



UNIVERSITAS INDONESIA

**PENGARUH *DISCHARGE PLANNING* TERSTRUKTUR
PADA PASIEN STROKE ISKEMIK DALAM MENURUNKAN
FAKTOR RISIKO KEKAMBUHAN, *LENGTH OF STAY*
DAN PENINGKATAN STATUS FUNGSIONAL
DI RSSN BUKITTINGGI**

Tesis

Diajukan sebagai
persyaratan untuk Memperoleh Gelar
Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Keperawatan Medikal Bedah

Oleh

**UKE PEMILA
0606027461**

PROGRAM PASCASARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH
UNIVERSITAS INDONESIA
JAKARTA 2008

**PROGRAM PASCA SARJANA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN, UNIVERSITAS INDONESIA**

Tesis, Juli 2008
Uke Pemila

Pengaruh *Discharge Planning* terstruktur pada pasien stroke iskemik dalam menurunkan faktor risiko kekambuhan, *Length Of Stay* dan peningkatan status fungsional
Di RSSN Bukittinggi

xiv + 111 + 24 tabel + 1 diagram + 6 Skema + 8 Lampiran

ABSTRAK

Discharge Planning adalah proses mempersiapkan pasien untuk mendapatkan kontinuitas perawatan sampai pasien merasa siap untuk kembali ke lingkungannya. Implementasi utama *discharge planning* adalah pemberian *health education* yang bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan, pemahaman pasien dan keluarga agar terjadinya perubahan perilaku dalam meningkatkan derajat kesehatannya dan menjamin kontinuitas perawatan di rumah. Salah satu kriteria pasien yang perlu diberikan *discharge planning* adalah pasien stroke iskemik karena memiliki harapan hidup tinggi dengan tingkat kecacatan yang lebih berat. Pemberian *discharge planning* terstruktur dalam penatalaksanaan stroke bertujuan agar terjadinya perubahan perilaku pasien dan keluarga untuk mencegah terjadinya stroke berulang, mencegah komplikasi, membantu pemulihan, mencegah terjadinya kematian serta mengupayakan kecacatan seminimal mungkin. Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi pengaruh *discharge planning* terstruktur pada pasien stroke iskemik dalam menurunkan faktor risiko kekambuhan, *length of stay* dan peningkatan status fungsional di RSSN Bukittinggi. Desain penelitian adalah kuasi eksperimen dengan sampel berjumlah 43 orang (20 kelompok intervensi yang diberikan *discharge planning* terstruktur dan 23 kelompok kontrol yang diberikan *discharge planning* rutin rumah sakit). Hasil penelitian diperoleh adanya perbedaan faktor risiko kekambuhan antara kelompok intervensi dan kontrol setelah diberikan *discharge planning* ($p=0,00$), adanya perbedaan *length of stay* kelompok intervensi dan kontrol ($p=0,02$) dan tidak ada perbedaan status fungsional (penilaian *Barthel Index*) antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Dapat disimpulkan bahwa *discharge planning* terstruktur pada pasien stroke iskemik dapat menurunkan faktor risiko kekambuhan dan *length of stay*. Hasil penelitian ini dapat dijadikan *evidence base practice* dalam penatalaksanaan stroke iskemik dan pedoman pelaksanaan *home care* untuk kontinuitas perawatan pasca stroke. Rekomendasi hasil penelitian ini perlu adanya penelitian lanjut dengan mengkaji pengaruh support system pasien dalam upaya mencegah kekambuhan, komplikasi dan meminimalkan kecacatan pada pasien stroke.

Kata kunci : *Discharge Planning*; pasien stroke iskemik; faktor risiko kekambuhan; *length of stay*; status fungsional

Daftar Pustaka : 57 (1986 – 2008)

**POST GRADUATE NURSING PROGRAM
FACULTY OF NURSING, UNIVERSITAS INDONESIA**

Tesis, July 2008
Uke Pemila

**THE EFFECT OF STRUCTURED DISCHARGE PLANNING ON CLIENT WITH
ISCHEMIC STROKE IN REDUCING RECURRENCE RISK FACTORS, LENGTH OF
STAY AND FUNCTIONAL STATUS IMPROVEMENT
AT NATIONAL STROKE HOSPITAL BUKITTINGGI**

xiv + 111 pages + 24 tables + 1 diagram + 6 figures + 8 appendices

ABSTRACT

Discharge planning is a process that prepare patients to have a continuity of care until they are ready for their environment. Primary implementation of discharge planning is health education, which focus on increasing patient and family knowledge and understanding in order to change their behavior in improving their health status and maintain the continuity of home care. Ischemic stroke is one of priority that need discharge planning due to high survival but with high disability. A structured discharge planning in stroke management aimed to change behavior of patient and family in order to prevent recurrence of stroke, complications, to support recovery, prevent death and to minimize the disability.

The purpose of this study is to identify the effect of structured discharge planning on ischemic stroke patient in reducing recurrence risk factors, length of stay and improving functional status at National Stroke Hospital Bukittinggi. The design was quasi experimental with 43 subjects participated in the study divided in to two groups (20 subjects as the intervention group was provided with structured discharge planning; and 23 subjects as the control group was provided with routine hospital discharge planning).

The findings of the study demonstrated that there is difference in recurrence risk factors between intervention group and the control group ($p=0,00$), there is a difference in length of stay between two groups but no difference in functional status (measured by Barthel Index). This finding showed that structured discharge planning provided to ischemic stroke patient has significant effect to reduce recurrence of risk factors and length of stay. This study can be used as an evidence base practice in managing of ischemic stroke and as guideline in home care to ensure continuity of care of post ischemic stroke patient. It is recommended to conduct further study to examine the effect of patient support system on stroke recurrence, complications prevention and minimize disability of stroke ischemic patient.

Keywords : Discharge planning; ischemic stroke patient; recurrence risk factors; length of stay; functional status

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT atas segala rahmat dan karunia-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis ini dengan judul “ Pengaruh *Discharge Planning* pada Stroke Iskemik dalam menurunkan faktor risiko kekambuhan, *Length Of Stay* dan peningkatan status fungsional di Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi “, sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan Kekhususan Medikal Bedah pada Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Penyusunan tesis ini tidak terlepas dari bantuan, bimbingan dan arahan dari berbagai pihak, untuk itu pada kesempatan ini perkenankanlah penulis menyampaikan terima kasih yang setulusnya kepada :

1. Dewi Irawaty, MA., PhD., selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
2. Krisna Yetti, SKp., M.App.Sc., selaku Ketua Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
3. DR. Ratna Sitorus, Skp., Mapp.Sc., selaku pembimbing I yang telah memberikan bimbingan, arahan dan motivasi hingga penulis dapat menyelesaikan tesis ini.
4. Drs. Sutanto Priyo Hastono, M. Kes., selaku pembimbing II yang telah memberikan bimbingan, arahan serta motivasi hingga penulis dapat menyelesaikan tesis ini.

5. Seluruh Dosen dan Staf karyawan Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia yang telah memfasilitasi penulis selama mengikuti pendidikan.
6. Dr. H. Hadril Busuddin, SpS, M.Hi sebagai Direktur Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi beserta Staf yang telah memberikan kesempatan pada penulis untuk melakukan penelitian dan pengambilan data penelitian.
7. Rekan – rekan mahasiswa Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, khususnya untuk rekan-rekan Kekhususan Keperawatan Medikal Bedah senasib seperjuangan yang tidak berhenti saling memberi motivasi untuk kelancaran pendidikan dan penyelesaian tesis ini.
8. Teristimewa untuk Mama, kakak-kakak serta adik tercinta yang tidak putus-putusnya berdoa serta memberi dukungan baik moril maupun materil kepada penulis selama mengikuti pendidikan di Universitas Indonesia.

Semoga amal kebaikan yang telah diberikan kepada penulis senantiasa mendapat balasan dari Allah SWT. Akhirnya penulis berharap tesis ini dapat bermanfaat bagi profesi keperawatan khususnya dan masyarakat pada umumnya. Atas segala bantuan yang telah diberikan penulis mengucapkan terima kasih. Amin.

Jakarta, Juli 2008

Penulis

DAFTAR ISI

Halaman

HALAMAN JUDUL	i
PERSETUJUAN PEMBIMBING	ii
ABSTRAK	iii
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR TABEL	ix
DAFTAR DIAGRAM	xii
DAFTAR SKEMA	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
BAB I : PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	7
C. Tujuan Penelitian	8
D. Manfaat Penelitian	9
BAB II : TINJAUAN PUSTAKA	
A. Stroke Iskemik	11
B. <i>Discharge Planning</i> dalam Keperawatan	30
BAB III : KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL	
A. Kerangka Konsep	51
B. Hipotesis Penelitian	53
C. Definisi Operasional	53
BAB IV : METODE PENELITIAN	
A. Desain Penelitian	55
B. Populasi dan Sampel	56
C. Tempat Penelitian	57
D. Waktu Penelitian	58
E. Etika Penelitian	58
F. Alat Pengumpul Data	60
G. Prosedur dan Pengumpulan Data	60
H. Pengolahan dan Analisis Data	62

BAB V	: HASIL PENELITIAN	
	A. Analisa Univariat	65
	B. Analisa Bivariat	72
	C. Analisa Multivariat	81
BAB VI	: PEMBAHASAN	
	A. Interpretasi dan Diskusi Hasil	88
	B. Keterbatasan Penelitian	100
	C. Implikasi terhadap Pelayanan dan Penelitian	101
BAB VII	: KESIMPULAN DAN SARAN	
	A. Kesimpulan	104
	B. Saran	105
DAFTAR PUSTAKA		106
LAMPIRAN		



DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 2.1 : Penilaian Faktor Risiko Stroke	23
Tabel 2.2 : Skala Penilaian <i>Barthel Index</i>	28
Tabel 3.1 : Definisi Operasional Variabel Penelitian	53
Tabel 5.1 : Distribusi Responden berdasarkan Umur di RSSN Bukittinggi April – Mei 2008	66
Tabel 5.2 : Distribusi Responden berdasarkan Faktor Risiko Kekambuhan sebelum intervensi di RSSN Bukittinggi April – Mei 2008	67
Tabel 5.3 : Distribusi Responden berdasarkan Faktor Risiko Kekambuhan sesudah intervensi di RSSN Bukittinggi April – Mei 2008	68
Tabel 5.4 : Distribusi Responden berdasarkan <i>Length Of Stay</i> Di RSSN Bukittinggi April – Mei 2008	69
Tabel 5.5 : Distribusi Responden berdasarkan Status Fungsional (<i>Barthel Index</i>) sebelum intervensi di RSSN Bukittinggi April – Mei 2008	70
Tabel 5.6 : Distribusi Responden berdasarkan Status Fungsional (<i>Barthel Index</i>) sesudah intervensi di RSSN Bukittinggi April – Mei 2008	71
Tabel 5.7 : Analisis Kesetaraan Umur pada kelompok Intervensi dan Kontrol di RSSN Bukittinggi April – Mei 2008	73
Tabel 5.8 : Analisis Kesetaraan Tingkat Pendidikan pada kelompok Intervensi dan Kontrol di RSSN Bukittinggi April – Mei 2008	74

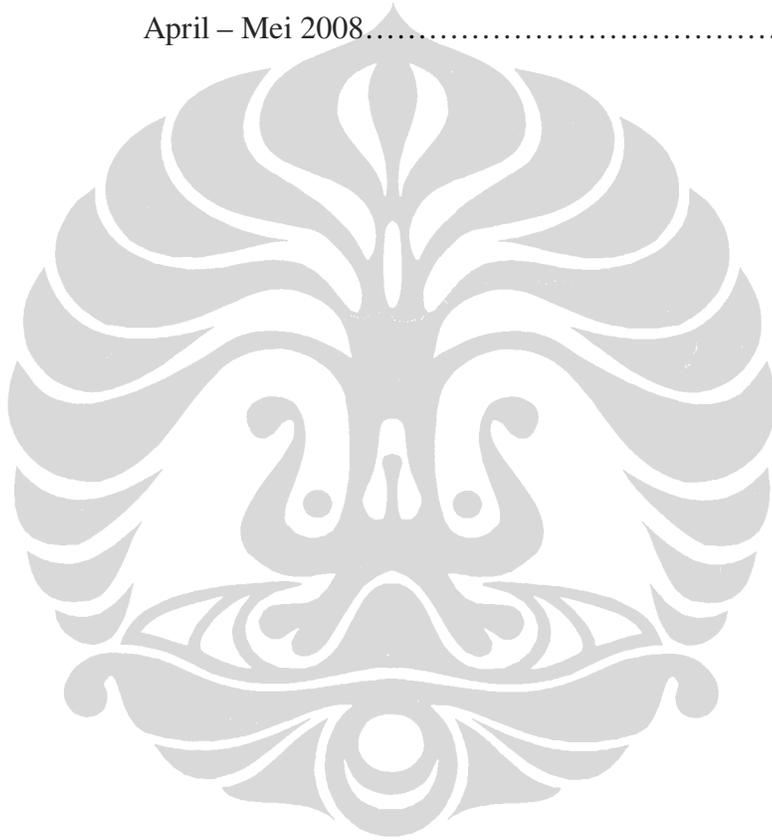
Tabel 5.9	: Analisa Hubungan Umur terhadap Faktor Risiko Kekambuhan di RSSN Bukittinggi April – Mei 2008	74
Tabel 5.10	: Analisa Hubungan Umur terhadap <i>Length Of Stay</i> Di RSSN Bukittinggi April – Mei 2008	75
Tabel 5.11	: Analisa Hubungan Umur terhadap Status Fungsional (<i>Barthel Index</i>) di RSSN Bukittinggi April – Mei 2008	75
Tabel 5.12	: Analisa Hubungan Tingkat Pendidikan terhadap Faktor Risiko Kekambuhan Di RSSN Bukittinggi April – Mei 2008..	76
Tabel 5.13	: Analisa Hubungan Tingkat Pendidikan terhadap <i>Length Of Stay</i> Di RSSN Bukittinggi April – Mei 2008	76
Tabel 5.14	: Analisa Hubungan Tingkat Pendidikan terhadap Status Fungsional (Penilaian <i>Barthel Index</i>) Di RSSN Bukittinggi April – Mei 2008	77
Tabel 5.15	: Analisis Faktor Risiko Kekambuhan pada kelompok Intervensi dan Kontrol di RSSN Bukittinggi April – Mei 2008	78
Tabel 5.16	: Analisis perbedaan Faktor Risiko Kekambuhan pada kelompok Intervensi dan Kontrol di RSSN Bukittinggi April – Mei 2008	79
Tabel 5.17	: Analisis perbedaan <i>Length Of Stay</i> pada kelompok Intervensi dan Kontrol di RSSN Bukittinggi April – Mei 2008	80
Tabel 5.18	: Analisis Status Fungsional (nilai <i>Barthel Index</i>) pada kelompok Intervensi dan Kontrol di RSSN Bukittinggi April – Mei 2008	81
Tabel 5.19	: Analisis perbedaan Status Fungsional (nilai <i>Barthel Index</i>) pada kelompok Intervensi dan Kontrol di RSSN Bukittinggi April – Mei 2008	82
Tabel 5.20	: Analisis perbedaan rata-rata Faktor Risiko Kekambuhan, <i>Length Of Stay</i> dan Status Fungsional kelompok Intervensi dan Kontrol di RSSN Bukittinggi April – Mei 2008	83

Tabel 5.21	: Analisis perbedaan rata-rata Faktor Risiko Kekambuhan, <i>Length Of Stay</i> dan Status Fungsional responden setelah dikontrol umur dan tingkat pendidikan di RSSN Bukittinggi April – Mei 2008	84
Tabel 5.22	: Analisis <i>Box's M Test</i> untuk homogenitas Faktor Risiko Kekambuhan, <i>Length Of Stay</i> dan Status Fungsional terhadap umur dan tingkat pendidikan di RSSN Bukittinggi April – Mei 2008	85
Tabel 5.23	: Analisis <i>Levene's Test</i> untuk homogenitas Faktor Risiko Kekambuhan, <i>Length Of Stay</i> dan Status Fungsional terhadap umur dan tingkat pendidikan di RSSN Bukittinggi April – Mei 2008	86
Tabel 5.24	: Analisis pengaruh Faktor Risiko Kekambuhan, <i>Length Of Stay</i> dan Status Fungsional (<i>Barthel Index</i>) terhadap umur dan tingkat pendidikan di RSSN Bukittinggi April – Mei 2008	87



DAFTAR DIAGRAM

Diagram 5.1 : Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan di Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi April – Mei 2008.....	66
--	----



DAFTAR SKEMA

Skema 2.1	: Patofisiologi Stroke Iskemik	15
Skema 2.2	: Model Klinik <i>Discharge Planning</i>	34
Skema 2.3	: Alur Pengkajian <i>Discharge Planning</i>	39
Skema 2.4	: Kerangka Teori	50
Skema 3.1	: Kerangka Konsep Penelitian	52
Skema 4.1	: Desain Rancangan Penelitian	55



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Format *Discharge Planning* Pasien Stroke Iskemik
- Lampiran 2 : Penilaian Risiko Stroke Pribadi
- Lampiran 3 : Format Pengkajian : Instrumen Pengumpulan Data
- Lampiran 4 : Penilaian Status Fungsional / *Barthel Index*
- Lampiran 5 : Jadwal Kegiatan Penelitian
- Lampiran 6 : Lembar Persetujuan Penelitian
- Lampiran 7 : Izin Penelitian
- Lampiran 8 : Daftar Riwayat Hidup

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Stroke adalah suatu kumpulan gejala klinis yang berkembang cepat akibat gangguan fungsi otak secara fokal atau global yang berlangsung selama 24 jam/lebih atau menyebabkan kematian, tanpa adanya penyebab lain yang jelas selain gangguan vaskuler (WHO, 1986, dalam Rasyid, et al., 2007).

Stroke merupakan penyakit yang serius karena memiliki angka kematian cukup tinggi yaitu lebih dari 200.000 jiwa/tahun diseluruh dunia dan insiden stroke diperkirakan lebih dari 750.000 per tahunnya dengan 200.000 jiwa/tahun serangan stroke berulang, sebagian atau lebih pasien stroke akan mengalami ketergantungan secara fisik bahkan kematian (Price & Wilson, 2006)

Di Indonesia stroke merupakan penyebab kematian terbesar di rumah sakit dan penyebab utama kecacatan pada kelompok usia dewasa. Serangan stroke lebih banyak pada laki-laki yang terjadi pada usia dibawah 45 tahun sebanyak 11,8%, 54,2% pada usia 45 – 64 tahun serta diatas usia 65 tahun sebanyak 33,5% (Rasyid, et al, 2007). Dari prevalensi penyebab serangan diketahui bahwa angka kejadian

stroke iskemik lebih tinggi dibanding stroke hemoragik, yaitu sebanyak 80% sampai 85% dari seluruh kejadian stroke.

Meskipun prevalensi kejadian stroke iskemik cukup tinggi, namun harapan hidup pada stroke iskemik lebih baik dari pada stroke hemoragik, sedangkan tingkat kecacatan justru akan lebih berat pada stroke iskemik akibat dari kerusakan neuron – neuron yang terkena iskemik. Masa pemulihan fungsi neuron pada stroke iskemik bisa terjadi setelah 2 minggu serangan infark dan mencapai pemulihan sempurna pada minggu ke 8 (Harsono, 1999). Faktor yang mempengaruhi reversibilitas fungsi sel otak ini adalah waktu reperfusinya, semakin cepat makin baik dan bahkan bila tidak terjadi reperfusi daerah ini akan mengalami kematian secara perlahan – lahan, berbeda dengan stroke hemoragik yang menimbulkan gejala neurologik dengan cepat dan akan mengalami resolusi serta meninggalkan jaringan otak dalam kondisi utuh.

Waktu pemulihan fungsi neuron pada stroke iskemik sangat tergantung pada kualitas penatalaksanaan dan asuhannya. Lama hari rawat (*LOS*) dapat dijadikan sebagai alat ukur dalam mengevaluasi kualitas asuhan yang diberikan suatu pelayanan kesehatan, seperti di Amerika lama hari rawat (*Lenght Of Stay/LOS*) pasien stroke iskemik rata-rata 6 – 11 hari, dibandingkan dengan di Canada, Eropa dan Asia rata-rata hari rawat stroke iskemik adalah 17 – 26 hari (Saposnik, et al., 2005, ¶ 1, <http://stroke.ahajournals.org>, diperoleh tanggal 5 Oktober 2007).

Di Indonesia berdasarkan penelitian yang dilakukan di RSCM lama hari rawat (*LOS*) untuk stroke iskemik maupun stroke hemoragik adalah 9,7 hari di unit stroke

dan 10,1 hari di sudut stroke (Rasyid, et al, 2007). Sementara telah disusun suatu jalur klinis stroke terpadu di Indonesia dengan standar hari rawat pasien stroke selama 7 hari dan paling lama hari ke 8 adalah hari kepulangan pasien (Ahmad, 2006). Di Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi lama hari rawat stroke iskemik setahun terakhir lebih dari 10 hari (Data dari Unit Stroke RSSN Bukittinggi, 2007)

Selain kualitas pada asuhan, evaluasi penatalaksanaan stroke juga dinilai dari upaya untuk mencegah terjadinya serangan berulang pada pasien stroke. Karena dalam Harsono (1999) dijelaskan bahwa kejadian emboli berulang pada otak antara 30 – 65%, dan lebih dari itu risiko serangan ulang yang terjadi selama beberapa minggu pertama setelah serangan adalah 15 – 25%, dengan risiko kematian 20% dalam satu bulan pertama. Panitia Lulusan Dokter FKUI (2004) juga menyebutkan dari beberapa penelitian diketahui lebih kurang 5% pasien yang dirawat dengan stroke iskemik dalam 30 hari pertama mengalami serangan stroke kedua.

Berdasarkan kondisi tersebut, maka penatalaksanaan utama stroke pada fase akut bertujuan untuk mencegah agar stroke tidak berlanjut atau berulang, mengupayakan agar kecacatan dapat dibatasi, mencegah terjadinya komplikasi, membantu pemulihan serta mencegah terjadinya kematian. Tujuan penatalaksanaan stroke ini merupakan tanggung jawab utama bagi semua tenaga kesehatan yang tergabung dalam team stroke, dalam hal ini tenaga kesehatan juga melibatkan pasien dan keluarga agar memiliki pemahaman tentang proses penyakitnya, mengetahui cara penanganan serta kontinuitas perawatan pada fase rehabilitasi dan adaptasi yang disusun dalam suatu *discharge planning* (Rasyid, et.al, 2007).

Discharge planning adalah suatu proses mempersiapkan pasien untuk mendapatkan kontinuitas perawatan baik dalam proses penyembuhan maupun dalam mempertahankan derajat kesehatannya sampai pasien merasa siap untuk kembali ke lingkungannya dan harus dimulai sejak awal pasien datang ke pelayanan kesehatan (Cawthorn, 2005). *Discharge planning* juga dapat meningkatkan perkembangan kondisi kesehatan dan membantu pasien mencapai kualitas hidup optimum sebelum dipulangkan, Shepperd, et.al (2004) dalam suatu penelitian metaanalisa menyatakan bahwa *discharge planning* memberikan efek berarti dalam menurunkan komplikasi penyakit, pencegahan kekambuhan dan menurunkan angka mortalitas dan morbiditas.

Pelaksanaan *discharge planning* merupakan suatu rangkaian proses yang terdiri dari seleksi pasien, pengkajian, intervensi, implementasi serta evaluasi. Sebagai implementasi utama dalam *discharge planning* adalah pemberian pendidikan kesehatan (*health education*) pada pasien dan keluarga yang bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan dan pemahaman serta dukungan terhadap kondisi kesehatan pasien serta tindak lanjut yang harus dilakukan setelah pulang ke rumah (Slevin dalam www.jstor.org/view diperoleh tanggal 1 Februari 2008). Sebagai indikator dalam menilai efektifitas pelaksanaan *discharge planning* dapat diidentifikasi dari lama hari rawat (*Lenght Of Stay/LOS*), faktor risiko kekambuhan, status fungsional, angka kunjungan *home care* serta tingkat kepuasan pasien (Parkes & Shepperd, 2001; dalam Dai, Chang & Tai, 2002)

Discharge planning yang komprehensif harus dilakukan dalam proses penatalaksanaan stroke, yaitu dengan pemberian *health education* agar terjadinya perubahan perilaku pasien dan keluarga untuk mencegah terjadinya stroke berulang, mencegah terjadinya komplikasi, membantu pemulihan, mencegah terjadinya kematian serta mengupayakan kecacatan seminimal mungkin dengan memberikan pengetahuan, pemahaman kepada pasien dan keluarga tentang proses penyakit, cara penanganan serta tahap pemulihan stroke terhadap kecacatan dan ketidakmampuan (Ahmad dalam Rasyid, et.al, 2007).

Dalam Price & Wilson (2006) dijelaskan bahwa angka kunjungan stroke dengan serangan stroke berulang cukup tinggi, dan dikemukakan bahwa salah satu faktor penyebabnya adalah belum adekuatnya pemberian *health education* pada pasien dan keluarga saat dirawat waktu serangan pertama, sehingga sistem perawatan pada masa pemulihan selama dirumah tidak optimal. Sementara itu, strategi terbaik dalam mencegah kekambuhan stroke adalah dengan memodifikasi gaya hidup yang berisiko stroke serta pengelolaan terhadap faktor risiko (Rasyid, et.al, 2007).

Saat ini pelaksanaan *discharge planning* pada pasien stroke di rumah sakit umumnya dilakukan dalam proses pengisian catatan resume pasien pulang, prosesnya berupa pemberian informasi yang terdiri dari ; intervensi medis dan non medis yang sudah diberikan, jadwal kontrol pasien ke poliklinik serta diet yang harus dipenuhi dan dihindari setelah pasien pulang dari rumah sakit. Informasi yang diberikan saat pasien dinyatakan boleh pulang ini belum bisa dikatakan pemberian *health education*, karena diberikan dalam waktu singkat dan informasi yang sangat

terbatas sehingga tidak menjamin tercapainya suatu perubahan perilaku pasien dan keluarga dalam upaya mencegah terjadinya stroke berulang.

Rankin & Stallings (2001) mengemukakan bahwa pemberian *health education* bukan hanya sekedar pemberian informasi tetapi merupakan suatu proses yang mempengaruhi perilaku individu, karena kesuksesan suatu pendidikan bisa diperlihatkan dengan adanya perubahan perilaku. Terbentuknya pola perilaku baru dan berkembangnya kemampuan seseorang dapat terjadi melalui tahapan yang diawali dari pembentukan pengetahuan, sikap dan dimilikinya suatu ketrampilan baru.

Ahmad dalam Rasyid, et.al (2007) menyatakan bahwa tugas penting tenaga kesehatan dalam penatalaksanaan stroke adalah memberikan *health education* pada pasien dan keluarga yang merupakan ujung tombak perawatan di rumah. Dan diharapkan melalui *health education* yang diberikan, pasien dan keluarga akan memiliki pengetahuan dan pemahaman mengenai proses penyakit, penatalaksanaan serta memiliki kemampuan untuk memodifikasi lingkungan dalam proses adaptasi selama pemulihan pasien dan pengelolaan faktor risiko agar serangan berulang tidak terjadi.

Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi yang ditunjuk sebagai Rumah Sakit Pemulihan Stroke I di Indonesia, memiliki angka kunjungan stroke iskemik sebanyak 816 pasien/tahun (*Medical Record RSSN, 2007*) dengan kunjungan stroke berulang yang semakin meningkat. Pelaksanaan *discharge planning* baru dilakukan

dalam 1 tahun terakhir dan diberikan saat pasien dinyatakan boleh pulang dan didokumentasikan dalam bentuk resume pasien pulang.

Berdasarkan latar belakang di atas, maka peneliti merasa perlu melakukan penelitian untuk mengidentifikasi apakah *health education* yang diberikan oleh perawat dalam proses *discharge planning* secara terstruktur dan komprehensif yang diberikan sejak awal pasien masuk ruang perawatan lebih efektif dalam perubahan perilaku pasien dan keluarga untuk menurunkan faktor risiko kekambuhan, lama hari rawat (*Lenght Of Stay/LOS*) dan peningkatan status fungsional pasien stroke iskemik di pelayanan khusus stroke. Untuk itu peneliti melakukan penelitian dengan judul ” Pengaruh *discharge planning* terstruktur pada pasien stroke iskemik dalam menurunkan faktor risiko kekambuhan, *Lenght of Stay* dan peningkatan status fungsional di Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi “.

B. Rumusan Masalah

Pemberian *discharge planning* yang dirancang secara terstruktur untuk pasien stroke iskemik sangat penting mengingat masa perawatan dan pemulihan terhadap tingkat kecacatan serta gejala sisa yang ditimbulkan cukup berat dan membutuhkan kesabaran. Pemberian *discharge planning* ini bertujuan agar dapat mempengaruhi perilaku pasien dan keluarga sebagai upaya meningkatkan status kesehatan dan mempertahankan perilaku hidup sehat agar faktor risiko dapat dikurangi dan serangan stroke berulang tidak terjadi.

Sebagai Rumah Sakit Pemulihan Stroke I (pertama) di Indonesia, perlu dilakukan suatu upaya peningkatan kualitas dalam penatalaksanaan stroke, agar dapat

meminimalkan komplikasi, kematian, kecacatan serta ketergantungan fisik pasien stroke. Di Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi sendiri belum pernah dilakukan penelitian mengenai pengaruh pelaksanaan *discharge planning* terstruktur bagi pasien stroke iskemik.

Oleh karena itu peneliti merumuskan masalah penelitian apakah ada perbedaan pengaruh pemberian *discharge planning* terstruktur dengan pemberian *discharge planning* rutin rumah sakit dalam menurunkan faktor risiko kekambuhan, *Length of Stay* (lama hari rawat) dan peningkatan status fungsional pasien stroke iskemik.

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Mengidentifikasi pengaruh *discharge planning* terstruktur pada pasien stroke iskemik dalam menurunkan faktor risiko kekambuhan, *Length Of Stay* (lama hari rawat) dan peningkatan status fungsional di Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi karakteristik pasien stroke iskemik (umur dan tingkat pendidikan)
- b. Mengidentifikasi hubungan umur pasien stroke iskemik terhadap faktor risiko kekambuhan, *length of stay* dan status fungsional.
- c. Mengidentifikasi hubungan tingkat pendidikan pasien stroke iskemik terhadap faktor risiko kekambuhan, *length of stay* dan status fungsional.

- d. Mengidentifikasi pengaruh *discharge planning* terstruktur terhadap faktor risiko kekambuhan, *length of stay* dan status fungsional setelah dikontrol umur dan tingkat pendidikan

D. Manfaat

1. Manfaat Aplikasi

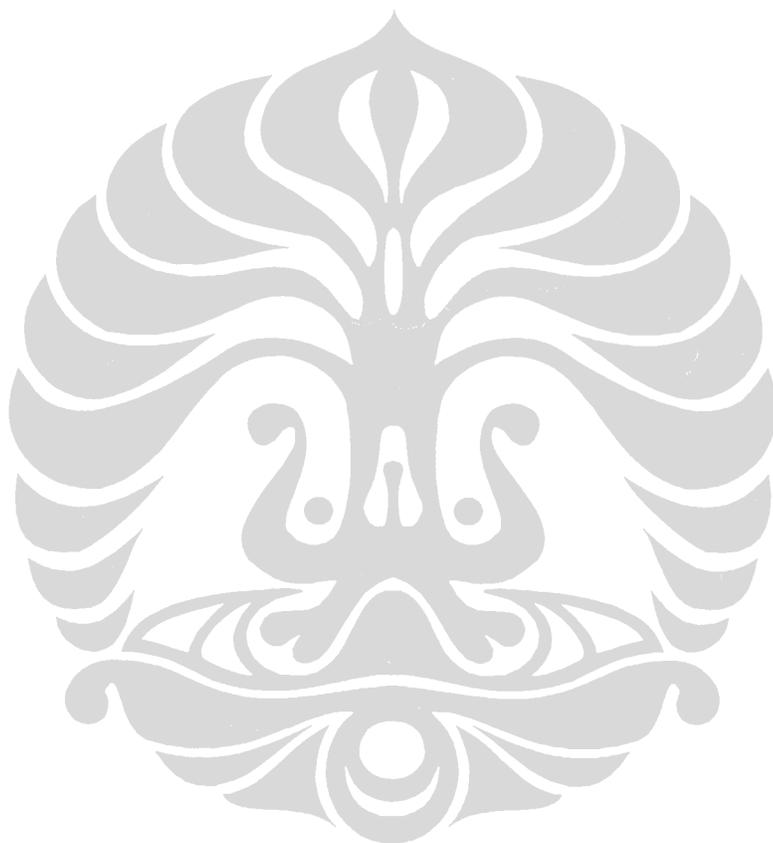
- a. Hasil penelitian ini diharapkan bermanfaat bagi perawat agar dapat dijadikan sebagai pedoman dalam pemberian *discharge planning* pada pasien stroke iskemik sehingga faktor risiko kekambuhan dan lama hari rawat (*Length Of Stay/LOS*) berkurang, status fungsional meningkat.
- b. Hasil penelitian ini diharapkan bermanfaat bagi pasien stroke iskemik melalui keterlibatan mereka dalam mengikuti panduan yang diberikan sehingga terjadi perubahan perilaku (dengan peningkatan kognitif, afektif serta psikomotor), dalam upaya menurunkan risiko terjadinya serangan berulang, memperpendek hari rawat yang berdampak pada biaya rawatan serta meningkatkan status fungsional.

