

TINGKAT PENDIDIKAN KELUARGA TERHADAP *GOLDEN HOUR* PASIEN STROKE DI RSUD ULIN BANJARMASIN

Yuniar Rahmina, Abdurrahman Wahid, Rismia Agustina

Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Kedokteran, Universitas Lambung Mangkurat,
Jl. A. Yani KM. 36 Banjarbaru, 70714

Email korespondensi: Rahminayuniar@gmail.com

ABSTRAK

Rata-rata waktu kedatangan pasien adalah melebihi *golden hour* (8,9 jam). Tingkat pendidikan menjadi salah satu faktor yang menyebabkan terlambatnya pasien stroke tiba di rumah sakit. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan tingkat pendidikan terhadap *golden hour* pasien stroke di RSUD Ulin Banjarmasin. Penelitian ini menggunakan metode deskriptif analitik secara *cross sectional* dengan teknik *accidental sampling* pada 30 keluarga pasien stroke di RSUD Ulin Banjarmasin. Penelitian dilakukan sejak November hingga Desember 2016 dengan wawancara. Hasil analisis menunjukkan nilai signifikansi (2-tailed) sebesar $0,773 > 0,05$ artinya H_0 diterima, sehingga tidak terdapat hubungan yang signifikan antara tingkat pendidikan dengan *golden hour* ($p = 0,773$). Hal ini menunjukkan bahwa tingkat pendidikan tidak berhubungan dengan *golden hour* pasien stroke di RSUD Ulin Banjarmasin.

Kata-kata kunci : *golden hour*, stroke, tingkat pendidikan keluarga.

ABSTRACT

The average time of arrival of the patient is exceeded *golden hour* (8.9 hours). The level of education is one factor that leads to delays in stroke patients arrive at the hospital. The aim of this study to determine correlation between education towards *golden hour* stroke patients in hospitals Ulin Banjarmasin. This study used cross sectional descriptive analytic with accidental sampling technique in 30 families of stroke patients in hospitals Ulin Banjarmasin. The study was conducted from November to Desember, 2016 with the interview. Analyze result obtained the value of significance (2-tailed amounted to $0.773 > 0.05$ means that H_0 is accepted, so there is no significant relationship between the level of education with the *golden hour* ($p = 0.773$). This indicates that the level of education is not related to the *golden hour* of stroke patients in hospitals Ulin Banjarmasin.

Keywords : *golden hour*, stroke, family education level.

PENDAHULUAN

Stroke adalah suatu gangguan neurologis atau kehilangan fungsi saraf pusat yang dikarenakan berhentinya suplai darah ke bagian otak sehingga bisa dikategorikan dalam penyakit kegawatdaruratan (1). Berdasarkan data Riskesdas (2013) menunjukkan bahwa stroke menempati urutan 9 dari 10 penyakit terbanyak di Indonesia dan urutan 5 di Kalimantan Selatan dengan prevalensi 9,2 perseribu penduduk.

Widi (2013) menyatakan bahwa salah satu kunci penting dalam mengurangi kematian dan meminimalkan kerusakan otak yang ditimbulkan oleh stroke adalah dengan memberikan penanganan yang cepat dan tepat. Fassbender (2013) menyatakan bahwa waktu yang paling direkomendasikan pada pasien stroke adalah 3-4,5 jam yang disebut dengan *golden hour*. Jika penanganan stroke diberikan lebih dari rentang waktu (*golden hour*) maka kerusakan yang dialami pasien stroke akan bersifat permanen (2).

Sebuah penelitian yang telah dilakukan di RSUD Kupang menunjukkan bahwa waktu pasien sampai ke rumah sakit adalah >3 jam dengan persentase 56,7%, rata-rata kerusakan neurologis pasien stroke adalah 70% dengan p value 0,042. Sehingga menunjukkan bahwa penanganan prehospital penting untuk meminimalkan kerusakan neurologis yang terjadi (3). Pada saat terjadinya serangan stroke, inisiator yaitu keluarga berperan penting untuk pengambilan keputusan dalam perawatan dan pemeliharaan kesehatan terhadap pasien stroke (4). Status kesehatan setiap anggota keluarga merupakan tanggung jawab keluarga yang lain. Keluarga memiliki peran penting ketika salah satu anggota keluarga menghadapi masalah kesehatan (5).

