 pasien.

#### **g. Tingkat pendapatan keluarga**

Besarnya biaya langsung yang harus dikeluarkan untuk perawatan stroke akut dan rehabilitasinya merupakan tantangan terbesar bagi pasien dan keluarganya, termasuk juga biaya tidak langsung akibat kehilangan produktivitas pasien dan keluarganya (Snozzi et al., 2014). Pada tahun 2007, di Indonesia, rata-rata biaya terapi total (dalam ribuan) untuk stroke iskemik Rp 4.340,00 dan hemoragik Rp 5.300,00, dimana biaya obat stroke iskemik rata-rata sebesar Rp 1.728,45 dan stroke hemoragik sebesar Rp 2.121,59 (Damayanti, 2010). Temuan lainnya adalah rata-rata tarif INA-CBG's pasien stroke sebesar Rp 4.290.000 dengan standar deviasi Rp 1.133.000, tarif terendah adalah Rp 2.906.500 dan tertinggi Rp 7.094.800 dengan rata-rata lama hari rawat pasien stroke adalah 5,79 hari atau 6 hari (Mahulae & Ilyas, 2018). Diperkirakan antara 2015 dan 2035, biaya perawatan stroke secara langsung adalah 36,7 miliar dolar hingga 94,3 miliar dolar, dan semakin mahal pada pasien usia di atas 80 tahun (Chamberlain, 2019).

Tingkat pendapatan akan berdampak pada kemampuan keluarga maupun pasien dalam menyediakan biaya pengobatan. Kurangnya uang yang tersedia untuk membayar biaya rumah sakit pada saat stroke ditemukan menjadi prediktor signifikan dari keterlambatan presentasi rumah sakit (OR, 6,64; 95% CI, (2,05-21,53);  $p = 0,002$ ) (Seremwe et al., 2017). Penelitian di Zimbabwe tersebut menemukan bahwa terdapat 57 pasien yang terlambat datang di rumah sakit (>3 jam setelah onset) karena tidak tersedianya biaya perawatan, walaupun 11 pasien masih memutuskan untuk datang lebih cepat di rumah sakit (<3 jam setelah onset).

Sejalan dengan temuan tersebut, hasil wawancara kepada responden yang datang dengan lama waktu 315 menit (melebihi *golden hour*; >4,5 jam) didapatkan data bahwa sebagian besar responden menunggu keluarga lain yang mengambil keputusan dan merupakan penganggung biaya pasien (Rahmina, et al., 2018). Demikian pula, walaupun secara statistik tidak terdapat signifikansi antara keterlambatan di rumah sakit dengan pembiayaan ( $p=0,60$ ), dalam temuannya di lima rumah sakit pemerintah di Jakarta, Prasetyo (2018) menyatakan bahwa faktor pembiayaan menjadi salah satu pertimbangan ketika akan menuju rumah sakit. Sehingga, walaupun jarak tempat tinggal jauh dengan rumah sakit, pasien memilih untuk mendapatkan perawatan yang lebih murah.

Menurut Badan Pusat Statistik, pendapatan meliputi upah dan gaji atas jam kerja atau pekerjaan yang telah diselesaikan, upah lembur, semua bonus dan tunjangan, perhitungan waktu-waktu tidak bekerja, bonus yang dibayarkan tidak teratur, penghargaan; dan nilai pembayaran sejenisnya, dimana terdapat dua komponen. Sedangkan pendapatan rumah tangga adalah pendapatan yang diterima oleh rumah tangga bersangkutan baik yang berasal dari pendapatan kepala rumah tangga maupun pendapatan anggota-anggota rumah tangga. Pendapatan rumah tangga dapat berasal dari balas jasa faktor produksi tenaga kerja (upah dan gaji, keuntungan, bonus, dan lain lain), balas jasa kapital (bunga, bagi hasil, dan lain lain), dan pendapatan yang berasal dari pemberian pihak lain (transfer) (Badan Pusat Statistik, 2019).

Pada tahun 2018, tercatat pendapatan per kapita penduduk Indonesia mencapai 56 juta rupiah per tahun, atau sekitar 4,6 juta

rupiah per bulan (Kata Data, 2019). Namun, penelitian dalam topik pengeluaran biaya kesehatan yang dilakukan oleh Iqbal (2013) menemukan bahwa rumah tangga kelompok miskin (tingkat ekonomi rendah) banyak terdapat di Pulau Jawa, yaitu mencapai 26% dari populasi. Penelitian Iqbal tersebut juga menemukan bahwa penduduk di Pulau Jawa harus mengeluarkan biaya kesehatan yang lebih besar jika dibandingkan dengan penduduk di luar Pulau Jawa. Seiring peningkatan kejadian stroke pada keluarga dengan status ekonomi rendah (Li, 2008 dalam Addo, Ayerbe, et al., 2012), maka kondisi ekonomi keluarga menjadi pertimbangan tersendiri ketika membutuhkan kunjungan ke tenaga medis saat terjadi kondisi akut (Iqbal, 2013).

#### **h. Status tinggal pasien**

Status tinggal adalah adanya orang lain yang tinggal bersama pasien, baik suami/istri, anak, maupun anggota keluarga lainnya. Faktor ini perlu diteliti karena pasien yang tinggal seorang diri ditemukan lebih lama kedatangannya di rumah sakit hingga mencapai dua kali lipat. Penelitian tersebut menemukan gambaran jumlah pasien stroke yang tinggal sendirian tanpa keluarga, yaitu sebanyak 63,6% subyek tinggal bersama orang lain dan hanya 36,4% pasien yang tinggal seorang diri. Masih eratnya hubungan kekeluargaan pada budaya Indonesia kemungkinan besar menyebabkan hal tersebut, sehingga lebih cenderung untuk tinggal bersama orang lain dibanding dengan tinggal seorang diri. Dalam penelitian tersebut juga ditemukan bahwa terdapat hubungan signifikan antara status tinggal dengan keterlambatan pasien di rumah sakit ( $p=0,05$ ). Budaya kekeluargaan

Indonesia yang sangat kuat dapat membantu mempercepat kedatangan pasien stroke (Prasetyo, 2018).

Sejalan dengan hal tersebut, ditemukan bahwa pasien stroke yang tinggal sendiri berpengaruh terhadap keterlambatan datang ke rumah sakit daripada pasien yang tinggal dengan keluarganya. Dalam penelitiannya, Al Khathaami et al. menemukan bahwa pasien yang tinggal sendiri berpotensi lebih besar untuk terlambat datang di rumah sakit ketika mengalami serangan stroke (OR 14,9 CI 1,8–123,6). Dari 12 pasien stroke yang tinggal sendirian tanpa keluarga, 11 di antaranya datang terlambat >4,5 jam saat serangan terjadi. Proporsi yang tidak jauh berbeda juga ditemukan pada pasien yang tinggal bersama keluarga, dimana dari 215 pasien, 113 pasien datang terlambat di rumah sakit, sedangkan sisanya (102 pasien) datang dalam waktu yang disepakati (<4,5 jam) keluarga (Al Khathaami et al., 2018).

Penelitian lainnya juga menemukan bahwa pasien stroke yang tinggal sendirian (OR 0,40,  $p=0,005$ ), ataupun hanya bersama pasangan hidup (OR 0,51,  $p= 0,017$ ) akan menjadi faktor keterlambatan kedatangan di rumah sakit. Pasien yang tinggal sendirian (91 pasien) mempunyai median keterlambatan hingga 14,8 jam, sedangkan pasien yang hanya tinggal dengan pasangannya (160 pasien) mempunyai median keterlambatan hingga 18,9 jam. Dari hasil analisis multivariat ditemukan signifikansi hubungan antara status tinggal pasien dengan keterlambatan di rumah sakit ( $p=0,003$  pada kelompok pasien yang tinggal sendiri dan  $p<0,001$  pada kelompok pasien yang hanya tinggal dengan pasangannya) (Yanagida et al., 2014).

Hasil berbeda ditemukan pada penelitian yang dilakukan oleh Hong et al. (2011). Penelitian ini menemukan bahwa tidak ada perbedaan signifikan antara pasien yang tinggal sendiri maupun dengan keluarga terhadap waktu kedatangan di rumah sakit ( $p=0,767$ ). Namun, dalam proporsi yang ditampilkan menunjukkan bahwa dari 25 pasien yang tinggal sendiri tanpa keluarga, 21 pasien datang di rumah sakit >3 jam setelah onset, dan sisanya datang dalam waktu <3 jam setelah onset.

**i. Kesadaran keluarga terhadap tanda peringatan gejala stroke**

Ketika terjadi serangan stroke, pengetahuan tentang gejala stroke dini pada orang yang belum mengalami stroke tidak akan setara dengan kemampuan pasien ataupun saksi yang sudah mengenali gejala awal stroke (Jiang et al., 2016). Pengetahuan tentang faktor risiko stroke sangat penting untuk meningkatkan kesadaran dalam rangka pencegahan stroke baik primer maupun sekunder sehingga individu mampu mengubah atau memodifikasi faktor risiko, dengan demikian akan menurunkan risiko stroke atau penyakit kardiovaskuler yang lain, menurunkan biaya perawatan dan mencegah terjadinya kecacatan. Pengetahuan tentang gejala stroke ini sangat penting untuk mengenali adanya serangan stroke, sehingga konsekuensinya adalah pasien harus segera ke instalasi gawat darurat atau rumah sakit (Rachmawati et al., 2017).

Faiz et al. (2014) tidak menemukan signifikansi hubungan antara pengetahuan dengan *decision delay* dan penggunaan EMS. Jiang et al. (2016) juga menyatakan bahwa tidak semua pasien, yang menyadari bahwa gejala awal yang mereka alami merupakan serangan stroke, melaporkan ke EMS untuk segera diberangkatkan ke rumah

sakit. Namun temuan lainnya menemukan keterkaitan tersebut. Dimana terdapat hubungan positif antara pengetahuan terhadap tanda peringatan gejala stroke dengan niatan menghubungi nomor darurat (dalam hal ini 911) ( $p=0,001$ ). Namun, hanya 17,6% responden yang melapor ke EMS, walaupun memiliki pengetahuan yang adekuat. Meskipun penelitian tersebut menemukan bahwa pengetahuan tentang tanda-tanda peringatan stroke menghasilkan peningkatan signifikan dalam peluang menelepon EMS, hanya terdapat asosiasi yang rendah dalam hal tersebut (OR 1,17-1,39). Temuan tersebut menunjukkan bahwa terdapat keterkaitan yang hilang antara pengetahuan tentang tanda-tanda peringatan stroke dan niat untuk menghubungi EMS dalam menanggapi tanda-tanda gejala stroke (Fussman et al., 2010).

Al Khathaami et al. (2018) menemukan bahwa ketidakpahaman pasien terhadap gejala yang dialaminya akan berpengaruh terhadap dengan keterlambatan kedatangan di rumah sakit (OR 4,2; 95%CI 2,0–8,7). Dari 51 pasien yang tidak mengenali tanda peringatan gejala stroke, 40 di antaranya datang >4,5 jam setelah onset gejala. Dalam analisis multivariat dengan regresi logistik, faktor ini ditambah dengan faktor sendiri saat onset gejala, tidak menggunakan ambulans, dan tinggal di luar kota, merupakan faktor yang signifikan secara independen sebagai prediktor keterlambatan kedatangan di rumah sakit pasca onset gejala.

Prasetyo (2018) menyatakan bahwa pengetahuan akan berkontribusi terhadap perubahan perilaku kesehatan, dalam hal ini pengetahuan pasien mengenai stroke. Akan tetapi, Prasetyo tidak menemukan hubungan yang signifikan antara pengetahuan tentang stroke dengan keterlambatan kedatangan di rumah sakit. Namun,



dalam penelitiannya, Prasetyo menemukan bahwa 66,4% pasien dan 61,8% keluarga pasien stroke sebelumnya belum pernah memperoleh informasi mengenai stroke. Prasetyo mengajukan sepuluh pertanyaan mengenai stroke, meliputi definisi, faktor risiko, gejala, tindakan, dokter yang dituju, komplikasi, antisipasi, kedaruratan, pencegahan, dan rehabilitasi stroke. Namun, dari kesepuluh pertanyaan yang diajukan, hanya 19,1% responden yang memiliki tingkat pengetahuan yang baik (skor 8-10), 22,7% memiliki tingkat pengetahuan cukup (skor 6-7), dan 58,2% dengan tingkat pengetahuan kurang (skor < 6). Sebagian besar subyek mengetahui tindakan yang benar, dokter yang dituju, kedaruratan, pencegahan, dan rehabilitasi penyakit stroke. Namun, sebagian besar subyek tidak mengetahui definisi, faktor risiko, gejala, komplikasi, maupun antisipasi stroke.

Temuan di atas menunjukkan pentingnya penyedia pelayanan kesehatan untuk lebih menggalakkan berbagai penyuluhan mengenai stroke, baik berupa kampanye publik maupun program pendidikan, sehingga tingkat kewaspadaan masyarakat akan meningkat sehingga mereka akan merubah perilaku kesehatannya (Prasetyo, 2018), terutama pada kelompok pasien beresiko tinggi dan termasuk keluarganya (Al Khathaami et al., 2018).

#### **j. Respon keluarga**

Dalam keadaan akut, anggota keluarga akan menjadi orang yang pertama kali melakukan kontak dengan pasien yang mengalami serangan stroke, baik saat serangan, maupun setelah serangan. Rachmawati et al. (2017) menemukan bahwa keluarga cenderung menunggu dan membiarkan (32,8%) ketika terjadi serangan stroke, yang didukung dengan banyaknya jumlah responden yang memiliki

pengetahuan di bawah nilai rata-rata populasi (62,7%), sehingga mengakibatkan keterlambatan kedatangan di rumah sakit.

Temuan Rachmawati et al. tersebut juga didukung oleh temuan dari Sim et al. (2016), yaitu sebanyak 39,3% pasien dan 18,8% *significant others* (pasangan) pada awalnya menganggap gejala awal yang dialami pasien tidaklah serius. Alasan paling umum yang dilaporkan terhadap keterlambatan kedatangan di rumah sakit adalah karena mereka tidak mengetahui urgensi bantuan medis segera terhadap gejala stroke yang dialami (31%) ataupun karena mengalami gejala yang tidak jelas (20,5%) (Sim et al., 2016). Dalam analisis regresinya, Sim et al. menemukan bahwa pasien maupun keluarga yang tidak mengenali urgensi pertolongan segera terhadap gejala stroke (55 keterlambatan; 42,3%;  $p=0,000$ ), pasien tidak menunjukkan gejala yang tidak jelas (33 keterlambatan; 25,4%;  $p=0,004$ ), ataupun gejala yang muncul dianggap tidak serius (62 keterlambatan; 48,1%;  $p=0,000$ ) akan menjadi faktor pendukung terhadap keterlambatan kedatangan di rumah sakit.

Penelitian di Zimbabwe menemukan bahwa walaupun 50% responden menganggap bahwa stroke merupakan penyakit serius, namun tidak semua dari mereka datang ke rumah sakit dalam waktu yang diharapkan. Peneliti dalam penelitian tersebut memperkirakan bahwa faktor ketersediaan dana sebagai faktor yang paling berperan dalam penundaan ke rumah sakit, karena penelitian dilakukan pada saat Zimbabwe mengalami krisis ekonomi yang berat. Seiring temuan, bahwa ketersediaan dana mempunyai signifikansi yang cukup kuat terhadap keterlambatan kedatangan di rumah sakit ( $p=0,002$ ) (Seremwe et al., 2017).

Penelitian lainnya menemukan bahwa keterlambatan kedatangan di rumah sakit secara signifikan lebih lama pada pasien yang mengenali gejala mereka sendiri, padahal pasien diharapkan lebih cepat mengenali gejala mereka sendiri daripada orang lain (OR 0,50,  $p=0,025$ ). Penjelasan yang mungkin adalah bahwa pasien memiliki ketakutan terhadap penyakit kritis yang mungkin memerlukan perawatan di rumah sakit, sehingga mereka berharap gejalanya akan menghilang. Sebaliknya, orang lain dapat secara objektif memutuskan bahwa pasien harus segera pergi ke rumah sakit ataukah tidak (Yanagida et al., 2014).

Respon keluarga yang tidak sesuai ketika menghadapi serangan stroke akan berpengaruh terhadap pengambilan keputusan yang memanjang (*decision delay*), sehingga mengakibatkan keterlambatan ke rumah sakit seiring semakin banyaknya waktu yang digunakan untuk pengambilan keputusan. Menurut Faiz et al. (2014) menemukan bahwa *decision delay* mempengaruhi keterlambatan kedatangan pasien stroke hingga 62,3%. Hal ini mengindikasikan bahwa setidaknya setengah dari kejadian keterlambatan di rumah sakit merupakan akibat dari keengganan untuk mencari bantuan medis setelah onset gejala. Secara matematis, berdasarkan hasil penelitian oleh Faiz et al., *decision delay* memakan hampir 50% waktu keterlambatan. Sebagai contoh, pada pasien yang tidak menggunakan EMS, median keterlambatan mencapai 505 menit (IQR 215-1481 menit) dengan median *decision delay* mencapai 270 menit (IQR 90-1170 menit).

## 5. Upaya Menurunkan Keterlambatan Kedatangan Pasien Stroke di Rumah Sakit

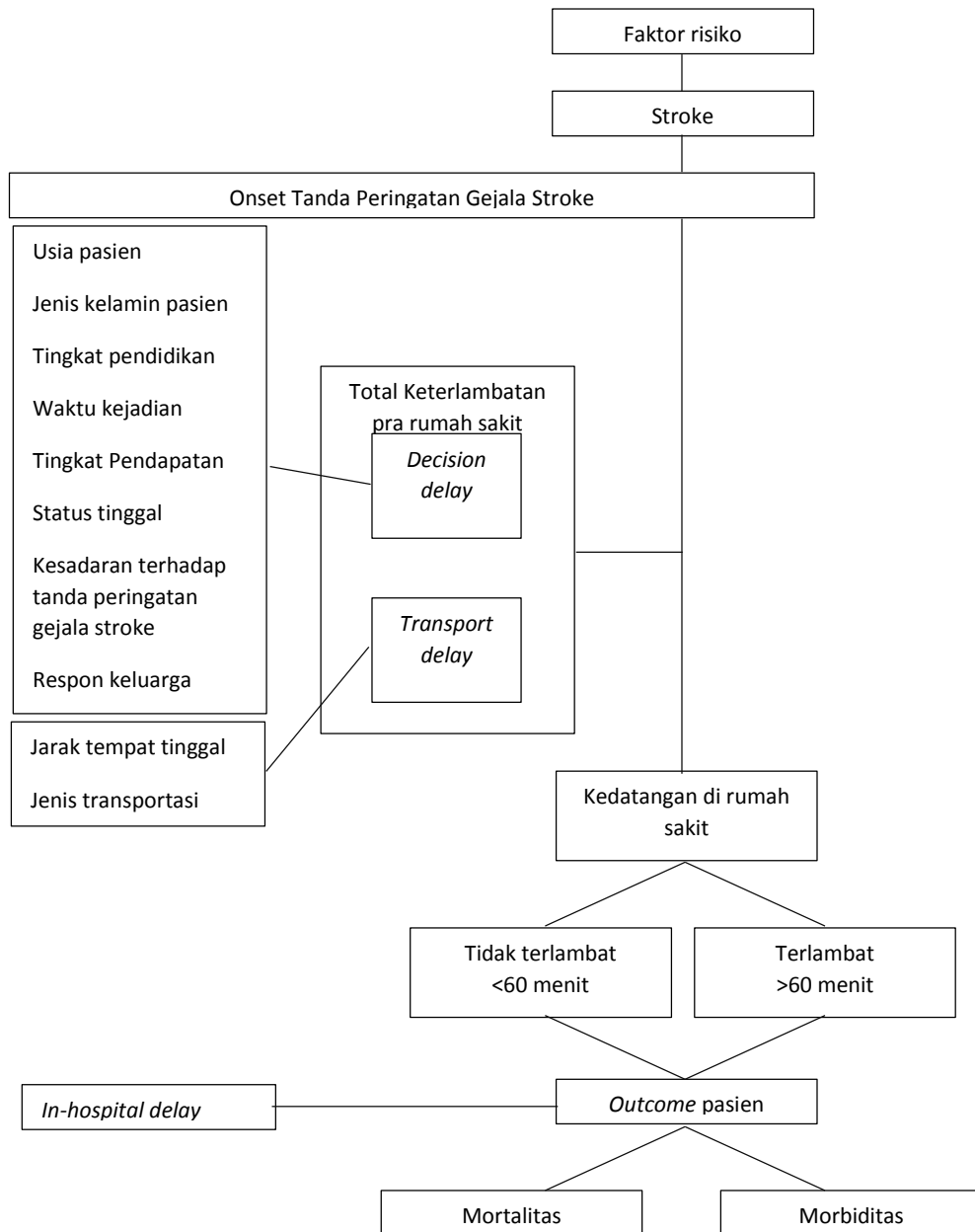
Temuan berbagai penelitian di atas menunjukkan bahwa sangat penting bagi pasien gangguan serebrovaskular yang dirawat di rumah sakit untuk mendapatkan paparan informasi yang tepat selama rawat inap. Informasi tersebut harus mencakup tentang faktor risiko stroke, gejala khas, dan pentingnya tindakan segera dan tepat. Hal tersebut disebabkan karena rendahnya kesadaran masyarakat terhadap faktor resiko maupun tanda gejala stroke. Informasi yang diberikan harus menekankan adanya pengobatan efektif yang bersifat *time-dependent* yang dapat meningkatkan hasil dan mengurangi kecacatan. Selain itu, keluarga dan kerabat, sebagai orang yang terdekat dengan pasien, juga harus menerima informasi tersebut karena keluarga sering terlibat dalam pengambilan keputusan setelah timbulnya gejala (Faiz et al., 2014).

Kampanye pengenalan stroke melalui pendidikan kesehatan juga diharapkan ditargetkan pada personel EMS agar menjadi 'suplemen' dalam usaha menurunkan kejadian keterlambatan kedatangan pasien stroke di rumah sakit, bersamaan dengan penguatan sistem pelayanan stroke akut. Peningkatan jejaring dokter keluarga dengan pusat layanan stroke juga diperlukan dalam rangka memfasilitasi komunikasi dan konsultasi dengan spesialis stroke, dan memfasilitasi sistem transportasi darurat antara klinik terpencil dengan pusat stroke (Al Khathaami et al., 2018).

Dalam rangka mengubah perilaku penggunaan layanan darurat (EMS) pada saat terjadi serangan stroke diperlukan beberapa elemen pelengkap, tidak hanya pengetahuan yang memadai tentang gejala stroke, tetapi juga keyakinan bahwa menelepon layanan darurat akan memberikan hasil yang lebih baik, dan mengurangi hambatan yang mencegah tindakan,

seperti biaya dan rasa malu ketika memanggil ambulans. Sehingga timbul motivasi yang menggambarkan elemen-elemen penting semacam efikasi diri maupun ekspektasi hasil. Upaya pendidikan juga harus bertujuan untuk mengurangi tingkat ketakutan yang terkait dengan stroke dan memotivasi masyarakat untuk merespons secara cepat gejala stroke melalui penjelasan deskripsi hubungan respons cepat dengan hasil perawatan kesehatan yang meningkat. Selain itu, upaya pendidikan juga diarahkan untuk menjelaskan manfaat transportasi EMS dibandingkan dengan transportasi pribadi dalam memaksimalkan perawatan stroke akut, terutama pada keluarga, tetangga, dan teman-teman pasien. Karena anggota keluarga dan teman-teman lebih mungkin untuk menelepon layanan darurat daripada subyek yang terkena stroke. Dalam rangka meningkatkan efektivitas intervensi pendidikan stroke berbasis komunitas, maka diperlukan penelitian lebih lanjut untuk memahami peran faktor sosial, kognitif, dan emosional yang berkontribusi terhadap keterlambatan kedatangan pasien stroke di rumah sakit. Secara khusus, sangat dibutuhkan studi yang membahas pengaruh faktor-faktor seperti penolakan, malu, biaya, dan sikap budaya pada motivasi untuk menghubungi layanan darurat (Fussman et al., 2010).

### C. Kerangka Teori



Gambar 2.5. Kerangka Teori

(Zhou et al., 2017; Yanagida, Fujimoto, Inoue, & Suzuki, 2014; Barahama et al., 2019; Prasetyo, 2018; Sobral et al., 2019; Addo et al., 2012; Seremwe et al., Sim, Shin, An, & Todd, 2016; Rachmawati et al., 2017; Advani et al., 2017; Meretoja et al., 2014; Denti et al., 2016)



untuk melakukan kontak dengan tenaga medis (maupun layanan kesehatan) pertama kali sejak onset gejala stroke. Sedangkan *transport delay* adalah waktu yang diperlukan untuk memindahkan pasien dari tempat kejadian hingga mencapai instalasi gawat darurat (IGD) rumah sakit, baik dengan menggunakan ambulans maupun kendaraan lain. Keterlambatan kedatangan pasien stroke di rumah sakit dipengaruhi oleh beberapa faktor, antara lain usia pasien, jenis kelamin pasien, tingkat pendidikan anggota keluarga, jarak tempat tinggal pasien ataupun keluarga yang menjadi tempat kejadian serangan stroke, jenis transportasi, waktu kejadian, tingkat pendapatan keluarga, status tinggal pasien, respon keluarga, dan kesadaran keluarga terhadap tanda peringatan gejala stroke. Keterlambatan kedatangan pasien stroke di rumah sakit akan mempengaruhi *outcome* pasien, berupa mortalitas maupun moriditas. Namun, *outcome* pasien juga dipengaruhi oleh faktor lainnya, yaitu *in-hospital delay*.

### **C. Hipotesis penelitian**

Hipotesis penelitian adalah jawaban sementara dari rumusan masalah atau pertanyaan penelitian (Nursalam, 2017). Berdasarkan uraian latar belakang dan tinjauan pustaka, maka disusun hipotesis mayor dan minor dalam penelitian sebagai berikut:

#### **1. Hipotesis mayor**

Usia pasien, jenis kelamin pasien, tingkat pendidikan anggota keluarga, jarak tempat tinggal pasien ataupun keluarga yang menjadi tempat kejadian serangan stroke, jenis transportasi, waktu kejadian, tingkat pendapatan keluarga, status tinggal pasien, kesadaran keluarga terhadap tanda peringatan gejala stroke, dan respon keluarga



berpengaruh terhadap keterlambatan kedatangan pasien stroke di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Bangil.

## **2. Hipotesis Minor**

- 1) Usia pasien di atas 55 tahun berpengaruh terhadap keterlambatan kedatangan pasien stroke di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Bangil.
- 2) Pasien berjenis kelamin perempuan berpengaruh terhadap keterlambatan kedatangan pasien stroke di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Bangil.
- 3) Tingkat pendidikan anggota keluarga yang rendah berpengaruh terhadap keterlambatan kedatangan pasien stroke di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Bangil.
- 4) Jarak tempat tinggal pasien ataupun keluarga yang menjadi tempat kejadian serangan stroke >10 kilometer berpengaruh terhadap keterlambatan kedatangan pasien stroke di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Bangil.
- 5) Jenis transportasi bukan ambulans berpengaruh terhadap keterlambatan kedatangan pasien stroke di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Bangil.
- 6) Waktu kejadian malam hari berpengaruh terhadap keterlambatan kedatangan pasien stroke di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Bangil.
- 7) Tingkat pendapatan keluarga rendah berpengaruh terhadap keterlambatan kedatangan pasien stroke di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Bangil.

- 8) Status tinggal pasien sendirian berpengaruh terhadap keterlambatan kedatangan pasien stroke di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Bangil.
- 9) Kesadaran keluarga terhadap tanda peringatan gejala stroke yang rendah berpengaruh terhadap keterlambatan kedatangan pasien stroke di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Bangil.
- 10) Respon keluarga yang tidak adekuat berpengaruh terhadap keterlambatan kedatangan pasien stroke di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Bangil.

## BAB IV

### METODOLOGI PENELITIAN

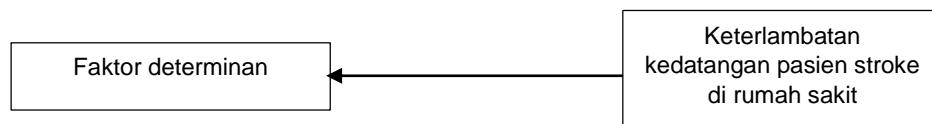
#### A. Jenis dan Rancangan Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian analitik observasional, sehingga pada penelitian ini hanya dilakukan pengukuran terhadap variabel-variabel yang diteliti saja tanpa memberikan perlakuan atau intervensi. Pengumpulan data dilakukan secara *retrospektif* dengan menggunakan rancangan penelitian *cross sectional*, untuk menguji hubungan atau pengaruh antara faktor risiko dengan terjadinya sebuah efek, dalam hal ini keterlambatan kedatangan pasien stroke di rumah sakit.



Gambar 4.1. Konsep Rancangan Penelitian Retrospektif  
(Nursalam, 2017)

Pada penelitian ini dilakukan penelusuran faktor paparan ke belakang, yaitu faktor yang mempengaruhi keterlambatan kedatangan pasien stroke di rumah sakit dengan mempelajari hasil kuesioner yang disebarakan pada responden penelitian.



Gambar 4.2. Bagan Rancangan Penelitian

## B. Populasi Studi

Populasi adalah suatu subjek yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan untuk dijadikan sebagai sampel dalam penelitian (Nursalam, 2017). Populasi dari penelitian ini adalah semua anggota keluarga pasien stroke yang terlibat dalam perawatan pasien di Ruang Krissan Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Bangil.

## C. Sampel

Sampel yang digunakan pada penelitian ini adalah seluruh keluarga pasien stroke (anak, istri, suami, dan kerabat) yang memiliki kriteria inklusi seperti di bawah ini. Kriteria inklusi adalah ciri-ciri yang harus dipenuhi oleh setiap anggota populasi yang dapat diambil sebagai sampel. Sedangkan kriteria eksklusi adalah ciri-ciri anggota populasi yang tidak dapat diambil sebagai sampel.

### 1. Kriteria inklusi

- 1) Anggota keluarga, ataupun kerabat yang terlibat perawatan pasien.
- 2) Mempunyai anggota keluarga yang menjadi pasien stroke yang terdaftar sebagai pasien rawat inap di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Bangil.
- 3) Anggota keluarga, ataupun kerabat dari pasien yang mengalami stroke iskemik, stroke hemoragik, maupun *transient ischemic attack* (TIA) berdasarkan diagnosa medis.
- 4) Anggota keluarga, ataupun kerabat tersebut bersedia menjadi responden penelitian.
- 5) Anggota keluarga, ataupun kerabat tersebut mengisi kuesioner secara lengkap.

## 2. Kriteria eksklusi

- 1) Anggota keluarga, ataupun kerabat yang tidak terlibat dalam perawatan pasien.
- 2) Serangan stroke iskemik, stroke hemoragik, maupun *transient ischemic attack* (TIA) yang dialami pasien terjadi saat menjalani perawatan di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Bangil.
- 3) Serangan stroke iskemik, stroke hemoragik, maupun *transient ischemic attack* (TIA) yang dialami pasien terjadi di luar tempat tinggal pasien ataupun keluarga.
- 4) Anggota keluarga, ataupun kerabat tersebut tidak bersedia menjadi responden penelitian.
- 5) Anggota keluarga, ataupun kerabat tersebut tidak mengisi kuesioner secara lengkap.

## D. Teknik Pengambilan Sampel

Dalam penelitian ini digunakan 36 responden berasal dari keluarga pasien stroke di Ruang Krissan RSUD Bangil. Teknik pengambilan sampel yang digunakan pada penelitian ini adalah *accidental sampling*.

## E. Variabel Penelitian

### 1. Variabel independen

Variabel independen pada penelitian ini adalah faktor keterlambatan kedatangan pasien di rumah sakit yaitu usia pasien, jenis kelamin pasien, tingkat pendidikan anggota keluarga, jarak tempat tinggal pasien ataupun keluarga yang menjadi tempat kejadian serangan stroke, jenis transportasi, waktu kejadian, tingkat pendapatan keluarga, status tinggal pasien, kesadaran keluarga, dan respon keluarga terhadap tanda peringatan gejala stroke.

## 2. Variabel dependen

Variabel dependen pada penelitian ini adalah keterlambatan kedatangan pasien stroke di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Bangil.

## F. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan sejak 15 Juli 2019 hingga 31 Juli 2019 di Ruang Krissan, RSUD Bangil Pasuruan. Ruang Krissan RSUD Bangil Pasuruan merupakan ruangan khusus perawatan pasien dengan kasus gangguan neurologis di RSUD Bangil. Sehingga, pasien stroke yang tidak membutuhkan penanganan intensif, baik dengan atau tanpa komplikasi akan dirawat di ruangan ini.

## G. Definisi Operasional Variabel Penelitian

Definisi operasional merupakan metode yang digunakan untuk mengukur konsep. Dalam hal ini konsep yang diukur adalah variabel independen dan variabel dependen.

**Tabel 4.1.**

**Definisi Operasional Variabel Penelitian**

| No | Variabel independen                 | Definisi operasional  | Alat ukur     | Skala   | Hasil ukur  |
|----|-------------------------------------|---|---------------|---------|---|
| 1. | Usia Pasien                         | Selisih bilangan tahun antara tahun dulaksanakan penelitian dengan tahun kelahiran pasien.                    | Lembar angket | Nominal | 1 = >55 tahun<br>2 = <55 tahun  |
| 2. | Jenis kelamin Pasien                | Karakteristik seksual secara biologis yang nampak pada pasien   | Lembar angket | Nominal | 1 = perempuan<br>2 = laki-laki  |
| 3. | Tingkat pendidikan anggota keluarga | Jenis pendidikan terakhir yang ditempuh responden, baik tidak bersekolah, lulusan SD/ sederajat, atau lulusan | Lembar angket | Nominal | 1 = Tingkat pendidikan rendah (jika responden tidak bersekolah, lulusan SD/ sederajat, atau lulusan SMP/ sederajat) |

|    |  |   |   |         |  |
|----|--|---|---|---------|--|
|    |  | SMP/ sederajat, lulusan SMA/ sederajat, ataupun Kuliah  |   |         | 2 = Tingkat pendidikan tinggi (jika lulusan SMA/ sederajat, Kuliah)  |
| 4. | Jarak tempat tinggal pasien dan keluarga | Jarak antara tempat tempat tinggal yang menjadi tempat kejadian serangan stroke pasien dengan Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Bangil,  | Lembar angket, dikonfirmasi melalui <i>map.google.com</i> | Nominal | 1 = >10 km<br>2 = <10 km   |
| 5. | Jenis transportasi                       | Jenis angkutan yang digunakan saat memindahkan pasien dari lokasi kejadian ataupun tempat tinggal setelah diketahui mengalami gejala stroke ke IGD Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Bangil  | Lembar angket   | Nominal | 1 = Bukan ambulans<br>2 = Ambulans   |
| 6. | Waktu kejadian serangan stroke           | Jam yang menunjukkan waktu ditemukannya pasien dengan serangan stroke, menampakkan gejala stroke, meliputi salah satu dari kelemahan pada salah satu sisi tubuh, kesulitan berbicara atau bicara tidak jelas, kehilangan keseimbangan saat berjalan, kebingungan (confusion), nyeri kepala berat, kelemahan pada salah satu sisi wajah, gangguan penglihatan, maupun penurunan kesadaran; pada pasien | Lembar angket   | Nominal | 1 = malam hari (jika kejadian ditemukan dengan serangan stroke, atau menampakkan gejala stroke pada rentang waktu 18.01-06.00)<br>2 = Siang hari (jika kejadian ditemukan dengan serangan stroke, atau menampakkan gejala stroke pada rentang waktu 06.01-18.00) |

|    |  |  |   |         |   |
|----|--|--|---|---------|---|
|    |  | dengan <i>wake up</i> stroke, jam ketika bangun tidur dianggap sebagai waktu kejadian  |   |         |   |
| 7. | Tingkat Pendapatan keluarga                                | Klasifikasi jumlah upah dan gaji bulanan atas pekerjaan, baik yang berasal dari pendapatan kepala rumah tangga maupun pendapatan anggota-anggota rumah tangga (Badan Pusat Statistik, 2019)  | Lembar angket                                 | Nominal | 1 = Tingkat pendapatan rendah (jika <Rp.2.500.000,00 per bulan)<br>2 = Tingkat pendapatan tinggi (jika >Rp.2.500.000,00 per bulan)  |
| 8. | Status Tinggal pasien                                      | Ada tidaknya orang dewasa berusia lebih dari 15 tahun yang sehari-hari tinggal bersama pasien  | Lembar angket                                 | Nominal | 1 = Tidak Ada (jika tidak terdapat orang dewasa berusia lebih dari 15 tahun yang sehari-hari tinggal bersama pasien)<br>2 = Ada (jika terdapat >1 orang dewasa berusia lebih dari 15 tahun yang sehari-hari tinggal bersama pasien) |
| 9. | Kesadaran keluarga terhadap tanda peringatan gejala stroke | Jumlah tanda peringatan gejala stroke yang dikenali oleh responden, meliputi kelemahan pada salah satu sisi tubuh, kesulitan berbicara atau bicara tidak jelas, kehilangan keseimbangan saat berjalan, kebingungan ( <i>confusion</i> ), nyeri kepala berat, kelemahan pada salah satu sisi wajah, maupun gangguan penglihatan | <i>Stroke Recognition Questionnaire</i> (SRQ) | Nominal | 1 = Kesadaran terhadap tanda peringatan gejala stroke kurang (jika skor akhir SRQ di bawah rata-rata; yaitu ≤60%)<br>2 = Kesadaran terhadap tanda peringatan gejala stroke baik (jika skor akhir SRQ di atas rata-rata; yaitu >60%) |



|                   |  |  |  |         |  |
|-------------------|--|--|--|---------|--|
| 10.               | Respon keluarga                                | Serangkaian sikap maupun tindakan yang diberikan keluarga saat menemukan pasien dengan gejala kelemahan pada salah satu sisi tubuh, kesulitan berbicara atau bicara tidak jelas, kebingungan ( <i>confusion</i> ), nyeri kepala berat, kelemahan pada salah satu sisi wajah, gangguan penglihatan, atau mengalami penurunan kesadaran  | <i>Stroke Action Test (STAT) Questionnaire</i> | Nominal | 1 = Respon keluarga tidak Adekuat (jika skor akhir STAT di bawah rata-rata, yaitu $\leq 77\%$ )<br>2 = Respon keluarga adekuat (jika skor akhir STAT di atas rata-rata, yaitu $> 77\%$ )   |
| Variabel Dependen |  |  |  |         |  |
| 11.               | Keterlambatan kedatangan pasien di rumah sakit | Jumlah waktu yang diperlukan pasien untuk mencapai IGD Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Bangil sejak onset gejala ataupun sejak ditemukan dengan gejala kelemahan pada salah satu sisi tubuh, kesulitan berbicara atau bicara tidak jelas, kehilangan keseimbangan saat berjalan, kebingungan ( <i>confusion</i> ), nyeri kepala berat, kelemahan pada salah satu sisi wajah, gangguan penglihatan, maupun penurunan kesadaran | Lembar <i>checklist</i>                        | Nominal | 1 = Terlambat (jika datang di IGD $> 60$ menit setelah ditemukan dengan serangan stroke, atau menampakkan gejala stroke)<br>2 = Tidak Terlambat (jika datang di IGD $< 60$ menit setelah ditemukan dengan serangan stroke, atau menampakkan gejala stroke) |

## H. Instrumen penelitian

Instrumen penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah lembar observasi yang dimodifikasi sesuai kebutuhan penelitian, *Stroke Action Test (STAT) Questionnaire*, dan *Stroke Recognition Questionnaire (SRQ)* yang diterjemahkan ke bahasa Indonesia.

### 1. Lembar Angket

Lembar angket ini merupakan format yang digunakan untuk mengumpulkan data dasar responden. Data tersebut meliputi usia pasien dan responden, jenis kelamin pasien dan responden, tingkat pendidikan responden, jarak tempat tinggal pasien dengan rumah sakit, status tinggal pasien, tingkat pendapatan anggota keluarga, jenis transportasi yang digunakan saat ke rumah sakit, dan data waktu keterlambatan.

### 2. *Stroke Recognition Questionnaire (SRQ)*

*Stroke Recognition Questionnaire (SRQ)* merupakan instrumen yang digunakan oleh peneliti untuk mengukur kesadaran terhadap tanda peringatan gejala stroke. SRQ adalah instrumen yang reliabel untuk menentukan pengetahuan tentang tanda-tanda peringatan stroke. SRQ merupakan instrumen berisi 20 pertanyaan dengan masing-masing 10 faktor risiko stroke dan faktor non-risiko stroke. Instrumen ini dikembangkan oleh Dr. Ennen pada tahun 2004 untuk menilai tingkat pengetahuan stroke; faktor risiko dan gejala stroke di antara penduduk pedesaan dan non-pedesaan di Illinois, Amerika Serikat. Validitas konten ditentukan oleh panel ahli-ahli stroke yang diakui secara nasional di Amerika Serikat, baik dalam perawatan maupun penelitian stroke, yaitu dokter maupun perawat. Validitas konten ditentukan dengan menggunakan indeks validitas konten (*Content Validity Index/CVI*). SRQ memiliki validitas

konten yang baik untuk daftar item gejala (CVI = 0,90) dan daftar item faktor risiko (CVI = 1,00). Kuesioner secara keseluruhan mendapat nilai CVI 0,95. Reliabilitas SRQ awalnya dinilai dengan mengelola SRQ pada sampel sebanyak 34 masyarakat awam dalam dua minggu terpisah. Korelasi *test-retest* untuk setiap subskala SRQ adalah: untuk gejala stroke  $r = 0,80$ , gejala non-stroke  $r = 0,75$ , faktor risiko stroke  $r = 0,44$  dan faktor risiko non-stroke  $r = 0,44$ . Subskala faktor risiko stroke dan alfa subskala gejala stroke masing-masing 0,70 dan 0,81 (Ennen & Zerwic, 2015).

Penelitian ini mengadopsi tujuh item tanda dan gejala stroke, dan tujuh item tanda dan gejala non-stroke. Pada dasarnya, SRQ memiliki 40 item dibagi menjadi 20 item untuk masing-masing, faktor resiko stroke dan tanda peringatan stroke. Karena penelitian ini juga memiliki variabel lain, maka lebih praktis untuk mengurangi jumlah item dari SRQ yang dimasukkan dalam penelitian. Bagian dari kuesioner ini bertujuan untuk mengeksplorasi kesadaran terhadap tanda-tanda dan gejala. Penilaian pertanyaan tertutup jika benar bernilai 1 dan salah bernilai 0 (Ennen & Zerwic, 2015).

Nilai disajikan dalam bentuk persentase hasil jumlah jawaban benar dari total nilai maksimal yang mungkin dapat dicapai (yaitu 7). Tingkat kesadaran kurang adalah jika hasil perhitungan persentase jawaban benar responden, berada di bawah rata-rata nilai seluruh responden. Tingkat kesadaran baik adalah jika hasil perhitungan persentase jawaban benar responden, berada di atas rata-rata nilai seluruh responden.

### **3. Stroke Action Test (STAT)**

*Stroke Action Test* (STAT) digunakan oleh peneliti untuk mengukur variabel respon keluarga. STAT merupakan kuesioner stroke yang dikembangkan oleh Billings-Gagliardi & Mazor pada tahun 2005. Kuesioner

ini terdiri dari 21 item yang memunculkan respon yang mungkin dilakukan responden terhadap gejala neurologis yang disebabkan oleh stroke (Billings-Gagliardi & Mazor, 2005).

Item-item kuesioner menggambarkan keadaan yang mungkin dihadapi oleh keluarga saat berhadapan dengan pasien yang mengalami serangan stroke. Untuk setiap item, tugas responden adalah menjawab pertanyaan, "Jika ini terjadi pada Anda atau teman/kerabat, apa yang akan Anda lakukan?". Responden diminta memilih satu dari empat opsi respon, yaitu: (1) segera menghubungi layanan ambulans darurat/ menghubungi 112/ datang ke IGD rumah sakit; (2) segera menghubungi/mengunjungi dokter praktek; (3) menunggu 1 jam dan kemudian memutuskan membawa pasien ke rumah sakit/tidak; atau (4) menunggu satu hari dan kemudian memutuskan membawa pasien ke rumah sakit/tidak (Billings-Gagliardi & Mazor, 2005). Pernyataan "segera menghubungi layanan ambulans darurat/menghubungi 119/IGD rumah sakit/ datang ke IGD" digunakan oleh peneliti untuk menyesuaikan dengan keadaan di Indonesia. Respon adalah "segera hubungi layanan ambulans darurat / menghubungi 119 / datang ke IGD rumah sakit" atau "segera hubungi dokter praktek" merupakan respon yang benar sehingga dianggap sebagai jawaban benar, sedangkan "menunggu 1 jam dan kemudian memutuskan membawa pasien ke rumah sakit/tidak" atau "menunggu satu hari dan kemudian memutuskan membawa pasien ke rumah sakit/tidak" merupakan respon yang salah sehingga dianggap sebagai jawaban salah. Jawaban benar akan bernilai 1, sedangkan jawaban salah akan bernilai 0, dengan skor total disampaikan dalam bentuk presentase dari jumlah jawaban benar.