2. Manfaat Keilmuan

Sebagai landasan untuk mewujudkan *evidence base practice* terutama dalam upaya menurunkan faktor risiko kekambuhan (serangan berulang) pada pasien stroke iskemik dan kaitannya dengan *discharge planning*.

3. Manfaat Metodologi

Penelitian ini dapat dijadikan sebagai pedoman untuk penelitian selanjutnya pada perawatan penyakit yang berbeda dengan tujuan untuk meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Stroke Iskemik

1. Pengertian

Stroke adalah suatu sindrom klinis yang berkembang cepat akibat gangguan fungsi otak secara fokal atau global dengan gejala yang berlangsung selama 24 jam atau lebih atau menyebabkan kematian, tanpa adanya penyebab lain yang jelas selain gangguan vaskuler (WHO, 1986; PERDOSSI, 1999 dalam Hakim, et al., 2004).

2. Etiologi

Rasyid, et al. (2007) menjelaskan bahwa serangan stroke dibedakan menjadi 2, yaitu:

a. Stroke Hemorhagik (stroke perdarahan)

Stroke hemorhagik terjadi akibat pecahnya pembuluh darah otak, baik intrakranial maupun subaraknoid. Penyebab perdarahan intrakranial biasanya akibat *berry aneurysm* hipertensi yang lama dan tidak terkontrol sehingga dapat mengubah bentuk arteriol otak atau akibat kelainan kongenital pada pembuluh darah tersebut. Sedangkan perdarahan pada subaraknoid terjadi akibat pecahnya *aneurysma* kongenital pembuluh arteri otak diruang subaraknoid.

b. Stroke Iskemik (stroke oklusif)

Stroke iskemik yang dikenal dengan stroke oklusif dapat terjadi karena adanya sumbatan atau bekuan pada satu atau lebih arteri besar pada pembuluh darah di otak, sumbatan tersebut bisa karena bekuan (thrombus) yang terbentuk pada pembuluh darah di otak atau pada pembuluh organ distal. Bila bekuan terjadi pada pembuluh darah organ distal, bekuan dapat terlepas kemudian terbawa melalui pembuluh darah arteri sampai ke otak sebagai embolus (Price & Wilson, 2006). Sedangkan penyebab terjadinya thrombus dan embolus dipengaruhi oleh beberapa penyakit vaskuler seperti arteriosklerosis, arteritis, hiperkoagulasi dan lain-lain. Smith, et al. (2001, dalam Price & Wilson, 2006) menjelaskan bahwa penyebab tersering terjadinya stroke embolik adalah embolus yang berasal dari pembuluh darah besar atau jantung, sementara arteriosklerosis merupakan penyebab sebagian besar stroke trombotik.

3. Patofisiologi

Terjadinya stroke iskemik akibat adanya thrombus dan embolus, dapat menyebabkan pembuluh darah di otak menjadi tersumbat, akibatnya aliran darah ke otak akan berkurang hingga terjadi hipoksemia pada otak, bila *Central Blood Flow* hanya 20% dari normal (ambang perfusi terjadi sekitar 50 ml/100 gram jaringan otak/menit). Hipoksemia akan menimbulkan kematian sel-sel otak dan unsur – unsur pendukungnya. Sesuai dengan teori Zium dan Choi (dalam Harsono, 1999) dijelaskan bahwa daerah otak yang mengalami kematian atau infark akan melepaskan glutamat dan radikal bebas dalam jumlah yang cukup

besar, glutamat akan merusak membrane sel otak, sebagai kompensasi ion calcium masuk ke dalam sel, masuknya ion calcium ke dalam sel justru akan merangsang pengeluaran glutamat. Sementara radikal bebas yang lepas akan membanjiri membran neuron disekitar daerah infark sampai terjadi juga perpindahan kalsium kedalam sel (*calcium influx*).

Daerah otak yang mengalami iskemik dapat dibedakan atas bagian inti (*core*) yaitu daerah terjadinya iskemik terberat dan berlokasi di sentral, daerah inti ini bila dalam waktu singkat tidak langsung mendapat reperfusi dapat mengalami nekrotik. Bagian luar daerah inti iskemik disebut dengan *penumbra iskemik*, artinya sel – sel dan jaringan pendukung disekitar *core* belum mengalami nekrotik walaupun tingkat iskemik yang dialami semakin ke perifer akan semakin ringan, tapi fungsi - fungsinya sangat berkurang sehingga dapat menyebabkan terjadinya defisit neurologik maksimal pada 24 jam pertama. Diluar daerah *penumbra iskemik*, dikelilingi oleh suatu daerah *hyperemic* akibat adanya aliran darah kolateral (*luxury perfusion area*). (Rasyid, et al. 2007).

Dalam Price & Wilson (2006) dijelaskan bahwa setelah terjadi iskemik, maka faktor mekanis dan kimiawi akan menyebabkan terjadinya kerusakan sekunder.

Faktor yang banyak menyebabkan cedera adalah :

- a. Rusaknya sawar darah otak dan sawar darah cairan serebro spinal akibat zat-zat toksik.

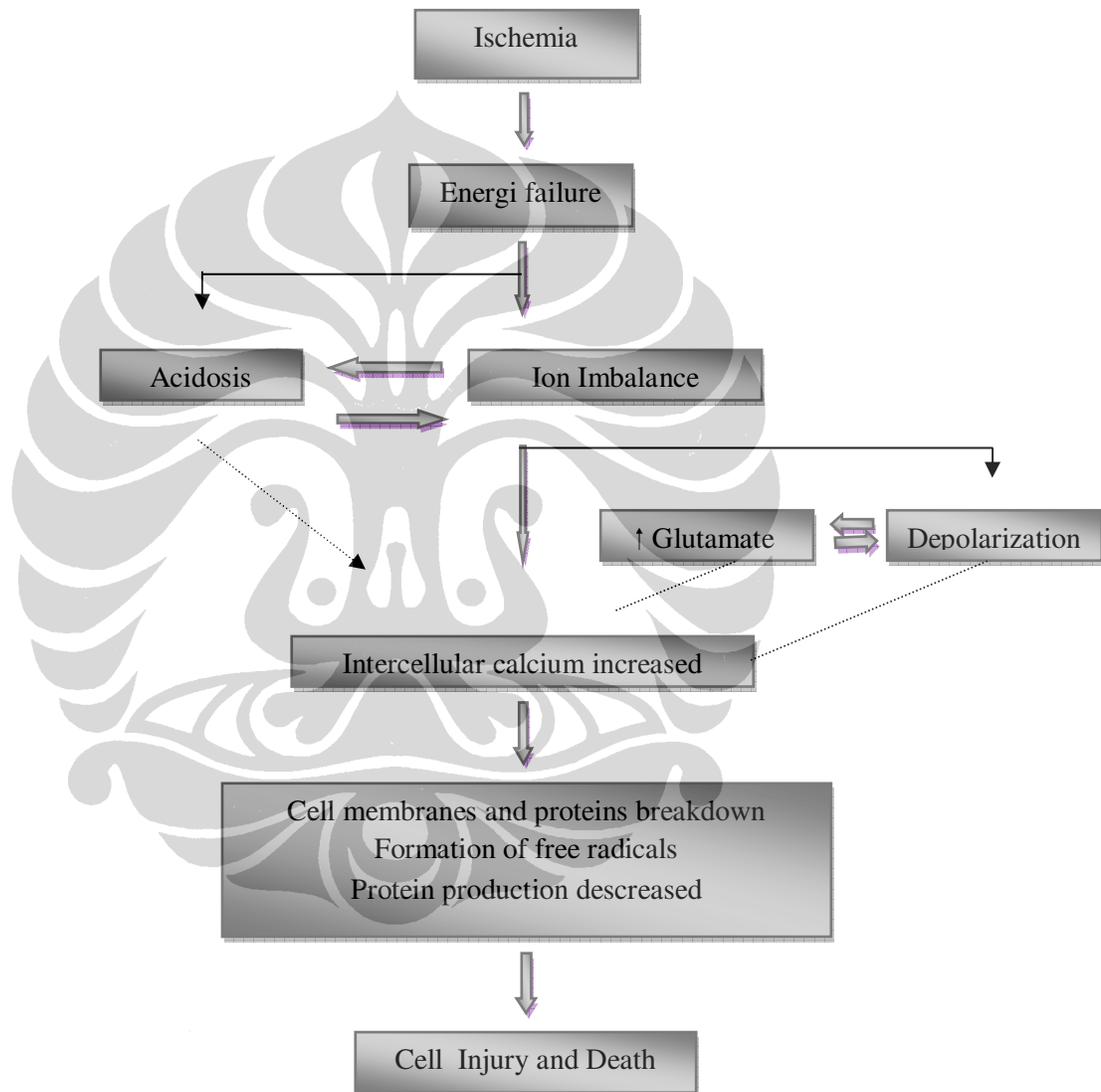
- b. Edema intestisium otak akibat meningkatnya permeabilitas vakuler di arteri yang terkena.
- c. *Zona hiperperfusi* sekitar jaringan iskemik yang dapat mengalirkan darah dan mempercepat infark neuron yang mengalami iskemik.
- d. Hilangnya *autoregulasi* otak sehingga *central blood flow* tidak responsive terhadap perbedaan tekanan dan kebutuhan metabolik. Hal ini sangat berbahaya karena dapat meningkatkan terjadinya edema otak, peningkatan tekanan intra kranial dan kerusakan neuron akan menjadi semakin luas.

Sebagai sasaran utama penatalaksanaan stroke iskemik adalah pada daerah *penumbra iskemik* dengan tujuan segera di reperfusi hingga sel – sel otak dapat berfungsi kembali, pulihnya fungsi neuron ini bisa terjadi setelah 2 minggu serangan infark dan mencapai pemulihan sempurna pada minggu ke 8 (Harsono, 1999). Faktor yang mempengaruhi reversibilitas fungsi sel otak ini adalah waktu reperfusinya, semakin cepat makin baik dan bahkan bila tidak terjadi reperfusi daerah ini akan mengalami kematian secara perlahan – lahan, proses inilah yang membuat harapan hidup pada stroke iskemik lebih baik dari pada stroke hemorhagik, walaupun tingkat kecacatan justru akan lebih berat pada stroke iskemik akibat dari kerusakan neuron – neuron yang terkena iskemik, berbeda dengan stroke hemorhagik yang akan mengalami resolusi dan meninggalkan jaringan otak dalam kondisi utuh.

Berikut ini digambarkan skema proses terjadinya kematian otak.

Skema 2.1

Patofisiologi Stroke Iskemik pada tingkat neuron sel otak



(Courtesy of National Stroke Association, dikutip dari Smeltzer, et.al., 2008)

4. Faktor Risiko Stroke Iskemik

Penyakit atau keadaan yang dapat menyebabkan atau memperparah stroke disebut dengan faktor risiko. Dari beberapa literatur, dapat dikelompokkan beberapa faktor risiko yang dapat menyebabkan terjadinya stroke iskemik (stroke oklusif) berupa risiko terbentuknya thrombus dan emboli adalah sebagai berikut : (Winarto, 2006; Rasyid, et al.2007; Gofir, 2007; Price & Wilson, 2006; AHA/ASA Guidelines Stroke, 2006; Misbach, & Kalim, 2007).

a. Faktor risiko yang tidak dapat diubah

Beberapa faktor risiko yang tidak dapat diubah dapat terjadi pada serangan stroke iskemik adalah :

1) Usia

Stroke lebih banyak terjadi pada golongan usia lanjut, kenaikan usia dari 60 tahun sampai 80 tahun akan meningkatkan risiko stroke hampir delapan kali lipat. Menurut Triopno (2001) bahwa angka kejadian stroke bertambah seiring meningkatnya usia, hal ini kemungkinan adalah akibat dari penambahan usia akan meningkatkan risiko terjadinya kemunduran sistem pembuluh darah.

2) Ras/Etnik

Dikatakan bahwa orang Amerika yang berasal dari Afrika/Negro lebih banyak terserang stroke dibanding orang kulit putih dengan perbandingan

2 : 1 atau orang kulit hitam memiliki risiko 38% lebih tinggi (Price & Wilson, 2006)

3) Jenis kelamin

Di Amerika Serikat separuh kasus stroke yang meninggal terjadi pada perempuan dan 2 kali lipat dari jumlah perempuan yang meninggal akibat kanker payudara (*National Health Association*, 2001, dari <http://www.stroke.org>, diperoleh tanggal 17 Desember 2007). Faktor risiko tambahan adalah perempuan berusia di atas 30 tahun yang merokok dan mengonsumsi kontrasepsi oral dengan kandungan estrogen yang lebih tinggi memiliki risiko stroke 22 kali lebih besar terkena serangan stroke.

4) Riwayat stroke dalam keluarga (keturunan)

Adanya riwayat stroke pada orang tua menaikkan faktor risiko stroke. Hal ini diperkirakan akibat beberapa mekanisme seperti faktor genetik, faktor gaya hidup, penyakit-penyakit yang ditemukan serta kelainan pembuluh darah bawaan yang sering tidak diketahui sebelum terjadinya stroke.

b. Faktor risiko yang dapat diubah (diperbaiki)

1) Hipertensi

Hipertensi merupakan faktor utama risiko stroke, mempertahankan tekanan darah dibawah 140/90 mmHg dapat mengurangi faktor risiko stroke sebesar 75 – 85%. Tekanan darah tinggi dapat dikelola/ditangani secara efektif dengan pengobatan, gaya hidup sehat serta pemeriksaan

secara teratur. Karena dengan penurunan tekanan darah sistolik sebesar 5 mmHg dapat menurunkan risiko kematian akibat stroke sebesar 14%.

2) Diabetes Mellitus

Diabetes mellitus merupakan faktor risiko stroke iskemik yang terjadi pada pembuluh darah besar. Ramsay (2004) menyatakan bahwa 20-50% kasus stroke adalah akibat hiperglikemia, karena menurunnya sekresi insulin menyebabkan meningkatnya mobilisasi lemak dalam darah yang menjadi faktor risiko terjadinya aterosklerosis. Selain itu resistensi insulin akan mempercepat kecenderungan membentuk bekuan abnormal yang akibatnya koagulasi intravaskular semakin meningkat dari Laakso (1999, dalam Price & Wilson, 2006). Diabetes meningkatkan faktor risiko serangan stroke sebesar 300%, dan menyebabkan serangan lebih parah dan meninggalkan kecacatan yang menetap. Pengendalian diabetes merupakan faktor penting untuk mengurangi faktor risiko.

3) Penyakit jantung (Fibrilasi Atrium)

Penyakit jantung merupakan faktor penting terjadinya stroke iskemik melalui emboli, salah satu faktor risiko utamanya adalah fibrilasi atrium yaitu aritmia pada otot jantung dan merupakan faktor risiko yang kuat terhadap insiden stroke emboli serta meningkat pada usia lanjut (Sudoyo, et al. 2006). Pada golongan umur 50-59 tahun kejadian stroke emboli 6,7% dan 36,2% pada umur 80-89 tahun. Dan prognosis stroke akan

memburuk bila penderita sebelumnya memiliki riwayat penyakit jantung kongestif dan penyakit jantung koroner.

4) Dislipidemia

Dislipidemia merupakan faktor risiko serangan stroke bila terjadi pada penderita Penyakit Jantung Koroner. Tanne & Koren (2001, dalam Price & Wilson, 2006) menjelaskan terdapat hubungan antara peningkatan kadar lemak dengan risiko serangan stroke dan serangan iskemik transient (TIA) terutama terhadap peningkatan kolesterol total, kolesterol lipoprotein densitas rendah (LDL) dan trigliserida. Penelitian menunjukkan angka stroke meningkat pada pasien dengan kadar kolesterol diatas 240 mg% , setiap kenaikan 38,7 mg% menaikkan angka stroke 25%. Sedangkan kenaikan HDL 1 mmol (38,7 mg%) dapat menurunkan terjadinya stroke setinggi 47%.

5) *Transient Ischemic Attack* (TIA)

TIA adalah serangan stroke sepiintas yang berlangsung tidak lebih dari beberapa menit (tetapi kadang-kadang sampai 24 jam) dan defisit neurologi fokal yang terjadi bisa sembuh sempurna. TIA merupakan suatu tanda peringatan penting kemungkinan datangnya stroke iskemik karena 50 - 75% pasien stroke iskemik didahului oleh TIA. Risiko munculnya stroke setelah serangan TIA 24 – 29% dalam 5 tahun, 12-13% dalam 1 tahun dan 4-8% pada bulan pertama dan risiko meningkat 13-16 kali dalam tahun pertama.

6) Gejala *Sickle Cell*

Penyakit sickle cell adalah penyakit yang dibawa dari genetik, muncul tanpa gejala apapun dan kadang didahului dengan anemia hemolitik, episode nyeri pada anggota badan serta terjadinya penyumbatan-penyumbatan pada pembuluh darah yang menjadikan penyakit ini salah satu faktor risiko terjadinya stroke iskemik.

7) Penyempitan pembuluh darah karotis

Penyempitan pada pembuluh darah ini dapat mengakibatkan suplai darah dan oksigen ke otak berkurang hingga menimbulkan stroke iskemik, penyempitan > 50% ditemukan sebanyak 7% pada laki-laki dan 5% pada perempuan pada umur diatas 65 tahun.

8) Peningkatan kadar homosistein

Homosistein adalah sulpenydril yang mengandung asam amino dan diet yang mengandung methirin. Meningkatnya kadar homosistein dapat menjadi salah satu faktor risiko untuk perkembangan plak aterosklerotik aorta pada pasien stroke dan TIA (Sen, Oppenheimer, 2001 dalam Price & Wilson, 2006)

9) Faktor Gaya Hidup

a) Merokok

Merokok adalah faktor risiko terjadinya stroke iskemik dan dapat meningkatkan prevalensi stroke 2 – 6 kali, diketahui bahwa dari semua penyebab stroke 12% adalah akibat merokok, prevalensi

terbanyak pada usia dibawah 55 tahun. Merokok dapat memperberat pengapuran pada pembuluh darah dan serta meningkatkan penggumpalan pada pembuluh darah serta dapat mengganggu irama denyut jantung (Martini & Hendrati, 2004). Dengan berhenti merokok dapat mengurangi risiko terkena serangan stroke selama 2 – 4 tahun.

b) Aktifitas fisik yang kurang

Aktifitas fisik dapat mengurangi risiko penyakit jantung dan diperkirakan bahwa bila melakukan anjuran aktifitas fisik minimal 30 menit gerakan sedang setiap hari dapat menghindari serangan pertama stroke.

c) Kegemukan

Dapat diidentifikasi dengan pengukuran :

- (1). Index Massa Tubuh (IMT), ditemukan bahwa dengan IMT lebih dari $27,8 \text{ kg/m}^2$ secara signifikan memiliki risiko lebih besar terkena stroke iskemik dan hemoragik dari Kurth et al (2001, dalam Price & Wison, 2006) $IMT > 25 - 29,9$ dikategorikan berat berlebih (over weight), sedangkan $IMT > 30$ dikategorikan obesitas.

- (2). Sentral Obesitas/Gemuk perut

Kegemukan pada bagian abdomen dapat dihitung jika lingkar perut $> 102 \text{ cm}$ pada laki-laki dan $> 88 \text{ cm}$ pada perempuan.

Lingkar perut menggambarkan lemak tubuh yang berhubungan dengan peningkatan substansial risiko obesitas dan komplikasi metabolik yang erat kaitannya dengan resistensi insulin. Adanya efek anabolik insulin ini akan meningkatkan risiko penyakit jantung koroner dan serangan stroke iskemik.

d). Diet yang salah

Diet yang salah adalah diet yang tidak sesuai dengan gaya hidup sehat, kebanyakan terjadi pada pasien yang memiliki riwayat penyakit kronis seperti diabetes, hipertensi atau dislipidemia, pasien tidak menjalankan diet sesuai kondisi kesehatannya.

e). Pengguna alkohol yang berat

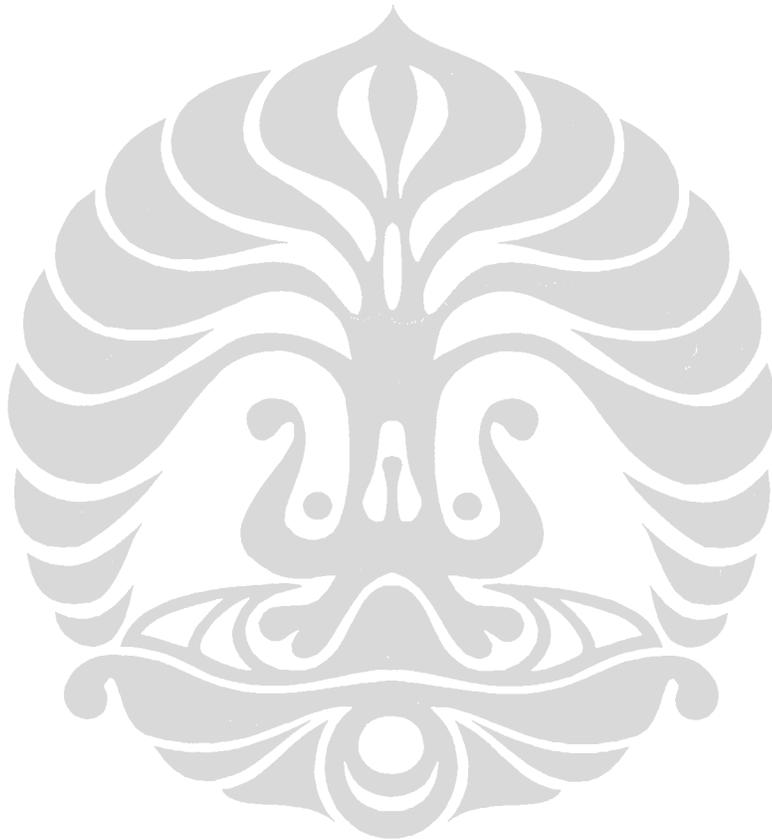
Pemakaian alkohol berat (> 40 gram alkohol/24jam) memicu terjadinya stroke iskemik karena dapat menambah agregasi trombosit, mengaktifasi kaskade koagulasi, meningkatkan hematokrit dan viskositas darah serta memicu terjadinya atrium fibrilasi.

f). Pemakaian obat kontrasepsi

Risiko stroke iskemik meningkat pada pengguna obat kontrasepsi dengan dosis estrogen tinggi (obstradial = 50 ug). Apalagi jika pemakaian obat ini pada wanita berusia > 35 tahun, perokok, menderita hipertensi, diabetes dan migrain.

Feigin (2007) mengungkapkan bahwa hampir 85% dari semua stroke dapat dicegah, unsur-unsur pokoknya adalah :

- a. Mencegah timbulnya faktor risiko.
- b. Menghilangkan sebanyak mungkin faktor risiko yang ada
- c. Mengurangi pajanan ke semua faktor risiko yang dapat dihilangkan.



Untuk menilai faktor risiko yang dimiliki seseorang, dapat dihitung dengan penjumlahan sederhana skor faktor risiko pada tabel berikut :

Tabel 2.1
Penilaian Faktor Risiko Stroke

Faktor Risiko	Skor Faktor Resiko				Skor
	0	1	2	3	
Usia (tahun)	0 – 44	45 – 64	65 – 74	>75	
Tekanan Darah Tinggi (mmHg)	Normal <120/80	Garis batas meningkat s/d hipertensi ringan (120-159/80-94)	Hipertensi sedang (160-179/95-109)	Hipertensi berat (>180/>110)	
Diabetes	GDR <140 mg/dl, puasa <100 mg/dl	GDR 140-199 mg/dl, puasa 100-125 mg/dl	GDR ≥200 mg/dl, puasa ≥ 126 mg/dl	GDR ≥200 mg/dl, puasa ≥ 126 mg/dl	
Kolesterol	Dibawah rata-rata (200mg/dl)	Rata-rata (200-239 mg/dl)	Meningkat sedang (240-300 mg/dl)	Sangat meningkat (>300 mg/dl)	
IMT (kg/m ²)	Normal (18,5-24,9)	Sedikit kelebihan BB (25-26,9)	Lumayan kelebihan BB (27-29,9)	Obeisitas (30 atau lebih)	
Riwayat stroke dalam keluarga	Tidak ada	Seorang anggota keluarga pernah terkena stroke pada usia >65 tahun	Seorang anggota keluarga pernah terkena stroke pada usia <65 tahun	Dua atau lebih anggota keluarga pernah terkena stroke	
Alkohol (gelas/hari)	Tidak berlebihan (0-2 gelas untuk pria dan 0-1 untuk wanita)	Sedikit berlebihan (3-4 gelas untuk pria dan 2 gelas untuk wanita)	Lumayan berlebihan (5-6 gelas untuk pria dan 3-4 gelas untuk wanita)	Sangat berlebihan (>6 gelas untuk pria dan >4 gelas wanita)	
Merokok	Tidak pernah merokok atau berhenti merokok >5 th yll	Berhenti merokok <5 thn yll	Perokok-kurang dari 20 batang perhari	Perokok-20 batang atau lebih perhari	
Aktivitas fisik	Normal (aktivitas berenergi 1 jam min 3x/mgg)	Agak kurang (1 jam aktivitas berenergi 1-2 kali/minggu)	Lumayan kurang (<1 jam aktivitas berenergi sekali/minggu)	Aktifitas fisik sangat kecil (hampir tanpa aktifitas berenergi)	
Diet	Sesuai Anjuran Ahli Gizi = skor 0				
	Tidak sesuai Anjuran Ahli Gizi = skor 1				
Skor Total					

(Modifikasi dari Feigin, 2007)

Peningkatan faktor risiko ini dikategorikan sebagai berikut :

a. Risiko rendah : nilai 1 – 4

Artinya seseorang memiliki kemungkinan 5 - 10% lebih tinggi terkena stroke dibandingkan dengan orang berusia sebaya yang tidak memiliki faktor risiko tersebut.

b. Risiko sedang : nilai 5 – 9

Artinya seseorang memiliki kemungkinan 10 - 20% lebih tinggi terkena stroke dibandingkan dengan orang berusia sebaya yang tidak memiliki faktor risiko tersebut.

c. Risiko tinggi : nilai 10 – 13

Artinya seseorang memiliki kemungkinan 20 - 40% lebih besar terkena stroke dibandingkan dengan orang berusia sebaya yang tidak memiliki faktor risiko tersebut.

d. Risiko sangat tinggi : nilai > 14

Artinya seseorang memiliki risiko sangat tinggi terkena stroke (> 40% lebih tinggi dibandingkan dengan orang berusia sebaya yang tidak memiliki faktor risiko tersebut).

5. Penatalaksanaan

Rasyid et al (2007) menjelaskan bahwa pada penatalaksanaan stroke iskemik meliputi 6 hal penting yang perlu dilakukan, yaitu :

a. Prosedur diagnostik untuk menentukan terapi

Pemeriksaan CT Scan tanpa kontras dapat membedakan jenis stroke, pemeriksaan ini harus dilakukan sebelum terapi spesifik diberikan. Pemeriksaan elektrokardiografi yang dianjurkan 48 jam pertama serangan untuk melihat faktor risiko yang mengancam jiwa penderita.

- b. Pengobatan keadaan umum yang akan mempengaruhi *outcome*, misal : hipertensi, suhu tubuh dan kadar gula darah.

Selain itu pengobatan stroke trombolitik terbaik harus diberikan kurang dari 3 jam setelah serangan (*reperfusion window*), karena kegagalan metabolik terjadi dalam waktu 3-4 jam bila aliran darah ke daerah terkena tidak diperbaiki serta infark otak dan edema otak timbul 2 jam/maksimal 3 jam setelah sumbatan aliran darah otak.

- c. Terapi khusus yang berhubungan dengan patogenesis stroke

Pemberian rtPA (*recombinant tissue-plasminogen activator*) intravena jika serangan gejala stroke dipastikan kurang dari 3 jam dan hasil CT Scan tidak memperlihatkan infark dini yang luas. Atau pemberian terapi *antithrombotic* seperti heparin dan antiplatelet.

- d. Pencegahan primer dan pengobatan komplikasi

Pendekatannya adalah mencegah dan mengobati faktor-faktor risiko yang dapat dimodifikasi, terdapat 2 pendekatan utama pada pencegahan stroke yaitu (1) strategi kesehatan masyarakat atau populasi dengan cara memberikan pendidikan kesehatan untuk mengurangi perilaku berisiko, (2)

strategi risiko tinggi yang mengarahkan upayanya untuk orang-orang yang risiko tinggi terkena serangan stroke.

Seorang perawat memiliki peranan yang penting dalam upaya pencegahan primer melalui pemberian *health education* yang berfokus agar pasien dapat mengurangi faktor risiko serangan stroke dengan mengubah atau memodifikasi gaya hidup mereka (Williams, 2005)

e. Pencegahan sekunder dini

Pendekatan pencegahan sekunder adalah strategi untuk mencegah kekambuhan stroke dengan cara :

1). Memodifikasi gaya hidup yang berisiko stroke dan faktor risiko, seperti :

- a) Hipertensi : diet dan obat hipertensi yang sesuai
- b) Diabetes mellitus : diet dan obat hipoglikemik oral/insulin
- c) Dislipidemia : diet rendah lemak dan obat antidislipidemia
- d) Berhenti merokok
- e) Hindari alkohol, kegemukan dan kurang gerak

2). Melibatkan peran serta keluarga seoptimal mungkin

Melibatkan keluarga pasien sejak awal perawatan merupakan hal yang penting dilakukan dengan tujuan agar perawatan lanjutan dirumah dapat dilakukan dengan maksimal dan keluarga juga telah siap menghadapi situasi yang berbeda dengan kondisi pasien sebelum sakit.

f. Rehabilitasi dini

Tujuan dilakukan rehabilitasi adalah memperbaiki fungsi motorik, fungsi bicara serta fungsi lain yang terganggu, adaptasi mental, sosial serta hubungan interpersonal kembali normal, meminimalkan kecacatan agar pasien mampu melakukan aktivitas sehari-hari. Prinsip pelaksanaan rehabilitasi adalah dimulai sedini mungkin, sistematis, bertahap dan focus pada defisit yang terjadi.

Untuk menilai kemajuan perawatan pasien stroke, dapat dilakukan dengan penilaian sebagai berikut :

a. *National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS)*

Suatu skala penilaian yang dilakukan pada pasien stroke untuk melihat kemajuan hasil perawatan fase akut, yang dinilai saat pasien masuk (hari pertama perawatan) dan keluar dari perawatan. Perbedaan saat masuk dan keluar dapat dijadikan salah satu patokan keberhasilan perawatan. NIHSS dikembangkan oleh Brott et al, 1989 dan Goldstein et al, 1989 dikatakan memiliki reliabilitas yang tinggi yang terdiri dari 11 komponen dengan rentang nilai antara 0-42, namun kelemahannya kurang baik untuk stroke dengan gangguan sirkulasi posterior karena nilai yang diperoleh tidak sesuai dengan beratnya defisit yang signifikan.

b. *Barthel Index (BI)*

Diperkenalkan oleh Mahoney dan Barthel tahun 1965, digunakan untuk menilai status fungsional dan kemampuan pergerakan otot/ekstremitas pada

pasien dan sering dipakai untuk menilai fungsi aktivitas keseharian pasien (ADL). *Barthel Index* memiliki sensitifitas uji 77% dan spesifisitas 70% bermanfaat juga untuk mengevaluasi efektifitas kemajuan terapi dan prognosis serta keberhasilan rehabilitasi. Nilai penilaian menurut Wade dan Collin (1988) memuat 10 penilaian antara 0 (total ketergantungan) sampai 20 (total independen), yaitu meliputi :

Tabel 2.2
Skala Penilaian Barthel Index

No	Item Penilaian	Nilai
1	Kontrol BAB	0 = Inkontinensia 1 = Bantuan minimal 2 = Teratur, mandiri
2	Kontrol BAK	0 = Inkontinensia, kateter 1 = Bantuan minimal 2 = Teratur, mandiri
3	Kebersihan diri	0 = Butuh bantuan 1 = Mandiri
4	Ke kamar mandi	0 = Dibantu sepenuhnya 1 = Bantuan minimal 2 = Mandiri
5	Makan	0 = Tidak mampu 1 = Bantuan minimal 2 = Mandiri
6	Pindah posisi	0 = Tidak mampu 1 = Butuh bantuan 1 atau 2 orang 2 = Bantuan minimal 3 = Mandiri
7	Mobilisasi	0 = Tidak bisa 1 = Mandiri dengan kursi roda 2 = Berjalan bantuan 1 orang 3 = Mandiri dgn bantuan alat
8	Berpakaian	0 = Dibantu sepenuhnya 1 = Butuh bantuan minimal 2 = Mandiri
9	Naik tangga	0 = Tidak bisa 1 = Butuh bantuan 2 = Mandiri naik dan turun
10	Mandi	0 = Dibantu 1 = Mandiri
Total Nilai		

(dikutip dari Rasyid, et al. 2007)

Pentingnya intervensi dini pada stroke akut sangat menentukan kualitas hidup pasien dan bahkan mencegah kematian, sehingga motto penatalaksanaan stroke adalah *Time is Brain*. Intervensi ini dilakukan secara komprehensif oleh multidisiplin – unit stroke, yang tim strokenya terdiri dari dokter spesialis syaraf, perawat mahir stroke, dokter spesialis terkait dengan faktor risiko stroke, fisioterapi, terapi okupasi, terapi bicara, pekerja sosial, ahli gizi yang dilakukan di unit stroke. Komponen utama perawatannya adalah penyelamatan jiwa (1-4 minggu setelah stroke) dan menurunkan ketergantungan.

