



UNIVERSITAS INDONESIA

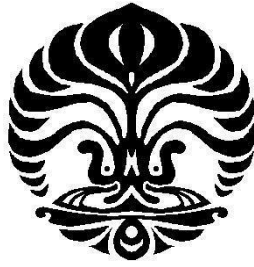
**PENGARUH *DISCHARGE PLANNING* TERSTRUKTUR
TERHADAP KUALITAS HIDUP PASIEN STROKE ISKEMIK
DI RSUD AL-IHSAN dan RS AL- ISLAM**

BANDUNG

UPIK RAHMI

NPM: 0906505174

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH
DEPOK JULI 2011**



UNIVERSITAS INDONESIA

**PENGARUH *DISCHARGE PLANNING* TERSTRUKTUR
TERHADAP KUALITAS HIDUP PASIEN STROKE ISKEMIK
Di RSUD AL-IHSAN dan RS AL- ISLAM**

BANDUNG.

TESIS

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Magister Ilmu Keperawatan**

**UPIK RAHMI
NPM: 0906505174**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH
DEPOK JULI 2011**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

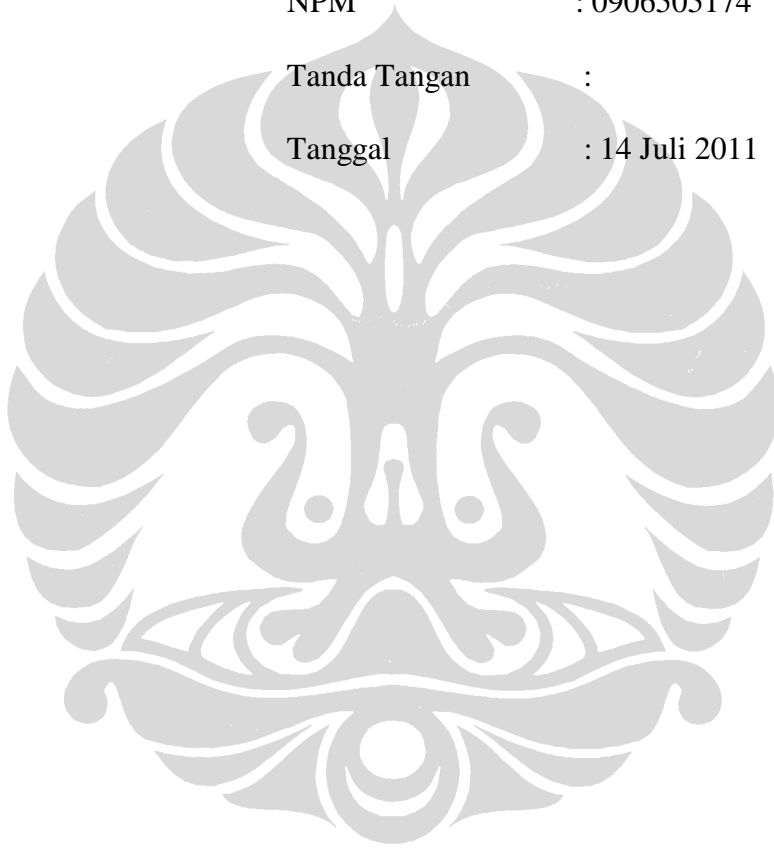
Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar

Nama : Upik Rahmi

NPM : 0906505174

Tanda Tangan :

Tanggal : 14 Juli 2011



HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :

Nama : Upik Rahmi

NPM : 0906505174

Program Studi : Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

Judul Tesis : Pengaruh *Discharge Planning* terstruktur terhadap kualitas hidup pasien stroke iskemik di RSUD Al-Ihsan dan RS Al-Islam Bandung

Telah berhasil dipertahankan dihadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan pada Program Studi Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

Pembimbing I Krisna Yetti, S.Kp.,M.App.Sc ()

Pembimbing II Dr. Tris Eryando, drs.,MA ()

Penguji Dudut Tanjung.,S.Kp.,M.Kep.,Sp.KMB ()

Penguji Kelana Kusuma Dharma.,S.Kp.,M.Kes ()

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 14 Juli 2011

KATA PENGANTAR

Puji serta syukur peneliti panjatkan kehadirat Alloh SWT, karena atas rahmat dan karunia-Nya, akhirnya peneliti dapat menyelesaikan penelitian dengan judul “ Pengaruh *Discharge Planning* terstruktur terhadap Kualitas Hidup pasien stroke iskemik di Rumah Sakit Al-Islam dan Rumah Sakit Al-Ihsan Bandung”.

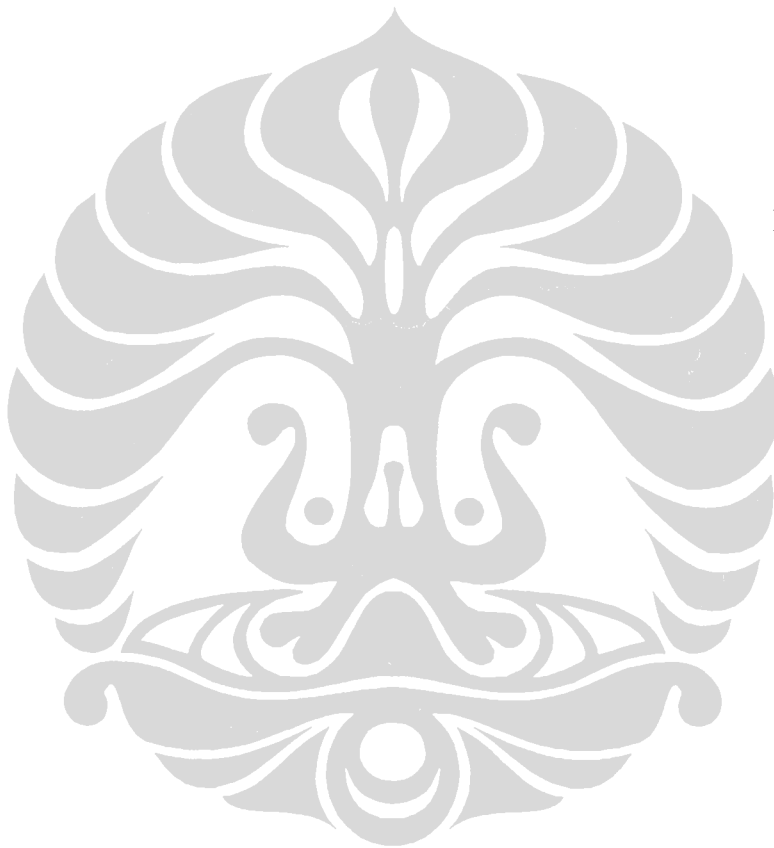
Dalam penyusunan laporan penelitian ini, peneliti banyak mendapat bimbingan dan dukungan dari berbagai pihak, oleh karena itu pada kesempatan ini peneliti mengucapkan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada :

1. Krisna Yetty, SKp.,M.App.Sc selaku Pembimbing I yang telah memberikan masukan dan arahan selama penyusunan tesis ini.
2. Dr. Tris Eryando, drs., M. A Selaku pembimbing II yang juga telah memberikan masukan dan arahan selama penyusunan tesis ini.
3. Dewi Irawaty, MA., PhD, selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
4. Astuti Yuni Nursasi.,S.Kp.,MN, selaku Ketua Program Studi Pasca Sarjana Universitas Indonesia.
5. Direktur Rumah Sakit Al-Islam Bandung yang telah memberikan kesempatan kepada peneliti untuk melakukan penelitian.
6. Direktur Rumah Sakit Al-Ihsan Bandung yang telah memberikan kesempatan kepada peneliti untuk melakukan penelitian.
7. Seluruh dosen dan staf akademik Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia .
8. Suamiku tercinta terimakasih atas do'a dan pengertiannya selama ini, restumu adalah jalan terindah bagi selesainya tesis ini.
9. Kepada Alm Ibu dan Alm Bapak terimakasih atas do'anya, semua karena ketulusan dan keikhlasan ibunda dan ayahanda.
10. Rekan-rekan mahasiswa khususnya Program Magister Keperawatan Medikal Bedah yang telah saling mendukung dan membantu selama proses pendidikan.
11. Semua pihak yang tidak bisa peneliti sebutkan satu persatu yang telah membantu dalam penyusunan tesis ini.

Semoga segala bantuan dan kebaikan, menjadi amal sholeh yang akan mendapat balasan yang lebih baik dari Allah SWT.

Selanjutnya peneliti sangat mengharapkan masukan, saran dan kritik demi perbaikan tesis ini sehingga dapat digunakan untuk pengembangan ilmu dan pelayanan keperawatan.

Depok , Juli 2011



Peneliti

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Upik Rahmi

NPM : 0906505174

Program Studi : Pascasarjana Ilmu Keperawatan

Fakultas : Ilmu Keperawatan

Jenis karya : Tesis

demikian pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*) atas karya saya yang berjudul : Pengaruh *Discharge Planning* terstruktur terhadap kualitas hidup pasien stroke iskemik di RSUD Al-Ihsan dan RS Al-Islam Bandung beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok
Pada tanggal : 11 Juli 2011

Yang Menyatakan

(Upik Rahmi)

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

Tesis, Juli 2011

Upik Rahmi

**PENGARUH *DISCHARGE PLANNING* TERSTRUKTUR TERHADAP
KUALITAS HIDUP PASIEN STROKE ISKEMIK**

xv + 71 + 15 tabel + 3 Skema + 5 Lampiran

ABSTRAK

Stroke menimbulkan gangguan neurologic sehingga menyebabkan perubahan kualitas hidup. Kualitas hidup adalah sehat fisik, mental, social dan terlepas dari penyakit. Pemulihan stroke agar tercapainya kualitas hidup yang baik dibutuhkan peran serta tenaga kesehatan. *Discharge planning* adalah mempersiapkan pasien untuk mendapatkan kontinuitas perawatan dalam proses penyembuhan maupun dalam mempertahankan derajat kesehatan. Desain penelitian *Quasy Experimental*. Bertujuan membandingkan pengaruh pemberian *discharge planning* terstruktur di RS Al-Islam dengan *discharge planning* rutin di RS Al-Ihsan Bandung terhadap kualitas hidup pasien *stroke iskemik*. Populasi adalah pasien *stroke iskemik*. Sampel secara *consecutive admission* berdasarkan estimasi proporsi sebanyak 44 orang. Instrument untuk kualitas hidup *The MOS (SF-36)*. Berisi 36 pertanyaan; Fungsi fisik, peranan fisik, rasa nyeri, kesehatan umum, fungsi social, vitalitas, kesehatan mental, peranan emosi, ringkasan fisik dan mental. Skor 0-100. Hasil uji statistic *discharge planning* terstruktur berpengaruh secara bermakna terhadap kualitas hidup pasien *stroke iskemik* setelah mempertimbangkan umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan pada nilai $p < 0,001$ nilai koefisien beta 3,008 dengan nilai Relatif Risk (RR) 20,25 yang menunjukkan pasien *stroke iskemik* yang dilakukan *discharge planning* terstruktur memiliki peluang 20 kali lebih besar untuk memiliki perubahan kearah kualitas hidup yang lebih baik dibandingkan tanpa dilakukan *discharge planning*.

Kata kunci : *Discharge Planning*; pasien *stroke iskemik*; kualitas hidup

Daftar Pustaka : 88 (1984 – 2010)

**POST-GRADUATE PROGRAM
NURSING FACULTY OF SCIENCE, UNIVERSITY OF INDONESIA**

Thesis, July 2011
Upik Rahmi

**THE EFFECT OF STRUCTURED DISCHARGE PLANNING ON CLIENT WITH
ISCHEMIC STROKE IN INFLUENCES QUALITY OF LIFE AL-IHSAN AND
AL-ISLAM HOSPITAL BANDUNG WEST JAVA**

xv + 71 + 15 tables + 3 Sceme + 5 Attachment

ABSTRACT

Stroke cause neurologic disorders that cause changes in quality of life. Quality of life is a healthy physical, mental, social, and regardless of the disease. Stroke recovery in order to achieve good quality of life required the participation of health personnel. Discharge planning is to prepare patients for continuity of care in a healing process and in maintaining health. Quasy Experimental research design. Aiming to compare the effect of discharge planning is structured in RS Al-Islam with the routine discharge planning in hospitals of Al-Ihsan Bandung to quality of life of patients with ischemic stroke. The population was patients with ischemic stroke. Samples are based on estimates of the proportion of consecutive admissions of 44 people. Instrument for quality of life of the MOS (SF-36). Contains 36 questions; physical function, physical role, pain, general health, social functioning, vitality, mental health, role emotional, physical and mental summary. Score 0-100. The results of statistical tests structured discharge planning significantly affects the quality of life of ischemic stroke patients after considering age, sex, educational level on the p-value <0.001 3.008 beta coefficient value with the value Relative Risk (RR) 20.25 indicating ischemic stroke patients who do structured discharge planning to have 20 times greater chance to have a better quality of life compared with no discharge planning done.