Beberapa faktor yang mempengaruhi dalam keterlambatan

golden hour pasien stroke yang terdapat dalam Pinzon (2010) adalah pengetahuan, tingkat pendidikan persepsi, transportasi dan ekonomi. Pendidikan adalah suatu upaya untuk merubah perilaku seseorang, termasuk perilaku kesehatan untuk mencegah terjadinya stroke (6). 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 (7).

Berdasarkan Wahid (2015) menyebutkan bahwa 33 responden mengalami serangan stroke ketika berada di rumah. Maka dari itu pada saat terjadinya serangan stroke keluarga berperan penting untuk pengambilan keputusan dalam perawatan dan pemeliharaan kesehatan terhadap pasien stroke (8). Hsia (2011) menyatakan bahwa tingkat pendidikan keluarga yang rendah lah yang menyebabkan terlambatnya pasien stroke tiba di rumah sakit.

Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan pada tanggal 26 September sampai dengan 11 Oktober 2016 di Ruang IGD RSUD Ulin Banjarmasin didapatkan bahwa stroke merupakan penyakit terbanyak urutan ke-4 tiap bulannya. Berdasarkan data penelitian Wahid selama bulan Mei-Juni 2015 di RSUD Ulin Banjarmasin, terdapat pasien stroke sebanyak 25 orang. Rata-rata waktu kedatangan adalah 8,9 jam dan sangat jauh dari *golden hour*. Dari 25 keluarga pasien yang menjadi responden, mayoritas keluarga pasien yaitu sebanyak 10 responden berpendidikan rendah yaitu SD dan SMP (8). Berdasarkan latar belakang tersebut, peneliti tertarik untuk menganalisis hubungan tingkat pendidikan keluarga pasien stroke terhadap *golden hour* pasien stroke di RSUD Ulin Banjarmasin.

METODE PENELITIAN

Penelitian menggunakan metode deskriptif analitik secara *cross sectional* dengan teknik *accidental sampling* pada 30 keluarga pasien stroke di RSUD Ulin Banjarmasin. Penelitian dilakukan sejak November hingga Desember 2016 dengan wawancara.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Karakteristik Responden

Tabel 1 menjelaskan karakteristik jumlah pasien stroke yang masuk ke ruang instalasi gawat darurat (IGD), Ruang Seruni dan Ruang Stroke. Terdapat dilihat responden terbanyak adalah jenis kelamin laki-laki yaitu sebanyak 17 orang dengan persentase 56,7%. Rata-rata usia keluarga pasien stroke yang berada di RSUD Ulin Banjarmasin yang paling banyak adalah usia 26-35 tahun sebesar 30%.

Tabel 1. Gambaran Karakteristik Responden di RSUD Ulin Banjarmasin.

Variabel	N	%
Jenis Kelamin		
Laki-laki	17	56,7%
Perempuan	13	43,3%
Total	30	100%
Usia		
17-25 tahun	6	20%
26-35 tahun	9	30%
36-45 tahun	8	26,7%
46-55 tahun	4	13,3%
56-65 tahun	3	10%
Total	30	100%

Jumlah responden laki-laki adalah 17 orang dengan presentase 56,7%. Pada saat penelitian perempuan sedang sibuk dengan tugas-tugas mereka dan yang mengambil keputusan untuk membawa pasien ke rumah sakit adalah laki-laki, meskipun persentase antara jenis kelamin

laki-laki dan perempuan tidak jauh berbeda. Pengambilan keputusan lebih banyak dilakukan oleh jenis kelamin laki-laki karena kematangan emosi yang dipengaruhi oleh hormon, peran dan tuntutan sosial pada laki-laki lebih besar dibandingkan perempuan (9).

Usia merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi pengambilan keputusan karena semakin tinggi usia maka semakin matang emosi yang dimiliki seseorang. Usia 26-35 tahun menurut Depkes RI adalah usia yang disebut dewasa awal pada tahap ini fungsi fisiologis telah matang dan mampu mengambil keputusan (9). Usia-usia responden tersebut termasuk dalam rentang usia remaja akhir hingga lansia akhir.