Peran seorang perawat sebagai bagian dari tim pelayanan kesehatan, diharapkan mampu memberikan asuhan keperawatan kepada pasien stroke secara komprehensif dan terorganisir sejak fase hiperakut hingga fase pemulihan agar dapat mempengaruhi *outcome* pasien pasca stroke (Rasyid, et al. 2007).

Pengetahuan pasien dan keluarga tentang penyakit, pengobatan, perawatan serta proses rehabilitasi bagi pasien stroke sangat menentukan tahap pemulihan pasien, karena dengan memahami kondisi fisik dan psikologis yang dialami oleh pasien pasca stroke, keluarga dapat memberikan support lebih besar untuk membantu pasien agar dapat beradaptasi dengan segala *disability*-nya, mengurangi faktor risiko yang menimbulkan serangan berulang stroke dengan merubah gaya hidup ke perilaku sehat, memiliki motivasi yang tinggi untuk mengurangi ketergantungan aktivitas serta berupaya semaksimal mungkin untuk kembali pulih. Powell (2000) menjelaskan bahwa keluarga bukannya tidak dapat merawat pasien dalam memenuhi kebutuhan ADL (*Activity Daily Living*) tapi keluarga hanya tidak mengerti

bagaimana cara merawat, untuk menghindari ketidakmengertian itu perlu diberikan *health education* pada pasien dan keluarga lebih dini tentang pengobatan, perawatan dan kebutuhan pasien.

Rankin & Stallings (2001) menjelaskan bahwa *health education* merupakan bagian integral dari intervensi keperawatan dan khusus pada pasien stroke dikatakan bahwa *health education* adalah kunci sukses dalam memodifikasi faktor risiko dan perubahan gaya hidup pasien stroke untuk memperbaiki ketidakmampuan, mengurangi risiko kematian pada serangan stroke kedua (berulang). Perawat dalam memberikan intervensi keperawatan pada pasien stroke telah memiliki kerangka konsep *health education* yang dibutuhkan oleh pasien dan keluarga berdasarkan pengkajian yang dilakukan dan diintegrasikan dalam suatu *discharge planning* (perencanaan pulang).

B. *Discharge Planning* dalam Keperawatan

1. Pengertian

Discharge Planning adalah suatu proses yang sistematis dalam pelayanan kesehatan untuk membantu pasien dan keluarga dalam menetapkan kebutuhan, mengembangkan dan mengimplementasikan serta mengkoordinasikan rencana perawatan yang mungkin dilakukan setelah pasien pulang dari rumah sakit dalam upaya meningkatkan atau mempertahankan derajat kesehatannya (*The Nurses Association of New Brunswick, 2002; The Royal Marsden Hospital, 2004 ; Capernito, 1999; Spath, 2003*).

2. Tujuan

Lyon (1993, dalam Cawthorn, 2005) mengungkapkan bahwa saat pertama pasien masuk untuk dirawat, tujuan utama seorang perawat adalah memberikan pelayanan terbaik melalui koordinasi, *health education* dan tindakan yang tepat, tujuan kedua adalah upaya untuk mengurangi biaya, hari rawat (*Lengths Of Stay*) dan kunjungan berulang. Naylor (1999) menjelaskan bahwa untuk mencapai hari rawatan yang lebih pendek, mencegah risiko kekambuhan, meningkatkan perkembangan kondisi kesehatan pasien dan menurunkan beban perawatan pada keluarga dapat dilakukan dengan memberikan *discharge planning*. Pasien memerlukan *discharge planning* untuk menjamin kelancaran proses perpindahan pasien dari rumah sakit ke lingkungan lainnya agar perawatan yang telah diberikan selama di rumah sakit dapat berkelanjutan.

Tujuan *discharge planning* adalah : (*The Royal Marsden Hospital*, 2004 ; Spath, 2003) :

- a. Mempersiapkan pasien dan keluarga secara fisik dan psikologis untuk pulang dan beradaptasi dengan perubahan lingkungan.
- b. Mempersiapkan keluarga secara emosional dan psikologis terhadap perubahan kondisi pasien.
- c. Memberikan informasi pada pasien dan keluarga sesuai kebutuhan mereka baik secara tertulis maupun secara verbal.
- d. Memfasilitasi kelancaran perpindahan dan meyakinkan bahwa semua fasilitas kesehatan dan lingkungan pasien telah siap menerima kondisi pasien.

- e. Meningkatkan kemandirian pasien dan keluarga untuk meningkatkan derajat kesehatan pasien.
- f. Memberikan kontinuitas perawatan antara rumah sakit dengan lingkungan baru pasien dengan menjalin komunikasi yang efektif.

3. Pelaksanaan *Discharge Planning*

Dalam *The Royal Marsden Hospital*, (2004) dijelaskan beberapa prinsip yang harus dipertimbangkan dalam pelaksanaan *discharge planning* adalah :

- a. *Discharge planning* merupakan proses multidisiplin dalam memenuhi kebutuhan pasien.
- b. Prosedur *discharge planning* dilaksanakan secara konsisten untuk semua pasien.
- c. Pengkajian juga dilakukan terhadap keluarga sebagai orang yang akan melanjutkan perawatan.
- d. Meyakinkan bahwa pasien dipindahkan ke lingkungan yang aman dan memadai.
- e. Menjamin adanya kontinuitas dalam perawatan setelah pulang dari rumah sakit.
- f. *Discharge planning* dimulai saat kontak pertama dengan pasien.
- g. Informasi tentang *discharge planning* disusun berdasarkan hasil diskusi dan kesepakatan antara tenaga kesehatan dengan pasien atau keluarga.

h. Keyakinan/kepercayaan pasien harus dipertimbangkan dalam menyusun *discharge planning*.

Pelaksanaan *discharge planning* membutuhkan seseorang yang memiliki keahlian dalam pengkajian, mampu mengorganisasikan, memiliki keahlian dalam berkomunikasi dan menyadari sumber daya di masyarakat oleh Harper (1998, dalam *The Nurses Association of New Brunswick*, 2002) dan kemampuan seorang perawat telah dipersiapkan untuk berperan sebagai *discharge planner*.

Discharge planning disebut juga sebagai bagian integral dari asuhan keperawatan di rumah sakit, karena dalam melakukan asuhan keperawatan perawat telah memiliki kemampuan untuk melakukan pengkajian secara akurat dan mengidentifikasi masalah aktual maupun potensial yang dirasakan oleh pasien, menyusun tujuan dan merencanakan perawatan bersama pasien dan keluarga, melakukan implementasi dengan membantu pasien dalam memenuhi kebutuhan dan memberikan *health education* untuk meningkatkan status kesehatan serta mengevaluasi secara kontinu kemajuan pasien. Dan sebagai anggota team kesehatan, perawat melakukan kolaborasi dengan team lainnya dalam merencanakan, mengimplementasi, koordinasi dan memfasilitasi pasien dalam mencapai kesembuhan seoptimal mungkin sampai pasien pulang dan melanjutkan pemulihan di rumah.

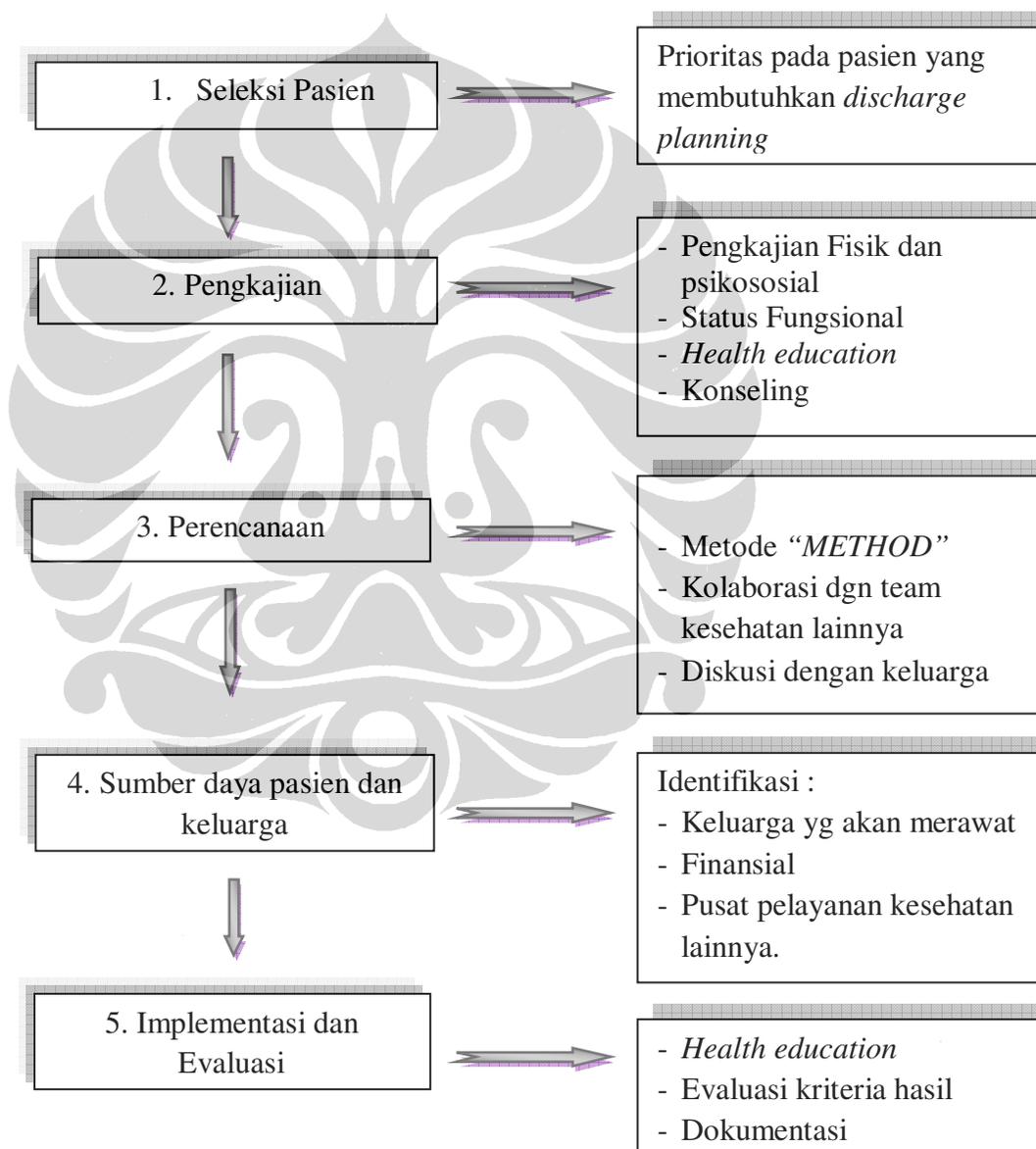
Berbagai penelitian yang telah dilakukan tentang keefektifan *discharge planning*, misalnya penelitian Dai, Chang & Tai (2002) tentang efektifitas *discharge planning* dalam pemberian *health education* oleh perawat di rumah sakit Taiwan

yang menggunakan desain kuasi eksperimen dengan jumlah sampel 171 (72 kelompok kontrol dan 99 kelompok intervensi) pada pasien stroke dan 112 (56 kelompok kontrol dan 56 kelompok intervensi) pada pasien *post craniotomy*. Penelitian ini dilakukan selama 2 tahun dengan 1 tahun sebagai periode intervensi dan 1 tahun sebagai periode kontrol. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa *length of stay* pada kelompok intervensi lebih pendek daripada kelompok kontrol pada pasien stroke, yaitu 49,57 hari pada kelompok kontrol dan 42,14 hari pada kelompok intervensi, begitu juga dengan risiko kekambuhan pada kelompok yang diberikan *discharge planning* lebih rendah dari kelompok yang hanya mendapat perawatan rutin rumah sakit. Dijelaskan bahwa pasien yang masuk untuk kembali dirawat selama penelitian pada kelompok intervensi hanya 1 orang dan 3 orang pada kelompok kontrol, sementara hasil penilaian status fungsional 33,38 pada kelompok kontrol dan 27,78 pada kelompok intervensi (menggunakan penilaian *Barthel Index* dengan rentang nilai 0-100). Dari hasil penelitian ini dapat disimpulkan bahwa *discharge planning* yang diberikan secara komprehensif dapat menurunkan faktor resiko kekambuhan, *length of stay* tanpa menurunkan kualitas dan waktu pemulihan dalam status fungsional.

Proses pelaksanaan *discharge planning* dilakukan melalui 5 tahap model klinik yang digunakan dalam proses keperawatan (Slevin, 1986) seperti terlihat dalam skema 2.3 berikut ini :

Skema 2. 3

Model Klinik *Discharge Planning*



(Modifikasi dari Slevin dalam www.jstor.org/view , diperoleh tanggal 1 Februari 2008)

5 tahap model klinik *discharge planning* tersebut, adalah :

a. Seleksi pasien

Tahap ini meliputi identifikasi pasien yang membutuhkan *discharge planning*, semua pasien membutuhkan pelayanan, tetapi pemberian *discharge planning* lebih diprioritaskan bagi pasien yang mempunyai risiko lebih tinggi memiliki kebutuhan akan pelayanan khusus. Department of Health (1989, dalam *The Royal Marsden Hospital*, 2004) mendeskripsikan karakteristik pasien yang membutuhkan *discharge planning* dan rujukan ke pelayanan kesehatan adalah sebagai berikut :

- 1) Kurang pengetahuan tentang rencana pengobatan.
- 2) Isolasi sosial
- 3) Diagnosa baru penyakit kronik
- 4) Operasi besar
- 5) Perpanjangan masa penyembuhan dari operasi besar atau penyakit.
- 6) Ketidak stabilan mental atau emosi.
- 7) Penatalaksanaan perawatan dirumah yang kompleks.
- 8) Kesulitan finansial.
- 9) Ketidak mampuan menggunakan sumber-sumber rujukan.
- 10) Penyakit terminal.

Sedangkan menurut *New York State Departemet of Health* (2005) prioritas klien yang membutuhkan *discharge planning* adalah :

- 1) Usia di atas 70 tahun

- 2) Multiple diagnosis dan risiko kematian yang tinggi
- 3) Keterbatasan mobilitas fisik
- 4) Keterbatasan kemampuan merawat diri
- 5) Penurunan status kognisi
- 6) Risiko terjadinya cedera
- 7) Tuna wisma, fakir miskin
- 8) Penyakit kronis
- 9) Antisipasi perawatan jangka panjang; stroke, pasien DM baru, TBC paru
- 10) Gangguan penyalahgunaan zat/obat
- 11) Riwayat sering menggunakan fasilitas emergensi seperti asma, alergi.

Discharge planning juga diindikasikan pada pasien yang berada pada perawatan khusus seperti *nursing home* atau pusat rehabilitasi. Selain itu juga perlu dipertimbangkan kondisi sosial ekonomi serta lingkungan pasien seperti kemampuan anggota keluarga untuk merawat serta fasilitas lingkungan yang sesuai dengan kondisi pasien. (The Royal Marsden Hospital, 2004)

b. Pengkajian

Menurut Stone (1979, dalam Slevin, 1986) pengkajian *discharge planning* berfokus pada 4 area yang potensial untuk dikaji, yaitu pengkajian fisik dan psikososial, status fungsional, kebutuhan *health education* dan konseling.

Zwicker & Picariello (2003) mengemukakan bahwa prinsip – prinsip dalam pengkajian adalah :

- 1) Pengkajian dilakukan pada saat pasien masuk dan berlanjut selama perawatan.
- 2) Pengkajian berfokus pada pasien dewasa yang berisiko tinggi tidak tercapainya hasil *discharge*.
- 3) Pengkajian meliputi :
 - a) Status fungsional (kemampuan dalam aktivitas sehari-hari dan fungsi kemandirian).
 - b) Status kognitif (kemampuan pasien dalam berpartisipasi dalam proses *discharge planning* dan kemampuan mempelajari informasi baru).
 - c) Status psikologi pasien, khususnya pengkajian terhadap depresi.
 - d) Persepsi pasien terhadap kemampuan perawatan diri.
 - e) Kemampuan fisik dan psikologik keluarga dalam perawatan pasien.
 - f) Kurangnya pengetahuan berkaitan kebutuhan perawatan kesehatan setelah pulang.
 - g) Faktor lingkungan setelah pulang dari rumah sakit.
 - h) Kebutuhan dukungan formal dan informal keluarga dalam memberikan perawatan yang benar dan efektif.
 - i) Review pengobatan dan dampaknya.
 - j) Akses ke pelayanan setelah pulang dari rumah sakit.

Dalam mengkaji kebutuhan pendidikan kesehatan (*health education*) pasien, perawat harus mempertimbangkan hal-hal berikut (Rankin & Stallings, 2001), yaitu :

- 1) Informasi yang dibutuhkan oleh pasien dan keluarga
- 2) Perilaku yang perlu digali
- 3) Keterampilan yang dibutuhkan pasien untuk menunjukkan perilaku sehat.
- 4) Faktor-faktor lingkungan pasien yang dapat dirubah untuk menunjukkan perilaku yang diinginkan.

Pengkajian dalam proses *discharge planning* ini harus dilakukan secara komprehensif dan mempertimbangkan kriteria pasien yang membutuhkan *discharge planning* baik pada pasien sendiri maupun keluarga yang akan melanjutkan perawatan setelah pulang dari rumah sakit agar sasaran kontinuitas perawatan tercapai, pasien dan keluarga dapat beradaptasi dengan kondisi kesehatan serta beban keluarga dapat diminimalkan.

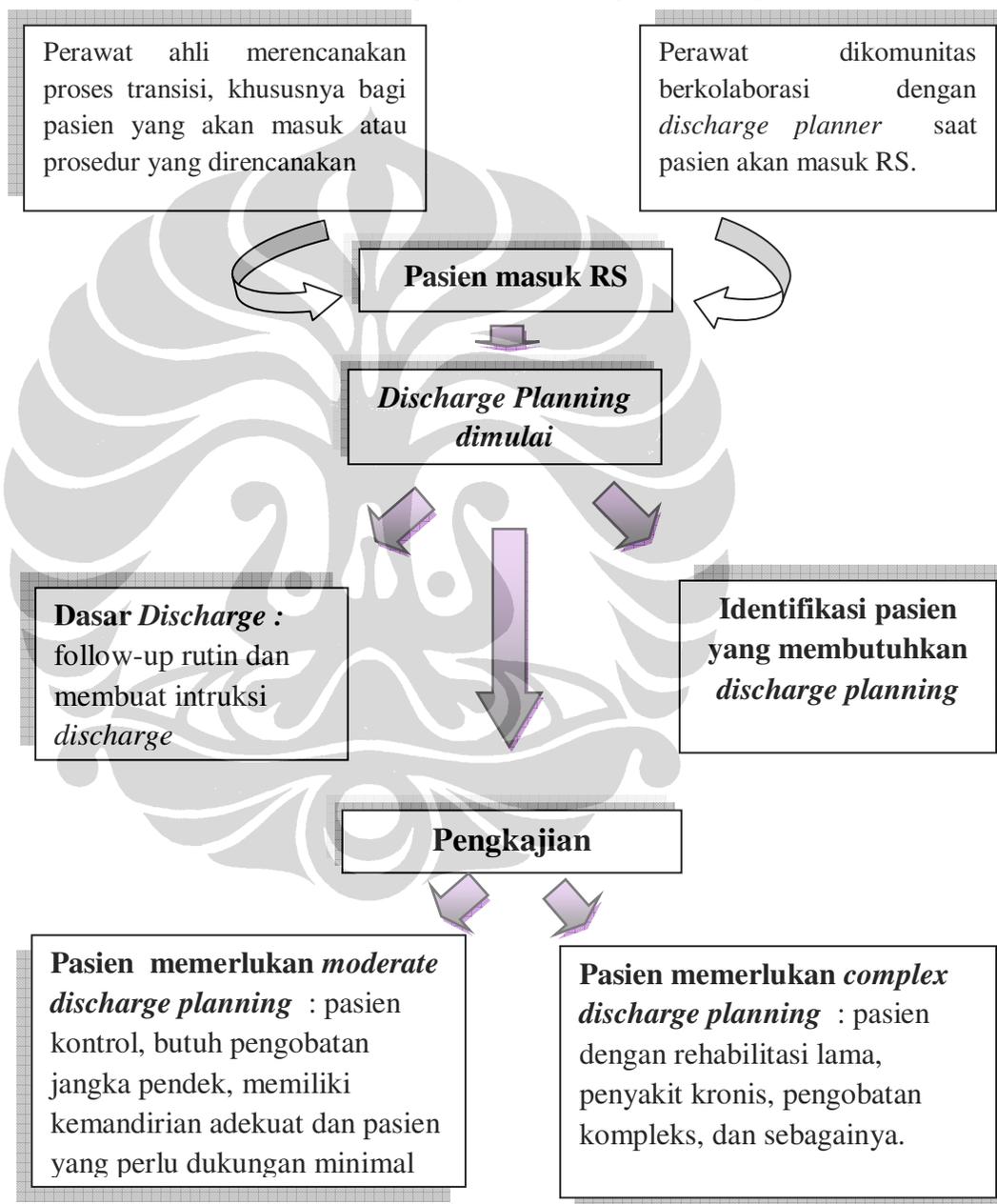
Susan dalam Hoeman (1996) menyebutkan kriteria pasien yang siap untuk dikaji kebutuhan *health education*-nya ditunjukkan dalam 3 kategori sebagai berikut :

- 1) Secara fisik, pasien mampu berpartisipasi dalam proses pengkajian seperti tanda vital yang sudah terkontrol, kecemasan menurun.
- 2) Tujuan dalam proses pengkajian dapat dimengerti oleh pasien serta sesuai dengan kebutuhan pasien dan keluarga.
- 3) Pengkajian juga harus mempertimbangkan status emosional pasien dan keluarga sehingga mereka dapat berpartisipasi aktif dalam mengungkapkan kebutuhannya.

New York State Departemet of Health (2006) merumuskan suatu alur pengkajian dalam proses *discharge planning*, sebagai berikut :

Skema 2.2

Alur Pengkajian *Discharge Planning*



(dikutip dari *New York State Departemet of Health (2006* dalam <http://www.gobroomecounty.com> , diperoleh tanggal 14 Februari 2008)

b. Perencanaan

Dalam perencanaan diperlukan adanya kolaborasi dengan team kesehatan lainnya, diskusi dengan keluarga dan pemberian *health education* sesuai pengkajian.

Pendekatan yang digunakan pada *discharge planning* difokuskan pada 6 area penting dari pemberian *health education* yang dikenal dengan istilah "METHOD" dan disesuaikan dengan kebijakan masing-masing rumah sakit oleh Cucuzzo (1976, dalam Slevin dari www.jstor.org/view , diperoleh tanggal 1 Februari 2008).

M : *Medication*, pasien diharapkan mengetahui tentang :

- 1) Nama obat
- 2) Dosis yang harus diberikan dan waktu pemberiannya
- 3) Tujuan penggunaan obat
- 4) Efek obat yang seharusnya
- 5) Gejala yang mungkin menyimpang dari efek obat dan hal-hal yang perlu dilaporkan (pengulangan untuk tiap-tiap obat melalui resep)

E : *Environment*, pasien akan dijamin tentang :

- 1) Instruksi yang adekuat mengenai ketrampilan-ketrampilan penting yang diperlukan di rumah
- 2) Investigasi dan koreksi berbagai bahaya di lingkungan rumah
- 3) Support emosional yang adekuat
- 4) Investigasi sumber-sumber suport ekonomi

5) Investigasi transportasi yang akan digunakan klien

T : *Treatment*, pasien dan keluarga dapat :

- 1) Mengetahui tujuan perawatan yang akan dilanjutkan di rumah
- 2) Mampu mendemonstrasikan cara perawatan secara benar.

H : *Health*, pasien akan dapat :

- 1) Mendeskripsikan bagaimana penyakitnya atau kondisinya yang terkait dengan fungsi tubuh.
- 2) Mendeskripsikan makna-makna penting untuk memelihara derajat kesehatan, atau mencapai derajat kesehatan yang lebih tinggi

O : *Outpatient Referral*, pasien dapat :

- 1) Mengetahui waktu dan tempat untuk kontrol kesehatan.
- 2) Mengetahui dimana dan siapa yang dapat dihubungi untuk membantu perawatan dan pengobatannya.

D : *Diet*, diharapkan pasien mampu :

- 1) Mendeskripsikan tujuan pemberian diet
- 2) Merencanakan jenis-jenis menu yang sesuai dengan dietnya

c. Sumber daya

Mengidentifikasi sumber daya pasien menyangkut kontinuitas perawatan pasien setelah pulang dari rumah sakit, seperti keluarga yang akan merawat, finansial keluarga, *nursing home* atau pusat rehabilitasi.

d. Implementasi dan Evaluasi

Zwicker & Picariello (2003, dalam <http://www.guideline.gov>, diperoleh tanggal 14 Februari 2008) menjelaskan bahwa dalam implementasi *discharge planning* ada beberapa hal yang perlu dipertimbangkan, yaitu :

1) Prinsip umum dalam implementasi *discharge planning* adalah :

- a) *Discharge planning* harus berfokus pada kebutuhan pasien dan keluarga.
- b) Hasil pengkajian dijadikan sebagai pedoman strategi pelaksanaan
- c) Hasil pengkajian akan menentukan kebutuhan pendidikan kesehatan yang dibutuhkan setelah pasien pulang dari rumah sakit.
- d) Data pengkajian dapat memprediksikan *outcome* pasien setelah pulang dari rumah sakit.
- e) *Discharge planning* dimulai saat pasien masuk bertujuan untuk memperpendek hari rawatan.

2) Strategi untuk memastikan kontinuitas perawatan pasien, dikenal dengan 4 C yaitu *Communication, Coordination, Collaboration* dan *Continual Reassessment*.

a) *Communication*

Komunikasi dilakukan secara multidisiplin melibatkan pasien dan keluarga saat pertama pasien masuk rumah sakit, selama masa perawatan dan saat pasien akan pulang. Komunikasi dapat dilakukan secara tertulis dan hasil dokumentasi merupakan pengkajian kebutuhan perawatan pasien berupa ringkasan pasien dirumah sakit. Komunikasi verbal

dilakukan mengenai status kesehatan dilakukan pada pasien, keluarga, profesional lain dan pelayanan kesehatan untuk rujukan setelah pulang dari rumah sakit.

b) *Coordination*

Dalam proses *discharge planning* harus melakukan koordinasi dengan team multidisiplin serta dengan unit pelayanan rujukan setelah pasien pulang dari rumah sakit. Komunikasi harus jelas dan bisa meyakinkan bahwa pasien dan keluarga memahami semua hal yang dikomunikasikan.

c) *Collaboration*

Kolaborasi dilakukan oleh perawat dengan seluruh team yang terlibat dalam perawatan pasien, disamping itu adanya kolaborasi antara perawat dengan keluarga dengan memberikan informasi tentang riwayat kesehatan masa lalu pasien, kebutuhan biopsikososial serta hal – hal yang berpotensi menghambat proses kontinuitas perawatan.

d) *Continual Reassessment*

Proses *discharge planning* bersifat dinamis, sehingga status kesehatan pasien akan selalu berubah sesuai pengkajian yang dilakukan secara kontinu dan akurat. Karena itu kebutuhan pasien akan disesuaikan dengan hasil pengkajian tersebut.

Fokus pada tahap implementasi ini adalah memberikan *health education* serta pendokumentasian. Dalam pemberian *health education* bukan hanya sekedar pemberian informasi tetapi merupakan suatu proses yang mempengaruhi perilaku individu, karena kesuksesan suatu pendidikan bisa diperlihatkan dengan adanya perubahan perilaku. Terbentuknya pola perilaku baru dan berkembangnya kemampuan seseorang dapat terjadi melalui tahapan yang diawali dari pembentukan pengetahuan, sikap dan dimilikinya suatu ketrampilan baru. Bloom (1976, dalam Notoatmojo, 1997) mengemukakan bahwa aspek perubahan perilaku yang berkembang dalam proses pendidikan meliputi tiga ranah yaitu :

- 1) Ranah kognitif (pengetahuan), menunjukkan pemikiran yang rasional, berupa dasar fakta atau konsep.
- 2) Ranah afektif (sikap), menunjukkan perasaan dan reaksi pasien terhadap penyakitnya.
- 3) Ranah psikomotor (ketrampilan), menunjukkan kemampuan dalam mendemonstrasikan suatu tindakan, keahlian dan lain-lain.

Tujuan *health education* adalah mengubah perilaku individu/masyarakat di bidang kesehatan (WHO, 1954) yang dikutip oleh Notoatmojo (1997), secara operasional tujuan *health education* adalah sebagai berikut :

- 1) Masyarakat memiliki tanggungjawab yang besar pada kesehatan dirinya dan keselamatan lingkungannya.

- 2) Agar masyarakat melakukan tindakan positif dalam mencegah terjadinya sakit, mencegah penyakit menjadi lebih parah dan mencegah ketergantungan akibat penyakit yang dideritanya.
- 3) Agar masyarakat memiliki pemahaman yang lebih baik tentang eksistensi, perubahan-perubahan system serta cara memanfaatkannya secara efisien dan efektif.
- 4) Agar masyarakat dapat mempelajari hal-hal yang dapat dia lakukan sendiri dan bagaimana caranya tanpa meminta pertolongan kepada system pelayanan kesehatan formal.

Health education merupakan komponen program kesehatan dan suatu upaya yang terencana dan bertahap untuk mengubah perilaku individu, kelompok maupun masyarakat terhadap perubahan cara berfikir, bersikap dan berbuat demi tujuan membantu pengobatan, rehabilitasi, pencegahan penyakit dan promosi hidup sehat (Stuart, 1968 dalam Herawani, 2001). Menurut *Committee President on Health Education* (1977) yang dikutip Soekidjo Notoatmojo (1997), *health education* adalah suatu proses yang menjembatani kesenjangan antara informasi kesehatan dan praktek kesehatan yang memotivasi seseorang untuk memperoleh informasi dan berbuat sesuatu sehingga dapat menjaga dirinya menjadi lebih sehat dengan menghindari kebiasaan yang buruk dan membentuk kebiasaan yang menguntungkan kesehatan.

Notoatmojo (2002) mengemukakan bahwa terdapat aspek - aspek kebudayaan yang dapat mempengaruhi perubahan tingkah laku seseorang dan mempengaruhi status kesehatannya, yaitu :

1) Persepsi masyarakat terhadap sehat-sakit

Persepsi seseorang atau masyarakat terhadap sehat dan sakit berbeda-beda, seperti penyebab keadaan sakit karena makhluk halus, guna-guna, dan lain-lain, dan bila perawat tidak memahami persepsi tersebut dapat menghambat proses *health education* yang diberikan.

2) Kepercayaan

Kepercayaan atau agama seseorang dapat mempengaruhi tingkah laku mereka terhadap status kesehatan, terkadang kepercayaan atau agama dapat memberi pengaruh negatif terhadap pendidikan kesehatan yang diberikan oleh petugas kesehatan.

3) Pendidikan

Tingkat pendidikan seseorang sangat berpengaruh terhadap penerimaan pendidikan kesehatan, karena itu perawat harus menyesuaikan metode pemberian *health education* dengan tingkat pendidikan pasien. Selain itu agar proses pendidikan yang diberikan tidak terhambat, perawat harus memperhatikan bahasa yang dipakai, sederhana dan dapat dimengerti oleh pasien.