Key words: Discharge Planning; patients with ischemic stroke; quality of life
Bibliography: 57 (1984 - 2010)

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN SAMPUL.....	i
HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
KATA PENGANTAR	v
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS.....	vii
ABSTRAK/ABSTRACT.....	viii
DAFTAR ISI	x
DAFTAR SKEMA	xiv
DAFTAR TABEL	xv
DAFTAR LAMPIRAN	xvi
1. PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	8
1.3 Tujuan Penelitian	8
1.4 Manfaat Penelitian	9
2. TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 <i>Discharge Planning</i>	10
2.1.1 Pengertian <i>Dishcarge Planning</i>	10
2.1.2 Tujuan <i>Discharge Planning</i>	10
2.1.3 Pemberi Layanan <i>Discharge Planning</i>	11
2.1.4 Pelaksanaan <i>Discharge Planning</i>	12
2.1.5 Unsur-unsur <i>Dishcarge Planning</i>	15

2.1.6	Manfaat <i>Discharge Planning</i>	16
2.2	Kualitas Hidup	19
2.3	Strok Iskemik.....	26
2.3.1	Pengertian	26
2.3.2	Etiologi	27
2.3.3	Tanda dan Gejala	26
2.3.4	Faktor Resiko	27
2.3.5	Masalah Stroke yang mempengaruhi Kualitas Hidup.....	28
3.	KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL	
3.1	Kerangka Konsep	32
3.2	Hipotesis	33
3.3	Definisi operasional	34
4.	METODE PENELITIAN	
4.1	Desain Penelitian	35
4.2	Populasi dan Sampel	36
4.3	Tempat penelitian	37
4.4	Waktu penelitian	38
4.5	Etika Penelitian	38
4.6	Alat Pengumpul Data.....	39
4.7	Prosedur Pengumpul Data.....	39
4.8	Validitas dan Reabilitas Instrumen.....	41
4.9	Pengolahan Data.....	42
4.10	Analisis Data	42
	HASIL PENELITIAN	

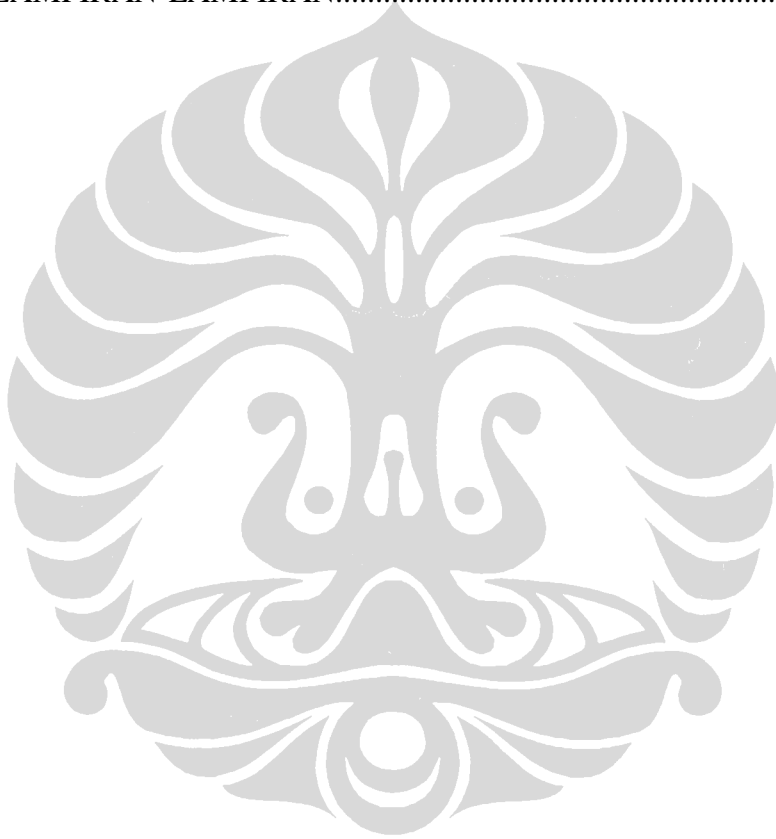
5.	5.1	Gambaran karakteristik umur, jenis kelamin dan tingkat pendidikan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol	45
	5.2	Hubungan Karakteristik umur, jenis kelamin dan tingkat pendidikan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol dengan kualitas hidup	48
	5.3	Perbandingan kualitas hidup antara sebelum dan sesudah dilakukan <i>discharge planning</i> pada kelompok intervensi	52
	5.4	Perbandingan kualitas hidup antara sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok kontrol	54
	5.5	Perbandingan perubahan kualitas hidup antara kelompok intervensi dengan <i>discharge planning</i> dan kelompok kontrol pada pasien stroke iskemik	56
	5.6	Pengaruh <i>discharge planning</i> terstruktur terhadap kualitas hidup	57
	5.7	Pengaruh <i>discharge planning</i> terstruktur terhadap kualitas hidup dengan mempertimbangkan variabel umur, jenis kelamin, dan tingkat pendidikan	59
PEMBAHASAN			
6.	6.1	Karakteristik Umur, Jenis Kelamin dan Tingkat pendidikan	61
	6.2	Hubungan Karakteristik Umur, Jenis Kelamin dan Tingkat Pendidikan dengan Kualitas hidup	63
	6.3	Pengaruh <i>discharge Planning</i> terstruktur terhadap Kualitas hidup	65
	6.4	Keterbatasan Penelitian	69
	6.5	Implikasi dalam keperawatan	70

SIMPULAN dan SARAN

7	7.1 Kesimpulan	71
	7.2 Saran	71

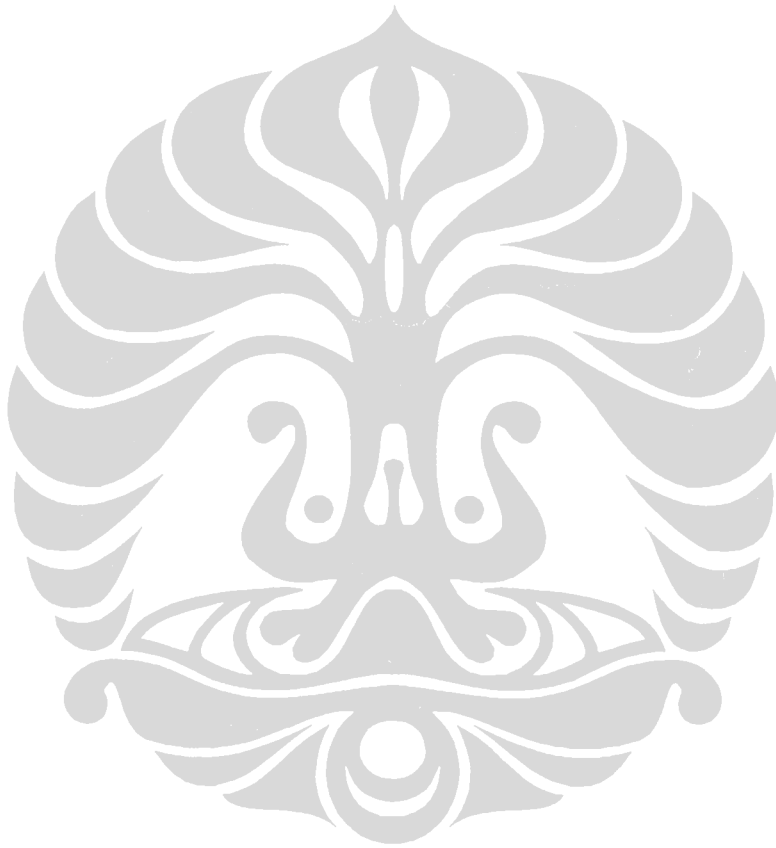
DAFTAR PUSTAKA.....

LAMPIRAN-LAMPIRAN.....



DAFTAR SKEMA

	Hal.
Skema 2.1 Model Klinik <i>Discharge Planning</i>	17
Skema 2.2 Kerangka Teori Penelitian	31
Skema 3.1 Kerangka konsep penelitian	32

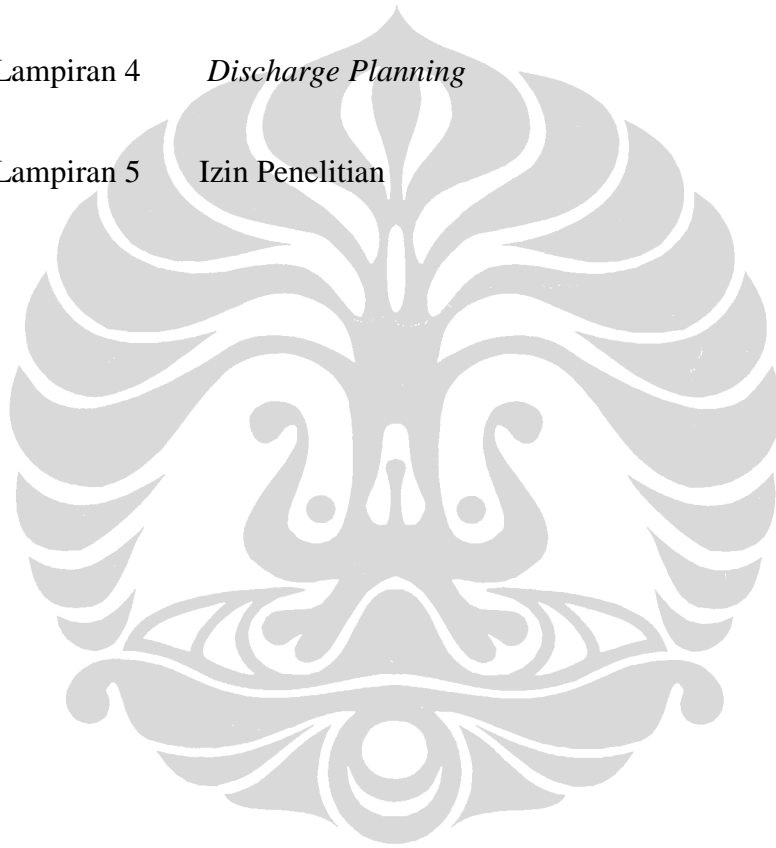


DAFTAR TABEL

Tabel 2	Pertanyaan yang mewakili 8 dimensi instrument SF-36	25
Tabel 3	Definisi operasional variabel penelitian	34
Tabel 4.1	Analisis Bivariabel Pengaruh <i>Discharge Planning</i> terstruktur terhadap kualitas hidup	43
Tabel 4.2	Analisis Bivariabel hubungan kovariabel dengan kelompok responden	43
Tabel 5.1	Distribusi Responden Berdasarkan Karakteristik Umur, pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol pada pasien stroke iskemik	45
Tabel 5.2	Distribusi Responden Berdasarkan Karakteristik Jenis Kelamin	46
Tabel 5.3	Distribusi Responden Berdasarkan Karakteristik Tingkat Pendidikan	46
Tabel 5.4	Analisis kesetaraan berdasarkan Karakteristik Umur, Jenis kelamin dan Tingkat pendidikan	47
Tabel 5.5	Uji Normalitas Variabel dengan data Numerik	49
Tabel 5.6	Hubungan Umur, Jenis Kelamin dan Tingkat Pendidikan dengan kualitas hidup pasien stroke iskemik	50
Tabel 5.7	Perbandingan kualitas hidup pasien stroke iskemik antara sebelum dan sesudah dilakukan discharge planning pada kelompok intervensi	52
Tabel 5.8	Perbandingan kualitas hidup pasien stroke iskemik antara sebelum dan sesudah dilakukan discharge planning pada kelompok kontrol	54
Tabel 5.9	Perbandingan perubahan kualitas hidup antara kelompok discharge planning dan kelompok kontrol	56
Tabel 5.10	Pengaruh discharge planning terstruktur terhadap kualitas hidup	57
Tabel 5.11	Pengaruh discharge planning terstruktur terhadap kualitas hidup dengan mempertimbangkan Umur, Jenis Kelamin dan Tingkat Pendidikan	59

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Penjelasan Penelitian
- Lampiran 2 Lembaran persetujuan responden (*inform consent*)
- Lampiran 3 Instrumen Penelitian
- Lampiran 4 *Discharge Planning*
- Lampiran 5 Izin Penelitian



DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Upik Rahmi
Jenis Kelamin : Perempuan
Tempat Tanggal Lahir: Bukittinggi, 25 Januari 1975
Kewarganegaraan : Indonesia
Agama : Islam

Alamat : Komplek Bumi Harapan Blok DD2 No. 27 Cibiru
Bandung

Riwayat Pendidikan:

Tingkat Pendidikan	Sekolah/Universitas	Tahun	Lokasi
SD	SDN Kotomarpak	1981-1987	Bukittinggi
SMP	SMPN 3 Tanjung Alam	1987-1990	Bukittinggi
SMA	SMAN IV Angkat Candung	1990-1993	Bukittinggi
S1	PSIK-UNPAD	1994-2000	Bandung

Riwayat Pekerjaan

1. Staff pengajar STIKes Bhakti Kencana Bandung (2000-2003)
2. Staff Pengajar PSIK Universitas Malahayati Lampung (2003 –2007)
3. Staff Pengajar STIKes Budi Luhur Cimahi (2007 – sekarang)

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Stroke adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan perubahan *neurologic* yang disebabkan karena terputusnya aliran darah ke otak (Black & Hawks, 2005). Stroke merupakan kehilangan fungsi otak yang diakibatkan oleh berhentinya suplai darah ke bagian otak (Smeltzer & Bare, 2008). Menurut Price & Wilson (2006) stroke merupakan gangguan sirkulasi serebral yang dapat timbul sekunder dari suatu proses patologi pada pembuluh darah serebral karena aterosklerosis (*thrombosis*), *embolisme*, hipertensi yang menimbulkan perdarahan intraserebral dan ruptur aneurisma sakular.

Stroke dibagi menjadi dua jenis yaitu stroke iskemik dan stroke hemoragik. Pada stroke iskemik, aliran darah ke otak terhenti kurang dari 24 jam (Williams & Hopper, 2003). Hampir sebagian besar penderita atau sebesar 83% penderita stroke mengalami stroke iskemik (Misbach & Kalim, 2007). 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, namun stroke iskemik lebih banyak meninggalkan gejala sisa.

Pemulihan fungsi neuron pada stroke iskemik bisa terjadi setelah 2 minggu serangan infark dan mencapai pemulihan sempurna pada minggu ke delapan (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, berbeda dengan stroke hemoragik yang menimbulkan gejala neurologik dengan cepat dan akan mengalami resolusi serta meninggalkan jaringan otak dalam kondisi utuh.

Stroke dapat menimbulkan gangguan neurologik yang bergantung pada lokasi lesi (pembuluh darah mana yang tersumbat), ukuran area yang perfusinya tidak adekuat dan jumlah aliran darah kolateral (sekunder atau aksesori). Manifestasi

klinis dari stroke diantaranya adalah kehilangan motorik, kehilangan komunikasi (*afasia, disatria*), gangguan persepsi yaitu ketidakmampuan menginterpretasikan sensasi, gangguan fungsi kognitif dan efek psikologis dimana pasien menunjukkan gejala lapang perhatian terbatas, kesulitan dalam pemahaman, pelupa dan kurang motivasi sehingga pasien mengalami frustrasi dalam perawatan penyembuhan (Smeltzer & Bare, 2008).

Kecacatan pada orang dewasa akibat stroke iskemik dapat berupa pembatasan fisik, disfungsi sosial, psikologi, yang dapat menyebabkan perubahan kondisi sehingga mempengaruhi banyak aspek kualitas kesehatan yang berhubungan dengan kehidupan atau kualitas hidup (Johnson et al, 2004). Menurut Hanger et al (2000) kecacatan yang ditimbulkan akibat stroke akan menimbulkan perubahan kehidupan individu karena penurunan fungsi sehingga menimbulkan ketergantungan.

Kualitas hidup adalah sehat fisik, mental dan sosial dan terlepas dari penyakit (Fayers & Machin, 2000) dan menurut Hellen (2007) kualitas hidup adalah persepsi individu tentang kehidupan mereka dalam konteks budaya dan nilai hidup untuk mencapai tujuan hidup. Kualitas hidup dapat juga didefinisikan sebagai perasaan seseorang untuk sejahtera dalam hidup, kemampuan untuk mengambil peran yang bermanfaat dan kemampuan untuk berpartisipasi. Kualitas hidup dalam kesehatan didefinisikan sebagai nilai yang diberikan selama hidup dan dapat berubah karena adanya penurunan nilai fungsional, persepsi, sosial yang dipengaruhi oleh cedera, penyakit dan pengobatan (Carod et al, 2009). Kualitas hidup merupakan konsep multidimensional meliputi dimensi fisik, sosial, psikologis yang berhubungan dengan penyakit dan terapi. Banyak faktor yang mempengaruhi kualitas hidup seseorang, seperti faktor kesehatan, ekonomi, lingkungan, keamanan dan lainnya, dalam bidang kesehatan yang dibicarakan adalah kualitas hidup yang terkait kesehatan (Guyatt et al, 1993).