Nilai disajikan dalam bentuk persentase hasil jumlah jawaban benar dari total nilai maksimal yang mungkin dapat dicapai (yaitu 7). Tingkat

respon tidak adekuat adalah jika hasil perhitungan persentase jawaban benar responden, berada di bawah rata-rata nilai seluruh responden. Tingkat respon adekuat adalah jika hasil perhitungan persentase jawaban benar responden, berada di atas rata-rata nilai seluruh responden.

#### **4. Validitas dan Reliabilitas**

Instrumen penelitian harus memperlihatkan beberapa syarat-syarat dasar tertentu yang memastikan bahwa instrumen itu memberikan pengukuran yang dapat diandalkan terhadap variabel yang diteliti. Syarat yang diperlukan yaitu uji validitas dan reliabilitas. Uji validitas dan reliabilitas kuesioner ini akan dilakukan pada responden yang memiliki karakteristik yang sama dengan sampel penelitian yaitu dengan jumlah minimal 30 responden untuk mengetahui validitas dan reliabilitas kuesioner (Nursalam, 2017). Uji Reliabilitas dilakukan untuk mengetahui tingkat kepercayaan atau kehandalan hasil suatu pengukuran, pengukuran yang dapat dipercaya adalah pengukuran yang memiliki reliabilitas yang tinggi. Secara teori koefisien reliabilitas antara 0 sampai dengan 1, tetapi kenyataannya belum pernah ada pengukuran yang mencapai koefisien 1. Hal tersebut dikarenakan kesempurnaan itu tidak akan terjadi, dimana faktor manusia sebagai pelaku peneliti merupakan faktor error yang potensial.

STAT mempunyai validitas isi yang telah disetujui oleh beberapa organisasi mayor di Amerika Serikat, baik mengenai tanda peringatan gejala stroke dan respon yang mungkin dilakukan responden. STAT telah disetujui untuk digunakan sebagai salah satu materi pendidikan kesehatan masyarakat tentang stroke di Amerika Serikat. Konsistensi internal STAT termasuk dalam kategori baik ( $\alpha = 0.83$ ) (Billings-Gagliardi & Mazor, 2005).

Dalam sebuah studi oleh Ennen dan Zerwic (2015) indeks validitas konten (CVI) untuk item pada daftar gejala, dalam SRQ, ditemukan 0,90, dan untuk daftar item faktor risiko adalah 1,00. Selain itu, validitas seluruh konten dalam SRQ adalah 0,95 (Ennen & Zerwic, 2015).

Dalam penelitian ini, dilakukan uji validitas dan reliabilitas ulang terhadap STAT dan SRQ yang telah diterjemahkan ke dalam Bahasa Indonesia. Pengambilan sampel uji validitas dan reliabilitas dilakukan di Puskesmas Kota Batu. Karena menurut penelitian oleh Harahap, Arisetijono, & Afif (2016) kejadian stroke di Puskesmas Kota Batu adalah 41 orang (37,61 %), dimana lebih tinggi dari kejadian stroke di Poliklinik Neurologi Rumah Sakit Saiful Anwar Malang 15 orang (13,76 %). Sampel dalam uji validitas dan reliabilitas tersebut sebanyak 27 responden.

**a. Validitas dan reliabilitas kuesioner *Stroke Action Test* (STAT)**

Uji validitas kuesioner STAT dilakukan dengan menggunakan *Correlation Test Pearson Product Moment* dengan bantuan program IBM SPSS v25.0.0, yaitu mengkorelasikan skor setiap item pernyataan dengan skor total. Dari hasil analisis didapatkan bahwa nilai koefisien korelasi ( $r$  hitung) dari setiap pernyataan dalam kuesioner STAT berada pada rentang 0,354 hingga 0,809 (lihat Lampiran 25). Nilai koefisien korelasi paling rendah didapatkan dari pernyataan nomor 3, dan tertinggi dari pernyataan nomor 12. Dari hasil tersebut, didapatkan bahwa nilai koefisien korelasi ( $r$  hitung) kuesioner STAT di atas nilai koefisien korelasi minimal yang dianggap valid ( $r$  tabel). Nilai koefisien korelasi minimal yang dianggap valid ( $r$  tabel) pada jumlah sampel ( $n$ )=27 adalah 0,367. Sehingga disimpulkan bahwa semua item pernyataan STAT, kecuali item pernyataan P3, adalah valid pada taraf signifikansi 5%.

Dari hasil analisis diketahui bahwa nilai *Cronbach's Alpha* kuesioner STAT adalah sebesar 0,920 (lihat Lampiran 26). Nilai ini bisa diterima jika semua pernyataan valid, atau mempunyai nilai *corrected item-total correlation* di atas nilai koefisien korelasi minimal yang dianggap valid ( $r$  tabel), yaitu 0,381; pada signifikansi 5% dengan  $df$  ( $n-2$ )=25. Akan tetapi, pada hasil analisis, ditemukan bahwa item pernyataan P3 mempunyai nilai *corrected item-total correlation* ( $r$  hitung=0,272) di bawah  $r$  tabel (0,381). Sehingga, nilai *Cronbach's Alpha* di atas belum dapat diterima. Berdasarkan uji validitas dan reliabilitas di atas, maka diperlukan penyesuaian pada item pernyataan tiga (P3), agar nilai uji validitas dan reliabilitas berada di atas nilai korelasi yang dianggap valid.

Setelah dilakukan penyesuaian terhadap item pernyataan tiga kuesioner STAT (P3), dilakukan analisis ulang terhadap kuesioner STAT. Sehingga didapatkan nilai koefisien korelasi ( $r$  hitung) masing-masing item pernyataan kuesioner STAT (P1 sampai dengan P21) berada pada nilai 0,454 hingga 0,812 (lihat Lampiran 24). Nilai koefisien korelasi paling rendah didapatkan dari pernyataan nomor 18, dan tertinggi dari pernyataan nomor 12. Dari data di atas didapatkan bahwa semua pernyataan mempunyai koefisien korelasi ( $r$  hitung) lebih besar dari nilai koefisien minimal yang dianggap valid ( $r$  tabel) yaitu 0,367. Sehingga disimpulkan bahwa semua item pernyataan STAT adalah valid pada taraf signifikansi 5%.

Hasil uji reliabilitas ulang juga menemukan bahwa nilai *Cronbach's Alpha* kuesioner STAT adalah sebesar 0,923 (lihat Lampiran 26). Nilai ini diterima karena semua pernyataan valid, atau mempunyai nilai *corrected item-total correlation* di atas nilai koefisien korelasi

minimal yang dianggap valid ( $r$  tabel), yaitu 0,381 pada signifikansi 5% dengan  $df$  ( $n-2$ )=25. Pada hasil analisis, ditemukan semua item pernyataan kuesioner STAT mempunyai nilai *corrected item-total correlation* ( $r$  hitung) berada pada rentang 0,378 hingga 0,779.

**b. Validitas dan reliabilitas kuesioner *Stroke Recognition***

***Questionnaire (SRQ)***

Uji validitas kuesioner SRQ dilakukan dengan menggunakan *Correlation Test Pearson Product Moment* dengan bantuan program IBM SPSS v25.0.0, yaitu mengkorelasikan skor setiap item pernyataan dengan skor total. Dari hasil analisis didapatkan bahwa nilai koefisien korelasi ( $r$  hitung) dari setiap pernyataan dalam kuesioner SRQ berada pada rentang -0,023 hingga 0,652 (lihat Lampiran 27). Nilai koefisien korelasi paling rendah didapatkan dari pernyataan nomor 4, dan tertinggi dari pernyataan nomor lima. Dari hasil tersebut, didapatkan bahwa item-item kuesioner SRQ, yang menyatakan gejala stroke (pernyataan 1, 3, 5, 7, 9, 11, dan 13), mempunyai nilai koefisien korelasi ( $r$  hitung) di atas nilai koefisien korelasi minimal yang dianggap valid ( $r$  tabel). Nilai koefisien korelasi minimal yang dianggap valid ( $r$  tabel) pada jumlah sampel ( $n$ )=27 adalah 0,367. Sedangkan, item-item kuesioner SRQ, yang menyatakan bukan merupakan gejala stroke (pernyataan 2, 4, 6, 8, 12, dan 143), mempunyai nilai koefisien korelasi ( $r$  hitung) di bawah nilai koefisien korelasi minimal yang dianggap valid ( $r$  tabel), dan hanya item pernyataan sepuluh (P10) yang mempunyai koefisien korelasi ( $r$  hitung)=0,431) di atas nilai koefisien korelasi minimal yang dianggap valid ( $r$  tabel). Sehingga disimpulkan bahwa item pernyataan SRQ yang menyatakan gejala stroke (pernyataan 1, 3, 5, 7, 9, 11, dan 13) dan item



pernyataan sepuluh (P10) yang menunjukkan bukan gejala stroke adalah valid pada taraf signifikansi 5%.

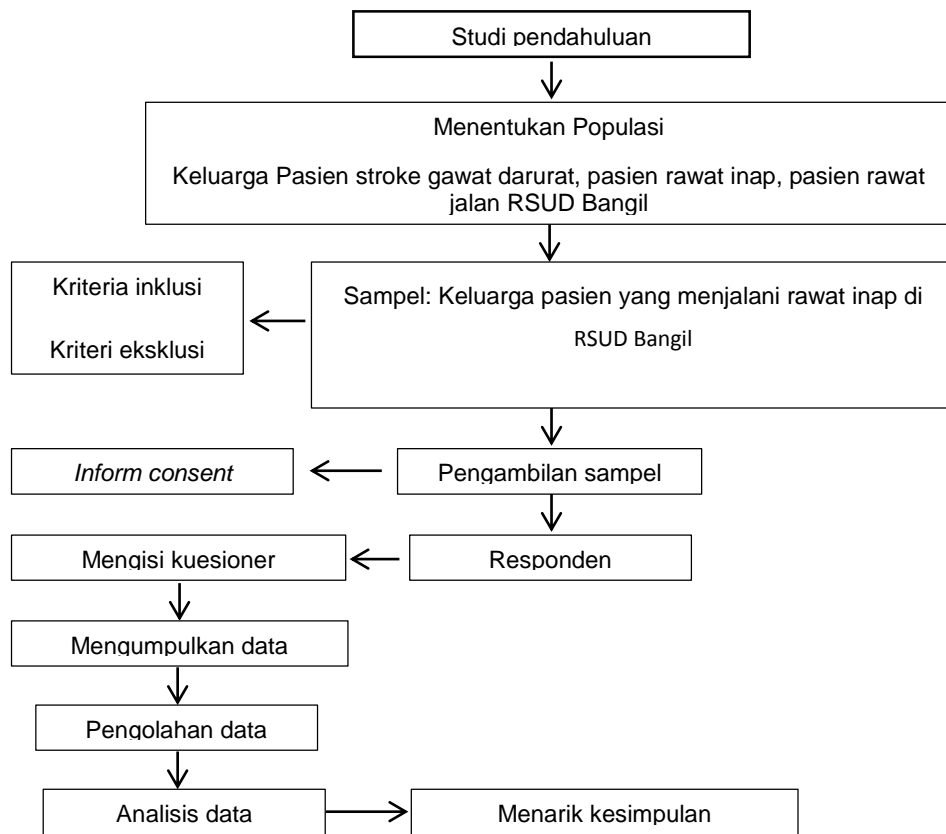
Dari hasil analisis diketahui bahwa nilai *Cronbach's Alpha* kuesioner SRQ adalah sebesar 0,505 (lihat Lampiran 28). Nilai ini bisa dikategorikan rendah, dan bisa diterima jika semua pernyataan valid, atau mempunyai nilai *corrected item-total correlation* di atas nilai koefisien korelasi minimal yang dianggap valid (*r* tabel), yaitu 0,381; pada signifikansi 5% dengan  $df (n-2)=25$ . Akan tetapi, pada hasil analisis, ditemukan bahwa beberapa item pernyataan SRQ mempunyai nilai *corrected item-total correlation* (*r* hitung) di bawah *r* tabel (0,381), terutama pada pernyataan yang menyangkut gejala bukan stroke. Sehingga, nilai *Cronbach's Alpha* di atas belum dapat diterima.

Hasil uji reliabilitas ulang menemukan bahwa nilai *Cronbach's Alpha* kuesioner SRQ adalah sebesar 0,805 (lihat Lampiran 28), yang menandakan korelasi yang kuat. Nilai ini diterima setelah menghapus item pernyataan SRQ yang menyangkut bukan gejala stroke (pernyataan 2, 4, 6, 8, 10, 12, dan 14). Sehingga ditemukan semua pernyataan yang tersisa (pernyataan 1, 3, 5, 7, 9, 11, dan 13) valid, atau mempunyai nilai *corrected item-total correlation* di atas nilai koefisien korelasi minimal yang dianggap valid (*r* tabel), yaitu 0,381 pada signifikansi 5% dengan  $df (n-2)=25$ . Item-item pernyataan tersebut merupakan item pernyataan yang menyangkut gejala stroke. Pada hasil analisis, ditemukan bahwa tujuh item pernyataan kuesioner SRQ yang tersisa mempunyai nilai *corrected item-total correlation* (*r* hitung) berada pada rentang 0,446 hingga 0,754.

Berdasarkan hasil temuan perhitungan reliabilitas dan validitas di atas, maka peneliti memutuskan untuk menggunakan SRQ dengan

tujuh pernyataan, yaitu pernyataan 1, 3, 5, 7, 9, 11, dan 13.

## I. Pengumpulan data



Gambar 4.3. Bagan Alur Pengumpulan Data

### 1. Sumber data

Pada penelitian ini sumber data diperoleh dari kuesioner yang disebarakan kepada anggota keluarga, teman, ataupun kerabat yang terlibat dalam perawatan pasien yang berada di Ruang Krissan Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Bangil.

### 2. Cara pengumpulan data

Menyebarkan kuesioner yang disebarakan kepada anggota keluarga, teman, ataupun kerabat yang terlibat dalam perawatan pasien yang berada di Ruang Krissan Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Bangil.

## J. Pengolahan data

Data diolah dengan pendekatan kuantitatif untuk menarik kesimpulan setelah dianalisis.

- 1) Memberikan kode pada data (*coding*), yaitu mengklasifikasikan data dan memberikan kode pada masing-masing data agar memudahkan peneliti dalam tabulasi dan analisis data. Data di-*coding* sesuai dengan definisi operasional.

**Tabel 4.2.**  
**Koding data berdasarkan variabel**

| Variabel independen                      | Koding variabel  |
|--|--|
| Usia pasien                              | 1 = >55 tahun<br>2 = <55 tahun   |
| Jenis kelamin pasien                     | 1 = perempuan<br>2 = laki-laki   |
| Tingkat Pendidikan anggota keluarga      | 1 = Rendah (jika responden tidak bersekolah, lulusan SD/ sederajat, atau lulusan SMP/ sederajat)<br>2 = Tinggi (jika lulusan SMA/ sederajat, Kuliah)   |
| Jarak Tempat tinggal pasien dan keluarga | 1 = >10 km<br>2 = <10 km   |
| Jenis transportasi                       | 1 = Bukan ambulans<br>2 = Ambulans   |
| Waktu kejadian serangan stroke           | 1 = malam hari (jika kejadian ditemukan dengan serangan stroke, atau menampakkan gejala stroke pada rentang waktu 18.01-06.00)<br>2 = Siang hari (jika kejadian ditemukan dengan serangan stroke, atau menampakkan gejala stroke pada rentang waktu 06.01-18.00) |
| Tingkat Pendapatan keluarga              | 1 = Rendah (jika <Rp.2.500.000,00 per bulan)<br>2 = Tinggi (jika >Rp.2.500.000,00 per bulan)   |
| Status Tinggal pasien                    | 1 = Tidak Ada (jika tidak terdapat orang dewasa berusia lebih dari 15 tahun yang sehari-hari tinggal bersama pasien)<br>2 = Ada (jika terdapat >1 orang dewasa berusia lebih dari 15 tahun yang sehari-hari tinggal bersama pasien)                              |

|  |   |
|--|---|
| Kesadaran keluarga terhadap tanda peringatan gejala stroke | 1 = Kurang (jika skor akhir SRQ di bawah rata-rata/ $\leq 60\%$ )<br>2 = Baik (jika skor akhir SRQ di atas rata-rata/ $> 60\%$ )  |
| Respon keluarga  | 1 = Tidak Adekuat (jika skor akhir STAT di bawah rata-rata/ $\leq 77\%$ )<br>2 = Adekuat (jika skor akhir STAT di atas rata-rata; $> 77\%$ )  |
| Variabel Dependen  |   |
| Waktu kedatangan pasien                                    | <b>Analisis bivariat</b><br>1 = Terlambat (jika datang di IGD $> 60$ menit setelah ditemukan dengan serangan stroke, atau menampakkan gejala stroke)<br>2 = Tidak Terlambat (jika datang di IGD $< 60$ menit setelah ditemukan dengan serangan stroke, atau menampakkan gejala stroke)<br><b>Analisis multivariat</b><br>0 = Tidak Terlambat (jika datang di IGD $< 60$ menit setelah ditemukan dengan serangan stroke, atau menampakkan gejala stroke)<br>1 = Terlambat (jika datang di IGD $> 60$ menit setelah ditemukan dengan serangan stroke, atau menampakkan gejala stroke) |

- 2) Menyusun data (*editing*), yaitu menyeleksi data yang salah atau yang diragukan dalam pengumpulan data di lapangan sehingga dapat ditelusuri kembali. Proses ini dilakukan dengan cara mengoreksi data-data yang sudah terkumpul.
- 3) *Tabulating*, yaitu proses memasukan data yang sudah diedit dan di-*coding* ke lembar rekap data penelitian. Data dikelompokkan sesuai dengan definisi operasional. Selanjutnya dilakukan tabulasi data agar data siap diolah secara statistik.
- 4) Memasukan data (*data entry*), yaitu memasukan data secara komputerisasi ke dalam program SPSS, sesuai kode yang diberikan.

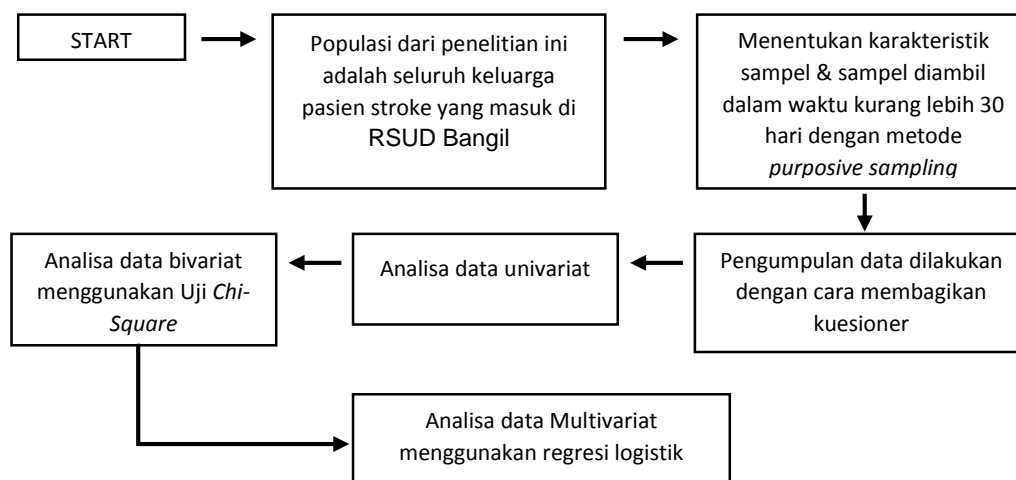
- 5) Membersihkan data (*data cleaning*), yaitu menjaga kualitas data dengan cara pembersihan data dari kesalahan yang mungkin terjadi. Data *cleaning* dilakukan dengan metode pencarian data yang *missing*.

## K. Analisis Data

Analisis data dilakukan dengan menggunakan program IBM SPSS v25.0.0 yang terdiri dari:

- 1) Analisis univariat digunakan untuk mengetahui gambaran karakteristik responden, dengan menyajikan distribusi frekuensi dari masing-masing variabel yang diteliti.
- 2) Analisis bivariat digunakan untuk mendapatkan nilai *odds ratio* dan signifikansi dengan menggunakan uji *chi square* pada masing-masing faktor determinan.
- 3) Analisis multivariat dengan regresi logistik dengan memasukkan variabel yang memenuhi syarat pada analisis bivariat ( $p < 0,25$ ). Analisis ini digunakan untuk mengetahui pengaruh beberapa variabel terhadap keterlambatan kedatangan pasien di rumah sakit. Analisis multivariat regresi logistik dilakukan dengan metode *enter*, yaitu secara manual memasukkan semua variabel yang memenuhi syarat ke *software* analisis secara bersamaan. Selanjutnya satu per satu variabel yang mempunyai nilai signifikansi terbesar dikeluarkan dari proses analisis. Proses akan dihentikan ketika tidak ada lagi variabel yang dapat dikeluarkan dari analisis. Keuntungan metode *enter* adalah peneliti dapat mengetahui signifikansi variabel yang dikeluarkan dari proses analisis multivariat. Selain itu, peneliti dapat mengetahui perubahan *odd ratio* dari setiap variabel yang terjadi selama proses analisis.

## L. Alur Penelitian



Gambar 4.4. Bagan Alur Penelitian

## M. Etika Penelitian

Menurut Nursalam (2017), etika penelitian merupakan masalah yang sangat penting dalam penelitian, mengingat penelitian keperawatan berhubungan langsung dengan manusia. Sebelum melakukan penelitian, peneliti mengajukan permohonan izin kepada institusi atau lembaga tempat penelitian yang dituju dengan membawa rekomendasi dari institusi. Setelah mendapatkan persetujuan, maka peneliti dapat melakukan penelitian dengan memperhatikan masalah etika yang meliputi:

### 1. *Informed Consent*

*Informed consent* adalah suatu bentuk lembar persetujuan yang diberikan peneliti kepada responden. Lembar *informed consent* diberikan kepada responden dengan tujuan responden mengetahui dan mengerti tujuan penelitian yang akan dilakukan. Bagi responden yang bersedia maka akan menandatangani lembar *informed consent*, jika responden tidak bersedia maka peneliti tidak diperbolehkan melakukan pemaksaan dan harus menghormati keputusan responden tersebut.

## **2. Anonymity**

*Anonymity* merupakan bentuk dari etika keperawatan yang tidak mencantumkan nama lengkap dari responden pada lembar penelitian dan hanya mencantumkan kode di dalam lembar pengumpulan data ataupun pada hasil penelitian yang akan disajikan oleh peneliti.

## **3. Confidentiality**

*Confidentiality* adalah salah satu etika keperawatan yang di dalamnya memberikan jaminan kepada responden berupa menjaga kerahasiaan baik dari informasi atau data lainnya dari hasil penelitian yang telah dilakukan. Semua informasi yang telah diterima oleh peneliti akan dijamin kerahasiaannya, tetapi untuk data tertentu akan dilaporkan pada hasil riset atau kelompok tertentu.

## **BAB V**

### **HASIL PENELITIAN**

Pada bab ini akan dijelaskan mengenai hasil penelitian berdasarkan analisis deskriptif univariat, analisis bivariat, dan analisis multivariat. Analisis deskriptif univariat menjelaskan berupa karakteristik responden dan faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian keterlambatan kedatangan pasien stroke di RSUD Bangil meliputi usia pasien, jenis kelamin pasien, tingkat pendidikan anggota keluarga, jarak tempat tinggal, jenis transportasi, waktu kejadian, tingkat pendapatan, status tinggal pasien, respon keluarga, dan kesadaran keluarga terhadap tanda peringatan gejala stroke.

Analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui hubungan antara faktor faktor-faktor yang diteliti dengan kejadian keterlambatan kedatangan pasien stroke di RSUD Bangil. Sedangkan, analisis multivariat dilakukan untuk mengetahui hubungan beberapa faktor secara bersama-sama dengan kejadian keterlambatan kedatangan pasien stroke di RSUD Bangil.

Penelitian ini menggunakan desain *analitic observational* dengan pendekatan *cross sectional* menggunakan pandangan ke belakang (retrospektif). Penelitian dilakukan sejak 15 Juli 2019 hingga 31 Juli 2019 di Ruang Krissan, RSUD Bangil Pasuruan. Ruang Krissan RSUD Bangil Pasuruan merupakan ruangan khusus perawatan pasien dengan kasus gangguan neurologis di RSUD Bangil. Sehingga, pasien stroke yang tidak membutuhkan penanganan intensif, baik dengan atau tanpa komplikasi akan dirawat di ruangan ini. Penelitian ini menggunakan 36 responden keluarga pasien yang berada di Ruang Krissan RSUD Bangil Pasuruan.



## A. Analisis univariat

Pada analisis univariat disajikan data yang merupakan karakteristik responden berdasarkan usia pasien, jenis kelamin pasien, tingkat pendidikan anggota keluarga, jarak tempat tinggal, jenis transportasi, waktu kejadian, tingkat pendapatan, status tinggal pasien, respon keluarga, kesadaran keluarga terhadap tanda peringatan gejala stroke, juga distribusi keterlambatan kedatangan di rumah sakit. Tabel 5.1 di bawah ini adalah hasil analisis univariat berdasarkan variabel penelitian.

**Tabel 5.1.**

### Distribusi karakteristik responden

| Variabel   |                 | Jumlah        |                |
|--|-----------------|---------------|----------------|
|  |                 | Frekuensi (f) | Presentase (%) |
| Kedatangan pasien  | Terlambat       | 27            | 75,0           |
|  | Tidak Terlambat | 9             | 25,0           |
| Usia pasien  | ≥55 tahun       | 22            | 61,1           |
|  | <55 tahun       | 14            | 38,9           |
| Jenis kelamin pasien                                       | Perempuan       | 23            | 63,9           |
|  | Laki-laki       | 13            | 36,1           |
| Jenis Kelamin Anggota Keluarga                             | Perempuan       | 24            | 66,7           |
|  | Laki-Laki       | 12            | 33,3           |
| Tingkat pendidikan anggota keluarga                        | Rendah          | 23            | 63,9           |
|  | Tinggi          | 13            | 36,1           |
| Jarak tempat tinggal                                       | >10 kilometer   | 25            | 69,4           |
|  | <10 kilometer   | 11            | 30,6           |
| Jenis transportasi   | Bukan ambulans  | 32            | 88,9           |
|  | Bukan Ambulans  | 4             | 11,1           |
| Waktu kejadian   | Malam hari      | 18            | 50,0           |
|  | Siang Hari      | 18            | 50,0           |
| Tingkat pendapatan   | Rendah          | 19            | 52,8           |
|  | Tinggi          | 17            | 47,2           |
| Status tinggal pasien                                      | Tidak Ada       | 0             | 0              |
|  | Ada             | 36            | 100            |
| Respon keluarga  | Tidak adekuat   | 20            | 55,6           |
|  | Adekuat         | 16            | 44,4           |
| Kesadaran keluarga terhadap tanda peringatan gejala stroke | Kurang          | 22            | 61,1           |
|  | Baik            | 14            | 38,9           |

Sumber: Data primer

Dari tabel 5.1 di atas, dapat disimpulkan bahwa dari 36 responden, sebanyak 27 responden (75%) mempunyai anggota keluarga yang mengalami

keterlambatan kedatangan di rumah sakit, sedangkan 9 responden (25%), anggota keluarganya tidak yang mengalami keterlambatan. Pada variabel usia pasien didapatkan bahwa terdapat 22 pasien stroke (61,1%) berusia lebih dari 55 tahun, dan 14 pasien (38,9%) berusia kurang dari 55 tahun. Pada variabel jenis kelamin pasien, terdapat 23 pasien (63,9%) berjenis kelamin perempuan, dan 13 pasien (36,1%) berjenis kelamin laki-laki.

Berdasarkan jenis kelamin anggota keluarga yang menjadi responden, ditemukan sebanyak 24 anggota keluarga (66,7%) berjenis kelamin perempuan, dan 12 anggota keluarga (33,3%) adalah laki-laki. Terdapat 23 responden (63,9%) mempunyai tingkat pendidikan rendah, sedangkan 13 responden (36,1%) mempunyai tingkat pendidikan tinggi.

Dari analisis univariat di atas juga ditemukan bahwa terdapat 25 pasien (69,4%) mempunyai jarak tempat tinggal lebih dari 10 kilometer, dan 11 pasien (30,6%) mempunyai jarak tempat tinggal kurang dari 10 kilometer. Dari total 36 responden, sebagian besar (32 pasien; 88,9%) datang ke rumah sakit tanpa menggunakan ambulans, dan hanya 4 pasien (11,1%) yang datang dari rumah sakit dengan ambulans. Selain itu, proporsi waktu onset gejala stroke adalah sama, yaitu 18 pasien (50%) mengalami gejala pada malam hari, dan sisanya (18 pasien; 50%) pada siang hari.

Sedangkan pada variabel tingkat pendapatan ditemukan bahwa 19 responden (52,8%) mempunyai tingkat pendapatan rendah, dan 17 responden (47,2%) mempunyai tingkat pendapatan tinggi. Pada analisis univariat juga ditemukan bahwa keseluruhan pasien (36 pasien, 100%) tinggal bersama keluarganya.

Pada variabel respon keluarga, ditemukan bahwa 20 responden (55,6%) mempunyai respon yang tidak adekuat (mempunyai persentase nilai *Stroke action test* (STAT) di bawah rata-rata). Sedangkan 16 responden

(44,4%) mempunyai respon yang adekuat (mempunyai persentase nilai *Stroke action test* (STAT) di atas rata-rata). Pada analisis ini juga ditemukan bahwa terdapat 22 responden (61,1%) mempunyai kesadaran yang kurang terhadap tanda peringatan gejala stroke (mempunyai nilai *Stroke Recognition Questionnaire* (SRQ) di bawah rata-rata), dan sisanya (14 responden; 38,9%) mempunyai kesadaran yang baik terhadap tanda peringatan gejala stroke (mempunyai nilai *Stroke Recognition Questionnaire* (SRQ) di atas rata-rata).

Selain analisis univariat berdasarkan data kategorik, pada bab ini juga ditampilkan hasil analisis univariat pada beberapa variabel yang bisa diolah secara numerik, yaitu usia pasien, jarak tempat tinggal, total waktu keterlambatan.

**Tabel 5.2.**

**Hasil analisis univariat data numerik**

|                                      | n  | Rerata | St. deviasi | Median<br>(min-max)      |
|--------------------------------------|----|--------|-------------|--------------------------|
| <b>Usia Pasien (tahun)</b>           | 36 | 57,00  | 10,65       | 57,50<br>(37,00-80,00)   |
| <b>Jarak tempat tinggal (km)</b>     | 36 | 16,61  | 10,09       | 14,50<br>(5,00-36,00)    |
| <b>Waktu keterlambatan (menit)</b>   | 36 | 871,34 | 1583,04     | 202,5<br>(30,00-6840,00) |
| <b>Usia Anggota Keluarga (tahun)</b> | 36 | 34,17  | 9,17        | 34,00<br>(21,00-58,00)   |

Sumber: Data Primer

Dari hasil penelitian pada tabel 5.2 di atas, didapatkan bahwa rata-rata usia pasien adalah 57 tahun, dengan median 57,5 tahun, dan usia terendah pasien yang mengalami stroke adalah 37 tahun, serta tertinggi 80 tahun. Hasil penelitian ini menemukan bahwa rata-rata jarak tempat tinggal pasien dengan RSUD Bangil adalah 16,61 kilometer, dengan median jarak tempat tinggal adalah 14,5 kilometer. Jarak tempat tinggal pasien yang terdekat dari RSUD Bangil adalah 5 kilometer, dan yang terjauh adalah 36 kilometer. Sementara itu, dari segi waktu keterlambatan didapatkan rata-rata keterlambatan pasien

stroke yang datang di RSUD Bangil adalah 871,34 menit atau 14 jam 32 menit, dengan median keterlambatan 202,5 menit atau 3 jam 22 menit. Selain itu, didapatkan bahwa waktu tercepat yang dicapai pasien dan keluarganya untuk menuju RSUD Bangil adalah 30 menit, dan waktu keterlambatan maksimal dalam penelitian ini adalah 6840 menit atau 4 hari lebih 16 jam. Rata-rata usia anggota keluarga yang menjadi responden penelitian adalah 34,17 tahun, dengan median usia 34 tahun. Usia anggota keluarga termuda adalah 21 tahun, dan yang tertua adalah 58 tahun.

## **B. Analisis Bivariat**

Analisis bivariat digunakan untuk mengetahui signifikansi hubungan antara masing-masing variabel independen (usia pasien, jenis kelamin pasien, tingkat pendidikan anggota keluarga, jarak tempat tinggal, jenis transportasi, waktu kejadian, tingkat pendapatan, status tinggal pasien, respon keluarga, dan kesadaran keluarga terhadap tanda peringatan gejala stroke) terhadap variabel dependen, yaitu keterlambatan kedatangan di rumah sakit di RSUD Bangil. Analisis bivariat dilakukan dengan menggunakan uji statistik *chi-square* jika memenuhi syarat, dan menggunakan alternatif uji statistik *Fisher* jika tidak memenuhi syarat. Berikut ini adalah hasil analisis statistik bivariat variabel independen penelitian terhadap variabel dependen.

### **1. Hubungan Usia Pasien dengan Kejadian Keterlambatan Kedatangan Pasien Stroke di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Bangil**

Hasil analisis bivariat komparatif kategorik dengan uji *fisher* pada variabel usia pasien dengan variabel keterlambatan kedatangan di rumah sakit (tabel 5.3), ditemukan nilai  $p > 0,05$  ( $p = 0,506$ ). Sehingga disimpulkan

bahwa secara statistik tidak terdapat hubungan bermakna antara usia pasien dengan keterlambatan kedatangan pasien stroke di RSUD Bangil. Pada analisis ini juga ditemukan bahwa dari 22 pasien berusia lebih dari 55 tahun, sebanyak 16 pasien terlambat datang (>60 menit pasca onset gejala) di RSUD Bangil, dan enam pasien datang pada waktu yang ditentukan (<60 menit pasca onset gejala). Selain itu, dari 14 pasien yang berusia kurang dari 55 tahun, ditemukan sebanyak 11 pasien terlambat datang di RSUD Bangil, dan tiga pasien datang pada waktu yang ditentukan.

**Tabel 5.3.**

**Hasil analisis bivariat usia pasien dengan keterlambatan kedatangan di rumah sakit**

| Variabel     |           | Terlambat |      | Tidak terlambat |      | IK95% |       | OR    | p      |
|--------------|-----------|-----------|------|-----------------|------|-------|-------|-------|--------|
|              |           | n         | %    | n               | %    | Min.  | Max.  |       |        |
| Usia pasien  | ≥55 tahun | 16        | 72,7 | 6               | 27,3 | 0,149 | 3,546 | 0,727 | 0,506* |
|              | <55 tahun | 11        | 78,6 | 3               | 21,4 |       |       |       |        |
| <b>Total</b> |           | 27        | 75   | 9               | 25   |       |       |       |        |

Sumber: Data primer ; \*uji Fisher

Hasil analisis bivariat juga menemukan nilai *odd ratio* (OR) pada variabel usia pasien, yaitu sebesar 0,727. Hal ini bermakna bahwa pasien yang berusia lebih dari 55 tahun memiliki risiko 0,727 kali untuk datang terlambat di rumah sakit jika dibandingkan dengan pasien stroke yang berusia kurang dari 55 tahun.

## 2. Hubungan Jenis Kelamin Pasien dengan Kejadian Keterlambatan Kedatangan Pasien Stroke di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Bangil

Hasil analisis bivariat komparatif kategorik dengan uji *fisher* pada variabel jenis kelamin pasien dengan keterlambatan kedatangan di rumah sakit (tabel 5.4), ditemukan nilai  $p > 0,05$  ( $p = 0,414$ ). Sehingga disimpulkan bahwa secara statistik tidak terdapat hubungan bermakna antara jenis kelamin pasien dengan keterlambatan kedatangan pasien stroke di RSUD Bangil. Pada analisis ini juga ditemukan bahwa dari 23 pasien berjenis kelamin perempuan, sebanyak 18 pasien terlambat datang ( $>60$  menit pasca onset gejala) di RSUD Bangil, dan lima pasien datang pada waktu yang ditentukan ( $<60$  menit pasca onset gejala). Selain itu, ditemukan pula bahwa dari 13 pasien berjenis kelamin laki-laki, sebanyak sembilan pasien terlambat datang di RSUD Bangil, dan empat pasien datang pada waktu yang ditentukan.

**Tabel 5.4.**

### Hasil analisis bivariat jenis kelamin pasien dengan keterlambatan kedatangan di rumah sakit

| Variabel             | Terlambat |    | Tidak terlambat |   | IK95% |       | OR    | p     |        |
|----------------------|-----------|----|-----------------|---|-------|-------|-------|-------|--------|
|                      | n         | %  | n               | % | Min.  | Max.  |       |       |        |
| Jenis kelamin pasien | Perempuan | 18 | 78,3            | 5 | 21,7  | 0,343 | 7,457 | 1,600 | 0,414* |
|                      | Laki-laki | 9  | 69,2            | 4 | 30,8  |       |       |       |        |
| <b>Total</b>         |           | 27 | 75              | 9 | 25    |       |       |       |        |

Sumber: Data primer ; \*uji Fisher

Hasil analisis bivariat juga menemukan nilai *odd ratio* (OR) pada variabel jenis kelamin, yaitu sebesar 0,343. Hal ini bermakna bahwa pasien berjenis kelamin perempuan memiliki risiko 0,343 kali untuk datang

terlambat di rumah sakit jika dibandingkan dengan pasien stroke berjenis kelamin laki-laki.

### 3. Hubungan Tingkat Pendidikan Anggota Keluarga dengan Kejadian Keterlambatan Kedatangan Pasien Stroke di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Bangil

Hasil analisis bivariat komparatif kategorik dengan uji *fisher* pada variabel tingkat pendidikan anggota keluarga dengan variabel keterlambatan kedatangan di rumah sakit (tabel 5.5), ditemukan nilai  $p > 0,05$  ( $p = 0,414$ ). Sehingga disimpulkan bahwa secara statistik tidak terdapat hubungan bermakna antara jenis kelamin pasien dengan keterlambatan kedatangan pasien stroke di RSUD Bangil. Pada analisis ini juga ditemukan bahwa dari 23 responden dengan tingkat pendidikan rendah, sebanyak 18 anggota keluarganya yang mengalami stroke datang terlambat ( $>60$  menit pasca onset gejala) di RSUD Bangil, dan lima lainnya datang pada waktu yang ditentukan ( $<60$  menit pasca onset gejala). Selain itu, ditemukan pula bahwa dari 13 responden dengan tingkat pendidikan tinggi, sebanyak empat anggota keluarganya yang mengalami stroke datang terlambat RSUD Bangil, dan sembilan lainnya datang pada waktu yang ditentukan.

**Tabel 5.5.**

**Hasil analisis bivariat tingkat pendidikan anggota keluarga dengan keterlambatan kedatangan di rumah sakit**

| Variabel           |        | Terlambat |      | Tidak terlambat |      | IK95% |       | OR    | p      |
|--------------------|--------|-----------|------|-----------------|------|-------|-------|-------|--------|
|                    |        | n         | %    | n               | %    | Min.  | Max.  |       |        |
| Tingkat pendidikan | Rendah | 18        | 78,3 | 5               | 21,7 | 0,343 | 7,457 | 1,600 | 0,414* |
|                    | Tinggi | 4         | 69,2 | 9               | 30,8 |       |       |       |        |
| <b>Total</b>       |        | 27        | 75   | 9               | 25   |       |       |       |        |

Sumber: Data primer ; \*uji Fisher

Hasil analisis bivariat juga menemukan nilai *odd ratio* (OR) pada variabel tingkat pendidikan, yaitu sebesar 0,343. Hal ini bermakna bahwa pasien dari anggota keluarga dengan tingkat pendidikan rendah memiliki risiko 0,343 kali untuk datang terlambat di rumah sakit jika dibandingkan dengan pasien dari anggota keluarga dengan tingkat pendidikan tinggi.

#### 4. Hubungan Jarak Tempat Tinggal Pasien Dan Keluarga dengan Kejadian Keterlambatan Kedatangan Pasien Stroke di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Bangil.

**Tabel 5.6.**

**Hasil analisis bivariat jarak tempat tinggal pasien dengan keterlambatan kedatangan di rumah sakit**

| Variabel             |        | Terlambat |           | Tidak terlambat |           | IK95% |        | OR    | p      |
|----------------------|--------|-----------|-----------|-----------------|-----------|-------|--------|-------|--------|
|                      |        | n         | %         | n               | %         | Min.  | Max.   |       |        |
| Jarak tempat tinggal | >10 km | 21        | 84,0      | 4               | 16,0      | 0,886 | 21,614 | 4,375 | 0,074* |
|                      | <10 km | 6         | 54,5      | 5               | 45,5      |       |        |       |        |
| <b>Total</b>         |        | <b>27</b> | <b>75</b> | <b>9</b>        | <b>25</b> |       |        |       |        |

Sumber: Data primer ; \*Uji Fisher

Hasil analisis bivariat komparatif kategorik dengan uji *fisher* pada variabel jarak tempat tinggal pasien dengan variabel keterlambatan kedatangan di rumah sakit (tabel 5.6), ditemukan nilai  $p > 0,05$  ( $p = 0,074$ ). Sehingga disimpulkan bahwa secara statistik tidak terdapat hubungan bermakna antara jarak tempat tinggal pasien dengan keterlambatan kedatangan pasien stroke di RSUD Bangil. Pada analisis ini juga ditemukan bahwa dari 25 responden dengan jarak tempat tinggal lebih dari 10 kilometer, sebanyak 21 pasien stroke datang terlambat (>60 menit pasca onset gejala) di RSUD Bangil, dan empat pasien datang pada waktu



yang ditentukan (<60 menit pasca onset gejala). Selain itu, ditemukan pula bahwa dari 11 responden dengan jarak tempat tinggal kurang dari 10 kilometer, sebanyak enam anggota keluarganya yang mengalami stroke datang terlambat RSUD Bangil, dan lima lainnya datang pada waktu yang ditentukan.

Hasil analisis bivariat juga menemukan nilai *odd ratio* (OR) pada variabel tingkat pendidikan, yaitu sebesar 0,886. Hal ini bermakna bahwa pasien dengan jarak tempat tinggal lebih dari 10 kilometer memiliki risiko 0,886 kali untuk datang terlambat di rumah sakit jika dibandingkan dengan pasien dengan jarak tempat tinggal kurang dari 10 kilometer.

#### **5. Hubungan Jenis Transportasi dengan Kejadian Keterlambatan Kedatangan Pasien Stroke di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Bangil**

Hasil analisis bivariat komparatif kategorik dengan uji *fisher* pada variabel jenis transportasi dengan variabel keterlambatan kedatangan di rumah sakit (tabel 5.7), ditemukan nilai  $p > 0,05$  ( $p = 0,298$ ). Sehingga disimpulkan bahwa secara statistik tidak terdapat hubungan bermakna antara jenis transportasi dengan keterlambatan kedatangan pasien stroke di RSUD Bangil. Pada analisis ini juga ditemukan bahwa dari 32 pasien yang datang tanpa menggunakan ambulans, sebanyak 23 pasien stroke datang terlambat (>60 menit pasca onset gejala) di RSUD Bangil, dan sembilan pasien datang pada waktu yang ditentukan (<60 menit pasca onset gejala). Selain itu, ditemukan pula bahwa dari empat pasien yang menggunakan ambulans, seluruhnya datang terlambat RSUD Bangil.

Tabel 5.7.

**Hasil analisis bivariat jenis transportasi dengan keterlambatan  
kedatangan di rumah sakit**

| Variabel              | Terlambat         |    | Tidak<br>terlambat |   | IK95% |       | OR    | p     |        |
|-----------------------|-------------------|----|--------------------|---|-------|-------|-------|-------|--------|
|                       | n                 | %  | n                  | % | Min.  | Max.  |       |       |        |
| Jenis<br>transportasi | Bukan<br>Ambulans | 23 | 71,9               | 9 | 28,1  | 0,579 | 0,893 | 0,719 | 0,298* |
|                       | Ambulans          | 4  | 100                | 0 | 0     |       |       |       |        |
| <b>Total</b>          |                   | 27 | 75                 | 9 | 25    |       |       |       |        |

Sumber: Data primer ; \* Uji Fisher

Hasil analisis bivariat juga menemukan nilai *odd ratio* (OR) pada variabel jenis transportasi, yaitu sebesar 0,719. Hal ini bermakna bahwa pasien yang tidak menggunakan ambulans memiliki risiko 0,719 kali untuk datang terlambat di rumah sakit jika dibandingkan dengan pasien yang menggunakan ambulans.

#### 6. Hubungan Status Tinggal Pasien dengan Kejadian Keterlambatan Kedatangan Pasien Stroke di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Bangil.