4) Nilai kebudayaan

Perawat harus memahami bahwa faktor budaya sangat mempengaruhi proses pembelajaran pasien. Asuhan keperawatan dan proses pembelajaran pasien harus mempertimbangkan keanekaragaman budaya pasien dan keluarganya (Leininger, 1994 dalam Rankin & Stallings, 2001). Untuk mendesain intervensi dalam *health education* pada pasien, perawat perlu mengkaji informasi tentang bagaimana memberikan intervensi dengan latar belakang budaya yang beraneka ragam.

Dalam memberikan *health education* perawat harus menyesuaikan dengan tahap perkembangan pasien, pendekatan yang dilakukan sangat berbeda untuk pasien anak-anak, remaja dan dewasa. Informasi tentang usia akan memberi petunjuk mengenai status perkembangan seseorang hingga dapat memberi arah mengenai materi *health education* dan pendekatan yang digunakan. Khusus bagi pasien stroke yang dominan diderita oleh orang dewasa harus dipertimbangkan pemberian *health education* dengan pendekatan pada orang dewasa. Karena pendidikan bagi pasien dewasa merupakan suatu pendekatan yang khusus, karena sebelum memulai aktivitas perawat harus mendiskusikan terlebih dahulu apa yang ingin mereka pelajari dan apa yang mereka butuhkan. Ketika kebutuhan mereka sudah dikenali oleh perawat, proses pendidikan kesehatan yang diberikan baru akan menjadi menyenangkan dan efektif, dan sebaliknya bila perawat salah dalam mengidentifikasi kebutuhan mereka, maka akan muncul kendala bahwa proses pembelajaran untuk tercapainya suatu perilaku yang baru akan terhambat (Iacono & Campbell, 1997 dalam Rankin & Stallings, 2001).

Pada pasien stroke dan keluarga perlu diberikan pemahaman dan pengetahuan tentang penyakitnya karena serangan stroke terjadi karena akumulasi faktor risiko dalam jangka waktu yang lama, sehingga dengan *health education* pasien dan keluarga dapat mencegah terjadinya serangan berulang dengan memodifikasi dan memperbaiki faktor risiko sesuai pengetahuan yang mereka miliki. Dengan pemberian *health education* dapat mengurangi perasaan ketidakberdayaan, ketidakmampuan dan salah satu usaha promosi untuk kontinuitas perawatan, sesuai dengan pendapat Bull (1992, dalam Rankin & Stallings, 2001) yang menyatakan bahwa pemberian informasi yang dibutuhkan klien tentang perawatan kesehatan penting untuk menjamin kontinuitas perawatan dari rumah sakit ke rumah. Schneider, et al (2003) dalam penelitiannya yang berjudul *Trends in Community Knowledge of the Warning signs and Risk Factors for Stroke*, menyimpulkan bahwa pentingnya pemberian *health education* khususnya tentang tanda, gejala serta faktor risiko stroke pada kelompok yang berisiko tinggi dan anggota keluarganya akan membantu dalam penatalaksanaan dan upaya pencegahan terjadinya serangan berulang.

Menurut Potter & Perry (2005) keberhasilan yang diharapkan setelah dilakukan *discharge planning* ditunjukkan seperti :

- 1) Pasien dan keluarga memahami diagnosa, antisipasi tingkat fungsi, obat-obatan dan tindakan pengobatan untuk proses transisi atau kepulangan, mengetahui cara antisipasi kontinuitas perawatan serta tindakan yang akan dilakukan pada kondisi kedaruratan.

- 2) Pendidikan diberikan kepada pasien dan keluarga untuk memastikan perawatan yang tepat setelah pasien pulang sesuai dengan kebutuhan.
- 3) Koordinasi sistem pendukung dimasyarakat yang memungkinkan pasien untuk membantu pasien dan keluarga kembali ke rumahnya dan memiliki koping yang adaptif terhadap perubahan status kesehatan pasien.
- 4) Melakukan koordinasi system pendukung pelayanan kesehatan untuk kontinuitas perawatannya.

Buick, et al (2000) menjelaskan dalam mengevaluasi keefektifan suatu *discharge planning*, terdapat 2 indikator penilaian yang perlu dipertimbangkan yaitu kriteria proses dan kriteria hasil yang dapat diukur seperti adanya peningkatan status fungsional, hari rawat (*Length Of Stay*) atau kunjungan berulang (*readmission*) akibat faktor risiko yang tidak terkontrol.

Menurut Spath (2003) bahwa dalam mengevaluasi keefektifan proses *discharge planning* perlu dilakukan follow-up setelah pasien pulang dari rumah sakit yang dapat dilakukan melalui telepon atau kontak dengan keluarga serta pelayanan kesehatan yang ikut memberikan perawatan pada pasien. Karena proses follow-up merupakan kunci untuk menjamin kontinuitas perawatan pasien.

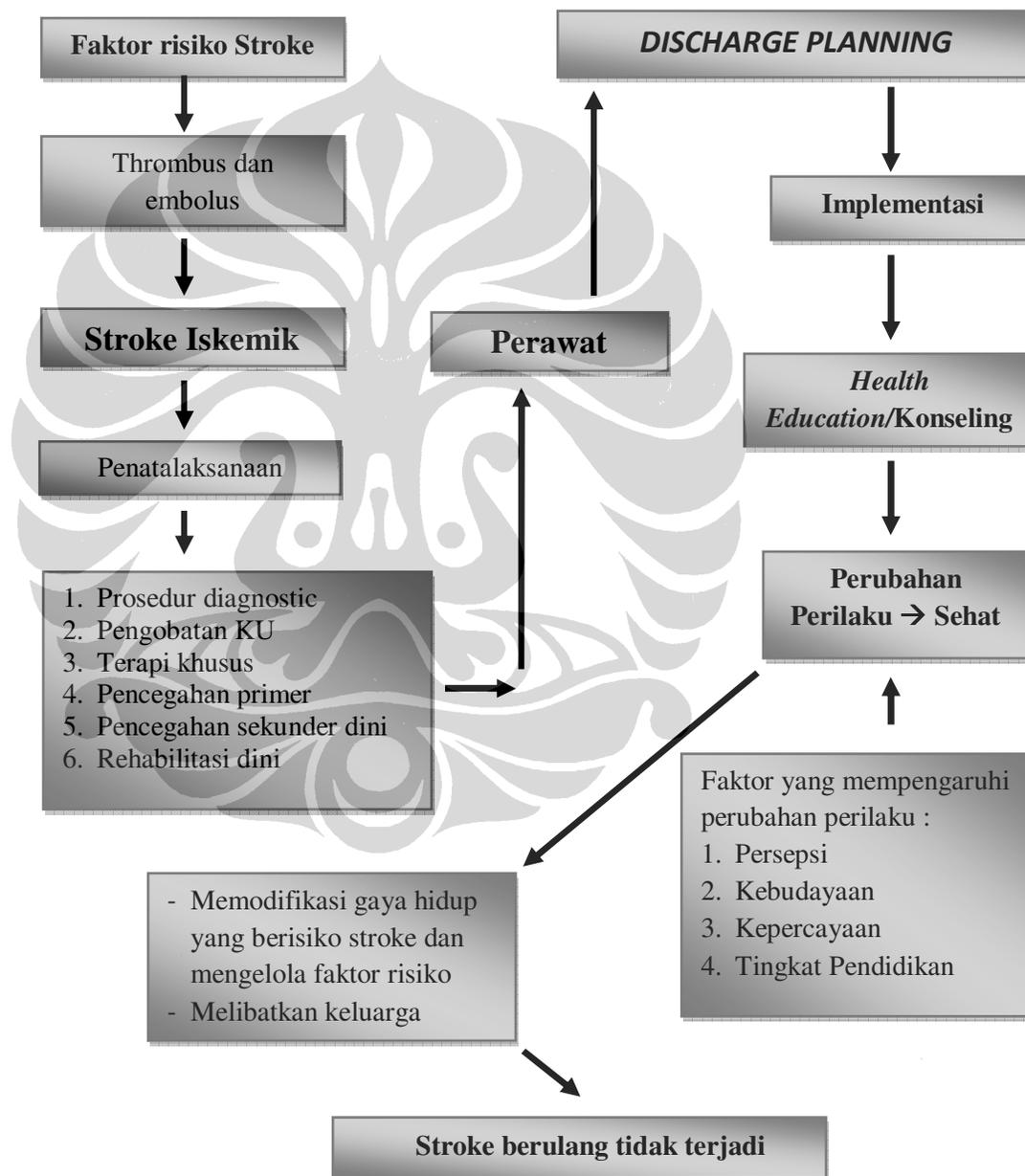
Tujuan follow-up adalah :

- 1) Mengevaluasi dampak intervensi yang telah diberikan selama perawatan pasien dan mengidentifikasi kebutuhan perawatan yang baru.
- 2) Mengkaji efektifitas dan efisiensi proses *discharge planning*.

C. Kerangka Teori

Skema kerangka teori yang dapat dirumuskan dari uraian teori adalah sebagai berikut

Skema 2. 4
Kerangka Teori



(Gabungan dari Price & Wilson,2006; Spath,2001; Slevin,1986;Misbach & Kalim,2007)

BAB III

KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL

Pada bab ini diuraikan kerangka konsep penelitian, hipotesis penelitian dan definisi operasional. Kerangka konsep penelitian adalah kerangka hubungan antara konsep-konsep yang diamati atau diukur melalui penelitian yang dilakukan, kerangka konsep diperlukan sebagai landasan berfikir untuk melakukan suatu penelitian yang dikembangkan dari tinjauan teori yang telah dibahas. Hipotesis penelitian adalah sebuah pernyataan tentang hubungan yang diharapkan antara variabel penelitian yang dapat diuji secara empiris dan definisi operasional adalah untuk memperjelas maksud variabel dari suatu penelitian yang dilakukan (Notoatmodjo, 2002).

A. Kerangka Konsep

Berdasarkan tinjauan kepustakaan yang ditelusuri oleh peneliti, maka variabel yang diukur dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Variabel bebas (*independent variabel*)

Sebagai variabel bebas pada penelitian ini adalah proses pelaksanaan *discharge planning* yang dibagi dalam 2 kelompok, yaitu kelompok intervensi/perlakuan yaitu kelompok yang diberikan *discharge planning* secara terstruktur sejak awal

pasien masuk ruang perawatan dan kelompok kontrol yaitu kelompok yang diberikan *discharge planning* rutin oleh Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi.

2. Variabel terikat (*dependent variabel*)

Variabel terikat pada penelitian ini adalah hasil (*outcome*) dari pelaksanaan *discharge planning* yang dilihat pada faktor risiko kekambuhan, *length of stay* (lama hari rawat) dan status fungsional pada pasien stroke iskemik.

3. Variabel Perancu

Variabel perancu penelitian ini adalah umur dan tingkat pendidikan.

Hubungan antara kedua variabel tersebut dapat terlihat seperti skema 3.1. berikut :



B. Hipotesis

1. Ada hubungan umur dengan faktor risiko kekambuhan, *length of stay* dan status fungsional pasien stroke iskemik.
2. Ada hubungan tingkat pendidikan dengan faktor risiko, *length of stay* dan status fungsional pasien stroke iskemik.
3. Ada pengaruh *discharge planning* terstruktur terhadap faktor risiko kekambuhan, *length of stay* dan status fungsional pasien stroke iskemik setelah dikontrol umur dan tingkat pendidikan.

C. Definisi Operasional

Tabel 3.1

Definisi Operasional Variabel Penelitian

Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Independen <i>Discharge Planning</i> terstruktur pada pasien stroke iskemik.	Kegiatan yang dilakukan sesuai pedoman untuk membantu pasien stroke iskemik dan keluarga dalam menetapkan keb. pendidikan kesehatan dan rencana perawatan lanjutan secara bertahap dan dimulai sejak pasien baru masuk sampai pasien pulang (Lampiran 1)	<ul style="list-style-type: none"> • Pengkajian faktor risiko diawal pasien baru masuk ruang perawatan dan saat pasien kontrol kepoliklinik. • Penilaian status fungsional dilakukan saat pasien baru masuk dan saat pulang • LOS dari format pengkajian 	1 = Kelompok intervensi yang diberikan <i>discharge planning</i> secara terstruktur. 2 = Kelompok kontrol yang diberikan <i>discharge planning</i> rutin RS.	Nominal

		Pengukuran ini dilakukan pada kelompok kontrol dan intervensi.		
<u>Dependen</u>				
<ul style="list-style-type: none"> • Faktor risiko kekambuhan 	Faktor faktor yang menyebabkan pasien memiliki risiko untuk mendapat serangan stroke berulang, yaitu hipertensi, diabetes mellitus, dislipidemia dan faktor gaya hidup (merokok, aktivitas kurang, kegemukan, diet salah, penggunaan alkohol)	Membandingkan nilai total faktor risiko yang diukur saat pasien baru masuk dan waktu pasien kontrol ke poliklinik berdasarkan tabel faktor risiko stroke (lampiran 2)	Nilai 0 - 25	Interval
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Length Of Stay (LOS)</i> 	Jumlah hari pasien dirawat diruang perawatan	Format pengkajian (lampiran 3)	Dalam hari	Interval
<ul style="list-style-type: none"> • Status Fungsional 	Penilaian fungsi aktivitas harian pasien.	Membandingkan nilai <i>Barthel Index</i> yang dinilai saat pasien baru masuk dan saat pasien pulang. (lampiran 4)	Nilai 0 - 20	Interval
<u>Perancu</u>				
Umur	Umur yang telah dilalui oleh pasien sejak lahir sampai ulang tahun terakhir.	Format pengkajian (lampiran 3)	Dalam tahun	Interval
Tingkat pendidikan	Pendidikan formal terakhir yang pernah diikuti oleh pasien stroke iskemik	Format pengkajian (lampiran 3)	<ol style="list-style-type: none"> 1. SD 2. SMP 3. SMA 4. PT 	Ordinal

BAB IV

METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian kuasi-eksperimen, yang tergolong pada *non-equivalent control group*, desain ini bertujuan untuk menyelidiki hubungan sebab akibat dengan cara memberikan intervensi (perlakuan) kepada salah satu kelompok eksperimen, kemudian hasil (akibat) dari intervensi tersebut dibandingkan dan kelompok kontrol, kedua kelompok diukur sebelum dan sesudah intervensi.

Penelitian ini bertujuan untuk membandingkan pengaruh pemberian *discharge planning* terstruktur dengan *discharge planning* rutin yang diberikan di Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi dalam menurunkan faktor risiko kekambuhan, *Length Of Stay (LOS)* dan meningkatkan status fungsional pasien stroke iskemik.

Skema 4.1

Desain Rancangan Penelitian

Subjek	Pretest	Perlakuan	Posttest
K – A	O	I	O1 - A
K – B	O	-	O1 - B
	Waktu 1	Waktu 2	Waktu 3

Keterangan :

K – A = Kelompok Intervensi

K – B = Kelompok Kontrol

O = Observasi/penilaian faktor risiko kekambuhan, *Length of Stay* dan status fungsional pasien stroke iskemik sebelum dilakukan intervensi.

— = Aktivitas lain selain *discharge planning* terstruktur yang telah diprogramkan peneliti.

I = Intervensi *discharge planning* terstruktur yang telah diprogramkan

O1(A+B) = Observasi/penilaian faktor risiko kekambuhan, *Length Of Stay* dan status fungsional pada kelompok Intervensi dan kelompok Kontrol.

B. Populasi dan Sampel

Populasi dalam penelitian ini adalah semua pasien stroke iskemik yang dirawat di Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi pada saat dilakukan penelitian. Besar sampel diperoleh dari populasi berdasarkan pasien yang dirawat di ruangan Unit Stroke Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi. Besar sampel yang didapatkan adalah 43 responden yang terdiri dari 23 responden pada kelompok intervensi yang diberikan *discharge planning* terstruktur dan 23 responden pada kelompok kontrol yang diberikan *discharge planning* rutin rumah sakit. Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini adalah *non probability sampling* jenis *consecutive sampling* yaitu

merekruit seluruh sampel yang memenuhi kriteria inklusi pada bulan April – Mei 2008.

Kriteria inklusi merupakan persyaratan umum yang harus dipenuhi oleh subyek agar dapat diikutsertakan dalam penelitian. Karakteristik sampel yang dimasukkan dalam kriteria inklusi pada penelitian ini adalah :

1. Pasien stroke iskemik yang baru masuk ruang perawatan.
2. Serangan stroke iskemik untuk pertama kalinya.
3. Kesadaran kompos mentis kooperatif dengan hemodinamik stabil
4. Pasien stroke iskemik yang memiliki satu atau lebih faktor risiko sebagai berikut: hipertensi, diabetes mellitus, dislipidemia serta faktor gaya hidup (merokok, aktifitas fisik yang kurang, kegemukan, diet yang salah, penggunaan alkohol)
5. Memiliki prioritas untuk diberikan *discharge planning*.

Kriteria eksklusi adalah keadaan yang menyebabkan subyek memenuhi kriteria inklusi tidak dapat diikutsertakan dalam penelitian, kriteria eksklusi pada penelitian ini adalah :

1. Prognosis jelek yang ditandai dengan perburukan neurologis > 24 jam pertama, demam (peningkatan suhu tubuh >37,5 °C) dan terjadi infeksi.
2. Pasien/keluarga menolak untuk menandatangani *informed consent*.

C. Tempat Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi karena sebagai Rumah Sakit Pemulihan Stroke I (pertama) di Indonesia yang dijadikan sebagai percontohan. Dan belum pernah dilakukan penelitian tentang pengaruh pemberian

discharge planning secara terstruktur dalam menurunkan faktor risiko kekambuhan dan *Length Of Stay (LOS)* serta meningkatkan status fungsional pasien stroke iskemik.

D. Waktu Penelitian

Penelitian dilaksanakan selama 2 bulan yaitu pada bulan April 2008 sampai bulan Mei 2008. (Lampiran 5)

E. Etika Penelitian

Setelah mendapat persetujuan dari Komite Etik Penelitian Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, penelitian ini juga memenuhi beberapa prinsip etik dan pemberian *informed consent* pada pasien sebelum dilakukan penelitian.

1. Prinsip Etik

Peneliti meyakinkan bahwa responden terlindungi dengan memperhatikan aspek-aspek *self determination, privacy, confidentially and protection from discomfort* (Polit & Hungler, 1999) :

- a. *Self determination*, responden diberi kebebasan untuk menentukan apakah bersedia atau tidak untuk mengikuti kegiatan penelitian secara sukarela.
- b. *Privacy*, merahasiakan informasi-informasi yang didapat dari mereka hanya untuk kepentingan penelitian ini.
- c. *Confidentially*, peneliti menjaga kerahasiaan identitas responden dan informasi yang didapat dari responden.

d. *Protection from discomfort*, responden bebas dari rasa tidak nyaman. Jika dalam perlakuan responden merasa tidak nyaman dan aman, maka kepada responden diberi kesempatan untuk menentukan pilihan menghentikan partisipasi atau melanjutkannya.

2. *Informed Consent*

Informed Consent adalah persetujuan atau izin yang diberikan oleh seseorang untuk memperbolehkan dilakukannya suatu tindakan atau perlakuan (Potter & Perry, 2005). Penelitian dimulai bila pasien telah menandatangani lembar persetujuan (*informed consent*). (Lampiran 6)

Dalam Potter & Perry (2005) dijelaskan faktor-faktor agar suatu *informed consent* menjadi valid, yaitu :

- a. Individu secara fisik dan mental kompeten dan secara legal dewasa
- b. Persetujuan harus diberikan secara sukarela dan tidak ada tindakan paksaan
- c. Individu yang memberikan persetujuan harus memahami dengan seksama pilihan-pilihan yang ada.
- d. Individu yang memberikan persetujuan harus mendapatkan jawaban yang memuaskan atas pertanyaan dan memastikan pemahaman mereka terhadap tindakan yang diberikan.

F. Alat Pengumpul Data

Pada penelitian ini digunakan 3 jenis format, yaitu :

1. Penilaian Skor Risiko Stroke (modifikasi dari Feigin, 2007)
2. Format Pengkajian

Yang berisi tentang identitas singkat pasien, cacatan hari rawatan (tanggal masuk, tanggal keluar dan tanggal kontrol), nilai faktor risiko stroke serta nilai *Barthel Index*.

3. Penilaian Status Fungsional (*Barthel Index*)

G. Prosedur Pengumpulan Data

Pengumpulan data untuk penilaian faktor risiko dan status fungsional (nilai *Barthel Index*) dilakukan 2 kali periode yang disesuaikan dengan kebutuhan penilaian/pengukuran. Nilai faktor risiko diisi saat pasien baru masuk ruang perawatan dan saat pasien kontrol ke poliklinik sesuai jadwal kontrol yang telah disepakati. Sementara penilaian *Barthel Index (BI)* diukur saat pasien baru masuk ruang perawatan dan saat pasien pulang (keluar) dari ruang perawatan. Pengumpulan data ini dilakukan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

Dalam pengumpulan data, beberapa kegiatan yang dilakukan adalah :

1. Mendapat izin penelitian dari Instalasi Litbang Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi.
2. Melakukan koordinasi dengan team stroke yang ada di RSSN Bukittinggi agar dapat bekerjasama demi kelancaran penelitian ini.

3. Mengadakan pertemuan dengan kepala Instalasi Unit Stroke, penanggung jawab ruangan serta tenaga perawat Unit Stroke untuk menjelaskan tujuan dan manfaat penelitian serta harapan peneliti atas partisipasinya.
4. Mengadakan pertemuan dengan asisten peneliti sebagai pengumpul data untuk penjelasan mengenai seleksi pasien dan teknik pengumpulan data, yaitu tenaga perawat yang dianggap kompeten (minimal tamatan Diploma III Keperawatan dan memiliki pengalaman kerja diruangan tersebut minimal 2 tahun).

Selanjutnya dilakukan pemilihan responden sesuai dengan kriteria inklusi dengan cara :

1. Menentukan secara acak (setiap pasien yang baru masuk dan memenuhi kriteria inklusi diberikan nomor urut, nomor ganjil untuk kelompok intervensi dan nomor genap untuk kelompok kontrol)
2. Memberikan penjelasan kepada pasien dan keluarga tentang tujuan dan prosedur pelaksanaan penelitian yang akan dilakukan.
3. Meminta pasien atau keluarga menandatangani lembar persetujuan (*informed consent*) sebagai bukti mau berpartisipasi sebagai responden dalam penelitian.

Pelaksanaan penelitian yang dilakukan adalah :

1. Melakukan penilaian pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol tentang faktor risiko terhadap serangan stroke iskemik dan penilaian *Barthel Index (BI)*
2. Melakukan pengkajian pada kelompok intervensi tentang kebutuhan *discharge planning* berdasarkan format *discharge planning* yang telah disusun.

3. Memberikan *discharge planning* dengan implementasi utamanya *health education* pada kelompok intervensi sesuai hasil pengkajian dan berpedoman pada format yang telah disusun serta materi yang telah disediakan.
4. Melakukan penilaian *Barthel Index (BI)* pada semua responden setelah pasien dinyatakan boleh pulang.
5. Memastikan dokumentasi tentang hari rawatan responden untuk menentukan *Length Of Stay (LOS)*
6. Melakukan penilaian faktor risiko semua responden sesuai jadwal kontrol pasien yang dapat dijadikan sebagai bentuk evaluasi/follow-up pasien.

H. Pengolahan dan Analisis Data

1. Pengolahan Data

Pengolahan data melalui tahapan – tahapan berikut :

a. *Editing*

Dilakukan pemeriksaan kelengkapan, kejelasan dan kesesuaian data dari pengkajian, penilaian *pretest* dan *posttest* yang dilakukan.

b. *Koding*

Pengkodean yang dilakukan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol untuk memudahkan peneliti dalam pengolahan data. Kelompok intervensi yang diberikan *discharge planning* terstruktur diberi kode 1 dan kelompok kontrol yang diberikan *discharge planning* rutin rumah sakit diberi kode 2.

c. *Processing*

Semua data yang sudah dikoding diproses dengan program SPSS 15.

d. *Cleaning*

Dilakukan tabulasi data yaitu mengelompokkan data sesuai dengan hasil penilaian pre-test dan post-test yaitu nilai faktor risiko, *Length Of Stay* (lama hari rawat) dan status fungsional (nilai *Barthel Index*) selanjutnya data dianalisis secara univariat, bivariat dan multivariat.

2. Analisa Data

a. Analisa Univariat

Analisa univariat dilakukan terhadap karakteristik responden, variabel *independent* dan variabel *dependent*. Hasil analisis berupa distribusi frekuensi, *mean*, *median* dan *standart deviasi* dari masing-masing variabel *independent* dan variabel *dependent*.

b. Analisa Bivariat

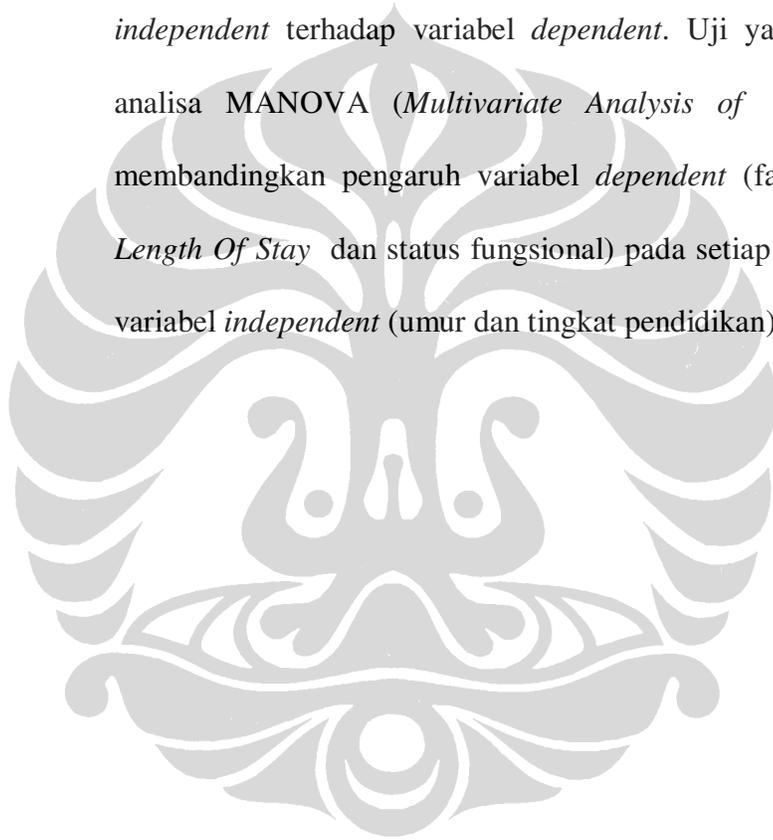
Analisa bivariat dilakukan untuk menguji hipotesa yang dirumuskan yaitu apakah ada hubungan antara umur dengan faktor risiko kekambuhan, *Length Of Stay (LOS)* dan status fungsional (*Barthel Index*) pasien stroke iskemik yang diberikan *discharge planning* terstruktur digunakan uji regresi linier, sementara hubungan tingkat pendidikan dengan variabel *dependent* digunakan uji anova.

Untuk mengetahui apakah ada pengaruh *discharge planning* terstruktur terhadap faktor risiko kekambuhan, status fungsional sebelum dan sesudah diberikan *discharge planning* pada kelompok intervensi dan kontrol digunakan uji statistik *dependent sample t-test (Paired t test)*. Uji statistik

independent sample t-test (Pooled t test) digunakan untuk mengetahui perbedaan *Length Of Stay* (lama hari rawat) pada kelompok intervensi dengan kelompok kontrol.

c. Analisa Multivariat

Analisa multivariat digunakan untuk menjelaskan pengaruh variabel *independent* terhadap variabel *dependent*. Uji yang digunakan adalah uji analisa MANOVA (*Multivariate Analysis of Variance*) untuk dapat membandingkan pengaruh variabel *dependent* (faktor risiko kekambuhan, *Length Of Stay* dan status fungsional) pada setiap kelompok yang ada pada variabel *independent* (umur dan tingkat pendidikan).



BAB V

HASIL PENELITIAN

Pada bab ini diuraikan hasil penelitian tentang pengaruh *discharge planning* terstruktur pada pasien stroke iskemik dalam menurunkan faktor risiko kekambuhan, *Length Of Stay* (lama hari rawat) dan peningkatan status fungsional di Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi. Berdasarkan data yang didapatkan selama masa penelitian bulan April 2008 sampai Mei 2008 jumlah pasien stroke iskemik yang memenuhi kriteria inklusi adalah 43 orang. Dari 43 orang pasien, 20 pasien sebagai kelompok intervensi yaitu kelompok yang diberikan *discharge planning* terstruktur dan 23 pasien sebagai kelompok kontrol yaitu kelompok yang diberikan *discharge planning* rutin rumah sakit. Kedua kelompok dilakukan *pretest* dan *posttest* kemudian hasilnya dibandingkan. Data – data hasil penelitian ditampilkan sebagai berikut :

A. Analisa Univariat

1. Karakteristik Responden

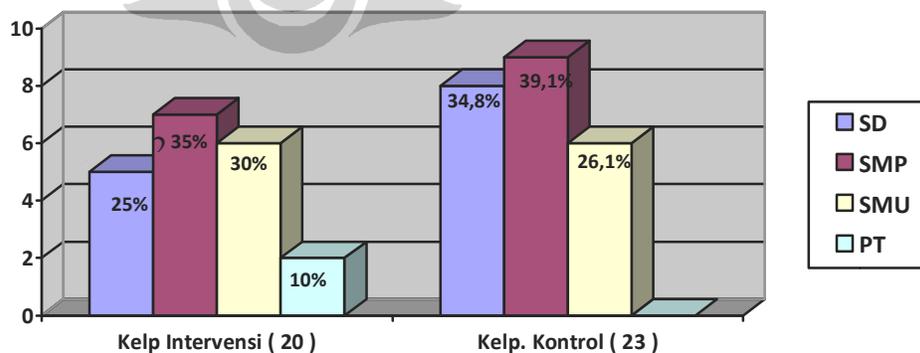
Hasil analisis karakteristik responden pada penelitian ini menggambarkan distribusi responden berdasarkan umur dan tingkat pendidikan pasien stroke iskemik yang merupakan variabel *confounding* terhadap pelaksanaan *discharge planning*.

Tabel 5.1
Distribusi Responden Berdasarkan Umur
Di RSSN Bukittinggi April – Mei 2008
(n1=20 n2=23)

Jenis Kelompok	N	Mean	Median	SD	Min – Mak	95% CI
1. Intervensi	20	57,6	58	8,0	43 – 70	53,8 - 61,3
2. Kontrol	23	57,4	54	9,9	40 - 76	53,1 - 61,7

Berdasarkan tabel 5.1 terlihat bahwa perbedaan umur responden kelompok intervensi dan kelompok kontrol tidak terlalu jauh berbeda, dari 43 responden rata-rata umur kelompok intervensi adalah 57,6 tahun, median 58 tahun dengan standar deviasi 8,0. Sedangkan kelompok kontrol rata-rata umurnya adalah 57,4 tahun, median 54 tahun dengan standar deviasi 9,9 tahun. Umur termuda dari seluruh responden adalah 40 tahun dan umur tertua 76 tahun.

Diagram 5.1
Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan
Di RSSN Bukittinggi April – Mei 2008
(n1=20 n2=23)



Dari diagram 5.1 terlihat bahwa tingkat pendidikan responden terbanyak adalah SMP, 7 orang (35%) pada kelompok intervensi dan 9 orang (39,1%) pada kelompok kontrol. Sedangkan yang berpendidikan SD adalah 5 orang (25%) pada kelompok intervensi dan 8 orang (34,8%) pada kelompok kontrol. Tingkat pendidikan SMU masing-masing 6 orang pada kedua kelompok, selanjutnya dari 43 responden hanya 2 orang dengan tingkat pendidikan dari Perguruan Tinggi.

2. Faktor Risiko Kekambuhan

Tabel 5.2
Distribusi Responden berdasarkan Faktor Risiko Kekambuhan
sebelum intervensi Di RSSN Bukittinggi April – Mei 2008
(n1=20 n2=23)

Faktor Risiko	N	Mean	Median	SD	Min-Mak	95% CI
1. Kelompok Intervensi	20	6,8	6	2,9	2 – 12	5,4 – 8,2
2. Kelompok Kontrol	23	6,2	8	2,9	2 - 9	4,9 – 7,4

Hasil analisis didapatkan rata-rata faktor resiko kekambuhan pasien stroke iskemik saat masuk rumah sakit pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebelum diberikan *discharge planning* tidak jauh berbeda, yaitu 6,8 pada kelompok intervensi dengan standar deviasi 2,9 dan 6,2 pada kelompok kontrol dengan standar deviasi 2,9.