Responden dengan rentang usia 17-25 tahun berjumlah 6 orang dengan tingkat pendidikan terakhir semuanya adalah SMA. Responden dengan rentang usia 26-35 tahun berjumlah 9 orang dengan tingkat pendidikan terakhir SMA ada 8 orang dan pendidikan terakhir SD ada 1 orang. Responden dengan rentang usia 36-45 tahun berjumlah 8 orang dengan pendidikan terakhir SMA ada 4 orang, pendidikan terakhir SMP ada 1 orang dan pendidikan terakhir SD ada 3 orang. Responden dengan rentang usia 46-55 tahun berjumlah 4 orang dengan pendidikan terakhir SD 1 orang, SMP 1 orang dan SMA 2 orang. Responden dengan rentang usia 56-65 dengan pendidikan terakhir SD ada 1 orang dan SMP 2 orang.

Pada tahap usia tersebut sudah terjadi kematangan dan memiliki kekuatan dalam berpikir, bekerja dan bertindak (10). Pada data di atas menunjukkan bahwa semakin tua seseorang bukan berarti pendidikannya akan lebih tinggi, hal ini dikarenakan memang dengan pertambahan usia akan meningkatkan daya tangkap dan pola pikir manusia, namun bukan berarti pendidikan yang didapatkan semua orang

sama. Seiring berjalannya waktu pendidikan juga semakin maju hal ini dilihat dari data bahwa rentang usia 17-25 tahun lebih banyak SMA dibandingkan yang usia 56-65 tahun yang lebih banyak hanya SD dan SMP.

Tingkat Pendidikan Keluarga Pasien Stroke di RSUD Ulin Banjarmasin

Tabel 2 menunjukkan bahwa tingkat pendidikan keluarga pasien stroke yang berada di RSUD Ulin Banjarmasin adalah 10 orang pendidikan rendah (SD-SMP), 20 orang pendidikan sedang (SMA) dan tidak ada responden (0%) yang pendidikan terakhirnya perguruan tinggi. Tingkat pendidikan keluarga pasien stroke paling banyak adalah pendidikan sedang (SMA) yaitu sebesar 20 orang dari 30 responden.

Tabel 2. Distribusi tingkat pendidikan responden pada bulan November hingga Desember 2016.

Tingkat Pendidikan	N	Persentase
Pendidikan Rendah	10	33,3%
Pendidikan Sedang	20	66,7%
Total	30	100%

Hasil analisis menunjukkan bahwa dari total 30 responden dalam penelitian, responden lebih banyak memiliki latar belakang pendidikan sedang yaitu pernah bersekolah SMA/ sederajat dengan persentase 66,7% yaitu 20 orang (11). Pada penelitian ini terlihat adanya perbedaan tingkat pendidikan pada responden. Tingkat pendidikan seseorang dapat berbeda-beda karena ada beberapa faktor yang mempengaruhi pendidikan yaitu motivasi individu, sosial, ekonomi, budaya dan motivasi orang tua (12,13,14,15). Dalam penelitian ini responden banyak memiliki pendidikan akhir adalah SMA yaitu 20 orang dengan persentase 66,67% dalam budaya orang

Banjar jika sudah wajib belajar 12 tahun maka sudah dianggap matang untuk membantu perekonomian keluarga dengan memprioritaskan bekerja dibanding dengan melanjutkan sekolah. Pendidikan akan diutamakan pada laki-laki karena harus mencari nafkah dan perempuan biasanya memilih menikah dibandingkan harus meneruskan sekolah (16).

Pada penelitian ini didapatkan hasil bahwa tidak ada responden yang memiliki pendidikan terakhir perguruan tinggi karena salah satu faktor yang mempengaruhi tingkat pendidikan adalah perekonomian. Distribusi wilayah Kalimantan Selatan yang lebih banyak pedesaan yaitu sebesar 1.981 desa memberikan efek besar terhadap mata pencaharian masyarakatnya. Mata pencaharian masyarakat Kalimantan Selatan yang paling banyak adalah petani, peternak, kehutanan dan perikanan yaitu sebesar 89,15% (17). Pendapatan perekonomian yang kurang akan berdampak pada pendidikan seseorang, seperti menimbulkan putus sekolah karena biaya pendidikan dan alat-alat sekolah yang mahal (15). Hal ini dapat dilihat pada persentase tingkat pendidikan terakhir Sensus Penduduk tahun 2010 Provinsi Kalimantan Selatan bahwa persentase pendidikan rendah yaitu sebesar 78,52%, pendidikan sedang sebesar 16,65% dan pendidikan tinggi sebesar 4,83% (17).