Hasil analisis bivariat komparatif kategorik dengan uji *chi square* maupun *fisher* tidak dapat ditemukan nilai signifikansi hubungan variabel status tinggal pasien dengan variabel keterlambatan kedatangan di rumah sakit. Dari hasil analisis yang disajikan pada tabel 5.8 di bawah ini, ditemukan bahwa dari seluruh 36 pasien yang tinggal bersama keluarganya, sebanyak 27 pasien datang terlambat (>60 menit pasca onset gejala) di RSUD Bangil, dan sembilan pasien datang pada waktu yang ditentukan (<60 menit pasca onset gejala).

Tabel 5.8.

**Hasil analisis bivariat status tinggal pasien dengan keterlambatan kedatangan di rumah sakit**

| Variabel       |           | Terlambat |    | Tidak terlambat |    | IK95% |      | OR | p  |
|----------------|-----------|-----------|----|-----------------|----|-------|------|----|----|
|                |           | n         | %  | n               | %  | Min.  | Max. |    |    |
| Status tinggal | Tidak Ada | 0         | 0  | 0               | 0  | -     | -    | -  | -* |
|                | Ada       | 27        | 75 | 9               | 25 |       |      |    |    |
| Total          |           | 27        | 75 | 9               | 25 |       |      |    |    |

\*Variabel status tinggal bernilai konstan sehingga tidak dapat dilakukan perhitungan nilai signifikansi maupun odd ratio

Sumber: Data primer

Pada tabel 5.8 di atas menunjukkan bahwa pada variabel status tinggal pasien tidak memiliki kelompok pembanding, sehingga analisis tidak dapat dilakukan.

**7. Hubungan Waktu Kejadian dengan Kejadian Keterlambatan Kedatangan Pasien Stroke di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Bangil.**

Tabel 5.9.

**Hasil analisis bivariat status tinggal pasien dengan keterlambatan kedatangan di rumah sakit**

| Variabel       |       | Terlambat |      | Tidak terlambat |      | IK95% |        | OR    | P      |
|----------------|-------|-----------|------|-----------------|------|-------|--------|-------|--------|
|                |       | n         | %    | n               | %    | Min.  | Max.   |       |        |
| Waktu kejadian | Malam | 15        | 83,3 | 3               | 16,7 | 0,515 | 12,139 | 2,500 | 0,222* |
|                | Siang | 12        | 66,7 | 6               | 33,3 |       |        |       |        |
| Total          |       | 27        | 75   | 9               | 25   |       |        |       |        |

Sumber: Data primer; \*Uji Fisher

Hasil analisis bivariat komparatif kategorik dengan uji *fisher* pada variabel waktu kejadian dengan variabel keterlambatan kedatangan di rumah sakit (tabel 5.9), ditemukan nilai  $p > 0,05$  ( $p = 0,222$ ; tabel 5.9). Sehingga disimpulkan bahwa secara statistik tidak terdapat hubungan

bermakna antara waktu kejadian dengan keterlambatan kedatangan pasien stroke di RSUD Bangil. Pada analisis ini juga ditemukan bahwa dari 18 pasien yang mengalami serangan stroke pada malam hari, sebanyak 15 pasien stroke datang terlambat (>60 menit pasca onset gejala) di RSUD Bangil, dan tiga pasien datang pada waktu yang ditentukan (<60 menit pasca onset gejala). Selain itu, ditemukan pula bahwa dari 18 pasien yang mengalami serangan stroke pada siang hari, sebanyak 12 pasien datang terlambat (>60 menit pasca onset gejala) di RSUD Bangil, dan enam pasien datang pada waktu yang ditentukan (<60 menit pasca onset gejala).

Hasil analisis bivariat juga menemukan nilai *odd ratio* (OR) pada variabel jenis transportasi, yaitu sebesar 2,500. Hal ini bermakna bahwa pasien yang mengalami serangan stroke pada malam hari memiliki risiko 2,5 kali untuk datang terlambat di rumah sakit jika dibandingkan dengan pasien yang mengalami serangan stroke pada siang hari.

#### 8. Hubungan Tingkat Pendapatan Keluarga dengan Kejadian Keterlambatan Kedatangan Pasien Stroke di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Bangil

Tabel 5.10.

Hasil analisis bivariat tingkat pendapatan keluarga dengan keterlambatan kedatangan di rumah sakit

| Variabel                  | Terlambat |      | Tidak terlambat |      | IK95% |       | OR    | p      |
|---------------------------|-----------|------|-----------------|------|-------|-------|-------|--------|
|                           | n         | %    | n               | %    | Min.  | Max.  |       |        |
| <b>Tingkat pendapatan</b> |           |      |                 |      |       |       |       |        |
| Rendah                    | 15        | 78,9 | 4               | 21,1 | 0,342 | 7,131 | 1,563 | 0,423* |
| Tinggi                    | 12        | 70,6 | 5               | 29,4 |       |       |       |        |
| <b>Total</b>              | 27        | 75%  | 9               | 25%  |       |       |       |        |

Sumber: Data primer ; \*Uji Fisher

Hasil analisis bivariat komparatif kategorik dengan uji *fisher* pada variabel tingkat pendapatan keluarga dengan variabel keterlambatan kedatangan di rumah sakit (tabel 5.10), ditemukan nilai  $p > 0,05$  ( $p = 0,423$ ). Sehingga, disimpulkan bahwa secara statistik tidak terdapat hubungan bermakna antara tingkat pendapatan keluarga dengan keterlambatan kedatangan pasien stroke di RSUD Bangil. Pada analisis ini juga ditemukan bahwa dari 19 pasien yang mempunyai keluarga dengan tingkat pendapatan rendah, sebanyak 15 pasien stroke datang terlambat ( $>60$  menit pasca onset gejala) di RSUD Bangil, dan empat pasien datang pada waktu yang ditentukan ( $<60$  menit pasca onset gejala). Selain itu, ditemukan pula bahwa dari 17 pasien yang mempunyai keluarga dengan tingkat pendapatan tinggi, sebanyak 12 pasien datang terlambat ( $>60$  menit pasca onset gejala) di RSUD Bangil, dan lima pasien datang pada waktu yang ditentukan ( $<60$  menit pasca onset gejala).

Hasil analisis bivariat juga menemukan nilai *odd ratio* (OR) pada variabel jenis transportasi, yaitu sebesar 7,131. Hal ini bermakna bahwa pasien yang mempunyai keluarga dengan tingkat pendapatan rendah memiliki risiko 7,131 kali untuk datang terlambat di rumah sakit jika dibandingkan dengan pasien yang mempunyai keluarga dengan tingkat pendapatan tinggi.

#### **9. Hubungan Kesadaran Keluarga dengan Kejadian Keterlambatan Kedatangan Pasien Stroke di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Bangil.**

Hasil analisis bivariat komparatif kategorik dengan uji *fisher* pada variabel kesadaran keluarga dengan variabel keterlambatan kedatangan di

rumah sakit (5.11), ditemukan nilai  $p < 0,05$  ( $p = 0,058$ ). Sehingga, disimpulkan bahwa secara statistik tidak terdapat hubungan bermakna antara kesadaran keluarga dengan keterlambatan kedatangan pasien stroke di RSUD Bangil. Pada analisis ini juga ditemukan bahwa dari 22 pasien yang mempunyai anggota keluarga dengan kesadaran yang kurang baik terhadap tanda peringatan gejala stroke, sebanyak 19 pasien stroke datang terlambat ( $>60$  menit pasca onset gejala) di RSUD Bangil, dan tiga pasien datang pada waktu yang ditentukan ( $<60$  menit pasca onset gejala). Selain itu, ditemukan pula bahwa dari 14 pasien yang mempunyai anggota keluarga dengan kesadaran yang baik terhadap tanda peringatan gejala stroke, sebanyak delapan pasien datang terlambat ( $>60$  menit pasca onset gejala) di RSUD Bangil, dan enam pasien datang pada waktu yang ditentukan ( $<60$  menit pasca onset gejala).

**Tabel 5.11.**

**Hasil analisis bivariat kesadaran keluarga dengan keterlambatan kedatangan di rumah sakit**

| Variabel           | Terlambat |    | Tidak terlambat |   | IK95% |       | OR     | p     |        |
|--------------------|-----------|----|-----------------|---|-------|-------|--------|-------|--------|
|                    | N         | %  | N               | % | Min.  | Max.  |        |       |        |
| Kesadaran keluarga | Kurang    | 19 | 86,4            | 3 | 13,6  | 0,946 | 23,845 | 4,750 | 0,058* |
|                    | Baik      | 8  | 57,1            | 6 | 42,9  |       |        |       |        |
| <b>Total</b>       |           | 27 | 75%             | 9 | 25%   |       |        |       |        |

Sumber: Data primer ; \* Uji Fisher

Hasil analisis bivariat juga menemukan nilai *odd ratio* (OR) pada variabel respon keluarga, yaitu sebesar 4,750. Hal ini bermakna bahwa pasien yang mempunyai anggota keluarga dengan kesadaran yang kurang baik terhadap tanda peringatan gejala stroke, memiliki risiko 4,75 kali untuk datang terlambat di rumah sakit jika dibandingkan dengan pasien yang

mempunyai anggota keluarga dengan kesadaran yang baik terhadap tanda peringatan gejala stroke.

#### 10. Hubungan Respon Keluarga dengan Kejadian Keterlambatan Kedatangan Pasien Stroke di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Bangil

Hasil analisis bivariat komparatif kategorik dengan uji *fisher* pada variabel respon keluarga dengan variabel keterlambatan kedatangan di rumah sakit (tabel 5.12), ditemukan nilai  $p > 0,05$  ( $p = 0,123$ ; tabel 5.11). Sehingga, disimpulkan bahwa secara statistik tidak terdapat hubungan bermakna antara respon keluarga dengan keterlambatan kedatangan pasien stroke di RSUD Bangil. Pada analisis ini juga ditemukan bahwa dari 20 pasien yang mempunyai anggota keluarga dengan respon yang tidak adekuat, sebanyak 17 pasien stroke datang terlambat ( $>60$  menit pasca onset gejala) di RSUD Bangil, dan tiga pasien datang pada waktu yang ditentukan ( $<60$  menit pasca onset gejala). Selain itu, ditemukan pula bahwa dari 16 pasien yang mempunyai anggota keluarga dengan respon yang adekuat, sebanyak 10 pasien datang terlambat ( $>60$  menit pasca onset gejala) di RSUD Bangil, dan enam pasien datang pada waktu yang ditentukan ( $<60$  menit pasca onset gejala).

**Tabel 5.12.**

#### Hasil analisis bivariat respon keluarga dengan keterlambatan kedatangan di rumah sakit

| Variabel        | Terlambat     |    | Tidak terlambat |   | IK95% | OR    | p      |       |        |
|-----------------|---------------|----|-----------------|---|-------|-------|--------|-------|--------|
|                 | n             | %  | n               | % |       |       |        |       |        |
| Respon keluarga | Tidak adekuat | 17 | 85              | 3 | 15    | 0,693 | 16,687 | 3,400 | 0,123* |
|                 | Adekuat       | 10 | 62,5            | 6 | 37,5  |       |        |       |        |
| <b>Total</b>    |               | 27 | 75%             | 9 | 25%   |       |        |       |        |

Sumber: Data primer ; \*Uji Fisher

Hasil analisis bivariat juga menemukan nilai *odd ratio* (OR) pada variabel respon keluarga, yaitu sebesar 3,400. Hal ini bermakna bahwa pasien yang mempunyai anggota keluarga dengan respon yang tidak adekuat memiliki risiko 3,4 kali untuk datang terlambat di rumah sakit jika dibandingkan dengan pasien yang mempunyai anggota keluarga dengan respon yang adekuat.

### **C. Analisis Multivariat**

Analisis multivariat digunakan untuk mengetahui hubungan faktor-faktor keterlambatan kedatangan pasien stroke RSUD Bangil. Metode analisis yang digunakan dalam penelitian ini adalah analisis regresi logistik biner. Metode ini digunakan karena variabel dependen penelitian merupakan variabel dengan dua kategori (dikotom). Analisis regresi logistik digunakan untuk mengetahui faktor-faktor yang dapat dijadikan prediktor yang berhubungan keterlambatan kedatangan pasien stroke di rumah sakit. Variabel independen dalam penelitian ini yaitu usia pasien, jenis kelamin pasien, tingkat pendidikan anggota keluarga, jarak tempat tinggal, jenis transportasi, waktu kejadian, tingkat pendapatan, status tinggal pasien, respon keluarga, dan kesadaran keluarga terhadap tanda peringatan gejala stroke. Sedangkan variabel dependen dalam penelitian ini adalah keterlambatan kedatangan pasien stroke di rumah sakit.

#### **1. Penentuan Kandidat Variabel Determinan dalam Analisis Multivariat**

Kandidat variabel determinan dalam analisis multivariat ditentukan berdasarkan hasil analisis bivariat masing-masing variabel independen terhadap variabel dependen. Jika nilai  $p \leq 0.25$ , maka variabel tersebut dapat digunakan dalam analisa multivariat. Namun, jika nilai  $p > 0.25$ , maka



variabel tersebut tidak dapat digunakan dalam analisa multivariat. Tabel 5.13 di bawah ini menampilkan hasil analisis bivariat dari masing-masing variabel independen penelitian.

**Tabel 5.13.**

**Kandidat variabel determinan berdasarkan hasil analisis bivariat**

| Variabel                            | IK 95%       | p-value |
|-------------------------------------|--------------|---------|
| Usia pasien                         | 0,149-3,546  | 0,506   |
| Jenis kelamin pasien                | 0,343-7,457  | 0,414   |
| Tingkat pendidikan anggota keluarga | 0,343-7,457  | 0,414   |
| Jarak tempat tinggal                | 0,886-21,614 | 0,074   |
| Jenis transportasi                  | 0,579-0,893  | 0,298   |
| Status tinggal pasien               | -            | -       |
| Waktu kejadian                      | 0,515-12,139 | 0,222   |
| Tingkat pendapatan                  | 0,342-7,131  | 0,423   |
| Respon keluarga                     | 0,693-16,687 | 0,123   |
| Kesadaran keluarga                  | 0,946-23,845 | 0,058   |

Variabel-variabel yang memenuhi syarat dan dapat masuk ke tahap analisis multivariat yaitu jarak tempat tinggal, waktu kejadian, respon keluarga, dan kesadaran keluarga, karena nilai  $p < 0,25$ . Sedangkan variabel yang tidak masuk pada analisa multivarian adalah variabel usia pasien, jenis kelamin pasien, tingkat pendidikan anggota keluarga, jenis transportasi, status tinggal pasien, dan tingkat pendapatan karena nilai  $p > 0,25$ .

## 2. Pemodelan Multivariat

Dalam penelitian ini semua variabel yang memenuhi syarat diujicobakan secara bersamaan dengan menggunakan uji regresi logistik biner dengan metode *enter*. Berikut hasil akhir dari uji regresi logistik analisis multivariat setelah tiga *step*.

**Tabel 5.14.****Hasil akhir analisis multivariat**

| <b>Variabel</b>      | <b>Koefisien</b> | <b>OR</b> | <b>IK 95%</b> | <b>p-value</b> |
|----------------------|------------------|-----------|---------------|----------------|
| Kesadaran keluarga   | 1,890            | 6,620     | 1,047-41,856  | 0,045          |
| Jarak tempat tinggal | 1,835            | 6,264     | 0,982-39,966  | 0,052          |
| Konstanta            | -1,017           |           |               | 0,262          |

Dari tabel 5.14 di atas dapat diketahui bahwa hanya terdapat dua variabel yang berhubungan dengan kejadian keterlambatan kedatangan di rumah sakit. Kekuatan hubungan dapat dilihat dari nilai OR. Kekuatan hubungan terbesar adalah kesadaran keluarga dengan nilai OR 6,620, dan yang terkecil adalah jarak tempat tinggal dengan nilai OR 6,264.

### 3. Model Persamaan Multivariat

Penelitian ini merupakan penelitian multivariat dengan uji regresi logistik dimana variabel yang berhubungan dengan kejadian keterlambatan kedatangan di rumah sakit adalah jarak tempat tinggal dan kesadaran keluarga. Berdasarkan tabel 5.14 di atas dapat diketahui bahwa dari analisis multivariat variabel jarak tempat tinggal memiliki nilai  $p=0,052$ , sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara jarak tempat tinggal dengan kejadian keterlambatan kedatangan di rumah sakit. Variabel lainnya yaitu kesadaran keluarga ( $p=0,045$ ), yang dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan bermakna antara kesadaran keluarga berhubungan terhadap kejadian keterlambatan kedatangan di rumah sakit. Variabel yang terkuat yang berkaitan dengan keterlambatan kedatangan di rumah sakit adalah kesadaran keluarga, karena mempunyai nilai *odd ratio* (OR 6,620) terbesar di antara dua variabel yang ditemukan berhubungan.

Keterlambatan kedatangan di rumah sakit memiliki nilai konstanta - 1,017, dengan nilai  $a_1$  merupakan nilai koefisien  $x_1$  (jarak tempat tinggal) yaitu 1,835, sedangkan nilai  $a_2$  adalah nilai koefisien  $x_2$  (kesadaran keluarga) yaitu 1,890. Sehingga, dari hasil analisis multivariat diperoleh persamaan berikut:

$$y = \text{konstanta} + a_1x_1 + a_2x_2, \text{ sehingga}$$

$$y = -1,017 + 1,835(\text{jarak tempat tinggal}) + 1,890(\text{kesadaran keluarga})$$

**Tabel 5.15.**

**Koding kategori variabel berdasarkan hasil analisis multivariat**

| Variabel             |        | Parameter coding (1) |
|----------------------|--------|----------------------|
| Kesadaran keluarga   | Kurang | 1,000                |
|                      | Baik   | ,000                 |
| Jarak tempat tinggal | >10 km | 1,000                |
|                      | <10 km | ,000                 |

Dari tabel 5.16 di atas dapat disimpulkan bahwa variabel independen jarak tempat tinggal bernilai "1" jika ">10 kilometer", dan bernilai "0" jika "<10 kilometer". Sedangkan variabel independen kesadaran keluarga akan bernilai "1" jika "kurang", dan bernilai "0" jika "baik". Aplikasi dari persamaan yang diperoleh di atas adalah untuk memprediksi probabilitas seorang pasien untuk mengalami keterlambatan kedatangan di rumah sakit, yaitu dengan rumus:

$$p = 1/(1 + \exp(-y))$$

di mana:

$p$  = probabilitas untuk terjadinya suatu kejadian (dalam hal ini keterlambatan kedatangan di rumah sakit)

$y$  = Konstanta +  $a_1x_1$  +  $a_2x_2$ ; dalam hal ini

$$y = -1,017 + 1,835(\text{jarak tempat tinggal}) + 1,890(\text{kesadaran keluarga})$$

$$\text{exp atau } e = \text{konstanta}$$

$$= 2,718$$

Dengan demikian, apabila terdapat pasien stroke dengan jarak tempat tinggal lebih dari 10 kilometer (nilai "1") dan tingkat kesadaran keluarga kurang (nilai "1"), maka probabilitas pasien tersebut untuk mengalami keterlambatan kedatangan di rumah sakit adalah sebagai berikut:

$$y = -1,017 + 1,835(\text{jarak tempat tinggal}) + 1,890(\text{kesadaran keluarga})$$

$$y = -1,017 + 1,835(1) + 1,890(1)$$

$$y = 2,708$$

Dengan demikian, probabilitasnya adalah:

$$p = 1 / (1 + \exp(-y))$$

$$p = 1 / (1 + \exp(-2,708))$$

$$p = 0,9375$$

Dengan demikian, probabilitas pasien stroke dengan kategori di atas untuk mengalami keterlambatan kedatangan di rumah sakit adalah sebesar 93,75%. Probabilitas merupakan peluang atau kemungkinan dari suatu kejadian, terjadi atau tidak dan seberapa besar kemungkinan kejadian tersebut berpeluang untuk terjadi. Melalui proses perhitungan yang sama, diperoleh beberapa nilai probabilitas dari kemungkinan-kemungkinan kategori pasien yang dapat muncul, yaitu:

**Tabel 5.16.****Nilai probabilitas berdasarkan kemungkinan yang muncul**

| <b>Kategori pasien</b>                                   | <b>Probabilitas Keterlambatan</b> |
|--|-----------------------------------|
| Jarak tempat tinggal >10 km<br>Kesadaran keluarga kurang | 93,75%                            |
| Jarak tempat tinggal >10 km<br>Kesadaran keluarga baik   | 69,38%                            |
| Jarak tempat tinggal <10 km<br>Kesadaran keluarga kurang | 70,54%                            |
| Jarak tempat tinggal <10 km<br>Kesadaran keluarga baik   | 26,56%                            |

Dari tabel 5.23 di atas dapat diambil kesimpulan bahwa jika pasien stroke mempunyai tempat tinggal dengan rumah sakit lebih dari 10 kilometer dan kesadaran keluarga terhadap tanda peringatan gejala stroke kurang, maka probabilitas mengalami keterlambatan kedatangan di rumah sakit adalah 93,75%. Apabila pasien stroke mempunyai tempat tinggal dengan rumah sakit lebih dari 10 kilometer dan kesadaran keluarga terhadap tanda peringatan gejala stroke baik, maka probabilitas mengalami keterlambatan kedatangan di rumah sakit adalah 69,38%. Apabila pasien stroke mempunyai tempat tinggal dengan rumah sakit kurang dari 10 kilometer dan kesadaran keluarga terhadap tanda peringatan gejala stroke kurang, maka probabilitas mengalami keterlambatan kedatangan di rumah sakit adalah 70,54%. Sedangkan apabila pasien stroke mempunyai tempat tinggal dengan rumah sakit kurang dari 10 kilometer dan kesadaran keluarga terhadap tanda peringatan gejala stroke baik, maka probabilitas mengalami keterlambatan kedatangan di rumah sakit adalah 26,56%.

## **BAB VI**

### **PEMBAHASAN**

#### **A. Interpretasi hasil penelitian**

##### **1. Keterlambatan Kedatangan Pasien di Rumah Sakit**

Penelitian ini menemukan bahwa dari 36 responden, sebanyak 27 responden (75%) mempunyai anggota keluarga yang mengalami keterlambatan kedatangan di rumah sakit, sedangkan 9 responden (25%), anggota keluarganya tidak yang mengalami keterlambatan. Sementara itu, dari segi waktu keterlambatan didapatkan rerata keterlambatan pasien stroke yang datang di RSUD Bangil adalah 871,34 menit atau 14 jam 32 menit, dengan median keterlambatan 202,5 menit atau 3 jam 22 menit. Selain itu, juga penelitian ini menemukan bahwa waktu tercepat yang dicapai pasien dan keluarganya untuk menuju RSUD Bangil adalah 30 menit, dan waktu keterlambatan maksimal dalam penelitian ini adalah 6840 menit atau 4 hari lebih 16 jam (112 jam).

Ketetapan waktu kedatangan yang dijadikan standar dalam penelitian ini adalah 60 menit (Advani et al., 2017). Hal ini berdasarkan panduan dari *National Institute of Neurological Disorders and Stroke* (NINDS) dan *Advanced Cardiac Life Support* (ACLS) terkait penanganan stroke akut. Pasien yang mengalami serangan stroke sedapatnya segera menghubungi dokter dalam 10 menit setelah gejala (*door to doctor*). Selanjutnya, dalam 15 menit berikutnya pasien bisa mendapatkan akses ke dokter spesialis saraf untuk mendapatkan pemeriksaan lebih lanjut. *CT scan* sudah harus bisa dilaksanakan dalam waktu 25 menit dan segera

diinterpretasikan dalam waktu kurang 45 menit. Sehingga dalam waktu kurang dari 60 menit pasien bisa mendapatkan perawatan, untuk selanjutnya dirujuk ke ruang perawatan intensif (Jauch et al., 2019).

Prinsip penatalaksanaan stroke dalam tahap akut adalah 8D, yaitu *detection, dispatch, delivery, door, data, decision, drug, dan disposition* (Disque, 2016). Anggota keluarga minimal dapat melakukan 3D pertama dari prinsip 8D's yang ditetapkan, yaitu *detection, dispatch, dan delivery*. *Detection* bermakna pasien dan keluarga mampu mengenali tanda peringatan gejala stroke. Sedangkan *dispatch* berarti bahwa pasien dan keluarga segera melakukan kontak dengan layanan kesehatan, dan *delivery* yang bermakna segera membawa pasien ke instalasi gawat darurat. Jenis kontak medis dikategorikan sebagai: (1) panggilan telepon ke layanan medis darurat/*emergency medical service* (EMS); (2) panggilan telepon ke dokter layanan primer (dokter umum); (3) kunjungan ke tempat praktek dokter umum; dan (4) langsung menuju di IGD (Faiz et al., 2013). Kecepatan pasien datang ke instalasi gawat darurat dan ketepatan perawatan dapat menurunkan risiko perburukan neurologis (Slavin et al., 2018), meminimalkan kecacatan (Meretoja et al., 2014) juga menurunkan resiko kematian (Advani et al., 2017).

Hasil penelitian ini sesuai dengan hasil yang ditemukan oleh Advani et al. (2017) yang menyatakan bahwa hanya kurang dari 29% pasien stroke akut benar-benar tiba di instalasi gawat darurat dalam waktu 60 menit sejak onset gejala. Keadaan ini diperparah dengan tingkat kesibukan IGD sehingga mengakibatkan sedikit sekali pasien yang benar-benar dirawat dalam waktu 60 menit dari onset gejala (Advani et al., 2017). Hasil analisis dari American Heart Association juga menemukan bahwa terdapat 30.220 pasien (28,3%) yang datang di IGD dalam 60 menit pasca onset gejala

stroke, 33.585 pasien (31,7%) datang antara 61-180 menit, dan 42.846 (40,1%) datang setelah 180 menit (*American Heart Association, 2018*).

Selain itu, Rachmawati, Andarini, & Ningsih (2017) menemukan bahwa rerata keterlambatan kedatangan pasien di IRD RSUD Wlingi adalah 23 jam 12 menit dengan maksimal keterlambatan mencapai 69 jam. Rerata keterlambatan dalam penelitian ini lebih cepat daripada yang didapatkan oleh Rachmawati et al. (2017). Namun, waktu maksimal keterlambatan dalam penelitian ini jauh lebih lama dari yang didapatkan dalam penelitian Rachmawati et al. tersebut (112 jam vs 69 jam).

Jumlah responden dalam penelitian ini sangat terbatas. Sehingga temuan penelitian dapat menunjukkan hasil yang berbeda dengan penelitian-penelitian sebelumnya. Namun demikian, tingginya angka keterlambatan dalam penelitian ini tetap harus menjadi perhatian.

## **2. Usia Pasien**

Dalam penelitian ini ditemukan bahwa terdapat 22 pasien stroke (61,1%) berusia lebih dari 55 tahun, dan 14 pasien (38,9%) berusia kurang dari 55 tahun. Selain itu, usia tertua pasien yang mengalami stroke adalah 80 tahun dan yang termuda berusia 37 tahun. Rerata usia pasien stroke dalam penelitian ini adalah 57 tahun, dengan median 57,5 tahun.

Laporan RISKESDAS 2018 menyebutkan bahwa proporsi terbesar pasien stroke berdasarkan diagnosis dokter berada pada rentang usia 45 tahun hingga di atas 75 tahun. RISKESDAS 2018 melaporkan bahwa penderita stroke sebesar 14,2% berasal dari populasi kelompok umur 45-54 tahun. Sedangkan pada kelompok umur 55-64 tahun adalah 32,4%, kelompok umur 65-74 sebesar 45,3%, dan kelompok umur di atas 75 tahun adalah 50,2% (Kementerian Kesehatan RI, 2019).



Laporan *Global Burden of Stroke* menemukan bahwa kejadian stroke pada orang dewasa muda dan setengah baya tidak menurun, bahkan mungkin meningkat. Hal ini kemungkinan disebabkan oleh peningkatan faktor risiko metabolik, termasuk obesitas dan diabetes mellitus yang terjadi pada kaum muda. Temuan lainnya juga menunjukkan bahwa stroke seharusnya tidak lagi dianggap sebagai penyakit pada orang tua, karena dua pertiga dari semua stroke terjadi pada orang yang berusia <70 tahun (Katan & Luft, 2018).

Kissela et al (2012) melakukan penelitian dengan membandingkan kejadian stroke pada kelompok usia antara 20 hingga 54 tahun. Hasil penelitian tersebut menemukan bahwa usia rata-rata pada stroke menurun secara signifikan dari 71,2 tahun pada 1993/1994 menjadi 69,2 tahun pada 2005 ( $p < 0,0001$ ). Selain itu, proporsi semua kejadian stroke di bawah usia 55 meningkat dari 12,9% pada 1993/1994 menjadi 18,6% pada 2005.

Orang yang berusia lebih dari 55 tahun merupakan kelompok berisiko tinggi terhadap kejadian stroke (Smeltzer et al., 2010). Stroke umumnya terjadi pada lanjut usia dan terdapat peningkatan kejadian serangan stroke pada usia di atas 55 tahun, karena adanya aterosklerosis yang dianggap paling banyak menjadi penyebab kejadian stroke hemoragik bagi lanjut usia (Darotin, Nurdiana, & Nasution, 2017).

Pada kasus stroke iskemik, penuaan adalah faktor risiko terkuat yang tidak dapat dimodifikasi. Sehingga pasien stroke yang berusia lanjut memiliki angka kematian yang lebih tinggi, morbiditas, dan proses pemulihan fungsional yang lebih buruk daripada orang yang lebih muda (Roy-O'Reilly & McCullough, 2018). Pasien dengan usia yang lebih tua akan mempunyai risiko mortalitas yang lebih tinggi dan kualitas hidup

pasca stroke yang lebih buruk jika dibandingkan dengan pasien yang lebih muda (Roy-O'Reilly & McCullough, 2018).

Hasil penelitian ini tidak terlepas dari kondisi lapangan selama penelitian. Dimana selama dilaksanakannya penelitian, populasi kejadian pasien stroke di RSUD Bangil adalah pasien berusia lanjut. Temuan yang berbeda kemungkinan akan didapatkan pada populasi yang berbeda.

### **3. Jenis Kelamin Pasien**

Dalam penelitian ini ditemukan bahwa kejadian stroke didominasi oleh pasien berjenis kelamin perempuan. Sebagaimana disampaikan dalam hasil analisis univariat, bahwa dari 36 pasien stroke yang berada di Ruang Krissan RSUD Bangil, terdapat 23 pasien (63,9%) berjenis kelamin perempuan, dan 13 pasien (36,1%) berjenis kelamin laki-laki.

Jenis kelamin pasien dapat mempengaruhi kejadian dan *outcome* stroke. Meskipun laki-laki memiliki insiden stroke yang lebih tinggi di sebagian besar masa hidup, wanita memiliki prevalensi stroke yang lebih tinggi secara keseluruhan, karena peningkatan risiko stroke seiring penuaan dan umur rata-rata yang lebih lama pada wanita. Pada kasus stroke iskemik, perbedaan jenis kelamin tergantung pada usia pasien, karena pengaruh jenis kelamin terhadap risiko stroke dan *outcome* stroke berubah seiring rentang usia. Pada masa kanak-kanak dan dewasa awal, laki-laki memiliki insidensi stroke iskemik yang lebih tinggi dan *outcome* fungsional yang lebih buruk dibandingkan perempuan. Pada usia paruh baya, tingkat stroke iskemik mulai meningkat pada wanita, seiring dengan timbulnya menopause dan hilangnya hormon seks wanita saat menopause. Setelah usia paruh baya, rasio stroke terus meningkat pada wanita, dengan beberapa laporan kejadian stroke yang lebih tinggi pada

wanita lansia (> 85 tahun) dibandingkan dengan pria lansia (Roy-O'Reilly & McCullough, 2018).

Keadaan hormonal akan mempengaruhi kejadian stroke pada perempuan. Estrogen endogen merupakan bahan bersifat neuroprotektif. Peningkatan kejadian stroke pada perempuan akan meningkat setelah menopause, seiring menurunnya kadar hormon tersebut (Khalema, Goldstein, & Lucas, 2018).

Hasil penelitian ini tidak terlepas dari pengaruh kondisi lapangan selama dilakukan penelitian. Dimana jumlah subyek perempuan yang lebih tinggi dibandingkan laki-laki kemungkinan disebabkan oleh kunjungan yang masuk ke rumah sakit lebih banyak perempuan dibanding laki-laki. Hasil yang berbeda kemungkinan akan didapatkan pada populasi penelitian yang berbeda, atau dengan durasi waktu yang berbeda.

#### **4. Tingkat Pendidikan Anggota Keluarga**

Penelitian ini menemukan bahwa terdapat 23 responden (63,9%) mempunyai tingkat pendidikan rendah, sedangkan 13 responden (36,1%) mempunyai tingkat pendidikan tinggi. Hal ini berarti bahwa sebagian besar responden hanya menyelesaikan pendidikan setara sekolah menengah pertama atau kurang. Profil Kesehatan Kabupaten Pasuruan Tahun 2017 melaporkan bahwa terdapat 145 ribu laki-laki dan perempuan di Kabupaten Pasuruan yang hanya menamatkan pendidikan setingkat sekolah dasar dan sekolah menengah pertama; dan hanya 31 ribu laki-laki dan perempuan yang menyelesaikan pendidikan setingkat sekolah menengah atas (Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan, 2018).

Tingkat pendidikan yang rendah akan mempengaruhi tingkat pengetahuan individu. Pendidikan adalah suatu upaya untuk merubah

perilaku seseorang, termasuk perilaku kesehatan untuk mencegah terjadinya stroke (Boden-Albala & Quarles, 2013). Seperti yang terdapat dalam fungsi pendidikan keluarga bahwa seseorang harus dapat menunjukkan perilaku sesuai dengan peran dan tugasnya agar mampu membuat keputusan yang tepat untuk perawatan dan pemeliharaan kesehatan (Rahmina et al., 2018).

Hasil temuan penelitian ini sesuai dengan temuan dari Rachmawati, Andarini, & Ningsih (2017). Penelitian tersebut menemukan bahwa dari 58 responden anggota keluarga pasien stroke yang terlibat dalam penelitian, sebanyak 42 responden (68,9%) berpendidikan setara sekolah dasar dan sekolah menengah pertama. Prasetyo (2018) juga menemukan bahwa dari 110 subjek penelitian, sebanyak 51,8% subyek berpendidikan rendah, yakni mereka yang tidak sekolah/tidak mendapat pendidikan formal hingga tamat/tidak tamat SMP atau sederajat. Tingkat pendidikan seseorang dapat berbeda-beda karena ada beberapa faktor yang mempengaruhi pendidikan yaitu motivasi individu, sosial, ekonomi, budaya dan motivasi orang tua (Rahmina et al., 2018).

## **5. Jarak Tempat Tinggal Pasien**

Dalam penelitian ini ditemukan bahwa terdapat 25 pasien (69,4%) mempunyai jarak tempat tinggal lebih dari 10 kilometer, dan 11 pasien (30,6%) mempunyai jarak tempat tinggal kurang dari 10 kilometer. Jarak terjauh yang ditempuh oleh pasien adalah 36 kilometer, sedangkan yang terdekat adalah lima kilometer. Median jarak yang ditempuh oleh pasien dan keluarganya untuk sampai di RSUD Bangil adalah 14,5 kilometer dengan rata-rata 16,61 kilometer.

Jarak tempat tinggal, secara empirik, akan berpengaruh terhadap keterlambatan kedatangan pasien stroke di rumah sakit. Barahama, Tangkudung, & Kembuan (2019) menemukan bahwa dari 231 pasien stroke yang datang ke rumah sakit, terapat 111 pasien (48%) yang mempunyai jarak tempat tinggal kurang dari 25 kilometer, dan 120 pasien (52%) tinggal pada jarak lebih dari 25 kilometer dari rumah sakit. Penelitian di India oleh Arulprakash & Umaiorubahan (2019) menemukan bahwa terdapat 32 pasien (16%) yang harus menempuh jarak kurang dari 5 kilometer ke rumah sakit, 32 pasien (16%) lainnya menempuh jarak 5-10 kilometer, 35 pasien (17,5%) menempuh jarak 10-15 kilometer, dan porsi terbesar adalah 101 pasien (50,5%) yang harus menempuh jarak lebih dari 15 km untuk dapat sampai di rumah sakit .

Proporsi yang lebih besar dari jumlah pasien yang bertempat tinggal lebih dari 10 kilometer dalam penelitian ini diperkirakan karena adanya pertimbangan biaya dalam pengobatan. Hal ini karena RSUD Bangil merupakan rumah sakit milik pemerintah, sehingga masyarakat lebih memilih untuk berobat di RSUD Bangil. Selain itu, faktor kelengkapan sarana dan prasarana pendukung di RSUD Bangil juga menjadi salah satu alasan pemilihan rumah sakit ini oleh masyarakat, walaupun jaraknya cukup jauh dari tempat tinggal pasien.

## **6. Jenis Transportasi**

Hasil penelitian ini memnemukan bahwa sebagian besar pasien (32 pasien; 88,9%) datang ke rumah sakit tanpa menggunakan ambulans, dan hanya 4 pasien (11,1%) yang datang dari rumah sakit dengan ambulans. Hal yang sama juga ditemukan oleh Barahama et al. (2019), dimana 184 pasien (79,65%) merupakan pengguna ambulans, sedangkan 47 pasien

(20,35%) tidak menggunakan ambulans. Hasil penelitian oleh Prasetyo (2018) juga menemukan hal yang sama, yaitu sebagian besar pasien tidak menggunakan ambulans saat datang ke rumah sakit, dimana dalam penelitian tersebut ditemukan 105 pasien (95,5%) tidak menggunakan ambulans. Sementara hanya 5 pasien (4,5%) yang menggunakan ambulans.

Layanan ambulans berkaitan erat dengan *emergency management system* (EMS). Menghubungi layanan darurat merupakan tindakan pertama yang direkomendasikan saat mengalami munculnya tanda peringatan gejala stroke (Powers et al., 2018). Penggunaan transportasi darurat akan mempercepat kedatangan di rumah sakit, sehingga tindakan diagnostik maupun terapi dapat segera dilakukan (Mochari-Greenberger et al., 2015).

Perlu untuk dipahami bahwa empat pasien stroke pengguna ambulans yang datang ke RSUD Bangil dalam penelitian bukan merupakan pasien yang menggunakan layanan EMS. Pasien-pasien tersebut merupakan pasien rujukan, baik dari klinik maupun rumah sakit sekitar. Sebagaimana disadari semua pihak, bahwa fungsi EMS di Indonesia belum dapat dikatakan maksimal. Terbukti dengan rendahnya tingkat penggunaan EMS dalam masyarakat.

Dengan tercapainya target “Desa Siaga Aktif” tahun 2014-2017 di Kabupaten Pasuruan (Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan, 2018), maka seharusnya akses masyarakat terhadap layanan ambulans darurat bukanlah hal yang terlalu sulit. Sebagaimana Pedoman Umum Pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif oleh Kementerian Kesehatan, bahwa salah satu syarat dibentuknya Desa Siaga Aktif adalah tersedianya ambulans darurat di setiap desa (Pusat Promosi Kesehatan

Kemenkes, 2010). Kurangnya pengetahuan masyarakat akan kegawatdaruratan stroke kemungkinan merupakan penyebab sedikitnya masyarakat yang menggunakan fasilitas ambulans desa.

## **7. Waktu Kejadian**

Penelitian ini menemukan bahwa waktu onset gejala stroke menempati proporsi yang sama, yaitu 18 pasien (50%) mengalami gejala pada malam hari, dan sisanya (18 pasien; 50%) pada siang hari. Hasil yang berbeda ditemukan oleh Kim et al. (2011) yang menemukan bahwa dari 247 pasien yang direkrut dalam penelitian, terdapat 37 pasien yang datang pada malam hari. Sementara Hagiwara et al. (2014) menemukan bahwa dari 253 pasien dalam penelitian, terdapat 85 pasien yang mengalami onset gejala di malam hari.

Gejala stroke dapat muncul kapan saja. Peningkatan kesadaran terhadap faktor resiko dan peringatan gejala stroke akan meningkatkan kecenderungan untuk segera membawa pasien stroke ke rumah sakit. Selain itu, persepsi terhadap kegawatdaruratan stroke yang baik juga akan meningkatkan kecepatan kedatangan pasien di rumah sakit.

Perbedaan hasil penelitian ini dengan penelitian-penelitian sebelumnya tidak terlepas dari proporsi pasien stroke yang mengunjungi RSUD Bangil. Ketidakmampuan peneliti mengendalikan variabel-variabel penelitian akan menghasilkan perbedaan hasil analisis. Sehingga, hasil ini tidak dapat digunakan untuk menggeneralisasi kejadian stroke pada populasi yang berbeda.

## 8. Tingkat Pendapatan

Faktor pembiayaan menjadi salah satu pertimbangan ketika akan menuju rumah sakit (Prasetyo, 2018). Hasil penelitian ini menemukan bahwa 19 responden (52,8%) mempunyai tingkat pendapatan rendah, dan 17 responden (47,2%) mempunyai tingkat pendapatan tinggi. Besarnya biaya langsung yang harus dikeluarkan untuk perawatan stroke akut dan rehabilitasinya merupakan tantangan terbesar bagi pasien dan keluarganya, termasuk juga biaya tidak langsung akibat kehilangan produktivitas pasien dan keluarganya (Snozzi et al., 2014). Sehingga, tingkat pendapatan akan berdampak pada kemampuan keluarga maupun pasien dalam menyediakan biaya pengobatan (Seremwe et al., 2017).

Pada tahun 2007, di Indonesia, rata-rata biaya terapi total (dalam ribuan) untuk stroke iskemik Rp 4.340,00 dan hemoragik Rp 5.300,00, dimana biaya obat stroke iskemik rata-rata sebesar Rp 1.728,45 dan stroke hemoragik sebesar Rp 2.121,59 (Damayanti, 2010). Temuan lainnya adalah rata-rata tarif INA-CBG's pasien stroke sebesar Rp 4.290.000 dengan standar deviasi Rp 1.133.000, tarif terendah adalah Rp 2.906.500 dan tertinggi Rp 7.094.800 dengan rata-rata lama hari rawat pasien stroke adalah 5,79 hari atau 6 hari (Mahulae & Ilyas, 2018).

Pada tahun 2018, tercatat pendapatan per kapita penduduk Indonesia mencapai 56 juta rupiah per tahun, atau sekitar 4,6 juta rupiah per bulan (Kata Data, 2019). Namun, hasil penelitian ini menemukan bahwa pendapatan keluarga pasien stroke yang menjadi responden masih berada di bawah angka tersebut. Rata-rata pendapatan keluarga yang didapatkan dalam penelitian ini adalah sebesar 2,3 juta rupiah. Hasil ini mengingat pada saat dilakukan penelitian, mayoritas anggota keluarga pasien bermata pencaharian di sektor informal, semacam petani maupun



pedagang, dimana penghasilan bulanan mereka tidak dapat diukur secara pasti.

Perbedaan hasil penelitian ini kemungkinan disebabkan oleh perbedaan kriteria yang digunakan dalam penelitian. Namun, perlu dipahami bahwa pada sebagian besar pasien stroke yang diteliti, biaya pengobatan bukan hanya berasal dari satu orang. Tingkat ekonomi yang rendah menyebabkan biaya pengobatan dapat ditanggung oleh beberapa orang anggota keluarga. Kepemilikan kartu jaminan kesehatan kemungkinan juga akan berpengaruh terhadap kehadiran di rumah sakit.

Penelitian dalam topik pengeluaran biaya kesehatan yang dilakukan oleh Iqbal (2013) menemukan bahwa rumah tangga kelompok miskin (tingkat ekonomi rendah) banyak terdapat di Pulau Jawa, yaitu mencapai 26% dari populasi. Penelitian Iqbal tersebut juga menemukan bahwa penduduk di Pulau Jawa harus mengeluarkan biaya kesehatan yang lebih besar jika dibandingkan dengan penduduk di luar Pulau Jawa. Seiring peningkatan kejadian stroke pada keluarga dengan status ekonomi rendah (Li, 2008 dalam Addo et al., 2012), maka kondisi ekonomi keluarga menjadi pertimbangan tersendiri ketika membutuhkan kunjungan ke tenaga medis saat terjadi kondisi akut (Iqbal, 2013).

## **9. Status Tinggal Pasien**

Penelitian ini menemukan bahwa keseluruhan pasien (36 pasien, 100%) tinggal bersama keluarganya. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa budaya kekeluargaan di Indonesia yang masih tinggi, termasuk di Kabupaten Pasuruan. Masih eratnya hubungan kekeluargaan pada budaya Indonesia kemungkinan besar menyebabkan seseorang lebih

cenderung untuk tinggal bersama orang lain dibanding tinggal seorang diri (Prasetyo, 2018).

Handayani (2014) dalam Saudin, Agoes, & Rini (2016) menjelaskan dalam penelitiannya bahwa keberhasilan penanganan kondisi pre-rumah sakit pada keluarga pasien dengan stroke salah satunya dipengaruhi oleh pendampingan teman hidup sebagai sistem support. Individu beresiko stroke maupun mempunyai riwayat stroke idealnya mempunyai tingkat pengetahuan yang baik terkait faktor resiko, tanda gejala, maupun kegawatdaruratan stroke, demikian pula anggota keluarganya.