Tabel 5.3
Distribusi Responden berdasarkan Faktor Risiko Kekambuhan sesudah
intervensi Di RSSN Bukittinggi April – Mei 2008
(n1=20 n2=23)

Faktor Risiko	N	Mean	Median	SD	Min-Mak	95% CI
1. Kelompok Intervensi	20	2,7	2	1,3	1 – 5	2,0 – 3,3
2. Kelompok Kontrol	23	6,2	7	2,1	2 - 9	5,3 – 7,1

Hasil analisis didapatkan rata-rata faktor resiko kekambuhan pasien stroke iskemik pada kelompok intervensi sesudah diberikan *discharge planning* terstruktur adalah 2,7, median 2 dengan standar deviasi 1,3. Nilai terendah adalah 1 dan tertinggi 5. Sedangkan rata-rata faktor risiko kekambuhan pasien stroke iskemik pada kelompok kontrol setelah diberikan *discharge planning* rutin rumah sakit adalah 6,2, median 7 dengan standar deviasi 2,1. Nilai terendah adalah 2 dan tertinggi 9.

3. *Length of Stay* (Lama hari rawat)

Tabel 5.4
Distribusi Responden Berdasarkan *Length Of Stay*
Di RSSN Bukittinggi April – Mei 2008
(n1=20 n2=23)

<i>Length Of Stay</i>	N	Mean	Median	SD	Min-Mak (hari)	95% CI
1. Kelompok Intervensi	20	8,2	8	2,7	3 – 13	6,9 - 9,5
2. Kelompok Kontrol	23	10,5	10	2,8	6 - 18	9,3 - 11,8

Hasil analisis data pada tabel 5.4 didapatkan bahwa rata-rata *length of stay* (lama hari rawat) pasien stroke iskemik pada kelompok yang diberikan *discharge planning* terstruktur lebih pendek dari rata-rata *length of stay* kelompok yang diberikan *discharge planning* rutin. Terlihat rata-rata lama hari rawat kelompok intervensi adalah 8,2 hari dengan standar deviasi 2,7. Hari rawat terpendek 3 hari dan terpanjang 13 hari. Sedangkan rata-rata lama hari rawat pada kelompok kontrol adalah 10,5 hari dengan standar deviasi 2,8. Hari rawat terpendek 6 hari dan terpanjang 18 hari.

4. Status Fungsional (Penilaian *Barthel Index*)

Tabel 5.5
Distribusi Responden berdasarkan *Barthel Index* sebelum intervensi
Di RSSN Bukittinggi April – Mei 2008
(n1=20 n2=23)

Barthel Index	N	Mean	Median	SD	Min – Mak	95% CI
1. Kelompok Intervensi	20	2,8	2,5	2,7	0 - 9	1,5 – 4,1
2. Kelompok Kontrol	23	5,7	3	5,6	0 - 17	3,2 – 8,1

Hasil analisis didapatkan perbedaan rata-rata status fungsional pasien stroke iskemik berdasarkan penilaian *Barthel Index* saat pasien masuk rumah sakit sebelum diberikan intervensi. Pada kelompok intervensi nilai rata-rata *Barthel Index* adalah 2,8 dengan standar deviasi 2,7 dan nilai terendah adalah 0 dan nilai tertinggi 9. Sedangkan pada kelompok kontrol rata-rata *Barthel Index*nya adalah 5,7 dengan standar deviasi 5,6 dan nilai terendah adalah 0 dan nilai tertinggi 17.

Tabel 5.6
Distribusi Responden berdasarkan *Barthel Index* sesudah intervensi
Di RSSN Bukittinggi April – Mei 2008
(n1=20 n2=23)

Barthel Index	N	Mean	Median	SD	Min-Mak	95% CI
1. Kelompok Intervensi	20	11,3	10,5	3,1	8 - 19	9,9 – 12,8
2. Kelompok Kontrol	23	10,1	8	5,5	3 - 20	7,7 – 12,5

Hasil analisis dari tabel 5.6 didapatkan adanya peningkatan status fungsional dari nilai rata-rata *Barthel Index* pasien stroke iskemik sesudah diberikan *discharge planning* baik pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol. Nilai rata-rata *Barthel Index* pasien yang diukur pada waktu pasien keluar rumah sakit ini adalah 11,3 pada kelompok intervensi dengan standar deviasi 3,1, nilai terendah 8 dan nilai tertinggi 19, pada kelompok kontrol nilai rata-rata 10,1 dengan standar deviasi 5,5, nilai terendah 3 dan nilai tertinggi 20.

B. Analisa Bivariat

Analisis bivariat digunakan untuk menjelaskan hubungan umur dan tingkat pendidikan terhadap faktor risiko kekambuhan, *length of stay* dan status fungsional. Selain itu juga untuk menjelaskan pengaruh *discharge planning* terstruktur terhadap faktor risiko kekambuhan, *length of stay* (lama hari rawat), status fungsional (dengan penilaian *Barthel Index*) pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Analisis

ini dinilai sebelum dan sesudah diberikan *discharge planning* terstruktur maupun *discharge planning* rutin rumah sakit.

Analisa bivariat dilakukan dengan menggunakan uji statistik regresi linier sederhana untuk mengetahui hubungan umur terhadap variabel *dependent*, uji Anova untuk mengetahui hubungan tingkat pendidikan terhadap variabel *dependent*. Uji statistik *dependent sample t-test (Paired t test)* untuk mengetahui perbedaan faktor risiko kekambuhan, status fungsional sebelum dan sesudah diberikan *discharge planning* terstruktur dan *discharge planning* rutin rumah sakit. Uji statistik *independent sample t-test (Pooled t test)* untuk mengetahui perbedaan *length of stay* (lama hari rawat) pada kelompok intervensi dengan kelompok kontrol.

Dari hasil uji kenormalan data didapatkan nilai skewness untuk faktor risiko adalah -0,71, *barthel index* 1,54 dan *Length Of Stay* (lama hari rawat) 1,37, artinya variabel tersebut berdistribusi normal (-2 sampai dengan 2) sebagai syarat uji statistik parametrik.

Sebelum dilakukan uji statistik regresi linier, anova, *pooled t-test* dan *paired t test*, pada analisa bivariat perlu dilakukan uji homogenitas/uji kesetaraan untuk membandingkan apakah karakteristik kelompok responden yang diuji telah memiliki kesamaan varian (homogen) atau tidak, untuk itu dilakukan uji kesetaraan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Apabila pada uji kesetaraan nilai $p > 0,05$, berarti tidak ada perbedaan yang signifikan antara kedua kelompok sehingga dikatakan kelompok tersebut sebanding atau sama.

1. Analisis Kesetaraan Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol

Tabel 5.7
Analisis Kesetaraan Umur pada Kelompok Intervensi dan Kontrol
Di RSSN Bukittinggi April – Mei 2008
(n1=20 n2=23)

Variabel	Kelompok	Mean	Standar Deviasi	P value
Umur	1. Intervensi	57,6	8,0	0,9
	2. Kontrol	57,4	9,9	

Hasil analisis kesetaraan pada tabel 5.7 didapatkan bahwa antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol telah memiliki kesetaraan umur. Terlihat dari hasil uji statistik terhadap umur pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol memiliki nilai $p > 0,05$ ($p = 0,9$ pada alpha 5%).

Tabel 5.8
Analisis Kesetaraan Tingkat Pendidikan pada Kelompok Intervensi dan Kontrol Di RSSN Bukittinggi April – Mei 2008
(n1=20 n2=23)

Tingkat Pendidikan	Kelompok				Total		P Value
	Intervensi		Kontrol		N	%	
	N	%	N	%			
SD	5	38,5	8	61,5	13	100	0,4
SMP	7	43,8	9	56,3	16	100	
SMU	6	50	6	50	12	100	
PT	2	100	0	0	2	100	
Total	20	46,5	23	53,5	43	100	

Analisis kesetaraan pada tabel 5.8 didapatkan nilai uji statistik *pearson chi square* pada alpha 5% adalah 0,4, artinya tingkat pendidikan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol telah memiliki kesetaraan.

2. Analisa Hubungan Umur terhadap Faktor Risiko Kekambuhan, *Length Of Stay* dan Status Fungsional.

Tabel 5.9
Analisa Hubungan Umur terhadap Faktor Risiko Kekambuhan
Di RSSN Bukittinggi April – Mei 2008
(n1=20 n2=23)

Variabel	r	R ²	Persamaan garis	P value
Umur	0,002	0,0	FR = 4,5+ Umur	0,9

Dari analisis tabel 5.9 disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara umur dengan faktor risiko kekambuhan, persamaan regresi linier terlihat adanya hubungan yang sangat lemah ($r = 0,002$) dan berpola positif, artinya semakin tua umur semakin tinggi faktor risiko kekambuhan.

Tabel 5.10
Analisa Hubungan Umur terhadap *Length Of Stay*
Di RSSN Bukittinggi April – Mei 2008
(n1=20 n2=23)

Variabel	R	R ²	Persamaan garis	P value
Umur	0,3	0.1	LOS = 2,7 + 0,1 Umur	0,02

Analisis hubungan umur dengan *Length Of Stay* menunjukkan hubungan yang sedang ($r=0,3$) dan berpola positif artinya semakin tua umur semakin panjang *Length Of Stay* (lama hari rawat). Hasil uji statistik didapatkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara umur dengan *Length Of Stay* ($p=0,02$).

Tabel 5.11
Analisa Hubungan Umur terhadap Status Fungsional (*Barthel Index*)
Di RSSN Bukittinggi April – Mei 2008
(n1=20 n2=23)

Variabel	r	R ²	Persamaan garis	P value
Umur	0,03	0,001	SF = 9,6 + 0,01 Umur	0,08

Dari tabel 5.11 didapatkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara umur dengan status fungsional (penilaian *Barthel Index*) dengan $p=0,08$.

3. Analisa Hubungan Tingkat Pendidikan terhadap Faktor Risiko Kekambuhan, *Length Of Stay* dan Status Fungsional.

Tabel 5.12
Analisa Hubungan Tingkat Pendidikan Responden terhadap Faktor Risiko
Kekambuhan di RSSN Bukittinggi April – Mei 2008
(n1=20 n2=23)

Variabel	Mean	SD	95% CI	P value
Tingkat Pendidikan				
- SD	6,3	2,5	4,7 – 7,8	0,008
- SMP	4,2	2,4	2,9 – 5,5	
- SMU	3,0	1,3	2,2 – 3,9	
- PT	5	0	5 - 5	

Hasil analisa data didapatkan $p=0,008$ ($p<0,05$), berarti bahwa pada alpha 5% disimpulkan bahwa ada hubungan faktor risiko kekambuhan dengan tingkat pendidikan. Analisa lebih lanjut membuktikan bahwa kelompok yang berhubungan secara signifikan adalah tingkat pendidikan SD dengan SMU.

Tabel 5.13
Analisa Hubungan Tingkat Pendidikan terhadap *Length Of Stay*
Di RSSN Bukittinggi April – Mei 2008
(n1=20 n2=23)

Variabel	Mean	SD	95% CI	P value
Tingkat Pendidikan				
- SD	10	2,6	8,4 – 11,6	0,5
- SMP	9,2	3,3	7,4 – 11	
- SMU	8,8	3,2	6,7 – 10,8	
- PT	11,5	0,7	5,1 – 17,8	

Hasil analisa dari tabel 5.13 dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara *length of stay* (lama hari rawat) dengan tingkat pendidikan karena nilai $p > 0,05$. Terlihat bahwa *length of stay* (lama hari rawat) terlama pada tingkat pendidikan PT yaitu 11,5 hari dengan standar deviasi 0,7 hari dan *length of stay* terpendek pada tingkat pendidikan SMU 8,8 hari dengan standar deviasi 3,2 hari.

Tabel 5.14
Analisa Hubungan Tingkat Pendidikan terhadap Status Fungsional (Penilaian *Barthel Index*) Di RSSN Bukittinggi April – Mei 2008
(n1=20 n2=23)

Variabel	Mean	SD	95% CI	P value
Tingkat Pendidikan				
- SD	7,3	3,5	5,2 – 9,5	0,001
- SMP	10,4	2,8	8,9 – 11,9	
- SMU	14,3	5,1	11 – 17,6	
- PT	13	2,8	12,4 – 18,4	

Dari uji statistik pada tabel 5.14 didapatkan nilai $p = 0,001$, dapat disimpulkan bahwa pada alpha 5% ada hubungan yang signifikan antara status fungsional (penilaian *Barthel Index*) dengan tingkat pendidikan. Terlihat status fungsional tertinggi pada

tingkat pendidikan SMU yaitu 14,3 dengan standar deviasi 5,1. Analisis lebih lanjut menunjukkan bahwa kelompok yang berhubungan signifikan adalah tingkat pendidikan SD dengan SMU.

4. Analisis Faktor Risiko Kekambuhan pada kelompok Intervensi dan kelompok Kontrol.

Tabel 5.15
Analisis Faktor Risiko Kekambuhan pada kelompok Intervensi dan
kelompok Kontrol Di RSSN Bukittinggi April – Mei 2008
(n1=20 n2=23)

No	Faktor risiko kekambuhan	Kelompok	N	Mean	SD	P value
1	Kelompok Intervensi	Sebelum	20	6,8	2,9	0,00
		Sesudah	20	2,7	1,3	
2	Kelompok Kontrol	Sebelum	23	6,2	2,9	1,00
		Sesudah	23	6,2	2,1	

Hasil analisis tabel 5.15 pada kelompok intervensi terdapat perbedaan yang signifikan antara sebelum dan sesudah diberikan *discharge planning* terstruktur dengan nilai $p=0,00$. Terjadi penurunan faktor risiko yang dinilai waktu pasien masuk rumah sakit dengan rata-rata 6,8 menjadi 2,7 yang dinilai waktu pasien kontrol ke poliklinik.

Sedangkan pada kelompok kontrol tidak terjadi perbedaan yang signifikan sebelum dan sesudah diberikan *discharge planning* rutin rumah sakit ($p=1,00$), tampak rata-

rata faktor risiko kekambuhan waktu masuk rumah sakit adalah 6,2 dan waktu kontrol ke poliklinik masih 6,2.

Tabel 5.16
Analisis perbedaan Faktor Risiko Kekambuhan pada kelompok Intervensi dan kontrol di RSSN Bukittinggi April – Mei 2008 (n1=20 n2=23)

No	Faktor risiko kekambuhan	Kelompok	N	Mean	SD	P value
1	Sebelum diberikan <i>discharge planning</i>	Intervensi	20	6,8	2,9	0,48
		Kontrol	23	6,2	2,9	
2	Sesudah diberikan <i>discharge planning</i>	Intervensi	20	2,7	1,3	0,00
		Kontrol	23	6,2	2,1	

Dari analisis tabel 5.16 terlihat bahwa tidak ada perbedaan yang signifikan terhadap rata-rata faktor risiko pasien stroke iskemik antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebelum diberikan *discharge planning* (nilai $p=0,48$ pada alpha 5%). Rata-rata faktor risiko pasien stroke waktu masuk rumah sakit adalah 6,8 pada kelompok intervensi dan 6,2 pada kelompok kontrol. Sementara terdapat perbedaan yang signifikan antara kelompok intervensi dan kontrol sesudah diberikan *discharge planning* baik terstruktur maupun rutin rumah sakit dengan nilai $p=0,00$. Nilai rata-rata faktor risiko kelompok intervensi sesudah diberikan *discharge planning* terstruktur adalah 2,7 sedangkan kelompok kontrol yang diberikan *discharge planning* rutin adalah 6,2 yang dinilai waktu pasien kontrol ke poliklinik.

5. Analisis *Length of Stay* (Lama hari rawat) kelompok Intervensi dan kelompok Kontrol.

Tabel 5.17
Analisis perbedaan *Length Of Stay* pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol Di RSSN Bukittinggi April – Mei 2008
(n1=20 n2=23)

No	Variabel	N	Mean	SD	P value
1	Kelompok Intervensi	20	8,2	2,7	0,02
2	Kelompok Kontrol	23	10,5	2,8	

Dari tabel 5.17 dapat disimpulkan bahwa terdapat perbedaan yang signifikan antara lama hari rawat kelompok intervensi yang diberikan *discharge planning* terstruktur dengan kelompok kontrol yang diberikan *discharge planning* rutin rumah sakit ($p=0,02$). Terlihat rata-rata lama hari rawat pasien stroke iskemik kelompok intervensi adalah 8,2 hari dengan standar deviasi 2,7 hari. Sedangkan rata-rata lama hari rawat pasien stroke iskemik kelompok kontrol adalah 10,5 hari dengan standar deviasi 2,8 hari.

6. Analisis Status Fungsional (Penilaian *Barthel Index*) kelompok Intervensi dan Kontrol.

Tabel 5.18
Analisis Status Fungsional (nilai *Barthel Index*) pada kelompok Intervensi dan kelompok Kontrol Di RSSN Bukittinggi April – Mei 2008 (n1=20 n2=23)

No	<i>Barthel Index</i>	Kelompok	N	Mean	SD	P value
1	Kelompok Intervensi	Sebelum	20	2,8	2,7	0,00
		Sesudah	20	11,3	3,1	
2	Kelompok Kontrol	Sebelum	23	5,7	5,6	0,00
		Sesudah	23	10,1	5,5	

Hasil analisis data pada tabel 5.18 tampak bahwa terdapat perbedaan yang signifikan terhadap rata-rata nilai *Barthel Index* pada kelompok intervensi sebelum dan sesudah diberikan *discharge planning* terstruktur ($p=0,00$). Begitu juga dengan kelompok kontrol yang diberikan *discharge planning* rutin rumah sakit dengan nilai $p= 0,00$. Berdasarkan analisa data tersebut dapat disimpulkan bahwa pada kelompok yang diberikan *discharge planning* terstruktur maupun *discharge planning* rutin rumah sakit sama-sama memperlihatkan adanya peningkatan status fungsional.

Tabel 5.19
Analisis perbedaan Status Fungsional (nilai *Barthel Index*) pada kelompok
Intervensi dan Kontrol di RSSN Bukittinggi
April – Mei 2008 (n1=20 n2=23)

No	Barthel Index	Kelompok	N	Mean	SD	P value
1	Sebelum diberikan <i>discharge planning</i>	Intervensi	20	2,8	2,7	0,39
		Kontrol	23	5,7	5,6	
2	Setelah diberikan <i>discharge planning</i>	Intervensi	20	11,3	3,1	0,39
		Kontrol	23	10,1	5,5	

Dari tabel 5.19 didapatkan bahwa tidak ada perbedaan yang signifikan antara rata-rata nilai *Barthel Index* pasien stroke iskemik sebelum diberikan *discharge planning* pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol ($p=0,39$). Begitu juga rata-rata *Barthel Index* yang dinilai sesudah diberikan *discharge planning*, walaupun tampak peningkatan nilai rata-rata pada kedua kelompok antara sebelum dan sesudah diberikan *discharge planning*, namun disimpulkan bahwa tidak terdapat perbedaan yang signifikan rata-rata *Barthel Index* sesudah diberikan *discharge planning* antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol dengan $p=0,39$.

C. Analisa Multivariat

Analisa multivariat berguna untuk menjelaskan pengaruh variabel *independent* terhadap variabel *dependent*. Pada penelitian ini digunakan uji analisa MANOVA (*Multivariate Analysis of Variance*) agar dapat membandingkan perbedaan rata-rata variabel *dependent* (faktor risiko kekambuhan, *length of stay* dan status fungsional) pada setiap kelompok yang ada pada variabel *independent* (umur dan tingkat pendidikan) sesudah diberikan *discharge planning* terstruktur.

Tabel 5.20
Analisis perbedaan rata-rata Faktor Risiko Kekambuhan, *Length Of Stay* dan Status Fungsional (*Barthel Index*) kelompok kontrol dan intervensi
Di RSSN Bukittingi April – Mei 2008
(n1=20 n2=23)

	kelompok	Mean	Std. Deviation	N
faktor resiko waktu kontrol	kelompok intervensi	2.7	1.302	20
	kelompok kontrol	6.2	2.1	23
	Total	4.5	2.5	43
barthel index waktu keluar	kelompok intervensi	11.3	3.1	20
	kelompok kontrol	10.1	5.5	23
	Total	10.7	4.5	43
<i>Length of stay</i>	kelompok intervensi	8.2	2.7	20
	kelompok kontrol	10.5	2.8	23
	Total	9.4	3	43

Berdasarkan tabel 5.20 terlihat bahwa ada perbedaan rata-rata faktor risiko waktu pasien kontrol pada kelompok yang diberikan *discharge planning* terstruktur (2,7) dengan kelompok yang diberikan *discharge planning* rutin rumah sakit (6,2), sementara perbedaan rata-rata penilaian *barthel index* pada waktu pasien keluar rumah sakit yaitu 11,3 pada kelompok intervensi dan 10,1 pada kelompok kontrol. Pada tabel juga terlihat bahwa ada perbedaan rata-rata *length of stay* (lama hari rawat) pada kedua kelompok yaitu 8,2 hari pada kelompok intervensi dan 10,5 hari pada kelompok kontrol.

Selanjutnya perlu dibandingkan pengaruh *covariate* umur dan tingkat pendidikan terhadap faktor risiko, *barthel index* dan lama hari rawat pada tabel sebagai berikut :

Tabel 5.21
Analisis perbedaan rata-rata Faktor Risiko Kekambuhan, *Length Of Stay* dan Status Fungsional (*Barthel Index*) responden setelah dikontrol umur dan tingkat pendidikan Di RSSN Bukittingi April – Mei 2008
(n1=20 n2=23)

	kelompok	Mean	Std. Deviation	N
faktor resiko waktu kontrol	kelompok intervensi	2.7	1.302	20
	kelompok kontrol	6.2	2.1	23
	Total	4.5	2.5	43
barthel index waktu keluar	kelompok intervensi	11.3	3.1	20
	kelompok kontrol	10.1	5.5	23
	Total	10.7	4.5	43
<i>Length of stay</i>	kelompok intervensi	8.2	2.7	20
	kelompok kontrol	10.5	2.8	23
	Total	9.4	3	43

Berdasarkan tabel 5.21 tidak ada perbedaan rata-rata ketiga variabel *dependent* (faktor risiko, *length of stay* dan status fungsional (*barthel index*) sebelumnya (tabel 5.20) dan setelah dikontrol dengan *covariate* umur dan tingkat pendidikan. Dapat disimpulkan bahwa faktor risiko, *length of stay* dan status fungsional (*barthel index*) pasien stroke iskemik tidak dipengaruhi oleh umur dan tingkat pendidikan.

Tabel 5.22
Analisis *Box's M Test* untuk homogenitas Faktor Risiko Kekambuhan, *Length Of Stay* dan Status Fungsional (*Barthel Index*) terhadap umur dan tingkat pendidikan Di RSSN Bukittinggi April – Mei 2008
(n1=20 n2=23)

Box's M	26.132
F	4.005
df1	6
df2	11512.798
Sig.	.001

Tests the null hypothesis that the observed covariance matrices of the dependent variables are equal across groups.

a. Design: Intercept+umur+didik+kelpdp

Tabel *Box's M* digunakan untuk menguji asumsi homogenitas masing-masing variabel faktor risiko, *length of stay* dan status fungsional (*barthel index*) setelah dikontrol oleh umur dan tingkat pendidikan, pada tabel terlihat bahwa nilai $p(M) = 0,001$ ($p < 0,05$) yang berarti bahwa variasi antara faktor risiko, *length of stay* dan status fungsional (*barthel index*) berbeda secara signifikan untuk setiap kelompok umur dan tingkat pendidikan.

Jika didapatkan angka *Box's M* berbeda secara signifikan (tidak ada kesamaan varians-kovarians), maka sebagai indikator lain untuk melihat kesamaan variasi masing-masing variabel tersebut dilakukan *Levene's test* sebagai berikut :

Tabel 5.23
Analisis Levene's Test untuk homogenitas Faktor Risiko Kekambuhan, Length Of Stay dan Status Fungsional (Barthel Index) terhadap umur dan tingkat pendidikan Di RSSN Bukittinggi April – Mei 2008
(n1=20 n2=23)

	F	df1	df2	Sig.
faktor resiko waktu kontrol	.3	1	41	.543
barthel index waktu keluar	.9	1	41	.343
lama hari rawat pasien	.6	1	41	.443

Tests the null hypothesis that the error variance of the dependent variable is equal across groups.

a. Design: Intercept+umur+didik+kelpdp

Pada uji Levene terlihat bahwa nilai p pada masing-masing variabel *dependent* adalah >0,05, yaitu untuk faktor risiko p=0,54, *length of stay* 0,44 dan status fungsional (*barthel index*) p=0,34. Dari uji homogenitas disimpulkan bahwa tidak ada perbedaan yang signifikan antara varians-kovarians pada variabel faktor risiko, *length of stay* dan status fungsional (*barthel index*) secara individu untuk setiap kelompok umur dan tingkat pendidikan. Artinya ada kesamaan varians-kovarians untuk masing-masing variabel *dependent* untuk setiap kelompok umur dan tingkat pendidikan, dengan dasar ada kesamaan tersebut maka analisis MANOVA dapat dilanjutkan.

Untuk melihat signifikansi hubungan masing-masing variabel *independent* (umur dan tingkat pendidikan) terhadap variabel *dependent* (faktor risiko, *length of stay* dan status fungsional (*barthel index*) secara individu, tampak pada tabel berikut :

Tabel 5.24
Analisis pengaruh Faktor Risiko Kekambuhan, *Length Of Stay* dan Status Fungsional (*Barthel Index*) terhadap umur dan tingkat pendidikan Di RSSN Bukittinggi April – Mei 2008 (n1=20 n2=23)

Source	Dependent Variable	Type III Sum of Squares	df	Mean Squar	F	Sig.
Corrected Model	faktor resiko waktu kontrol	153.886	3	51.295	18.425	.000
	barthel index waktu keluar	281.506	3	93.835	6.047	.002
	lama hari rawat pasien	105.301	3	35.100	4.899	.006
Intercept	faktor resiko waktu kontrol	32.341	1	32.341	11.616	.002
	barthel index waktu keluar	12.386	1	12.386	.798	.377
	lama hari rawat pasien	5.680	1	5.680	.793	.379
Umur	faktor resiko waktu kontrol	.018	1	.018	.006	.936
	barthel index waktu keluar	.997	1	.997	.064	.801
	lama hari rawat pasien	47.934	1	47.934	6.690	.014
Pendidikan	faktor resiko waktu kontrol	21.523	1	21.523	7.731	.008
	barthel index waktu keluar	265.509	1	265.509	17.111	.000
	lama hari rawat pasien	.013	1	.013	.002	.966
Kelompok Discharge planning	faktor resiko waktu kontrol	108.102	1	108.102	38.829	.000
	barthel index waktu keluar	.399	1	.399	.026	.873
	lama hari rawat pasien	56.240	1	56.240	7.849	.008
Error	faktor resiko waktu kontrol	108.579	39	2.784		
	barthel index waktu keluar	605.145	39	15.517		
	lama hari rawat pasien	279.443	39	7.165		
Total	faktor resiko waktu kontrol	1165.000	43			
	barthel index waktu keluar	5829.000	43			
	lama hari rawat pasien	4256.000	43			
Corrected Total	faktor resiko waktu kontrol	262.465	42			
	barthel index waktu keluar	886.651	42			
	lama hari rawat pasien	384.744	42			

Berdasarkan tabel 5.24 terlihat bahwa ada pengaruh yang signifikan ($p=0,000$) faktor risiko ($p=0,000$) dan *length of stay* (lama hari rawat) $p=0,008$ kelompok intervensi dan kontrol sesudah diberikan *discharge planning* setelah dikontrol oleh variabel umur dan tingkat pendidikan. Selanjutnya tidak terdapat pengaruh pada status fungsional (penilaian *Barthel Index*) sesudah diberikan *discharge planning* setelah dikontrol oleh umur dan tingkat pendidikan ($p=0,873$).

BAB VI

PEMBAHASAN

Pada bab ini akan dibahas dan dijelaskan makna hasil penelitian serta membandingkan dengan teori dan penelitian terkait, mendiskusikan hasil penelitian yang telah dibahas pada bab sebelumnya. Selain itu pada bab ini juga menjelaskan tentang keterbatasan penelitian dan implikasinya bagi peningkatan kualitas pelayanan keperawatan.

A. Interpretasi dan Diskusi Hasil

1. Hubungan karakteristik Umur pasien Stroke Iskemik terhadap Faktor Risiko Kekambuhan, *Length Of Stay* dan Status Fungsional (*Barthel Index*).

Secara individu hubungan karakteristik umur dengan pemberian *discharge planning* terstruktur maupun rutin rumah sakit menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara umur pasien dengan faktor risiko kekambuhan seperti yang ditunjukkan dalam analisa bivariat (tabel 5.9) dan multivariat (tabel 5.24) setelah diberikan *discharge planning* terstruktur.

Hasil penelitian ini bertentangan dengan pendapat Feigin (2006) yang menyatakan bahwa risiko terkena stroke meningkat sejak umur 45 tahun. Setelah umur 50 tahun, setiap penambahan umur 3 tahun meningkatkan risiko stroke sebesar 11-20%. Umur >65 tahun memiliki risiko paling tinggi. Hubungan yang tidak signifikan ini kemungkinan disebabkan karena variasi umur pasien yang

diteliti sangat kurang yaitu rata-rata umur pasien stroke iskemik adalah 57 tahun baik pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol.

Bila dihubungkan dengan pemberian *discharge planning* yang implementasi utamanya adalah pemberian *health education* hasil ini membuktikan bahwa rata-rata umur pasien 57 tahun belum menunjukkan terjadinya kemunduran intelektual secara fisiologis. Sehingga penerimaan pasien terhadap pemberian *health education* dinilai masih normal seperti dikemukakan oleh Lumbantobing (2006) bahwa kemunduran intelektual dan beberapa kemampuan individu terjadi dalam umur 65 -75 tahun dan diatas 80-an tahun kemunduran yang terjadi semakin banyak.

Kemunduran intelektual dibawah umur 65 tahun bisa saja terjadi secara patologis bila dihubungkan dengan area/lesi yang terkena serangan stroke iskemik, ada kemungkinan terjadinya gangguan fungsi luhur terutama bila gangguan pada daerah hemisfer kiri yang berperan dalam proses berfikir yang logis, analitis, linier dan bertindak rasional (Rasyid, et al. 2007). Namun pada penelitian ini tidak dikaji daerah yang terkena serangan dengan dasar pemilihan responden sesuai kriteria inklusi dengan tingkat kesadaran pasien komposmentis kooperatif, mampu berkomunikasi dengan baik serta memiliki prognosis yang baik. Hal ini dapat dijadikan dasar bahwa tidak terjadi gangguan kognitif secara patologis pada pasien, didukung oleh Lumbantobing (2006) yang mengemukakan salah satu gejala terjadinya gangguan kognitif adalah afasia (tidak dapat memahami bahasa) dan agnosia (tidak mampu mengenal objek).

Dari analisis bivariat disimpulkan bahwa ada hubungan umur dengan *Length Of Stay* pasien stroke iskemik ($p=0,02$). Hasil ini didukung oleh pendapat Feigin (2006) yang menyatakan bahwa faktor umur mempengaruhi tingkat kepulihan pasien, semakin muda umur pasien yang terkena serangan stroke tingkat pemulihannya cenderung lebih cepat dan prognosisnya juga akan lebih baik dan akan mempersingkat hari rawatan pasien.

Dari tabel 5.11 terlihat bahwa umur tidak mempengaruhi status fungsional (penilaian *Barthel Index*). kesimpulan ini diperkuat oleh Umphred (2001) yang menyatakan bahwa faktor umur tidak mempengaruhi hasil proses rehabilitasi, tapi rehabilitasi itu sendiri adalah salah satu cara yang efektif untuk meningkatkan status fungsional pasien stroke. Walaupun menurut Feigin (2006) faktor umur sangat menentukan tingkat kepulihan pasien, semakin muda umur pasien yang terkena serangan stroke tingkat pemulihannya cenderung lebih cepat dari pada yang berusia lanjut, dan semakin muda umur pasien prognosisnya juga akan lebih baik sehingga tingkat kemandiriannya juga akan lebih cepat tercapai. Salah satu kemungkinan penyebab tidak berpengaruhnya umur terhadap peningkatan status fungsional pada penelitian ini adalah karena jumlah sampel yang sedikit dan variasi umur pasien yang kurang pada kelompok intervensi dan kontrol, sehingga belum bisa menggambarkan pengaruhnya pada peningkatan status fungsional.

2. Hubungan karakteristik Tingkat Pendidikan pasien Stroke Iskemik terhadap penurunan Faktor Risiko Kekambuhan, *Length Of Stay* dan Status Fungsional (*Barthel Index*).