Penilaian kualitas hidup bidang kesehatan khususnya pasien yang telah mengalami stroke bertujuan untuk mengembalikan fungsi fisik dengan pendekatan yang difokuskan kepada kemampuan individu untuk berfungsi secara fisik dalam

hal mobilitas dan aktivitas sehari-hari, pemulihan perasaan dan persepsi dan bagaimana pasien merasa tentang status kesehatannya (Yang & Kong, 2006). Pasien setelah mengalami stroke cenderung akan hidup lama dalam keadaan penurunan fungsi, biasanya mereka menderita dari perubahan peran fisik, gangguan mood, penurunan kognitif dan penurunan interaksi social (Carod et al, 2009). Jaracz & Kozubski (2003) mengatakan dari hasil penelitiannya bahwa perubahan kualitas hidup sangat jelas terlihat pada pasien setelah mengalami stroke. Hal ini dikuatkan oleh Carod et al (2000) yang mengatakan bahwa pasien setelah stroke akan terjadi perubahan fisik, gangguan mental, gangguan kognitif dan penurunan interaksi sosial. Penilaian kualitas hidup pada penderita stroke harus multidimensi, terdiri dari beberapa domain; fisik (perubahan motorik yaitu, *spastisitas, ataksia, dysarthria, disfagia*, nyeri, gangguan tidur dan (kelelahan), fungsional (mobilitas) perawatan mental (suasana hati, kognisi, kepuasan, dan persepsi diri) dan sosial (kerja, jaringan sosial dan sosial peran), dan memerlukan penilaian subyektif oleh pasien.

Hasil penelitian Exel et al (2004) mengatakan adanya hubungan yang signifikan antara status fungsional dengan kualitas hidup pada fase akut setelah stroke, pasien dengan status fungsional yang jelek cenderung mempunyai kualitas hidup yang kurang baik. Selain kapasitas fungsional, depresi yang terjadi pasca stroke juga sering memperburuk kualitas hidup pasien pasca stroke. Hachinski (1999) mengatakan bahwa depresi merupakan masalah yang sering setelah stroke dengan kejadian bervariasi dari 20% sampai 65%.

Terdapat hubungan yang kuat antara ketidakmampuan fisik, ketergantungan ADL (*Activity Daily Living*) dan kualitas hidup (Anderson, Laubscher, & Burns, 1996). Ketergantungan ADL telah terbukti berhubungan dengan fungsi fisik dan kesehatan umum (Anderson, Laubscher, & Burns, 1996; King, 1996). Anderson, Laubscher, & Burns (1996) menunjukkan bahwa perempuan setelah stroke lebih baik dalam hal fungsi sosial dan kesehatan mental dibanding laki-laki. Kualitas hidup telah terbukti menurun dengan bertambahnya usia Wyller et al, (1997) tetapi ada banyak penelitian menemukan tidak ada perbedaan antara pasien yang

lebih muda dan lebih tua (Ahlsio et al; 1984 ;Viitanen et al 1988), atau kualitas hidup meningkat dengan bertambahnya usia (Wyller et al., 1998).

Kegagalan untuk memelihara atau membangun kembali ikatan sosial, kecuali bagi mereka dengan adanya keluarga tampaknya menjadi faktor penting dari kualitas hidup rendah menurut Astrom et al (1992). Sedangkan dukungan sosial yang baik telah terbukti berhubungan dengan hasil yang lebih baik (Glass et al, 1993; Wyller et al, 1998). Dukungan keluarga saja tidak cukup, dukungan dari masyarakat juga diperlukan (Angeleri et al, 1993; Kotila et al, 1998) sehingga pasien stroke merasa diperhatikan, dicintai, dihargai dan terhormat dan siap untuk menerima bantuan dari orang lain jika diperlukan. Pekerjaan juga merupakan sumber penting kualitas hidup bagi penderita stroke yang mampu kembali bekerja (Niemi et al, 1988; King, 1996). Kepuasan kerja mungkin dianggap sebagai indikator kualitas hidup yang baik pada pasien yang kembali bekerja (Angeleri et al, 1993).

Agar tercapainya kualitas hidup yang baik setelah stroke sangat bergantung pada kualitas penatalaksanaan dan asuhannya sehingga dibutuhkan peran serta tenaga kesehatan dalam tim 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* (Almborg et al, 2009). *Discharge planning* adalah mempersiapkan pasien untuk mendapatkan kontinuitas perawatan baik dalam proses penyembuhan maupun dalam mempertahankan derajat kesehatannya sampai pasien merasa siap untuk kembali kelingkungannya dan harus dimulai sejak awal pasien datang ke pelayanan kesehatan (Cawthorn, 2005). *Discharge planning* dapat meningkatkan perkembangan kesehatan dan membantu pasien mencapai kualitas hidup optimum sebelum dipulangkan, dalam suatu penelitian meta-analisa menyatakan bahwa *discharge planning* memberikan efek yang berarti dalam menurunkan komplikasi penyakit, pencegahan kekambuhan dan menurunkan angka kematian dan morbiditas (Sheppert et al, 2004).

Tenaga pelayanan kesehatan profesional sangat berperan dalam pemulihan pasien stroke salah satunya adalah perawat. Perawatan pasien stroke membutuhkan perawat dengan pengetahuan, keterampilan dan minat untuk memberikan perawatan yang efektif dan perawatan terapeutik, dan membutuhkan pendidikan dan pelatihan dalam perawatan stroke. Pekerjaan difokuskan dalam kemitraan dengan pasien untuk pemulihan. Perawat memperhatikan kebutuhan pasien baik fisik, psikologis dan sosial perawatan. Hasil penelitian Kelly-Hayes,(2003) mengatakan *postdischarge planning* selama 6 minggu penderita stroke mengalami perubahan fisik, kognitif, dan emosional kearah yang lebih baik. Janet et al (2004) mengatakan bahwa dukungan sosial dan keluarga berperan bagi pasien stroke iskemik memperbaiki kualitas hidup pasien stroke. Pemberian *discharge planning* sangat membantu untuk meningkatkan perawatan di rumah untuk meningkatkan kualitas hidup lansia (Karen et al, 2000). Pemberian *discharge planning* pada pasien dewasa akan meningkatkan pengetahuan pasien, efektifnya perawatan di rumah sehingga mengurangi kunjungan ulang ke rumah sakit, dan mengurangi biaya perawatan (Slangenfall, 1992).

Penelitian sebelumnya telah mengungkapkan beberapa variabel yang terkait dengan kualitas hidup pasien stroke diantaranya: depresi, kelelahan, lama tinggal di rumah sakit, status fungsional dan jumlah partisipasi sosial. Namun, rentang waktu setelah terjadinya stroke iskemik sangat bervariasi dalam studi. Meskipun banyak faktor yang berkontribusi terhadap *discharge planning*, kualitas hidup jangka pendek memiliki potensi penting untuk perencanaan pulang, untuk pengetahuan kita dimana wawancara dilakukan 2 sampai 3 minggu setelah keluar dari rumah sakit dan telah diberikan *discharge planning* gejala depresi lebih sedikit, partisipasi dalam kegiatan sosial meningkat (Almborg at al, 2009). Ini didukung oleh penelitian Sommerfeld (2001) setelah 10 hari diberikan *discharge planning* pada pasien lansia yang mengalami stroke iskemik adanya peningkatan kemampuan ADL. Selain itu hasil penelitian Shyu et al (2008) mengatakan adanya perubahan yang signifikan pada perawatan pasien pada kelompok intervensi dengan *discharge planning* dibandingkan kelompok yang tidak diberikan *discharge planning* pada pasien lansia dengan stroke iskemik.

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 kerumah (Slevin, 1986).

Discharge planning yang komprehensif dan terintegrasi 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 penyakit, cara penanganan serta tahap pemulihan stroke terhadap kecacatan dan ketidakmampuan (Shyu et al, 2008).

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

Menurut data dari Yayasan Stroke Indonesia menyatakan bahwa penderita stroke di Indonesia jumlahnya terus meningkat dari tahun ke tahun. Pada tahun 2004 penelitian di sejumlah rumah sakit menemukan pasien rawat inap karena stroke jumlahnya sekitar 23.000 orang. Hasil riset kesehatan dasar (Riskesdas) tahun 2007 mendata kasus stroke di wilayah perkotaan di 33 provinsi dan 440 kabupaten mengumpulkan sebanyak 258.366 sampel rumah tangga perkotaan dan 987.205 sampel anggota rumah tangga untuk pengukuran berbagai variabel kesehatan

masyarakat dimana stroke merupakan pembunuh utama di kalangan penduduk perkotaan (Yayasan Stroke Indonesia, 2011).

Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Al-Ihsan dan Rumah Sakit (RS) Al-Islam Bandung, merupakan rumah sakit yang banyak merawat pasien stroke. Rata-rata kunjungan pasien stroke di kedua rumah sakit ini sekitar 80 pasien setiap bulan. Menurut laporan pihak rumah sakit, jumlah penderita stroke di rumah sakit ini dari tahun ke tahun selalu mengalami peningkatan.

Berdasarkan hasil studi pendahuluan dengan melakukan wawancara kepada perawat yang bekerja disana, *discharge planning* pada pasien stroke di RSUD Al-Ihsan dan RS Al-Islam Bandung hanya dilakukan untuk kelengkapan administratif catatan resume pulang pasien. Pemberian informasi yang diberikan hanya berkisar tentang informasi waktu kontrol, cara minum obat dan beberapa perubahan gaya hidup yang harus dilakukan. Informasi ini diberikan dengan sangat terbatas pada saat pasien mau pulang, bukan dikemas dalam format pendidikan kesehatan yang memadai.

Dari uraian diatas peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang “Pengaruh *Discharge planning* terstruktur terhadap kualitas hidup pasien stroke iskemik di Rumah Sakit Al-Ihsan dan Rumah Sakit Al-Islam Bandung”.

1.2 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 memerlukan waktu yang lama. Pemberian *discharge planning* ini bertujuan agar dapat mempengaruhi perilaku pasien sebagai upaya meningkatkan kualitas hidup dan serangan stroke berulang tidak terjadi.

Oleh karena itu peneliti merumuskan masalah penelitian: Apakah ada pengaruh *Discharge Planning* secara terstruktur terhadap kualitas hidup pasien stroke iskemik?.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh *Discharge planning* terstruktur terhadap kualitas hidup pada pasien stroke iskemik di Rumah Sakit Al-Ihsan dan Rumah Sakit Al-Islam Bandung”.

1.3.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus penelitian ini adalah :

- a. Mengetahui gambaran karakteristik umur, jenis kelamin, dan tingkat pendidikan
- b. Mengetahui pengaruh *discharge planning* terstruktur terhadap kualitas hidup pasien stroke iskemik.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Pelayanan Keperawatan

- a. Memberikan perubahan pada praktik keperawatan tentang pentingnya *Discharge Planning* pada pasien stroke iskemik dan diharapkan bermanfaat bagi perawat agar dapat dijadikan sebagai pedoman dalam pemberian *discharge planning* pada pasien stroke iskemik sehingga kualitas hidup pasien 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) sehingga motivasi pasien untuk sembuh lebih baik dan kualitas hidup meningkat.

1.4.2 Ilmu Keperawatan

Ikut berperan serta dalam pengembangan ilmu keperawatan medical bedah, khususnya *Discharge Planning* sebagai salah satu tindakan keperawatan mandiri.

1.4.3 Penelitian Keperawatan

Memberikan gambaran dan acuan untuk riset keperawatan selanjutnya untuk melakukan penelitian tentang pengaruh *discharge planning* terstruktur terhadap kualitas hidup, status fungsional, depresi dan ADL (*Activity Daily Living*) pada pasien stroke berdasarkan letak lesi.

BAB 2 **TINJAUAN PUSTAKA**

2.1 Discharge Planning

2.1.1 Pengertian

Discharge planning adalah suatu proses dimulainya pasien mendapatkan pelayanan kesehatan yang diikuti dengan kesinambungan perawatan baik dalam proses penyembuhan maupun dalam mempertahankan derajat kesehatannya sampai pasien merasa siap untuk kembali ke lingkungannya (Kozier, 2004). *Discharge planning* dilakukan sejak pasien diterima di suatu pelayanan kesehatan di rumah sakit dimana rentang waktu pasien untuk menginap semakin diperpendek (Sommerfeld, 2001).

Discharge planning yang efektif seharusnya mencakup pengkajian berkelanjutan untuk mendapatkan informasi yang komprehensif tentang kebutuhan pasien yang berubah-ubah, pernyataan diagnosa keperawatan, perencanaan untuk memastikan kebutuhan pasien sesuai dengan apa yang dilakukan oleh pemberi layanan kesehatan (Kozier, 2004).

2.1.2 Tujuan *Discharge Planning*

Discharge planning bertujuan untuk mengidentifikasi kebutuhan spesifik untuk mempertahankan atau mencapai fungsi maksimal setelah pulang (Capernito, 1999). Juga bertujuan membantu klien dan keluarga untuk mencapai tingkat kesehatan yang optimal, dan *discharge planning* bertujuan untuk meningkatkan kontinuitas perawatan, meningkatkan kualitas perawatan dan memaksimalkan manfaat sumber pelayanan kesehatan. *Discharge planning* dapat mengurangi hari perawatan pasien, mencegah kekambuhan, meningkatkan perkembangan kondisi kesehatan pasien dan menurunkan beban perawatan keluarga (Slaganfall, 1992).

Discharge Planning dimulai pada awal pasien dirawat yang bertujuan untuk membantu memelihara keberhasilan perawatan setelah pasien

pulang. Menurut Almborg et al (2010), pemberian *discharge planning* dapat meningkatkan kemajuan pasien, membantu pasien untuk mencapai kualitas hidup optimum sebelum dipulangkan. Ini juga terbukti oleh hasil penelitian meta-analisis oleh Phillips et al (2004) bahwa *discharge planning* secara signifikan mengurangi kunjungan ulang pasien ke rumah sakit. Oleh karena itu *Discharge planning* telah menjadi bagian penting dari perawatan (Driscoll, 2000).

The Royal Marsden Hospital (2004) menyatakan bahwa tujuan dilakukannya *discharge planning* antara lain untuk mempersiapkan pasien dan keluarga secara fisik dan psikologis di pulangkan ke rumah, menyediakan informasi tertulis dan verbal kepada pasien dan pelayanan kesehatan untuk memenuhi kebutuhan pasien dalam proses pemulangan, memfasilitasi proses perpindahan yang nyaman dengan memastikan semua fasilitas pelayanan kesehatan yang diperlukan telah dipersiapkan untuk menerima pasien, meningkatkan tahap kemandirian yang tertinggi kepada pasien dan keluarga.

