

UJI METODE ACT FAST (FACE, ARM, SPEECH, TIME) TERHADAP TINGKAT PENGETAHUAN KELUARGA LANSIA TENTANG TANDA DAN GEJALA STROKE

Dwi Arianto¹

Puskesmas Kenjeran, Surabaya, Jawa Timur¹

Kutipan: Arianto, D. (2016). Uji Metode Act Fast (Face, Arm, Speech, Time) Terhadap Tingkat Pengetahuan Keluarga Lansia Tentang Tanda Dan Gejala Stroke. *Jurnal Keperawatan Muhammadiyah*, 1 (1): 93-100.

INFORMASI

ABSTRACT

Korespondensi:

dwi.arianto@gmail.com

Keywords: Stroke, Act FAST, family education level

Objective: to analyze the effect of Act FAST to family education level regarding with signs and symptoms of stroke in elderly with high risk of stroke.

Methods: Quasy experiment was used in this study. Seventy family with elderly high risk of stroke were participated. Purposive sampling was performed. NHS Act Fast questionnaire was used to collect the data. The validity and reliability value were achieved. Wilcoxon sign rank test was performed.

Results: The result found that ACT FAST was effective to enhance the family education level regarding with signs and symptoms' of stroke in elderly with high risk of stroke ($p= 0.000$; $\alpha 0.05$)

Conclusion: the act FAST is one of method than can be used to deliver to enhance the elderly family understanding about sign and symptoms of stroke.

PENDAHULUAN

Act "FAST" (Face, Arm, Speech, Time Test) telah dikampanyekan secara meluas di Amerika dan Eropa dengan tujuan menumbuhkan kesadaran masyarakat untuk mengenali tanda dan gejala terjadinya serangan stroke (NICE, 2008). Metode Act FAST membantu masyarakat mengenali tanda dan gejala serangan stroke dengan cepat dan membawa korban ke rumah sakit dengan segera. Metode Act FAST juga

meningkatkan kewaspadaan masyarakat tentang faktor resiko terjadinya serangan stroke, misalnya hipertensi (Royal College of Physicians, 2008). Berdasarkan laporan dari NHS North West pada tahun 2010 yang berjudul "Our Report Stroke Insight Research on Act F.A.S.T Campaign and BME communities", sebesar 91 persen partisipan yang menjadi narasumber dapat mengidentifikasi tanda dan gejala stroke setelah menerima promosi

kesehatan menggunakan metode *Act FAST*. Namun uji penerapan metode *Act FAST* untuk meningkatkan pengetahuan tentang stroke belum dibuktikan di Indonesia.

Jumlah lansia di Indonesia terus meningkat seiring dengan makin tingginya usia harapan hidup, yaitu 65 tahun. *World Health Organization* (2010), prosentase lansia dunia diestimasi 9,11 persen dari jumlah penduduk dunia. Biro Pusat Statistik (BPS) memproyeksikan lansia di Indonesia tahun 2005-2010 sama dengan balita yaitu 8,5 persen dari total penduduk. Di tahun 2025 seperlima penduduk Indonesia adalah lansia (Depkes, 2004). Salah satu faktor resiko terjadinya stroke adalah usia yang mayoritas didominasi oleh kelompok usia lanjut usia (lansia) (Mansjoer, 2005). Berdasarkan data Yayasan Stroke Indonesia angka kejadian stroke mencapai 63.52 per 100.000 pada kelompok usia 65 tahun ke atas. Menurut Asanti (2010) dalam Putra, dkk (2011) secara kasar setiap hari dua orang Indonesia terkena stroke. Jumlah penderita stroke di Indonesia merupakan yang tertinggi di Asia. Jumlah orang sakit yang disebabkan oleh stroke menduduki urutan kedua pada usia diatas 60 tahun dan urutan kelima pada usia 15-59 tahun (Turana & Arini, 2011). Total jumlah penduduk di Kelurahan Bulak Tahun 2012 yang merupakan wilayah kerja Puskesmas Kenjeran adalah 18.966 Jiwa. Terdapat penduduk dengan usia lansia (≥ 60 tahun) sebanyak 86 jiwa. Total jumlah lansia tersebut didapatkan lansia dengan hipertensi sebanyak 52 persen (45 jiwa), lansia dengan DM 18 persen (16 jiwa),