Pengaruh tingkat pendidikan sangat penting dalam mengevaluasi penerimaan pasien terhadap pemberian *discharge planning*, karena dijelaskan bahwa tingkat pendidikan merupakan salah satu aspek yang dapat mempengaruhi perubahan perilaku dan status kesehatan seseorang (Notoatmojo, 2002). Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara tingkat pendidikan dengan faktor risiko kekambuhan waktu kontrol ($p=0,008$ pada tabel 5.12) dan pada analisis multivariat juga menunjukkan tingkat pendidikan mempengaruhi faktor risiko kekambuhan ($p= 0,008$ pada tabel 5.24). Artinya tingkat pendidikan mempengaruhi pemahaman dan penerimaan seseorang terhadap *health education* yang diberikan. Hasil ini diperkuat dengan hasil penelitian Angelelli (2006) yang menyimpulkan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang semakin bagus kualitas pemberian perawatan lanjutan di rumah setelah pasien pulang dari rumah sakit.

Penelitian ini juga menjelaskan bahwa tingkat pendidikan tidak mempengaruhi *length of stay* pasien stroke iskemik. Diketahui bahwa *length of stay* juga dijadikan sebagai indikator dalam menilai kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan pada pasien. Artinya semakin pendek hari rawat dan pasien pulang dengan status kesehatan yang meningkat menandakan bahwa kualitas pelayanan yang diberikan semakin bagus. Kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan

pada pasien tidak tergantung pada tingkat pendidikan pasien, semua pasien memiliki hak yang sama dalam mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar pelayanan.

Hasil analisis menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara tingkat pendidikan dengan status fungsional (penilaian *Barthel Index*) dengan nilai $p=0,001$ (tabel 5.14), diperkuat pada analisis multivariat pada tabel 5.24 yang menunjukkan bahwa tingkat pendidikan secara signifikan mempengaruhi nilai *Barthel Index*. Dapat dijelaskan bahwa dalam upaya peningkatan status fungsional pasien, perawat mengawali dengan memberikan *health education* kepada pasien dan keluarga tentang tujuan, manfaat serta proses pelaksanaan rehabilitasi yang akan dijalani oleh pasien, selanjutnya team fisioterapi memberikan berbagai bentuk latihan yang dimulai dengan latihan pasif sampai aktif, semua proses ini membutuhkan kesamaan persepsi antara perawat, fisioterapi, pasien dan keluarga. Penerimaan pasien dan keluarga terhadap pendidikan, arahan perawat dan fisioterapi dipengaruhi oleh tingkat pendidikan, semakin tinggi tingkat pendidikan akan mempermudah terjadi persamaan persepsi dan akan mempercepat proses kemandirian pasien.

3. Pengaruh *Discharge Planning* terstruktur terhadap Faktor Risiko Kekambuhan pasien stroke iskemik setelah dikontrol umur dan tingkat pendidikan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada perbedaan yang bermakna pada faktor risiko kekambuhan pasien stroke iskemik sesudah diberikan *discharge planning* terstruktur dengan *discharge planning* rutin rumah sakit. Rata-rata nilai faktor risiko kekambuhan pada kelompok yang mendapat *discharge planning* terstruktur terjadi penurunan sebesar 4,1 (dari 6,8 waktu masuk dan 2,7 waktu kontrol ulang ke poliklinik), sedangkan kelompok yang mendapat *discharge planning* rutin rumah sakit tidak terjadi penurunan rata-rata faktor risiko kekambuhan. (dari 6,2 waktu masuk dan 6,2 waktu kontrol ulang ke poliklinik). Hasil ini didukung dengan penelitian Dai, Chang & Tai (2002) yang menyimpulkan bahwa *discharge planning* dapat mengurangi faktor risiko kekambuhan pada pasien stroke sehingga terjadinya serangan berulang lebih rendah dibanding kelompok kontrol. Diperkuat oleh suatu penelitian metaanalisa yang menjelaskan bahwa *discharge planning* komprehensif secara signifikan dapat mengurangi angka kekambuhan pada pasien (Shepperd, et. al. 2004).

Berdasarkan skor faktor risiko stroke Feigin (2006) penurunan faktor risiko kekambuhan pada kelompok intervensi dari 6,8 menjadi 2,7 menjadikan kemungkinan seseorang terkena stroke berkurang sebesar 5-10%. Bila dibandingkan dengan kelompok kontrol, nilai faktor risiko saat masuk rumah

sakit sebesar 6,2 dan waktu kontrol ke poliklinik masih 6,2, tidak ada penurunan faktor risiko kekambuhan.

Hasil ini memberi makna bahwa pasien dan keluarga yang diberikan *health education* lebih awal dan terstruktur menunjukkan adanya kemampuan dalam memberikan kontinuitas perawatan setelah pasien pulang dari rumah sakit sesuai kebutuhan, sehingga status kesehatan pasien dapat dipertahankan dan faktor risiko kekambuhan dapat berkurang dengan cara berperilaku hidup sehat untuk mencegah terjadinya serangan stroke berulang. Schneider, et al (2003) dalam penelitiannya juga menyimpulkan bahwa pentingnya pemberian *health education* khususnya tentang tanda, gejala serta faktor risiko stroke pada kelompok yang berisiko tinggi dan anggota keluarganya akan membantu dalam penatalaksanaan dan upaya pencegahan terjadinya serangan berulang.

Faktor risiko kekambuhan pada pasien kelompok kontrol yang mendapat *discharge planning* rutin rumah sakit menunjukkan tidak terjadi penurunan, hal ini membuktikan bahwa pasien dan keluarga tidak memiliki pemahaman dan pengetahuan yang cukup untuk mengendalikan faktor risiko yang dimilikinya sehingga berisiko tinggi untuk terkena stroke berulang (Muller, et al, 2005). Artinya tidak terjadi perubahan perilaku pasien dan keluarga untuk mengendalikan faktor risiko yang dimilikinya saat serangan pertama, hal ini bisa terjadi akibat *health education* diberikan saat pasien akan pulang, waktunya singkat, dan informasi penting yang harus diketahui pasien dan keluarga untuk kontinuitas perawatan dirumah kurang. Pasien dan keluarga hanya diberikan

informasi tentang obat-obatan yang harus diminum, jadwal kontrol dan perlunya fisioterapi lanjutan untuk mengurangi kecacatan, sehingga faktor risiko yang dimiliki tidak diketahui dan tidak dikendalikan.

Price & Wilson (2006) mengemukakan bahwa salah satu faktor penyebab tingginya angka kejadian stroke berulang (± 200.000 jiwa/tahun) adalah belum adekuatnya pemberian *health education* pada pasien dan keluarga saat dirawat waktu serangan pertama, karena hampir 85% dari stroke dapat dicegah dengan mengendalikan faktor faktor risiko yang dapat dimodifikasi. Semakin banyak faktor risiko yang menyertai, risiko kekambuhan stroke kedua juga akan semakin besar. Risiko serangan stroke kedua dapat dikurangi bila semua faktor risiko yang mempermudah terjadinya stroke pertama ditangani dan dikontrol dengan baik (Feigin, 2006).

Hasil analisis multivariat penelitian ini menunjukkan bahwa ada pengaruh yang signifikan pada kelompok intervensi dan kontrol setelah diberikan *discharge planning* terhadap faktor risiko ($p=0,00$) setelah dikontrol oleh variabel umur dan tingkat pendidikan. Dapat disimpulkan bahwa pemberian *discharge planning* secara signifikan dapat menurunkan faktor risiko kekambuhan bila dikontrol oleh umur dan tingkat pendidikan pasien.

4. Pengaruh *Discharge Planning* terstruktur terhadap *Length Of Stay* (lama hari rawat) pasien stroke iskemik setelah dikontrol umur dan tingkat pendidikan

Length Of Stay (lama hari rawat) merupakan salah satu indikator dalam mengevaluasi kualitas asuhan yang diberikan oleh suatu pelayanan kesehatan. Birdsall & Sperry (1997) dalam suatu “*clinical pathway*” merancang pedoman penatalaksanaan stroke iskemik dengan *length of stay* 7 hari dan pulang pada hari ke-8. Di Indonesia dalam suatu jalur klinis stroke terpadu juga telah disusun suatu pedoman penatalaksanaan stroke selama 7 hari dan fase *discharge* pada hari ke-8 (Ahmad, et al, 2006).

Hasil penelitian didapatkan bahwa ada perbedaan yang signifikan antara *length of stay* pasien stroke iskemik kelompok intervensi dengan kelompok kontrol, rata-rata *length of stay* kelompok intervensi yang mendapat *discharge planning* terstruktur 8,2 hari dan rata-rata *length of stay* kelompok kontrol 10,5 hari. Sementara data setahun terakhir di Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi rata-rata *length of stay* (lama hari rawat) pasien stroke iskemik adalah melebihi 10 hari. Walaupun pencapaian *length of stay* belum tercapai sesuai pedoman penatalaksanaan stroke yang ditetapkan, namun ada perbedaan yang nyata antara rata-rata *length of stay* pada kedua kelompok yang diteliti.

Hasil ini membuktikan bahwa pemberian *discharge planning* terstruktur pada pasien stroke iskemik berpengaruh pada *length of stay* (lama hari rawat) dan secara tidak langsung akan meringankan beban finansial keluarga khususnya

untuk biaya rawatan. Semakin singkat hari rawat biayapun akan semakin berkurang. Hasil penelitian ini didukung oleh beberapa penelitian yang sama seperti di Taiwan yang menyimpulkan bahwa *discharge planning* yang komprehensif dapat mengurangi *length of stay* pasien stroke tanpa menurunkan kualitas dan waktu pemulihan dalam status fungsional (Dai, Chang & Tai, 2002) dan Shepperd, et al (2004) dalam penelitian metaanalisa dari beberapa penelitian terkait juga menyimpulkan bahwa pemberian *discharge planning* komprehensif dapat mengurangi *length of stay*.

Implementasi utama *discharge planning* adalah pemberian *health education* sejak awal pasien masuk dan dilakukan secara terstruktur dan komprehensif, Rankin & Stallings (2001) mengemukakan bahwa *health education* pada pasien dan keluarga dapat mengurangi *length of stay*, karena dengan pemberian *health education* membuat pasien dan keluarga dapat berpartisipasi lebih baik dalam pemulihan dan perencanaan untuk kontinuitas perawatan pasien setelah pulang.

Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa ada pengaruh yang signifikan *length of stay* pada kelompok intervensi dan kontrol setelah diberikan *discharge planning* ($p=0,008$) pada tabel 5.17 setelah dikontrol oleh variabel umur dan tingkat pendidikan. Dapat disimpulkan bahwa pemberian *discharge planning* secara signifikan dapat menurunkan *length of stay* (lama hari rawat) yang setelah dikontrol umur dan tingkat pendidikan pasien.

5. Pengaruh *Discharge Planning* terstruktur terhadap Status Fungsional (Penilaian *Barthel Index*) pasien stroke iskemik setelah dikontrol umur dan tingkat pendidikan.

Status fungsional pasien stroke dapat dinilai dengan menggunakan penilaian *Barthel Index* yang sering digunakan dalam mengevaluasi ketidakmampuan saat pasien masuk rumah sakit dan selama dirawat (Rasyid, 2006). Dari hasil penelitian ini disimpulkan bahwa tidak ada perbedaan yang signifikan terhadap peningkatan status fungsional antara pasien yang mendapat *discharge planning* terstruktur dengan pasien yang mendapat *discharge planning* rutin rumah sakit ($p=0,39$) pada tabel 5.19. Pada kedua kelompok terjadi peningkatan status fungsional yang signifikan, walaupun nilai rata-rata peningkatan status fungsional pada kelompok yang mendapat *discharge planning* terstruktur lebih tinggi (nilai *Barthel Index* 11,3) dibandingkan kelompok yang mendapat *discharge planning* rutin rumah sakit (*Barthel Index* 10,1).

Hasil penelitian ini memiliki kesamaan dengan penelitian Dai, Chang & Tai (2002) dan Shepperd, et al (2004) yang menyimpulkan bahwa tidak ada perbedaan yang signifikan pada status fungsional (penilaian *Barthel Index*) antara kelompok intervensi maupun kelompok kontrol karena kedua kelompok menunjukkan adanya peningkatan status fungsional.

Peningkatan status fungsional yang tidak signifikan pada kedua kelompok dari hasil penelitian ini memberikan makna bahwa penilaian *Barthel Index* yang juga digunakan sebagai alat ukur perubahan fungsi serta keberhasilan rehabilitasi

menunjukkan kualitas pelayanan kesehatan di rumah sakit. Dapat disimpulkan bahwa peningkatan status fungsional pada kelompok intervensi dan kontrol bukan saja pengaruh dari pemberian *discharge planning* tapi kemungkinan dipengaruhi oleh intervensi lain yang diberikan pada kedua kelompok.

Intervensi lain yang diberikan pada pasien stroke iskemik terkait dengan penatalaksanaan stroke yang merupakan hasil kolaborasi team stroke, yaitu dokter spesialis saraf, perawat, ahli gizi, farmasi dan fisioterapi. Masing-masing anggota team memiliki standar pelayanan sendiri dalam penatalaksanaan stroke. Khusus dalam upaya rehabilitasi, peningkatan status fungsional dan kemandirian pasien dalam menjalankan *Activity Daily Living* (ADL) anggota team dari fisioterapi memegang peranan yang penting. Team fisioterapi memiliki program khusus dalam memberikan terapi modalitas bagi pasien stroke iskemik dengan tujuan meningkatkan kemampuan aktifitas fungsional bagi pasien di rawat inap (Rujito, 2007).

Terapi modalitas yang diberikan sudah terprogram dengan baik mulai dari hari pertama pasien stroke iskemik masuk rawat inap sampai pasien diberikan rujukan sampai tahap pemulihan pasien seoptimal mungkin. Modalitas dimulai dari tahap *passive breathing exercise, positioning*, stimulasi taktil kulit otot dan sendi, latihan gerak pasif sampai pada mobilisasi dini dengan latihan secara pasif dan aktif (Rujito, 2007). Evaluasi program rehabilitasi dari fisioterapi untuk pasien stroke terlihat dari kemampuan pasien yang memiliki ketergantungan total sampai pasien memiliki kemandirian secara bertahap.

Peranan fisioterapi tersebut menunjukkan bahwa peningkatan status fungsional pasien stroke iskemik memang dipengaruhi oleh intervensi lain selain pemberian *discharge planning* walaupun telah dikontrol juga oleh umur dan tingkat pendidikan.

Disamping itu dengan pemberian *discharge planning* terstruktur yang implementasi utamanya adalah pemberian *health education*, peranan perawat sangat berpengaruh dalam memberikan pemahaman dan pengetahuan pasien dan keluarga akan pentingnya latihan yang dijalankan. Dan perawat juga berperan dalam meningkatkan motivasi pasien untuk menjalankan proses rehabilitasi seoptimal mungkin, hal ini didukung dengan penelitian kualitatif oleh Maclean, et al (2000) yang menyatakan bahwa motivasi yang diberikan oleh perawat, orang-orang terdekat serta faktor lingkungan pasien mempunyai peranan penting dalam keberhasilan proses rehabilitasi pasien.

B. Keterbatasan Penelitian

Peneliti menyadari adanya keterbatasan dalam penelitian ini, diantaranya :

1. Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian yang digunakan khususnya pengkajian dirasakan masih kurang lengkap karena belum mencakup pengkajian keluarga sebagai sasaran kedua dan pendukung intervensi. Sehingga peneliti tidak dapat menilai sejauh mana pengaruh karakteristik keluarga dalam menurunkan faktor risiko

kekambuhan, *length of stay* (lama hari rawat) serta peningkatan status fungsional.

2. Proses pelaksanaan penelitian

Selama proses penelitian, terdapat beberapa kendala yang kurang memenuhi sasaran pemberian *discharge planning* yaitu kehadiran anggota keluarga yang sering berganti-ganti, sehingga dalam memberikan penjelasan dan diskusi harus berulang. Walaupun kriteria inklusi pasien dengan kesadaran komposmentis sangat mendukung, namun sasaran keluarga sebagai orang yang akan melanjutkan perawatan dirumah kurang optimal.

C. Implikasi dalam Pelayanan Keperawatan

Pelaksanaan *discharge planning* terstruktur dan komprehensif merupakan suatu pemahaman baru bagi perawat, karena selama ini *discharge planning* diartikan sebagai perencanaan pulang pasien yang notabene-nya hanya sebagai pelengkap dokumentasi dalam *medical record* rumah sakit. *Health education* yang harus diberikan malah sering terabaikan. Melalui penelitian ini perawat mendapat wawasan dan pemahaman baru tentang pelaksanaan *discharge planning* sesuai konsep sesungguhnya. Secara tidak langsung pemahaman ini dapat memotivasi perawat untuk menyadari pentingnya pemberian *health education* pada pasien dan keluarga yang dimulai sejak awal untuk meningkatkan partisipasinya dalam proses penatalaksanaan dan memiliki perilaku hidup sehat untuk mempertahankan derajat kesehatannya.

Hasil penelitian membuktikan bahwa *discharge planning* terstruktur dapat menurunkan faktor risiko kekambuhan pada stroke iskemik sehingga stroke berulang dapat dihindari dan komplikasi lebih lanjut dapat dicegah. Hal ini membuktikan bahwa aktivitas seorang perawat dengan pemberian *health education* dapat menurunkan angka kejadian stroke berulang dan memberikan manfaat yang sangat besar bagi pasien dan keluarga dalam mempertahankan status kesehatannya. Selain itu *discharge planning* juga terbukti menurunkan *length of stay* (*lama hari rawat*) yang dapat meringankan beban keluarga secara finansial. Bentuk pelayanan inilah yang menjadi harapan masyarakat dari profesi keperawatan dan merupakan peran penting perawat sebagai *educator*.

Shepperd, et.al (2004) menyatakan bahwa *discharge planning* memberikan efek berarti dalam menurunkan komplikasi penyakit, pencegahan kekambuhan dan menurunkan angka mortalitas dan morbiditas. Karena itu pelaksanaan *discharge planning* bukan hanya diberikan pada pasien stroke iskemik saja, tetapi semua pasien dengan diagnosa penyakit lain berhak mendapatkan *discharge planning* sesuai dengan tahap-tahapnya.

Dengan memberikan *health education* yang komprehensif dan terstruktur terbukti mampu merubah perilaku pasien dan keluarga untuk memodifikasi gaya hidupnya, walaupun dipengaruhi juga oleh tingkat pendidikan setidaknya pengetahuan yang diberikan oleh perawat memberikan manfaat terbesar bagi pasien dan keluarga agar memaknai pentingnya mempertahankan derajat kesehatan, dan untuk sasaran

perubahan perilaku ini juga membuktikan bahwa betapa “*honorable*” peran seorang perawat.

Besarnya dampak pemberian *discharge planning* dalam meningkatkan derajat kesehatan membuat kita berani untuk meyakinkan diri bahwa seorang perawat harus memiliki kemampuan dan tanggung jawab penuh untuk menjadi seorang *discharge planner*, seperti dikemukakan oleh Harper (1998, dalam *The Nurses Association of New Brunswick*, 2002) bahwa pelaksanaan *discharge planning* membutuhkan seseorang yang memiliki keahlian dalam pengkajian, mampu mengorganisasikan, memiliki keahlian dalam berkomunikasi dan menyadari sumber daya di masyarakat, seorang perawat telah disiapkan untuk peranan tersebut. Dalam pelayanan keperawatan posisi seorang *discharge planner* harus dimiliki oleh perawat yang mengetahui kondisi pasien sejak awal masuk sampai pasien pulang dan perawat tersebut bertanggung jawab penuh terhadap pasien yang dikelolanya. Disamping itu mereka juga harus memiliki pengetahuan, pengalaman serta kemampuan intelektual yang lebih baik dalam merencanakan asuhan keperawatan dan memberikan *health education* pada pasien dan keluarga.

BAB VII

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

1. Tidak ada hubungan umur terhadap faktor risiko kekambuhan dan status fungsional (penilaian *Barthel Index*) pasien stroke iskemik.
2. Ada hubungan umur dengan *length of stay* pasien stroke iskemik
3. Ada hubungan tingkat pendidikan dengan faktor risiko kekambuhan dan status fungsional (penilaian *Barthel Index*) pasien stroke iskemik.
4. Tidak ada hubungan tingkat pendidikan dengan *length of stay* pasien stroke iskemik.
5. Ada pengaruh *discharge planning* terstruktur dalam menurunkan faktor risiko kekambuhan pasien stroke iskemik setelah dikontrol umur dan tingkat pendidikan.
6. Ada pengaruh *discharge planning* terstruktur dalam menurunkan *Length Of Stay* (lama hari rawat) pasien stroke iskemik setelah dikontrol umur dan tingkat pendidikan
7. Tidak ada pengaruh *discharge planning* terstruktur dalam peningkatan status fungsional (penilaian *Barthel Index*) pasien stroke iskemik setelah dikontrol umur dan tingkat pendidikan.

B. Saran

Berdasarkan hasil penelitian, beberapa hal yang dapat dijadikan rekomendasi adalah :

1. Bagi pelayanan keperawatan

- Mensosialisasikan konsep *discharge planning* yang komprehensif dalam tatanan pelayanan kesehatan di rumah sakit.
- Disarankan agar perawat di unit stroke memiliki kemampuan dan pemahaman akan pentingnya memberikan *discharge planning* yang komprehensif yang dimulai sejak awal pada pasien stroke sebagai upaya pencegahan primer dan sekunder. Karena selain memberi manfaat positif pada pasien dan keluarga juga dapat meningkatkan kualitas tindakan mandiri keperawatan khususnya dalam pemberian *health education*.
- Penelitian ini dapat dijadikan pedoman pelaksanaan *home care* pada pasien pasca stroke untuk kontinuitas perawatan sebagai upaya dalam menurunkan komplikasi penyakit, pencegahan kekambuhan dan menurunkan angka mortalitas dan morbiditas.

2. Bagi peneliti selanjutnya

Bagi penelitian keperawatan selanjutnya disarankan dapat melanjutkan penelitian ini dengan menambahkan aspek pendukung seperti karakteristik keluarga dan support system lainnya dengan waktu penelitian yang lebih panjang dan sampel lebih banyak agar *discharge planning* yang dilakukan menjadi efektif dan hasilnya lebih bermakna.

DAFTAR PUSTAKA

- AHA/ASA Guidelines Stroke, (2006). *Risk factor for Stroke, Life style* diakses dari http://www.strokestrategy.ab.ca/Map_PDFs/Planning_for_Primary_Prevention_Section_6.2.pdf diperoleh tanggal 2 Januari 2008.
- Ahmad, A., et al (2006). *Panduan untuk tenaga medis dalam menggunakan Jalur Klinis Stroke Terpadu*. Makalah pelatihan Asuhan Keperawatan Pasien Stroke 2006 di Sumatera Barat, tidak dipublikasikan.
- Angelelli, J., et al (2006). *Effect of Educational Level and Minority Status on Nursing Home Choice After Hospital Discharge*. Dari American Journal of public Health. Research and Practice.
- Aprianto, T., (2001). *Stroke penyebab utama kecacatan fisik*, artikel diakses dari <http://pdpersi.co.id/?show=detailnews&kode=643&tbl=cakrawala>. Diperoleh tanggal 18 Januari 2008
- Ariawan, I., (1998). *Besar dan metode sampel pada penelitian kesehatan*. Jakarta : Fakultas Kesehatan Masyarakat – Universitas Indonesia.
- Birdsall, C., & Sperry, S., P., (1997). *Clinical Paths in Medical-Surgical Practice*. St. Louis : Mosby.
- Black, J.M., & Hawks, J., H., (2005). *Medical-Surgical Nursing : Clinical Management for positif outcomes*. St. Louis. Missouri : Elsevier Saunders.
- Buick, M., et al, (2000). *Performance Indicators for Effective Discharge*. Melbourne Victoria, Acute Health Division. Diperoleh pada tanggal 23 Januari 2008 dari <http://www.health.vic.gov.au/discharge/efdissup.pdf>.
- Carpenito, L.,J., (1999), *Nursing Diagnosis and Collaborative Problems, Third Edition*. Philadelphia : Lippincot.
- Cawthorn, L., (2005). *Discharge Planning under the umbrella of Advanced Nursing Practise Case Manager*. Canada : Longwoods Publishing.
- Dai, Y.T., Chang, D.R.,& Tai, T.Y., (2002). *Effectiveness of a Pilot Project of Discharge Planning in Taiwan*. dari www.interscience.wiley.com diperoleh tanggal 12 November 2007

- Feigin, V., (2007). *Stroke. Panduan Bergambar tentang Pencegahan dan Pemulihan Stroke*. Jakarta. PT. Bhuana Ilmu Populer.
- Grimmer, K., et al (2008). *Discharge Planning Checklist for Patient & Carer*. The South Australian Discharge Planning Research Team. Dari <http://www.unisa.edu.au/cahe/resint/DCPChecklistNov2006.pdf>. Diperoleh tanggal 12 Februari 2008.
- Gofir, A., & Lamsudin, R., (2007). *Pendekatan evidence based medicine dalam keputusan klinis penanganan pasien stroke*. dari <http://www.tempointeraktif.com/medika/arsip/042001/top-1.htm>, diperoleh tanggal 18 Januari 2007.
- Hakim, et al., (2004). *Updates in Neuroemergencies II*. Jakarta : Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Harsono, (1999). *Buku Ajar Neurologi Klinis*. Yogyakarta : Penerbit Gajah Mada University Press.
- Herawani, (2002). *Pendidikan kesehatan dalam keperawatan*. Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Ignatavicius, D., & Workman, L., (2006), *Medical Surgical Nursing : Critical Thinking for Collaborative Care. Fifth Edition*. USA : Elsevier Saunders.
- Lincolnshire Care Pathway Partnership (2005). *Discharge Planning Integrated Care Pathway. NHS*. Dari <http://www.changeagentteam.org.uk/library/Discharge%20Planning%20ICP%20V03%20Jun05.pdf> diperoleh tanggal 6 Maret 2008.
- Lumbantobing, SM., (2006). *Kecerdasan pada usia lanjut dan demensia*. Jakarta : Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Maclean, N., et al (2000). *Qualitative analysis of stroke patients motivation for rehabilitation*. Dari <http://www.bmj.com> diperoleh tanggal 28 Oktober 2006.
- Martini, S., & Hendrati, L., (2004). *Perbedaan risiko kejadian hipertensi menurut pola merokok*. Diakses dari <http://www.journal.unair.ac.id/login/jurnal/file.pdf>. diperoleh tanggal 2 Januari 2008
- Misbach, J., & Kalim, H., (2007). *Stroke mengancam usia produktif*. Artikel diakses dari www.medicastore.com. Diperoleh tanggal 18 Januari 2008
- Muller, J., et al (2005). *Knowlegde About Risk Factors for Stroke. A Population-Based Survey With 28090 Participants*, dari <http://stroke.ahajournal.org> diperoleh tanggal 1 Februari 2008.

- Naylor, M., et al (1999). *Comprehensive Discharge Planning and Home Follow-up of Hospitalized Elders. A Randomized Clinical Trial*, dari www.jama.com diperoleh tanggal 18 Desember 2007.
- New York State Departemet of Health, (2005) *Suggested model for Discharge Planning*, dari dcpwg@health.state.ny.us diperoleh tanggal 5 Desember 2006
- , (2006). *Nursing home to community program : A Discharge Planning manual*. Dari http://www.gobroomecounty.com/CASA_NursingHTCMan.pdf , diperoleh tanggal 14 Februari 2008.
- Notoatmodjo, S., (2002). *Metodologi penelitian kesehatan*. Jakarta : PT. Rineka Cipta.
- Panitia Lulusan Dokter 2002-2003, (2004). *Updates in Neuroemergencies*. Jakarta : Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Pollit, D.,F., and Hungler, B.,P., (1999). *Nursing research : Principles and methods*. Philadelphia : Lippincot.
- Potthoff, S., & Kane, R., (2008) *Hospital Discharge Planning : Issues Surrounding a Complex Process*. http://www.hpm.umn.edu/research/files/research_briefs/95/rb-0295.pdf diperoleh tanggal 2 Januari 2008.
- Potter, & Perry, (2005). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan, Konsep, Proses dan Praktik, Edisi 4*. Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Powell, S., (2000). *Case Management A Practical Guide to success in Managed Care. Second Edition*. Philadelphia : Lippincott Williams and Wilkins.
- Price, S., & Wilson, L., (2006). *Patofisiologis. Konsep klinis proses-proses penyakit. Edisi ke 6*. Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Queensland Health, (1998). *Guidelines for Pre-admission Processes, Discharge Planning and Transitional Care*. dari http://www.health.qld.gov.au/surgical_access/doc/preadmin_etc.pdf. Diperoleh tanggal 25 Januari 2008
- Rankin, S., & Stallings, K., (2001). *Patient Education. Principles and Practice. 4 th edition*. Philadelphia : Lippincott Wilkams and Wilkins.
- Ramsay, (2004). <http://www.scotland.gov.uk/Publications/2004/10/20042/44597>), diperoleh tanggal 17 Desember 2007.
- Rasyid, et al., (2007). *Unit Stroke. Manajemen Stroke Secara Komprehensif*. Jakarta : Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.

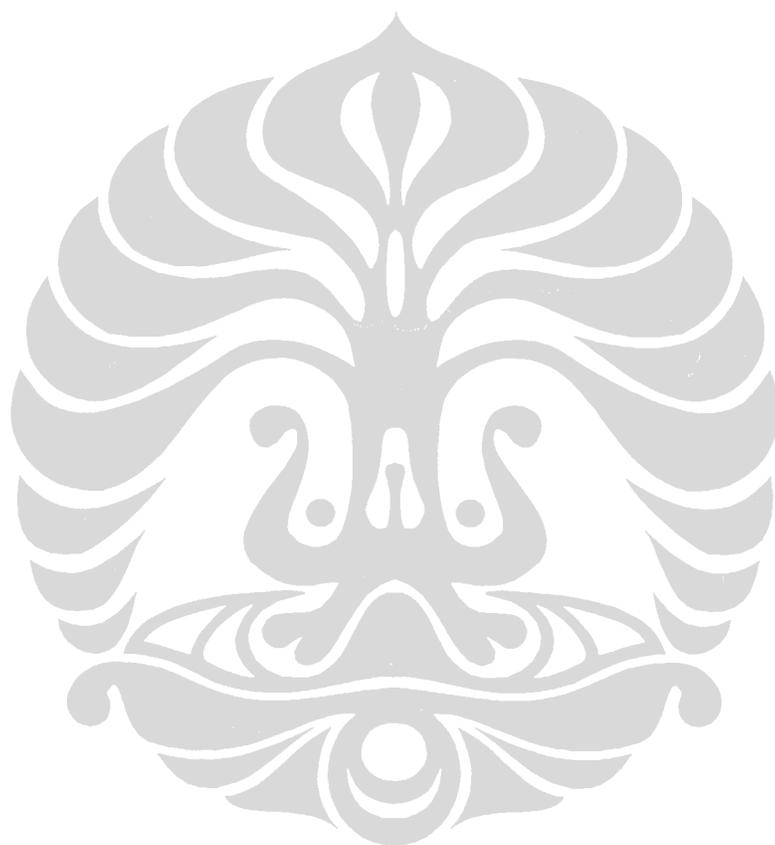
- Rujito, (2007). *Penatalaksanaan fisioterapi pada stroke akut*. <http://www.WordPress.com>, diperoleh tanggal 21 Februari 2008.
- Santoso, S (2002). *Buku Latihan SPSS Statistik Multivariat*. Jakarta : Penerbit PT Elex Media Komputindo Kelompok Gramedia.
- Saposnik, et al., (2005), *Optimizing Discharge Planning : Clinical Predictors of Longer Stay After Recombinant Tissue Plasminogen Activator for Acute Stroke*. dari <http://stroke.ahajournals.org>, diperoleh tanggal 5 Oktober 2007
- Schneider, A., T., et al (2003). *Trends in Community Knowledge of the Warning signs and Risk Factors for Stroke*. Dari <http://www.jama.com> diperoleh tanggal 31 Januari 2008.
- Shepperd, S., et al., (2004). *Discharge Planning from Hospital to home (Review)*, dari <http://www.thecochranelibrary.com> diperoleh tanggal 27 Desember 2007.
- Slevin, A., P., (1986). *A Model for Discharge Planning in Nursing Education*. Bradley University : Lawrence Erlbaum Association. Inc. *Journal of Community Health Nursing*. Dari www.jstor.org/view , diperoleh tanggal 1 Februari 2008.
- Smeltzer, et al., (2008). *Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing, Eleventh Edition*. Philadelphia : Lippincot William & Wilkins.
- Spath, P., (2003). *Is your discharge planning effective ?*. By Brown-Spath & Associates dari <http://www.brownspace.com/originalarticles/displan.htm> diperoleh tanggal 2 Januari 2008.
- St. Francis Medical Center (2008). *Care Path : Ischemic CVA*. Dari <http://connections.lww.com/Products/carpenito-careplans/documents/CarePaths/IschemicCVA.pdf> diperoleh tanggal 17 Desember 2007.
- Straten, A., et al., (1997). *Lenght of Hospital Stay and Discharge Delays in Stroke Patients*. Dari <http://stroke.ahajournals.org> diperoleh tanggal 18 Desember 2008.
- Sudoyo, et al., (2006), *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam, Edisi 4*. Jakarta : Pusat Penerbitan Departemen Penyakit Dalam FKUI.
- The Nurses Association of New Brunswick, (2002). *The Nurse as Discharge Planner*. New Brunswick Departement of Health and Wellness. Dari <http://www.strengthforcaring.com/daily-care/hospital-discharge-planning/> diperoleh tanggal 17 Desember 2007.