2.1.3 Pemberi Layanan *Discharge planning*

Proses *discharge planning* harus dilakukan secara komprehensif dengan melibatkan multidisiplin, mencakup semua pemberi layanan kesehatan yang terlibat dalam pelayanan kesehatan kepada pasien (Perry & Potter, 2006). *Discharge planning* tidak hanya melibatkan pasien tapi juga keluarga, teman-teman, serta pemberi layanan kesehatan (The Royal Marsden Hospital, 2004).

Seseorang yang merencanakan pemulangan atau coordinator asuhan berkelanjutan (*continuing care coordinator*) adalah staf rumah sakit yang berfungsi sebagai konsultan untuk proses *discharge planning* bersamaan dengan fasilitas kesehatan, menyediakan pendidikan kesehatan, dan merencanakan, mengimplementasikan *discharge planning* (*Discharge Planning Association*, 2008).

Seorang *Discharge Planners* bertugas membuat rencana, mengkoordinasikan, memonitor dan memberikan tindakan dan proses kelanjutan perawatan. *Discharge planning* ini menempatkan perawat pada posisi yang penting dalam proses perawatan pasien dan dalam team *discharge planner* rumah sakit, pengetahuan dan kemampuan perawat dalam proses keperawatan dapat memberikan kontinuitas perawatan melalui proses *discharge planning*. Perawat dianggap sebagai seseorang yang memiliki kompetensi lebih dan punya keahlian dalam melakukan pengkajian secara akurat, mengelola dan memiliki komunikasi yang baik dan memahami setiap kondisi dalam masyarakat (Caroll & Dowling, 2007).

Beberapa hal tentang *discharge planning* mencakup; memastikan keamanan bagi pasien setelah pemulangan, memilih perawatan, bantuan atau peralatan khusus yang dibutuhkan, merancang untuk pelayanan rehabilitasi lanjut atau tindakan lainnya di rumah (misalnya kunjungan rumah oleh tim kesehatan), menentukan pemberi bantuan yang akan bekerja sebagai partner dengan pasien untuk memberikan perawatan dan bantuan di rumah, dan mengajarkan tindakan yang dibutuhkan.

2.1.4 Pelaksanaan *Discharge Planning*

Proses *discharge planning* mencakup kebutuhan fisik pasien, psikologis, sosial, budaya, dan ekonomi. Perry dan Potter (2004) membagi proses *discharge planning* atas tiga fase, yaitu akut, transisional, dan pelayanan berkelanjutan. Pada fase akut, perhatian utama berfokus pada usaha *discharge planning*. Sedangkan pada fase transisional, kebutuhan pelayanan akut selalu terlihat, tetapi tingkat urgensinya semakin berkurang dan pasien mulai dipersiapkan untuk pulang dan merencanakan kebutuhan perawatan selanjutnya. Pada fase pelayanan selanjutnya, pasien mampu untuk berpartisipasi dalam perencanaan dan pelaksanaan aktivitas

perawatan berkelanjutan yang dibutuhkan setelah pemulangan. Perry dan Potter (2004) menyusun format *discharge planning* sebagai berikut:

1. Pengkajian

- a. Sejak pasien masuk, kaji kebutuhan pemulangan pasien dengan menggunakan riwayat keperawatan, berdiskusi dengan pasien; fokus pada pengkajian berkelanjutan terhadap kesehatan fisik pasien, status fungsional, sistem pendukung sosial, sumber-sumber finansial, nilai kesehatan, latar belakang budaya dan etnis, tingkat pendidikan, serta rintangan terhadap perawatan.
- b. Kaji kebutuhan pasien dan keluarga terhadap pendidikan kesehatan berhubungan dengan bagaimana menciptakan terapi di rumah, penggunaan alat-alat medis di rumah, larangan sebagai akibat gangguan kesehatan, dan kemungkinan terjadinya komplikasi. Kaji cara pembelajaran yang lebih diminati pasien (seperti membaca, menonton video). Jika materi tertulis yang digunakan, pastikan materi tertulis yang layak tersedia. Tipe materi pendidikan yang berbeda-beda dapat mengaktifkan cara pembelajaran yang berbeda pada pasien.
- c. Kaji bersama-sama dengan pasien dan keluarga terhadap setiap faktor lingkungan di dalam rumah yang mungkin menghalangi dalam perawatan diri seperti ukuran ruangan, kebersihan jalan menuju pintu, lebar jalan, fasilitas kamar mandi, ketersediaan alat-alat yang berguna.
- d. Berkolaborasi dengan dokter dan staf pada profesi lain (seperti dokter pemberi terapi) dalam mengkaji kebutuhan untuk rujukan kepada pelayanan perawatan rumah atau fasilitas perawatan.
- e. Kaji persepsi pasien dan keluarga terhadap keberlanjutan perawatan kesehatan di rumah. Mencakup pengkajian terhadap kemampuan keluarga untuk dalam memberikan perawatan kepada pasien.
- f. Kaji penerimaan pasien terhadap masalah kesehatan.
- g. Konsultasikan dengan tim layanan kesehatan yang lain tentang kebutuhan setelah pemulangan (seperti ahli gizi, pekerja sosial, rehabilitasi, perawat pemberi perawatan kesehatan di rumah). Tentukan kebutuhan rujukan pada waktu yang berbeda.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan didasarkan pada pengkajian *discharge planning*, dikembangkan untuk mengetahui kebutuhan klien dan keluarga. Keluarga sebagai unit perawatan memberi dampak terhadap anggota keluarga yang membutuhkan perawatan.

3. Perencanaan

Hasil yang diharapkan jika seluruh prosedur telah lengkap dilakukan adalah sebagai berikut :

- a. Pasien atau keluarga mampu menjelaskan bagaimana keberlangsungan pelayanan kesehatan di rumah, penatalaksanaan atau pengobatan apa yang dibutuhkan, dan kapan mencari pengobatan akibat masalah yang timbul.
- b. Pasien mampu mendemonstrasikan aktivitas perawatan diri (atau anggota keluarga mampu melakukan perawatan).
- c. Rintangan terhadap pergerakan pasien dan ambulasi telah diubah sesuai keadaan rumah sehingga tidak membahayakan pasien.

4. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan dapat dibedakan dalam dua bagian, yaitu penatalaksanaan yang dilakukan sebelum hari pemulangan, dan penatalaksanaan yang dilakukan pada hari pemulangan.

- a. Persiapan sebelum hari pemulangan pasien; mempersiapkan pasien dan keluarga dengan memberikan informasi tentang sumber-sumber pelayanan kesehatan, setelah menentukan segala hambatan untuk belajar serta kemauan untuk belajar, mengadakan sesi pengajaran dengan pasien dan keluarga secepat mungkin selama dirawat di rumah sakit (seperti tanda dan gejala terjadinya komplikasi, kepatuhan terhadap pengobatan, kegunaan alat-alat medis, perawatan lanjutan, diet, komunikasikan respon pasien dan keluarga terhadap penyuluhan dan usulan perencanaan pulang kepada anggota tim kesehatan lain yang terlibat dalam perawatan pasien.

b. Penatalaksanaan pada hari pemulangan

Jika beberapa aktivitas berikut ini dapat dilakukan sebelum hari pemulangan, perencanaan yang dilakukan akan lebih efektif. Adapun aktivitas yang dilakukan pada hari pemulangan antara lain; biarkan pasien dan keluarga bertanya dan diskusikan isu-isu yang berhubungan dengan perawatan di rumah, periksa instruksi pemulangan dokter, terapi, atau kebutuhan akan alat-alat medis yang khusus. Persiapkan kebutuhan dalam perjalanan dan sediakan alat-alat yang dibutuhkan sebelum pasien sampai di rumah, tentukan apakah pasien dan keluarga telah dipersiapkan dalam kebutuhan transportasi menuju ke rumah, jaga privasi pasien sesuai kebutuhan.

5. Evaluasi

Pasien dan anggota keluarga menjelaskan tentang penyakit, pengobatan yang dibutuhkan, tanda-tanda fisik atau gejala yang harus dilaporkan kepada dokter, pasien atau anggota keluarga mendemonstrasikan setiap pengobatan yang akan dilanjutkan di rumah, perawat yang melakukan perawatan rumah memperhatikan keadaan rumah, mengidentifikasi rintangan yang dapat membahayakan bagi pasien, dan menganjurkan perbaikan.

2.1.5 Unsur-Unsur *Discharge Planning*

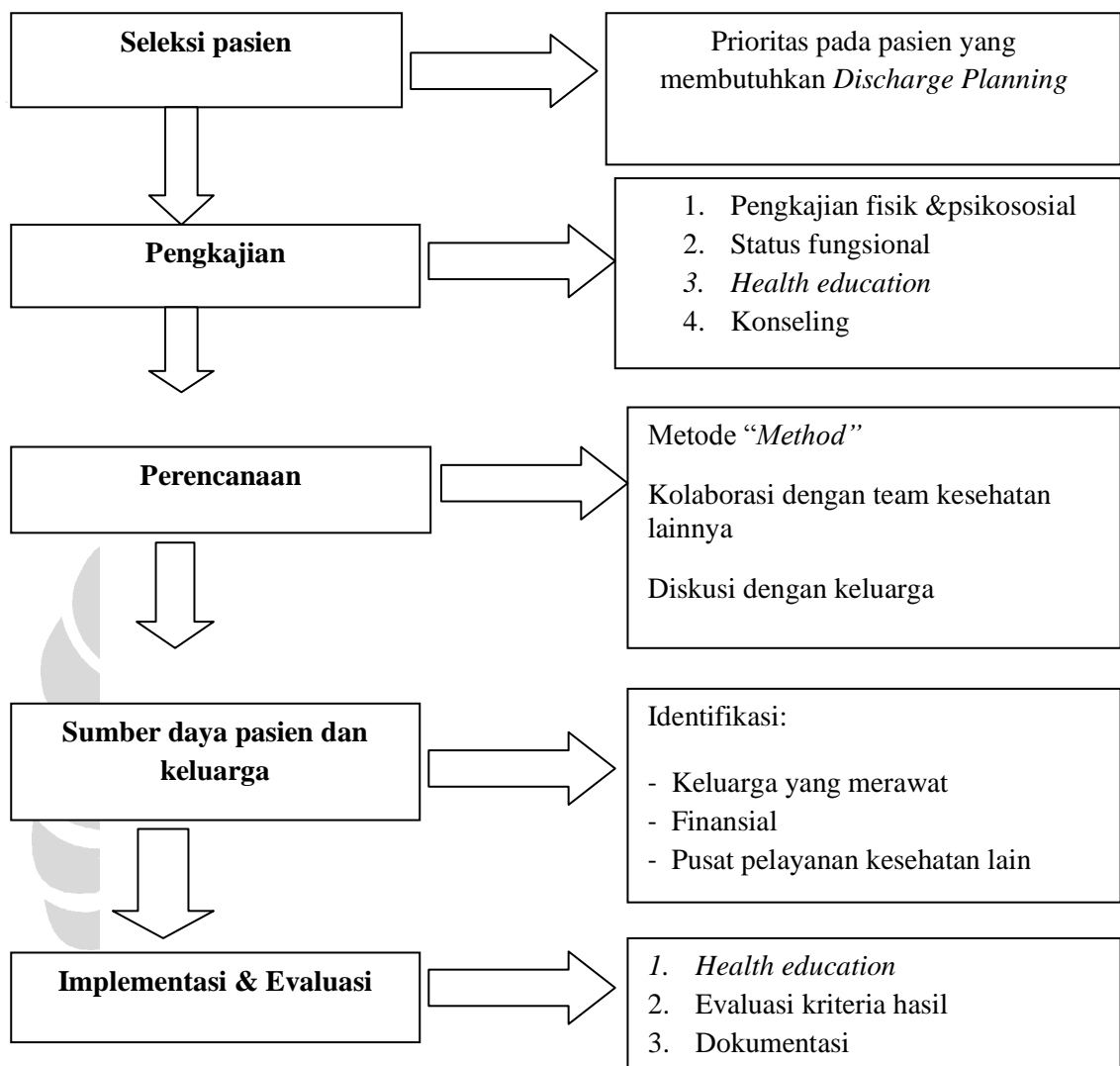
Discharge Planning Association (2008) mengatakan bahwa unsur- unsur yang harus ada pada sebuah form perencanaan pemulangan antara lain: Pengobatan di rumah (resep baru, pengobatan yang sangat dibutuhkan, dan pengobatan yang harus dihentikan), daftar nama obat (nama, dosis, frekuensi, dan efek samping) yang umum terjadi, kebutuhan akan hasil test laboratorium yang dianjurkan, dan pemeriksaan lain, dengan petunjuk bagaimana untuk memperoleh atau bilamana waktu akan diadakannya, bagaimana melakukan pilihan gaya hidup dan tentang perubahan aktivitas, latihan, diet makanan yang dianjurkan dan pembatasannya, petunjuk perawatan diri, kapan dan bagaimana perawatan atau pengobatan selanjutnya yang akan dihadapi setelah dipulangkan. Nama pemberi layanan, waktu,

tanggal, dan lokasi setiap janji untuk kontrol, apa yang harus dilakukan pada keadaan darurat dan nomor telepon yang bisa dihubungi untuk melakukan peninjauan ulang petunjuk pemulangan, mengatur perawatan lanjutan (jadwal pelayanan di rumah, perawat yang menjenguk, penolong, walker, dan lain-lain) beserta dengan nama dan nomor telepon setiap institusi yang bertanggung jawab untuk menyediakan pelayanan.

2.1.6 Manfaat *Discharge Planning*

Menurunkan jumlah kekambuhan, penurunan perawatan kembali di rumah sakit, dan kunjungan ke ruangan kedaruratan yang tidak perlu kecuali untuk beberapa diagnosa, membantu klien untuk memahami kebutuhan setelah perawatan dan biaya pengobatan, bahan pendokumentasian keperawatan. Meskipun pasien telah dipulangkan, penting bagi pasien dan keluarga mengetahui apa yang telah dilaksanakan dan bagaimana mereka dapat meneruskan untuk meningkatkan status kesehatan pasien. Selain itu, ringkasan pulang tersebut dapat disampaikan oleh perawat praktisi/perawat *home care* dan mungkin dikirim ke dokter yang terlibat untuk dimasukkan dalam catatan institusi untuk meningkatkan kesinambungan perawatan dengan kerja yang kontinu ke arah tujuan dan pemantauan kebutuhan yang berubah (Doengoes, Moorhouse & Murr, 2007).

Model *discharge planning* yang digunakan menurut Slevin (1986) dilakukan melalui 5 tahap model klinis yang digunakan dalam proses keperawatan seperti bagan dibawah ini:

Skema 2.1 Model klinik *Discharge Planning* oleh Slevin (1986)

5 tahap model klinik *discharge planning* tersebut adalah :

a. Seleksi pasien

Tahap ini meliputi identifikasi pasien yang membutuhkan *discharge planning*. Identifikasi termasuk kedalam diagnosa penyakit, sosial, ekonomi dan situasi lingkungan atau faktor yang berpengaruh terhadap pengobatan dan manajemen asuhan keperawatan. Pelaksanaan *discharge planning* lebih diprioritaskan bagi pasien yang mempunyai risiko lebih tinggi memiliki kebutuhan akan pelayanan khusus seperti; kurang pengetahuan tentang rencana pengobatan,

penatalaksanaan perawatan di rumah yang kompleks, *multiple diagnosis* dan risiko kematian yang tinggi, keterbatasan mobilitas fisik, keterbatasan kemampuan merawat diri, penurunan status kognisi, risiko terjadinya cedera, penyakit kronis, antisipasi perawatan jangka panjang; stroke, pasien DM baru, TBC (*Tuberculosis*) paru.