Kondisi sosial masyarakat Banjar sebenarnya masih lekat dengan ajaran agama Islam karena mayoritas masyarakatnya beragama Islam (16). Namun seiring berjalannya waktu, pergaulan bebas mulai memasuki masyarakat. Seseorang yang sebenarnya mampu dalam perekonomian dan dapat melanjutkan ke pendidikan tinggi akan terpengaruh dengan lingkungan dan pergaulan yang buruk.

Selain faktor budaya, ekonomi dan kondisi sosial masih ada lagi dua faktor yang mempengaruhi yaitu motivasi

individu dan motivasi orang tua. Dalam penelitian ini sebenarnya tidak terkaji untuk motivasi individu dan motivasi orang tua karena peneliti hanya sebatas menanyakan pendidikan terakhir responden saja. Namun, motivasi individu dan motivasi orang tua ini sebenarnya juga merupakan faktor yang mempengaruhi pendidikan. Semakin besar motivasi seseorang untuk terus berprestasi, maka dia akan terus mencoba menggapai pendidikan mereka ke jenjang yang lebih tinggi (12).

Golden Hour (Waktu Awal Terjadinya Serangan Hingga Tiba di IGD Rumah Sakit) Pasien Stroke di RSUD Ulin Banjarmasin

Berdasarkan tabel 3 rata-rata *golden hour* pasien stroke yang berada di RSUD Ulin Banjarmasin adalah 177,67 menit (2 jam 58 menit) dengan minimal waktu 15 menit dan maksimal 420 menit. Tingkat kepercayaan dari *golden hour* adalah 228,21 untuk *upper bound* dan 127,13 untuk *lower bound*.

Tabel 3. Persentase *golden hour* responden di RSUD Ulin Banjarmasin pada bulan November hingga Desember 2016.

		<i>Golden Hour</i>
Mean		177,67
Min		15
Max		420
St. Deviasi		135,346
CI 95%	Upper Bound	228,21
	Lower Bound	127,13
N		30

Berdasarkan penelitian yang dilakukan di RSUD Ulin Banjarmasin pada 30 responden yang merupakan keluarga dari pasien stroke yang tertulis pada tabel 3, rata-rata onset dari timbulnya gejala stroke hingga pasien stroke tiba di Rumah Sakit yang dibawa oleh keluarganya adalah 177,67 menit (2

jam 58 menit) dengan waktu kedatangan tercepat yaitu 15 menit dan waktu kedatangan terlambat yaitu 420 menit (7 jam). Jumlah responden yang membawa pasien stroke ke RS dengan waktu melebihi dari 270 menit atau >4,5 jam (melebihi *golden hour*) yaitu 12 orang dengan presentase 40% dan yang kurang dari *golden hour* atau <4,5 jam sebanyak 18 orang dengan persentase 60%. Faktor-faktor yang mempengaruhi terlambatnya keluarga dalam membawa pasien stroke ke rumah sakit adalah pengetahuan, tingkat pendidikan persepsi, transportasi dan ekonomi (18).

Responden yang melebihi *golden hour* (>4,5 jam) memiliki jarak tempuh dari rumah ke rumah sakit paling jauh adalah 60 km. Dengan jarak 60 km seharusnya responden dapat menempuh perjalanan paling lambat dalam waktu 3 jam, namun responden tersebut datang dengan lama waktu 315 menit atau 5 jam 15 menit, sedangkan untuk responden paling dekat jarak tempuhnya adalah 4 km yang seharusnya dapat ditempuh hanya dalam waktu 15 menit. Responden yang kurang dari *golden hour* (<4,5 jam) memiliki jarak tempuh dari rumah ke rumah sakit paling jauh adalah 60km. Dengan jarak 60 km responden membutuhkan waktu 2 jam, sedangkan untuk responden paling dekat jarak tempuhnya adalah 0,5 km atau 500 m responden membutuhkan waktu 30 menit. Dari data tersebut dapat dilihat adanya perbedaan waktu membawa pasien stroke ke rumah sakit dikarenakan jarak yang juga berbeda-beda.