- The Royal Marsden Hospital, (2004). *Discharge Planning* yang diakses dari <http://www.herhis.nhs.uk/RMCNP/content/mars08.htm>, diperoleh tanggal 25 Januari 2008
- The University of Texas Medical Branch Hospitals (1998). *Stroke Guidelines. CVA Critical Pathway*. Texas. Dari <http://www.utmb.edu/cpg/cva.pdf> diperoleh tanggal 12 November 2007.
- Triopno, (2001). *Penyebab utama kecacatan fisik*. Diakses dari cakrawala <http://pdpersi.co.id/?show=detailnews&kode=643&tbl=cakrawala>, diperoleh tanggal 18 Januari 2008.
- Umphred, D., A, (2001). *Neurological Rehabilitation. Fourth Edition*. Philadelphia. Mosby. A Harcourt Health Sciences Company.
- Winarto, (2006). *Faktor – faktor resiko stroke*. Dari www.husada.co.id diperoleh tanggal 18 Januari 2008.
- Williams, J., (2005). *Advances in prevention and treatment of stroke and TIA*. Dari www.nursingtimes.net diperoleh tanggal 2 Mei 2007.
- Zwicker, D., & Picariello, G., (2003) *Discharge Planning for the older adult*. Dari http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?ss=15&doc_id=3517&nbr=2743, diperoleh tanggal 14 Februari 2008.



FORMAT *DISCHARGE PLANNING*

PASIEN STROKE ISKEMIK



DISCHARGE PLANNING PASIEN STROKE ISKEMIK

Nama Pasien :	Umur / Jenkel :	Tanggal Masuk :	No. MR :
Alamat / No. Telp :		Tanggal Keluar :	

Fase	Kegiatan	Pelaksanaan				
		Dilakukan			Tidak Dilakukan	
		Tanggal	Jam	Evaluasi	Alasan	
Tahap I Pasien masuk	1	Pengkajian fisik dan psikososial			Pengkajian keperawatan	
	2	Pengkajian Status fungsional			<i>Barthel Index</i>	
	3	Pengkajian Kebutuhan Pendidikan Kesehatan				
		a. Proses Penyakit				
		b. Obat-obatan				
		c. Prosedur, cara perawatan				
		d. Pencegahan faktor risiko				
		e. Lingkungan yang perlu dipersiapkan				
		f. Rencana tindak lanjut				
		g. Support sistem				
	4	Pemahaman pasien/keluarga terhadap penjelasan dari : a. Fisioterapi b. Ahli Gizi				
Tahap II Fase Diagnostik	5	Penkes tentang proses penyakit : a. Pengertian, penyebab, tanda dan gejala b. Faktor risiko c. Komplikasi				
	6	Penkes tentang Obat-obatan				
	7	Penkes tentang Penatalaksanaan				
	8	Penkes tentang Pemeriksaan Diagnostik				
	9	Penkes tentang rehabilitasi				
	10	Penkes tentang perawatan dalam hygiene personal, perubahan posisi, pencegahan jatuh, pencegahan aspirasi, latihan ROM dan teknik relaksasi				

Tahap III Fase Stabilisasi	11	Penkes tentang modifikasi gaya hidup a. Pengaturan diet (sesuai faktor risiko) b. Aktifitas Fisik c. Merokok d. Penggunaan alkohol dan obat-obatan				
	12	Diskusi tentang modifikasi lingkungan pasien setelah pulang dari rumah sakit.				
	13	Diskusikan tentang rencana perawatan lanjutan pasien a. Bantuan ADL b. Jadwal Kontrol				
Tahap IV Fase Discharge	14	Diskusi tentang pengawasan pada pasien setelah pulang tentang obat, diet, aktivitas dan peningkatan status fungsional				
	15	Diskusi tentang support system keluarga, financial dan alat/transportasi yang akan digunakan pasien				

Catatan Pulang		Pelaksanaan			Keterangan
		Sudah diberikan		Belum Diberikan	
		Tanggal	Jam	Alasan	
1	Resep/Obat-obatan pulang				
2	Surat Kontrol				
3	Rujukan Rehabilitasi				
4	Leaflet/Informasi Kesehatan				
Discharge Planner/ Perawat : (Nama dan Tanda tangan)				Pasien/Keluarga : (Nama dan Tanda tangan)	

PETUNJUK PENGISIAN FORMAT DISCHARGE PLANNING

Sebelum melakukan pengkajian kebutuhan *health education* pasien, perlu memperhatikan faktor kesiapan pasien dan keluarga. Selain faktor lingkungan, kriteria pasien yang siap untuk dikaji kebutuhan *health education*-nya ditunjukkan dalam 3 kategori sebagai berikut :

- 1) Secara fisik, pasien mampu berpartisipasi dalam proses pengkajian seperti tanda vital yang sudah terkontrol, kecemasan menurun.
- 2) Tujuan dalam proses pengkajian dapat dimengerti oleh pasien serta sesuai dengan kebutuhan pasien dan keluarga.
- 3) Pengkajian juga harus mempertimbangkan status emosional pasien dan keluarga sehingga mereka dapat berpartisipasi aktif dalam mengungkapkan kebutuhannya.

Identitas Pasien

Diisi sesuai dengan format pengkajian.

Tahap I/Pasien masuk (maksimal dalam 48 jam pertama)

1. Pengkajian fisik dan psikososial, ditunjukkan dengan melengkapi format pengkajian keperawatan.
2. Pengkajian status fungsional, dikaji berdasarkan format penilaian status fungsional (*Barthel Index*)
3. Pengkajian kebutuhan pendidikan kesehatan dan diskusi.
Evaluasi jika pasien dan keluarga menunjukkan keingintahuannya tentang :
 - a. Proses penyakit, pasien/keluarga menanyakan tentang penyakitnya, penyebab, apa yang dapat dilakukan untuk mencegah supaya serangan tidak berulang, bagaimana cara mengenal tanda-tanda serangan stroke dan apa saja komplikasi dan dampak penyakit stroke.

- b. Obat-obatan, pasien/keluarga menanyakan apa saja obat yang harus diminum, untuk apa dan kapan obat itu diminum dan apa saja efek samping yang perlu diketahui
 - c. Prosedur dan cara perawatan selama dirumah sakit, pasien/keluarga menanyakan apa saja yang akan dilakukan, bagaimana melakukannya, berapa lama melakukannya serta apa saja kesulitan yang perlu diketahui
 - d. Cara mencegah supaya serangan tidak terjadi lagi, keluarga menanyakan apa saja hal-hal yang perlu dijaga dan dihindari untuk mengurangi faktor risiko
 - e. Lingkungan yang harus dipersiapkan setelah pulang dari rumah sakit sesuai kondisi, apa saja yang membahayakan kondisi dan lingkungan yang mendukung pemulihan.
 - f. Rencana tindak lanjut, jadwal kontrol kesehatan, tujuannya, kapan dilakukan dan kemana harus periksa
 - g. Support system, dukungan apa saja yang diperlukan, psikologis dan emosional, spiritual, finansial serta siapa yang bisa membantu
4. Pemahaman pasien/keluarga terhadap penjelasan dari :
- a. Fisioterapi, evaluasi bila pasien/keluarga sudah memahami semua penjelasan yang diberikan oleh fisioterapi tentang rehabilitasi yang akan dijalannya.
 - b. Ahli Gizi, evaluasi bila pasien/keluarga sudah memahami semua penjelasan yang diberikan oleh ahli gizi tentang nutrisi yang bisa dikonsumsi dan telah mengetahui jenis menu yang sesuai dengan dietnya.

Tahap II / Fase Diagnostik

5. Pemberian Pendidikan Kesehatan tentang :
- a. Proses penyakit
 - b. Pendidikan kesehatan tentang faktor risiko
 - c. Pendidikan kesehatan tentang komplikasi stroke
- Evaluasi tercapai bila :
- Pasien/keluarga dapat menceritakan dengan bahasanya sendiri penyakit yang diderita, penyebab, apa yang dapat dilakukan untuk mencegah supaya serangan tidak berulang, bagaimana cara mengenal tanda-tanda serangan stroke dan apa saja komplikasi serta dampak penyakit stroke.
6. Pemberian pendidikan kesehatan tentang obat-obatan
- Evaluasi tercapai bila :

- Pasien/keluarga bisa menyebutkan dan menunjukkan kembali nama, dosis, waktu, manfaat serta akibat bila obat tidak diminum.
 - Pasien/keluarga mematuhi aturan minum obat sesuai anjuran selama dirawat dan juga meyakinkan dirinya setelah pulang dari rumah sakit.
7. Pemberian pendidikan kesehatan tentang penatalaksanaan
- Evaluasi tercapai bila :
- Pasien/keluarga bisa memahami dan mengemukakan tujuan tindakan yang dilakukan dengan bahasanya sendiri.
 - Pasien/keluarga mendukung setiap tindakan yang dilakukan selama dirawat.
8. Pemberian pendidikan kesehatan tentang pemeriksaan diagnostik.
- Evaluasi tercapai bila :
- Pasien/keluarga bisa memahami dan mengemukakan tujuan pemeriksaan yang dilakukan dengan bahasanya sendiri.
 - Pasien/keluarga mendukung setiap tindakan yang dilakukan selama dirawat.
9. Pemberian pendidikan kesehatan tentang rehabilitasi
- Evaluasi tercapai bila :
- Pasien/keluarga bisa memahami dan menyebutkan kembali apa saja jenis rehabilitasi yang akan dijalannya, tujuan, manfaat dan pelaksanaannya.
 - Pasien/keluarga ikut berpartisipasi dalam menjalankan rehabilitasi (fisioterapi dan occupational terapi) selama dirawat.
 - Pasien/keluarga mengatakan akan melanjutkan rehabilitasinya sampai optimal.
10. Pemberian pendidikan kesehatan tentang perawatan dalam hygiene personal, perubahan posisi, pencegahan jatuh, pencegahan aspirasi, latihan ROM dan teknik relaksasi.
- Evaluasi tercapai bila :
- Pasien/keluarga dapat memahami dan mengungkapkan dengan bahasanya sendiri tindakan perawatan yang dapat dilakukannya selama dirawat dan bisa mengungkapkan tujuannya.
 - Pasien/keluarga dapat melakukan dan berpartisipasi dalam setiap tindakan yang telah diajarkan.

Tahap III / Fase Stabilisasi

11. Pemberian pendidikan kesehatan tentang modifikasi gaya hidup

Evaluasi tercapai bila :

- Pasien/keluarga dapat mengungkapkan dengan bahasanya sendiri tentang perilaku hidup sehat yang dapat dimodifikasinya untuk mengurangi faktor risiko kekambuhan.
- Pasien/keluarga menunjukkan perilaku hidup sehat sesuai anjuran selama dirawat.

12. Diskusi tentang modifikasi lingkungan pasien setelah pulang dari rumah sakit

Evaluasi tercapai bila :

- Pasien/keluarga dapat mengungkapkan berbagai risiko bagi pasien yang ada dilingkungan rumahnya.
- Pasien/keluarga dapat mengungkapkan risiko dilingkungannya yang dapat dimodifikasi untuk mendukung pemulihan kesehatan pasien.

13. Diskusi tentang rencana perawatan lanjutan pasien

Evaluasi tercapai bila :

- Keluarga dapat mengungkapkan bantuan yang harus diberikan serta tujuan perawatan dirumah bagi pasien.
- Keluarga dapat mendemonstrasikan ketrampilan penting yang diperlukan dirumah secara benar.
- Pasien/keluarga mengetahui jadwal kontrol kesehatan, tujuan, kapan dilakukan dan kemana harus periksa.

Tahap IV / Fase Evaluasi (*Discharge*)

14. Diskusi tentang pengawasan pada pasien setelah pulang tentang obat, diet, aktivitas dan peningkatan status fungsional.

Evaluasi tercapai bila :

- Pasien/keluarga dapat mengungkapkan apa saja yang perlu dijaga dan diawasi setelah pulang dari rumah sakit.
- Pasien/keluarga menentukan seseorang yang mampu melakukan pengawasan pada pasien.

15. Diskusi tentang support system keluarga, financial dan alat/transportasi yang akan digunakan.

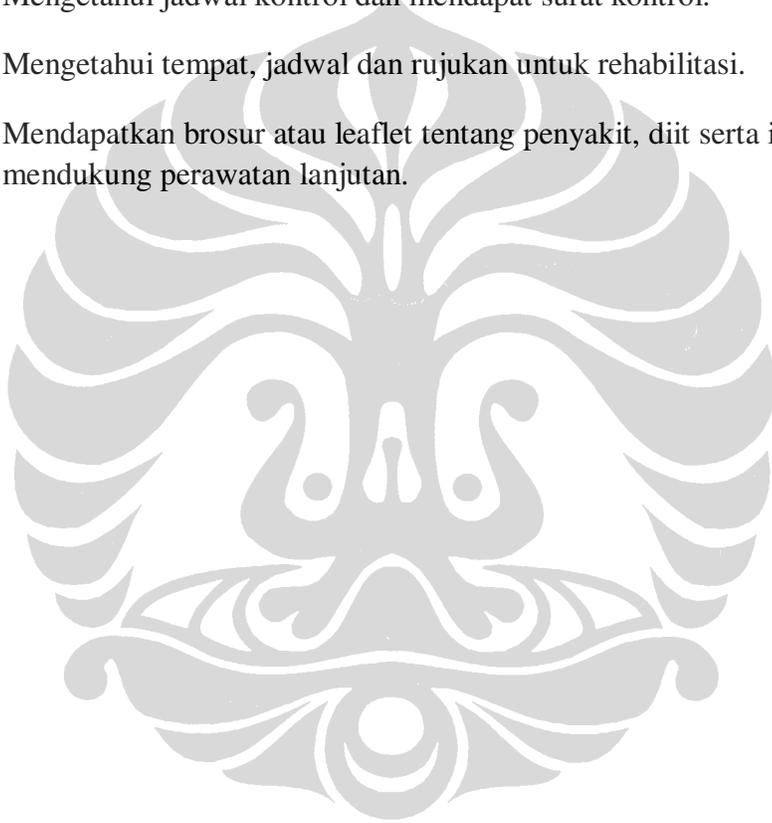
Evaluasi tercapai bila :

- Keluarga mengetahui dukungan apa saja yang diperlukan pasien untuk meningkatkan derajat kesehatannya.
- Keluarga mengungkapkan dukungan yang kira-kira menjadi hambatan serta mendiskusikan solusinya.

Catatan Pulang

Evaluasi tercapai bila pasien/keluarga telah :

1. Mendapatkan resep/obat-obatan untuk pulang
2. Mengetahui jadwal kontrol dan mendapat surat kontrol.
3. Mengetahui tempat, jadwal dan rujukan untuk rehabilitasi.
4. Mendapatkan brosur atau leaflet tentang penyakit, diet serta informasi lainnya yang mendukung perawatan lanjutan.



MATERI *DISCHARGE PLANNING* PADA PASIEN STROKE ISKEMIK

Tahap I Pasien Masuk	Tahap II Fase Diagnostik		
<p>a. Seleksi pasien yang membutuhkan <i>discharge planning</i>.</p> <p>b. Pengkajian :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pengkajian fisik dan psikososial - Status Fungsional - Kebutuhan pendidikan kesehatan - Konseling (team stroke) <p>c. Perencanaan Berdasarkan kebutuhan pendidikan kesehatan, rencana tindak lanjut setelah pulang.</p>	<p>Pendidikan kesehatan tentang proses penyakit :</p> <p>a. Pengertian stroke</p> <p>b. Penyebab stroke iskemik</p> <p>c. Tanda dan gejala</p> <p>d. Faktor risiko :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Penyakit ; hipertensi, diabetes mellitus, dislipidemia. - Gaya hidup ; merokok, aktivitas kurang, diet yang salah dan minum alkohol. <p>e. Komplikasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Neurologik - Paru – paru - Kardiovaskuler - Pencernaan - Perkemihan - Tulang dan Kulit 	<p>Pendidikan kesehatan tentang :</p> <p>a. Obat-obatan :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nama obat - Dosis yang harus diberikan dan waktu pemberiannya - Tujuan penggunaan obat - Efek obat yang seharusnya - Gejala yang mungkin menyimpang dari efek obat dan hal-hal yang perlu dilaporkan <p>b. Penatalaksanaan/perawatan selama dirumah sakit.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Umum dan monitoring - Spesifik <p>c. Pemeriksaan Diagnostik</p> <p>d. Rehabilitasi/Fisioterapi</p>	<p>Pendidikan kesehatan tentang : Tindakan yang dapat dilakukan pasien/keluarga untuk perawatan dalam personal hygiene, menghindari risiko kegawatan/komplikasi seperti :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elevasi kepala 30⁰ - Pencegahan dekubitus (perubahan posisi tiap 2 jam) - Pencegahan jatuh (pengawasan ketat terhadap aktivitas pasien) - Pencegahan aspirasi (pengawasan saat makan/minum) - Memindahkan pasien

Tahap III Fase Stabilisasi/Evaluasi		Tahap IV Fase Discharge	
<p>Pendidikan kesehatan tentang modifikasi gaya hidup :</p> <p>a. Pengaturan diet</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mendeskripsikan tujuan pemberian diet - Merencanakan jenis-jenis menu yang sesuai dengan dietnya <p>b. Aktifitas fisik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi aktivitas ringan/sedang minimal 30 menit setiap hari sesuai toleransi. <p>c. Merokok</p> <ul style="list-style-type: none"> - Investigasi strategi yang tepat agar dapat mengurangi atau menghindari rokok. <p>d. Penggunaan alkohol</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi faktor penyebab konsumsi alkohol. 	<p>Diskusi tentang modifikasi lingkungan pasien setelah pulang dari rumah sakit :</p> <p>a. Investigasi dan koreksi berbagai bahaya di lingkungan rumah</p> <p>b. Memodifikasi lingkungan yang mendukung pemulihan pasien.</p>	<p>Diskusi tentang perawatan lanjutan pasien :</p> <p>a. Kontrol rutin ke pelayanan kesehatan, agar :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengetahui waktu dan tempat untuk kontrol kesehatan. - Mengetahui dimana dan siapa yang dapat dihubungi untuk membantu perawatan dan pengobatannya. <p>b. Perawatan dirumah (bantuan ADL)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengetahui tujuan perawatan yang akan dilanjutkan di rumah - Instruksi yang adekuat mengenai ketrampilan-ketrampilan penting yang diperlukan di rumah - Mendemonstrasikan cara perawatan secara benar. 	<p>Diskusi tentang seseorang yang secara ketat mampu melakukan pengawasan pada pasien tentang :</p> <p>a. Obat</p> <p>b. Diet</p> <p>c. Aktivitas</p> <p>d. Peningkatan status fungsional</p> <p>Support system</p> <p>a. Support emosional yang adekuat</p> <p>b. Investigasi sumber-sumber suport ekonomi</p> <p>c. Investigasi transportasi yang akan digunakan pasien.</p>

(Format dan materi modifikasi dari Birdsall & Sperry (1997), Grimmer, et al (2008), Lincolnshire Care Pathway Partnership (2005) St. Francis Medical Center (2008), The University of Texas Medical Branch Hospitals (1998)).

SATUAN ACARA PEMBELAJARAN

Pokok Bahasan : Proses penyakit Stroke Iskemik
Sub Pokok Bahasan : Pasien dan keluarga stroke iskemik sebagai kelompok intervensi
Hari / Tanggal : -
Waktu : 30 menit
Tempat : Unit Stroke RSSN Bukittinggi

A. Tujuan Instruksional Umum (TIU)

Setelah mendapatkan pendidikan kesehatan pasien/keluarga stroke iskemik dapat memahami proses penyakitnya.

B. Tujuan Instruksional Khusus (TIK)

Setelah mendapatkan pendidikan kesehatan, pasien/keluarga stroke iskemik mampu :

1. Menjelaskan pengertian stroke iskemik
2. Menjelaskan kembali penyebab stroke iskemik
3. Menyebutkan tanda dan gejala stroke iskemik
4. Menyebutkan faktor resiko penyakit stroke iskemik
5. Menjelaskan komplikasi stroke iskemik

C. Materi Pendidikan Kesehatan

1. Pengertian stroke iskemik
2. Penyebab stroke iskemik
3. Tanda dan gejala stroke iskemik
4. Faktor resiko stroke iskemik
5. Komplikasi stroke iskemik

D. Metode dan Media

1. Metode : Ceramah dan diskusi
2. Media : Lembar balik dan leaflet.

E. Kegiatan Pendidikan Kesehatan

No	Tahap	Waktu	Kegiatan	
			Perawat	Pasien
1	Pendahuluan	5 menit	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mengucapkan salam ▪ Appersepsi tentang penyakit stroke iskemik ▪ Menjelaskan secara singkat tentang pokok materi ▪ Menjelaskan tujuan pendidikan kesehatan 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Menjawab salam ▪ Memperhatikan penjelasan perawat ▪ Memperhatikan penjelasan perawat ▪ Memperhatikan penjelasan perawat
2	Penyajian	20 menit	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Menjelaskan pengertian stroke iskemik ▪ Menjelaskan penyebab stroke iskemik ▪ Memberi kesempatan kepada pasien/keluarga untuk bertanya ▪ Menjelaskan tanda dan gejala stroke iskemik ▪ Memberi kesempatan pada pasien/keluarga untuk bertanya ▪ Meminta pasien/keluarga untuk mengulangi penjelasan ▪ Menjelaskan faktor resiko stroke iskemik ▪ Memberi kesempatan kepada pasien/keluarga untuk bertanya ▪ Menjelaskan komplikasi stroke iskemik. ▪ Memberi kesempatan pada pasien/keluarga untuk bertanya ▪ Meminta pasien/klrg menjelaskan kembali 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Memperhatikan ▪ Memperhatikan ▪ Menanyakan materi yang belum jelas ▪ Memperhatikan ▪ Menanyakan yang belum dimengerti ▪ Mengulangi penjelasan dengan kata-kata sendiri ▪ Memperhatikan ▪ Menanyakan materi yang belum jelas ▪ Memperhatikan ▪ Menanyakan yang belum dimengerti ▪ Mengulangi penjelasan
3	Penutup	5 menit	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Memberikan evaluasi berupa pertanyaan lisan pada pasien/keluarga ▪ Menyimpulkan inti 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Menjawab pertanyaan yang diberikan oleh perawat

			materi pendidikan kesehatan bersama pasien/keluarga ▪ Mengucapkan salam	▪ Memperhatikan dan ikut menyimpulkan materi ▪ Menjawab salam
--	--	--	--	--

F. Evaluasi

Evaluasi tercapai bila pasien/keluarga dapat mengulangi kembali dengan bahasanya sendiri mengenai :

- Penyakit yang diderita (pengertian dan penyebab)
- Apa yang dapat dilakukan untuk mencegah supaya serangan berulang tidak terjadi.
- Bagaimana cara mengenal tanda-tanda serangan stroke
- Apa saja komplikasi serta dampak penyakit stroke

G. Referensi

- Feigin, V., (2006). *Stroke. Panduan bergambar tentang pencegahan dan pemulihan stroke*. Jakarta ; PT Buana Ilmu Populer. Kelompok Gramedia.
- Lumbantobing, S.,M., (2007). *Stroke. Bencana Peredaran Darah di Otak*. Jakarta ; Balai Penerbit FKUI.
- Mulyatsih, E., (1994), *Stroke. Petunjuk praktis bagi pengasuh dan keluarga pasien pasca stroke*. Jakarta ; Balai Penerbit FKUI.
- Rasyid, et.al., (2007). *Unit Stroke. Manajemen Stroke Secara Komprehensif*. Jakarta ; Balai Penerbit FKUI.

Lampiran Materi :

STROKE ISKEMIK

A. Pengertian

Stroke adalah gangguan peredaran darah di otak. Stroke artinya pukulan (timbul mendadak) dan dikenal *brain attack* (serangan otak).

Gangguan peredaran darah ini berupa :

1. Iskemia, aliran darah berkurang atau terhenti pada sebagian daerah di otak.
2. Perdarahan, terjadi karena dinding pembuluh darah robek.

B. Penyebab

Gangguan peredaran darah di otak khususnya berkurangnya/terhentinya aliran darah di daerah otak yang disebabkan oleh sumbatan bekuan darah, penyempitan pembuluh darah, sumbatan atau penyempitan. Kondisi ini menyebabkan kurangnya pasokan darah ke otak.

C. Tanda dan Gejala

Gejala stroke dapat bermacam-macam :

- Lumpuh separo badan (kanan atau kiri)
- Separo badan kurang merasa, terasa kesemutan, terasa kepanasan atau terbakar
- Mulut mencong
- Lidah mencong bila dijulurkan
- Bicara pelo
- Sulit menelan, suka tersedak bila minum atau makan
- Sulit berbahasa, berbicara menjadi tidak lancar, tidak beraturan, kadang lancer tapi tidak ada arti.
- Tidak memahami pembicaraan orang lain
- Tidak dapat membaca, menulis, tidak dapat memahami tulisan
- Sulit berjalan, langkah kecil-kecil
- Pelupa dan kemunduran dalam berfikir
- Penglihatan terganggu, sebagian lapang pandang tidak terlihat atau penglihatan ganda
- Tuli satu telinga, pendengaran berkurang
- Pusing
- Mudah menangis atau tertawa
- Banyak tidur, kelopak mata sulit dibuka
- Pingsan, koma
- Gerakan tidak terkoordinasi

D. Faktor risiko

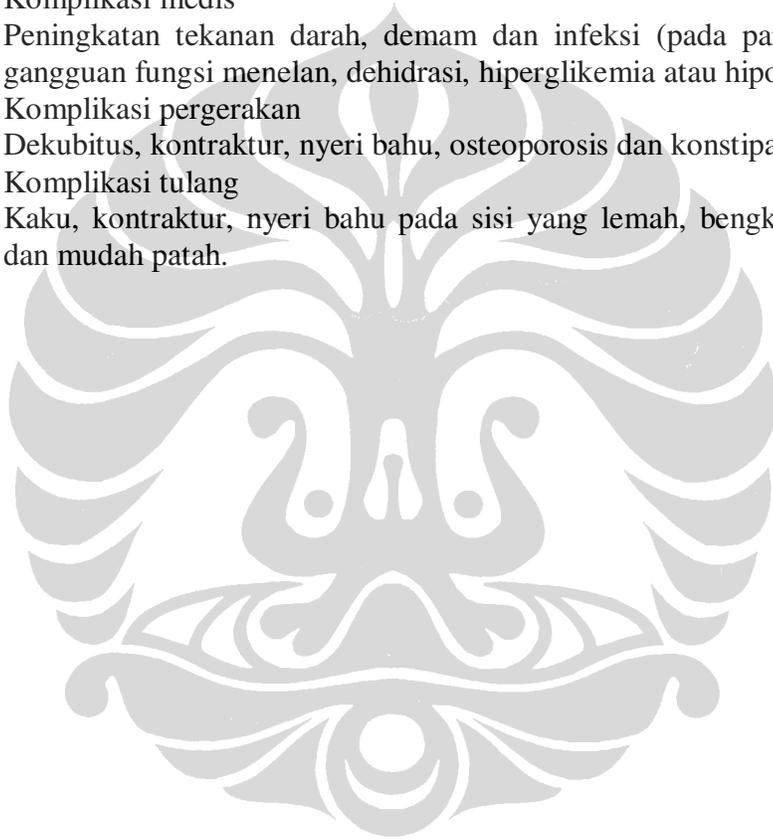
Faktor risiko terjadinya stroke dapat dibagi 2 yaitu :

- a. Faktor yang tidak dapat diubah
Seperti ; penuaan, kecendrungan keturunan, jenis kelamin dan suku bangsa.

- b. Faktor yang dapat diubah (dimodifikasi)
- Penyakit, yaitu penyakit yang dapat dikontrol atau dikendalikan :
Hipertensi (tekanan darah tinggi), tingginya kolesterol dalam darah, aterosklerosis (mengerasnya arteri), penyakit jantung, diabetes mellitus (penyakit gula).
 - Gaya hidup, faktor yang terjadi akibat gaya hidup yang tidak sehat seperti ;
Merokok, makanan yang tidak sehat, konsumsi alkohol berlebihan, aktifitas fisik yang kurang, kelebihan berat badan dan penggunaan obat-obat terlarang (narkoba).

E. Komplikasi

1. Komplikasi persyarafan
Terjadi stroke iskemik berulang, edema otak, nyeri kepala.
2. Komplikasi medis
Peningkatan tekanan darah, demam dan infeksi (pada paru dan saluran kencing), gangguan fungsi menelan, dehidrasi, hiperglikemia atau hipoglikemia.
3. Komplikasi pergerakan
Dekubitus, kontraktur, nyeri bahu, osteoporosis dan konstipasi.
4. Komplikasi tulang
Kaku, kontraktur, nyeri bahu pada sisi yang lemah, bengkak, tungkai dingin, jatuh dan mudah patah.



SATUAN ACARA PEMBELAJARAN

Pokok Bahasan : Penatalaksanaan Stroke Iskemik
Sub Pokok Bahasan : Pasien dan keluarga stroke iskemik sebagai kelompok intervensi
Hari / Tanggal : -
Waktu : 2 x 30 menit (dilakukan dalam 2 kali pertemuan)
Tempat : Unit Stroke RSSN Bukittinggi

A. Tujuan Instruksional Umum (TIU)

Setelah mendapatkan pendidikan kesehatan pasien stroke iskemik dan keluarga mampu memahami penatalaksanaan stroke iskemik.

B. Tujuan Instruksional Khusus (TIK)

Setelah mendapatkan pendidikan kesehatan pasien stroke iskemik dan keluarga mampu :

1. Menjelaskan obat-obatan yang harus dikonsumsi (nama, dosis, tujuan, efek obat)
2. Menjelaskan penatalaksanaan umum serta spesifik yang dijalani oleh pasien
3. Menjelaskan pemeriksaan diagnostik yang harus dijalani
4. Menjelaskan tujuan rehabilitasi yang harus dijalani

C. Materi Pendidikan Kesehatan

1. Obat-obatan yang dikonsumsi oleh pasien
2. Penatalaksanaan umum serta spesifik yang dijalani oleh pasien
3. Pemeriksaan diagnostik yang dijalani pasien
4. Rehabilitasi yang akan dijalani pasien.