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.

a. Pengkajian

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

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 (Slevin, 1986).

c. Implementasi dan Evaluasi

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.

2.2 Kualitas Hidup

Kualitas hidup didefinisikan dengan cara yang berbeda oleh para peneliti. Hal ini karena istilah tersebut merupakan istilah multi disipliner tidak hanya digunakan dalam pembicaraan sehari-hari, tetapi dalam konteks penelitian dihubungkan

dengan berbagai macam bidang khusus seperti sosiologi, ilmu kedokteran, keperawatan dan psikologi. Selain itu adanya perbedaan etnik, budaya dan agama juga dapat mempengaruhi kualitas hidup. Oleh karena adanya perbedaan disiplin ilmu dan perspektif yang berbeda maka kualitas hidup sulit didefinisikan secara pasti.

Fayers & Machim (2000) kualitas hidup adalah sehat fisik, mental dan sosial dan terlepas dari penyakit. Hellen (2007) kualitas hidup adalah persepsi individu tentang kehidupan mereka dalam konteks budaya dan nilai hidup untuk mencapai tujuan hidup. Kualitas hidup dapat juga didefinisikan sebagai perasaan seseorang untuk sejahtera dalam hidup, kemampuan untuk mengambil peran yang bermanfaat dan kemampuan untuk berpartisipasi. Kualitas hidup dalam kesehatan didefinisikan sebagai nilai yang diberikan selama hidup dan dapat berubah karena adanya penurunan nilai fungsional, persepsi, sosial yang dipengaruhi oleh cedera, penyakit, dan pengobatan (Carod et al, 2009). Kualitas hidup mengacu pada beragam persepsi pasien dan pengalaman penyakit yang merupakan tujuan utama dalam pemulihan.

Menurut Farquhar (1995) ada tiga jenis utama definisi dari kualitas hidup, yang pertama definisi global, yang kedua definisi komponen, yang ketiga adalah definisi terfokus. Definisi global biasanya berisikan pemikiran dalam kepuasan atau ketidakpuasan, kebahagiaan dan kesedihan, kesejahteraan, evaluasi diri, dari pengalaman hidup dan pencapaian kepuasan secara fisik dan sosial. Definisi komponen adalah sesuatu hal yang menurunkan kualitas hidup dalam suatu komponen atau dimensi, atau mengetahui karakteristik kualitas hidup tertentu yang perlu dievaluasi. Definisi terfokus adalah hanya satu atau sebagian kecil komponen dari kemampuan kesehatan atau fungsional. Peneliti lain memandang kualitas hidup sebagai hal multidimensional yang mencakup persepsi baik aspek positif maupun aspek negatif dari fungsi fisik, emosional, sosial dan mental (King, 1996). Demikian pula menurut Ferrans dan Power (1993) kualitas hidup dipadukan sebagai suatu multi dimensial yang terdiri dari empat bidang kehidupan utama yaitu kesehatan dan fungsi, sosial dan ekonomi, psikologi atau spiritual dan keluarga. Menurut Ware & Sheirbourne (1992) mengemukakan kualitas hidup

sebagai kemampuan fungsional akibat penyakit dan pengobatan yang diberikan menurut pandangan atau perasaan pasien. Menurut De Haan & Faranson (2002), kualitas hidup berbeda dengan status fungsional, dalam hal kualitas hidup mencakup evaluasi subyektif tentang dampak dari penyakit dan pengobatannya dalam hubungannya dengan tujuan, nilai dan pengharapan seseorang, sedangkan status fungsional memberikan suatu penilaian obyektif dari kemampuan fisik dan emosional pasien.

Walaupun peneliti sebelumnya mempunyai pandangan yang berbeda dalam menetapkan kualitas hidup tetapi umumnya bahwa kualitas hidup adalah suatu paduan multi dimensial. Kualitas hidup ditetapkan sebagai suatu persepsi individual dari posisi seseorang dalam kehidupan yang mempunyai budaya dan sistem nilai dimana orang itu tinggal, berkaitan dengan tujuan, harapan standar dan perhatian. Persepsi tersebut meliputi kesehatan fisik seseorang, psikologis, tingkat kebebasan, hubungan sosial, dan hubungan mereka dengan lingkungan. (Testa & Simonson, 1996). Pada dasarnya terdapat tiga hal yang berperan menentukan kualitas hidup yaitu mobilitas, rasa nyeri dan kejiwaan, depresi/cemas. Ketiga faktor tersebut dapat diukur secara obyektif dan dinyatakan sebagai status kesehatan. Faktor lainnya yang berperan, yaitu persepsi seseorang terhadap kualitas hidupnya. Kesulitannya adalah mengukur persepsi tersebut, karena merupakan perasaan subyektif seseorang. Untuk dapat diukur secara obyektif, maka perasaan subyektif harus dikonversi menjadi suatu nilai. Sehingga untuk mengukur kualitas hidup terkait kesehatan yang diukur adalah persepsi seseorang terhadap kualitas hidupnya (Guyat et al, 1993)

Faktor yang mempengaruhi kualitas hidup sangat banyak, seperti keuangan, kesehatan, keamanan, keadaan lingkungan dan lain-lain. Faktor-faktor tersebut saling terkait satu sama lain. Walaupun seseorang mempunyai keuangan yang cukup belum tentu mempunyai kualitas hidup yang baik, jika orang tersebut menderita penyakit kronik begitu juga sebaliknya. Banyak faktor yang mempengaruhi kualitas hidup, sehingga dalam bidang kesehatan yang dibicarakan adalah kualitas hidup yang terkait kesehatan (Guyat et al, 1993).

Konsep kualitas hidup baru mulai berkembangnya beberapa dekade belakangan ini. Penelitian tentang kualitas hidup berkembang pesat dimana adanya peningkatan penelitian kualitas hidup dari tahun 1980-1997 dari 0,6% menjadi 4,2% dari seluruh penelitian (Garratt et al, 2002).

Faktor lain yang menjadi alasan pentingnya kualitas hidup adalah adanya perbedaan kemampuan adaptasi seseorang terhadap penyakit. Misalnya pada kasus seseorang dengan penyakit sendi yang sama, keterbatasan gerak sendi yang sama dan derajat nyeri yang sama, dapat memberikan status fungsional dan status emosional yang berbeda. Sehingga pada kasus seperti ini, seorang pasien masih dapat bekerja sedangkan pasien lain sudah berhenti bekerja (Guyatt et al.,1993).

Kualitas hidup terkait kesehatan dapat diukur dengan menggunakan instrument yang berisikan faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup seperti yang sudah disebutkan diatas, yaitu mobilitas, rasa nyeri, gangguan depresi/cemas dan ungkapan/persepsi seseorang tentang kualitas hidupnya dalam suatu angka/skala. Untuk menetapkan kualitas hidup pasien stroke kita harus memilih instrument yang sesuai. Usulan yang dikemukakan oleh De Haan & Farransen (2002) diantaranya harus jelas antara konsep kualitas hidup dalam hubungannya dengan *Internasional classification of impairment, disabilities, and handicaps* (ICIDH) dari WHO.

Mengukur kualitas hidup digunakan untuk untuk mengevaluasi intervensi keperawatan terapeutik. Instrumen kualitas hidup dapat dibagi ke dalam skala umum dan penyakit-spesifik. Tidak ada instrumen khusus pada pasien stroke untuk mengevaluasi kualitas hidup saat ini (Williams, 1998). Walaupun stroke merupakan masalah utama, metode terbaik untuk mengukur hasil stroke tidak jelas, sebagian disebabkan oleh heterogenitas tanda-tanda dan gejala stroke (Williams, 1998). Kualitas hidup sebagian besar dinilai oleh instrumen tergantung pada laporan diri. Metode pengumpulan data sangat tidak cocok untuk pasien dengan kognitif atau komunikatif (De Haan & Faranson, 1993; Sneeuw et al,

1997). Pemilihan ukuran kualitas hidup harus didasarkan pada atribut psikometri, yang termasuk kelayakan, validitas, reliabilitas, dan kepekaan terhadap perubahan (Dorman et al, 1998). Penelitian outcome pasien stroke memerlukan skala kualitas hidup yang spesifik yang memfokuskan pada masalah spesifik pasien stroke. Instrument harus dapat membedakan efek akibat stroke dengan akibat bertambahnya usia.

Secara umum terdapat 5 bidang (*domains*) yang dipakai untuk mengukur kualitas hidup berdasarkan kuesioner yang dikembangkan oleh WHO (*World Health Organization*), bidang tersebut adalah kesehatan fisik, kesehatan psikologik, keleluasaan aktivitas, hubungan sosial dan lingkungan, sedangkan secara rinci bidang-bidang yang termasuk kualitas hidup adalah sbb; Kesehatan fisik (*physical health*); kesehatan umum, nyeri, energi dan vitalitas, aktivitas seksual, tidur dan istirahat, Kesehatan psikologis (*psychological health*); cara berpikir, belajar, memori dan konsentrasi, tingkat aktivitas (*level of independence*); mobilitas, aktivitas sehari-hari, komunikasi, kemampuan kerja, Hubungan sosial (*social relationship*); hubungan sosial, dukungan sosial, Lingkungan (*environment*), keamanan, lingkungan rumah, kepuasan kerja (Herman, 1993).

Menurut Ware dan Sherbourne (1992) kualitas hidup dapat diukur dengan menggunakan instrumen pengukuran kualitas hidup yang telah diuji dengan baik. Dalam mengukur kualitas hidup yang berhubungan dengan kesehatan semua domain akan diukur dalam dua dimensi yaitu penilaian obyektif dari fungsional atau status kesehatan dan persepsi sehat yang lebih subyektif. Walaupun dimensi obyektif penting untuk menentukan derajat kesehatan, tetapi persepsi subyektif dan harapan membuat penilaian obyektif menjadi kualitas hidup yang sesungguhnya. Suatu instrument pengukuran kualitas hidup yang baik perlu memiliki konsep, cakupan, reliabilitas, validitas dan sensitivitas yang baik pula.

Secara garis besar instrumen untuk mengukur kualitas hidup dapat dibagi menjadi dua macam, yaitu instrumen umum (*generic scale*) dan instrumen khusus (*specific scale*). Instrumen umum ialah instrumen yang dipakai untuk mengukur kualitas

hidup secara umum pada penderita dengan penyakit kronik. Instrumen ini digunakan untuk menilai secara umum mengenai kemampuan fungsional, ketidakmampuan dan kekuatiran yang timbul akibat penyakit yang diderita. Salah satu contoh instrumen umum adalah *the Medical Outcome Study (MOS) 36-item short-form Health Survey (SF-36)*. Sedangkan instrumen khusus adalah instrumen yang dipakai untuk mengukur sesuatu yang khusus dari penyakit, populasi tertentu (misalnya pada orang tua) atau fungsi yang khusus (misalnya fungsi emosional), contohnya adalah "*The Washington Psychosocial Seizure Inventory*" (*WPSI*).

Pada penelitian ini salah satu instrument yang digunakan untuk mengukur kualitas hidup pasien stroke adalah dengan *The MOS (SF - 36)*. *SF-36* dikembangkan oleh Fayers & Machim (2000) merupakan instrumen generik (dapat dipergunakan untuk bermacam penyakit maupun usia) yang telah dipergunakan secara luas untuk mengukur kualitas hidup terkait kesehatan (Harmaini, 2006) dan telah dialih bahasakan ke dalam bahasa Indonesia. Validitasnya telah dibuktikan pada populasi umum dan beberapa grup pasien yang bervariasi (De Haan & Faranson, 2002). Instrumen *SF-36* ini dapat digunakan oleh subjek wanita maupun pria. Subjek yang dapat menggunakan kuesioner ini harus berusia di atas 14 tahun (AHOC, 2005). Instrumen *SF-36* merupakan suatu isian berisi 36 pertanyaan yang disusun untuk melakukan survey terhadap status kesehatan yang terbagi dalam; pembatasan aktifitas fisik karena masalah kesehatan yang ada, pembatasan aktifitas sosial karena masalah fisik dan emosi, pembatasan aktifitas sehari-hari karena masalah fisik, nyeri seluruh badan, kesehatan mental secara umum, pembatasan aktifitas sehari-hari karena masalah emosi, vitalitas hidup, pandangan kesehatan secara umum. Pertanyaan yang terdapat pada *SF-36* adalah tentang persepsi pasien secara umum tentang kesehatannya, kemudian pasien akan mengatakan tentang kesehatannya adalah; sempurna, sangat baik, baik, kurang, sangat kurang. Kemudian pertanyaan pada instrument ini adalah membandingkan kesehatan pasien saat ini dengan 4 minggu yang lalu.

Demet et al (2008) mengatakan *SF-36* merupakan instrument yang tepat digunakan pada pasien stroke. Hal ini didukung juga oleh penelitian Shinohara

(2010) faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup pasien stroke iskemik dengan menggunakan instrument SF-36. Ronning (2006) juga menggunakan instrument SF 36 untuk penelitian perbedaan kualitas hidup 1 sampai 6 bulan setelah stroke iskemik. Owolabi (2009) mengatakan bahwa instrument *SF-36* lebih valid digunakan pada pasien setelah mengalami stroke, karena pada instrument ini menilai bagaimana pasien beradaptasi, kognitif, spiritual setelah serangan stroke.

Dorman et al (1999) membandingkan reliabilitas *The Short-Form 36 (SF-36)* dengan *EuroQol (5D)*. Sebanyak 1125 pasien stroke diukur kualitas hidupnya dengan EuroQol dan 1128 pasien diukur dengan kuesioner *SF-36*. Dari jumlah tersebut diambil secara acak (*EuroQol*: 271 pasien dan *SF-36*: 253 pasien) dalam selang waktu 3 minggu kemudian untuk mengisi lagi daftar instrumen yang sama. Hasil yang didapat untuk *Euro Qol* reliabilitasnya (α antara 0,63-0,80), interval kepercayaan 95%) dan pada *SF-36* untuk masing-masing bidang secara kualitatif didapatkan hasil yang serupa kecuali kesehatan mental (Koefisien korelasi intra kelas = 0.28). Penggunaan kedua instrumen ini layak untuk pengukuran kualitas hidup pasien stroke.