Responden yang memiliki jarak tempuh dari rumah ke rumah sakit paling jauh adalah 60 km. Namun, dengan jarak 60 km responden tersebut datang dengan lama waktu 315 menit atau 5 jam 15 menit yang artinya melebihi *golden hour* (>4,5 jam). Padahal dalam jarak tempuh 60 km kemungkinan akan bisa ditempuh hanya dalam waktu paling lama adalah 3 jam dan dapat datang kurang dari *golden hour* (<4,5 jam). Berdasarkan hasil

wawancara yang dilakukan saat penelitian didapatkan data bahwa sebagian besar responden menunggu keluarga lain yang mengambil keputusan dan merupakan pengganggu biaya pasien.

Selain itu, terdapat pula responden yang awalnya memilih untuk membawa pasien stroke ke pengobatan tradisional sehingga keluar dari *golden hour* yang seharusnya. Masyarakat Banjar memang masih erat dengan budaya yang mempercayai pengobatan-pengobatan tradisional (16). Sehingga dapat dilihat bahwa ada persepsi yang kurang tepat dan adanya ketidaktahuan mengenai *golden hour* stroke. Hal ini juga dikarenakan *golden hour* pasien stroke tidak hanya dipengaruhi oleh jarak namun *golden hour* juga dipengaruhi oleh beberapa faktor lain seperti pengetahuan, persepsi, transportasi dan ekonomi (18,19).

Stroke yang terlambat mendapat penanganan akan mengakibatkan kelumpuhan luas dan gangguan pada kognitif. Jika penanganan stroke diberikan lebih dari rentang waktu (*golden hour*) maka kerusakan yang dialami pasien stroke akan bersifat permanen (2). Stroke akan meninggalkan gejala sisa karena fungsi otak tidak akan membaik sepenuhnya (20). Dengan demikian perlu penanganan yang secepat mungkin untuk menurunkan angka cacat fisik akibat stroke (3).

Golden hour pasien stroke menjadi hal penting karena penanganan stroke sedini mungkin akan mengurangi kematian dan meminimalkan kerusakan otak yang ditimbulkan oleh stroke (2). *Golden hour* adalah istilah yang digunakan untuk menunjukkan waktu efektif penanganan stroke (20,21). Penanganan dini yang paling direkomendasikan untuk stroke diberikan dalam rentang waktu 3 sampai 4,5 jam (*golden hour*) setelah terjadinya serangan, terapi trombolisis merupakan terapi yang paling tepat untuk diberikan

pada pasien stroke (22). Jumlah responden yang membawa pasien stroke ke RS dengan waktu kurang dari 270 menit yang artinya termasuk ke dalam *golden hour* yaitu 17 orang dan jumlah responden yang membawa pasien stroke ke RS dengan waktu melebihi dari 270 menit yang artinya tidak termasuk ke dalam *golden hour* yaitu 13 orang. Pasien stroke yang dibawa ke Rumah Sakit dengan waktu kurang dari 270 menit atau termasuk kedalam waktu penanganan terbaik pada stroke (*golden hour*) akan mendapatkan hasil penatalaksanaan yang lebih efektif jika dibandingkan dengan pasien stroke yang dibawa ke Rumah Sakit ketika sudah melewati *golden hour* (3).

Keterlambatan pertolongan pada fase *prehospital* harus dihindari dengan pengenalan keluhan dan gejala stroke bagi pasien dan orang terdekat serta kecepatan membawa pasien stroke ke rumah sakit untuk mendapatkan penanganan segera (23). Pasien stroke harus ditangani dengan pemberian fibrinolitik dengan rTPA (*recombinant Tissue Plasminogen Activator*) pada 3-4,5 jam pertama setelah onset stroke secara umum memberikan keuntungan reperfusi dari lisisnya thrombus dan perbaikan *cerebral* yang bermakna (20, 24, 25).

Hubungan Tingkat Pendidikan Keluarga terhadap Golden Hour Pasien Stroke di RSUD Ulin Banjarmasin

Analisis bivariat digunakan untuk mengetahui hubungan tingkat pendidikan keluarga dengan *golden hour* pasien stroke di RSUD Ulin Banjarmasin dengan menggunakan uji *Mann Whitney* dapat dilihat pada tabel 4. Uji *Mann Whitney* menunjukkan nilai *p*-value sebesar 0,773. Analisis uji statistik dengan nilai *p* value >0.05 dapat diketahui bahwa H0 secara statistik diterima yang berarti tidak terdapat hubungan yang signifikan antara

pendidikan keluarga dengan *golden hour* pasien stroke di RSUD Ulin Banjarmasin.