#### **10. Kesadaran Keluarga Terhadap Tanda Peringatan Gejala Stroke**

Dalam penelitian ini ditemukan bahwa terdapat proporsi yang lebih besar anggota keluarga dengan kesadaran yang kurang terhadap tanda peringatan gejala stroke. Penelitian ini menemukan bahwa terdapat 22 responden (61,1%) mempunyai kesadaran yang kurang terhadap tanda peringatan gejala stroke (mempunyai nilai *Stroke Recognition Questionnaire* (SRQ) di bawah rata-rata), dan sisanya (14 responden; 38,9%) mempunyai kesadaran yang baik terhadap tanda peringatan gejala stroke.

Pengetahuan kesehatan adalah tingkat di mana orang dapat memperoleh, memproses, dan memahami informasi dan layanan kesehatan dasar dan membuat keputusan kesehatan yang tepat. Mengetahui faktor-faktor risiko stroke, gejala, dan tanda-tanda adalah langkah pertama menuju pencegahan dan pengobatan stroke. Oleh karena itu, seseorang dengan pengetahuan stroke yang baik harus memiliki kesadaran yang memadai tentang faktor risiko, gejala, dan pengobatan stroke (Chan, Lin, & Liu, 2016).

Kesadaran terhadap faktor risiko stroke sangat penting dipengaruhi oleh pengetahuan individu. Kesadaran terhadap tanda peringatan gejala stroke akan membantu dalam pencegahan stroke baik primer maupun sekunder. Pengetahuan tentang gejala stroke ini sangat penting untuk mengenali adanya serangan stroke, sehingga konsekuensinya adalah pasien harus segera ke instalasi gawat darurat atau rumah sakit (Rachmawati et al., 2017). Handayani (2014) dalam Saudin et al. (2016) menemukan bahwa keberhasilan penanganan kondisi pre-rumah sakit pada keluarga pasien dengan stroke selain dipengaruhi tingkat pengetahuan keluarga dalam mendeteksi serangan stroke, juga keluarga mampu mengidentifikasi faktor risiko terjadinya stroke.

Pada anggota keluarga dengan pasien stroke, kesadaran dibentuk dari fungsi kognitif dan afektif terkait faktor resiko, tanda peringatan, ditambah kegawatdaruratan stroke. Kesadaran akan menimbulkan respon perilaku berupa meniru pada kejadian sebelumnya dari orang lain, atau melakukan sesuai instruksi tertulis yang pernah dibaca dan dilihat, lalu bertindak sesuai kemampuan dan pengetahuannya (Islam, et al., 2017).

Individu memiliki kemampuan untuk mengenali kompetensi yang dimilikinya termasuk karakteristik personal disertai sifat biopsikososial yang kompleks yang akan mempengaruhi dalam menghasilkan suatu tingkah laku. Faktor personal (*personal factor*) yang mempengaruhi individu dalam bertingkah laku diantaranya dari biological factor meliputi usia, jenis kelamin, IMT, status menopause, kekuatan dan keseimbangan. Kedua adalah *psychological factor* yang terdiri dari pengetahuan tentang kesehatan, dan motivasi diri. Ketiga adalah *socialcultural factor* yang terdiri dari pendidikan dan status ekonomi. Faktor personal di antaranya usia, status ekonomi dan pengetahuan memiliki pengaruh terhadap perilaku

kesehatan. Hal ini ditandai dengan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan yang mencakup mencegah dan melindungi diri dari penyakit atau masalah kesehatan lainnya, meningkatkan kesehatan, serta mencari kesembuhan apabila sakit. Perbedaan karakteristik personal mempengaruhi juga seseorang dalam melakukan penilaian terhadap dirinya yang akan mempengaruhi tingkah laku yang dilakukan seseorang (Ambarika, Agoes, & Kristianto, 2015).

Namun demikian, dalam penelitian ini, tidak ditemukan adanya hubungan signifikan antara usia ( $p=0,802$ ) dan tingkat pendidikan ( $p=0,968$ ) dengan variabel kesadaran terhadap tanda peringatan gejala stroke. Akan tetapi, jenis kelamin anggota keluarga ditemukan berpengaruh secara signifikan terhadap variabel tersebut ( $p=0,05$ ). Hal ini menunjukkan bahwa pengetahuan mengenai faktor resiko dan tanda gejala stroke, sekaligus kegawatdaruratan stroke yang perlu ditingkatkan pada anggota keluarga pasien, terutama anggota keluarga perempuan.

## 11. Respon Keluarga

Penelitian ini menemukan bahwa proporsi anggota keluarga yang mempunyai respon tidak adekuat adalah lebih besar dari proporsi anggota keluarga dengan respon yang adekuat. Dalam penelitian ini ditemukan bahwa 20 responden (55,6%) mempunyai respon yang tidak adekuat, sedangkan 16 responden (44,4%) mempunyai respon yang adekuat. Hasil ini adalah berdasarkan perhitungan terhadap kuesioner *Stroke Action Test* (STAT). STAT merupakan kuesioner stroke yang dikembangkan oleh Billings-Gagliardi & Mazor pada tahun 2005. Kuesioner ini terdiri dari 21 item yang memunculkan respon yang mungkin dilakukan responden

terhadap gejala neurologis yang disebabkan oleh stroke (Billings-Gagliardi & Mazor, 2005).

Dalam keadaan akut, anggota keluarga akan menjadi orang yang pertama kali melakukan kontak dengan pasien yang mengalami serangan stroke, baik saat serangan, maupun setelah serangan. Oleh karena itu, respon keluarga yang adekuat akan sangat membantu pasien dalam mendapatkan pengobatan yang lebih cepat. Akan tetapi, sebagaimana temuan dalam penelitian ini, Rachmawati et al. (2017) menemukan bahwa 32,8% responden cenderung mempunyai respon untuk menunggu dan membiarkan ketika menemukan peringatan gejala stroke.

Bentuk lain dari respon yang tidak adekuat adalah menganggap gejala awal yang dialami pasien tidaklah serius. Sebagaimana hasil penelitian dari Sim et al. (2016), yaitu sebanyak 39,3% pasien dan 18,8% *significant others* (pasangan) pada awalnya menganggap gejala awal yang dialami pasien tidaklah serius. Respon yang tidak adekuat akan menyebabkan pengambilan keputusan yang salah.

Respon keluarga yang tidak adekuat kemungkinan disebabkan oleh rendahnya pengetahuan dan kesadaran keluarga terkait tanda peringatan gejala stroke. Penyebab lainnya adalah keengganan keluarga untuk secara serius dalam membaca pertanyaan-pertanyaan yang diajukan dalam kuesioner. Keadaan sosial, tingkat pengetahuan, maupun budaya juga dapat menjadi faktor yang membentuk respon keluarga terkait tanda peringatan gejala stroke.

## **12. Hubungan Usia Pasien Terhadap Kejadian Keterlambatan Kedatangan Pasien Stroke di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Bangil**

Berdasarkan hasil uji *Fisher* ditemukan bahwa keterlambatan kedatangan pasien stroke di RSUD Bangil tidak dipengaruhi secara signifikan oleh usia pasien ( $p=0,506$ ). Berdasarkan usia pasien, dari 22 pasien yang berusia lebih dari 55 tahun, sebanyak 16 pasien (72,7 %) datang terlambat di RSUD Bangil. Sedangkan dari 14 pasien yang berusia kurang dari 55 tahun, sebanyak 11 pasien (78,6% ) datang terlambat di RSUD Bangil.

Faktor usia, secara statistik, ditemukan tidak signifikan mempengaruhi keterlambatan kedatangan pasien stroke di rumah sakit ( $p>0,05$ ) (Faiz et al, 2014; Shin, An, & Sim, 2017; & Al Khathaami et al., 2018). Namun, terdapat kecenderungan bahwa pasien ataupun saksi mata dengan rata-rata 77 tahun cenderung akan memutuskan menunda ke rumah sakit, dan usia rata-rata 69 tahun akan cenderung menunda ke rumah sakit hingga 1 jam (García Ruiz et al., 2018).

Hasil penelitian ini berbeda dengan hasil dari penelitian yang dilakukan oleh Zhou et al. (2017), dimana usia ditemukan mempunyai pengaruh signifikan terhadap kedatangan pasien di rumah sakit ( $p=0,010$ ). Hasil penelitian Zhou et al. tersebut menemukan bahwa pasien yang berusia  $\leq 65$  tahun dan tinggal di pedesaan cenderung akan mengalami penurunan tingkat keterlambatan dari  $>6$  jam atau lebih (OR 0,735 pada CI 0,579–0,932), tetapi hal ini tidak terjadi pada tingkat keterlambatan  $>3$  jam (OR 0,964 pada CI 0,752–1,237).

Hasil penelitian ini juga berbeda dengan temuan Faiz et al. (2013). Dalam analisis multivariat penelitian tersebut ditemukan bahwa usia yang

lebih muda secara signifikan berkaitan dengan kedatangan yang lebih awal di rumah sakit ( $p < 0,048$ ). Lebih lanjut, Jin et al. (2012) menemukan bahwa usia pasien stroke  $>65$  tahun, berkaitan dengan kedatangan yang lebih awal di rumah sakit, karena kesadaran terhadap gejala stroke yang lebih tinggi pada populasi lansia sebagai hasil dari pendidikan dan promosi kesehatan (Jin et al., 2012).

Perbedaan ini kemungkinan disebabkan oleh jumlah responden yang terbatas dalam penelitian ini. Sehingga, hal ini menyebabkan hasil yang kurang bermakna dalam perhitungan statistik. Selain itu, tingkat kesadaran terhadap gejala stroke pada pasien berusia lanjut dan keluarganya juga dapat mempengaruhi hasil temuan penelitian.

### **13. Hubungan Jenis Kelamin Pasien dengan Keterlambatan Kedatangan Pasien Stroke di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Bangil**

Hasil penelitian ini menemukan bahwa secara statistik tidak terdapat hubungan bermakna antara jenis kelamin pasien dengan keterlambatan kedatangan pasien stroke di RSUD Bangil ( $p=0,414$ ; OR 0,343). Penelitian ini juga menemukan bahwa dari 23 pasien berjenis kelamin perempuan, sebanyak 18 pasien terlambat datang ( $>60$  menit pasca onset gejala) di RSUD Bangil, dan lima pasien datang pada waktu yang ditentukan ( $<60$  menit pasca onset gejala). Selain itu, ditemukan pula bahwa dari 13 pasien berjenis kelamin laki-laki, sebanyak sembilan pasien terlambat datang di RSUD Bangil, dan empat pasien datang pada waktu yang ditentukan.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian oleh Smith et al. (2010) yang juga menemukan bahwa pasien stroke perempuan cenderung akan datang lebih lambat dari pasien laki-laki (OR 0,7). Madsen et al. (2016)

menemukan bahwa waktu kedatangan di rumah sakit pada pasien perempuan cenderung lebih panjang (rerata geometris 337 menit [95% CI 307- 369]) daripada pasien laki-laki (297 menit [95% CI 268-329]), dan ditemukan perbedaan signifikan, secara statistik, antara keduanya ( $p=0,05$ ).

Namun, Jin et al. (2012) melaporkan bahwa pasien stroke berusia >65 tahun dan berjenis kelamin perempuan lebih mungkin tiba lebih awal di rumah sakit daripada pasien yang lebih muda dan berjenis kelamin laki-laki. Demikian pula pada penelitian oleh Ashraf et al. (2015) yang menunjukkan bahwa pasien wanita memiliki keterlambatan menuju rumah sakit yang lebih pendek. Penelitian tersebut menemukan bahwa dari 98 pasien perempuan yang mengalami stroke, 34 pasien di antaranya datang di rumah sakit <3 jam setelah onset gejala, sedangkan sisanya datang >3 jam setelah onset gejala.

Demikian pula García Ruiz et al. (2018), yang menemukan bahwa dari 207 pasien stroke berjenis kelamin laki-laki, 97 (52,2%) orang di antaranya datang ke rumah sakit >3 jam setelah onset gejala. Sobral et al. (2019) menemukan 82 (56,2%) laki-laki stroke dan 64 (43,8%) wanita stroke datang terlambat di rumah sakit (>4,5 jam) ( $p=0,953$ ). Pada penelitian dengan populasi berusia lanjut, Yanagida et al. (2014) menemukan bahwa pasien berusia >75 tahun ( $p=0,031$ ) dan berjenis kelamin laki-laki ( $p=0,022$ ) akan mempengaruhi keterlambatan kedatangan pasien di rumah sakit. Dari 247 pasien laki-laki (52,7% dari total sampel) mempunyai median keterlambatan 11,8 jam (IQR 1,9 jam hingga 58,2 jam). Temuan tersebut disimpulkan bahwa orang lanjut usia cenderung mengabaikan tanda-tanda stroke ataupun merespons gejala tersebut secara tidak adekuat. Faktor jenis kelamin dalam keterlambatan ke rumah



sakit, kemungkinan karena disebabkan oleh pengaruh kejadian stroke yang lebih dominan pada perempuan daripada laki-laki.

#### **14. Hubungan Tingkat Pendidikan Anggota Keluarga dengan Keterlambatan Kedatangan Pasien Stroke di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Bangil**

Penelitian ini menemukan bahwa secara statistik tidak terdapat hubungan bermakna antara jenis kelamin pasien dengan keterlambatan kedatangan pasien stroke di RSUD Bangil ( $p=0,414$ ). Hasil penelitian ini juga menemukan bahwa dari 23 responden dengan tingkat pendidikan rendah, sebanyak 18 anggota keluarganya yang mengalami stroke datang terlambat ( $>60$  menit pasca onset gejala) di RSUD Bangil, dan lima lainnya datang pada waktu yang ditentukan ( $<60$  menit pasca onset gejala). Selain itu, ditemukan pula bahwa dari 13 responden dengan tingkat pendidikan tinggi, sebanyak empat anggota keluarganya yang mengalami stroke datang terlambat RSUD Bangil, dan sembilan lainnya datang pada waktu yang ditentukan.

Hasil ini sesuai dengan penelitian oleh Al Khathaami et al. (2018), yang menemukan bahwa tidak terdapat signifikansi tingkat pendidikan terhadap keterlambatan kedatangan pasien stroke ke rumah sakit. Demikian pula hasil yang ditemukan oleh Prasetyo (2018), dimana dalam penelitiannya terhadap 110 subjek di lima rumah sakit pemerintah di Jakarta, tidak menemukan adanya hubungan antara tingkat pendidikan dengan keterlambatan kedatangan pasien stroke ke rumah sakit ( $p=0,11$ ).

Walaupun tingkat pendidikan secara statistik tidak berpengaruh terhadap keterlambatan kedatangan pasien di rumah sakit, temuan penelitian dapat menjadi pertimbangan tersendiri mengingat proporsi

keterlambatan yang tinggi pada populasi dengan tingkat pendidikan rendah. Proporsi keterlambatan pada populasi dengan tingkat pendidikan rendah dalam penelitian ini adalah 78,3%, sedikit lebih tinggi dari temuan Al Khathaami et al. (2018), yaitu 75%. Sehingga, diperlukan pendidikan kesehatan tersendiri terkait faktor resiko, tanda gejala, dan terutama kegawatdaruratan stroke.

#### **15. Hubungan Jarak Tempat Tinggal Keterlambatan Kedatangan Pasien Stroke di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Bangil**

Hasil penelitian ini menemukan bahwa dari 25 responden dengan jarak tempat tinggal lebih dari 10 kilometer, sebanyak 21 pasien stroke datang terlambat (>60 menit pasca onset gejala) di RSUD Bangil, dan empat pasien datang pada waktu yang ditentukan (<60 menit pasca onset gejala). Selain itu, ditemukan pula bahwa dari 11 responden dengan jarak tempat tinggal kurang dari 10 kilometer, sebanyak enam anggota keluarganya yang mengalami stroke datang terlambat RSUD Bangil, dan lima lainnya datang pada waktu yang ditentukan.

Dalam analisis bivariat ditemukan bahwa secara statistik tidak terdapat hubungan bermakna antara jarak tempat tinggal pasien dengan keterlambatan kedatangan pasien stroke di RSUD Bangil ( $p 0,074$ ), akan tetapi variabel jarak tempat tinggal tetap dimasukkan dalam analisis multivariat. Hasil analisis multivariat ditemukan bahwa variabel jarak tempat tinggal berpengaruh secara signifikan pada kejadian keterlambatan kedatangan di rumah sakit ( $p 0,05$ ; OR 6,264).

Jarak tempat tinggal, secara empirik, akan berpengaruh terhadap keterlambatan kedatangan pasien stroke di rumah sakit. Pasien dengan jarak tempat tinggal yang jauh akan datang lebih lambat daripada pasien

yang jarak tinggalnya dekat dengan rumah sakit. Radius pelayanan RSUD Bangil adalah meliputi seluruh Kabupaten Pasuruan dan sekitarnya, meliputi 365 desa dari 24 kecamatan (BPS Kabupaten Pasuruan, 2015). Berdasarkan analisis, juga ditemukan bahwa rata-rata jarak tempat tinggal pasien dengan RSUD Bangil adalah 15,97 kilometer, dengan median jarak tempat tinggal adalah 16,5 kilometer. Jarak tempat tinggal pasien yang terdekat dari RSUD Bangil adalah 5 kilometer, dan yang terjauh adalah 37 kilometer.

Hasil penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian Prasetyo (2018) yang menemukan hubungan signifikan antara jarak tempat tinggal dengan rumah sakit ( $p=0,010$ ). Namun hasil penelitian ini berbeda dengan penelitian oleh Arulprakash & Umaiorubahan (2019) yang menemukan bahwa jarak tidak secara signifikan mempengaruhi waktu kedatangan di rumah sakit ( $p=0,449$ ). Namun, responden yang mempunyai tempat tinggal >15 kilometer mempunyai rerata waktu kedatangan mencapai 16,2 jam dan menempati frekuensi yang cukup besar yaitu 50,5%. Hasil penelitian ini juga berbeda dengan hasil yang diperoleh oleh Barahama et al. (2019), dimana jarak tempat tinggal tidak berpengaruh signifikan terhadap kedatangan di rumah sakit ( $p=0,458$ ).

Penelitian di Korea menemukan bahwa setidaknya 40 pasien yang terlambat datang di rumah sakit cenderung memutuskan untuk berangkat dalam 2 jam setelah onset gejala, tetapi hanya 8 pasien saja yang bisa datang di rumah sakit dalam 3 jam. Dalam hal ini peneliti mendapatkan perbedaan yang signifikan pada rerata jarak tempat kejadian dengan rumah sakit pada kelompok yang tidak mengalami keterlambatan dengan kelompok sebaliknya (16,9 km vs 37,1 km;  $p<0.001$ ) (Hong et al., 2011).

## 16. Hubungan Jenis Transportasi dengan Keterlambatan Kedatangan Pasien Stroke di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Bangil

Hasil penelitian ini menemukan bahwa jenis transportasi bahwa secara statistik tidak terdapat hubungan bermakna antara jenis transportasi dengan keterlambatan kedatangan pasien stroke di RSUD Bangil ( $p > 0,05$ ). Hasil penelitian ini juga menemukan bahwa dari 32 pasien yang datang tanpa menggunakan ambulans, sebanyak 23 pasien stroke datang terlambat ( $>60$  menit pasca onset gejala) di RSUD Bangil, dan sembilan pasien datang pada waktu yang ditentukan ( $<60$  menit pasca onset gejala). Selain itu, ditemukan pula bahwa dari empat pasien yang menggunakan ambulans, seluruhnya datang terlambat di RSUD Bangil. Hasil penelitian ini juga menemukan nilai *odd ratio* (OR) pada variabel jenis transportasi, yaitu sebesar 0,719. Hal ini bermakna bahwa pasien yang tidak menggunakan ambulans memiliki risiko 0,719 kali untuk datang terlambat di rumah sakit jika dibandingkan dengan pasien yang menggunakan ambulans.

Pada konteks penanganan stroke pra-rumah sakit, penggunaan ambulance berhubungan dengan fungsi *emergency medical system* (EMS). Pengembangan layanan EMS di Indonesia dimulai sejak awal tahun 1990-an dengan mengembangkan 118 *Emergency Ambulance Service* oleh Ikatan Dokter Bedah Indonesia. Program ini awalnya hanya ada di lima kota besar yaitu, Jakarta, Palembang, Yogyakarta, Surabaya, dan Makassar, menyusul kemudian Malang, Denpasar, dan Medan. Akan tetapi, program ini tidak mendapatkan alokasi anggaran dana secara tetap dari pemerintah, sehingga biaya dibebankan pada pengguna layanan (Pitt & Puspongoro, 2005). Pada tahun 2016, Kementerian Kesehatan kembali

mencanangkan sistem perawatan pra-rumah sakit Indonesia dengan peluncuran 119 Layanan Medis Darurat (Kementerian Kesehatan, 2016 dalam Suryanto, Boyle, & Plummer, 2017).

Walaupun program EMS di Indonesia telah terintegrasi, pada kenyataannya, program EMS Indonesia belum sepenuhnya dapat dimanfaatkan secara maksimal karena kurangnya pendanaan, kesadaran terhadap pertolongan pertama yang rendah, isu budaya, maupun infrastruktur yang kurang (Suryanto, Plummer, & Boyle, 2017). Studi dengan metode campuran oleh Alalawi (2018) menemukan bahwa respon terhadap kedaruratan stroke sudah ideal, yaitu segera menuju rumah sakit. Mayoritas (90,3%) menyatakan bahwa segera ke rumah sakit merupakan tindakan yang akan mereka lakukan saat terdapat kejadian stroke. Akan tetapi, hanya 7,6% responden yang berinisiatif memanggil ambulans terlebih dahulu. Pada kasus stroke, hampir sebagian besar penelitian menemukan bahwa pasien yang ditransfer ke rumah sakit tidak menggunakan layanan ambulans dari EMS, di China mencapai 84,6% (Yin et al., 2016), Arab Saudi 81,5% (Al Khathaami et al., 2018), di Indonesia 95,5% (Prasetyo, 2018).

Walaupun dalam penelitian ini ditemukan bahwa 11,1% pasien menggunakan ambulans, namun semuanya merupakan pasien rujukan dari layanan kesehatan lain di Kabupaten Pasuruan. Semua pasien tersebut ditemukan mengalami keterlambatan dari waktu yang seharusnya. Kim et al. menemukan bahwa kedatangan melalui rujukan merupakan salah satu faktor yang memperlambat kedatangan pasien ( $p < 0,001$ ; OR 0,178) (H. J. Kim et al., 2011). Meskipun pasien stroke mungkin telah tiba lebih dini di rumah sakit lain, namun penatalaksanaan radiologis

yang tidak memadai menyebabkan waktu kedatangan pasien terlambat di rumah sakit tujuan.

Penggunaan ambulans seharusnya dapat menurunkan angka keterlambatan kedatangan pasien stroke di rumah sakit. Penelitian sebelumnya menemukan bahwa, penggunaan ambulans berkaitan dengan kedatangan di rumah sakit yang lebih cepat pada pasien stroke ( $p=0,010$ ; OR 2.697) (Y. S. Kim et al., 2011). Penggunaan layanan ambulans darurat akan meningkatkan kemungkinan kedatangan pasien di IGD dalam waktu yang dianjurkan ( $p=0,001$ ; OR 6,478; IQR 2,751-15,254) (Sobral et al., 2019). Oleh karena itu, pendidikan kesehatan mengenai fungsi layanan darurat dan pentingnya segera ke rumah sakit pada pasien stroke dan keluarganya menjadi sangat penting.

Kabupaten Pasuruan telah mencapai target “Desa Siaga Aktif” tahun 2014-2017 (Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan, 2018). Sehingga, akses masyarakat terhadap layanan ambulans darurat semakin mudah, mengingat salah satu syarat dibentuknya Desa Siaga Aktif adalah tersedianya ambulans darurat di setiap desa (Pusat Promosi Kesehatan Kemenkes, 2010). Kurangnya pengetahuan masyarakat akan kegawatdaruratan stroke kemungkinan merupakan penyebab sedikitnya masyarakat yang menggunakan fasilitas ambulans desa.

## **17. Hubungan Waktu Kejadian dengan Keterlambatan Kedatangan Pasien Stroke di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Bangil**

Hasil penelitian ini menemukan bahwa secara statistik tidak terdapat hubungan bermakna antara waktu kejadian dengan keterlambatan kedatangan pasien stroke di RSUD Bangil ( $p=0,222$ ). Hasil penelitian ini juga menemukan bahwa dari 18 pasien yang mengalami

serangan stroke pada malam hari, sebanyak 15 pasien stroke datang terlambat (>60 menit pasca onset gejala) di RSUD Bangil, dan tiga pasien datang pada waktu yang ditentukan (<60 menit pasca onset gejala). Selain itu, ditemukan pula bahwa dari 18 pasien yang mengalami serangan stroke pada siang hari, sebanyak 12 pasien datang terlambat (>60 menit pasca onset gejala) di RSUD Bangil, dan enam pasien datang pada waktu yang ditentukan (<60 menit pasca onset gejala). Hasil penelitian ini juga menemukan nilai *odd ratio* (OR) pada variabel jenis transportasi, yaitu sebesar 2,500. Hal ini bermakna bahwa pasien yang mengalami serangan stroke pada malam hari memiliki risiko 2,5 kali untuk datang terlambat di rumah sakit jika dibandingkan dengan pasien yang mengalami serangan stroke pada siang hari.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Koksai et al. (2014) dimana ditemukan bahwa tidak terdapat perbedaan waktu kedatangan pasien stroke di rumah sakit, baik pada pasien dengan onset gejala di siang hari maupun malam hari ( $p=0,22$ ). Hasil uji regresi juga menemukan bahwa waktu kejadian siang hari pun tidak berpengaruh signifikan pada waktu kedatangan di rumah sakit ( $p=0,15$ ). Walaupun dalam proporsi ditemukan bahwa terdapat 22 pasien yang datang >3 jam dari total 31 pasien.

Hasil penelitian ini berbeda dengan temuan penelitian lain sebelumnya, yaitu bahwa keterlambatan kedatangan pasien stroke dapat dipengaruhi oleh penundaan akibat munculnya gejala pada waktu malam hari ( $p=0,000$ ) (Hagiwara et al., 2014). Proporsi keterlambatan pada pasien dengan onset gejala pada malam hari adalah lebih tinggi dari pasien dengan onset gejala siang hari. Dari total 85 pasien yang mengalami onset pada malam hari, 66 pasien terlambat datang di rumah sakit. Pasien

dengan onset gejala malam hari memiliki kecenderungan untuk mengalami keterlambatan kedatangan di rumah sakit (OR 3,882; CI 1,890-7,975). Addo et al. (2012) juga menemukan bahwa pasien yang mengalami stroke pada malam hari lebih mungkin untuk datang lebih terlambat daripada pasien yang mengalami stroke pada siang hari (OR: 1,85; 95% CI:1,35-2,53). Terdapat perbedaan signifikan ( $p=0,002$ ) pada median waktu kedatangan pasien stroke berdasarkan onset gejala stroke yang dialami pasien. Median waktu pada pasien yang mengalami onset malam hari (542 pasien [38,9%]) adalah 6,47 jam (1,92–13,03), sedangkan pada pasien dengan onset gejala siang hari (850 pasien [61,1%]) adalah 3,98 jam (1,50-11,55).

Berbeda dengan temuan di atas, pasien stroke yang mengalami onset pada malam hari cenderung akan datang ke rumah sakit lebih cepat, (Jin et al., 2012). Sebanyak 646 (41,8%) datang dalam waktu kurang dari 3 jam ( $n=1546$ ), 1636 (35,9%) datang setelah 3 jam ( $n=4556$ ) dengan signifikansi 0,001. Sedangkan dari kelompok 6 jam, sebanyak 898 (40,0%) datang dalam waktu kurang dari 6 jam ( $n=2244$ ), dan 1384 (35,9%) datang dalam waktu lebih dari 6 jam ( $n=3858$ ), dengan signifikansi yang sama, yaitu 0,001. Hasil analisis regresi ditemukan bahwa onset gejala pada malam hari adalah salah satu faktor yang mendorong pasien datang ke rumah sakit lebih cepat, untuk waktu <3 jam ditemukan OR 1,12 dengan CI 0,98–1,28 ( $p=0,10$ ), dan untuk waktu <6 jam ditemukan OR 1,00; CI 0,88–1,13 ( $p=0,97$ ). Perbedaan di atas dikaitkan dengan adanya persentase lebih besar dari pasien yang meminta layanan ambulans pada kejadian onset gejala malam hari dibandingkan dengan onset gejala siang hari (28% berbanding 21%,  $p=0,001$ ).



## 18. Hubungan Tingkat Pendapatan dengan Keterlambatan Kedatangan Pasien Stroke di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Bangil

Hasil analisis bivariat komparatif kategorik dengan uji *fisher* pada variabel tingkat pendapatan keluarga dengan variabel keterlambatan kedatangan di rumah sakit, ditemukan nilai  $p > 0,05$  ( $p = 0,423$ ). Sehingga, disimpulkan bahwa secara statistik tidak terdapat hubungan bermakna antara tingkat pendapatan keluarga dengan keterlambatan kedatangan pasien stroke di RSUD Bangil. Pada analisis ini juga ditemukan bahwa dari 19 pasien yang mempunyai keluarga dengan tingkat pendapatan rendah, sebanyak 15 pasien stroke datang terlambat ( $>60$  menit pasca onset gejala) di RSUD Bangil, dan empat pasien datang pada waktu yang ditentukan ( $<60$  menit pasca onset gejala). Selain itu, ditemukan pula bahwa dari 17 pasien yang mempunyai keluarga dengan tingkat pendapatan tinggi, sebanyak 12 pasien datang terlambat ( $>60$  menit pasca onset gejala) di RSUD Bangil, dan lima pasien datang pada waktu yang ditentukan ( $<60$  menit pasca onset gejala).

Hasil analisis bivariat juga menemukan nilai *odd ratio* (OR) pada variabel jenis transportasi, yaitu sebesar 7,131. Hal ini bermakna bahwa pasien yang mempunyai keluarga dengan tingkat pendapatan rendah memiliki risiko 7,131 kali untuk datang terlambat di rumah sakit jika dibandingkan dengan pasien yang mempunyai keluarga dengan tingkat pendapatan tinggi.

Sejalan dengan temuan tersebut, hasil wawancara kepada responden yang datang dengan lama waktu 315 menit (melebihi *golden hour*;  $>4,5$  jam) didapatkan data bahwa sebagian besar responden menunggu keluarga lain yang mengambil keputusan dan merupakan penganggung biaya pasien (Rahmina et al., 2018). Demikian pula,

walaupun secara statistik tidak terdapat signifikansi antara keterlambatan di rumah sakit dengan pembiayaan ( $p=0,60$ ), dalam temuannya di lima rumah sakit pemerintah di Jakarta, Prasetyo (2018) menyatakan bahwa faktor pembiayaan menjadi salah satu pertimbangan ketika akan menuju rumah sakit. Sehingga, walaupun jarak tempat tinggal jauh dengan rumah sakit, pasien memilih untuk mendapatkan perawatan yang lebih murah.

#### **19. Hubungan Status Tinggal Pasien dengan Keterlambatan Kedatangan Pasien Stroke di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Bangil**

Penelitian ini menemukan bahwa seluruh pasien stroke tinggal bersama keluarganya. Hasil analisis tunggal ditemukan bahwa 27 pasien datang terlambat di rumah sakit, dan sembilan lainnya datang pada waktu yang ditentukan.

Dalam penelitian sebelumnya ditemukan bahwa pasien yang tinggal seorang diri ditemukan lama kedatangannya di rumah sakit mencapai dua kali lipat. Penelitian sebelumnya menemukan gambaran jumlah pasien stroke yang tinggal sendirian tanpa keluarga, yaitu sebanyak 63,6% subyek tinggal bersama orang lain dan hanya 36,4% pasien yang tinggal seorang diri. Dalam penelitian tersebut ditemukan bahwa terdapat hubungan signifikan antara status tinggal dengan keterlambatan pasien di rumah sakit ( $p=0,05$ ) (Prasetyo, 2018).

Budaya kekeluargaan Indonesia yang sangat kuat dapat membantu mempercepat kedatangan pasien stroke. Adanya anggota keluarga yang tinggal bersama pasien seharusnya dapat mengenali adanya anomali pada pasien saat terjadi serangan stroke. Sebagaimana tugas kesehatan keluarga, di antaranya adalah mampu mengenali masalah kesehatan keluarga dan mengambil tindakan yang sesuai terhadap masalah tersebut

(Friedman, Bowden, & Jones, 2013). Namun demikian, hal tersebut tidak ditemukan dalam penelitian ini, mengingat masih tingginya angka keterlambatan. Hal ini kemungkinan dipengaruhi oleh tingkat pengetahuan, kesadaran (*awareness*), dan respon keluarga saat terjadi serangan stroke. Penyebab keterlambatan lainnya kemungkinan adalah adanya proses pengambilan keputusan yang seringkali masih melibatkan keseluruhan keluarga, terutama terkait pembiayaan selama di rumah sakit. Pembahasan ini akan disampaikan tersendiri, pada pembahasan variabel-variabel tersebut.

## **20. Hubungan Kesadaran Keluarga Terhadap Tanda Peringatan Gejala Stroke dengan Keterlambatan Kedatangan Pasien Stroke di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Bangil**

Hasil analisis bivariat pada variabel kesadaran keluarga dengan variabel keterlambatan kedatangan di rumah sakit, ditemukan nilai  $p=0,058$ . Sehingga, disimpulkan bahwa secara statistik tidak terdapat hubungan bermakna antara kesadaran keluarga dengan keterlambatan kedatangan pasien stroke di RSUD Bangil. Namun, dalam analisis multivariat, kesadaran keluarga merupakan faktor terkuat yang mempengaruhi keterlambatan kedatangan pasien stroke di RSUD Bangil ( $p=0,045$ ; OR 6,620).

Pada analisis ini juga ditemukan bahwa dari 22 pasien yang mempunyai anggota keluarga dengan kesadaran yang kurang baik terhadap tanda peringatan gejala stroke, sebanyak 19 pasien stroke datang terlambat (>60 menit pasca onset gejala) di RSUD Bangil, dan tiga pasien datang pada waktu yang ditentukan (<60 menit pasca onset gejala). Selain itu, ditemukan pula bahwa dari 14 pasien yang mempunyai anggota

keluarga dengan kesadaran yang baik terhadap tanda peringatan gejala stroke, sebanyak delapan pasien datang terlambat (>60 menit pasca onset gejala) di RSUD Bangil, dan enam pasien datang pada waktu yang ditentukan (<60 menit pasca onset gejala).

Hasil penelitian ini sesuai dengan hasil dari penelitian di Thailand pada tahun 2015. Analisis multivariat dalam penelitian tersebut menemukan bahwa kesadaran (*awareness*) terhadap stroke merupakan faktor terkuat ( $p=0,30$ ; OR 1,96) yang berpengaruh pada kedatangan yang lebih cepat di rumah sakit. Faktor lainnya adalah penggunaan ambulans, keputusan segera untuk mencari pertolongan medis darurat, dan tingkat keparahan stroke yang dialami pasien (Wongwiangjunt, Komoltri, Pongvarin, & Nilanont, 2015).

Penelitian di Korea menemukan bahwa kesadaran akan stroke memiliki dampak besar pada kedatangan awal di rumah sakit (Y. S. Kim et al., 2011). Penelitian tersebut menemukan bahwa kesadaran akan stroke merupakan faktor yang paling penting terhadap kedatangan di rumah sakit pasca serangan stroke ( $p=0,001$ ; PR 4,432). Kesadaran akan stroke bukan hanya bagian dari pasien, tetapi juga pada orang-orang di sekitarnya. Sehingga untuk dapat meningkatkan kecepatan mendapat pertolongan pada pasien stroke dan *outcome* perawatan yang menguntungkan, diperlukan pendidikan kesehatan kepada masyarakat umum secara luas termasuk bagaimana mengenali gejala stroke dan kegawatdaruratan stroke (Y. S. Kim et al., 2011).

Dengan pengetahuan stroke yang memadai, keterlambatan pra-rumah sakit dapat dikurangi, dan kesempatan untuk menerima terapi trombolitik dapat ditingkatkan. Namun, bahkan warga negara berpendapatan tinggi seperti Amerika Serikat menunjukkan kesenjangan

antara pengetahuan kesehatan dan perilaku kesehatan mereka (Chan et al., 2016). Sebagaimana hasil penelitian oleh Springer & Labovitz (2018) menemukan proporsi keterlambatan yang tinggi pada pasien stroke yang ditemukan masih sadar, yaitu mencapai 70%. Penelitian ini dilakukan di sebuah rumah sakit di Kota New York, Amerika Serikat dengan membandingkan kondisi klinis pasien setelah serangan stroke, yaitu sadar dan tidak sadar. Dimana dari 1784 pasien yang ditemukan masih sadar setelah serangan stroke, 1192 pasien datang setelah lebih dari 3 jam di rumah sakit. Hal ini menggambarkan bahwa baik pasien ataupun orang sekitarnya masih kurang memahami pentingnya kedatangan segera di layanan medis setelah onset gejala stroke.

Rachmawati et al. (2017) menyatakan bahwa apabila seorang individu mempunyai pengetahuan dan kesadaran yang baik terhadap faktor risiko dan tanda peringatan gejala stroke, maka individu tersebut akan mendayagunakan pengetahuannya dalam mengambil tindakan penanganan segera. Dalam hal ini dapat mengambil pilihan dari salah satu bentuk respon ideal berikut: (1) panggilan telepon ke layanan medis darurat/*emergency medical service* (EMS); (2) panggilan telepon ke dokter layanan primer (dokter umum); (3) kunjungan ke tempat praktek dokter umum; dan (4) langsung menuju di IGD (Faiz et al., 2013).

Rendahnya kesadaran keluarga termasuk dalam kurang pengetahuan keluarga tentang faktor risiko yang menyebabkan stroke akan menjadi penyebab tersendiri keterlambatan mencari pertolongan sehingga dapat menurunkan harapan hidup pasien yang mengalami serangan pertama stroke (Ratnawardani, Utomo, & Safri, 2018). Sebagaimana hasil penelitian Ambarika et al. (2015) menemukan bahwa faktor yang berhubungan dengan perilaku waspada ancaman stroke

adalah pengetahuan ( $p < 0,000$ ; OR 9,695), persepsi hambatan ( $p < 0,026$ ; OR 2,959), dan pengalaman sebelumnya ( $p < 0,000$ ; OR 0,086).

Lebih lanjut Ambarika et al. (2015) menjelaskan bahwa rendahnya pengetahuan masyarakat tentang tanda awal stroke, faktor resiko stroke, menimbulkan perilaku yang kurang baik terhadap waspada stroke. Persepsi hambatan yang kurang baik, terutama sarana prasarana yang kurang maksimal di antaranya jarak, biaya dan peran tenaga kesehatan yang kurang maksimal, menghambat masyarakat untuk bisa lebih waspada lagi terhadap stroke. Adanya pengalaman sebelumnya yang kurang atau informasi yang kurang mengenai stroke berdampak pada pengetahuan yang kurang sehingga mempersepsikan semua hambatan itu menjadi faktor yang mempengaruhi perilaku yang kurang waspada terhadap stroke.

Secara teori, keluarga mempunyai tugas kesehatan yang menjadi tanggung jawab bagi setiap anggota keluarga. Keluarga dengan pasien stroke ataupun beresiko stroke mempunyai tugas kesehatan keluarga untuk mampu mengenal masalah terkait stroke, baik pengertian, tanda gejala, faktor resiko, juga kegawatdaruratan stroke. Selain itu keluarga juga harus memahami faktor yang dapat mempengaruhi tingkat keparahan stroke maupun faktor yang dapat menurunkannya. Lebih lanjut, keluarga perlu memahami tindakan yang diperlukan ketika timbul kejadian stroke pada anggota keluarganya, maupun orang di sekitarnya (Friedman et al., 2013). Keluarga dengan kesadaran yang baik tentang masalah kesehatan akan berdampak positif terhadap status kesehatan anggota keluarga.

Masalah kesehatan yang terjadi dalam keluarga dapat diatasi dengan segera jika keluarga dapat mengenal masalah kesehatan anggota keluarganya lebih cepat pula. Mengenal masalah kesehatan keluarga merupakan tindakan awal untuk dapat mengenali dan mengidentifikasi

kebutuhan keluarga sesuai masalah kesehatan yang dialaminya. Masalah kesehatan juga merupakan kebutuhan keluarga yang paling penting yang harus diperhatikan dalam keluarga.

## **21. Hubungan Respon Keluarga dengan Keterlambatan Kedatangan Pasien Stroke di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Bangil**

Hasil penelitian ini menemukan bahwa bahwa secara statistik tidak terdapat hubungan bermakna antara respon keluarga dengan keterlambatan kedatangan pasien stroke di RSUD Bangil ( $p=0,123$ ). Pada analisis ini juga ditemukan bahwa dari 20 pasien yang mempunyai anggota keluarga dengan respon yang tidak adekuat, sebanyak 17 pasien stroke datang terlambat ( $>60$  menit pasca onset gejala) di RSUD Bangil, dan tiga pasien datang pada waktu yang ditentukan ( $<60$  menit pasca onset gejala). Selain itu, ditemukan pula bahwa dari 16 pasien yang mempunyai anggota keluarga dengan respon yang adekuat, sebanyak 10 pasien datang terlambat ( $>60$  menit pasca onset gejala) di RSUD Bangil, dan enam pasien datang pada waktu yang ditentukan ( $<60$  menit pasca onset gejala).

Hasil analisis bivariat juga menemukan nilai *odd ratio* (OR) pada variabel respon keluarga, yaitu sebesar 3,400. Hal ini bermakna bahwa pasien yang mempunyai anggota keluarga dengan respon yang tidak adekuat memiliki risiko 3,4 kali untuk datang terlambat di rumah sakit jika dibandingkan dengan pasien yang mempunyai anggota keluarga dengan respon yang adekuat. Penelitian ini juga menemukan bahwa kesadaran anggota keluarga tidak berhubungan dengan respon keluarga terkait tanda peringatan stroke ( $p>0,05$ ).

Hasil dari penelitian ini menunjukkan bahwa terdapat perbedaan antara pengetahuan teoritis tentang gejala stroke dan faktor risiko, dan

kemampuan untuk bertindak dengan benar dalam situasi nyata. Sebagaimana temuan penelitian sebelumnya menemukan bahwa 32,8% responden cenderung mempunyai respon untuk menunggu dan membiarkan ketika menemukan peringatan gejala stroke (Rachmawati et al., 2017).

Keterlambatan kedatangan pasien di rumah sakit tidak hanya dipengaruhi oleh variabel demografis dan klinis, tetapi juga oleh faktor-faktor persepsi, sosial, dan perilaku. Sebagaimana hasil penelitian sebelumnya, bahwa terdapat hubungan antara persepsi tingkat keparahan gejala, saran dari orang lain untuk mencari bantuan dan persepsi pengendalian gejala, serta keterlambatan dalam mencari bantuan (Mandelzweig et al., 2006). Persepsi yang salah terkait tanda peringatan stroke menjadi penyebab respon yang tidak adekuat.

Dalam sebuah penelitian kualitatif yang dilakukan sebelumnya, dijelaskan bahwa persepsi stroke terbentuk dari empat tema, yaitu *Severity of Stroke Symptom*, *Disbelief/Denial of stroke*, *Media and Personal Experience of Stroke Presentation*, *Health as a Secondary Priority*. Baik secara sadar atau tidak sadar, masing-masing dari tema tersebut dianggap sebagai faktor penghambat dalam tindakan mencari pertolongan medis segera pasca onset gejala stroke. Persepsi terkait keparahan gejala stroke (*Severity of Stroke Symptom*) merupakan faktor penghambat utama. Dalam penelitian tersebut ditemukan bahwa responden beranggapan bahwa stroke merupakan kejadian yang bersifat parah dan tiba-tiba, bukan kejadian kecil yang berkembang perlahan-lahan. Konsekuensi dari keputusan berbasis persepsi ini menyebabkan hilangnya peluang untuk segera mencari intervensi medis, terutama pengobatan *pharmaco-therapeutic* (Al-Fayyadh & Diener, 2017).



Hal tersebut sebagaimana temuan dalam beberapa penelitian sebelumnya yang menemukan pada pasien yang terlambat datang di rumah sakit disebabkan oleh anggota keluarga yang menganggap bahwa gejala pertama stroke bukanlah gejala yang parah. Sebagaimana hasil penelitian oleh Springer & Labovitz (2018) menemukan proporsi keterlambatan yang tinggi pada pasien stroke yang ditemukan masih sadar, yaitu mencapai 70%. Arulprakash & Umaiorubahan (2019) juga menemukan bahwa gejala pertama stroke yang dianggap tidak serius menjadi faktor terkuat yang mempengaruhi keterlambatan kedatangan di rumah sakit.