Instrumen *SF-36* mengenai kualitas hidup terbagi dalam 8 dimensi. Terdiri dari dimensi fungsi fisik (10 butir pertanyaan), peranan fisik (4 butir), rasa nyeri (2 butir), kesehatan umum (5 butir), fungsi sosial (2 butir), vitalitas/energy (4 butir), peranan emosi (3 butir) dan kesehatan mental (5 butir). Ditambah dengan 2 komponen ringkasan fisik dan ringkasan mental. Delapan dimensi tersebut dapat dikumpulkan menjadi empat dimensi menurut De Haan et al (1993) sebagai berikut; dimensi fisik (dimensi merujuk pada gejala-gejala yang terkait penyakit, dimensi fungsional (dimensi ini terdiri dari perawatan diri, mobilitas, serta level aktivitas fisik seperti kapasitas untuk dapat berperan dalam kehidupan keluarga maupun pekerjaan), dimensi psikologis (meliputi fungsi kognitif, status emosi, serta persepsi terhadap kesehatan, kepuasan hidup, serta kebahagiaan, dimensi sosial (meliputi penilaian aspek kontak dan interaksi sosial secara kualitatif maupun kuantitatif). Penilaian untuk Skoring pada SF-36 berkisar antara 0-100,

dimana semakin tinggi skor menunjukkan semakin baiknya kualitas hidup terkait kesehatan pasien (Brazier, Jines & Kind, 1993). Untuk pertanyaan yang Mewakili 8 Dimensi Kuesioner *SF-36* (RAND, 2009) dapat dilihat pada Tabel 2.

Tabel 2. Pertanyaan yang Mewakili 8 Dimensi *Medical Outcome Study Short Form-36 MOS SF-36* (RAND, 2009)

Komponen Kualitas Hidup SF-36	Jumlah Item	No. Pertanyaan
Fungsi Fisik	10	3a, 3b, 3c, 3d, 3e, 3f, 3g, 3h, 3i, 3j
Peranan Fisik	4	4a, 4b, 4c, 4d
Rasa Nyeri	2	7,8
Kesehatan Umum	5	1, 11a, 11b, 11c, 11d
Fungsi Sosial	2	6, 10
Vitalitas/Energi	4	9a, 9e, 9g, 9i
Kesehatan Mental	5	9b, 9c, 9d, 9f, 9h
Peranan Emosi	3	5a, 5b, 5c
Riwayat Fisik dan Mental	1	2

2.3 Stroke Iskemik

2.3.1 Pengertian

Stroke adalah suatu keadaan terhentinya aliran darah ke otak akibat gangguan fungsi otak secara fokal atau global dengan gejala yang berlangsung kurang 24 jam (Williams & Hopper, 2003).

2.3.2 Etiologi

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. 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.

2.3.3 Tanda dan gejala

Stroke dapat menyebabkan berbagai gangguan neurologi, tergantung pada lokasi lesi (pembuluh darah mana yang tersumbat), ukuran area yang perfusinya kurang dan jumlah aliran darah kolateral. Gambaran klinik utama dikaitkan dengan insufisiensi aliran darah ke otak dapat dihubungkan dengan tanda-tanda dan gejala-gejala di bawah ini, (Black & Hawks, 2005) :

- a. Vertebro basilaris (sirkulasi posterior, manifestasi biasanya bilateral); Kelemahan salah satu dari empat anggota tubuh, Peningkatan refleks tendon, *ataksia*, tanda babinski bilateral, tanda-tanda sereblar, *disfagia*, *disartria*, *sincope*, *stupor*, koma, pusing, gangguan ingatan, gangguan penglihatan (*diplopia*, *nistagmus*, *ptosis*, *paralisis* gerakan satu mata), muka terasa baal.
- b. Arteri karotis interna (sirkulasi anterior, gejala-gejalanya biasanya unilateral). Lokasi lesi yang paling sering biasanya pada bifurkasio arteri karotis komunis menjadi arteri karotis interna dan karotis eksterna. Dapat berbagai sindroma, polanya tergantung dari jumlah sirkulasi kolateral; kebutaan monokular, disebabkan karena insufisiensi aliran darah arteri ke retina, terasa baal pada ekstremitas atas, dan mungkin juga menyerang wajah. Hal ini disebabkan karena insufisiensi diantara arteri serebri anterior dan serebri media. Kalau terjadi pada hemisfer yang dominan maka akan timbul gejala-gejala afasia ekspresif.
- c. Arteri serebri anterior, gejala yang paling primer adalah kebingungan; rasa kontralateral lebih besar pada tungkai. Lengan bagian proksimal mungkin ikut terserang. Timbul gerakan volunter pada tungkai terganggu, gangguan sensori kontra lateral, dimensia, reflek mencekram dan reflekspatologis (*disfungsi lobus frontalis*), arteri serebri posterior (dalam lobus otak tengah atau talamus); (koma, hemiparesis kontralateral, *afasia visual* atau buta kata (*aleksia*), kelumpuhan saraf kranial ketiga -hemianopsia, koreo-athetosis, arteri serebri media; mono paresis atau *hemiparesis kontralateral* (biasanya mengenai lengan), kadang-kadang hemianopsia kontralateral (kebutaan),

afasia global (kalau hemisfer dominan yang terkena) gangguan semua fungsi yang ada hubungannya dengan percakapan dan komunikasi, disfasia.

2.3.4 Faktor Risiko

Pada umumnya *stroke iskemik* terjadi akibat berbagai sebab yang disebut faktor risiko. Faktor risiko ada yang dapat diubah melalui terapi atau perubahan gaya hidup tetapi ada juga yang tidak dapat diubah. Faktor risiko yang tidak dapat diubah antara lain: hipertensi, kolesterol darah yang tinggi, aterosklerosis, penyakit jantung, diabetes, jenis kelamin, penuaan, aneurisma dan lain-lain. Jenis kelamin dan umur merupakan faktor risiko stroke yang akan didalami pada penelitian ini. Pria usia kurang dari 65 tahun memiliki risiko terserang stroke iskemik atau perdarahan intra serebrum 20 % lebih tinggi daripada wanita. Wanita usia berapapun memiliki risiko perdarahan subarachnoid lebih tinggi 50 % dibanding pria. Pada usia dewasa muda tidak ada perbedaan risiko stroke antara pria dan wanita (Feigin, 2006.). Risiko terserang stroke meningkat sejak usia 45 tahun. Setiap penambahan satu tahun usia setelah usia 50 tahun, risiko stroke meningkat sebesar 11-20 %. Pada usia di atas 65 tahun risiko tertinggi terserang stroke, tetapi 25 % stroke terjadi pada usia dibawah 65 tahun, 4 % stroke terjadi pada usia antara 15 – 40 tahun. Waktu yang dibutuhkan untuk proses pemulihan bergantung pada jenis stroke. Karena perbedaan dalam jumlah jaringan otak yang rusak, peluang pemulihan fungsional biasanya lebih besar pada mereka yang mengalami stroke perdarahan intra cerebrum atau sub arachnoid dibanding mereka yang mengalami stroke iskemik (Feigin, 2006).

2.3.5 Masalah Stroke Yang Mempengaruhi Kualitas Hidup

Beberapa masalah yang dialami pasien stroke dapat sangat mempengaruhi kualitas hidupnya. Yang akan dibahas disini antara lain adalah:

a. Nyeri

Nyeri merupakan keluhan yang paling sering dikemukakan oleh pasien stroke. Berbagai penyebab nyeri yang timbul antara lain; nyeri bahu, nyeri akibat spastisitas.

Nyeri bahu merupakan masalah yang sering terjadi pada pasien stroke. Komplikasi ini disebabkan oleh peregangan dan peradangan sendi bahu yang melemah, dan sangat sering pada pasien dengan tungkai atas atau bawah yang lemah, atau mereka yang memiliki riwayat gangguan tungkai atas, diabetes melitus, dan tinggal sendiri di rumah. Seperti pada banyak komplikasi stroke lain, nyeri bahu jauh lebih mudah dicegah daripada diobati. Pada kenyataannya, sekali terbentuk, nyeri ini cenderung menetap, sering kali semakin buruk, terutama jika tidak terapi dengan benar, dan dapat menyebabkan cacat yang signifikan.

Tindakan pencegahan terbaik adalah penempatan posisi dan reposisi di tempat tidur menopang lengan yang lemah (lumpuh) dengan bantal atau sandaran tangan jika mungkin; menghindari peregangan sendi bahu, terutama oleh tarikan pada lengan lemah; dan menopang lengan yang lemah dengan lengan yang normal atau dengan menggunakan perban saat berjalan sehingga lengan tersebut tidak terkulai ke bawah (Smeltzer & Bare, 2008).

b. Kesulitan Mobilitas

Mobilitas merupakan tujuan utama perawatan penderita stroke, karena kelumpuhan membuat mereka tidak berdaya. Kasus paralisis ekstremitas patut mendapatkan perhatian khusus. Perawatan harus ditekankan untuk melihat pasien tidak berada diatas kaki dengan terlalu lama dan adanya sirkulasi pada bagian tertentu yang terhambat. Untuk mencegah kontraktur perawat yakin bahwa pasien dalam posisi yang benar dan sendi2 digerakkan dengan aktif atau pasif melalui latihan rentang gerak beberapa kali setiap hari.

Pasien dengan gangguan neurologis mempunyai resiko kontraktur: berbaring ditempat tidur menyebabkan kaki dalam keadaan jatuh dengan plantar dalam keadaan fleksi dan pinggul serta lutut menjadi fleksi. Jaringan fibrosa menjadi kaku didalam otot dan spastisitas yang nyeri memperberat masalah. Kunci dalam mencegah nyeri tipe ini yaitu dengan posisi pasien yang benar dan menggunakan latihan rentang gerak yang

sesuai untuk setiap sendi beberapa kali dalam satu hari. Mendukung pasien untuk berpartisipasi dalam perawatan diri. Kelemahan otot merupakan akibat dari lesi korteks, batang otak, medulla spinalis, ujung sel anterior, saraf perifer, penghubung saraf otonom. Terapi bertujuan untuk peningkatan kekuatan otot (Smeltzer & Bare, 2008).

c. Perawatan diri

Gangguan fungsi neuromuskular dapat mempengaruhi aktivitas perawatan diri. Pasien yang mengalami stroke akan mengalami gangguan dalam aktivitas hidup sehari-hari. Perawat bekerjasama dengan anggota tim rehabilitasi lainnya, mengevaluasi rentang gerak pasien, sensasi, kekuatan otot, ketahanan, dan koordinasi dan juga kemampuan belajar. Pasien diajarkan agar terampil dalam merawat diri (Smeltzer & Bare, 2008).

d. Fungsi Sosial

Kembali bekerja adalah hasil yang penting bagi pasien stroke dan merupakan manifestasi reintegrasi kedalam kehidupan sosial mereka. Aktivitas dalam mengisi waktu luang lebih penting dari bekerja. Pembatasan dalam aktivitas untuk mengisi waktu luang mungkin akibat adanya kegagalan fisik atau gangguan kognitif, tetapi dapat juga disebabkan oleh factor psikologis, atau bahkan karena ketakutan bahwa aktivitas akan memicu stroke ulang. Berkurangnya aktivitas waktu luang akan menyebabkan isolasi sosial, perubahan afek/mood, dan berpengaruh buruk terhadap hubungan antar pasien dengan keluarga atau perawatnya. Oleh karena itu perlunya konseling yang baik antara pasien dan keluarga untuk tetap dapat mengisi waktu luang dengan aktivitas dan kontak sosial.

e. Masalah Psikologis: Kecemasan/depresi

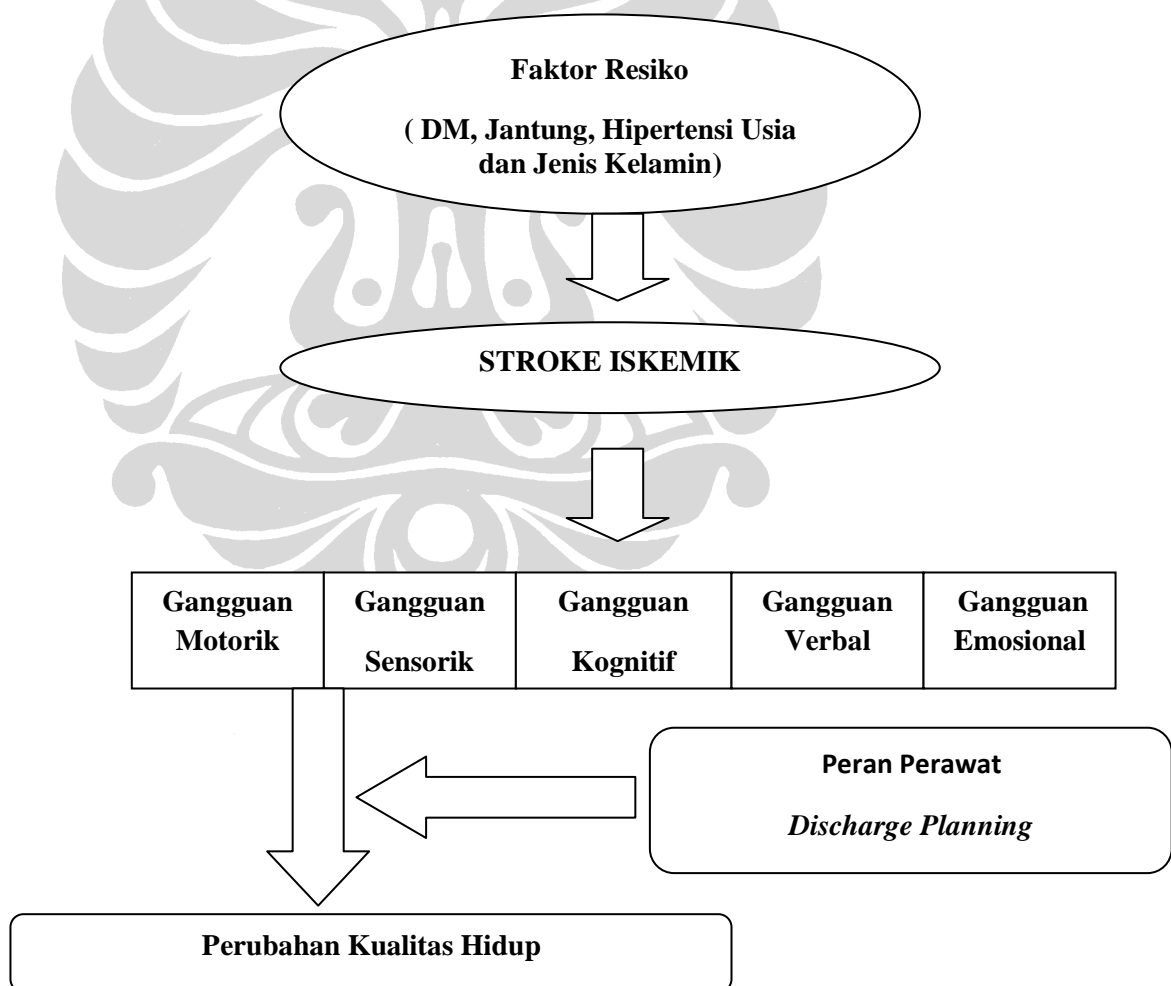
Pasien stroke sering mengalami gangguan psikologis non spesifik, depresi, kecemasan. Depresi mempunyai dimensi perubahan pada mood, afektif, kognitif, behavioral, neurovegetatif dan endokrin. Perubahan mood pada depresi berupa kesedihan dan kehilangan kemampuan untuk bergembira. Kecemasan sering didapatkan pada orang depresi. Kelainan afektif dapat terlihat dari muka dan sikap yang sedih dan sering menangis. Sedangkan perubahan kognitif yang terjadi adalah kehilangan motivasi, inisiatif dan

menjadi apatis. Penderita menjadi merasa tidak berdaya, tidak berguna, tidak dapat konsentrasi dan merasa tidak dapat menolong dirinya sendiri, bahkan terkadang disertai juga perasaan gangguan organik. Beberapa diantaranya ada yang menarik diri dari pergaulan/kegiatan sosial, disertai halusinasi dan delusi.

f. Masalah Kognitif

Setelah stroke pasien mengalami masalah kognitif, perilaku dan penurunan emosi akibat kerusakan otak. Pada beberapa kejadian, kadang-kadang derajat fungsi yang penting dapat kembali pulih karena tidak semua daerah otak rusak bersama-sama; beberapa yang tersisa lebih utuh dan berfungsi dari pada yang lain.