Tabel 4. Hubungan Tingkat Pendidikan Keluarga terhadap *Golden Hour* Pasien Stroke di RSUD Ulin Banjarmasin bulan November hingga Desember 2016.

Pendidikan	<i>Golden hour</i>			
	<4,5 jam	Persen Tase	>4,5 jam	Persen tase
Pendidikan Rendah	7	23,3%	3	10%
Pendidikan Sedang	11	36,7%	9	30%
Total	18	60%	12	40%
p-value	0,773			
N	30			

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Kim (2011) yang berjudul "*Stroke Awareness Decreases Prehospital After Acute Ischemic Stroke in Korea*" dengan hasil nilai p value = 0,609, dimana $p > \alpha = 0,05$, sehingga sama halnya dengan penelitian yang telah dilakukan dapat dijelaskan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara pendidikan keluarga terhadap *golden hour* pasien stroke di RSUD Ulin Banjarmasin. Hasil penelitian tersebut menjelaskan bahwa tingkat pendidikan tidak berhubungan dengan kedatangan awal pasien stroke.

Pada penelitian ini dapat terlihat bahwa responden dengan pendidikan rendah mayoritas membawa pasien stroke adalah kurang dari *golden hour* yaitu sebanyak 7 orang atau 23,3% dari 30 responden. Sedangkan yang membawa pasien stroke lebih dari *golden hour* hanya 3 orang dari 30 responden yaitu sebesar 10%. Responden yang pendidikan sedang ada 20 orang dengan 11 orang atau 36,7% kurang dari *golden hour* dan 9 orang atau 30% lebih dari *golden hour*. Tingkat pendidikan tersebut membuktikan bahwa responden dengan tingkat pendidikan rendah belum tentu *golden hour* nya buruk. Hal ini dikarenakan faktor yang mempengaruhi

golden hour bukan hanya tingkat pendidikan, tetapi ada faktor lain seperti pengetahuan, persepsi, jarak, transportasi dan ekonomi (18,19).

Sama halnya dengan penelitian ini, dalam jurnal "*Factors Delaying Hospital Arrival of Patients With Acute Stroke*" pada tahun (2008) menjabarkan bahwa tingkat pendidikan seseorang tidak berhubungan secara signifikan dengan keterlambatan dalam *golden hour* dari pasien stroke. Persentase tingkat pendidikan rendah pada penelitian ini adalah 37,6% dan persentase pasien dengan tingkat pendidikan tinggi adalah 44,6%. Meskipun tingkat pendidikan pasien lebih banyak berpendidikan tinggi namun waktu kedatangan pasien yang sesuai dengan *golden hour* atau <4,5 jam hanya 28,5% dan yang melebihi *golden hour* sebesar 71,5%. Dengan median keterlambatan kedatangan sejak tanda dan gejala muncul (melebihi *golden hour*) adalah 6 jam. Dengan alasan keterlambatan kedatangan tidak hanya disebabkan oleh pendidikan dan faktor demografi, tetapi juga oleh persepsi, sosial dan faktor perilaku (26).

Hasil penelitian ini tidak sesuai dengan penelitian dari Rasyid F.A. dalam skripsi "*Hubungan Tingkat Pengetahuan Stroke dan Tingkat Pendidikan pada Keluarga Pasien Stroke dengan Tindakan Keluarga pada Penanganan Awal Stroke Akut di RSPAD Gatot Soebroto Jakarta Periode Januari-Februari 2013*" dengan hasil nilai p value = 0,000, dimana $p < \alpha = 0,05$, sehingga tingkat pendidikan keluarga pasien stroke berhubungan secara signifikan dengan keterlambatan dalam *golden hour* dari pasien stroke. Keluarga yang membawa pasien stroke ke rumah sakit atau mencari pertolongan kurang dari *golden hour* setelah onset gejala stroke berjumlah 49 orang. Keluarga yang membawa pasien stroke lebih dari *golden hour* ke rumah sakit mencari pertolongan berjumlah 23 orang (27). Hasil penelitian ini tidak sesuai dengan hasil penelitian peneliti karena

sampel dalam penelitian ini menggunakan sampel minimum sedangkan pada penelitian di atas peneliti menggunakan 72 sampel serta karakteristik daerah dan responden yang berbeda.