Penelitian sebelumnya menemukan bahwa pertolongan medis akan segera dicari pada kasus stroke ketika terjadi gejala motorik yang parah. Seringkali, interpretasi pasien dan keluarga yang salah atau meremehkan gejala menyebabkan pasien dan keluarga enggan mencari pertolongan medis (Wilson et al., 2014). Dalam hal ini, ambang batas keparahan dikalahkan oleh persepsi pasien ataupun keluarga terhadap keparahan tersebut (Champion & Skinner, 2008 dalam Al-Fayyadh & Diener, 2017). Karena itu, pasien ataupun keluarganya mengabaikan pentingnya memberikan perhatian pada gejala yang dialami. Demikian pula, dalam penelitian lain, pasien stroke dengan rasa urgensi yang lebih tinggi terkait gejala stroke parah yang dialami lebih termotivasi untuk segera mencari pertolongan medis (Kitko & Hupcey, 2008 dalam Al-Fayyadh & Diener, 2017).

Sekitar 15% orang dalam populasi umum akan mengalami gejala neurologis sementara dalam beberapa tahun di sepanjang rentang kehidupan mereka, seperti kelemahan, mati rasa, atau masalah penglihatan. Akan tetapi, penelitian di Inggris menemukan bahwa

kampanye pendidikan publik FAST (*facial droop, arm drift, slurred speech, time*) tidak ditemukan meningkatkan respon individu untuk mencari perawatan medis lebih cepat saat terjadi serangan *transient ischemic stroke* (TIA) atau stroke ringan, walaupun dapat meningkatkan respon terhadap stroke mayor (Wolters et al., 2018). Sebagaimana temuan lainnya, bahwa terdapat 54 pasien (58,1%) awalnya memutuskan untuk "menunggu dan melihat". Enam puluh lima pasien (69,9%) tidak meminta bantuan medis dalam satu jam pertama setelah onset gejala stroke. Alasan utama untuk tidak menelepon adalah hilangnya gejala (42,4%), dan tidak menganggap gejala sebagai suatu ancaman (23,4%) (Dolmans et al., 2019).

Penelitian sebelumnya menjelaskan bahwa pengenalan yang benar terhadap gejala-gejala stroke atau interpretasi yang benar dari situasi-situasi stroke tidak secara otomatis menghasilkan tindakan segera mencari bantuan medis (Zock et al., 2016). Usaha mencari bantuan medis setelah onset gejala stroke tergantung dari persepsi pasien dan orang di sekitarnya terkait keparahan yang dialami, pengalaman sakit sebelumnya, bahkan norma-norma budaya dan nilai-nilai dalam masyarakat (Mackintosh et al., 2012). Penelitian oleh Zock et al. juga mengeksplorasi faktor-faktor pertimbangan penting lain terkait perilaku mencari bantuan setelah serangan stroke, seperti tidak ingin mengganggu orang lain, ragu untuk membuat keputusan, belajar untuk tidak mudah mengeluh atau kecenderungan untuk tidak mengambil tindakan sampai gejala benar-benar membutuhkan perhatian. Beberapa faktor di atas merupakan faktor bersifat intrinsik, di mana kondisi sosial atau lingkungan dapat berpengaruh secara kuat (Zock et al., 2016).

Beberapa temuan di atas menunjukkan pentingnya untuk memahami bagaimana faktor-faktor yang berpengaruh terhadap keterlambatan pasien di rumah sakit. Serangan stroke dengan gejala yang parah dapat terjadi kapan saja akan menimbulkan stress dan kepanikan tersendiri, sehingga respon pasien dan orang di sekitarnya mungkin tidak cukup adekuat untuk segera mencari bantuan. Begitu pula, kejadian stroke dengan tanda peringatan ringan juga menimbulkan respon tidak adekuat karena persepsi pasien dan orang sekitarnya. Selain itu, berbagai faktor di atas dapat muncul bersamaan dan saling mempengaruhi satu sama lain. Penelitian dengan model sekuensial (sebab akibat) mungkin tidak cukup menjelaskan fenomena keterlambatan kedatangan pasien stroke di rumah sakit.

## **B. Model Persamaan Multivariat**

Analisa multivariat digunakan untuk mengetahui hubungan faktor-faktor yang memiliki nilai  $p < 0.25$  pada uji bivariat dengan dengan kejadian keterlambatan kedatangan di rumah sakit. Variabel yang tidak memenuhi syarat masuk uji analisis bivariat, yaitu usia pasien ( $p=0,506$ ), jenis kelamin pasien ( $p=0,414$ ), tingkat pendidikan anggota keluarga ( $p=0,414$ ), jenis transportasi ( $p=0,298$ ), status tinggal pasien, dan tingkat pendapatan ( $p=0,423$ ). Sedangkan variabel yang memenuhi syarat masuk uji analisis multivariat adalah jarak tempat tinggal pasien ( $p=0,074$ ), waktu kejadian ( $p=0,222$ ), kesadaran keluarga ( $p=0,058$ ), dan respon keluarga ( $p=0,123$ ).

Berdasarkan hasil analisis multivariat ditemukan bahwa secara statistik jarak tempat tinggal ( $p=0,052$ ; OR 6,264) dan kesadaran keluarga ( $p=0,045$ ; OR 6,620) berhubungan secara bermakna dengan kejadian keterlambatan

kedatangan di rumah sakit. Variabel yang terkuat yang berkaitan dengan keterlambatan kedatangan di rumah sakit adalah kesadaran keluarga, karena mempunyai nilai *odd ratio* (OR 6,620) terbesar di antara dua variabel yang ditemukan berhubungan.

Nilai probabilitas pasien stroke mengalami keterlambatan kedatangan di rumah sakit adalah yang mempunyai tempat tinggal dengan rumah sakit lebih dari 10 kilometer dan kesadaran keluarga terhadap tanda peringatan gejala stroke kurang adalah 93,75%. Apabila pasien stroke mempunyai tempat tinggal dengan rumah sakit lebih dari 10 kilometer dan kesadaran keluarga terhadap tanda peringatan gejala stroke baik, maka probabilitas mengalami keterlambatan kedatangan di rumah sakit adalah 69,38%. Apabila pasien stroke mempunyai tempat tinggal dengan rumah sakit kurang dari 10 kilometer dan kesadaran keluarga terhadap tanda peringatan gejala stroke kurang, maka probabilitas mengalami keterlambatan kedatangan di rumah sakit adalah 70,54%. Sedangkan apabila pasien stroke mempunyai tempat tinggal dengan rumah sakit kurang dari 10 kilometer dan kesadaran keluarga terhadap tanda peringatan gejala stroke baik, maka probabilitas mengalami keterlambatan kedatangan di rumah sakit adalah 26,56%.

Hasil penelitian ini sesuai dengan hasil analisis regresi multivariat dalam penelitian yang dilakukan oleh Ashraf et al. (2015) ditemukan bahwa penduduk yang jarak tinggalnya >15 kilometer dari rumah sakit mempunyai hubungan signifikan terhadap waktu kedatangan di rumah sakit ( $p=0,03$ , OR 2,70 pada CI 1,08-6,67). Hasil analisis univariat dalam penelitian tersebut ditemukan bahwa presentase responden yang jarak tempat tinggalnya <15 km dari rumah sakit dan bisa datang ke rumah sakit dalam waktu <4 jam adalah 40% pasien, dan 59,5% lainnya datang dalam waktu >4 jam. Sedangkan presentase responden yang jarak tempat tinggalnya >15 km dari rumah sakit dan bisa

datang ke rumah sakit dalam waktu <4 jam adalah 17%, dan 83% lainnya datang dalam waktu >4 jam.

Tingginya angka keterlambatan pasien (75%) yang sebagian besar disumbang oleh pasien dengan anggota keluarga yang memiliki kesadaran yang rendah menunjukkan bahwa diperlukan sebuah inisiatif yang bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan dan sikap masyarakat terkait tanda peringatan stroke sekaligus kegawatdaruratan stroke. Selain itu, masyarakat perlu mendapatkan paparan lebih banyak mengenai kemudahan aksesibilitas EMS serta keuntungan penggunaan EMS, khususnya dalam kejadian stroke akut.

## **C. Keterbatasan Penelitian**

### **1. Keterbatasan dalam Sampel Penelitian**

Waktu penelitian yang pendek menghasilkan jumlah sampel yang kecil bila dibandingkan dengan penelitian-penelitian sebelumnya. Sampel penelitian yang sedikit mengakibatkan ditemukan hasil penelitian yang kurang memiliki hubungan pada beberapa variabel. Keterbatasan waktu penelitian juga mengakibatkan adanya sampel yang tidak sesuai dengan kriteria penelitian, misalnya terkait responden yang terlibat dalam 72 jam terakhir perawatan pasien.

Ketidakmampuan peneliti mengendalikan variabel-variabel penelitian akan menghasilkan perbedaan hasil saat dilakukan analisis. Sehingga, hasil ini tidak dapat digunakan untuk menggeneralisasi kejadian stroke pada populasi yang berbeda.

## 2. Keterbatasan dalam Metodologi Penelitian

*Recall bias* merupakan keterbatasan yang paling sering ditemukan dan tidak dapat dihindari pada penelitian retrospektif. Penyederhanaan cara bertanya dalam proses pengambilan data tetap akan menimbulkan kesalahan saat pengungkapan kronologi kejadian terkait tanda peringatan gejala stroke yang dialami pasien.

Hasil-hasil penelitian ini hanya dapat menjelaskan hubungan secara sekuensial terhadap variabel dependen. Dalam kenyataan terdapat kemungkinan bahwa faktor-faktor tersebut di atas saling mempengaruhi satu sama lain, sehingga metode analisis secara sekuensial tidak cukup menjelaskan fenomena yang diteliti.

## 3. Keterbatasan dalam Teknik Pengumpulan Data

Metode kuesioner yang digunakan selama penelitian kurang cukup handal untuk mengungkapkan kronologi kejadian. Pengalaman peneliti, selama proses pengambilan data membutuhkan wawancara terkait kronologi serangan stroke agar data *last known well* (LKW) ataupun waktu onset serangan dapat terungkap. Teknik wawancara ini membutuhkan waktu lebih panjang dari teknik pengumpulan data lainnya.

Dari sisi peneliti sendiri belum berbekal kemampuan standar dalam melakukan wawancara yang baik dan benar, sehingga terdapat kemungkinan terjadi kesalahan saat pengumpulan data. Sehingga diyakini bahwa dalam penelitian ini lebih menekankan melalui *personal interview* secara terstruktur dengan segala keterbatasannya dibandingkan dengan metode *survey*. Selain itu, akses ke rekam medis pasien akan membantu meningkatkan akurasi data terkait kedatangan pasien di rumah sakit.

#### 4. Keterbatasan Hasil penelitian

Penelitian ini mensinyalir adanya faktor-faktor lain yang kemungkinan mempengaruhi keterlambatan kedatangan pasien stroke di rumah sakit. Faktor tersebut misalnya kepemilikan jaminan kesehatan, kondisi klinis pasien (tingkat kesadaran, gejala yang dikenali pertama kali, termasuk riwayat penyakit stroke), juga tingkat pengetahuan sebelumnya dari pasien maupun anggota keluarga mengenai stroke, faktor resiko, resiko vaskular (hipertensi, diabetes mellitus, dislipidemia, penyakit jantung koroner, fibrilasi atrium), maupun kegawatdaruratan stroke termasuk penggunaan *emergency management system* (EMS).

Peneliti tidak melakukan pemisahan kategori terkait responden dengan anggota keluarga yang mengalami stroke serangan pertama ataupun serangan berulang. Sehingga hasil penelitian ini tidak dapat mengungkapkan perbedaan tingkat kesadaran terhadap tanda peringatan gejala stroke, respon terkait kejadian serangan stroke, sekaligus waktu kedatangan di rumah sakit setelah onset gejala pada pasien stroke serangan pertama ataupun stroke berulang. Adanya pengalaman terkait kejadian stroke seharusnya menghasilkan respon yang lebih baik terkait keadaan yang sama.

Penelitian ini tidak menganalisis faktor kondisi klinis pasien setelah terjadi serangan stroke. Terdapat kemungkinan bahwa kondisi pasca serangan yang lebih buruk akan menyebabkan anggota keluarga lebih cepat membawa pasien datang ke rumah sakit. Namun, serangan stroke ringan, dengan gejala minimal kemungkinan akan menyebabkan penundaan pengambilan keputusan menghubungi tenaga kesehatan.

## BAB VII

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### A. Kesimpulan

1. Dari 36 responden yang menjadi subjek penelitian, terdapat 22 responden (75%) yang memiliki anggota keluarga dengan stroke yang datang terlambat di rumah sakit (>60 menit) dan 14 responden (25%) yang memiliki anggota keluarga dengan stroke dapat tiba di rumah sakit dalam waktu <60 menit.
2. Usia pasien tidak berpengaruh secara mandiri terhadap kejadian keterlambatan kedatangan pasien stroke di RSUD Bangil ( $p=0,506$ ).
3. Jenis kelamin pasien tidak berpengaruh secara mandiri terhadap kejadian keterlambatan kedatangan pasien stroke di RSUD Bangil ( $p=0,414$ ).
4. Tingkat pendidikan anggota keluarga tidak berpengaruh secara mandiri terhadap kejadian keterlambatan kedatangan pasien stroke di RSUD Bangil ( $p=0,414$ ).
5. Jarak tempat tinggal pasien tidak berpengaruh secara mandiri terhadap kejadian keterlambatan kedatangan pasien stroke di RSUD Bangil ( $p=0,074$ ).
6. Jenis transportasi tidak berpengaruh secara mandiri terhadap kejadian keterlambatan kedatangan pasien stroke di RSUD Bangil ( $p=0,298$ ).
7. Waktu kejadian tidak berpengaruh secara mandiri terhadap kejadian keterlambatan kedatangan pasien stroke di RSUD Bangil ( $p=0,222$ ).
8. Tingkat pendapatan keluarga tidak berpengaruh secara mandiri terhadap kejadian keterlambatan kedatangan pasien stroke di RSUD Bangil ( $p=0,423$ ).



9. Kesadaran keluarga tidak berpengaruh secara mandiri terhadap kejadian keterlambatan kedatangan pasien stroke di RSUD Bangil ( $p=0,058$ ).
10. Respon keluarga tidak berpengaruh secara mandiri terhadap kejadian keterlambatan kedatangan pasien stroke di RSUD Bangil ( $p=0,123$ ).
11. Kesadaran keluarga ( $p 0,045$ ; OR 6,620) dan jarak tempat tinggal ( $p 0,05$ ; OR 6,264) merupakan faktor berpengaruh secara bersamaan terhadap kejadian keterlambatan kedatangan pasien stroke di RSUD Bangil.

## **B. Saran**

Berdasarkan hasil penelitian dan simpulan di atas, maka saran-saran dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

### 1. Bagi Ilmu Keperawatan

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi informasi baru untuk keperawatan khususnya di bidang keperawatan medikal bedah dan keperawatan gawat darurat.

### 2. Bagi RSUD Bangil

Pihak RSUD Bangil dapat meningkatkan program pendidikan kesehatan mengenai faktor resiko, tanda gejala, maupun kegawatdaruratan stroke pada pasien stroke dan keluarganya. Pihak RSUD Bangil diharapkan dapat memberikan pendidikan kepada pasien stroke dan anggota keluarganya terkait pentingnya menggunakan layanan darurat setelah terjadi serangan stroke. Pendidikan kesehatan diharapkan tidak terbatas pada pasien yang telah mengalami stroke, tetapi juga diperluas pada populasi beresiko stroke, maupun populasi sehat guna meningkatkan kesadaran (*awareness*) terhadap kejadian stroke. Pihak RSUD Bangil juga diharapkan dapat memperluas jejaring pelayanan kegawatdaruratan

(*emergency medical system*) dengan pemberi layanan kesehatan primer, terutama di daerah yang jauh dari rumah sakit.

### 3. Bagi Peneliti Selanjutnya

Peneliti selanjutnya diharapkan dapat melanjutkan penelitian pada variabel-variabel tunggal secara lebih mendalam. Peneliti selanjutnya dapat memperluas penelitian dengan menambahkan variabel-variabel lain yang sesuai dengan metode ilmiah dan analisis yang lebih baik. Peneliti selanjutnya juga dapat melanjutkan penelitian-penelitian sesuai dengan keterbatasan penelitian yang telah disampaikan.

## DAFTAR PUSTAKA

- Abu-Hegazy, M., Elmenshawi, I., & Saad, M. (2016). Barriers for acute ischemic stroke treatment using recombinant tissue plasminogen activator in mansoura emergency hospital: Prehospital and inhospital delay factors. *Egyptian Journal of Neurology, Psychiatry and Neurosurgery*, 53(4), 263–267. <https://doi.org/10.4103/1110-1083.202377>
- Addo, J., Ayerbe, L., Mohan, K. M., Crichton, S., Sheldenkar, A., Chen, R., ... McKeivitt, C. (2012). Socioeconomic status and stroke: An updated review. *Stroke*, 43(4), 1186–1191. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.111.639732>
- Addo, J., Ayis, S., Leon, J., Rudd, A. G., McKeivitt, C., & Wolfe, C. D. A. (2012). Delay in Presentation After an Acute Stroke in a Multiethnic Population in South London: The South London Stroke Register. *Journal of the American Heart Association*, 1(3), 1–7. <https://doi.org/10.1161/JAHA.112.001685>
- Advanced Cardiac Life Support (ACLS). (2018). ACLS Suspected Stroke Algorithm. Diakses pada 9 Mei 2019, dari <https://www.acls.net/acls-suspected-stroke-algorithm.htm>
- Advani, R., Naess, H., & Kurz, M. W. (2017). The golden hour of acute ischemic stroke. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 25(1), 1–5. <https://doi.org/10.1186/s13049-017-0398-5>
- Al-Fayyadh, S., & Diener, E. (2017). Determinants of patient's decision-making in seeking care when experiencing stroke-associated warning signs. *New Trends and Issues Proceedings on Humanities and Social Sciences*, 4(2), 257. <https://doi.org/10.18844/prosoc.v4i2.2756>
- Al Khathaami, A. M., Mohammad, Y. O., Alibrahim, F. S., & Jradi, H. A. (2018). Factors associated with late arrival of acute stroke patients to emergency department in Saudi Arabia. *SAGE Open Medicine*, 6, 205031211877671. <https://doi.org/10.1177/2050312118776719>
- Alalawi, S. (2018). “*Knowledge , perception , action and intention to modify healthy lifestyle behaviour in Omani patients at risk of stroke .*” University of Edinburgh.
- Ambarika, R., Agoes, A., & Kristianto, H. (2015). Analisis Faktor yang Berhubungan Dengan Perilaku Waspada Stroke Pada Kelompok Resiko Tinggi di Wilayah Kerja Puskesmas Poncokusumo Malang (Pendekatan Teori Health Promotion Model Nolla J. Pender). *The Indonesian Journal of Health Science*, 5(2), 223–242.
- American Heart Association. (2018). Get With The Guidelines ® – Stroke is the American Heart Association ’ s collaborative performance improvement program , demonstrated to improve adherence to evidence-based care of patients hospitalized with stroke, 1–6.

- Arulprakash, N., & Umaiorubahan, M. (2019). Causes of delayed arrival with acute ischemic stroke beyond the window period of thrombolysis. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 7(6), 1248–1252. [https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc\\_13\\_17](https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_13_17)
- Ashraf, V., Girija, A., Maneesh, M., Praveenkumar, R., & Saifudheen, K. (2015). Factors delaying hospital arrival of patients with acute stroke. *Annals of Indian Academy of Neurology*, 18(2), 162. <https://doi.org/10.4103/0972-2327.150627>
- Badan Pusat Statistik. (2019). Istilah Statistik. Diakses pada 8 Mei 2019, dari [https://www.bps.go.id/istilah/index.html?Istilah\\_page=40](https://www.bps.go.id/istilah/index.html?Istilah_page=40)
- Barahama, D. V., Tangkudung, G., & Kembuan, M. A. H. N. (2019). Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Keterlambatan Kedatangan Pasien Stroke di RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado. *Jurnal E-Clinic (ECI)*, 7(1), 1–6.
- Billings-Gagliardi, S., & Mazor, K. M. (2005). Development and validation of the stroke action test. *Stroke*, 36(5), 1035–1039. <https://doi.org/10.1161/01.STR.0000162716.82295.ac>
- Boden-Albala, B., & Quarles, L. W. (2013). Education strategies for stroke prevention. *Stroke*, 44(SUPPL. 1), 48–51. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.111.000396>
- BPS Kabupaten Pasuruan. (2015). Luas Daerah, Jumlah Perkotaan dan Pedesaan Menurut Kecamatan di Kabupaten Pasuruan, 2013. Diakses pada 12 Agustus 2019, dari <https://pasuruankab.bps.go.id/statictable/2015/01/26/79/luas-daerah-jumlah-perkotaan-dan-pedesaan-menurut-kecamatan-di-kabupaten-pasuruan-2013.html>
- Burns, S. M. (2014). *AACN Essentials of Critical Care Nursing* (3rd ed.). McGraw-Hill Education.
- Chamberlain, A. M. (2019). *Heart Disease and Stroke Statistics — 2019 Update*. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000659>
- Chan, L., Lin, Y. Di, & Liu, C. H. (2016). World Stroke Day in Taiwan: Raising Public Awareness of Stroke. *International Journal of Gerontology*, 10(3), 175–179. <https://doi.org/10.1016/j.ijge.2016.03.009>
- Crouch, R., Charters, A., Dawood, M., & Bennet, P. (Eds.). (2017). *Oxford Handbook of Emergency Nursing* (2nd ed.). Oxford University Press.
- Damayanti, T. (2010). Analisis biaya terapi pasien stroke rawat inap di RSUP DR. Sardjito Yogyakarta tahun 2007. Diakses pada 9 Mei 2019, dari [http://etd.repository.ugm.ac.id/index.php?mod=penelitian\\_detail&sub=PenelitianDetail&act=view&typ=html&buku\\_id=45576](http://etd.repository.ugm.ac.id/index.php?mod=penelitian_detail&sub=PenelitianDetail&act=view&typ=html&buku_id=45576)
- Darotin, R., Nurdiana, & Nasution, T. H. (2017). Analisis Faktor Prediktor Mortalitas Stroke Hemoragik di RSUD dr. Soebandi Jember. *NurseLine Journal*, 2(2), 9.
- David, S. S. (Ed.). (2016a). *Clinical Pathways in Emergency Medicine* (Vol. 1). Springer India. <https://doi.org/10.1007/978-81-322-2710-6>

- David, S. S. (Ed.). (2016b). *Clinical Pathways in Emergency Medicine* (Vol. II). Springer India.
- Denti, L., Artoni, A., Scoditti, U., Gatti, E., Bussolati, C., & Ceda, G. P. (2016). Pre-hospital delay as determinant of ischemic stroke outcome in an Italian cohort of patients not receiving thrombolysis. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, *25*(6), 1458–1466. <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2016.02.032>
- Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan. (2018). *Profil Kesehatan Kabupaten Pasuruan Tahun 2017*. Pasuruan.
- Disque, K. (2016). *Advanced Cardiac Life Support: Provider Handbook*. Las Vegas: Satori Continuum Publishing.
- Dolmans, L. S., Kappelle, L. J., Bartelink, M. L. E. L., Hoes, A. W., & Rutten, F. H. (2019). Delay in patients suspected of transient ischaemic attack: A cross-sectional study. *BMJ Open*, *9*(2), 1–6. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-027161>
- Domínguez Rubio, R., García Arratibel, A., Vázquez Alen, P., Villanueva Osorio, J. A., Gil Núñez, A., Muñoz González, A., ... Díaz Otero, F. (2016). Factors associated with in-hospital delays in treating acute stroke with intravenous thrombolysis in a tertiary centre. *Neurología (English Edition)*, *31*(7), 452–458. <https://doi.org/10.1016/j.nrleng.2014.12.012>
- Ennen, K. A., & Zerwic, J. J. (2015). Stroke knowledge : How is it impacted by rural location, age, and gender ?, (April), 8–21. <https://doi.org/https://doi.org/10.14574/ojrnhc.v10i1.66>
- Faiz, K. W., Sundseth, A., Thommessen, B., & Rønning, O. M. (2013). Prehospital delay in acute stroke and TIA. *Emergency Medicine Journal*, *30*(8), 669–674. <https://doi.org/10.1136/emered-2012-201543>
- Faiz, K. W., Sundseth, A., Thommessen, B., & Rønning, O. M. (2014). Factors Related to Decision Delay in Acute Stroke. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, *23*(3), 534–539. <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2013.05.007>
- Fassbender, K., Balucani, C., Walter, S., Levine, S. R., Haass, A., & Grotta, J. (2013). Streamlining of prehospital stroke management: The golden hour. *The Lancet Neurology*, *12*(6), 585–596. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(13\)70100-5](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(13)70100-5)
- Feigin, V. L., Norrving, B., & Mensah, G. A. (2017). Global Burden of Stroke. *Circulation Research*, *120*(3), 439–448. <https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.116.308413>
- Friedman, M. M., Bowden, V. R., & Jones, E. G. (2013). *Buku ajar keperawatan keluarga; riset, teori, dan praktik*. Jakarta: EGC.
- Fussman, C., Rafferty, A. P., Lyon-Callo, S., Morgenstern, L. B., & Reeves, M. J. (2010). Lack of Association Between Stroke Symptom Knowledge and Intent

to Call 911. *Stroke*, 41(7), 1501–1507. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.110.578195>

- García Ruiz, R., Silva Fernández, J., García Ruiz, R. M., Recio Bermejo, M., Arias Arias, Á., del Saz Saucedo, P., ... Abellán Alemán, J. (2018). Response to Symptoms and Prehospital Delay in Stroke Patients. Is It Time to Reconsider Stroke Awareness Campaigns? *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 27(3), 625–632. <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2017.09.036>
- Gijn, J. van. (2019). The anatomy of the brain and its blood supply. In G. J. Hankey, M. Macleod, P. B. Gorelick, C. Chen, F. Z. Caprio, & H. Mattle (Eds.), *Warlow's Stroke* (pp. 8–11). Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- Gomez, C. R. (1993). Editorial: Time is brain! *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 3(1), 1–2. [https://doi.org/10.1016/S1052-3057\(10\)80125-9](https://doi.org/10.1016/S1052-3057(10)80125-9)
- Grossman, S. C., & Porth, C. M. (2014). *Porth's Pathophysiology: Concepts of Altered Health States* (9th ed.). Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins.
- Guo, Y., Li, P., Guo, Q., Shang, K., Yan, D., Du, S., & Lu, Y. (2013). Pathophysiology and biomarkers in acute ischemic stroke - A review. *Tropical Journal of Pharmaceutical Research*, 12(6), 1097–1105. <https://doi.org/10.4314/tjpr.v12i6.35>
- Hagiwara, Y., Imai, T., Yamada, K., Sakurai, K., Atsumi, C., Tsuruoka, A., ... Hasegawa, Y. (2014). Impact of life and family background on delayed presentation to hospital in acute stroke. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 23(4), 625–629. <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2013.05.034>
- Hall, J. E. (2016). *Guyton and Hall Textbook of Medical Physiology* (13th ed.). Philadelphia: Elsevier, Inc.
- Harahap, H. S., Arisetijono, E., & Afif, Z. (2016). Profil Probabilitas Stroke Iskemik Di Kota Malang Dan Batu : Aplikasi Skor Risiko Stroke Framingham, 5(3), 3–8.
- Hong, E. S., Kim, S. H., Kim, W. Y., Ahn, R., & Hong, J. S. (2011). Factors associated with prehospital delay hospital delays in acute stroke. *Emergency Medicine Journal*, 28(9), 790–793. <https://doi.org/10.1136/emj.2010.094425>
- Hyzy, R. C. (Ed.). (2017). *Evidence-Based Critical Care: A Case Study Approach*. Springer International Publishing Switzerland. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-43341-7>
- Iqbal, W. (2013). Pengeluaran Rumah Tangga untuk Biaya Kesehatan di Pulau Jawa Dibandingkan dengan Luar Pulau Jawa, 19–25.
- Islam, S., Geum Oh, E., Lee, T. W., & Kim, S. (2017). Stroke Management Awareness and Behavior among Nursing Students in Bangladesh. *Open*

*Journal of Nursing*, 07(01), 1–14. <https://doi.org/10.4236/ojn.2017.71001>

- Jauch, E. C., Kissela, B., & Stettler, B. (2019). Acute Management of Stroke. Diakses pada 9 Mei 2019, dari <https://emedicine.medscape.com/article/1159752-overview#a1>
- Jiang, B., Ru, X., Sun, H., Liu, H., Sun, D., Liu, Y., ... Wang, W. (2016). Pre-hospital delay and its associated factors in first-ever stroke registered in communities from three cities in China. *Scientific Reports*, 6(1), 29795. <https://doi.org/10.1038/srep29795>
- Jin, H., Zhu, S., Wei, J. W., Wang, J., Liu, M., Wu, Y., ... Huang, Y. (2012). Factors Associated With Prehospital Delays in the Presentation of Acute Stroke in Urban China. *Stroke*, 43(2), 362–370. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.111.623512>
- KataData. (2019). PDB Per Kapita Indonesia 2018 Sebesar Rp 56 Juta. Diakses pada 8 Mei 2019 dari <https://databoks.katadata.co.id/datapublish/2019/02/06/pdb-per-kapita-indonesia-2018-sebesar-rp-56-juta>
- Katan, M., & Luft, A. (2018). Global Burden of Stroke. *Seminars in Neurology*, 38(2), 208–211. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1649503>
- Kementerian Kesehatan RI. (2013). *Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) 2013. Laporan Nasional 2013*. Jakarta. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1649503>
- Kementerian Kesehatan RI. (2019). *Laporan Nasional Riskesdas 2018*. Jakarta. Kementerian Kesehatan RI
- Khalema, D., Goldstein, L. N., & Lucas, S. (2018). A retrospective analysis of time delays in patients presenting with stroke to an academic emergency department. *South African Journal of Radiology*, 22(1), 1–6. <https://doi.org/10.4102/sajr.v22i1.1319>
- Kim, D.-H., Nah, H.-W., Park, H.-S., Choi, J.-H., Kang, M.-J., Huh, J.-T., & Cha, J.-K. (2016). Impact of Prehospital Intervention on Delay Time to Thrombolytic Therapy in a Stroke Center with a Systemized Stroke Code Program. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 25(7), 1665–1670. <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2016.02.011>
- Kim, H. J., Ahn, J. H., Kim, S. H., & Hong, E. S. (2011). Factors associated with prehospital delay for acute stroke in Ulsan, Korea. *Journal of Emergency Medicine*, 41(1), 59–63. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2010.04.001>
- Kim, Y. S., Park, S.-S., Bae, H.-J., Cho, A.-H., Cho, Y.-J., Han, M.-K., ... Yoon, B.-W. (2011). Stroke awareness decreases prehospital delay after acute ischemic stroke in korea. *BMC Neurology*, 11(1), 2. <https://doi.org/10.1186/1471-2377-11-2>
- Kissela, B., MD, M. S., Khoury, J., Alwell, K., Moomaw, C., Woo, D., ... Kleindorfer, D. (2012). Age at stroke: Temporal trends in stroke incidence in a large, biracial population . *Neurology*, 79(17), 1781–1787. Diakses dari <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=ovftm&NEW>

S=N&AN=00006114-201210230-00009

- Koksal, E. K., Gazioglu, S., Boz, C., Can, G., & Alioglu, Z. (2014). Factors associated with early hospital arrival in acute ischemic stroke patients. *Neurological Sciences, 35*(10), 1567–1572. <https://doi.org/10.1007/s10072-014-1796-3>
- Kolegium Neurologi Indonesia. (2009). *Buku modul induk neuropediatri*. PERHIMPUNAN DOKTER SPESIALIS SARAF INDONESIA (PERDOSSI).
- Mackintosh, J. E., Murtagh, M. J., Rodgers, H., Thomson, R. G., Ford, G. A., & White, M. (2012). Why People Do, or Do Not, Immediately Contact Emergency Medical Services following the Onset of Acute Stroke: Qualitative Interview Study. *PLoS ONE, 7*(10). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0046124>
- Madsen, T. E., Sucharew, H., Katz, B., Alwell, K. A., Moomaw, C. J., Kissela, B. M., ... Kleindorfer, D. (2016). Gender and Time to Arrival among Ischemic Stroke Patients in the Greater Cincinnati/Northern Kentucky Stroke Study. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases, 25*(3), 504–510. <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2015.10.026>
- Mahulae, J. X., & Ilyas, J. (2018). Determinan Variasi Klaim Penyakit Stroke Peserta Jaminan Kesehatan Nasional Rumah Sakit X Sumatera Utara. *Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia, 2*(2). <https://doi.org/10.7454/eki.v2i2.2147>
- Mandelzweig, L., Goldbourt, U., Boyko, V., & Tanne, D. (2006). Perceptual, social, and behavioral factors associated with delays in seeking medical care in patients with symptoms of acute stroke. *Stroke, 37*(5), 1248–1253. <https://doi.org/10.1161/01.STR.0000217200.61167.39>
- Mansfield, A., Inness, E. L., & Mcilroy, W. E. (2018). Stroke. In *Handbook of Clinical Neurology* (Vol. 159, pp. 205–228). <https://doi.org/10.1016/B978-0-444-63916-5.00013-6>
- Mellor, R. M., Bailey, S., Sheppard, J., Carr, P., Quinn, T., Boyal, A., ... McManus, R. J. (2015). Decisions and delays within stroke patients' route to the hospital: A qualitative study. *Annals of Emergency Medicine, 65*(3), 279-287.e3. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2014.10.018>
- Meretoja, A., Keshtkaran, M., Saver, J. L., Tatlisumak, T., Parsons, M. W., Kaste, M., ... Churilov, L. (2014). Stroke thrombolysis: Save a minute, save a day. *Stroke, 45*(4), 1053–1058. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.113.002910>
- Miller, E., Simpson, J., Saver, J. L., Summers, D., Spilker, J. A., Mitchell, P. H., ... Leonard, A. (2009). Comprehensive Overview of Nursing and Interdisciplinary Care of the Acute Ischemic Stroke Patient. *Stroke, 40*(8), 2911–2944. <https://doi.org/10.1161/strokeaha.109.192362>
- Mochari-Greenberger, H., Xian, Y., Hellkamp, A. S., Schulte, P. J., Bhatt, D. L., Fonarow, G. C., ... Smith, E. E. (2015). Racial/Ethnic and Sex Differences in Emergency Medical Services Transport Among Hospitalized US Stroke Patients: Analysis of the National Get With The Guidelines-Stroke Registry.



*Journal of the American Heart Association*, 4(8), e002099. <https://doi.org/10.1161/JAHA.115.002099>

- Muengtaweepongsa, S., Hungkok, W., & Harnirattisai, T. (2014). Poor Recognition of Prompted Treatment Seeking Even with Good Knowledge of Stroke Warning Signs Contribute to Delayed Arrival of Acute Ischemic Stroke Patients in Thailand. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 23(5), 948–952. <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2013.07.044>
- National Institute of Neurological Disorders and Stroke (NIDDS). (2009). Stroke: challenges, progress, and promise. Diakses pada 2 Mei 2019, dari [https://stroke.nih.gov/documents/NINDS\\_StrokeChallenge\\_Brochure.pdf](https://stroke.nih.gov/documents/NINDS_StrokeChallenge_Brochure.pdf).
- Nursalam. (2017). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pendekatan Praktis* (4th ed.). Jakarta: Salemba Medika.
- Oostema, J. A., Nasiri, M., Chassee, T., & Reeves, M. J. (2014). The quality of prehospital ischemic stroke care: Compliance with guidelines and impact on in-hospital stroke response. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 23(10), 2773–2779. <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2014.06.030>
- Pitt, E., & Pusponegoro, A. (2005). Prehospital care in Indonesia. *Emergency Medicine Journal*, 22(2), 144–147. <https://doi.org/10.1136/emj.2003.007757>
- Powers, W. J., Rabinstein, A. A., Ackerson, T., Adeoye, O. M., Bambakidis, N. C., Becker, K., ... Tirschwell, D. L. (2018). *2018 Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association*. *Stroke* (Vol. 49). <https://doi.org/10.1161/STR.000000000000158>
- Prasetyo, E. (2018). Faktor-faktor yang Mempengaruhi Keterlambatan Pasien Stroke Akut Datang ke Lima Rumah Sakit Pemerintah di DKI Jakarta. *Majalah Kesehatan Pharmamedika*, 9(1), 040. <https://doi.org/10.33476/mkp.v9i1.674>
- Pulvers, J. N., & Watson, J. D. G. (2017). If Time Is Brain Where Is the Improvement in Prehospital Time after Stroke? *Frontiers in Neurology*, 8(NOV). <https://doi.org/10.3389/fneur.2017.00617>
- Pusat Promosi Kesehatan Kemenkes. (2010). *Pedoman umum pengembangan desa dan keluarga siaga aktif: dalam rangka akselerasi program pengembangan desa siaga*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Rachmawati, D. (2016). *Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Keterlambatan Kedatangan Pasien Post Serangan Stroke Iskemik Akut Di Instalasi Gawat Darurat RSUD Ngudi Waluyo Wlingi*. Brawijaya University. Diakses pada 9 Mei 2019, dari <http://repository.ub.ac.id/158431/>
- 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), 369–376. <https://doi.org/10.21776/ub.jkb.2017.029.04.15>

- Rahmina, Y., Wahid, A., & Agustina, R. (2018). Tingkat Pendidikan Keluarga Terhadap Golden Hour Pasien Stroke Di Rsud Ulin Banjarmasin. *Dunia Keperawatan*, 5(1), 68. <https://doi.org/10.20527/dk.v5i1.3644>
- Ratnawardani, D., Utomo, W., & Safri. (2018). Pengalaman Keluarga Dalam Penanganan Serangan Pertama Pada Pasien Stroke. *JOM FKp*, 5(2), 259–267.
- Roy-O'Reilly, M., & McCullough, L. D. (2018). Age and sex are critical factors in ischemic stroke pathology. *Endocrinology*, 159(8), 3120–3131. <https://doi.org/10.1210/en.2018-00465>
- Sacco, R. L., Kasner, S. E., Broderick, J. P., Caplan, L. R., Connors, J. J. (Buddy), Culebras, A., ... Vinters, H. V. (2013). An Updated Definition of Stroke for the 21st Century. *Stroke*, 44(7), 2064–2089. <https://doi.org/10.1161/STR.0b013e318296aeca>
- Saudin, D., Agoes, A., & Rini, I. S. (2016). Analisis faktor yang mempengaruhi keterlambatan dalam mengatasi pasien stroke saat merujuk ke rsud jombang. *Jurnal Hesti Wira Sakti*, 4(2), 1–12.
- Seremwe, F., Kaseke, F., Chikwanha, T. M., & Chikwasha, V. (2017). Factors associated with hospital arrival time after the onset of stroke symptoms: A cross-sectional study at two teaching hospitals in Harare, Zimbabwe. *Malawi Medical Journal*, 29(2), 171–176. <https://doi.org/10.4314/mmj.v29i2.18>
- Shin, C. N., An, K., & Sim, J. (2017). Facilitators of and barriers to emergency medical service use by acute ischemic stroke patients: A retrospective survey. *International Journal of Nursing Sciences*, 4(1), 52–57. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2016.12.008>
- Sim, J., Shin, C.-N., An, K., & Todd, M. (2016). Factors Associated With the Hospital Arrival Time in Patients With Ischemic Stroke in Korea. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 31(5), E10–E16. <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000313>
- Slavin, S. J., Sucharew, H., Alwell, K., Moomaw, C. J., Woo, D., Adeoye, O., ... Kleindorfer, D. O. (2018). Prehospital neurological deterioration in stroke. *Emergency Medicine Journal*, 35(8), 507–510. <https://doi.org/10.1136/emered-2017-207265>
- Smeltzer, S. C., Hinkle, J. L., Bare, B. G., & Cheever, K. H. (2010). *Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing* (12th ed.). Wolters Kluwer Health / Lippincott Williams & Wilkins.
- Smith, M. A., Lisabeth, L. D., Bonikowski, F., & Morgenstern, L. B. (2010). The role of ethnicity, sex, and language on delay to hospital arrival for acute ischemic stroke. *Stroke*, 41(5), 905–909. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.110.578112>
- Snozzi, P., Blank, P. R., & Szucs, T. D. (2014). Stroke in Switzerland: Social determinants of treatment access and cost of illness. *Journal of Stroke and*

- Cerebrovascular Diseases*, 23(5), 926–932. <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2013.07.042>
- Sobral, S., Taveira, I., Seixas, R., Vicente, A. C., Duarte, J., Goes, A. T., ... Nzwalo, H. (2019). Late Hospital Arrival for Thrombolysis after Stroke in Southern Portugal: Who Is at Risk? *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2018.12.009>
- Springer, M. V., & Labovitz, D. L. (2018). The Effect of Being Found with Stroke Symptoms on Predictors of Hospital Arrival. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 27(5), 1363–1367. <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2017.12.024>
- Suryanto, Plummer, V., & Boyle, M. (2017). EMS Systems in Lower-Middle Income Countries: A Literature Review. *Prehospital and Disaster Medicine*, 32(1), 64–70. <https://doi.org/10.1017/S1049023X1600114X>
- Suryanto, S., Boyle, M., & Plummer, V. (2017). The pre-hospital and healthcare system in Malang, Indonesia. *Australasian Journal of Paramedicine*, 14(2). <https://doi.org/10.33151/ajp.14.2.554>
- Urden, L. D., Stacy, K. M., & Lough, M. E. (2014). *Critical Care Nursing: Diagnosis and Management* (7th ed.). Mosby, an imprint of Elsevier Inc.
- Venketasubramanian, N., Yoon, B. W., Pandian, J., & Navarro, J. C. (2017). Stroke Epidemiology in South, East, and South-East Asia: A Review. *Journal of Stroke*, 19(3), 286–294. <https://doi.org/10.5853/jos.2017.00234>
- Wang, D., & Wang, Y. (2019). Tissue window, not the time window, will guide acute stroke treatment. *Stroke and Vascular Neurology*, 4(1), 1–2. <https://doi.org/10.1136/svn-2018-000211>
- Wilson, A. D., Coleby, D., Taub, N. A., Weston, C., & Robinson, T. G. (2014). Delay between symptom onset and clinic attendance following TIA and minor stroke: The BEATS study. *Age and Ageing*, 43(2), 253–256. <https://doi.org/10.1093/ageing/aft144>
- Wolters, F. J., Li, L., Gutnikov, S. A., Mehta, Z., & Rothwell, P. M. (2018). Medical Attention Seeking after Transient Ischemic Attack and Minor Stroke before and after the UK Face, Arm, Speech, Time (FAST) Public Education Campaign: Results from the Oxford Vascular Study. *JAMA Neurology*, 75(10), 1225–1233. <https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2018.1603>
- Wongwiangjunt, S., Komoltri, C., Pongvarin, N., & Nilanont, Y. (2015). Stroke awareness and factors influencing hospital arrival time: A prospective observational study. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 98(3), 260–264.
- Yanagida, T., Fujimoto, S., Inoue, T., & Suzuki, S. (2014). Causes of prehospital delay in stroke patients in an urban aging society. *Journal of Clinical Gerontology and Geriatrics*, 5(3), 77–81. <https://doi.org/10.1016/j.jcgg.2014.02.001>

- Yin, X., Yang, T., Gong, Y., Zhou, Y., Li, W., Song, X., ... Lu, Z. (2016). Determinants of Emergency Medical Services Utilization among Acute Ischemic Stroke Patients in Hubei Province in China. *Stroke*, *47*(3), 891–894. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.115.011877>
- Zhou, Y., Yang, T., Gong, Y., Li, W., Chen, Y., Li, J., ... Lu, Z. (2017). Pre-hospital Delay after Acute Ischemic Stroke in Central Urban China: Prevalence and Risk Factors. *Molecular Neurobiology*, *54*(4), 3007–3016. <https://doi.org/10.1007/s12035-016-9750-4>
- Zock, E., Kerkhoff, H., Kleyweg, R. P., & van de Beek, D. (2016). Intrinsic factors influencing help-seeking behaviour in an acute stroke situation. *Acta Neurologica Belgica*, *116*(3), 295–301. <https://doi.org/10.1007/s13760-015-0555-4>

## **LAMPIRAN-LAMPIRAN**

## Lampiran 1. Surat Permohonan Penelitian



**YAYASAN PEMBINA PENDIDIKAN INDONESIA (YPPI) WIDYAGAMA  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKES)**

**WIDYAGAMA HUSADA**

SK MENDIKNAS RI NOMOR 130/D/0/2007

Program Studi : \* D3 Kebidanan \* S1 Kesehatan Lingkungan \* S1 Ilmu Keperawatan \* Profesi Ners

Nomor : 302/A-1/STIKES/VI/2019  
Lampiran : -  
Perihal : Izin Penelitian

Malang, 26 Juni 2019

Kepada  
Yth. Direktur RSUD Bangil Pasuruan  
di-  
Tempat

Dengan hormat,


Mahasiswa Program Studi Pendidikan Ners STIKES Widyagama Husada akan menyusun Skripsi Tahun Akademik 2018/2019, untuk itu diperlukan data-data pendukung sebagai syarat yang harus ditempuh.

Berkenaan dengan hal tersebut kami mengajukan permohonan kepada Bapak/Ibu agar berkenan memberikan ijin kepada mahasiswa kami dibawah ini untuk melakukan Studi Pendahuluan.

Adapun nama mahasiswa/i dan judul penelitian skripsi sebagai berikut:

Nama : Edi Sumarsono  
NIM : 1507.14201.398  
Judul TA : Analisis Faktor Determinan Yang Mempengaruhi Keterlambatan Kedatangan Pasien Stroke di RSUD Bangil Pasuruan.