Skema 2.2 KERANGKA TEORI PENELITIAN



Sumber: Price & Wilson (2005), Carod-Artal, et al (2009), Slevin (1996)

BAB 3

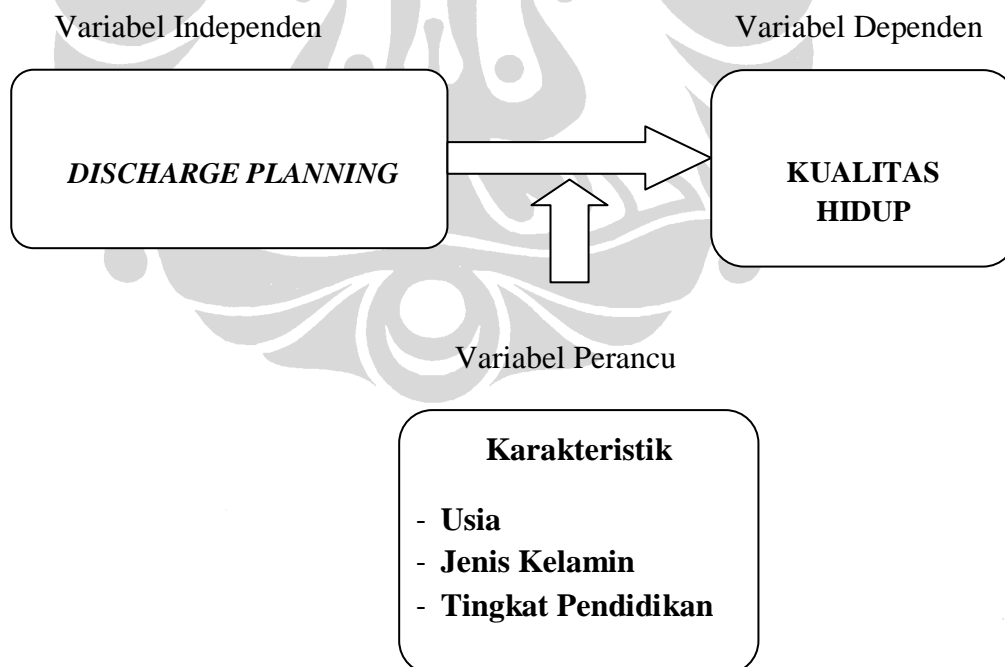
KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL

Pada bab ini diuraikan kerangka konsep penelitian, hipotesis penelitian dan definisi operasional. Kerangka konsep penelitian diperlukan sebagai landasan berpikir untuk melakukan suatu penelitian yang dikembangkan dari tinjauan teori yang telah dibahas. Hipotesis penelitian untuk menetapkan hipotesis nol atau *alternative* dan definisi operasional adalah untuk memperjelas maksud dan tujuan suatu penelitian yang akan dilakukan (Notoatmojo, 2002).

3.1 Kerangka Konsep

Berdasarkan Tinjauan Pustaka, secara sistematis dapat disusun kerangka konsep penelitian yang digambarkan dengan skema sebagai berikut :

Skema 3.1 Kerangka Konsep Penelitian



Kerangka konsep penelitian:

a. Variabel Independen

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 72 jam pasien masuk ruang perawatan di RS Al-Islam dan kelompok kontrol yaitu kelompok yang diberikan *discharge planning* rutin oleh RSUD Al-Ihsan Bandung.

b. Variabel Dependen

Variabel terikat pada penelitian ini adalah kualitas hidup pasien Stroke Iskemik.

c. Variabel Perancu

Variabel perancu penelitian ini adalah Usia, Jenis kelamin, Tingkat Pendidikan

3.2 Hipotesis

Terdapat pengaruh *discharge planning* terhadap kualitas hidup antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol pada pasien *stroke iskemik*

3.3 Definisi Operasional

Tabel 3 Definisi Operasional Variabel Penelitian

Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
Dependent Kualitas Hidup	Persepsi dan pengharapan pasien stroke iskemik terhadap kesehatannya tentang dampak dari penyakit dalam hubungannya dengan tujuan dan nilai kehidupan.	Instrument dengan menggunakan <i>The Short Form-36</i>	1-100	Interval
Variabel Independent <i>Discharge planning</i>	Kegiatan yang dilakukan sesuai pedoman untuk membantu pasien stroke dalam menetapkan kebutuhan pendidikan kesehatan dan rencana perawatan lanjutan secara bertahap dan dimulai 72 jam pasien masuk Rumah Sakit	Format <i>Discharge Planning</i> pasien stroke iskemik	1. Kelompok intervensi yang diberikan <i>discharge planning</i> secara terstruktur 2. Kelompok kontrol yang diberikan <i>discharge planning</i> rutin Rumah Sakit	Nominal
Confounding Usia	Lama hidup pasien/ responden dalam tahun yang dihitung pada hari ulang tahun terakhir	Kuesioner	Usia dalam tahun	Interval
Jenis Kelamin	Gender yang dibagi menjadi laki-laki dan perempuan	Kuesioner	1. Laki-laki 2. Perempuan	Nominal
Tingkat Pendidikan	Pendidikan yang ditempuh pasien	Kuesioner	1. SD 2. SMP 3. SMA 4. PT	Ordinal

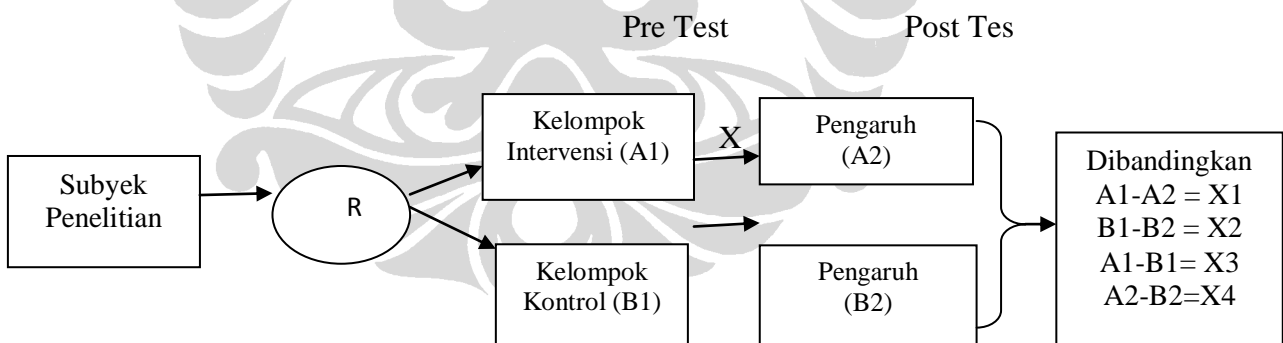
BAB 4 METODE PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif, menggunakan desain penelitian *Quasy Experimental, control group pre test – post test design*. Jenis penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh yang timbul, sebagai akibat dari adanya perlakuan tertentu. Hasil dari perlakuan tersebut diharapkan terjadi perubahan tersebut dibandingkan dan keduanya diukur sebelum dan setelah dilakukan intervensi (Notoatmojo, 2002).

Penelitian ini bertujuan untuk membandingkan pengaruh pemberian *discharge planning* terstruktur di RS Al-Islam dengan *discharge planning* rutin yang diberikan di RSUD Al-Ihsan Bandung dalam meningkatkan kualitas hidup pasien *stroke iskemik*. Rancangan penelitian dapat dilihat pada Skema berikut (Sastroasmoro & Ismael, 2008).

Skema : 4.1 Rancangan Penelitian



Keterangan :

X1 : Perbedaan skor kualitas hidup antara sebelum dan sesudah dilakukan *discharge planning* terstruktur pada kelompok intervensi

X2 : Perbedaan skor kualitas hidup antara sebelum dan sesudah dilakukan *discharge planning* rutin pada kelompok kontrol.

X3 : Perbedaan skor kualitas hidup pada kelompok intervensi dan kontrol sebelum intervensi

X4 :Perbedaan skor kualitas hidup pada kelompok intervensi dan kontrol setelah intervensi

4.2 Populasi dan Sampel

Populasi adalah subyek yang mempunyai kuantitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulan (Sugiono, 2005). Populasi penelitian ini adalah semua pasien stroke iskemik yang dirawat di Ruang Perawatan RS Al-Islam dan RSUD Al-Ihsan pada saat dilakukan penelitian.

Sampel adalah sebagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi (Sugiyono, 2005), atau sampel adalah sebagian atau wakil dari populasi yang diteliti. Besar sampel pada penelitian ini diperoleh dari populasi berdasarkan pasien yang dirawat di ruang perawatan RSUD Al-Ihsan dan RS Al-Islam Bandung. Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini adalah *consecutive admission* yaitu berdasarkan urutan datang pasien yang memenuhi kriteria inklusi. Besar sample ditentukan berdasarkan estimasi proporsi sebanyak 44 orang dengan pertimbangan sebagai berikut.

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 * P * (1-P)}{d^2}$$

$$n = \frac{1.65^2 * 0.20 * (1-0.20)}{0.1^2}$$

$$n = 43,6 = 44$$

Keterangan:

n = jumlah sampel yang dibutuhkan dalam penelitian ini

$Z_{1-\alpha/2}$ = Derajat kemaknaan yaitu 95% (1,65)

P = Prevalensi kualitas hidup kurang baik pada penderita stroke = 20 %

d = Presisi = 0.1

Pada penelitian ini bertujuan menguji pengaruh *discharge planning* terstruktur terhadap kualitas hidup dibandingkan diberikan *discharge planning* rutin dari RS sehingga masing-masing kelompok 22 orang.

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 :

- a. Pasien stroke yang telah dirawat 72 jam di ruang perawatan.
- b. Serangan stroke iskemik untuk pertama kalinya.
- c. Kesadaran kompos mentis dengan tanda-tanda vital dalam batas normal (Tekanan darah 120-150/90).
- d. Bersedia menjadi responden

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

- a. Pasien dengan perburukan neurologis, tanda vital tidak stabil
- b. Pasien/keluarga menolak untuk menandatangani *informed consent*.
- c. Pasien yang mengalami gangguan bicara.

Pada penelitian ini pasien untuk kelompok control adalah pasien dari RSUD Al-Ihsan sebanyak 22 orang dan pasien untuk kelompok Intervensi adalah pasien dari RS Al-Islam sebanyak 22 orang

4.3 Tempat Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Ruang Perawatan RSUD Al-Ihsan dan RS Al-Islam Bandung. Pemilihan tempat penelitian RSUD Al-Ihsan sebagai kelompok kontrol dan RS Al-Islam sebagai kelompok intervensi, ini dipilih secara acak dan kedua Rumah Sakit ini juga dipakai sebagai lahan praktek mahasiswa keperawatan dan kedokteran. Jadi rumah sakit ini mendukung pengembangan ilmu pengetahuan khususnya ilmu keperawatan. Disamping itu jumlah kasus stroke iskemik cukup banyak sehingga memungkinkan penelitian ini dilakukan di sini.

4.4 Waktu Penelitian

Penelitian dilaksanakan pada minggu pertama - minggu keempat Juni 2011

4.5 Etika Penelitian

Sebelum melaksanakan penelitian, peneliti meminta surat ijin penelitian kepada bagian akademik Fakultas Ilmu Keperawatan, setelah surat ijin keluar penelitian memasukkan surat ijin tersebut ke rumah sakit tempat penelitian akan dilakukan. Penelitian ini juga harus memenuhi beberapa prinsip etik dan pemberian *informed consent* pada pasien sebelum dilakukan penelitian.

1. Prinsip Etik

Peneliti meyakini bahwa responden dilindungi dengan memperhatikan aspek-aspek : *self determination, privacy, confidentially and protection from discomfort* (Pollit & Beck, 2006)

- a. *Self determination*, responden diberi kebebasan untuk menentukan apakah bersedia atau tidak untuk mengikuti kegiatan secara sukarela.
- b. *Privacy*, merahasiakan informasi-informasi yang didapat dari mereka hanya untuk kepentingan penelitian.
- c. *Confidentially*, Peneliti menjaga kerahasiaan identitas responden dan informasi yang didapat dari responden.
- d. *Protection from discomfort*, responden terbebas dari rasa tidak nyaman, dalam hal ini peneliti meyakinkan responden, bahwa apabila selama berlangsung penelitian responden merasa tidak aman atau tidak nyaman sehingga menimbulkan masalah secara psikologis, responden dapat memutuskan untuk menghentikan partisipasinya.

2. *Informed Consent*

Informed consent adalah persetujuan atau izin yang diberikan oleh seseorang untuk memperbolehkan dilakukannya suatu tindakan atau perlakuan. Penelitian ini dimulai bila pasien telah menandatangani lembar persetujuan.

4.6 Alat Pengumpul Data

Alat Pengumpul Data yang digunakan dalam penelitian ini adalah instrument yang digunakan untuk mengukur kualitas hidup pasien stroke iskemik dengan *The MOS (SF - 36)*. *The SF-36* dikembangkan oleh Fayers & Machim (2000) merupakan salah satu contoh instrumen pengukuran kualitas hidup. *SF-36* berisi 36 pertanyaan yang disusun untuk melakukan survey terhadap status kesehatan yang

terbagi dalam; pembatasan aktifitas fisik karena masalah kesehatan yang ada, pembatasan aktifitas sosial karena masalah fisik dan emosi, pembatasan aktifitas sehari-hari karena masalah fisik, nyeri seluruh badan, kesehatan mental secara umum, pembatasan aktifitas sehari-hari karena masalah emosi, vitalitas hidup, pandangan kesehatan secara umum. Pertanyaan yang terdapat pada *SF-36* adalah tentang persepsi pasien secara umum tentang kesehatannya, kemudian pasien akan mengatakan tentang kesehatannya adalah; sempurna, sangat baik, baik, kurang, sangat kurang. Pertanyaan pada instrument ini membandingkan kesehatan pasien saat ini dengan 4 minggu yang lalu.