Pada penelitian yang telah dilakukan ini peneliti hanya sebatas menanyakan dan membandingkan tingkat pendidikan formal saja. Seperti yang dijelaskan dalam UU No.20 Tahun 2003 bahwa Pendidikan Nasional di Indonesia tidak hanya pendidikan formal namun ada 3 pendidikan nasional yaitu pendidikan formal, pendidikan nonformal dan pendidikan informal. Pendidikan nonformal meliputi pendidikan yang membentuk kecakapan hidup, seperti pendidikan pemberdayaan perempuan, pendidikan anak usia dini, serta pendidikan lain yang ditujukan untuk mengembangkan kemampuan peserta didik. Kegiatan pendidikan informal adalah pendidikan yang dilakukan oleh keluarga dan lingkungan (11).

Pendidikan nonformal diselenggarakan untuk masyarakat yang memerlukan layanan pendidikan yang berfungsi sebagai pengganti, penambah, dan pelengkap pendidikan formal dalam rangka mendukung pendidikan yang ada. Sehingga dengan adanya pendidikan nonformal seseorang akan mengembangkan potensi dan kecakapan hidupnya dari segi pengetahuan dan keterampilan yang dimiliki. Pendidikan informal adalah pendidikan yang dilakukan keluarga dan lingkungan secara mandiri, maka dari itu keluarga merupakan tempat pendidikan bagi seseorang. Sedangkan dalam penelitian peneliti tidak mengukur untuk pendidikan nonformal dan informal, sehingga tidak diketahui untuk pendidikan nonformal dan informal responden. Sama halnya dengan penelitian Kim *et al.* (2011) hasil statistik pada penelitian ini tidak berhubungan karena ada faktor lain yang mempengaruhi *golden hour* yang tidak dapat dikontrol oleh peneliti,

seperti pengetahuan dan persepsi responden tentang stroke.

PENUTUP

Kesimpulan dari hasil penelitian terkait hubungan tingkat pendidikan keluarga terhadap *golden hour* pasien stroke di RSUD Ulin Banjarmasin didapatkan sebagian besar tingkat pendidikan keluarga adalah pendidikan sedang yaitu SMA sederajat sebanyak 20 orang (66,67%) dari 30 orang responden. Rentang waktu dari timbulnya gejala (*Golden hour*) hingga pasien stroke tiba di RSUD Ulin Banjarmasin sebagian besar kurang dari 4,5 jam (270 menit) yaitu sebanyak 18 orang (60%), dan yang lebih dari 4,5 jam sebanyak 12 orang (40%). Hasil analisis menyatakan tidak ada hubungan antara tingkat pendidikan keluarga terhadap *golden hour* pasien stroke di RSUD Ulin Banjarmasin dengan nilai *p-value* 0,773.

Hasil penelitian dapat menjadi literatur untuk penelitian selanjutnya contohnya saja dapat meneliti mengenai pendidikan nonformal dan informal yang tidak diteliti dalam penelitian ini. Responden dapat memberikan penanganan yang tepat nantinya apabila menemukan orang lain yang terkena serangan stroke sehingga dapat mengurangi kecacatan pasien stroke. Perawat mampu memberikan penanganan pertama setelah pasien sampai Rumah Sakit dengan cepat dan dalam pemberian Asuhan Keperawatan perawat harus memperhatikan *golden hour* dari pasien stroke tersebut.

KEPUSTAKAAN

1. Smeltzer & Bare. Keperawatan medikal bedah Brunner and Sudart EGC: Jakarta. (8);3. 2001.
2. Widi N, S. Perhatikan ini pada penolongannya pertama pasien stroke.