dan dengan riwayat penyakit jantung 15 persen (10 jiwa). Data tersebut menunjukkan bahwa lansia di Kelurahan Bulak sebanyak 85 persen (71 jiwa) mempunyai resiko terjadi serangan stroke. Setelah dilakukan pengkajian awal tentang tingkat pengetahuan keluarga tentang stroke dengan menggunakan *Stroke Knowledge Test* (SKT) terhadap 12 anggota keluarga yang mempunyai penghuni lansia resiko tinggi stroke secara acak, didapatkan data bahwa tingkat pengetahuan keluarga dengan kategori baik hanya sebesar 8 persen (1 keluarga), tingkat pengetahuan cukup sebesar 33 persen (4 keluarga), dan sebesar 58 persen (7 keluarga) dengan tingkat pengetahuan yang kurang. Pengkajian awal tingkat pengetahuan tersebut cukup membuktikan bahwa masih terdapat keluarga lansia dengan resiko tinggi stroke yang tidak mengenali tanda-tanda serangan stroke dan pentingnya kegawatdaruratan stroke serta perlu dilakukan sebuah pemberian informasi yang tepat. Lansia dengan adanya keterbatasan fisik karena proses degeneratif membutuhkan peran anggota keluarga untuk mengenali tanda dan gejala stroke dengan memahami pengetahuan yang mencukupi tentang stroke. Namun uji metode *Act FAST* untuk meningkatkan pengetahuan seorang individu tentang tanda dan gejala terjadinya serangan stroke belum diketahui.

METODE

Penelitian ini menggunakan rancangan penelitian *quasy-experiment* dengan desain penelitian *pre-post test control group design*. Peneliti member-kan

penjelasan kepada responden tentang *Act FAST* untuk deteksi dini tanda-tanda terjadinya stroke. Populasi dalam penelitian ini adalah Keluarga lansia yang tinggal di wilayah kelurahan bulak kecamatan bulak Surabaya berbagai hal yang terkait dengan penelitian yang akan dilakukan. Hal yang perlu diperhatikan, yaitu *informed consent*, *anonymity*, *confidentiality*, dan keterbatasan. Teknik sampling pada penelitian ini menggunakan teknik purposive sampling. Peneliti mengambil sampel sesuai dengan yang dikehendaki oleh peneliti (tujuan dan masalah dalam penelitian). Sampel dalam penelitian ini ditetapkan berjumlah 70 orang yang terbagi menjadi 2 kelompok antara lain, kelompok perlakuan dengan *Act FAST* terdiri dari 35 responden dan kelompok kontrol terdiri dari 35 responden. Variabel independen dalam penelitian ini adalah Uji Metode *Act FAST*. Variabel dependen dalam penelitian ini adalah tingkat pengetahuan keluarga lansia tentang tanda dan gejala stroke.

HASIL

Berdasarkan tabel 1 menunjukkan bahwa pada kelompok perlakuan responden berjenis kelamin laki-laki sebanyak 28,6 persen dan perempuan sebanyak 71,4 persen. Sedangkan pada kelompok kontrol responden berjenis kelamin laki-laki sebanyak 37,1 persen dan perempuan sebanyak 62,9 persen.

Tabel 1 Distribusi responden berdasarkan Jenis Kelamin di Wilayah Kelurahan Bulak Kecamatan Bulak Surabaya bulan Maret 2013.