Demikian, atas perhatian dan kerja samanya kami sampaikan terima kasih.

STIKES Widyagama Husada  
Wakil Ketua Bidang III,  
  
Tiwi Yanastuti, S.Si., M.Kes  
NDF: 2012/247

Kampus B ( Kantor Pusat ) : Jl. Taman Borobudur Indah 3A Malang  
Kampus A : Jl. Sudmoro 16, Malang, Jawa Timur  
Telp : (0341) 406150 Fax : (0341) 471277  
Website : [www.widyagamahusada.ac.id](http://www.widyagamahusada.ac.id)

## Lampiran 2. Surat Pernyataan Telah Melakukan Penelitian

|   |   |   |
|---|---|---|
|  | <b>PEMERINTAH KABUPATEN PASURUAN</b><br><b>RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BANGIL</b><br>Jl. Raya Raci - Bangil, Pasuruan Kode Pos 67153<br>Telp. (0343) 744900, 747789 Faks. (0343) 747789 |  |
| Bangil, 1 Agustus 2019  |   |   |
| Nomor   | : 445.1/2196.5/424.202/2019   | Kepada  |
| Lampiran  | : -   | Yth. Ketua Stikes Widyagama Husada  |
| Hal   | : Keterangan Selesai<br>Penelitian  | Jl. Taman Borobudur Indah 3A<br>MALANG  |

Menyambung surat kami Nomor : 445.1/1999.2424.202/2019 tanggal 8 Juli 2019 perihal Persetujuan Penelitian atas nama :

|       |   |
|-------|---|
| Nama  | : EDI SUMARSONO   |
| NIM   | : 1507.14201.398  |
| Judul | : Analisis Faktor Determinan yang Mempengaruhi Keterlambatan Kedatangan Pasien Stroke di RSUD Bangil Pasuruan |

Maka dapat kami informasikan bahwa mahasiswa tersebut di atas telah menyelesaikan pengambilan data penelitiannya di RSUD Bangil pada tanggal 15 Juli – 31 Juli 2019.

Demikian disampaikan, atas perhatian dan kerja sama Saudara diucapkan terima kasih.

A.n DIREKTUR RSUD BANGIL  
KABUPATEN PASURUAN  
Pit. Kepala Bidang Penunjang

  
Drg. DYAH RETNO LESTARI, M.Kes  
Pembina  
NIP. 19710404 200604 2 019

## Lampiran 3. Surat Pernyataan Keaslian Tulisan

**PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Edi Sumarsono

NIM : 1507.14201.398

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Skripsi yang saya tulis ini benar-benar hasil karya saya sendiri. Apabila di kemudian hari dapat dibuktikan bahwa skripsi ini adalah hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Mengetahui,  
Kaprosdi Program Studi Pendidikan Ners



(Nurma Afiani, S.Kep., Ns., M.Kep.)

Malang, 27 Agustus 2019  
Yang membuat pernyataan,



(Edi Sumarsono)



## Lampiran 4. Surat Pengajuan Uji Validitas dan Reliabilitas Instrumen Penelitian

|  |   |                     |
|--|---|---------------------|
|   | <b>YAYASAN PEMBINA PENDIDIKAN INDONESIA (YPPI) WIDYAGAMA</b><br><b>SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKES)</b><br><b>WIDYAGAMA HUSADA</b><br>SK MENDIKNAS RI NOMOR 130/D/0/2007<br>Program Studi : * D3 Kebidanan * S1 Kesehatan Lingkungan * S1 Ilmu Keperawatan * Profesi Ners |                     |
|  | <hr/>   |                     |
| Nomor  | : 075 /A-1/STIKES/M/2019  | Malang, 15 Mei 2019 |
| Lampiran   | : -   |                     |
| Perihal  | : <u>Uji Validitas dan Reabilitas</u>   |                     |
| <p>Kepada<br/>         Yth. Kepala Puskesmas Batu<br/>         di-<br/>         Tempat</p>   |   |                     |
| <p>Dengan hormat,</p> <p>Mahasiswa Program Studi Pendidikan Ners STIKES Widyagama Husada akan menyusun Skripsi Tahun Akademik 2018/2019, untuk itu diperlukan data-data pendukung sebagai syarat yang harus ditempuh.</p> <p>Berkenaan dengan hal tersebut kami mengajukan permohonan kepada Bapak/ibu agar berkenan memberikan ijin kepada mahasiswa kami dibawah ini untuk melakukan <u>Uji Validitas dan Reabilitas</u>.</p> <p>Adapun nama mahasiswa/i dan judul penelitian skripsi sebagai berikut:</p> |   |                     |
| Nama   | : Edl Sumarsono.  |                     |
| NIM  | : 1507.14201.398  |                     |
| Judul TA   | : Analisis Faktor Determinan Yang Berhubungan Dengan Keterlambatan Kedatangan Pasien Stroke di Rumah Sakit Umum Karsa Husda Batu.   |                     |
| Tempat Uji Validitas   | : Puskesmas Batu  |                     |
| <p>Demikian, atas perhatian dan kerja samanya kami sampaikan terima kasih.</p>   |   |                     |
| <div style="text-align: right;">  <p>STIKES Widyagama Husada<br/>           Wakil Ketua Bidang III,<br/> <b>Tiwi Yuniastuti, S.Si., M.Kes</b><br/>           NDR. 2012.247</p> </div>  |   |                     |
| <hr/> <p>Kampus B ( Kantor Pusat ) : Jl. Taman Borobudur Indah 3A Malang<br/>         Kampus A : Jl. Sudimoro 16, Malang, Jawa Timur<br/>         Telp : (0341) 406190 Fax : (0341) 471277<br/>         Website : <a href="http://www.widyagamahusada.ac.id">www.widyagamahusada.ac.id</a></p>   |   |                     |

Lampiran 5. *Form Inform Consent*

### **SURAT PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN**

Kepada Yth.

Calon responden penelitian

Di tempat

Dengan hormat,

Saya yang bertanda tangan di bawah ini adalah mahasiswa Program Studi S1 Ilmu Keperawatan STIKES Widyagama Husada Malang, yaitu:

Nama : Edi Sumarsono

NIM : 1507. 14201. 398

Akan melakukan penelitian dengan judul “**ANALISIS FAKTOR DETERMINAN YANG MEMPENGARUHI KETERLAMBATAN KEDATANGAN PASIEN STROKE DI RUMAH SAKIT**”. Penelitian ini tidak menimbulkan akibat yang merugikan bagi responden. Semua informasi akan dijaga dan hanya dipergunakan untuk kepentingan penelitian sebagai bentuk kerahasiaan data penelitian. Jika anda tidak bersedia menjadi responden maka tidak akan ada sanksi apapun bagi anda dan keluarga.

Apabila anda menyetujui maka saya mohon untuk menandatangani lembar persetujuan yang telah disediakan dan menjawab pertanyaan-pertanyaan yang akan saya ajukan. Atas perhatian, kerja sama dan partisipasinya saya ucapkan terima kasih.

Hormat saya,

(Edi Sumarsono)

Lampiran 6. *Form* Persetujuan Menjadi Responden Penelitian***Form* Persetujuan Menjadi Responden Penelitian**

Yang bertanda tangan dibawah ini

Nama :

No. HP:

Saya yang telah mendapat penjelasan tentang penelitian yang akan dilakukan. Saya mengerti dan memahami tujuan dari penelitian ini, dan peneliti akan menjaga kerahasiaan semua data yang telah saya berikan sebagai responden. Saya bersedia ikut berpartisipasi untuk menjadi responden dalam penelitian ini tanpa paksaan dari siapapun.

Yang membuat pernyataan

(.....)

Lampiran 7. *Blue Print* Kuesioner *Stroke Action Test* (STAT)**Kuesioner *Stroke Action Test* (STAT)**

**Jika ini terjadi pada Anda atau teman/kerabat, apa yang akan Anda lakukan?**

Pilihan respon yang disediakan adalah:

1 = segera menghubungi layanan ambulans darurat / menghubungi 112 / datang ke IGD rumah sakit

2 = segera menghubungi/mengunjungi dokter/perawat/bidan praktik

3 = menunggu 1 jam dan kemudian memutuskan membawa pasien ke rumah sakit/tidak

4 = menunggu 1 hari dan kemudian memutuskan membawa pasien ke rumah sakit/tidak

|  |   |
|--|---|
| 1. <i>Vision suddenly blurred in one eye.</i>  | 1. Pandangan tiba-tiba kabur pada salah satu mata.  |
| 2. <i>His/Her limbs suddenly become poor coordinated, e.g. unable to take keys out of the pocket.</i>  | 2. Anggota tubuhnya tiba-tiba menjadi tidak terkoordinasi dengan baik, mis. tidak dapat mengambil kunci dari saku.  |
| 3. <i>When we are watching TV, he/she says her eyes seeing double vision. He/She feels dizzy and nauseous, and suddenly grabs my arm tightly. But she has no drunkard look.</i>                  | 3. Saat kami menonton TV, dia mengatakan matanya melihat penglihatan ganda. Dia merasa pusing dan mual, dan tiba-tiba meraih lengan saya dengan erat. Tapi dia tidak menunjukkan jika sedang mabuk.                     |
| 4. <i>Sudden numbness in one leg.</i>  | 4. Mati rasa tiba-tiba pada satu kaki.  |
| 5. <i>Sudden dizziness.</i>  | 5. Tiba-tiba pusing.  |
| 6. <i>People speak alien language for few minutes that I can't understand, and they don't understand mine either.</i>  | 6. Orang-orang berbicara bahasa yang aneh selama beberapa menit yang saya tidak bisa mengerti, dan mereka juga tidak mengerti bahasa saya.  |
| 7. <i>I realize that my voice like a drunk while answering the phone. No improvement after attempting to speak. Actually I have no alcohol at all.</i>   | 7. Saya menyadari bahwa suara saya seperti sedang mabuk ketika menjawab telepon. Tidak membaik setelah mencoba berbicara. Sebenarnya saya tidak minum alkohol sama sekali.  |
| 8. <i>When sitting and watching TV, my left leg starts feeling numbness. The sensation of leg is strange, like deep sleep. I try rubbing and shaking the leg, but signs can't be got rid of.</i> | 8. Saat duduk dan menonton TV, kaki kiri saya mulai terasa mati rasa. Sensasi pada kaki itu terasa aneh, seperti tidur nyenyak. Saya mencoba menggosok dan mengguncang kaki, tetapi tanda-tanda tidak bisa dihilangkan. |
| 9. <i>Sudden arm weakness, single-sided in particular.</i>   | 9. Kelemahan lengan mendadak, pada satu sisi pada khususnya.  |
| 10. <i>I see he/she is trying to take his lunch by himself, but food keep dropping out from</i>  | 10. Saya melihat dia mencoba makan sendiri, tetapi makanan terus keluar dari sisi   |

|   |  |
|---|--|
| <p><i>right mouth side. He never has this condition before.</i></p> <p>11. <i>Sudden cloudiness of consciousness.</i></p> <p>12. <i>Sudden difficulties understanding.</i></p> <p>13. <i>Suddenly I can't reach wallet due to immobility of the right arm. Mouth side starts dribbling, and I try my best to call my husband for help, but I can't express.</i></p> <p>14. <i>Suddenly my right arm is unable to move at all.</i></p> <p>15. <i>Sudden unknown severe headache.</i></p> <p>16. <i>Sudden dizziness with blurred vision.</i></p> <p>17. <i>Sudden speech difficulties</i></p> <p>18. <i>I notice that he keeps using his hand to cover the eye and blinking. He tells me that "I can't see". It gets normal after a few minutes.</i></p> <p>19. <i>Facial muscles feel weak suddenly, particularly on one side.</i></p> <p>20. <i>Arms and facial muscles feel weak suddenly, particularly on one side, with speech difficulties.</i></p> <p>21. <i>A sudden loss of coordination ability.</i></p> | <p>mulutnya. Dia tidak pernah memiliki kondisi ini sebelumnya.</p> <p>11. Tiba-tiba mengalami penurunan kesadaran.</p> <p>12. Tiba-tiba kesulitan memahami.</p> <p>13. Tiba-tiba saya tidak dapat meraih dompet karena imobilitas lengan kanan. Sisi mulut mulai ngiler, dan saya mencoba yang terbaik untuk menghubungi suami saya untuk meminta bantuan, tetapi saya tidak bisa mengungkapkannya.</p> <p>14. Tiba-tiba lengan kanan saya tidak bisa bergerak sama sekali.</p> <p>15. Tiba-tiba sakit kepala parah yang tidak diketahui.</p> <p>16. Tiba-tiba pusing dengan penglihatan kabur.</p> <p>17. Kesulitan bicara tiba-tiba</p> <p>18. Saya perhatikan bahwa dia terus menggunakan tangannya untuk menutup mata dan berkedip. Dia mengatakan kepada saya bahwa "Saya tidak bisa melihat". Tetapi, kembali normal setelah beberapa menit.</p> <p>19. Otot-otot wajah tiba-tiba terasa lemas, terutama di satu sisi.</p> <p>20. Tiba-tiba otot lengan dan wajah terasa lemah, terutama di satu sisi, dengan kesulitan bicara.</p> <p>21. Kehilangan kemampuan koordinasi yang tiba-tiba.</p> |
|---|--|

#### Keterangan

1. Jawaban benar akan bernilai **1**, dan jawaban salah akan bernilai **0**.
2. Skor akhir akan dihitung berdasarkan presentase jumlah jawaban benar dari skor maksimal jawaban benar yang bisa didapat responden, yaitu 21.
3. Skor akhir dinyatakan "**Tidak adekuat**" jika berada di bawah skor rata-rata, dan dinyatakan "**Adekuat**" jika berada di atas skor rata-rata.

Lampiran 8. *Blue Print Stroke Recogniton Questionnaire (SRQ)***Stroke Recoqniton Questionnaire (SRQ)**

**Manakah dari keadaan berikut ini yang merupakan gejala stroke? berikan tanda centang pada kolom Ya jika keadaan tersebut merupakan gejala stroke, berikan tanda centang pada kolom Tidak jika keadaan tersebut bukan merupakan gejala stroke.**

| Keadaan                                     | Ya | Tidak |
|---|----|-------|
| Kelemahan pada salah satu sisi tubuh        |    |       |
| Keram kaki                                  |    |       |
| Kesulitan berbicara atau bicara tidak jelas |    |       |
| Sesak/kesulitan bernapas                    |    |       |
| Kehilangan keseimbangan saat berjalan       |    |       |
| Kelelahan berat                             |    |       |
| Kebingungan (confusion)                     |    |       |
| Demam                                       |    |       |
| Nyeri kepala berat                          |    |       |
| Nyeri dada                                  |    |       |
| Kelemahan pada salah satu sisi wajah        |    |       |
| Nyeri mendadak di salah satu lengan         |    |       |
| Gangguan penglihatan                        |    |       |
| Batuk-batuk                                 |    |       |

## Keterangan

1. Jawaban benar akan bernilai **1**, dan jawaban salah akan bernilai **0**.
2. Skor akhir akan dihitung berdasarkan presentase jumlah jawaban benar dari skor maksimal jawaban benar yang bisa didapat responden, yaitu 21.
3. Skor akhir dinyatakan "**Tidak adekuat**" jika berada di bawah skor rata-rata, dan dinyatakan "**Adekuat**" jika berada di atas skor rata-rata.

Lampiran 9. *Form Kuesioner Stroke Action Test (STAT) sebelum Uji Validitas dan Reliabilitas*

### Kuesioner *Stroke Action Test (STAT)*

Kuesioner berikut ini digunakan untuk mengukur respon keluarga pada keadaan-keadaan dalam pernyataan-pernyataan di bawah ini. Pilihan respon yang disediakan adalah:

- 1 = segera menghubungi layanan ambulans darurat / menghubungi 112 / datang ke IGD rumah sakit
- 2 = segera menghubungi/mengunjungi dokter/perawat/bidan praktik
- 3 = menunggu 1 jam dan kemudian memutuskan membawa pasien ke rumah sakit/tidak
- 4 = menunggu 1 hari dan kemudian memutuskan membawa pasien ke rumah sakit/tidak

Jika ini terjadi pada Anda atau teman/kerabat, apa yang akan Anda lakukan?

| Pernyataan   | 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|---|---|---|---|
| 1. Pandangan tiba-tiba kabur pada salah satu mata.   |   |   |   |   |
| 2. Anggota tubuhnya tiba-tiba menjadi tidak terkoordinasi dengan baik, mis. tidak dapat mengambil kunci dari saku.   |   |   |   |   |
| 3. Saat kami menonton TV, dia mengatakan matanya melihat penglihatan ganda. Dia merasa pusing dan mual, dan tiba-tiba meraih lengan saya dengan erat. Tapi dia tidak sedang mabuk.                                     |   |   |   |   |
| 4. Tiba-tiba mati rasa pada satu kaki.   |   |   |   |   |
| 5. Tiba-tiba pusing.   |   |   |   |   |
| 6. Orang-orang berbicara dengan bahasa yang aneh selama beberapa menit yang saya tidak bisa mengerti, dan mereka juga tidak mengerti bahasa saya.  |   |   |   |   |
| 7. Saya menyadari bahwa suara saya seperti sedang mabuk ketika menjawab telepon. Tidak membaik setelah mencoba berbicara. Saya tidak minum alkohol sama sekali.  |   |   |   |   |
| 8. Saat duduk dan menonton TV, kaki kiri saya mulai terasa mati rasa. Sensasi pada kaki itu terasa aneh, seperti tidur nyenyak. Saya mencoba menggosok dan mengguncang kaki, tetapi tanda-tanda itu tidak bisa hilang. |   |   |   |   |
| 9. Kelemahan lengan mendadak, khususnya pada satu sisi.  |   |   |   |   |
| 10. Saya melihat dia mencoba makan sendiri, tetapi makanan terus keluar dari sisi mulutnya. Dia tidak pernah mengalami kondisi ini sebelumnya.   |   |   |   |   |
| 11. Tiba-tiba mengalami penurunan kesadaran.   |   |   |   |   |
| 12. Tiba-tiba kesulitan memahami.  |   |   |   |   |

|   |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|
| 13. Tiba-tiba saya tidak dapat meraih dompet karena sulit menggerakkan lengan kanan. Sisi mulut saya mulai mengeluarkan air liur, dan saya mencoba menghubungi keluarga saya untuk meminta bantuan, tetapi saya tidak bisa mengatakan secara jelas. |  |  |  |  |
| 14. Lengan kanan saya tiba-tiba tidak bisa bergerak sama sekali.  |  |  |  |  |
| 15. Tiba-tiba sakit kepala hebat yang tidak diketahui.  |  |  |  |  |
| 16. Tiba-tiba pusing dengan penglihatan kabur.  |  |  |  |  |
| 17. Kesulitan bicara tiba-tiba  |  |  |  |  |
| 18. Saya perhatikan bahwa dia terus menggunakan tangannya untuk menutup mata dan berkedip. Dia mengatakan kepada saya bahwa "Saya tidak bisa melihat". Tetapi, kembali normal setelah beberapa menit.   |  |  |  |  |
| 19. Otot-otot wajah tiba-tiba terasa lemas, terutama di satu sisi.  |  |  |  |  |
| 20. Tiba-tiba otot lengan dan wajah terasa lemah, terutama di satu sisi, dengan kesulitan bicara.   |  |  |  |  |
| 21. Kehilangan kemampuan koordinasi yang tiba-tiba.   |  |  |  |  |
| Jumlah*   |  |  |  |  |
| Skor Akhir*   |  |  |  |  |

\*diisi oleh peneliti

#### Keterangan

1. Jawaban benar akan bernilai **1**, dan jawaban salah akan bernilai **0**.
2. Skor akhir akan dihitung berdasarkan presentase jumlah jawaban benar dari skor maksimal jawaban benar yang bisa didapat responden, yaitu 21.
3. Skor akhir dinyatakan "**Tidak adekuat**" jika berada di bawah skor rata-rata, dan dinyatakan "**Adekuat**" jika berada di atas skor rata-rata.

**Terima kasih telah berpartisipasi dalam penelitian ini.**



Lampiran 10. *Form Kuesioner Stroke Recognition Questionnaire (SRQ)* sebelum Uji Validitas dan Reliabilitas

### **Kuesioner *Stroke Recognition Questionnaire (SRQ)***

Kuesioner berikut ini digunakan untuk mengukur tingkat kesadaran responden terhadap tanda peringatan gejala stroke.

Manakah dari keadaan berikut ini yang merupakan gejala stroke? Berikan tanda centang pada kolom “Ya” jika keadaan tersebut merupakan gejala stroke, berikan tanda centang pada kolom “Tidak” jika keadaan tersebut bukan merupakan gejala stroke.

| No.         | Keadaan                                     | Ya | Tidak |
|-------------|---|----|-------|
| 1           | Kelemahan pada salah satu sisi tubuh        |    |       |
| 2           | Keram kaki                                  |    |       |
| 3           | Kesulitan berbicara atau bicara tidak jelas |    |       |
| 4           | Sesak/kesulitan bernapas                    |    |       |
| 5           | Kehilangan keseimbangan saat berjalan       |    |       |
| 6           | Kelelahan berat                             |    |       |
| 7           | Kebingungan (confusion)                     |    |       |
| 8           | Demam                                       |    |       |
| 9           | Nyeri kepala berat                          |    |       |
| 10          | Nyeri dada                                  |    |       |
| 11          | Kelemahan pada salah satu sisi wajah        |    |       |
| 12          | Nyeri mendadak di salah satu lengan         |    |       |
| 13          | Gangguan penglihatan                        |    |       |
| 14          | Batuk-batuk                                 |    |       |
| Jumlah*     |   |    |       |
| Skor Akhir* |   |    |       |

\*diisi oleh peneliti

Keterangan

1. Jawaban benar akan bernilai **1**, dan jawaban salah akan bernilai **0**.
2. Skor akhir akan dihitung berdasarkan presentase jumlah jawaban benar dari skor maksimal jawaban benar yang bisa didapat responden, yaitu 14.
3. Skor akhir dinyatakan “**Kurang**” jika berada di bawah skor rata-rata, dan dinyatakan “**Baik**” jika berada di atas skor rata-rata.

## Lampiran 11. Form Angket Penelitian

**Angket Penelitian**

## Analisis Faktor Determinan yang Mempengaruhi Keterlambatan Kedatangan Pasien Stroke di Rumah Sakit

| <b>A. Identitas Responden</b> |  |
|-------------------------------|--|
| 1                             | Nama   |
| 2                             | Jenis Kelamin* Laki-Laki <input type="checkbox"/> Perempuan <input type="checkbox"/>   |
| 3                             | Alamat   |
| 4                             | Jarak Tempat Tinggal dengan rumah sakit ini*<br><5 KM <input type="checkbox"/> 6-10 KM <input type="checkbox"/> 11-15 KM <input type="checkbox"/> 16-20 KM <input type="checkbox"/> 21-25 KM <input type="checkbox"/> >25 KM <input type="checkbox"/>  |
| 5                             | Tanggal Lahir/Usia ...../.....tahun  |
| 6                             | Pekerjaan  |
| 7                             | Agama* Islam <input type="checkbox"/> Kristen <input type="checkbox"/> Katolik <input type="checkbox"/> Hindu <input type="checkbox"/> Budha <input type="checkbox"/> Lainnya <input type="checkbox"/>   |
| 8                             | Pendidikan terakhir* SD/ sederajat <input type="checkbox"/> SMP/ sederajat <input type="checkbox"/> SMA/ sederajat <input type="checkbox"/> Diploma <input type="checkbox"/> Sarjana <input type="checkbox"/> Lainnya <input type="checkbox"/>   |
| 9                             | Pendapatan keluarga tiap bulan* <Rp. 1.500.000,- <input type="checkbox"/> Rp. 1.500.000,- s.d. Rp. 2.500.000,- <input type="checkbox"/> Rp. 2.500.000,- s.d. Rp. 3.500.000,- <input type="checkbox"/> >Rp. 3.500.000,- <input type="checkbox"/>  |
| 10                            | Hubungan kekerabatan dengan pasien* Suami/Istri <input type="checkbox"/> Anak <input type="checkbox"/> Orang Tua <input type="checkbox"/> Kerabat lain <input type="checkbox"/> Teman <input type="checkbox"/> Lainnya <input type="checkbox"/>  |
| <b>B. Identitas Pasien</b>    |  |
| 1                             | Nama Pasien  |
| 2                             | Usia Pasien  |
| 3                             | Jenis Kelamin Pasien   |
| 4                             | Waktu terakhir diketahui tanpa gejala stroke Hari ..... tgl. .... Jam** .....  |
| 5                             | Waktu ditemukan dengan gejala stroke Hari ..... tgl. .... Jam** .....  |
| 6                             | Tempat ditemukan dengan gejala stroke* Di rumah <input type="checkbox"/> Di tempat kerja (kantor, kebun, ladang, dll) <input type="checkbox"/> Lainnya <input type="checkbox"/>  |
| 7                             | Orang yang pertama kali mengenali gejala stroke yang dialami pasien* Saya Sendiri <input type="checkbox"/> Suami/Istri <input type="checkbox"/> Anak (usia) .....thn <input type="checkbox"/> Orang Tua <input type="checkbox"/> Kerabat lain <input type="checkbox"/> Teman <input type="checkbox"/> Lainnya <input type="checkbox"/>   |
| 8                             | Jumlah orang dewasa (berusia >15 tahun) yang tinggal satu rumah dengan pasien* 1 orang <input type="checkbox"/> 2 orang <input type="checkbox"/> Tidak ada <input type="checkbox"/> 3 orang <input type="checkbox"/> >3 orang <input type="checkbox"/>   |
| 9                             | Fasilitas layanan kesehatan yang pertama kali digunakan setelah mengenali gejala stroke yang dialami pasien (baik menelepon, meminta datang ke rumah, ataupun datang langsung ke tempat tersebut)* IGD RS ini <input type="checkbox"/> IGD RS lain <input type="checkbox"/> tgl.....jam** ..... Klinik/Puskesmas <input type="checkbox"/> tgl.....jam** ..... Praktek Dokter/Perawat /Bidan <input type="checkbox"/> tgl.....jam** ..... Lainnya (sebutkan) ..... <input type="checkbox"/> tgl.....jam** ..... |
| 10                            | Jam kedatangan di IGD rumah sakit ini tgl.....jam** .....  |
| 11                            | Transportasi yang digunakan menuju IGD RS* Ambulans <input type="checkbox"/> Lainnya <input type="checkbox"/> sebutkan.....  |

\*berikan tanda centang pada pilihan Anda

\*\*antara 00.00-24.00

Silakan melanjutkan di lembar kedua kuesioner ini. Terima kasih.

Lampiran 12. *Form Kuesioner Stroke Recognition Questionnaire (SRQ) setelah Uji Validitas dan Reliabilitas*

### **Kuesioner *Stroke Recognition Questionnaire (SRQ)***

Kuesioner berikut ini digunakan untuk mengukur tingkat kesadaran responden terhadap tanda peringatan gejala stroke.

Manakah dari keadaan berikut ini yang merupakan gejala stroke? Berikan tanda centang pada kolom “Ya” jika keadaan tersebut merupakan gejala stroke, berikan tanda centang pada kolom “Tidak” jika keadaan tersebut bukan merupakan gejala stroke.

| No.         | Keadaan                                     | Ya | Tidak |
|-------------|---|----|-------|
| 1           | Kelemahan pada salah satu sisi tubuh        |    |       |
| 2           | Kesulitan berbicara atau bicara tidak jelas |    |       |
| 3           | Kehilangan keseimbangan saat berjalan       |    |       |
| 4           | Kebingungan (confusion)                     |    |       |
| 5           | Nyeri kepala berat                          |    |       |
| 6           | Kelemahan pada salah satu sisi wajah        |    |       |
| 7           | Gangguan penglihatan                        |    |       |
| Jumlah*     |   |    |       |
| Skor Akhir* |   |    |       |

\*diisi oleh peneliti

Keterangan

4. Jawaban benar akan bernilai **1**, dan jawaban salah akan bernilai **0**.
5. Skor akhir akan dihitung berdasarkan presentase jumlah jawaban benar dari skor maksimal jawaban benar yang bisa didapat responden, yaitu 7.
6. Skor akhir dinyatakan “**Kurang**” jika berada di bawah skor rata-rata, dan dinyatakan “**Baik**” jika berada di atas skor rata-rata.

Lampiran 13. *Form Kuesioner Stroke Action Test (STAT) setelah Uji Validitas dan Reliabilitas*

**Kuesioner Stroke Action Test (STAT)**

Kuesioner berikut ini digunakan untuk mengukur respon keluarga pada keadaan-keadaan dalam pernyataan-pernyataan di bawah ini. Pilihan respon yang disediakan adalah:

- 1 = segera menghubungi layanan ambulans darurat / menghubungi 112 / datang ke IGD rumah sakit
- 2 = segera menghubungi/mengunjungi dokter/perawat/bidan praktek
- 3 = menunggu 1 jam dan kemudian memutuskan membawa pasien ke rumah sakit/tidak
- 4 = menunggu 1 hari dan kemudian memutuskan membawa pasien ke rumah sakit/tidak

| Jika ini terjadi pada Anda atau teman/kerabat, apa yang akan Anda lakukan?   | 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|---|---|---|---|
| 1. Pandangan tiba-tiba kabur pada salah satu mata.   |   |   |   |   |
| 2. Anggota tubuh teman/kerabat saya tiba-tiba menjadi tidak terkoordinasi dengan baik, mis. tidak dapat mengambil kunci dari saku.   |   |   |   |   |
| 3. Saat kami menonton TV, teman/kerabat saya mengatakan matanya seperti melihat dua benda (pandangan dobel). Dia merasa pusing dan mual, dan tiba-tiba meraih lengan saya dengan erat. Tapi dia tidak sedang mabuk.    |   |   |   |   |
| 4. Tiba-tiba mati rasa pada satu kaki.   |   |   |   |   |
| 5. Tiba-tiba pusing.   |   |   |   |   |
| 6. Orang-orang berbicara dengan bahasa yang aneh selama beberapa menit yang saya tidak bisa mengerti, dan mereka juga tidak mengerti bahasa saya.  |   |   |   |   |
| 7. Saya menyadari bahwa suara saya seperti sedang mabuk ketika menjawab telepon. Tidak membaik setelah mencoba berbicara. Saya tidak minum alkohol sama sekali.  |   |   |   |   |
| 8. Saat duduk dan menonton TV, kaki kiri saya mulai terasa mati rasa. Sensasi pada kaki itu terasa aneh, seperti tidur nyenyak. Saya mencoba menggosok dan mengguncang kaki, tetapi tanda-tanda itu tidak bisa hilang. |   |   |   |   |
| 9. Kelemahan lengan mendadak, khususnya pada satu sisi.  |   |   |   |   |
| 10. Saya melihat teman/kerabat saya mencoba makan sendiri, tetapi makanan terus keluar dari sisi mulutnya. Dia tidak pernah mengalami kondisi ini sebelumnya.  |   |   |   |   |
| 11. Tiba-tiba mengalami penurunan kesadaran.   |   |   |   |   |

|   |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|
| 12. Tiba-tiba kesulitan memahami.   |  |  |  |  |
| 13. Tiba-tiba saya tidak dapat meraih dompet karena sulit menggerakkan lengan kanan. Sisi mulut saya mulai mengeluarkan air liur, dan saya mencoba menghubungi keluarga saya untuk meminta bantuan, tetapi saya tidak bisa mengatakan secara jelas. |  |  |  |  |
| 14. Lengan kanan saya tiba-tiba tidak bisa bergerak sama sekali.  |  |  |  |  |
| 15. Tiba-tiba sakit kepala hebat yang tidak diketahui.  |  |  |  |  |
| 16. Tiba-tiba pusing dengan penglihatan kabur.  |  |  |  |  |
| 17. Kesulitan bicara tiba-tiba  |  |  |  |  |
| 18. Saya perhatikan bahwa teman/kerabat saya terus menggunakan tangannya untuk menutup mata dan berkedip. Dia mengatakan kepada saya bahwa "Saya tidak bisa melihat". Tetapi, kembali normal setelah beberapa menit.                                |  |  |  |  |
| 19. Otot-otot wajah tiba-tiba terasa lemas, terutama di satu sisi.  |  |  |  |  |
| 20. Tiba-tiba otot lengan dan wajah terasa lemah, terutama di satu sisi, dengan kesulitan bicara.   |  |  |  |  |
| 21. Kehilangan kemampuan koordinasi yang tiba-tiba.   |  |  |  |  |
| Jumlah*   |  |  |  |  |
| Skor Akhir*   |  |  |  |  |

\*diisi oleh peneliti

#### Keterangan

- Jawaban benar akan bernilai **1**, dan jawaban salah akan bernilai **0**.
- Skor akhir akan dihitung berdasarkan presentase jumlah jawaban benar dari skor maksimal jawaban benar yang bisa didapat responden, yaitu 21.
- Skor akhir dinyatakan "**Tidak adekuat**" jika berada di bawah skor rata-rata, dan dinyatakan "**Adekuat**" jika berada di atas skor rata-rata.

**Terima kasih telah berpartisipasi dalam penelitian ini.**

Lampiran 14. Tabulasi data Penelitian

| No | Identitas Responden |               |                         |   |           |           |       |                     |                                |                                    |
|----|---------------------|---------------|-------------------------|---|-----------|-----------|-------|---------------------|--------------------------------|------------------------------------|
|    | Nama                | Jenis Kelamin | Alamat                  | Jarak Tempat Pasien Tinggal Pasien dengan rumah sakit ini | Usia Resp | Pekerjaan | Agama | Pendidikan terakhir | Pendapatan keluarga tiap bulan | Hubungan kekerabatan dengan pasien |
| 1  | Smsul A             | L             | Bangil                  | 5   | 33        | Swasta    | I     | SD                  | 1500000                        | anak                               |
| 2  | A                   | P             | Beji                    | 10  | 23        | Swasta    | I     | SD                  | 3000000                        | anak                               |
| 3  | Fitriyah            | p             | Pohjentrek              | 17  | 32        | IRT       | I     | SMA                 | 1500000                        | anak                               |
| 4  | Nur                 | P             | Purwosari               | 26  | 42        | Buruh     | I     | SMA                 | 3000000                        | Anak                               |
| 5  | M                   | L             | Puspo, Pasuruan         | 37  | 42        | Tani      | I     | SD                  | 1500000                        | Anak                               |
| 6  | Mislikah            | P             | Kalikonte, bangil       | 12  | 50        | Buruh     | I     | SD                  | 1.500.000                      | anak                               |
| 7  | Kalim               | L             | Kedungrejo              | 28  | 24        | Swasta    | I     | SMA                 | 1500000                        | Anak                               |
| 8  | K                   | P             | Kisik kalirejo pasuruan | 11  | 36        | Swasta    | I     | SD                  | 1500000                        | Anak                               |
| 9  | M                   | P             | Puspo, Pasuruan         | 37  | 38        | Tani      | I     | SD                  | 1500000                        | Anak                               |
| 10 | Ghufron             | P             | Kisik kalirejo pasuruan | 11  | 36        | Swasta    | I     | SD                  | 1500000                        | Anak                               |
| 11 | Safina              | P             | Kedungrejo              | 28  | 21        | Swasta    | I     | SMA                 | 1500000                        | Anak                               |
| 12 | Atun                | P             | rembang                 | 7   | 27        | IRT       | I     | SD                  | 3000000                        | Anak                               |
| 13 | Sri                 | P             | Kalikonte, bangil       | 12  | 58        | IRT       | I     | SD                  | 1500000                        | Anak                               |
| 14 | Ayu                 | P             | Bangil, asuruan         | 7   | 30        | IRT       | I     | SD                  | 2500000                        | Anak                               |
| 15 | Nurul               | P             | Bangil                  | 7   | 47        | Swasta    | I     | SMA                 | 3000000                        | Istri                              |
| 16 | Masrifah            | P             | Rembang                 | 7   | 40        | IRT       | I     | SD                  | 2500000                        | anak                               |
| 17 | ES                  | p             | Pohjentrek              | 18  | 27        | Swasta    | I     | SMA                 | 4000000                        | anak                               |
| 18 | Tatok               | L             | Bangil                  | 5   | 30        | Swasta    | I     | SMA                 | 2500000                        | anak                               |

|    |        |   |                   |    |    |        |   |     |         |         |
|----|--------|---|-------------------|----|----|--------|---|-----|---------|---------|
| 19 | Busyro | L | rembang           | 7  | 29 | Swasta | I | SD  | 3000000 | Anak    |
| 20 | Susis  | L | Bangil            | 6  | 37 | Swasta | I | SMA | 3500000 | Anak    |
| 21 | Samsul | L | Grati             | 30 | 38 | Swasta | I | SMA | 2500000 | anak    |
| 22 | Nur    | p | Pohjentrek        | 17 | 28 | IRT    | I | SD  | 1500000 | anak    |
| 23 | A      | L | Gondang wetan     | 20 | 35 | IRT    | I | SD  | 2000000 | anak    |
| 24 | Eva    | p | Bangil            | 6  | 43 | IRT    | I | SMA | 1500000 | Istri   |
| 25 | Birrul | L | Sidogiri pasuruan | 12 | 22 | Swasta | I | SMA | 3000000 | anak    |
| 26 | Didik  | L | lebaksari         | 17 | 22 | Swasta | I | SD  | 2000000 | anak    |
| 27 | Saidah | P | lebaksari         | 17 | 21 | IRT    | I | SD  | 2000000 | anak    |
| 28 | Wasini | P | Prigen            | 26 | 38 | IRT    | I | SD  | 1500000 | Istri   |
| 29 | Mus    | P | Bangil            | 6  | 38 | IRT    | I | SMP | 3500000 | anak    |
| 30 | Basori | L | Bangil            | 6  | 42 | Swasta | I | SMA | 3500000 | anak    |
| 31 | Sa     | P | Wonorejo          | 23 | 32 | IRT    | I | SD  | 1500000 | Kerabat |
| 32 | N      | P | Grati             | 37 | 28 | IRT    | I | SD  | 2000000 | anak    |
| 33 | D      | L | Nguling           | 30 | 22 | Swasta | I | SMP | 2600000 | anak    |
| 34 | asiyah | P | Beji              | 10 | 42 | IRT    | i | SMA | 3000000 | anak    |
| 35 | N      | P | Pandaan           | 18 | 49 | IRT    | I | SD  | 2500000 | Istri   |
| 36 | Sa     | P | Kejayan           | 25 | 28 | IRT    | I | SD  | 1500000 | anak    |

Lampiran 15. Tabulasi Data Penelitian (Lanjutan)

| Identitas Pasien |             |                      |                                       |     |                 |          |                  |  |                     |   |                                       |          |   |                     |
|------------------|-------------|----------------------|---------------------------------------|-----|-----------------|----------|------------------|--|---------------------|---|---------------------------------------|----------|---|---------------------|
| Nama Pasien      | Usia Pasien | Jenis Kelamin Pasien | Waktu terakhir diketahui tanpa gejala |     | Waktu ditemukan |          | Tempat ditemukan | Orang yang pertama kali mengenali gejala | Jumlah orang dewasa | Fasilitas layanan kesehatan yang pertama kali digunakan | Jam kedatangan di IGD rumah sakit ini |          | Transportasi yang digunakan menuju IGD RS | waktu keterlambatan |
|                  |             |                      | Tanggal                               | Jam | Tanggal         | Jam      |                  |  |                     |   | Tanggal                               | Jam      |   |                     |
| Sr               | 57          | p                    |                                       |     | 08/07/2019      | 4:00:00  | rumah            | anak                                     | 3                   | IGD RS ini  | 08/07/2019                            | 4:30:00  | Mobil Pribadi                             | 30                  |
| Abd. Ra          | 46          | L                    |                                       |     | 14/07/2019      | 15:30:00 | rumah            | ISTRI                                    | 2                   | IGD RS ini  | 14/07/2019                            | 16:30:00 | Mobil Pribadi                             | 60                  |
| Jub              | 60          | p                    |                                       |     | 20/07/2019      | 3:30:00  | rumah            | anak                                     | 3                   | IGD RS ini  | 20/07/2019                            | 5:15:00  | Mobil Pribadi                             | 105                 |
| Am               | 72          | p                    |                                       |     | 19/07/2019      | 17:30:00 | rumah            | anak                                     | 2                   | IGD RS ini  | 19/07/2019                            | 19:30:00 | Mobil Pribadi                             | 120                 |
| S                | 47          | p                    |                                       |     | 15/07/2019      | 1:00:00  | rumah            | suami                                    | 1                   | IGD RS ini  | 15/07/2019                            | 9:00:00  | Mobil Pribadi                             | 480                 |
| Patemi           | 80          | P                    |                                       |     | 16/07/2019      | 11:00:00 | rumah            | anak                                     | 3                   | IGD RS ini  | 16/07/2019                            | 11:45:00 | Mobil Pribadi                             | 45                  |
| Enis             | 40          | P                    |                                       |     | 15/07/2019      | 5:00:00  | rumah            | Lainnya                                  | 3                   | IGD RS ini  | 15/07/2019                            | 14:00:00 | Mobil Pribadi                             | 540                 |
| S                | 60          | P                    |                                       |     | 17/07/2019      | 0:00:00  | rumah            | Anak                                     | 2                   | IGD RS ini  | 17/07/2019                            | 6:30:00  | Mobil Pribadi                             | 390                 |
| S                | 47          | p                    |                                       |     | 15/07/2019      | 1:00:00  | rumah            | suami                                    | 1                   | IGD RS ini  | 15/07/2019                            | 9:00:00  | Mobil Pribadi                             | 480                 |
| S                | 60          | P                    |                                       |     | 17/07/2019      | 0:00:00  | rumah            | Anak                                     | 2                   | IGD RS ini  | 17/07/2019                            | 6:30:00  | Mobil Pribadi                             | 390                 |
| Enis             | 40          | P                    |                                       |     | 15/07/2019      | 5:00:00  | rumah            | Lainnya                                  | 3                   | IGD RS ini  | 15/07/2019                            | 14:00:00 | Mobil Pribadi                             | 540                 |



|            |    |   |  |            |          |       |              |   |            |            |          |               |      |
|------------|----|---|--|------------|----------|-------|--------------|---|------------|------------|----------|---------------|------|
| Hasan      | 65 | L |  | 21/07/2019 | 12:30:00 | rumah | suami        | 3 | Bidan      | 22/07/2019 | 19:30:00 | Mobil Pribadi | 1720 |
| Patemi     | 72 | P |  | 17/07/2019 | 8:00:00  | rumah | anak         | 2 | IGD RS ini | 17/07/2019 | 12:00:00 | Mobil Pribadi | 240  |
| Nuraini    | 57 | P |  | 22/07/2019 | 12:00:00 | rumah | anak         | 3 | IGD RS ini | 22/07/2019 | 12:45:00 | Mobil Pribadi | 45   |
| Purnomo    | 49 | L |  | 22/07/2019 | 14:30:00 | rumah | ISTRI        | 2 | IGD RS ini | 22/07/2019 | 15:30:00 | Mobil Pribadi | 60   |
| Nasuin     | 67 | L |  | 17/07/2019 | 13:00:00 | rumah | Istri        | 1 | dokter     | 22/07/2019 | 7:00:00  | Mobil Pribadi | 6840 |
| To         | 59 | P |  | 19/07/2019 | 15:30:00 | rumah | anak         | 2 | IGD RS ini | 19/07/2019 | 22:00:00 | Mobil Pribadi | 270  |
| Much       | 60 | L |  | 22/07/2019 | 2:00:00  | rumah | ps sendiri   | 3 | IGD RS ini | 22/07/2019 | 3:30:00  | Mobil Pribadi | 90   |
| Hasan      | 65 | L |  | 21/07/2019 | 12:30:00 | rumah | suami        | 3 | Bidan      | 22/07/2019 | 19:30:00 | Mobil Pribadi | 1720 |
| Wagimun    | 66 | L |  | 17/07/2019 | 10:30:00 | rumah | istri        | 2 | IGD RS ini | 17/07/2019 | 14:00:00 | Mobil Pribadi | 210  |
| Ka         | 55 | L |  | 22/07/2019 | 9:00:00  | rumah | istri        | 3 | IGD RS ini | 22/07/2019 | 12:15:00 | Mobil Pribadi | 195  |
| Jub        | 60 | p |  | 20/07/2019 | 3:30:00  | rumah | anak         | 3 | IGD RS ini | 20/07/2019 | 5:15:00  | Mobil Pribadi | 105  |
| Sarofa     | 62 | P |  | 20/07/2019 | 8:30:00  | rumah | anak         | 2 | IGD RS ini | 20/07/2019 | 9:30:00  | Mobil Pribadi | 60   |
| S          | 49 | L |  | 26/07/2019 | 10:30:00 | rumah | ISTRI        | 4 | IGD RS ini | 26/07/2019 | 11:15:00 | Mobil Pribadi | 45   |
| Sarni      | 45 | P |  | 24/07/2019 | 5:00:00  | rumah | ps sendiri   | 2 | Klinik     | 26/07/2019 | 18:00:00 | ambulans      | 3660 |
| Badriyah   | 51 | P |  | 22/07/2019 | 19:00:00 | rumah | suami        | 4 | Klinik     | 25/07/2019 | 23:00:00 | ambulans      | 4560 |
| Badriyah   | 52 | P |  | 22/07/2019 | 19:00:00 | rumah | suami        | 5 | Klinik     | 25/07/2019 | 23:00:00 | ambulans      | 4560 |
| Anas J     | 45 | L |  | 24/07/2019 | 17:00:00 | rumah | Kerabat lain | 1 | Klinik     | 26/07/2019 | 6:30:00  | ambulans      | 2250 |
| Abd. Kadir | 65 | L |  | 24/07/2019 | 5:00:00  | rumah | ISTRI        | 2 | IGD RS ini | 24/07/2019 | 17:00:00 | Mobil Pribadi | 720  |

|          |    |   |  |                |              |       |       |   |               |                |              |                  |     |
|----------|----|---|--|----------------|--------------|-------|-------|---|---------------|----------------|--------------|------------------|-----|
| Y        | 72 | L |  | 15/07/20<br>19 | 4:15:0<br>0  | rumah | ISTRI | 3 | IGD RS<br>ini | 15/07/20<br>19 | 5:00:0<br>0  | Mobil<br>Pribadi | 45  |
| Jubaidah | 37 | P |  | 18/07/20<br>19 | 9:30:0<br>0  | rumah | suami | 2 | IGD RS<br>ini | 18/07/20<br>19 | 11:30:<br>00 | Mobil<br>Pribadi | 120 |
| Mus      | 53 | P |  | 18/07/20<br>19 | 9:00:0<br>0  | rumah | anak  | 2 | IGD RS<br>ini | 18/07/20<br>19 | 14:30:<br>00 | Mobil<br>Pribadi | 330 |
| Nurk     | 46 | P |  | 21/07/20<br>19 | 10:30:<br>00 | rumah | anak  | 3 | IGD RS<br>ini | 21/07/20<br>19 | 12:30:<br>00 | Mobil<br>Pribadi | 120 |
| K        | 77 | P |  | 22/07/20<br>19 | 3:00:0<br>0  | rumah | anak  | 3 | IGD RS<br>ini | 22/07/20<br>19 | 4:00:0<br>0  | Mobil<br>Pribadi | 60  |
| Kanapi   | 56 | L |  | 26/07/20<br>19 | 18:30:<br>00 | rumah | ISTRI | 2 | IGD RS<br>ini | 26/07/20<br>19 | 19:45:<br>00 | Mobil<br>Pribadi | 75  |
| Hoti     | 58 | P |  | 27/07/20<br>19 | 3:00:0<br>0  | rumah | anak  | 2 | IGD RS<br>ini | 27/07/20<br>19 | 3:30:0<br>0  | Mobil<br>Pribadi | 90  |