- Republika online, Kamis 3 Oktober 2013; 2013.
3. Batubara, S, O, Tat, F. Hubungan antara penanganan awal dan kerusakan neurologis pasien stroke di RSUD Kupang. *Jurnal Keperawatan Soedirman*; 10, 3. 2015.
 4. Lenora M. M., Tamilyn B. Factors associated with hospital arrival time for stroke patients. *The Journal of Neuroscience Nursing*, (3) 3. 2004.
 5. Herawati. Konsep keperawatan keluarga, Banjarbaru: Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat. 2016.
 6. Hsia, A. W., Amanda, Castle, Jeffrey, J. Wing, et al. Understanding reasons for delay in seeking acute stroke care in an underserved urban population, *NIH Public Access*, 42(6): 1697–1701. 2011.
 7. Mubarak, W, I. Pengantar keperawatan komunitas. Jogjakarta: Sagung Seto. 2005.
 8. Wahid, A. & Santoso, B. R. Improving prehospital stroke system in Banjarmasin: from where we should begin? Makassar: Seminar Internasional Kegawatdaruratan. 2015.
 9. Wawan, A & Dewi, M. Teori dan pengukuran pengetahuan, sikap dan perilaku manusia. Yogyakarta: Nuha Medika. 2010.
 10. Notoatmodjo. Promosi kesehatan dan ilmu perilaku. PT Rineka Cipta: Jakarta. 2007.
 11. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 20 Tahun 2003 tentang sistem pendidikan nasional. Diakses dari: [sumberdaya.ristekdikti.go.id/wp/uu-nomor-20-tahun-2003-tentang-Sisdiknas.pdf](http://www.sumberdaya.ristekdikti.go.id/wp/uu-nomor-20-tahun-2003-tentang-Sisdiknas.pdf)
 12. Djali. Psikologi pendidikan. Jakarta: Bumi Aksara. 2008.
 13. Ahmadi, A. Psikologi sosial, Jakarta: Rineka Cipta. 2007.
 14. Gerungan, W. A. Psikologi sosial. Bandung: Refika Aditama. 2009.
 15. Pidarta, M. Landasan kependidikan, stimulus ilmu pendidikan bercorak Indonesia. Jakarta: Rineka Cipta. 2007.
 16. Puspitawati, H. Pengantar studi keluarga. Bogor: PT Penerbit IPB Press. 2013.
 17. Badan Pusat Statistik. Provinsi Kalimantan Selatan dalam SUSENAS 2011, [http: bps.go.id](http://bps.go.id). 2011.
 18. Pinzon, R., Asanti, Lakasmi, Sugianto, Widyo, et al. *Awas stroke: pengertian, gejala, tindakan, perawatan & pencegahan*. Yogyakarta: Penerbit ANDI. 2010.
 19. Kim, Y. S., Sang-Soon, P, Hee-Joon, B, et al. Stroke awareness decreases prehospital delay after acute ischemic stroke in Korea. *BMC Neurology* 2011. 11.2. 2011.
 20. AHA/ASA Guideline. Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke. *Journal of The American Heart Association*. 2013.
 21. Anderson, J. A. Acute ischemic stroke: the golden hour. *Nursing Critical Care*. (11). 3. 2016.

22. Fassbender, K., Ballucani, C., Walter, S, et al. Streamlining of prehospital stroke management: The Golden Hour. *Lancet Neurol.* 12; 585-96. 2013.
23. Saver J.L. time is brain—quantified. *Stroke. Journal of The American Heart Association.* 37:263–266. 2006.
24. Respati, P. Tatalaksana rTPA intravena pada stroke iskemik akut. *Scrib.* Diakses dari <https://www.scribd.com/document/322662165/Pkb-Stroke-Serial-Rtpa-Dr-dodik> diupdate 31 Agustus 2016
25. Hacke W, Kaste M, Bluhmki E, Brozman M, Dávalos A, Guidetti D, et al. thrombolysis with alteplase 3 to 4.5 hours after acute ischemic stroke. *The New England Journal of Medicine.* 359(13): 1317-29. 2008.
26. Siddiqui, M, Shoaib, R, S, Zafar A, et al. Factors delaying hospital arrival of patients with acute stroke. *J Pak Med Assoc.* 2008.
27. Rasyid, AFS. Hubungan tingkat pengetahuan stroke dan tingkat pendidikan pada keluarga pasien stroke dengan tindakan keluarga pada penanganan awal stroke akut di RSPAD Gatot Soebroto Jakarta Januari-Februari 2013. Access april 2, 2016. Institutional repository system.