Jenis Kelamin	Perlakuan		Kontrol	
	f	%	f	%

Laki-laki	10	71,4	13	37,1
Perempuan	25	28,6	22	62,9
Total	35	100	35	100

Berdasarkan tabel 2 menunjukkan bahwa pada kelompok perlakuan didominasi oleh kelompok usia 31-40 tahun yakni sebanyak 34,3 persen dan terbanyak kedua adalah kelompok usia 21-30 tahun dan 41-50 tahun masing-masing 20 persen. Sedangkan usia <20 tahun sebanyak 17,2 persen, Pada kelompok kontrol terdapat sebaran yang merata yakni pada usia 21-30 tahun dan 31-40 tahun yakni masing-masing 22,8 persen. Sedangkan kelompok usia yang mendominasi adalah 41-50 tahun sebesar 28,6 persen.

Tabel 2 Distribusi responden berdasarkan Usia di Wilayah Kelurahan Bulak Kecamatan Bulak Surabaya bulan Maret 2013.

Usia	Perlakuan		Kontrol	
	f	%	f	%
< 20 tahun	6	17,2	4	11,4
21 - 30 tahun	7	20	8	22,8
31 - 40 tahun	12	34,3	8	22,8
41 – 50 tahun	7	20	10	28,6
> 50 tahun	3	8,6	5	14,4
Total	35	100	35	100

Berdasarkan tabel 3 menunjukkan bahwa pada kelompok perlakuan didominasi oleh responden dengan latar belakang pendidikan SMP yakni sebanyak 40 persen. Sedangkan kelompok kontrol didominasi oleh responden dengan latar belakang pendidikan SMA yakni sebanyak 34,3 persen.

Berdasarkan pada table 4 menunjukkan Sebelum diberikan metode *Act FAST* seluruh responden yakni 100 persen

memiliki pengetahuan kurang. Setelah diberikan perlakuan metode *Act FAST*, sebanyak 34 persen mempunyai pengetahuan yang cukup tentang tanda dan gejala stroke dan 66 persen memiliki pengetahuan yang baik tentang tanda dan gejala stroke. Kelompok kontrol didapatkan data saat dilakukan *pre test* seluruh responden yakni 100 persen mempunyai pengetahuan tentang tanda dan gejala stroke yang kurang. Sesudah dilakukan *post test* sebanyak 100 persen tetap mempunyai pengetahuan tentang tanda dan gejala stroke yang kurang dapat dilihat setelah dilakukan uji statistik menggunakan *Wilcoxon Signed Rank Test* diperoleh nilai z hitung -5.177 dan nilai probabilitas sebesar 0,000 dengan tingkat signifikan sebesar $\alpha \leq 0,05$ yang berarti H1 diterima artinya metode *Act FAST* efektif terhadap pengetahuan keluarga lansia tentang tanda dan gejala stroke pada kelompok perlakuan.

Tabel 3 Distribusi responden berdasarkan Pendidikan di Wilayah Kelurahan Bulak Kecamatan Bulak Surabaya bulan Maret 2013.

Usia	Perlakuan		Kontrol	
	f	%	f	%
SD	6	17,1	3	8,6
SMP	14	40	10	28,6
SMA	8	22,9	12	34,3
Diploma	5	14,3	6	17,1
Sarjana	2	5,7	4	11,4
Total	35	100	35	100

Tabel 4 Hasil Tabulasi data tingkat pengetahuan di Wilayah Kelurahan Bulak Kecamatan Bulak Surabaya bulan Maret 2013.

PENGETAHU AN	KELOMPOK PERLAKUAN		KELOMPOK KONTROL	
	<i>Pre Test</i> (%)	<i>Post Test</i> (%)	<i>Pre Test</i> (%)	<i>Post Test</i> (%)
Baik	0	66	0	0

Cukup	0	34	0	0
Kurang	100	0	100	100
Uji <i>Wilcoxon Signed Rank Test</i>	P: 0,000 Z: -5,177		P: 0,153 Z: -1,428	