Lampiran 16. Koding data penelitian

| No. Responden | Usia_Pasien | Jenis_kelamin_Pasien | Tingkat_Pendidikan | Jarak_tempat_tinggal | Jenis_transportasi | Waktu_kejadian | Tingkat_pendapatan | Status_tinggal | Respon_keluarga | Kesadaran_keluarga | Kedatangan_pasien | Kedatangan_reg |
|---------------|-------------|----------------------|--------------------|----------------------|--------------------|----------------|--------------------|----------------|-----------------|--------------------|-------------------|----------------|
| 1             | 1           | 1                    | 1                  | 2                    | 1                  | 1              | 1                  | 2              | 2               | 2                  | 2                 | 0              |
| 2             | 2           | 2                    | 1                  | 1                    | 1                  | 2              | 2                  | 2              | 2               | 2                  | 2                 | 0              |
| 3             | 1           | 1                    | 2                  | 1                    | 1                  | 1              | 1                  | 2              | 1               | 2                  | 1                 | 1              |
| 4             | 1           | 1                    | 2                  | 1                    | 1                  | 2              | 2                  | 2              | 2               | 1                  | 1                 | 1              |
| 5             | 2           | 1                    | 1                  | 1                    | 1                  | 1              | 1                  | 2              | 1               | 1                  | 1                 | 1              |
| 6             | 1           | 1                    | 1                  | 1                    | 1                  | 2              | 1                  | 2              | 1               | 2                  | 2                 | 0              |
| 7             | 2           | 1                    | 2                  | 1                    | 1                  | 1              | 1                  | 2              | 2               | 1                  | 1                 | 1              |
| 8             | 1           | 1                    | 1                  | 1                    | 1                  | 1              | 1                  | 2              | 1               | 1                  | 1                 | 1              |
| 9             | 2           | 1                    | 1                  | 1                    | 1                  | 1              | 1                  | 2              | 1               | 1                  | 1                 | 1              |
| 10            | 1           | 1                    | 1                  | 1                    | 1                  | 1              | 1                  | 2              | 2               | 1                  | 1                 | 1              |
| 11            | 2           | 1                    | 2                  | 1                    | 1                  | 1              | 1                  | 2              | 2               | 1                  | 1                 | 1              |
| 12            | 1           | 2                    | 1                  | 2                    | 1                  | 2              | 2                  | 2              | 1               | 1                  | 1                 | 1              |
| 13            | 1           | 1                    | 1                  | 1                    | 1                  | 2              | 1                  | 2              | 1               | 1                  | 1                 | 1              |
| 14            | 1           | 1                    | 1                  | 2                    | 1                  | 2              | 2                  | 2              | 2               | 1                  | 2                 | 0              |
| 15            | 2           | 2                    | 2                  | 2                    | 1                  | 2              | 2                  | 2              | 2               | 2                  | 2                 | 0              |
| 16            | 1           | 2                    | 1                  | 2                    | 1                  | 2              | 2                  | 2              | 1               | 1                  | 1                 | 1              |
| 17            | 1           | 1                    | 2                  | 1                    | 1                  | 2              | 2                  | 2              | 2               | 2                  | 1                 | 1              |
| 18            | 1           | 2                    | 2                  | 2                    | 1                  | 1              | 2                  | 2              | 1               | 1                  | 1                 | 1              |
| 19            | 1           | 2                    | 1                  | 2                    | 1                  | 2              | 2                  | 2              | 2               | 1                  | 1                 | 1              |
| 20            | 1           | 2                    | 2                  | 2                    | 1                  | 2              | 2                  | 2              | 2               | 1                  | 1                 | 1              |

|    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 21 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 22 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 |
| 23 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 0 |
| 24 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 0 |
| 25 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 26 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 |
| 27 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 |
| 28 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 |
| 29 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 |
| 30 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 0 |
| 31 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 |
| 32 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 |
| 33 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 |
| 34 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 0 |
| 35 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 |
| 36 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 |

Lampiran 17. Tabulasi data kuesioner SRQ





| Responden        | Item SRQ |   |   |   |   |   |   | Skor Total | Skor Akhir | Kategori |
|------------------|----------|---|---|---|---|---|---|------------|------------|----------|
|                  | 1        | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |            |            |          |
| 1                | 1        | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 7          | 100%       | Baik     |
| 2                | 1        | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 5          | 71%        | Baik     |
| 3                | 1        | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 5          | 71%        | Baik     |
| 4                | 1        | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 4          | 57%        | Kurang   |
| 5                | 1        | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 4          | 57%        | Kurang   |
| 6                | 1        | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 7          | 100%       | Baik     |
| 7                | 1        | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3          | 43%        | Kurang   |
| 8                | 1        | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 4          | 57%        | Kurang   |
| 9                | 1        | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 4          | 57%        | Kurang   |
| 10               | 1        | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 3          | 43%        | Kurang   |
| 11               | 1        | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2          | 29%        | Kurang   |
| 12               | 1        | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 3          | 43%        | Kurang   |
| 13               | 1        | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 4          | 57%        | Kurang   |
| 14               | 0        | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1          | 14%        | Kurang   |
| 15               | 1        | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 7          | 100%       | Baik     |
| 16               | 1        | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 2          | 29%        | Kurang   |
| 17               | 1        | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 6          | 86%        | Baik     |
| 18               | 1        | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 4          | 57%        | Kurang   |
| 19               | 1        | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 3          | 43%        | Kurang   |
| 20               | 1        | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 2          | 29%        | Kurang   |
| 21               | 1        | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 4          | 57%        | Kurang   |
| 22               | 1        | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 5          | 71%        | Baik     |
| 23               | 1        | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 3          | 43%        | Kurang   |
| 24               | 1        | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 6          | 86%        | Baik     |
| 25               | 1        | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 3          | 43%        | Kurang   |
| 26               | 0        | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 3          | 43%        | Kurang   |
| 27               | 1        | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 5          | 71%        | Baik     |
| 28               | 1        | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 4          | 57%        | Kurang   |
| 29               | 1        | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 5          | 71%        | Baik     |
| 30               | 1        | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 4          | 57%        | Kurang   |
| 31               | 1        | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 6          | 86%        | Baik     |
| 32               | 1        | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 6          | 86%        | Baik     |
| 33               | 1        | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 5          | 71%        | Baik     |
| 34               | 1        | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 5          | 71%        | Baik     |
| 35               | 1        | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 4          | 57%        | Kurang   |
| 36               | 1        | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 4          | 57%        | Kurang   |
| <b>Rata-rata</b> |          |   |   |   |   |   |   | 4,22       | 60%        |          |

Lampiran 18. Tabulasi data kuesioner STAT





| Responden | Item Stroke Action Test |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    | Skor Total | Skor Akhir | Kategori      |
|-----------|-------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|------------|------------|---------------|
|           | 1                       | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 |            |            |               |
| 1         | 0                       | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 20         | 95%        | Adekuat       |
| 2         | 1                       | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1  | 1  | 0  | 1  | 0  | 1  | 1  | 1  | 0  | 1  | 1  | 1  | 15         | 71%        | Tidak Adekuat |
| 3         | 1                       | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0  | 0  | 0  | 0  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 0  | 0  | 14         | 67%        | Tidak Adekuat |
| 4         | 1                       | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 20         | 95%        | Adekuat       |
| 5         | 0                       | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1  | 1  | 0  | 1  | 0  | 1  | 0  | 1  | 0  | 1  | 1  | 0  | 12         | 57%        | Tidak Adekuat |
| 6         | 1                       | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 0  | 0  | 1  | 0  | 16         | 76%        | Tidak Adekuat |
| 7         | 1                       | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 21         | 100%       | Adekuat       |
| 8         | 1                       | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0  | 1  | 0  | 1  | 1  | 1  | 1  | 0  | 1  | 0  | 0  | 0  | 14         | 67%        | Tidak Adekuat |
| 9         | 0                       | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1  | 1  | 0  | 1  | 0  | 1  | 0  | 1  | 0  | 1  | 1  | 0  | 12         | 57%        | Tidak Adekuat |
| 10        | 1                       | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 0  | 1  | 1  | 1  | 1  | 0  | 1  | 19         | 90%        | Adekuat       |
| 11        | 1                       | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 21         | 100%       | Adekuat       |
| 12        | 1                       | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0  | 1  | 0  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 0  | 1  | 1  | 16         | 76%        | Tidak Adekuat |
| 13        | 0                       | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0  | 1  | 0  | 0  | 0  | 1  | 0  | 0  | 0  | 1  | 1  | 0  | 5          | 24%        | Tidak Adekuat |
| 14        | 1                       | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 0  | 1  | 1  | 1  | 20         | 95%        | Adekuat       |
| 15        | 0                       | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 20         | 95%        | Adekuat       |
| 16        | 0                       | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0  | 1  | 0  | 1  | 0  | 1  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 1  | 4          | 19%        | Tidak Adekuat |
| 17        | 1                       | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 20         | 95%        | Adekuat       |
| 18        | 0                       | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1  | 1  | 0  | 1  | 0  | 1  | 0  | 1  | 0  | 1  | 1  | 0  | 12         | 57%        | Tidak Adekuat |
| 19        | 1                       | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 21         | 100%       | Adekuat       |
| 20        | 1                       | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 21         | 100%       | Adekuat       |
| 21        | 1                       | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 0  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 14         | 67%        | Tidak Adekuat |






|                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |       |      |               |               |
|------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-------|------|---------------|---------------|
| 22               | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 14    | 67%  | Tidak Adekuat |               |
| 23               | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 21    | 100% | Adekuat       |               |
| 24               | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 18    | 86%  | Adekuat       |               |
| 25               | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 12    | 57%  | Tidak Adekuat |               |
| 26               | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 19    | 90%  | Adekuat       |               |
| 27               | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 16    | 76%  | Tidak Adekuat |               |
| 28               | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 17    | 81%  | Adekuat       |               |
| 29               | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0     | 16   | 76%           | Tidak Adekuat |
| 30               | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 16    | 76%  | Tidak Adekuat |               |
| 31               | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0     | 12   | 57%           | Tidak Adekuat |
| 32               | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0     | 16   | 76%           | Tidak Adekuat |
| 33               | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1     | 21   | 100%          | Adekuat       |
| 34               | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0     | 14   | 67%           | Tidak Adekuat |
| 35               | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1     | 21   | 100%          | Adekuat       |
| 36               | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0     | 14   | 67%           | Tidak Adekuat |
| <b>Rata-rata</b> |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 16,22 | 77%  |               |               |





Lampiran 19. Hasil konfirmasi *Google Map* terkait variabel jarak tempat tinggal pasien






| Nomor Responden | Alamat Pasien | Jarak Tempat Tinggal (km) | Screenshot Google Map (alamat pasien ke RSUD Bangil)                                 |
|-----------------|---------------|---------------------------|--|
| 1               | Bangil        | 7                         |    |
| 2               | Beji          | 10                        |   |
| 3               | Pohjentrek    | 17                        |  |
| 4               | Purwosari     | 26                        |  |


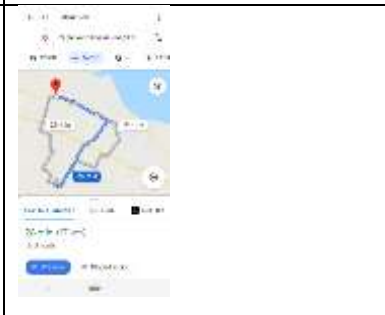
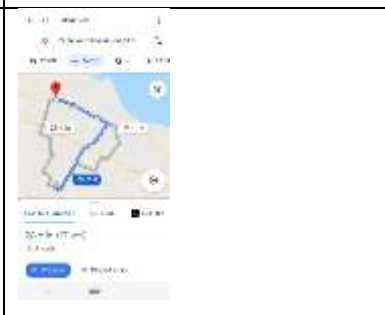
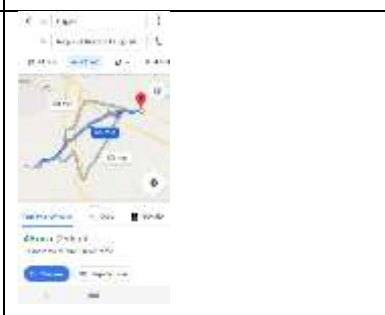
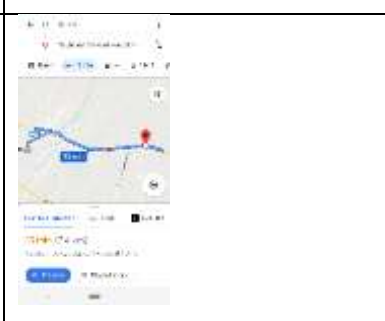







|   |                         |    |  |
|---|-------------------------|----|--|
| 5 | Puspo, Pasuruan         | 36 |    |
| 6 | Bangil (Kalikonthe)     | 12 |    |
| 7 | Kedungrejo              | 28 |   |
| 8 | Kisik Kalirejo Pasuruan | 11 |  |
| 9 | Puspo, Pasuruan         | 36 |  |



|    |                         |    |  |
|----|-------------------------|----|--|
| 10 | Kisik Kalirejo Pasuruan | 11 |    |
| 11 | Kedungrejo              | 28 |    |
| 12 | Rembang                 | 7  |   |
| 13 | Kalikonte, Bangil       | 12 |  |
| 14 | Pasuruan                | 7  |  |

|    |            |    |  |
|----|------------|----|--|
| 15 | Bangil     | 7  |    |
| 16 | Rembang    | 7  |    |
| 17 | Pohjentrek | 18 |   |
| 18 | Bangil     | 5  |  |
| 19 | Rembang    | 7  |  |

|    |               |    |  |
|----|---------------|----|--|
| 20 | Bangil        | 6  |    |
| 21 | Grati         | 30 |    |
| 22 | Pohjentrek    | 17 |   |
| 23 | Gondang Wetan | 20 |  |
| 24 | Bangil        | 6  |  |

|    |                   |    |  |
|----|-------------------|----|--|
| 25 | Sidogiri Pasuruan | 12 |    |
| 26 | Lebaksari         | 17 |    |
| 27 | Lebaksari         | 17 |   |
| 28 | Prigen            | 26 |  |
| 29 | Bangil            | 6  |  |

|    |          |    |  |
|----|----------|----|--|
| 30 | Bangil   | 6  |    |
| 31 | Wonorejo | 23 |    |
| 32 | Grati    | 30 |   |
| 33 | Nguling  | 30 |  |
| 34 | Beji     | 10 |  |

|    |         |    |  |
|----|---------|----|--|
| 35 | Pandaan | 18 |  |
| 36 | Kejayan | 25 |  |

## Lampiran 20. Output Analisis Univariat Data Penelitian

**Frequency Table****Kedatangan\_pasien**

|       |                 | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-----------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | Terlambat       | 27        | 75,0    | 75,0          | 75,0               |
|       | Tidak Terlambat | 9         | 25,0    | 25,0          | 100,0              |
|       | Total           | 36        | 100,0   | 100,0         |                    |

**Usia\_Pasien**

|       |           | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-----------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | ≥55 tahun | 22        | 61,1    | 61,1          | 61,1               |
|       | <55 tahun | 14        | 38,9    | 38,9          | 100,0              |
|       | Total     | 36        | 100,0   | 100,0         |                    |

**Jenis\_kelamin\_Pasien**

|       |           | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-----------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | Perempuan | 23        | 63,9    | 63,9          | 63,9               |
|       | Laki-laki | 13        | 36,1    | 36,1          | 100,0              |
|       | Total     | 36        | 100,0   | 100,0         |                    |

**Tingkat\_Pendidikan**

|  |  | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|--|--|-----------|---------|---------------|--------------------|
|--|--|-----------|---------|---------------|--------------------|



|       |        |    |       |       |       |
|-------|--------|----|-------|-------|-------|
| Valid | Rendah | 23 | 63,9  | 63,9  | 63,9  |
|       | Tinggi | 13 | 36,1  | 36,1  | 100,0 |
|       | Total  | 36 | 100,0 | 100,0 |       |

### Jarak\_tempat\_tinggal

|       |        | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|--------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | >10 km | 25        | 69,4    | 69,4          | 69,4               |
|       | <10 km | 11        | 30,6    | 30,6          | 100,0              |
|       | Total  | 36        | 100,0   | 100,0         |                    |

### Jenis\_transportasi

|       |                 | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-----------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | Bukan Ambulance | 32        | 88,9    | 88,9          | 88,9               |
|       | Ambulance       | 4         | 11,1    | 11,1          | 100,0              |
|       | Total           | 36        | 100,0   | 100,0         |                    |

### Waktu\_kejadian

|       |            | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | Malam hari | 18        | 50,0    | 50,0          | 50,0               |
|       | Siang hari | 18        | 50,0    | 50,0          | 100,0              |
|       | Total      | 36        | 100,0   | 100,0         |                    |

**Tingkat\_pendapatan**

|       |        | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|--------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | Rendah | 19        | 52,8    | 52,8          | 52,8               |
|       | Tinggi | 17        | 47,2    | 47,2          | 100,0              |
|       | Total  | 36        | 100,0   | 100,0         |                    |

**Status\_tinggal**

|       |     | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-----|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | Ada | 36        | 100,0   | 100,0         | 100,0              |

**Respon\_keluarga**

|       |               | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|---------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | Tidak Adekuat | 19        | 52,8    | 52,8          | 52,8               |
|       | Adekuat       | 17        | 47,2    | 47,2          | 100,0              |
|       | Total         | 36        | 100,0   | 100,0         |                    |

**Kesadaran\_keluarga**

|       |        | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|--------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | Kurang | 22        | 61,1    | 61,1          | 61,1               |
|       | Baik   | 14        | 38,9    | 38,9          | 100,0              |
|       | Total  | 36        | 100,0   | 100,0         |                    |

## Lampiran 21. Output Analisis Bivariat Data Penelitian

**Case Processing Summary**

|  | Cases |         |         |         |       |         |
|--|-------|---------|---------|---------|-------|---------|
|  | Valid |         | Missing |         | Total |         |
|  | N     | Percent | N       | Percent | N     | Percent |
| Usia_Pasien * Kedatangan_pasien          | 36    | 100,0%  | 0       | 0,0%    | 36    | 100,0%  |
| Jenis_kelamin_Pasien * Kedatangan_pasien | 36    | 100,0%  | 0       | 0,0%    | 36    | 100,0%  |
| Tingkat_Pendidikan * Kedatangan_pasien   | 36    | 100,0%  | 0       | 0,0%    | 36    | 100,0%  |
| Jarak_tempat_tinggal * Kedatangan_pasien | 36    | 100,0%  | 0       | 0,0%    | 36    | 100,0%  |
| Jenis_transportasi * Kedatangan_pasien   | 36    | 100,0%  | 0       | 0,0%    | 36    | 100,0%  |
| Waktu_kejadian * Kedatangan_pasien       | 36    | 100,0%  | 0       | 0,0%    | 36    | 100,0%  |
| Tingkat_pendapatan * Kedatangan_pasien   | 36    | 100,0%  | 0       | 0,0%    | 36    | 100,0%  |
| Status_tinggal * Kedatangan_pasien       | 36    | 100,0%  | 0       | 0,0%    | 36    | 100,0%  |
| Respon_keluarga * Kedatangan_pasien      | 36    | 100,0%  | 0       | 0,0%    | 36    | 100,0%  |
| Kesadaran_keluarga * Kedatangan_pasien   | 36    | 100,0%  | 0       | 0,0%    | 36    | 100,0%  |

**Usia\_Pasien \* Kedatangan\_pasien****Crosstab**

|                       |                      | Kedatangan_pasien |                 | Total  |
|-----------------------|----------------------|-------------------|-----------------|--------|
|                       |                      | Terlambat         | Tidak Terlambat |        |
| Usia_Pasien ≥55 tahun | Count                | 16                | 6               | 22     |
|                       | % within Usia_Pasien | 72,7%             | 27,3%           | 100,0% |
| <55 tahun             | Count                | 11                | 3               | 14     |
|                       | % within Usia_Pasien | 78,6%             | 21,4%           | 100,0% |
| Total                 | Count                | 27                | 9               | 36     |
|                       | % within Usia_Pasien | 75,0%             | 25,0%           | 100,0% |

### Chi-Square Tests

|                                    | Value             | df | Asymptotic Significance<br>(2-sided) | Exact Sig. (2-<br>sided) | Exact Sig. (1-<br>sided) |
|------------------------------------|-------------------|----|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Pearson Chi-Square                 | ,156 <sup>a</sup> | 1  | ,693                                 |                          |                          |
| Continuity Correction <sup>b</sup> | ,000              | 1  | 1,000                                |                          |                          |
| Likelihood Ratio                   | ,158              | 1  | ,691                                 |                          |                          |
| Fisher's Exact Test                |                   |    |                                      | 1,000                    | ,506                     |
| Linear-by-Linear<br>Association    | ,152              | 1  | ,697                                 |                          |                          |
| N of Valid Cases                   | 36                |    |                                      |                          |                          |

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,50.

b. Computed only for a 2x2 table

### Risk Estimate

|  | Value | 95% Confidence Interval |       |
|--|-------|-------------------------|-------|
|  |       | Lower                   | Upper |
| Odds Ratio for Usia_Pasien (≥55 tahun / <55 tahun) | ,727  | ,149                    | 3,546 |
| For cohort Kedatangan_pasien = Terlambat           | ,926  | ,636                    | 1,346 |
| For cohort Kedatangan_pasien = Tidak Terlambat     | 1,273 | ,378                    | 4,282 |
| N of Valid Cases                                   | 36    |                         |       |

### Jenis\_kelamin\_Pasien \* Kedatangan\_pasien

#### Crosstab

|                      |           | Kedatangan_pasien |                    |
|----------------------|-----------|-------------------|--------------------|
|                      |           | Terlambat         | Tidak<br>Terlambat |
| Jenis_kelamin_Pasien | Perempuan | Count             |                    |
|                      |           | 18                | 5                  |

|           |                                  |       |       |
|-----------|----------------------------------|-------|-------|
|           | % within<br>Jenis_kelamin_Pasien | 78,3% | 21,7% |
| Laki-laki | Count                            | 9     | 4     |
|           | % within<br>Jenis_kelamin_Pasien | 69,2% | 30,8% |
| Total     | Count                            | 27    | 9     |
|           | % within<br>Jenis_kelamin_Pasien | 75,0% | 25,0% |

### Crosstab

|                      |           | Total                                   |
|----------------------|-----------|---|
| Jenis_kelamin_Pasien | Perempuan | Count<br>23                             |
|                      |           | % within Jenis_kelamin_Pasien<br>100,0% |
| Laki-laki            |           | Count<br>13                             |
|                      |           | % within Jenis_kelamin_Pasien<br>100,0% |
| Total                |           | Count<br>36                             |
|                      |           | % within Jenis_kelamin_Pasien<br>100,0% |

### Chi-Square Tests

|                                    | Value             | df | Asymptotic Significance<br>(2-sided) | Exact Sig. (2-<br>sided) | Exact Sig. (1-<br>sided) |
|------------------------------------|-------------------|----|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Pearson Chi-Square                 | ,361 <sup>a</sup> | 1  | ,548                                 |                          |                          |
| Continuity Correction <sup>b</sup> | ,040              | 1  | ,841                                 |                          |                          |
| Likelihood Ratio                   | ,355              | 1  | ,551                                 |                          |                          |
| Fisher's Exact Test                |                   |    |                                      | ,693                     | ,414                     |
| Linear-by-Linear<br>Association    | ,351              | 1  | ,553                                 |                          |                          |
| N of Valid Cases                   | 36                |    |                                      |                          |                          |

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,25.

b. Computed only for a 2x2 table

### Risk Estimate

|   | Value | 95% Confidence Interval |       |
|---|-------|-------------------------|-------|
|   |       | Lower                   | Upper |
| Odds Ratio for Jenis_kelamin_Pasien (Perempuan / Laki-laki) | 1,600 | ,343                    | 7,457 |
| For cohort Kedatangan_pasien = Terlambat                    | 1,130 | ,742                    | 1,723 |
| For cohort Kedatangan_pasien = Tidak Terlambat              | ,707  | ,229                    | 2,177 |
| N of Valid Cases  | 36    |                         |       |

### Tingkat\_Pendidikan \* Kedatangan\_pasien

#### Crosstab

|                           |                             | Kedatangan_pasien |                 | Total  |
|---------------------------|-----------------------------|-------------------|-----------------|--------|
|                           |                             | Terlambat         | Tidak Terlambat |        |
| Tingkat_Pendidikan Rendah | Count                       | 18                | 5               | 23     |
|                           | % within Tingkat_Pendidikan | 78,3%             | 21,7%           | 100,0% |
| Tingkat_Pendidikan Tinggi | Count                       | 9                 | 4               | 13     |
|                           | % within Tingkat_Pendidikan | 69,2%             | 30,8%           | 100,0% |
| Total                     | Count                       | 27                | 9               | 36     |
|                           | % within Tingkat_Pendidikan | 75,0%             | 25,0%           | 100,0% |

### Chi-Square Tests

|                                    | Value             | df | Asymptotic Significance<br>(2-sided) | Exact Sig. (2-<br>sided) | Exact Sig. (1-<br>sided) |
|------------------------------------|-------------------|----|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Pearson Chi-Square                 | ,361 <sup>a</sup> | 1  | ,548                                 |                          |                          |
| Continuity Correction <sup>b</sup> | ,040              | 1  | ,841                                 |                          |                          |
| Likelihood Ratio                   | ,355              | 1  | ,551                                 |                          |                          |
| Fisher's Exact Test                |                   |    |                                      | ,693                     | ,414                     |
| Linear-by-Linear<br>Association    | ,351              | 1  | ,553                                 |                          |                          |
| N of Valid Cases                   | 36                |    |                                      |                          |                          |

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,25.

b. Computed only for a 2x2 table

### Risk Estimate

|   | Value | 95% Confidence Interval |       |
|---|-------|-------------------------|-------|
|   |       | Lower                   | Upper |
| Odds Ratio for Tingkat_Pendidikan (Rendah / Tinggi) | 1,600 | ,343                    | 7,457 |
| For cohort Kedatangan_pasien = Terlambat            | 1,130 | ,742                    | 1,723 |
| For cohort Kedatangan_pasien = Tidak Terlambat      | ,707  | ,229                    | 2,177 |
| N of Valid Cases                                    | 36    |                         |       |

### Jarak\_tempat\_tinggal \* Kedatangan\_pasien

#### Crosstab

|                                |                                  | Kedatangan_pasien |                    |        |
|--------------------------------|----------------------------------|-------------------|--------------------|--------|
|                                |                                  | Terlambat         | Tidak<br>Terlambat | Total  |
| Jarak_tempat_tinggal >10<br>km | Count                            | 21                | 4                  | 25     |
|                                | % within<br>Jarak_tempat_tinggal | 84,0%             | 16,0%              | 100,0% |

|           |                                  |       |       |        |
|-----------|----------------------------------|-------|-------|--------|
| <10<br>km | Count                            | 6     | 5     | 11     |
|           | % within<br>Jarak_tempat_tinggal | 54,5% | 45,5% | 100,0% |
| Total     | Count                            | 27    | 9     | 36     |
|           | % within<br>Jarak_tempat_tinggal | 75,0% | 25,0% | 100,0% |

### Chi-Square Tests

|                                    | Value              | Df | Asymptotic Significance<br>(2-sided) | Exact Sig. (2-<br>sided) | Exact Sig. (1-<br>sided) |
|------------------------------------|--------------------|----|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Pearson Chi-Square                 | 3,535 <sup>a</sup> | 1  | ,060                                 |                          |                          |
| Continuity Correction <sup>b</sup> | 2,138              | 1  | ,144                                 |                          |                          |
| Likelihood Ratio                   | 3,346              | 1  | ,067                                 |                          |                          |
| Fisher's Exact Test                |                    |    |                                      | ,096                     | ,074                     |
| Linear-by-Linear<br>Association    | 3,436              | 1  | ,064                                 |                          |                          |
| N of Valid Cases                   | 36                 |    |                                      |                          |                          |

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,75.

b. Computed only for a 2x2 table

### Risk Estimate

|   | Value | 95% Confidence Interval |        |
|---|-------|-------------------------|--------|
|   |       | Lower                   | Upper  |
| Odds Ratio for Jarak_tempat_tinggal (>10 km / <10 km) | 4,375 | ,886                    | 21,614 |
| For cohort Kedatangan_pasien = Terlambat              | 1,540 | ,874                    | 2,712  |
| For cohort Kedatangan_pasien = Tidak Terlambat        | ,352  | ,116                    | 1,065  |
| N of Valid Cases                                      | 36    |                         |        |



## Jenis\_transportasi \* Kedatangan\_pasien

### Crosstab

|                    |                             | Kedatangan_pasien           |                 |       |
|--------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------|-------|
|                    |                             | Terlambat                   | Tidak Terlambat |       |
| Jenis_transportasi | Bukan Ambulance             | Count                       | 23              | 9     |
|                    |                             | % within Jenis_transportasi | 71,9%           | 28,1% |
|                    | Ambulance                   | Count                       | 4               | 0     |
|                    |                             | % within Jenis_transportasi | 100,0%          | 0,0%  |
| Total              | Count                       | 27                          | 9               |       |
|                    | % within Jenis_transportasi | 75,0%                       | 25,0%           |       |

### Crosstab

|                    |                             | Total                       |        |
|--------------------|-----------------------------|-----------------------------|--------|
| Jenis_transportasi | Bukan Ambulance             | Count                       | 32     |
|                    |                             | % within Jenis_transportasi | 100,0% |
|                    | Ambulance                   | Count                       | 4      |
|                    |                             | % within Jenis_transportasi | 100,0% |
| Total              | Count                       | 36                          |        |
|                    | % within Jenis_transportasi | 100,0%                      |        |

### Chi-Square Tests

|                                    | Value              | df | Asymptotic Significance<br>(2-sided) | Exact Sig. (2-<br>sided) | Exact Sig. (1-<br>sided) |
|------------------------------------|--------------------|----|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Pearson Chi-Square                 | 1,500 <sup>a</sup> | 1  | ,221                                 |                          |                          |
| Continuity Correction <sup>b</sup> | ,375               | 1  | ,540                                 |                          |                          |
| Likelihood Ratio                   | 2,464              | 1  | ,116                                 |                          |                          |

|                              |       |   |  |      |      |
|------------------------------|-------|---|--|------|------|
| Fisher's Exact Test          |       |   |  | ,553 | ,298 |
| Linear-by-Linear Association | 1,458 | 1 |  | ,227 |      |
| N of Valid Cases             | 36    |   |  |      |      |

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,00.

b. Computed only for a 2x2 table

### Risk Estimate

|  | Value | 95% Confidence Interval |       |
|--|-------|-------------------------|-------|
|  |       | Lower                   | Upper |
| For cohort Kedatangan_pasien = Terlambat | ,719  | ,579                    | ,893  |
| N of Valid Cases                         | 36    |                         |       |

### Waktu\_kejadian \* Kedatangan\_pasien

#### Crosstab

|                           |                         |       | Kedatangan_pasien |                 | Total |
|---------------------------|-------------------------|-------|-------------------|-----------------|-------|
|                           |                         |       | Terlambat         | Tidak Terlambat |       |
| Waktu_kejadian Malam hari | Count                   | 15    | 3                 | 18              |       |
|                           | % within Waktu_kejadian | 83,3% | 16,7%             | 100,0%          |       |
| Siang hari                | Count                   | 12    | 6                 | 18              |       |
|                           | % within Waktu_kejadian | 66,7% | 33,3%             | 100,0%          |       |
| Total                     | Count                   | 27    | 9                 | 36              |       |
|                           | % within Waktu_kejadian | 75,0% | 25,0%             | 100,0%          |       |

### Chi-Square Tests

| Value | df | Asymptotic Significance<br>(2-sided) | Exact Sig. (2-<br>sided) | Exact Sig. (1-<br>sided) |
|-------|----|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
|       |    |                                      |                          |                          |

|                                    |                    |   |      |      |      |
|------------------------------------|--------------------|---|------|------|------|
| Pearson Chi-Square                 | 1,333 <sup>a</sup> | 1 | ,248 |      |      |
| Continuity Correction <sup>b</sup> | ,593               | 1 | ,441 |      |      |
| Likelihood Ratio                   | 1,353              | 1 | ,245 |      |      |
| Fisher's Exact Test                |                    |   |      | ,443 | ,222 |
| Linear-by-Linear Association       | 1,296              | 1 | ,255 |      |      |
| N of Valid Cases                   | 36                 |   |      |      |      |

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,50.

b. Computed only for a 2x2 table

### Risk Estimate

|   | Value | 95% Confidence Interval |        |
|---|-------|-------------------------|--------|
|   |       | Lower                   | Upper  |
| Odds Ratio for Waktu_kejadian (Malam hari / Siang hari) | 2,500 | ,515                    | 12,139 |
| For cohort Kedatangan_pasien = Terlambat                | 1,250 | ,849                    | 1,840  |
| For cohort Kedatangan_pasien = Tidak Terlambat          | ,500  | ,147                    | 1,697  |
| N of Valid Cases  | 36    |                         |        |

### Tingkat\_pendapatan \* Kedatangan\_pasien

#### Crosstab

|                           |                             | Kedatangan_pasien |                 |        |
|---------------------------|-----------------------------|-------------------|-----------------|--------|
|                           |                             | Terlambat         | Tidak Terlambat | Total  |
| Tingkat_pendapatan Rendah | Count                       | 15                | 4               | 19     |
|                           | % within Tingkat_pendapatan | 78,9%             | 21,1%           | 100,0% |
| Tinggi                    | Count                       | 12                | 5               | 17     |

|       |                                |       |       |        |
|-------|--------------------------------|-------|-------|--------|
|       | % within<br>Tingkat_pendapatan | 70,6% | 29,4% | 100,0% |
| Total | Count                          | 27    | 9     | 36     |
|       | % within<br>Tingkat_pendapatan | 75,0% | 25,0% | 100,0% |

### Chi-Square Tests

|                                    | Value             | df | Asymptotic Significance<br>(2-sided) | Exact Sig. (2-<br>sided) | Exact Sig. (1-<br>sided) |
|------------------------------------|-------------------|----|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Pearson Chi-Square                 | ,334 <sup>a</sup> | 1  | ,563                                 |                          |                          |
| Continuity Correction <sup>b</sup> | ,037              | 1  | ,847                                 |                          |                          |
| Likelihood Ratio                   | ,334              | 1  | ,563                                 |                          |                          |
| Fisher's Exact Test                |                   |    |                                      | ,706                     | ,423                     |
| Linear-by-Linear<br>Association    | ,325              | 1  | ,569                                 |                          |                          |
| N of Valid Cases                   | 36                |    |                                      |                          |                          |

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,25.

b. Computed only for a 2x2 table

### Risk Estimate

|   | Value | 95% Confidence Interval |       |
|---|-------|-------------------------|-------|
|   |       | Lower                   | Upper |
| Odds Ratio for Tingkat_pendapatan (Rendah / Tinggi) | 1,563 | ,342                    | 7,131 |
| For cohort Kedatangan_pasien = Terlambat            | 1,118 | ,761                    | 1,643 |
| For cohort Kedatangan_pasien = Tidak Terlambat      | ,716  | ,229                    | 2,239 |
| N of Valid Cases                                    | 36    |                         |       |

## Status\_tinggal \* Kedatangan\_pasien

### Crosstab

|                    |                         | Kedatangan_pasien |                 | Total  |
|--------------------|-------------------------|-------------------|-----------------|--------|
|                    |                         | Terlambat         | Tidak Terlambat |        |
| Status_tinggal Ada | Count                   | 27                | 9               | 36     |
|                    | % within Status_tinggal | 75,0%             | 25,0%           | 100,0% |
| Total              | Count                   | 27                | 9               | 36     |
|                    | % within Status_tinggal | 75,0%             | 25,0%           | 100,0% |

### Chi-Square Tests

|                    | Value          |
|--------------------|----------------|
| Pearson Chi-Square | . <sup>a</sup> |
| N of Valid Cases   | 36             |

a. No statistics are computed because Status\_tinggal is a constant.

### Risk Estimate

|   | Value          |
|---|----------------|
| Odds Ratio for Status_tinggal (Ada / .) | . <sup>a</sup> |

a. No statistics are computed because Status\_tinggal is a constant.

## Respon\_keluarga \* Kedatangan\_pasien

### Crosstab

|                               |                          | Kedatangan_pasien |                 |
|-------------------------------|--------------------------|-------------------|-----------------|
|                               |                          | Terlambat         | Tidak Terlambat |
| Respon_keluarga Tidak Adekuat | Count                    | 16                | 3               |
|                               | % within Respon_keluarga | 84,2%             | 15,8%           |

|       |         |                          |       |       |
|-------|---------|--------------------------|-------|-------|
|       | Adekuat | Count                    | 11    | 6     |
|       |         | % within Respon_keluarga | 64,7% | 35,3% |
| Total |         | Count                    | 27    | 9     |
|       |         | % within Respon_keluarga | 75,0% | 25,0% |

### Crosstab

|                 |               | Total                    |        |
|-----------------|---------------|--------------------------|--------|
| Respon_keluarga | Tidak Adekuat | Count                    | 19     |
|                 |               | % within Respon_keluarga | 100,0% |
|                 | Adekuat       | Count                    | 17     |
|                 |               | % within Respon_keluarga | 100,0% |
| Total           |               | Count                    | 36     |
|                 |               | % within Respon_keluarga | 100,0% |

### Chi-Square Tests

|                                    | Value              | df | Asymptotic Significance<br>(2-sided) | Exact Sig. (2-<br>sided) | Exact Sig. (1-<br>sided) |
|------------------------------------|--------------------|----|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Pearson Chi-Square                 | 1,820 <sup>a</sup> | 1  | ,177                                 |                          |                          |
| Continuity Correction <sup>b</sup> | ,929               | 1  | ,335                                 |                          |                          |
| Likelihood Ratio                   | 1,840              | 1  | ,175                                 |                          |                          |
| Fisher's Exact Test                |                    |    |                                      | ,255                     | ,168                     |
| Linear-by-Linear<br>Association    | 1,770              | 1  | ,183                                 |                          |                          |
| N of Valid Cases                   | 36                 |    |                                      |                          |                          |

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,25.

b. Computed only for a 2x2 table

### Risk Estimate

|  | Value | 95% Confidence Interval |        |
|--|-------|-------------------------|--------|
|  |       | Lower                   | Upper  |
| Odds Ratio for Respon_keluarga (Tidak Adekuat / Adekuat) | 2,909 | ,597                    | 14,185 |
| For cohort Kedatangan_pasien = Terlambat                 | 1,301 | ,871                    | 1,944  |
| For cohort Kedatangan_pasien = Tidak Terlambat           | ,447  | ,132                    | 1,518  |
| N of Valid Cases   | 36    |                         |        |

### Kesadaran\_keluarga \* Kedatangan\_pasien

#### Crosstab

|                    |                             |                             | Kedatangan_pasien |                 | Total  |
|--------------------|-----------------------------|-----------------------------|-------------------|-----------------|--------|
|                    |                             |                             | Terlambat         | Tidak Terlambat |        |
| Kesadaran_keluarga | Kurang                      | Count                       | 19                | 3               | 22     |
|                    |                             | % within Kesadaran_keluarga | 86,4%             | 13,6%           | 100,0% |
|                    | Baik                        | Count                       | 8                 | 6               | 14     |
|                    |                             | % within Kesadaran_keluarga | 57,1%             | 42,9%           | 100,0% |
| Total              | Count                       | 27                          | 9                 | 36              |        |
|                    | % within Kesadaran_keluarga | 75,0%                       | 25,0%             | 100,0%          |        |

#### Chi-Square Tests

|                                    | Value              | df | Asymptotic Significance (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------------|--------------------|----|-----------------------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chi-Square                 | 3,896 <sup>a</sup> | 1  | ,048                              |                      |                      |
| Continuity Correction <sup>b</sup> | 2,494              | 1  | ,114                              |                      |                      |

|                              |       |   |      |      |
|------------------------------|-------|---|------|------|
| Likelihood Ratio             | 3,841 | 1 | ,050 |      |
| Fisher's Exact Test          |       |   |      | ,111 |
| Linear-by-Linear Association | 3,788 | 1 | ,052 |      |
| N of Valid Cases             | 36    |   |      |      |

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,50.

b. Computed only for a 2x2 table

### Risk Estimate

|   | Value | 95% Confidence Interval |        |
|---|-------|-------------------------|--------|
|   |       | Lower                   | Upper  |
| Odds Ratio for Kesadaran_keluarga (Kurang / Baik) | 4,750 | ,946                    | 23,845 |
| For cohort Kedatangan_pasien = Terlambat          | 1,511 | ,932                    | 2,450  |
| For cohort Kedatangan_pasien = Tidak Terlambat    | ,318  | ,095                    | 1,070  |
| N of Valid Cases                                  | 36    |                         |        |



## Lampiran 22. Output Analisis Multivariat Regresi Logistik Metode Enter Step I

**Logistic Regression****Case Processing Summary**

| Unweighted Cases <sup>a</sup> |                      | N  | Percent |
|-------------------------------|----------------------|----|---------|
| Selected Cases                | Included in Analysis | 36 | 100,0   |
|                               | Missing Cases        | 0  | ,0      |
|                               | Total                | 36 | 100,0   |
| Unselected Cases              |                      | 0  | ,0      |
| Total                         |                      | 36 | 100,0   |

a. If weight is in effect, see classification table for the total number of cases.

**Dependent Variable  
Encoding**

| Original Value  | Internal Value |
|-----------------|----------------|
| Tidak Terlambat | 0              |
| Terlambat       | 1              |

**Categorical Variables Codings**

|                    |               | Frequency | Parameter coding<br>(1) |
|--------------------|---------------|-----------|-------------------------|
| Kesadaran_keluarga | Kurang        | 22        | 1,000                   |
|                    | Baik          | 14        | ,000                    |
| Waktu_kejadian     | Malam hari    | 18        | 1,000                   |
|                    | Siang hari    | 18        | ,000                    |
| Respon_keluarga    | Tidak Adekuat | 19        | 1,000                   |
|                    | Adekuat       | 17        | ,000                    |

|                      |        |    |       |
|----------------------|--------|----|-------|
| Jarak_tempat_tinggal | >10 km | 25 | 1,000 |
|                      | <10 km | 11 | ,000  |

## Block 0: Beginning Block

### Iteration History<sup>a,b,c</sup>

| Iteration |   | -2 Log likelihood | Coefficients |
|-----------|---|-------------------|--------------|
|           |   |                   | Constant     |
| Step 0    | 1 | 40,555            | 1,000        |
|           | 2 | 40,488            | 1,096        |
|           | 3 | 40,488            | 1,099        |
|           | 4 | 40,488            | 1,099        |

a. Constant is included in the model.

b. Initial -2 Log Likelihood: 40,488

c. Estimation terminated at iteration number 4 because parameter estimates changed by less than ,001.