D. Metode dan Media

Metode : Ceramah, diskusi dan demonstrasi
Media : Lembar balik dan leaflet

E. Kegiatan Pendidikan Kesehatan

No	Tahap	Waktu	Kegiatan	
			Perawat	Pasien
1	Pendahuluan	5 menit	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mengucap salam ▪ Appersepsi tentang penatalaksanaan stroke iskemik ▪ Menjelaskan secara singkat tentang pokok materi ▪ Menjelaskan tujuan pendidikan kesehatan 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Menjawab salam ▪ Memperhatikan penjelasan perawat ▪ Memperhatikan penjelasan perawat ▪ Memperhatikan penjelasan perawat
2	Penyajian	20 menit	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Menjelaskan obat-obat yang harus dikonsumsi pasien stroke iskemik ▪ Menjelaskan dosis, tujuan dan efek obat ▪ Memberi kesempatan kepada pasien/keluarga untuk bertanya ▪ Meminta pasien/keluarga untuk menunjukkan obat-obat yang diminum dan menyebutkan dosis, tujuan dan efeknya. ▪ Menjelaskan tindakan dalam perawatan pasien dari yang umum ke tindakan spesifik ▪ Memberi kesempatan pada pasien/keluarga untuk bertanya ▪ Meminta pasien/keluarga untuk mengulangi penjelasan ▪ Menjelaskan pemeriksaan diagnostik apa saja yang akan dan telah dijalani oleh pasien. ▪ Memberi kesempatan kepada pasien/keluarga untuk bertanya 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Memperhatikan ▪ Memperhatikan ▪ Menanyakan materi yang belum jelas ▪ Mendemonstrasikan ▪ Memperhatikan ▪ Menanyakan yang belum dimengerti ▪ Mengulangi penjelasan dengan kata-kata sendiri ▪ Memperhatikan ▪ Menanyakan materi yang belum jelas

			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Meminta pasien/keluarga untuk mengulangi penjelasan dengan bahasanya sendiri ▪ Menjelaskan tujuan rehabilitasi secara umum. ▪ Memberi kesempatan pada pasien/keluarga untuk bertanya ▪ Meminta pasien/klrg menjelaskan kembali 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mengulangi penjelasan dengan bahasa sendiri ▪ Memperhatikan ▪ Menanyakan yang belum dimengerti ▪ Mengulangi penjelasan
3	Penutup	5 menit	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Memberikan evaluasi berupa pertanyaan lisan pada pasien/keluarga ▪ Menyimpulkan inti materi pendidikan kesehatan bersama pasien/keluarga ▪ Mengucapkan salam 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Menjawab pertanyaan yang diberikan oleh perawat ▪ Memperhatikan dan ikut menyimpulkan materi ▪ Menjawab salam

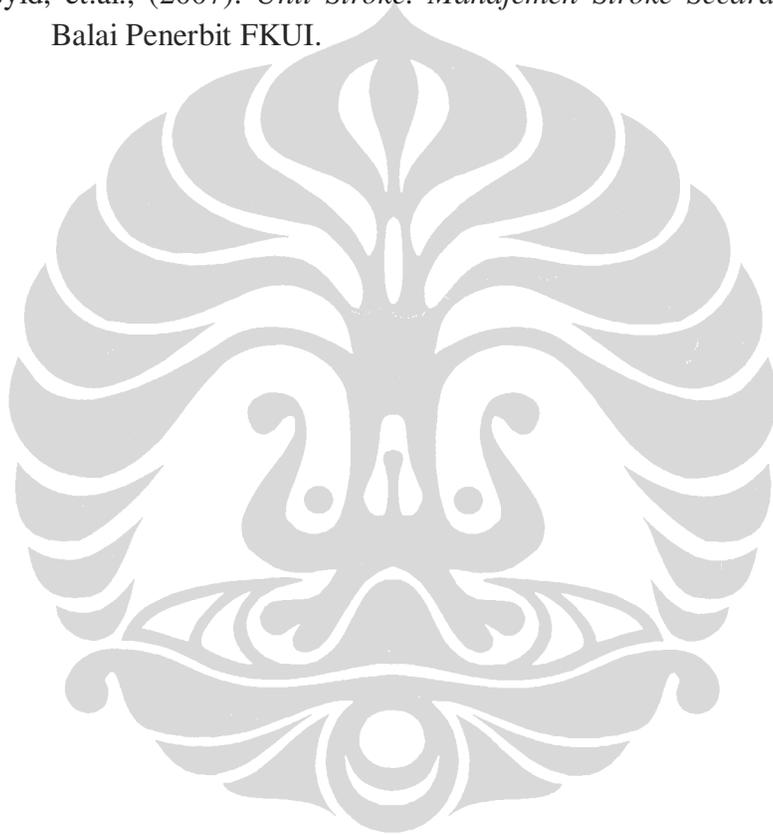
F. Evaluasi

Evaluasi tercapai bila :

- Pasien/keluarga bisa menyebutkan dan menunjukkan kembali nama, dosis, waktu, manfaat serta akibat bila obat tidak diminum.
- Pasien/keluarga mematuhi aturan minum obat sesuai anjuran selama dirawat dan juga meyakinkan dirinya setelah pulang dari rumah sakit.
- Pasien/keluarga bisa memahami dan mengemukakan tujuan tindakan yang dilakukan dengan bahasanya sendiri.
- Pasien/keluarga mendukung setiap tindakan yang dilakukan selama dirawat.
- Pasien/keluarga bisa memahami dan mengemukakan tujuan pemeriksaan yang dilakukan dengan bahasanya sendiri.
- Pasien/keluarga mendukung setiap tindakan yang dilakukan selama dirawat.
- Pasien/keluarga bisa memahami dan menyebutkan kembali apa saja jenis rehabilitasi yang akan dijalannya, tujuan, manfaat dan pelaksanaannya.
- Pasien/keluarga ikut berpartisipasi dalam menjalankan rehabilitasi (fisioterapi dan occupational terapi) selama dirawat.
- Pasien/keluarga mengatakan akan melanjutkan rehabilitasinya sampai optimal.

G. Referensi

- Feigin, V., (2006). *Stroke. Panduan bergambar tentang pencegahan dan pemulihan stroke*. Jakarta ; PT Buana Ilmu Populer. Kelompok Gramedia.
- Lumbantobing, S.,M., (2007). *Stroke. Bencana Peredaran Darah di Otak*. Jakarta ; Balai Penerbit FKUI.
- Mulyatsih, E., (1994), *Stroke. Petunjuk praktis bagi pengasuh dan keluarga pasien pasca stroke*. Jakarta ; Balai Penerbit FKUI.
- Rasyid, et.al., (2007). *Unit Stroke. Manajemen Stroke Secara Komprehensif*. Jakarta ; Balai Penerbit FKUI.



PENATALAKSANAAN STROKE ISKEMIK

A. Obat-obatan

Obat-obatan yang dikonsumsi oleh pasien stroke iskemik adalah :

1. Obat edema otak

Mencegah terjadinya edema (sembab) otak. Edema otak dapat mengganggu sirkulasi darah di otak dan dapat mengakibatkan herniasi (peranjakan) jaringan otak, hal ini mengakibatkan keadaan lebih buruk atau kematian. Obat yang diberikan adalah manitol 20%, gliserol 10% (larutan hiperosmolar), atau kortikosteroid serta membatasi jumlah cairan.

2. Obat antiagregasi trombosit

Mencegah menggumpalnya trombosit darah hingga mencegah terbentuknya gumpalan darah yang menyumbat pembuluh darah, seperti asetosal (aspirin).

3. Antikoagulansia

Mencegah terjadinya gumpalan darah dan embolisasi thrombus, seperti heparin, kumarin, sintrom, dll.

4. Obat trombolitik

Dapat menghancurkan thrombus, seperti rt-PA

5. Obat lain untuk memperbaiki, mengoptimalisasi keadaan otak, metabolisme dan sirkulasinya, seperti nicholin, trental, dll.

6. Obat-obatan untuk memperbaiki faktor resiko stroke iskemik lainnya.

B. Tindakan dalam perawatan

1. Penatalaksanaan umum dan monitoring

- Observasi keadaan umum, (TD, Nafas, Suhu dan Nadi), tanda vital dan kesadaran
- Monitor EKG untuk memantau faktor risiko sekunder yang mengancam.
- Metabolisme glukosa
- Cairan dan elektrolit

2. Penatalaksanaan spesifik

Pemberian terapi khusus dalam upaya rekalisasi (pengurangan) kerusakan jaringan otak.

C. Pemeriksaan diagnostik stroke iskemik

1. CT Scan tanpa kontras dapat membedakan stroke iskemik, perdarahan intraserebral dan perdarahan subarachnoid. Pemeriksaan ini harus dilakukan sebelum diberikan terapi spesifik.
2. EKG, sangat penting untuk mengidentifikasi adanya penyakit jantung yang kejadiannya cukup tinggi pada pasien stroke.
3. Ultrasound, Doppler ekstra maupun intracranial dapat menentukan adanya stenosis atau oklusi, keadaan kolateral, rekalisasi (pengurangan)
4. Pemeriksaan laboratorium, darah rutin dan pemeriksaan khusus sesuai indikasi.

D. Rehabilitasi

Tujuan rehabilitasi adalah menjaga atau meningkatkan kemampuan jasmani, rohani, social, keadaan ekonomi dan kemampuan kerja semaksimal mungkin.

Bentuk kegiatannya : (d disesuaikan dengan berat ringan kecacatan yang dialami dan kemampuan mental pasien)

- Terapi fisik/fisioterapi
- Latihan bicara
- Latihan mental
- Terapi okupasi
- Psikoterapi
- Menggunakan alat bantu
- Olahraga

Latihan akan diberikan secepat mungkin sesuai kondisi pasien, yang dilakukan secara bertahap, dari pasif ke aktif, menggunakan alat bantu sampai mandiri.

SATUAN ACARA PEMBELAJARAN

Pokok Bahasan : Modifikasi Gaya Hidup Pasien Stroke Iskemik
Sub Pokok Bahasan : Pasien dan keluarga stroke iskemik sebagai kelompok intervensi
Hari / Tanggal : -
Waktu : 25 menit
Tempat : Unit Stroke RSSN Bukittinggi

A. Tujuan Instruksional Umum (TIU)

Setelah mendapatkan pendidikan kesehatan pasien stroke iskemik dan keluarga mampu memahami cara memodifikasi gaya hidup sehat

B. Tujuan Instruksional Khusus (TIK)

Setelah mendapatkan pendidikan kesehatan pasien stroke iskemik dan keluarga mampu :

1. Menjelaskan kembali tentang modifikasi gaya hidup untuk mengurangi faktor risiko.
2. Menunjukkan perilaku yang mendukung gaya hidup sehat selama dirawat

C. Materi Pendidikan Kesehatan

1. Modifikasi gaya hidup untuk mengurangi faktor resiko stroke (pengaturan diet, aktivitas fisik, merokok dan penggunaan alkohol).

D. Metode dan Media

Metode : Ceramah dan diskusi

Media : Lembar balik dan leaflet

E. Kegiatan Pendidikan Kesehatan

No	Tahap	Waktu	Kegiatan	
			Perawat	Pasien
1	Pendahuluan	5 menit	<ul style="list-style-type: none">▪ Mengucap salam▪ Appersepsi tentang modifikasi lingkungan▪ Menjelaskan secara	<ul style="list-style-type: none">▪ Menjawab salam▪ Memperhatikan penjelasan perawat▪ Memperhatikan

			<p>singkat tentang pokok materi</p> <ul style="list-style-type: none"> Menjelaskan tujuan pendidikan kesehatan 	<p>penjelasan perawat</p> <ul style="list-style-type: none"> Memperhatikan penjelasan perawat
2	Penyajian	15 menit	<ul style="list-style-type: none"> Mereview tentang faktor risiko stroke Menjelaskan modifikasi gaya hidup sehat Memberi kesempatan kepada pasien/keluarga untuk bertanya Mendiskusikan gaya hidup yang bisa diubah pasien Memberi kesempatan pada pasien/keluarga untuk mengungkapkan kemampuan dirinya dalam memodifikasi gaya hidup sehat. 	<ul style="list-style-type: none"> Menjawab pertanyaan Memperhatikan Menanyakan materi yang belum jelas Berdiskusi Mengungkapkan kemampuannya dan memutuskan
3	Penutup	5 menit	<ul style="list-style-type: none"> Memberikan evaluasi berupa pertanyaan lisan pada pasien/keluarga Menyimpulkan inti materi pendidikan kesehatan dan hasil diskusi bersama pasien/keluarga Mengucapkan salam 	<ul style="list-style-type: none"> Menjawab pertanyaan yang diberikan oleh perawat Memperhatikan dan ikut menyimpulkan materi Menjawab salam

F. Evaluasi

Evaluasi tercapai bila :

- Pasien/keluarga dapat mengungkapkan dengan bahasanya sendiri tentang perilaku hidup sehat yang dapat dimodifikasinya untuk mengurangi faktor risiko kekambuhan.
- Pasien/keluarga menunjukkan perilaku hidup sehat sesuai anjuran selama dirawat.

G. Referensi

- Feigin, V., (2006). *Stroke. Panduan bergambar tentang pencegahan dan pemulihan stroke*. Jakarta ; PT Buana Ilmu Populer. Kelompok Gramedia.
- Lumbantobing, S.,M., (2007). *Stroke. Bencana Peredaran Darah di Otak*. Jakarta ; Balai Penerbit FKUI.
- Mulyatsih, E., (1994), *Stroke. Petunjuk praktis bagi pengasuh dan keluarga pasien pasca stroke*. Jakarta ; Balai Penerbit FKUI.
- Rasyid, et.al., (2007). *Unit Stroke. Manajemen Stroke Secara Komprehensif*. Jakarta ; Balai Penerbit FKUI.

Lampiran Materi

MODIFIKASI GAYA HIDUP

Memodifikasi gaya hidup sehat merupakan salah satu upaya dalam melakukan pencegahan sekunder dini. Pendekatan pencegahan sekunder adalah strategi untuk mencegah kekambuhan stroke dengan cara :

1). Memodifikasi gaya hidup yang berisiko stroke dan faktor risiko, seperti :

- a) Hipertensi : diet dan obat hipertensi yang sesuai
- b) Diabetes mellitus : diet dan obat hipoglikemik oral/insulin
- c) Dislipidemia : diet rendah lemak dan obat antidislipidemia
- d) Berhenti merokok
- e) Hindari alkohol, kegemukan dan kurang gerak

2). Melibatkan peran serta keluarga seoptimal mungkin

Melibatkan keluarga pasien sejak awal perawatan merupakan hal yang penting dilakukan dengan tujuan agar perawatan lanjutan dirumah dapat dilakukan dengan maksimal dan keluarga juga telah siap menghadapi situasi yang berbeda dengan kondisi pasien sebelum sakit.

Beberapa gaya hidup sehat yang perlu dimodifikasi adalah :

1. Pengaturan diet

Konsultasi dengan ahli gizi untuk merancang diet yang paling sesuai dan aman bagi pasien. Secara umum, makanan yang sehat dapat mengurangi risiko peningkatan tekanan darah, glukosa darah serta mengurangi kolesterol dalam darah.

2. Aktifitas fisik

Melakukan olahraga yang aman dan menyenangkan, perlu diperhatikan jumlah dan intensitasnya, yang diperlukan adalah olahraga selama 30 menit 3 atau 4 kali seminggu, bukan olahraga berat, hanya olahraga yang cukup membuat badan hangat dan sedikit terengah-engah. Seperti jalan cepat, lari santai, bersepeda, berenang dan berkebun.

Olahraga sebaiknya yang menyenangkan sehingga pasien senang melakukannya secara teratur. Tingkat olahraga dapat ditambah dengan memasukkan elemen aktifitas fisik dalam kegiatan rutin secara keseluruhan.

Sebagai contoh : berjalan selama 15 menit 2 kali sehari pada minggu pertama, minggu kedua tingkatkan menjadi 20 menit, kemudian 25 menit sekali sehari pada minggu ketiga, 30 menit sekali sehari pada minggu keempat.

3. Merokok

Risiko terkena stroke dapat berkurang segera setelah berhenti merokok, sebaiknya merokok dihentikan secara total, namun bila tidak memungkinkan dapat dilakukan secara bertahap dan bila perlu mencari alternatif lain sebagai pengganti rokok bagi perokok berat.

4. Penggunaan alkohol

Untuk mengurangi risiko terkena stroke berulang, pasien harus mengurangi atau berhenti sama sekali dalam mengkonsumsi alkohol. Perlunya menetapkan suatu tujuan dan mengurangi konsumsi alkohol secara bertahap dalam periode waktu yang realistis (1 minggu atau 1 bulan). Disarankan untuk tidak menyimpan alkohol dirumah serta menghindari situasi social yang tidak penting yang melibatkan alkohol.

SATUAN ACARA PEMBELAJARAN

Pokok Bahasan : Tindakan yang dapat dilakukan keluarga dalam perawatan
Sub Pokok Bahasan : Pasien dan keluarga stroke iskemik sebagai kelompok intervensi
Hari / Tanggal : -
Waktu : 30 menit
Tempat : Unit Stroke RSSN Bukittinggi

A. Tujuan Instruksional Umum (TIU)

Setelah mendapatkan pendidikan kesehatan pasien stroke iskemik dan keluarga mampu memahami cara perawatan pasien yang dapat dilakukannya untuk mencegah komplikasi.

B. Tujuan Instruksional Khusus (TIK)

Setelah mendapatkan pendidikan kesehatan pasien stroke iskemik dan keluarga mampu :

1. Menjelaskan kembali tentang cara-cara perawatan yang dapat dilakukan keluarga untuk mencegah komplikasi.
2. Menunjukkan kemampuan dalam tindakan/cara perawatan pasien selama dirawat

C. Materi Pendidikan Kesehatan

1. Personal hygiene
2. Elevasi kepala 30⁰
3. Pencegahan dekubitus (perubahan posisi tiap 2 jam)
4. Pencegahan jatuh (pengawasan ketat terhadap aktivitas pasien)
5. Pencegahan aspirasi (pengawasan saat makan/minum)
6. Memindahkan pasien

D. Metode dan Media

Metode : Ceramah dan diskusi

Media : Lembar balik dan leaflet

E. Kegiatan Pendidikan Kesehatan

No	Tahap	Waktu	Kegiatan	
			Perawat	Pasien
1	Pendahuluan	5 menit	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mengucap salam ▪ Appersepsi tentang cara perawatan ▪ Menjelaskan secara singkat tentang pokok materi ▪ Menjelaskan tujuan pendidikan kesehatan 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Menjawab salam ▪ Memperhatikan penjelasan perawat ▪ Memperhatikan penjelasan perawat ▪ Memperhatikan penjelasan perawat
2	Penyajian	15 menit	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mereview tentang komplikasi ▪ Menjelaskan tindakan yang dapat dilakukan untuk mencegah komplikasi ▪ Memberi kesempatan kepada pasien/keluarga untuk bertanya ▪ Mendemonstrasikan tindakan yang dapat dilakukan keluarga ▪ Memberi kesempatan pada pasien/keluarga untuk mengungkapkan kemampuannya dalam melakukan tindakan dalam perawatan 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Menjawab pertanyaan ▪ Memperhatikan ▪ Menanyakan materi yang belum jelas ▪ Memperhatikan ▪ Mengungkapkan kemampuannya dan memutuskan
3	Penutup	5 menit	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Memberikan evaluasi berupa pertanyaan lisan pada pasien/keluarga ▪ Menyimpulkan inti materi pendidikan kesehatan dan hasil diskusi bersama pasien/keluarga ▪ Mengucapkan salam 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Menjawab pertanyaan yang diberikan oleh perawat ▪ Memperhatikan dan ikut menyimpulkan materi ▪ Menjawab salam

F. Evaluasi

Evaluasi tercapai bila :

- Pasien/keluarga dapat mengungkapkan dengan bahasanya sendiri tentang tindakan yang dapat dilakukan dalam mencegah komplikasi.
- Pasien/keluarga dapat mendemonstrasikan tindakan/cara perawatan pasien selama dirawat.

G. Referensi

- Feigin, V., (2006). *Stroke. Panduan bergambar tentang pencegahan dan pemulihan stroke*. Jakarta ; PT Buana Ilmu Populer. Kelompok Gramedia.
- Lumbantobing, S.,M., (2007). *Stroke. Bencana Peredaran Darah di Otak*. Jakarta ; Balai Penerbit FKUI.
- Mulyasih, E., (1994), *Stroke. Petunjuk praktis bagi pengasuh dan keluarga pasien pasca stroke*. Jakarta ; Balai Penerbit FKUI.
- Rasyid, et.al., (2007). *Unit Stroke. Manajemen Stroke Secara Komprehensif*. Jakarta ; Balai Penerbit FKUI.

Lampiran Materi

CARA PERAWATAN UNTUK MENCEGAH KOMPLIKASI

1. Elevasi kepala 30⁰ (posisi kepala lebih tinggi 30 derajat)
Tujuannya untuk menjamin aliran darah yang adekuat ke otak dan aliran vena dari otak ke jantung, kecuali pada pasien dengan hipotensi (posisi datar), bila memungkinkan pasien harus segera dimobilisasi aktif ke posisi tegak, duduk dan pindah ke kursi sesuai toleransi hemodinamik dan neurologis.

2. Pencegahan dekubitus (perubahan posisi tiap 2 jam)
Pasien yang mengalami immobilisasi perlu dibalik dan diposisikan secara regular bahkan pada malam hari. Bila tidak dapat berisiko terjadinya dekubitus (luka karena tekanan) dan infeksi kulit. Bagian tubuh yang paling berisiko adalah punggung bawah, pantat, paha, tumit, siku, bahu dan tulang belikat.
Cara pencegahannya :
 - Punggung pasien harus diperiksa untuk melihat tanda-tanda dekubitus.
 - Bersihkan kulit dengan air hangat, spons minimal satu kali sehari.
 - Seprai harus selalu dipasang kencang dan bila basah harus langsung diganti.
 - Sekali sehari gunakan spons kering untuk membantali titik tekanan agar mencegah tertekannya saraf dan terbentuknya dekubitus.
 - Kulit pasien harus dijaga kering dan diberi bedak.

3. Pencegahan jatuh (pengawasan ketat terhadap aktivitas pasien)
Faktor risiko yang mempermudah pasien jatuh antara lain masalah ayunan langkah dan keseimbangan, melakukan aktivitas sehari-hari, gangguan penglihatan dan berkurangnya kekuatan tungkai bawah.
Cara-cara mengurangi risiko jatuh :
 - Berhati-hati saat bergerak dan menghindari perubahan posisi tubuh atau kepala secara terburu-buru.
 - Turun dari tempat tidur secara perlahan dan bertahap.
 - Hindari gerakan kepala yang cepat
 - Hindari menekuk kepala dalam posisi yang ekstrem
 - Asupan cairan yang mencukupi sesuai kebutuhan
 - Olahraga yang meningkatkan kekuatan tungkai bawah dan keseimbangan

4. Pencegahan aspirasi (pengawasan saat makan/minum)
Bila kesadaran pasien baik, tidak ada tersedak dan gangguan menelan, pasien dapat diberikan minum air putih dan makan oral sesuai hasil pemeriksaan dan diit yang disediakan. Untuk mencegah tersedak dan terjadinya aspirasi :

- Konsultasi mengenai konsistensi makan dan minuman yang dapat ditelan pasien dengan aman.
- Makanan harus dimakan dengan posisi duduk, jangan berbaring.
- Jangan mengajak pasien bicara saat makan.
- Saat makan dan minum pasien harus dalam pengawasan.

5. Memindahkan pasien

Segera setelah pasien mampu, harus dibantu turun dari tempat tidur dan duduk dikursi yang aman, peningkatan mobilitas harus perlahan dan bertahap. Pasien perlu terus berupaya mencapai tingkat yang lebih tinggi, untuk itu perlu motivasi kuat, kepercayaan pada proses pemulihan sangat penting.

Pasien perlu dibantu untuk turun dari tempat tidur atau berpindah dari tempat tidur ke kursi.

- Letakkan sebuah kursi yang kuat dan tidak terlalu rendah dekat tempat tidur untuk membantu pemindahan.
- Pastikan rem kursi roda harus terkunci
- Singkirkan semua keset yang dapat bergerak atau benda lain yang dapat menyebabkan pasien terpeleset dan jatuh.
- Berdirilah didepan pasien dan peluklah mereka dengan lengan melingkari punggung atau memegang tali pinggang.
- Tahanlah tungkai atau kaki yang lemah
- Minta pasien condong kedepan, kemudian angkat dan raihlah lengan kursi yang terletak paling jauh.
- Minta pasien untuk melangkah berputar atau kita berputar hingga pasien berada didepan kursi.

RISIKO STROKE PRIBADI

Faktor Risiko	Skor Faktor Risiko				Skor Saat Masuk	Skor Saat Kontrol
	0	1	2	3		
Usia (tahun)	0 – 44	45 – 64	65 – 74	>75		
Tekanan Darah Tinggi (mmHg)	Normal <120/80	Garis batas meningkat sampai hipertensi ringan (120-159/80-94)	Hipertensi sedang (160-179/95-109)	Hipertensi berat (>180/>110)		
Diabetes	GDR <140 mg/dl, puasa <100 mg/dl	GDR 140-199 mg/dl, puasa 100-125 mg/dl	GDR ≥200 mg/dl, puasa ≥ 126 mg/dl	GDR ≥200 mg/dl, puasa ≥ 126 mg/dl		
Kolesterol	Dibawah rata-rata (200mg/dl)	Rata-rata (200-239 mg/dl)	Meningkat sedang (240-300 mg/dl)	Sangat meningkat (>300 mg/dl)		
IMT (kg/m ²)	Normal (18,5-24,9)	Sedikit kelebihan BB (25-26,9)	Lumayan kelebihan BB (27-29,9)	Obeisitas (30 atau lebih)		
Riwayat stroke dalam keluarga	Tidak ada	Seorang anggota keluarga pernah terkena stroke pada usia >65 tahun	Seorang anggota keluarga pernah terkena stroke pada usia <65 tahun	Dua atau lebih anggota keluarga pernah terkena stroke		
Alkohol (gelas/hari)	Tidak berlebihan (0-2 gelas untuk pria dan 0-1 untuk wanita)	Sedikit berlebihan (3-4 gelas untuk pria dan 2 gelas untuk wanita)	Lumayan berlebihan (5-6 gelas untuk pria dan 3-4 gelas untuk wanita)	Sangat berlebihan (lebih dari 6 gelas untuk pria dan lebih dari 4 gelas untuk wanita)		
Merokok	Tidak pernah merokok atau berhenti merokok >5 th yll	Berhenti merokok <5 thn yll	Perokok-kurang dari 20 batang perhari	Perokok-20 batang atau lebih perhari		
Aktivitas fisik	Normal (aktivitas berenergi 1 jam min 3 kali/minggu)	Agak kurang (1 jam aktivitas berenergi 1-2 kali/minggu)	Lumayan kurang (<1 jam aktivitas berenergi sekali/minggu)	Aktifitas fisik sangat kecil (hampir tanpa aktifitas berenergi)		
Diet	Sesuai Anjuran Ahli Gizi = skor 0					
	Tidak sesuai Anjuran Ahli Gizi = skor 1					
Skor Total						

Penilaian Status Fungsional / *Barthel Index (BI)*

No	Item Penilaian	Nilai masuk Tgl :	Nilai keluar Tgl :
1	BAB	0 = Inkontinensia 1 = Sekali – sekali (1x/seminggu) 2 = Teratur	
2	BAK	0 = Inkontinensia, kateter 1 = Sekali-sekali (1x/hari) 2 = Teratur (> 7 hari)	
3	Berdandan	0 = Butuh bantuan 1 = Mandiri	
4	Kekamar mandi	0 = Dibantu sepenuhnya 1 = Bantuan minimal 2 = Mandiri	
5	Makan	0 = Tidak mampu 1 = Bantuan minimal 2 = Mandiri	
6	Pindah posisi	0 = Tidak mampu 1 = Butuh bantuan 1 atau 2 org 2 = Bantuan minimal 3 = Mandiri	
7	Mobilisasi	0 = Tidak bisa 1 = Mandiri dengan kursi roda 2 = Berjalan bantuan 1 orang 3 = Mandiri dgn bantuan alat	
8	Berpakaian	0 = Dibantu sepenuhnya 1 = Butuh bantuan minimal 2 = Mandiri	
9	Naik tangga	0 = Tidak bisa 1 = Butuh bantuan 2 = Mandiri naik dan turun	
10	Mandi	0 = Dibantu 1 = Mandiri	
Total Nilai			

INSTRUMENT PENGUMPULAN DATA

No. Responden :

Format Pengkajian :

a. Identitas Pasien

Nama/Initial :

Umur : < 45 thn 45 – 64 thn 65-74 thn > 75 thn

Pendidikan : SD SMP SMA PT

Suku : Minang Bukan minang

Alamat :

No. Telp :

b. Lama Hari Rawat (*Length Of Stay /LOS*)

Tanggal Masuk :

Tanggal Keluar :

Tanggal Kontrol:

c. Skor Faktor Resiko Stroke :

Waktu masuk :

Waktu Kontrol :

d. Nilai *Barthel Index* :

Waktu masuk :

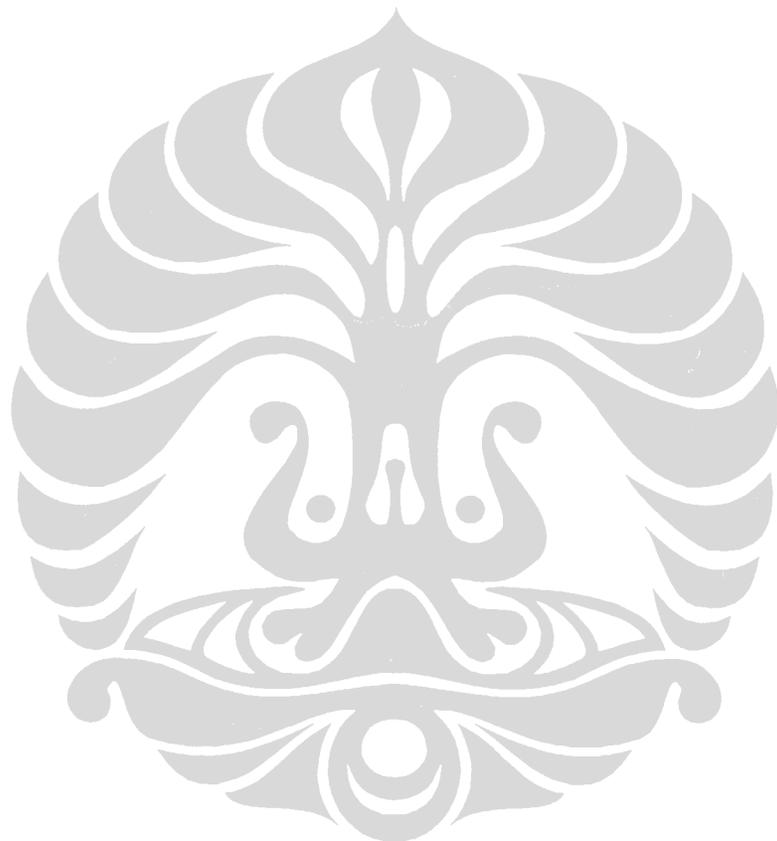
Waktu Pulang:

Jadwal Kegiatan Penelitian
Pengaruh *Discharge Planning* terstruktur pada pasien Stroke Iskemik dalam
menurunkan Faktor Risiko Kekambuhan, *Length Of Stay* dan peningkatan Status Fungsional
di Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi
Tahun 2008

No	Kegiatan																									Ket
		Februari				Maret				April				Mei				Juni				Juli				
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
1	Pembuatan Proposal/ BAB I - IV																									
2	Konsultasi																									
3	Ujian Proposal																									
4	Pengumpulan Data/ Penelitian																									
5	Pengolahan dan Analisis data																									
6	Ujian Hasil																									
7	Perbaikan draft tesis																									
8	Sidang Tesis																									
9	Perbaikan tesis																									
10	Jilid <i>Hard Cover</i>																									
11	Pengumpulan Tesis / Publikasi																									

Depok, Februari 2008

Uke Pemila



LEMBAR PERSETUJUAN PENELITIAN

Judul Penelitian :

Pengaruh *discharge planning* terstruktur pada pasien stroke iskemik dalam menurunkan faktor risiko kekambuhan dan *Length Of Stay (LOS)* di RS Stroke Nasional Bukittinggi.

Peneliti : Uke Pemila (NPM 060627461)

No. Telp yang bisa dihubungi : Hp : 08126785172

Saya telah diminta dan memberi ijin untuk berperan serta sebagai responden dalam penelitian berjudul “ Pengaruh *discharge planning* terstruktur pada pasien stroke iskemik dalam menurunkan faktor risiko kekambuhan dan *Length Of Stay (LOS)* di RS Stroke Nasional Bukittinggi “

Peneliti telah menjelaskan tentang penelitian yang akan dilaksanakan. Saya mengetahui bahwa tujuan penelitian ini adalah untuk membandingkan pemberian *discharge planning* yang diberikan secara terstruktur dengan *discharge planning* yang diberikan pada saat akan pulang.

Saya mengerti bahwa catatan mengenai penelitian ini akan dirahasiakan. Kerahasiaan ini dijamin selegal mungkin. Semua berkas yang mencantumkan identitas subjek penelitian hanya digunakan untuk keperluan pengolahan data dan bila sudah tidak digunakan akan dimusnahkan. Hanya peneliti yang mengetahui kerahasiaan data.

Saya berhak untuk menghentikan penelitian ini tanpa adanya hukuman atau kehilangan hak bila ada perlakuan yang merugikan bagi saya.

Demikianlah secara sukarela dan tidak ada unsur paksaan dari siapapun, saya bersedia berpartisipasi dalam penelitian ini.

Bukittinggi, April 2008

Nama Responden

Peneliti

()

(**Uke Pemila**)

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : **Uke Pemila**

Tempat, Tanggal lahir : Bukittinggi, 18 April 1977

Jenis Kelamin : Perempuan

Pekerjaan : Pegawai Negeri Sipil (PNS)

Alamat Rumah : Jl. Rajawali II No 18 Perumnas Kubang Putih
Bukittinggi. Sumatera Barat

Alamat Institusi : RSUD Lubuk Basung,
Jl. DR. Moh. Hatta – Padang Baru
Lubuk Basung. Kabupaten Agam

Riwayat Pendidikan : 1. Tahun 1989 Lulus SDN 22 Bukittinggi
2. Tahun 1992 Lulus SMPN 6 Bukittinggi
3. Tahun 1995 Lulus SMAN 3 Bukittinggi
4. Tahun 1998 Lulus Akper Depkes RI Padang
5. Tahun 2004 Lulus S1 Keperawatan UNAND Padang

Riwayat Pekerjaan : Tahun 1999 – 2008 Staf Perawatan RSUD Lubuk Basung
Kabupaten Agam