PEMBAHASAN

Pengaruh uji metode *Act FAST* (*Face, Arm, Speech, and Time*) terhadap peningkatan pengetahuan keluarga lansia tentang tanda dan gejala stroke. Berdasarkan tabel 4 setelah dilakukan pendidikan kesehatan dengan metode *Act FAST* sebanyak 34 persen, pengetahuannya tentang tanda dan gejala stroke dari kurang menjadi cukup dan 66 persen menjadi baik. Secara keseluruhan responden mengalami peningkatan pengetahuan tentang tanda dan gejala stroke. Menurut hasil analisa *Wilcoxon Sign Rank Test*, $z = -5.177$ dan $p = 0,000$, sehingga $p < \alpha < 0,05$. H0 ditolak maka H1 diterima, artinya metode *Act FAST* efektif terhadap pengetahuan keluarga lansia tentang tanda dan gejala stroke. Manusia memiliki kemampuan me-ngembangkan kapasitasnya dalam melakukan observational learning yang mampu mengembangkan pengetahuan dan ketrampilan berdasarkan convey information yang memberikan pengaruh modeling (Bandura, 1986).

Manusia juga memiliki tahapan-tahapan yang dilalui untuk memiliki suatu pengetahuan. Berdasarkan, pengetahuan akan terbentuk lewat beberapa tahapan antara lain tahu, memahami, aplikasi, analisis, sintesis, dan evaluasi (Notoatmodjo, 2003). Menurut Moeliono (2003), melalui teknik “mendengar“, seseorang dapat memperoleh 25 persen pemahaman; melalui “mendengar dan

melihat“ seseorang memperoleh 50 persen pemahaman; tetapi melalui teknik “mendengar, melihat dan mengalami“ seorang peserta pelatihan dapat memperoleh 75 persen – 100 persen pemahaman mengenai suatu tema pelatihan. Menurut piaget (1967), tiga pilar dalam proses belajar yaitu pilar pertama, mengajar tidak bersifat langsung. Peserta ajar tidak akan mengambil secara langsung apa yang dikatakan seseorang. Mereka akan menginterpretasikan informasi yang didengar dan membandingkan dengan pengetahuan dan pengalaman yang telah dimiliki. Mereka merubah input informasi yang masuk. Pilar ke-dua Model transmisi, pengetahuan bukan suatu informasi yang bisa diberikan dalam satu kali waktu, dikode, diingat, dibangkitkan, dan diterapkan. Namun, pengetahuan adalah pengalaman yang diperoleh lewat interaksi dengan dunia, orang, atau sesuatu. Pilar ke-tiga Sebuah teori belajar yang mengacuhkan hambatan dalam belajar akan mempengaruhi hasil belajar itu sendiri. Walaupun memiliki alasan yang bagus untuk tidak merubah pengetahuan yang sebelumnya dimiliki ketika menerima pandangan lain dari luar. Perubahan konsep akan selalu terjadi selama masa hidup.

Fakta menyebutkan bahwa meskipun pendidikan mayoritas responden adalah SMP dan mayoritas rentang usia pada kelompok perlakuan adalah 31-40 tahun, pengetahuan responden bisa mengalami peningkatan setelah diberikan metode *Act FAST*. Seperti yang dinyatakan oleh Imawan (2010), bahwa media bergambar dapat membantu dalam meningkatkan pema-

haman dan besar pengaruhnya bagi indera serta lebih dapat menjamin pemahaman. Orang yang mendengarkan saja tidaklah sama tingkat pemahamannya dan lamanya bertahan apa yang dipahaminya dibandingkan dengan mereka yang melihat dan mendengarnya. Sebagian besar pengetahuan diperoleh melalui indra pendengaran (telinga) dan indera penglihatan (mata) (Notoatmojo, 2007).