### Classification Table<sup>a,b</sup>

| Observed           |  | Predicted       |           | Percentage Correct |
|--------------------|--|-----------------|-----------|--------------------|
|                    |  | Tidak Terlambat | Terlambat |                    |
| Step 0             | Kedatangan_Multivariat Tidak Terlambat | 0               | 9         | ,0                 |
|                    | Terlambat                              | 0               | 27        | 100,0              |
| Overall Percentage |  |                 |           | 75,0               |

a. Constant is included in the model.

b. The cut value is ,500

### Variables in the Equation

|        |          | B     | S.E. | Wald  | df | Sig. | Exp(B) |
|--------|----------|-------|------|-------|----|------|--------|
| Step 0 | Constant | 1,099 | ,385 | 8,147 | 1  | ,004 | 3,000  |

### Variables not in the Equation

|        |                         | Score | df | Sig. |
|--------|-------------------------|-------|----|------|
| Step 0 | Variables               |       |    |      |
|        | Jarak_tempat_tinggal(1) | 3,535 | 1  | ,060 |
|        | Waktu_kejadian(1)       | 1,333 | 1  | ,248 |
|        | Respon_keluarga(1)      | 1,820 | 1  | ,177 |
|        | Kesadaran_keluarga(1)   | 3,896 | 1  | ,048 |
|        | Overall Statistics      | 9,466 | 4  | ,050 |

### Block 1: Method = Enter

### Iteration History<sup>a,b,c,d</sup>

| Iteration | -2 Log likelihood | Coefficients |                         |                   |                    |
|-----------|-------------------|--------------|-------------------------|-------------------|--------------------|
|           |                   | Constant     | Jarak_tempat_tinggal(1) | Waktu_kejadian(1) | Respon_keluarga(1) |
| Step 1    | 32,045            | -,988        | 1,119                   | ,141              | ,725               |
| 2         | 30,638            | -1,493       | 1,554                   | ,267              | 1,019              |
| 3         | 30,561            | -1,651       | 1,689                   | ,331              | 1,078              |
| 4         | 30,561            | -1,663       | 1,701                   | ,339              | 1,080              |
| 5         | 30,561            | -1,663       | 1,701                   | ,339              | 1,080              |

### Iteration History<sup>a,b,c,d</sup>

#### Coefficients

| Iteration | Kesadaran_keluarga(1) |
|-----------|-----------------------|
| Step 1 1  | 1,240                 |
| 2         | 1,790                 |
| 3         | 1,961                 |
| 4         | 1,975                 |
| 5         | 1,975                 |

a. Method: Enter

b. Constant is included in the model.

c. Initial -2 Log Likelihood: 40,488

d. Estimation terminated at iteration number 5 because parameter estimates changed by less than ,001.

### Omnibus Tests of Model Coefficients

|        |       | Chi-square | df | Sig. |
|--------|-------|------------|----|------|
| Step 1 | Step  | 9,928      | 4  | ,042 |
|        | Block | 9,928      | 4  | ,042 |
|        | Model | 9,928      | 4  | ,042 |

### Model Summary

| Step | -2 Log likelihood   | Cox & Snell R Square | Nagelkerke R Square |
|------|---------------------|----------------------|---------------------|
| 1    | 30,561 <sup>a</sup> | ,241                 | ,357                |

a. Estimation terminated at iteration number 5 because parameter estimates changed by less than ,001.

### Hosmer and Lemeshow Test

| Step | Chi-square | df | Sig. |
|------|------------|----|------|
| 1    | 4,423      | 7  | ,730 |

### Contingency Table for Hosmer and Lemeshow Test

|        |   | Kedatangan_Multivariat = Tidak Terlambat |          | Kedatangan_Multivariat = Terlambat |          | Total |
|--------|---|--|----------|------------------------------------|----------|-------|
|        |   | Observed                                 | Expected | Observed                           | Expected |       |
| Step 1 | 1 | 3  | 3,032    | 1                                  | ,968     | 4     |
|        | 2 | 1  | 1,472    | 2                                  | 1,528    | 3     |
|        | 3 | 1  | 1,268    | 2                                  | 1,732    | 3     |
|        | 4 | 1  | 1,138    | 4                                  | 3,862    | 5     |
|        | 5 | 1  | ,756     | 3                                  | 3,244    | 4     |
|        | 6 | 2  | ,655     | 3                                  | 4,345    | 5     |
|        | 7 | 0  | ,435     | 5                                  | 4,565    | 5     |
|        | 8 | 0  | ,087     | 2                                  | 1,913    | 2     |
|        | 9 | 0  | ,157     | 5                                  | 4,843    | 5     |

### Classification Table<sup>a</sup>

|                    | Observed                               | Kedatangan_Multivariat | Predicted       |           | Percentage Correct |
|--------------------|--|------------------------|-----------------|-----------|--------------------|
|                    |  |                        | Tidak Terlambat | Terlambat |                    |
| Step 1             | Kedatangan_Multivariat Tidak Terlambat | Tidak Terlambat        | 3               | 6         | 33,3               |
|                    |  | Terlambat              | 1               | 26        | 96,3               |
| Overall Percentage |  |                        |                 |           | 80,6               |

a. The cut value is ,500

### Variables in the Equation

|   | B      | S.E.  | Wald  | df | Sig. |
|---|--------|-------|-------|----|------|
| Step 1 <sup>a</sup> Jarak_tempat_tinggal(1) | 1,701  | ,978  | 3,027 | 1  | ,082 |
| Waktu_kejadian(1)                           | ,339   | 1,008 | ,113  | 1  | ,737 |
| Respon_keluarga(1)                          | 1,080  | ,996  | 1,176 | 1  | ,278 |
| Kesadaran_keluarga(1)                       | 1,975  | ,978  | 4,081 | 1  | ,043 |
| Constant                                    | -1,663 | 1,082 | 2,362 | 1  | ,124 |

### Variables in the Equation

|   | Exp(B) | 95% C.I. for EXP(B) |        |
|---|--------|---------------------|--------|
|   |        | Lower               | Upper  |
| Step 1 <sup>a</sup> Jarak_tempat_tinggal(1) | 5,478  | ,806                | 37,223 |
| Waktu_kejadian(1)                           | 1,403  | ,194                | 10,123 |
| Respon_keluarga(1)                          | 2,944  | ,418                | 20,715 |
| Kesadaran_keluarga(1)                       | 7,206  | 1,061               | 48,956 |
| Constant                                    | ,190   |                     |        |

a. Variable(s) entered on step 1: Jarak\_tempat\_tinggal, Waktu\_kejadian, Respon\_keluarga, Kesadaran\_keluarga.

## Lampiran 23. Output Analisis Multivariat Regresi Logistik Metode Enter Step II

**Logistic Regression****Case Processing Summary**

| Unweighted Cases <sup>a</sup> |                      | N  | Percent |
|-------------------------------|----------------------|----|---------|
| Selected Cases                | Included in Analysis | 36 | 100,0   |
|                               | Missing Cases        | 0  | ,0      |
|                               | Total                | 36 | 100,0   |
| Unselected Cases              |                      | 0  | ,0      |
| Total                         |                      | 36 | 100,0   |

a. If weight is in effect, see classification table for the total number of cases.

**Dependent Variable  
Encoding**

| Original Value  | Internal Value |
|-----------------|----------------|
| Tidak Terlambat | 0              |
| Terlambat       | 1              |

**Categorical Variables Codings**

|                      |               | Frequency | Parameter coding<br>(1) |
|----------------------|---------------|-----------|-------------------------|
| Kesadaran_keluarga   | Kurang        | 22        | 1,000                   |
|                      | Baik          | 14        | ,000                    |
| Respon_keluarga      | Tidak Adekuat | 19        | 1,000                   |
|                      | Adekuat       | 17        | ,000                    |
| Jarak_tempat_tinggal | >10 km        | 25        | 1,000                   |

|        |    |      |
|--------|----|------|
| <10 km | 11 | ,000 |
|--------|----|------|

## Block 0: Beginning Block

### Iteration History<sup>a,b,c</sup>

| Iteration |   | -2 Log likelihood | Coefficients |
|-----------|---|-------------------|--------------|
|           |   |                   | Constant     |
| Step 0    | 1 | 40,555            | 1,000        |
|           | 2 | 40,488            | 1,096        |
|           | 3 | 40,488            | 1,099        |
|           | 4 | 40,488            | 1,099        |

a. Constant is included in the model.

b. Initial -2 Log Likelihood: 40,488

c. Estimation terminated at iteration number 4 because parameter estimates changed by less than ,001.

### Classification Table<sup>a,b</sup>

| Observed           | Kedatangan_Multivariat | Predicted              |           | Percentage Correct |
|--------------------|------------------------|------------------------|-----------|--------------------|
|                    |                        | Kedatangan_Multivariat |           |                    |
|                    |                        | Tidak Terlambat        | Terlambat |                    |
| Step 0             | Tidak Terlambat        | 0                      | 9         | ,0                 |
|                    | Terlambat              | 0                      | 27        | 100,0              |
| Overall Percentage |                        |                        |           | 75,0               |



a. Constant is included in the model.

b. The cut value is ,500

### Variables in the Equation

|        |          | B     | S.E. | Wald  | df | Sig. | Exp(B) |
|--------|----------|-------|------|-------|----|------|--------|
| Step 0 | Constant | 1,099 | ,385 | 8,147 | 1  | ,004 | 3,000  |

### Variables not in the Equation

|        |                    |                         | Score | df   | Sig. |
|--------|--------------------|-------------------------|-------|------|------|
| Step 0 | Variables          | Jarak_tempat_tinggal(1) | 3,535 | 1    | ,060 |
|        |                    | Respon_keluarga(1)      | 1,820 | 1    | ,177 |
|        |                    | Kesadaran_keluarga(1)   | 3,896 | 1    | ,048 |
|        | Overall Statistics | 9,413                   | 3     | ,024 |      |

### Block 1: Method = Enter

### Iteration History<sup>a,b,c,d</sup>

| Iteration | -2 Log likelihood | Coefficients |                         |                    |                       |
|-----------|-------------------|--------------|-------------------------|--------------------|-----------------------|
|           |                   | Constant     | Jarak_tempat_tinggal(1) | Respon_keluarga(1) | Kesadaran_keluarga(1) |
| Step 1    | 32,103            | -,967        | 1,144                   | ,763               | 1,260                 |
| 2         | 30,740            | -1,459       | 1,589                   | 1,110              | 1,821                 |
| 3         | 30,674            | -1,609       | 1,721                   | 1,202              | 1,991                 |
| 4         | 30,673            | -1,620       | 1,731                   | 1,208              | 2,003                 |
| 5         | 30,673            | -1,620       | 1,731                   | 1,208              | 2,003                 |

- a. Method: Enter
- b. Constant is included in the model.
- c. Initial -2 Log Likelihood: 40,488
- d. Estimation terminated at iteration number 5 because parameter estimates changed by less than ,001.

### Omnibus Tests of Model Coefficients

|        |       | Chi-square | df | Sig. |
|--------|-------|------------|----|------|
| Step 1 | Step  | 9,815      | 3  | ,020 |
|        | Block | 9,815      | 3  | ,020 |
|        | Model | 9,815      | 3  | ,020 |

### Model Summary

| Step | -2 Log likelihood   | Cox & Snell R Square | Nagelkerke R Square |
|------|---------------------|----------------------|---------------------|
| 1    | 30,673 <sup>a</sup> | ,239                 | ,353                |

- a. Estimation terminated at iteration number 5 because parameter estimates changed by less than ,001.

### Hosmer and Lemeshow Test

| Step | Chi-square | df | Sig. |
|------|------------|----|------|
| 1    | 1,010      | 5  | ,962 |

### Contingency Table for Hosmer and Lemeshow Test

|        |   | Kedatangan_Multivariat = Tidak Terlambat |          | Kedatangan_Multivariat = Terlambat |          | Total |
|--------|---|--|----------|------------------------------------|----------|-------|
|        |   | Observed                                 | Expected | Observed                           | Expected |       |
| Step 1 | 1 | 3  | 3,106    | 1                                  | ,894     | 4     |

|   |   |       |   |       |   |
|---|---|-------|---|-------|---|
| 2 | 1 | 1,417 | 2 | 1,583 | 3 |
| 3 | 1 | 1,217 | 2 | 1,783 | 3 |
| 4 | 2 | 1,477 | 5 | 5,523 | 7 |
| 5 | 1 | ,677  | 3 | 3,323 | 4 |
| 6 | 1 | ,862  | 7 | 7,138 | 8 |
| 7 | 0 | ,244  | 7 | 6,756 | 7 |

**Classification Table<sup>a</sup>**

| Observed           | Kedatangan_Multivariat | Predicted       |           | Percentage Correct |
|--------------------|------------------------|-----------------|-----------|--------------------|
|                    |                        | Tidak Terlambat | Terlambat |                    |
| Step 1             | Tidak Terlambat        | 3               | 6         | 33,3               |
|                    | Terlambat              | 1               | 26        | 96,3               |
| Overall Percentage |                        |                 |           | 80,6               |

a. The cut value is ,500

### Variables in the Equation

|   | B      | S.E.  | Wald  | df | Sig. |
|---|--------|-------|-------|----|------|
| Step 1 <sup>a</sup> Jarak_tempat_tinggal(1) | 1,731  | ,975  | 3,150 | 1  | ,076 |
| Respon_keluarga(1)                          | 1,208  | ,930  | 1,686 | 1  | ,194 |
| Kesadaran_keluarga(1)                       | 2,003  | ,975  | 4,223 | 1  | ,040 |
| Constant                                    | -1,620 | 1,084 | 2,233 | 1  | ,135 |

### Variables in the Equation

|                     |                         | 95% C.I. for EXP(B) |       |        |
|---------------------|-------------------------|---------------------|-------|--------|
|                     |                         | Exp(B)              | Lower | Upper  |
| Step 1 <sup>a</sup> | Jarak_tempat_tinggal(1) | 5,647               | ,835  | 38,204 |
|                     | Respon_keluarga(1)      | 3,346               | ,540  | 20,715 |
|                     | Kesadaran_keluarga(1)   | 7,409               | 1,097 | 50,034 |
|                     | Constant                | ,198                |       |        |

a. Variable(s) entered on step 1: Jarak\_tempat\_tinggal, Respon\_keluarga, Kesadaran\_keluarga.

## Lampiran 24. Output Analisis Multivariat Regresi Logistik Metode Enter Step III

**Logistic Regression****Case Processing Summary**

| Unweighted Cases <sup>a</sup> |                      | N  | Percent |
|-------------------------------|----------------------|----|---------|
| Selected Cases                | Included in Analysis | 36 | 100,0   |
|                               | Missing Cases        | 0  | ,0      |
|                               | Total                | 36 | 100,0   |
| Unselected Cases              |                      | 0  | ,0      |
| Total                         |                      | 36 | 100,0   |

a. If weight is in effect, see classification table for the total number of cases.

**Dependent Variable  
Encoding**

| Original Value  | Internal Value |
|-----------------|----------------|
| Tidak Terlambat | 0              |
| Terlambat       | 1              |

**Categorical Variables Codings**

|                      |        | Frequency | Parameter coding<br>(1) |
|----------------------|--------|-----------|-------------------------|
| Kesadaran_keluarga   | Kurang | 22        | 1,000                   |
|                      | Baik   | 14        | ,000                    |
| Jarak_tempat_tinggal | >10 km | 25        | 1,000                   |
|                      | <10 km | 11        | ,000                    |

## Block 0: Beginning Block

### Iteration History<sup>a,b,c</sup>

| Iteration |   | -2 Log likelihood | Coefficients |
|-----------|---|-------------------|--------------|
|           |   |                   | Constant     |
| Step 0    | 1 | 40,555            | 1,000        |
|           | 2 | 40,488            | 1,096        |
|           | 3 | 40,488            | 1,099        |
|           | 4 | 40,488            | 1,099        |

a. Constant is included in the model.

b. Initial -2 Log Likelihood: 40,488

c. Estimation terminated at iteration number 4 because parameter estimates changed by less than ,001.

### Classification Table<sup>a,b</sup>

| Observed           | Kedatangan_Multivariat |                 | Predicted              |           | Percentage Correct |
|--------------------|------------------------|-----------------|------------------------|-----------|--------------------|
|                    |                        |                 | Kedatangan_Multivariat |           |                    |
|                    |                        |                 | Tidak Terlambat        | Terlambat |                    |
| Step 0             | Kedatangan_Multivariat | Tidak Terlambat | 0                      | 9         | ,0                 |
|                    |                        | Terlambat       | 0                      | 27        | 100,0              |
| Overall Percentage |                        |                 |                        |           | 75,0               |

a. Constant is included in the model.

b. The cut value is ,500

### Variables in the Equation

|        |          | B     | S.E. | Wald  | df | Sig. | Exp(B) |
|--------|----------|-------|------|-------|----|------|--------|
| Step 0 | Constant | 1,099 | ,385 | 8,147 | 1  | ,004 | 3,000  |

### Variables not in the Equation

|        |                    |                         | Score | df | Sig. |
|--------|--------------------|-------------------------|-------|----|------|
| Step 0 | Variables          | Jarak_tempat_tinggal(1) | 3,535 | 1  | ,060 |
|        |                    | Kesadaran_keluarga(1)   | 3,896 | 1  | ,048 |
|        | Overall Statistics |                         | 7,695 | 2  | ,021 |

### Block 1: Method = Enter

#### Iteration History<sup>a,b,c,d</sup>

| Iteration |   | -2 Log likelihood | Coefficients |                         |                       |
|-----------|---|-------------------|--------------|-------------------------|-----------------------|
|           |   |                   | Constant     | Jarak_tempat_tinggal(1) | Kesadaran_keluarga(1) |
| Step 1    | 1 | 33,625            | -,587        | 1,222                   | 1,209                 |
|           | 2 | 32,506            | -,911        | 1,692                   | 1,730                 |
|           | 3 | 32,454            | -1,010       | 1,826                   | 1,880                 |
|           | 4 | 32,454            | -1,017       | 1,835                   | 1,890                 |
|           | 5 | 32,454            | -1,017       | 1,835                   | 1,890                 |

a. Method: Enter

b. Constant is included in the model.

c. Initial -2 Log Likelihood: 40,488

d. Estimation terminated at iteration number 5 because parameter estimates changed by less than ,001.

### Omnibus Tests of Model Coefficients

|        |       | Chi-square | df | Sig. |
|--------|-------|------------|----|------|
| Step 1 | Step  | 8,035      | 2  | ,018 |
|        | Block | 8,035      | 2  | ,018 |
|        | Model | 8,035      | 2  | ,018 |

### Model Summary

| Step | -2 Log likelihood   | Cox & Snell R Square | Nagelkerke R Square |
|------|---------------------|----------------------|---------------------|
| 1    | 32,454 <sup>a</sup> | ,200                 | ,296                |

a. Estimation terminated at iteration number 5 because parameter estimates changed by less than ,001.

### Hosmer and Lemeshow Test

| Step | Chi-square | df | Sig. |
|------|------------|----|------|
| 1    | ,014       | 2  | ,993 |

### Contingency Table for Hosmer and Lemeshow Test

|        |   | Kedatangan_Multivariat = Tidak Terlambat |          | Kedatangan_Multivariat = Terlambat |          | Total |
|--------|---|--|----------|------------------------------------|----------|-------|
|        |   | Observed                                 | Expected | Observed                           | Expected |       |
| Step 1 | 1 | 3  | 2,938    | 1                                  | 1,062    | 4     |
|        | 2 | 3  | 3,062    | 7                                  | 6,938    | 10    |
|        | 3 | 2  | 2,062    | 5                                  | 4,938    | 7     |
|        | 4 | 1  | ,938     | 14                                 | 14,062   | 15    |



**Classification Table<sup>a</sup>**

|                    | Observed        | Predicted       |           | Percentage Correct |
|--------------------|-----------------|-----------------|-----------|--------------------|
|                    |                 | Tidak Terlambat | Terlambat |                    |
| Step 1             | Tidak Terlambat | 3               | 6         | 33,3               |
|                    | Terlambat       | 1               | 26        | 96,3               |
| Overall Percentage |                 |                 |           | 80,6               |

a. The cut value is ,500

**Variables in the Equation**

|   | B      | S.E. | Wald  | df | Sig. |
|---|--------|------|-------|----|------|
| Step 1 <sup>a</sup> Jarak_tempat_tinggal(1) | 1,835  | ,946 | 3,766 | 1  | ,052 |
| Kesadaran_keluarga(1)                       | 1,890  | ,941 | 4,036 | 1  | ,045 |
| Constant                                    | -1,017 | ,907 | 1,258 | 1  | ,262 |

**Variables in the Equation**

|   | Exp(B) | 95% C.I. for EXP(B) |        |
|---|--------|---------------------|--------|
|   |        | Lower               | Upper  |
| Step 1 <sup>a</sup> Jarak_tempat_tinggal(1) | 6,264  | ,982                | 39,966 |
| Kesadaran_keluarga(1)                       | 6,620  | 1,047               | 41,856 |
| Constant                                    | ,362   |                     |        |

a. Variable(s) entered on step 1: Jarak\_tempat\_tinggal, Kesadaran\_keluarga.

Lampiran 25. Uji Validitas Kuesioner *Stroke Action Test* (STAT)  
**Uji Validitas dengan *Correlation Test Pearson Product Moment***  
**Kuesioner STAT (sebelum penyesuaian)**

| Korelasi |                     |               | Korelasi |                     |               |
|----------|---------------------|---------------|----------|---------------------|---------------|
| P1       | Pearson Correlation | <b>,500**</b> | P12      | Pearson Correlation | <b>,809**</b> |
|          | Sig. (2-tailed)     | <b>,008</b>   |          | Sig. (2-tailed)     | <b>,000</b>   |
|          | N                   | <b>27</b>     |          | N                   | <b>27</b>     |
| P2       | Pearson Correlation | <b>,738**</b> | P13      | Pearson Correlation | <b>,467*</b>  |
|          | Sig. (2-tailed)     | <b>,000</b>   |          | Sig. (2-tailed)     | <b>,014</b>   |
|          | N                   | <b>27</b>     |          | N                   | <b>27</b>     |
| P3       | Pearson Correlation | <b>,354</b>   | P14      | Pearson Correlation | <b>,746**</b> |
|          | Sig. (2-tailed)     | <b>,070</b>   |          | Sig. (2-tailed)     | <b>,000</b>   |
|          | N                   | <b>27</b>     |          | N                   | <b>27</b>     |
| P4       | Pearson Correlation | <b>,480*</b>  | P15      | Pearson Correlation | <b>,638**</b> |
|          | Sig. (2-tailed)     | <b>,011</b>   |          | Sig. (2-tailed)     | <b>,000</b>   |
|          | N                   | <b>27</b>     |          | N                   | <b>27</b>     |
| P5       | Pearson Correlation | <b>,657**</b> | P16      | Pearson Correlation | <b>,576**</b> |
|          | Sig. (2-tailed)     | <b>,000</b>   |          | Sig. (2-tailed)     | <b>,002</b>   |
|          | N                   | <b>27</b>     |          | N                   | <b>27</b>     |
| P6       | Pearson Correlation | <b>,544**</b> | P17      | Pearson Correlation | <b>,727**</b> |
|          | Sig. (2-tailed)     | <b>,003</b>   |          | Sig. (2-tailed)     | <b>,000</b>   |
|          | N                   | <b>27</b>     |          | N                   | <b>27</b>     |
| P7       | Pearson Correlation | <b>,749**</b> | P18      | Pearson Correlation | <b>,445*</b>  |
|          | Sig. (2-tailed)     | <b>,000</b>   |          | Sig. (2-tailed)     | <b>,020</b>   |
|          | N                   | <b>27</b>     |          | N                   | <b>27</b>     |
| P8       | Pearson Correlation | <b>,573**</b> | P19      | Pearson Correlation | <b>,678**</b> |
|          | Sig. (2-tailed)     | <b>,002</b>   |          | Sig. (2-tailed)     | <b>,000</b>   |
|          | N                   | <b>27</b>     |          | N                   | <b>27</b>     |
| P9       | Pearson Correlation | <b>,764**</b> | P20      | Pearson Correlation | <b>,708**</b> |
|          | Sig. (2-tailed)     | <b>,000</b>   |          | Sig. (2-tailed)     | <b>,000</b>   |
|          | N                   | <b>27</b>     |          | N                   | <b>27</b>     |
| P10      | Pearson Correlation | <b>,722**</b> | P21      | Pearson Correlation | <b>,779**</b> |
|          | Sig. (2-tailed)     | <b>,000</b>   |          | Sig. (2-tailed)     | <b>,000</b>   |
|          | N                   | <b>27</b>     |          | N                   | <b>27</b>     |
| P11      | Pearson Correlation | <b>,510**</b> |          |                     |               |
|          | Sig. (2-tailed)     | <b>,007</b>   |          |                     |               |
|          | N                   | <b>27</b>     |          |                     |               |

**Uji Validitas dengan *Correlation Test Pearson Product Moment***  
**Kuesioner STAT (setelah penyesuaian)**

| Korelasi |                     |               | Korelasi |                     |               |
|----------|---------------------|---------------|----------|---------------------|---------------|
| P1       | Pearson Correlation | <b>,504**</b> | P12      | Pearson Correlation | <b>,812**</b> |
|          | Sig. (2-tailed)     | <b>,007</b>   |          | Sig. (2-tailed)     | <b>,000</b>   |
|          | N                   | <b>27</b>     |          | N                   | <b>27</b>     |
| P2       | Pearson Correlation | <b>,738**</b> | P13      | Pearson Correlation | <b>,467*</b>  |
|          | Sig. (2-tailed)     | <b>,000</b>   |          | Sig. (2-tailed)     | <b>,014</b>   |
|          | N                   | <b>27</b>     |          | N                   | <b>27</b>     |
| P3       | Pearson Correlation | <b>,470*</b>  | P14      | Pearson Correlation | <b>,744**</b> |
|          | Sig. (2-tailed)     | <b>,013</b>   |          | Sig. (2-tailed)     | <b>,000</b>   |
|          | N                   | <b>27</b>     |          | N                   | <b>27</b>     |
| P4       | Pearson Correlation | <b>,467*</b>  | P15      | Pearson Correlation | <b>,636**</b> |
|          | Sig. (2-tailed)     | <b>,014</b>   |          | Sig. (2-tailed)     | <b>,000</b>   |
|          | N                   | <b>27</b>     |          | N                   | <b>27</b>     |
| P5       | Pearson Correlation | <b>,647**</b> | P16      | Pearson Correlation | <b>,576**</b> |
|          | Sig. (2-tailed)     | <b>,000</b>   |          | Sig. (2-tailed)     | <b>,002</b>   |
|          | N                   | <b>27</b>     |          | N                   | <b>27</b>     |

|            |                     |               |            |                     |               |
|------------|---------------------|---------------|------------|---------------------|---------------|
| <b>P6</b>  | Pearson Correlation | <b>,547**</b> | <b>P17</b> | Pearson Correlation | <b>,727**</b> |
|            | Sig. (2-tailed)     | <b>,003</b>   |            | Sig. (2-tailed)     | <b>,000</b>   |
|            | N                   | <b>27</b>     |            | N                   | <b>27</b>     |
| <b>P7</b>  | Pearson Correlation | <b>,751**</b> | <b>P18</b> | Pearson Correlation | <b>,454*</b>  |
|            | Sig. (2-tailed)     | <b>,000</b>   |            | Sig. (2-tailed)     | <b>,017</b>   |
|            | N                   | <b>27</b>     |            | N                   | <b>27</b>     |
| <b>P8</b>  | Pearson Correlation | <b>,576**</b> | <b>P19</b> | Pearson Correlation | <b>,681**</b> |
|            | Sig. (2-tailed)     | <b>,002</b>   |            | Sig. (2-tailed)     | <b>,000</b>   |
|            | N                   | <b>27</b>     |            | N                   | <b>27</b>     |
| <b>P9</b>  | Pearson Correlation | <b>,766**</b> | <b>P20</b> | Pearson Correlation | <b>,707**</b> |
|            | Sig. (2-tailed)     | <b>,000</b>   |            | Sig. (2-tailed)     | <b>,000</b>   |
|            | N                   | <b>27</b>     |            | N                   | <b>27</b>     |
| <b>P10</b> | Pearson Correlation | <b>,722**</b> | <b>P21</b> | Pearson Correlation | <b>,780**</b> |
|            | Sig. (2-tailed)     | <b>,000</b>   |            | Sig. (2-tailed)     | <b>,000</b>   |
|            | N                   | <b>27</b>     |            | N                   | <b>27</b>     |
| <b>P11</b> | Pearson Correlation | <b>,510**</b> |            |                     |               |
|            | Sig. (2-tailed)     | <b>,007</b>   |            |                     |               |
|            | N                   | <b>27</b>     |            |                     |               |

Lampiran 26. Uji Reliabilitas Kuesioner *Stroke Action Test* (STAT)

**Reliabilitas Statistik Kuesioner STAT  
(sebelum penyesuaian)**

| <i>Cronbach's Alpha</i> | <i>N of Items</i> |
|-------------------------|-------------------|
| ,920                    | 21                |

**Item-Total Statistics Kuesioner STAT  
(sebelum penyesuaian)**

|     | <i>Scale Mean if Item Deleted</i> | <i>Scale Variance if Item Deleted</i> | <i>Corrected Item-Total Correlation</i> | <i>Cronbach's Alpha if Item Deleted</i> |
|-----|-----------------------------------|---------------------------------------|---|---|
| P1  | 14,9259                           | 29,302                                | ,434                                    | ,920                                    |
| P2  | 14,8519                           | 28,362                                | ,701                                    | ,914                                    |
| P3  | 15,0370                           | 29,960                                | ,272                                    | ,924                                    |
| P4  | 14,8519                           | 29,593                                | ,419                                    | ,920                                    |
| P5  | 15,0000                           | 28,308                                | ,602                                    | ,916                                    |
| P6  | 14,9259                           | 29,071                                | ,481                                    | ,919                                    |
| P7  | 14,9259                           | 27,994                                | ,709                                    | ,913                                    |
| P8  | 14,9259                           | 28,917                                | ,513                                    | ,918                                    |
| P9  | 14,9259                           | 27,917                                | ,726                                    | ,913                                    |
| P10 | 14,8519                           | 28,439                                | ,683                                    | ,914                                    |
| P11 | 14,7407                           | 29,969                                | ,466                                    | ,919                                    |
| P12 | 15,0000                           | 27,462                                | ,776                                    | ,912                                    |
| P13 | 14,7407                           | 30,123                                | ,421                                    | ,919                                    |
| P14 | 14,7778                           | 28,795                                | ,715                                    | ,914                                    |
| P15 | 14,7407                           | 29,507                                | ,602                                    | ,916                                    |
| P16 | 14,7778                           | 29,487                                | ,530                                    | ,917                                    |
| P17 | 14,8148                           | 28,618                                | ,692                                    | ,914                                    |
| P18 | 15,1111                           | 29,410                                | ,368                                    | ,922                                    |
| P19 | 14,9630                           | 28,268                                | ,627                                    | ,915                                    |
| P20 | 14,7778                           | 28,949                                | ,674                                    | ,915                                    |
| P21 | 14,9259                           | 27,840                                | ,743                                    | ,913                                    |

**Reliabilitas Statistik Kuesioner STAT  
(setelah penyesuaian)**

| <i>Cronbach's Alpha</i> | <i>N of Items</i> |
|-------------------------|-------------------|
| ,923                    | 21                |

**Item-Total Statistics Kuesioner STAT  
(setelah penyesuaian)**

|     | <i>Scale Mean if Item Deleted</i> | <i>Scale Variance if Item Deleted</i> | <i>Corrected Item-Total Correlation</i> | <i>Cronbach's Alpha if Item Deleted</i> |
|-----|-----------------------------------|---------------------------------------|---|---|
| P1  | 15,0000                           | 29,846                                | ,439                                    | ,923                                    |
| P2  | 14,9259                           | 28,917                                | ,702                                    | ,917                                    |
| P3  | 15,0370                           | 29,960                                | ,400                                    | ,924                                    |
| P4  | 14,9259                           | 30,225                                | ,405                                    | ,923                                    |
| P5  | 15,0741                           | 28,917                                | ,592                                    | ,919                                    |
| P6  | 15,0000                           | 29,615                                | ,486                                    | ,922                                    |
| P7  | 15,0000                           | 28,538                                | ,712                                    | ,917                                    |
| P8  | 15,0000                           | 29,462                                | ,518                                    | ,921                                    |
| P9  | 15,0000                           | 28,462                                | ,728                                    | ,916                                    |
| P10 | 14,9259                           | 28,994                                | ,684                                    | ,918                                    |
| P11 | 14,8148                           | 30,541                                | ,466                                    | ,922                                    |

|            |         |        |             |      |
|------------|---------|--------|-------------|------|
| <b>P12</b> | 15,0741 | 27,994 | <b>,779</b> | ,915 |
| <b>P13</b> | 14,8148 | 30,695 | <b>,421</b> | ,922 |
| <b>P14</b> | 14,8519 | 29,362 | <b>,714</b> | ,918 |
| <b>P15</b> | 14,8148 | 30,080 | <b>,601</b> | ,920 |
| <b>P16</b> | 14,8519 | 30,054 | <b>,531</b> | ,921 |
| <b>P17</b> | 14,8889 | 29,179 | <b>,692</b> | ,918 |
| <b>P18</b> | 15,1852 | 29,926 | <b>,378</b> | ,925 |
| <b>P19</b> | 15,0370 | 28,806 | <b>,632</b> | ,919 |
| <b>P20</b> | 14,8519 | 29,516 | <b>,673</b> | ,918 |
| <b>P21</b> | 15,0000 | 28,385 | <b>,745</b> | ,916 |

Lampiran 27. Uji Validitas *Stroke Recognition Questionnaire* (SRQ)  
**Hasil Uji Validitas dengan *Correlation Test Pearson Product Moment Stroke Recognition Questionnaire* (SRQ)**

| <b>Korelasi</b> |                     |               |
|-----------------|---------------------|---------------|
| P1              | Pearson Correlation | <b>,468*</b>  |
|                 | Sig. (2-tailed)     | <b>,014</b>   |
|                 | N                   | <b>27</b>     |
| P2              | Pearson Correlation | <b>,375</b>   |
|                 | Sig. (2-tailed)     | <b>,054</b>   |
|                 | N                   | <b>27</b>     |
| P3              | Pearson Correlation | <b>,419*</b>  |
|                 | Sig. (2-tailed)     | <b>,030</b>   |
|                 | N                   | <b>27</b>     |
| P4              | Pearson Correlation | <b>-,023</b>  |
|                 | Sig. (2-tailed)     | <b>,910</b>   |
|                 | N                   | <b>27</b>     |
| P5              | Pearson Correlation | <b>,652**</b> |
|                 | Sig. (2-tailed)     | <b>,000</b>   |
|                 | N                   | <b>27</b>     |
| P6              | Pearson Correlation | <b>,013</b>   |
|                 | Sig. (2-tailed)     | <b>,948</b>   |
|                 | N                   | <b>27</b>     |
| P7              | Pearson Correlation | <b>,448*</b>  |
|                 | Sig. (2-tailed)     | <b>,019</b>   |
|                 | N                   | <b>27</b>     |
| P8              | Pearson Correlation | <b>,306</b>   |
|                 | Sig. (2-tailed)     | <b>,120</b>   |
|                 | N                   | <b>27</b>     |
| P9              | Pearson Correlation | <b>,459*</b>  |
|                 | Sig. (2-tailed)     | <b>,016</b>   |
|                 | N                   | <b>27</b>     |
| P10             | Pearson Correlation | <b>,431*</b>  |
|                 | Sig. (2-tailed)     | <b>,025</b>   |
|                 | N                   | <b>27</b>     |
| P11             | Pearson Correlation | <b>,573**</b> |
|                 | Sig. (2-tailed)     | <b>,002</b>   |
|                 | N                   | <b>27</b>     |
| P12             | Pearson Correlation | <b>,194</b>   |
|                 | Sig. (2-tailed)     | <b>,332</b>   |
|                 | N                   | <b>27</b>     |
| P13             | Pearson Correlation | <b>,637**</b> |
|                 | Sig. (2-tailed)     | <b>,000</b>   |
|                 | N                   | <b>27</b>     |
| P14             | Pearson Correlation | <b>,241</b>   |
|                 | Sig. (2-tailed)     | <b>,227</b>   |
|                 | N                   | <b>27</b>     |

## Lampiran 28. Uji Reliabilitas Stroke Recognition Questionnaire (SRQ)

**Reliabilitas Statistik Kuesioner SRQ  
sebelum Koreksi**

| <i>Cronbach's Alpha</i> | <i>N of Items</i> |
|-------------------------|-------------------|
| ,505                    | 14                |

**Item-Total Statistics Kuesioner SRQ  
sebelum Koreksi**

|     | <i>Scale Mean if<br/>Item Deleted</i> | <i>Scale Variance if<br/>Item Deleted</i> | <i>Corrected Item-Total<br/>Correlation</i> | <i>Cronbach's Alpha if<br/>Item Deleted</i> |
|-----|---------------------------------------|---|---|---|
| P1  | 8,0741                                | 4,687                                     | ,299  | ,459  |
| P2  | 8,2963                                | 4,832                                     | ,167  | ,491  |
| P3  | 8,0000                                | 4,846                                     | ,265  | ,470  |
| P4  | 8,1481                                | 5,746                                     | -,223                                       | ,580  |
| P5  | 8,0741                                | 4,302                                     | ,520  | ,403  |
| P6  | 8,3333                                | 5,692                                     | -,201                                       | ,581  |
| P7  | 8,2593                                | 4,661                                     | ,250  | ,469  |
| P8  | 8,0370                                | 5,037                                     | ,130  | ,498  |
| P9  | 8,2222                                | 4,641                                     | ,265  | ,465  |
| P10 | 8,0741                                | 4,764                                     | ,257  | ,469  |
| P11 | 8,1852                                | 4,387                                     | ,405  | ,427  |
| P12 | 8,4815                                | 5,259                                     | -,012                                       | ,533  |
| P13 | 8,5556                                | 4,333                                     | ,501  | ,408  |
| P14 | 7,8519                                | 5,285                                     | ,161  | ,496  |

**Reliabilitas Statistik Kuesioner SRQ  
setelah Koreksi**

| <i>Cronbach's Alpha</i> | <i>N of Items</i> |
|-------------------------|-------------------|
| ,805                    | 7                 |

**Item-Total Statistics Kuesioner SRQ  
setelah Koreksi**

|     | <i>Scale Mean if<br/>Item Deleted</i> | <i>Scale Variance if<br/>Item Deleted</i> | <i>Corrected Item-Total<br/>Correlation</i> | <i>Cronbach's Alpha if<br/>Item Deleted</i> |
|-----|---------------------------------------|---|---|---|
| P1  | 3,5926                                | 3,712                                     | ,543  | ,778  |
| P3  | 3,5185                                | 3,952                                     | ,469  | ,791  |
| P5  | 3,5926                                | 3,405                                     | ,754  | ,740  |
| P7  | 3,7778                                | 3,718                                     | ,446  | ,797  |
| P9  | 3,7407                                | 3,584                                     | ,533  | ,780  |
| P11 | 3,7037                                | 3,524                                     | ,584  | ,770  |
| P13 | 4,0741                                | 3,840                                     | ,461  | ,792  |

## Lampiran 29. Jadwal Penelitian

**Jadwal Penelitian Analisis Faktor Determinan yang Mempengaruhi  
Keterlambatan Kedatangan Pasien Stroke  
di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Bangil**

| Keterangan Kegiatan          | Maret |   |   |   | April |   |   |   | Mei |   |   |   | Juni |   |   |   | Juli |   |   |   | Agustus |   |   |   |
|------------------------------|-------|---|---|---|-------|---|---|---|-----|---|---|---|------|---|---|---|------|---|---|---|---------|---|---|---|
|                              | 1     | 2 | 3 | 4 | 1     | 2 | 3 | 4 | 1   | 2 | 3 | 4 | 1    | 2 | 3 | 4 | 1    | 2 | 3 | 4 | 1       | 2 | 3 | 4 |
| Pengajuan judul proposal     | ■     | ■ | ■ | ■ |       |   |   |   |     |   |   |   |      |   |   |   |      |   |   |   |         |   |   |   |
| Penyusunan proposal          |       |   |   |   | ■     | ■ | ■ | ■ | ■   | ■ | ■ | ■ |      |   |   |   |      |   |   |   |         |   |   |   |
| Studi pendahuluan            |       |   |   |   |       |   |   |   |     |   |   |   | ■    | ■ | ■ | ■ |      |   |   |   |         |   |   |   |
| Seminar proposal             |       |   |   |   |       |   |   |   |     |   |   |   | ■    | ■ | ■ | ■ |      |   |   |   |         |   |   |   |
| Revisi proposal              |       |   |   |   |       |   |   |   |     |   |   |   | ■    | ■ | ■ | ■ |      |   |   |   |         |   |   |   |
| Penelitian dan analisis data |       |   |   |   |       |   |   |   |     |   |   |   | ■    | ■ | ■ | ■ | ■    | ■ | ■ | ■ |         |   |   |   |
| Ujian skripsi                |       |   |   |   |       |   |   |   |     |   |   |   |      |   |   |   | ■    | ■ | ■ | ■ | ■       | ■ | ■ | ■ |




## Lampiran 30. Lembar Rekomendasi Penguji I

## LEMBAR REKOMENDASI

Nama : Edi Sumarsono  
NIM : 1507.14202.398  
Judul : Analisis Faktor Determinan yang Mempengaruhi Keterlambatan Kedatangan Pasien Stroke di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Bangil

| No | BAB        | Keterangan   |
|----|------------|--|
| 1  | I-Lampiran | Penyesuaian penulisan dengan pedoman skripsi   |
| 2  | IV         | Jumlah sample dan teknik sampling disesuaikan dengan kondisi nyata saat penelitian<br>Skoring kuesioner SRQ dan STAT disesuaikan |
| 3  | Lampiran   | Hasil tabulasi data skoring SRQ dan STAT   |
| 4  |            |  |
| 5  |            |  |

Malang, 21 Agustus 2019

  
Wira Daraningsia, dr., M.Biomed.

## Lampiran 31. Lembar Rekomendasi Penguji II

## LEMBAR REKOMENDASI

Nama : Edi Sumarsono  
NIM : 1507.14202.398  
Judul : Analisis Faktor Determinan yang Mempengaruhi Keterlambatan Kedatangan Pasien Stroke di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Bangil

| No | BAB      | Keterangan   |
|----|----------|--|
| 1  | IV       | Penyesuaian Teknik sampling<br>Skoring SRQ dan STAT<br>Waktu dan tempat pelaksanaan penelitian |
| 2  | VI       | Faktor lain yang mempengaruhi variable   |
| 3  | Lampiran | Bukti google maps  |
| 4  |          |  |
| 5  |          |  |

Malang, 21 Agustus 2019



Frenky Apriyanto, S.Kep.,Ns.,M.Kep.

## Lampiran 32. Lembar Rekomendasi Penguji III

## LEMBAR REKOMENDASI

Nama : Edi Sumarsono  
NIM : 1507.14202.398  
Judul : Analisis Faktor Determinan yang Mempengaruhi Keterlambatan Kedatangan Pasien Stroke di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Bangil

| No | BAB | Keterangan   |
|----|-----|--|
| 1  | IV  | Definisi Operasional disesuaikan dengan hasil penelitian |
| 2  | V   | Penyajian analisis data numerik disesuaikan              |
| 3  |     |  |
| 4  |     |  |
| 5  |     |  |

Malang, 21 Agustus 2019

  
Abdul Qodir, S.Kep.,Ns.,M.Kep.

## Lampiran 33. Dokumentasi Penelitian



Pengambilan data pada responden



Pengambilan data pada responden



Pengambilan data pada responden



Pengambilan data pada responden



Pengambilan data pada responden



Pengambilan data pada responden



Pengambilan data pada responden



Pengambilan data pada responden

## Lampiran 34. Biodata Peneliti



- A. Data Pribadi** :
1. Nama : Edi Sumarsono
  2. Tempat/tanggal lahir : Malang, 23 April 1983
  3. Alamat asal : Jl. Arjuno Gg.I RT 01, RW 08, Dusun  
Junggo, Desa Tulungrejo, Bumiaji, Kota  
Batu
  4. Nomor kontak : 085649207208
  5. Email : nsedisumarsono@gmail.com
  6. Istri : Prasetyaning Indrianis, S.A.B.
  7. Anak : Awadullah Axelle Azka Azfar

**B. Riwayat Pendidikan Formal:**

1. SDN Tulungrejo 04 Tulungrejo, Bumiaji, Batu (1991-1996)
2. SMP Negeri 1 Batu (1996-1999)
3. SMK Negeri 1 Singosari Malang (1999-2002)
4. STIKES Widyagama Husada Malang (2015-2019)