Responden dalam kelompok kontrol, meskipun tingkat pengetahuannya tidak berubah dari kategori kurang, namun dari segi kuantitas skor yang diperoleh mengalami peningkatan. Responden pada kelompok kontrol lebih banyak berpendidikan SMA/ sederajat dan usia didominasi oleh kelompok usia mulai dari 21-50 tahun. Secara rasional dapat diartikan bahwa responden mempunyai kecerdasan cukup serta kemampuan untuk menerima pengetahuan dengan cukup sehingga responden akan lebih mudah menerima informasi. Namun jumlah responden yang berpendidikan D3/ sederajat dan S1/ sederajat atau lebih, juga turut andil dalam pemberian kontribusi peningkatan skor yang diperoleh. Oleh karena itu responden juga dengan sendirinya mengalami proses pembelajaran dengan mencari tahu sendiri apabila ada informasi yang kurang jelas. Pengalaman belajar yang dikembangkan memberikan pengetahuan dan keterampilan serta pengalaman belajar selama proses mencari tahu akan dapat mengembangkan kemampuan mengambil keputusan yang merupakan manifestasi dari keterpaduan menalar secara ilmiah dan etik yang bertolak dari masalah nyata dalam bidang kerjanya (Notoatmojo, 2007).

Pengalaman sebagai sumber pengetahuan adalah suatu cara untuk memperoleh kebenaran pengetahuan dengan cara mengulang kembali pengetahuan yang diperoleh dalam memecahkan masalah yang dihadapi masa lalu (Notoatmojo, 2007).

Tingkat pengetahuan keluarga lansia tentang tanda dan gejala stroke setelah diberikan metode *Act FAST* (*Face, Arm, Speech, and Time*). Notoatmojo (2007) mengungkapkan bahwa pengetahuan sangat erat kaitannya dengan pendidikan dimana diharapkan seseorang dengan pendidikan tinggi, maka orang tersebut akan semakin luas pula pengetahuannya. Namun perlu ditekankan bahwa seseorang yang berpendidikan rendah tidak berarti mutlak berpengetahuan rendah pula. Peningkatan pengetahuan juga tidak mutlak diperoleh di pendidikan formal, akan tetapi juga dapat diperoleh pada pendidikan *non formal*. Salah satu pendidikan *non formal* itu adalah adanya pemberian metode *Act FAST*. Usia juga bisa mempengaruhi terhadap daya tangkap dan pola pikir seseorang. Semakin bertambah usia akan semakin berkembang pula daya tangkap dan pola pikirnya, sehingga pengetahuan yang diperolehnya semakin membaik (Notoatmojo, 2007). Namun seiring dengan proses penuaan, daya tangkap dan pola pikir akan mengalami proses penurunan seperti pada fungsi fisiologis tubuh lainnya. Pernyataan tersebut di atas sesuai dengan fakta yang ada pada kelompok perlakuan. Adanya faktor usia dan pendidikan mayoritas responden yang kurang mendukung dalam menerima dan mencerna informasi, metode *Act FAST* bisa efektif terhadap

peningkatan pengetahuan keluarga lansia terhadap deteksi dini serangan stroke.

Pengetahuan tentang tanda dan gejala stroke masih sangat minimal diterima oleh masyarakat awam. Namun dengan adanya pemberian informasi sederhana yang berfokus pada pengetahuan tanda dan gejala stroke secara dini mampu memberikan pemahaman yang sederhana pula untuk melakukan piñatalaksanaan secara cepat dan tepat bila ditinjau dari segi kegawatdaruratan medis pada kasus serangan stroke.

KESIMPULAN

Metode *Act FAST* cukup efektif terhadap peningkatan pengetahuan keluarga lansia tentang tanda dan gejala stroke di Kelurahan Bulak Kecamatan Bulak, Surabaya.

SARAN

Mengingat bagian tugas Dinas Kesehatan diharapkan mampu memberikan sosialisasi metode *Act FAST* secara luas dan bertahap kepada masyarakat untuk meningkatkan status kesehatan masyarakat secara umum dan mencegah kecacatan serta kematian penderita serangan stroke secara dini. Sedangkan bagi Puskesmas yang memiliki wilayah kerja Kelurahan Bulak, diharapkan mampu melaksanakan pendidikan kesehatan tentang stroke dengan metode *Act FAST* untuk memudahkan masyarakat dalam menerima informasi kesehatan. Untuk penelitian selanjutnya diharapkan mampu melakukan penyesuaian lebih mendalam terkait perbe-

daan karakteristik pendidikan antara masyarakat dimana metode *Act FAST* berasal dengan masyarakat Indonesia tempat dilakukannya penelitian.

DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto, S. (2006). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik* (Edisi Revisi). Jakarta. Penerbit: Rineka Cipta, Hal: 270-279.
- Foster.(2010). *Stroke Insight Research on Act F.A.S.T Campaign and BME communities*. United Kingdom: dr. Foster Intelligence, Hal: 9, 50-58.
- Gilroy, J. (2000). *Cerebrovascular Disease in Basic Neurology*, 3rd. New York: Mcgrawhill.
- Imawan, A. (2008). Pengaruh Penggunaan Metode Pembelajaran Gambar Terhadap Pemahaman Peserta Didik Kelas V Pada Mata Pelajaran Fiqih Di Madrasah Ibtida'iyah Haji Ahmad Ali Surabaya. <http://ejournal.sunan-ampel.ac.id/index.php/antologi/article/view/316/255> (akses tanggal 29 Januari. Jam 23:07 WIB).
- Islam, M, S. (2004). *Pedoman Praktis Penatalaksanaan Stroke Iskemik Akut*. Bangkalan: Pendidikan Kedokteran Kelanjutan.
- Mansjoer, A. (2005). *Kapita Selekta Kedokteran. Jilid 2*. Jakarta: Metode Aesculapius Universitas Indonesia, hal: 17.
- Mansjoer, A. (2008). *Pengantar Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan System Persyarafan*. Jakarta: Salemba Medika, hal: 128.
- National Stroke Association. (2011). *Warning Sign Of Stroke*. <http://www.stroke.org>. (diakses tanggal 30 Januari 2013, jam: 02:30 WIB). Centennial: National Stroke Association.
- National Stroke Foundation. (2010). *Clinical Guidelines for Stroke Managenent*.Australia: National Stroke Foundation.
- NICE.(2008). *Diagnosis and Initial Management of Acute Stroke and Transient IschaemicAttack (TIA)*. London: National Institute for Health and Clinical Excelent.
- Northern Kentucky Stroke Team Cincinnati Univercity .The "Golden Hour" of Acute ischemic Stroke. Northern Kentucky Stroke Team Cincinnati Univercity. <http://www.strokecenter.com>. (diakses tanggal 27 Januari 2013 Jam 20: 35 WIB).
- Notoatmojo, S. (2007). *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta. Hal: 133-140.
- Notoatmojo, S. (2010). *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta. Hal: 20-33.
- Nursalam. (2008). *Konsep & Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pedoman Skripsi, Tesis, dan Instrumen Penelitian*.

Jakarta: Salemba Medika, hal 16-21.

bersedia berpartisipasi pada penelitian ini dan pihak terkait lainnya.

Nursalam. (2011). Manajemen Keperawatan: Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional. Edisi 3. Jakarta: Salemba Medika. Hal: L-94 – L-103.

Price & Wilson. (2006). Patofisiologi Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit. Edisi 6 Volume I. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC, Hal: 582-585.

Prinzon, R. (2007). Mengapa Pasien Stroke Datang Terlambat ke RS?.
<http://www.strokebethesda.com>
(akses tanggal 27 januari 2013 jam 22:08 WIB).

Putra, B, P. Alberta, L, P, et al. (2011). Hubungan Antara Pengetahuan Keluarga Tentang Stroke Dengan Tindakan Pertolongan Pertama Serangan Stroke. Vol. IV No. 3 Desember 2011.

Replogle. R, E. (2012). Diagnosis & Treatment of Hemorrhagic Stroke. Rochester: Rochester Neurosurgical Partners.

Sullivan, K & Dunton, N. (2001). Stroke Knowledge Test; Modified 2006. Australia: School of Psychology and Counselling, Queensland University of Technology.

ACKNOWLEDGEMENT

Peneliti mengucapkan banyak terimakasih kepada para responden yang