Butir pertanyaan pada *SF-36* terdiri dari 36 butir pertanyaan yang terbagi dalam 8 dimensi. Terdiri dari dimensi fungsi fisik (FF) (10 butir pertanyaan), peranan fisik (PF) (4 butir), rasa nyeri (RN) (2 butir), kesehatan umum (KU) (5 butir), fungsi social (FS) (2 butir), vitalitas (V) (4 butir), peranan emosi (PE) (3 butir) dan kesehatan mental (KM) (5 butir). Ditambah dengan 2 komponen ringkasan fisik dan ringkasan mental RFM (1 butir). Nilai *SF-36* berkisar 0 – 100 dengan 100 sebagai kualitas hidup terbaik (Brazier, Jines, & Kind, 1993).

4.7 Prosedur Pengumpulan Data

Data akan dikumpulkan sendiri oleh peneliti dengan prosedur pengumpulan data:

- a. Pengumpulan data dilakukan setelah mendapatkan ijin dari RS Al-Islam dan RSUD Al-Ihsan Bandung tempat dimana penelitian ini dilakukan, serta izin lisan dari masing-masing kepala ruangan perawatan.
- b. Melakukan sosialisasi tentang penelitian kepada kepala ruangan dan perawat yang bertugas di ruangan tempat penelitian. Dalam hal ini peneliti menjelaskan tujuan penelitian, manfaat, prosedur penelitian dan keterlibatan mereka dalam penelitian. Selanjutnya dibahas mengenai kesepakatan untuk memberikan intervensi *discharge planning* yang diberikan kepada responden kelompok intervensi sesuai kriteria inklusi yang telah ditetapkan.
- c. Memilih atau menetapkan responden sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi yang telah ditetapkan.

- d. Meminta persetujuan responden untuk berpartisipasi dalam penelitian setelah diberi penjelasan mengenai manfaat, tujuan penelitian serta hak dan kewajiban responden, memberi kesempatan untuk bertanya. Materi mengenai penjelasan penelitian diberikan secara lisan maupun tertulis sebagaimana terlampir. Apabila responden telah memahami dan bersedia berpartisipasi, kemudian diminta menanda tangani lembar persetujuan menjadi responden. Setelah itu peneliti bersama kepala ruangan dan atau perawat yang bertanggung jawab menetapkan pasien tersebut sebagai responden.
- e. Menetapkan pemilihan responden. Pada penelitian ini pasien yang dirawat di RSUD Al-Ihsan dipilih sebagai kelompok kontrol dan pasien yang dirawat RS Al-Islam dipilih sebagai kelompok intervensi
- f. Mengisi instrument yang berisi karakteristik responden dan pertanyaan tentang kualitas hidup. Instrument *SF-36* terjemahan dalam bahasa Indonesia terdiri dari 4 lembar (lampiran 3), lembar pertama berisi data pribadi dan lembar berikutnya mengenai pertanyaan pada *SF-36*. Pengisian instrument dilakukan dua (2) kali yaitu pada tahap sebelum dilakukan intervensi (*pre test*) pasien masih di rawat di RS dan 1 minggu setelah diberikan intervensi (*post test*) pasien sudah pulang kerumah.
- g. Pengisian instrumen setelah dilakukan intervensi (*post test*) dilakukan pada saat pasien datang untuk periksa ulang ke poliklinik RSUD Al-Ihsan dan RS Al-Islam dengan cara instrumen diberikan langsung pada responden dan ditawarkan terlebih dahulu apakah responden akan mengisi sendiri atau dilakukan wawancara, apabila instrument diisi sendiri maka dikembalikan saat itu juga. Apabila pasien tidak datang ke poliklinik sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan maka dilakukan kunjungan rumah.
- h. Kelompok kontrol mendapatkan *discharge planning* dari perawat ruangan sesuai standar yang dijalankan di ruangan tersebut.
- i. Mengukur tekanan darah, nadi, respirasi dan suhu pasien pada kedua kelompok responden.
- j. Melakukan pengkajian pada kelompok intervensi tentang kebutuhan *discharge planning* berdasarkan format discharge yang telah disusun

- k. Memberikan *discharge planning* dengan implementasi utamanya *health education* pada kelompok intervensi sesuai hasil pengkajian dan berpedoman pada format yang telah disusun .

4.8 Validitas dan Reliabilitas Instrumen

Kualitas data ditentukan oleh tingkat validitas dan reliabilitas alat ukur. Validitas adalah kesahihan, yaitu seberapa mampu alat ukur mengatakan apa yang seharusnya diukur (Sastroasmoro & Ismael, 2008). Sedangkan reliabilitas adalah keandalan atau ketepatan pengukuran. Suatu pengukuran disebut handal, apabila mampu memberikan nilai yang sama atau hampir sama bila pemeriksaan dilakukan berulang-ulang (Sastroasmoro & Ismael, 2008; Budiarto, 2006).

Instrumen Penelitian yang digunakan pada penelitian ini adalah instrument *SF-36* yang sudah baku dan telah teruji validitas dan reliabilitasnya. Peneliti dalam hal ini tidak mendesain instrument sendiri tetapi menggunakan instrument standar yang telah digunakan oleh peneliti sebelumnya Brazier et al (1992) pada 120 pasien dengan *reliabilitas (Cronbach alpha* lebih besar dari 0,85) koefisien reliabilitas yang lebih besar dari 0,75 untuk semua dimensi, kecuali (fungsi sosial) dan *validitas* baik antara kelompok dengan perbedaan kesehatan yang diharapkan. *SF-36* mampu mendeteksi tingkat rendah rasa sakit pada pasien dengan hasil 0 (kesehatan yang baik).

4.9 Pengolahan Data

Sebelum melakukan analisis terhadap data yang telah terkumpul, terlebih dahulu dilakukan langkah-langkah sebagai berikut :

- a. *Editing*, pemeriksaan kelengkapan, kejelasan dan kesesuaian data dari pengkajian, penilaian pretest dan post test yang dilakukan
- b. *Coding*, yaitu proses memberikan kode pada setiap variabel dilakukan dengan cara kode (1) untuk kelompok intervensi dan kode (2) untuk kelompok kontrol

- c. *Tabulating*, yaitu mengelompokkan data berdasarkan kategori yang telah ditentukan.
- d. *Entry*, Suatu proses memasukkan data ke dalam komputer untuk selanjutnya dilakukan analisis data
- e. *Cleaning*. Sebelum dilakukan analisis dilakukan pengecekan kembali data yang sudah di *entry* apakah ada kesalahan dan data yang hilang.

4.8 Analisis Data

4.8.1 Analisis Univariabel

Analisis ini bertujuan untuk mendeskripsikan masing-masing variabel yang diteliti. Data numerik dilakukan dengan menghitung rata-rata, median, simpang baku dan nilai minimal-maksimal. Sedangkan untuk data kategorik dilihat prosentase dan frekuensi. Pengujian masing-masing variabel dengan menggunakan tabel dan diinterpretasikan berdasarkan hasil yang diperoleh bertujuan untuk mendeskripsikan masing-masing variabel.

4.8.2 Analisis Bivariabel

Analisis bivariabel dilakukan untuk membuktikan atau menguji hipotesis sesuai judul penelitian yaitu pengaruh *discharge planning* terstruktur terhadap kualitas hidup pada pasien stroke iskemik di RS Al-Ihsan dan RS Al-Islam Bandung. Sebelum menentukan jenis analisis bivariabel yang digunakan, terlebih dahulu dilakukan uji normalitas untuk jenis data numerik. Data numerik hasil penilaian umumnya mengikuti distribusi normal, namun kemungkinan sekumpulan data numerik tidak mengikuti asumsi distribusi normal, sehingga untuk memastikan perlu dilakukan uji normalitas data dengan uji *Shapiro-Wilks* untuk besar sampel kurang dari 50 orang (Dahlan, 2008), serta melihat histogram dan kurva normal serta nilai bagi skewness dengan standar error. Apabila hasilnya menunjukkan distribusi normal maka uji yang digunakan adalah statistik parametrik dan sebaliknya bila distribusi data tidak normal maka digunakan statistik non parametrik. Jenis analisis bivariabel untuk setiap data yang diperoleh dapat dilihat pada tabel berikut ini : untuk membuktikan atau menguji hipotesis sesuai judul.

Tabel 4.1. Analisis bivariabel Pengaruh pemberian *Discharge Planning* terstruktur terhadap kualitas hidup Pasien Stroke iskemik

No	Variabel Independen	Variabel dependen	Jenis Uji Statistik Parametrik	Jenis Uji Statistik Non Parametrik
1	Pemberian <i>Discharge Planning</i>	Kualitas Hidup pasien stroke iskemik sebelum intervensi	<i>Independent sample t- tes</i>	<i>Mann Whitney Test</i>
2	Pemberian <i>Discharge Planning</i>	Kualitas Hidup pasien stroke iskemik setelah intervensi	<i>Independent sample t- tes</i>	<i>Mann Whitney Test</i>
3	Kualitas Hidup Sebelum intervensi	Kualitas Hidup Sesudah intervensi	<i>Dependent sample t - test</i>	<i>Wilcoxon Sign Rank test</i>

Tabel 4.2. Analisis bivariabel hubungan kovariat dengan kelompok responden

No	Konfounding	Variable Dependen	Jenis Uji Statistik Parametrik	Jenis Uji Statistik Non Parametrik
1	Usia	Kualitas Hidup	<i>Pearson Correlation Test</i>	<i>Pearson Correlation Test</i>
2	Jenis Kelamin	Kualitas Hidup	<i>independent t- test</i>	<i>Mann Whitney Test</i>
3	Tingkat Pendidikan	Kualitas Hidup	<i>independent t- test</i>	<i>Mann Whitney Test</i>

4.8.3 Analisis Multivariabel

Analisis multivariabel yang digunakan pada penelitian ini adalah Regresi logistik (*Multiple Logistic Regression*), karena variabel dependent dengan jenis data numeric dan kemudian data dikategorik yaitu kualitas hidup sedangkan variabel independent dengan jenis data numeric dan kategorik. Analisis data dilakukan dengan menggunakan program komputer pada derajat kepercayaan 95% dengan nilai $p \leq 0,05$.

BAB 5 HASIL PENELITIAN

Pada bab ini diuraikan hasil penelitian tentang pengaruh *discharge planning* terstruktur terhadap kualitas hidup pada pasien stroke iskemik di RS Al-Islam dan RSUD Al-Ihsan Bandung. Berdasarkan data yang diperoleh selama penelitian pada bulan Juni 2011, pasien stroke iskemik yang memenuhi kriteria inklusi adalah 44 orang. Dari 44 orang pasien, dipilih 22 pasien sebagai kelompok intervensi yaitu kelompok yang diberikan *discharge planning* terstruktur dan sisanya 22 pasien sebagai kelompok kontrol yaitu kelompok yang mendapatkan *discharge planning* yang rutin di rumah sakit. Kedua kelompok dilakukan *pre test* dan *post test* kemudian hasilnya dibandingkan. Analisis statistik data hasil penelitian ditampilkan sebagai berikut :

5.1 Gambaran Karakteristik Umur, Jenis Kelamin Dan Tingkat Pendidikan Pada Kelompok Intervensi Dan Kelompok Kontrol Pada Pasien Stroke Iskemik

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

Tabel 5.1 Distribusi Responden Berdasarkan Umur pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol pada pasien stroke iskemik di RS Al-Ihsan dan RS Al-Islam Juni 2011 (n1= 22 n2=22)

No	Umur	Mean	Median	SD	Min-Mak	95% CI
1	Kelompok Intervensi	61,00	61,00	8,95	48-77	57,03-64,97
2	Kelompok Kontrol	60,68	59,50	7,92	48-79	57,17-64,20

Berdasarkan tabel 5.1 terlihat bahwa perbedaan umur responden kelompok intervensi dan kelompok kontrol tidak terlalu jauh berbeda, dari 44 responden rata-rata umur kelompok intervensi adalah 61 tahun, median 61 tahun dengan standar deviasi 8,95. Sedangkan kelompok kontrol rata-rata umurnya adalah 60,68 tahun, median 59,50 tahun dengan standar deviasi 7,92 tahun. Umur termuda dari seluruh responden adalah 48 tahun dan umur tertua 79 tahun.

Tabel 5.2 Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol pada pasien stroke iskemik di RS Al-Ihsan dan RS Al-Islam Juni 2011 (n1= 22 n2=22)

No	Jenis Kelamin	Kelompok Intervensi		Kelompok Kontrol	
		n	%	n	%
1	Laki-laki	16	72,7	17	77,3
2	Perempuan	6	27,3	5	22,7
	Total	22	100	22	100

Berdasarkan tabel 5.2 terlihat bahwa jenis kelamin laki-laki kelompok intervensi 16 orang (72,7%) perempuan 6 orang (27,3%) dan kelompok kontrol laki-laki 17 orang (77,3%) perempuan 5 orang (22,7%)

Tabel 5.3 Distribusi Responden Berdasarkan Karakteristik Tingkat Pendidikan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol pada pasien stroke iskemik di RSUD Al-Ihsan dan RS Al-Islam Juni 2011 (n1= 22 n2=22)

No	Tingkat Pendidikan	Kelompok Intervensi		Kelompok Kontrol	
		n	%	n	%
1	SD	2	9,1	8	36,4
2	SMP	5	22,7	2	9,1
3	SMA	6	27,3	7	31,8
4	PT	9	40,9	5	22,7
	Total	22	100	22	100

Berdasarkan tabel 5.3 terlihat bahwa Tingkat Pendidikan responden paling banyak pada kelompok intervensi Perguruan Tinggi (PT) 9 orang (40,9%), SMA 6 orang (27,3%), SMP 5 orang (22,7%) dan SD 2 orang (9,1%) pada kelompok kontrol pendidikan responden paling banyak adalah SD 8 orang (36,4%), SMA 7 orang (31,8%), PT 5 orang (22,7%) dan SMP 2 orang (9,1%)

Tabel 5.4 Analisis Kesetaraan Responden Berdasarkan Karakteristik Umur, Jenis Kelamin dan Tingkat Pendidikan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol pada pasien stroke iskemik di RS Al-Ihsan dan RS Al-Islam bulan Juni 2011 (n1=22 n2=22)

No	Variabel	Intervensi			Kontrol			Nilai p
		n	%	Rata-rata (SD)	n	%	Rata-rata (SD)	
1	Umur			61,00 (48-77)			59,50(48-79)	0,832*
	- < 60 tahun	10	45,5		11	50,0		
	- ≥ 60 tahun	12	54,5		11	50,0		
2	Jenis Kelamin							0,728**
	- Laki-laki	16	72,7		17	77,3		
	- Perempuan	6	27,3		5	22,7		
3	Tingkat Pendidikan							0,093**
	- SD	2	9,1		8	36,4		
	- SMP	5	22,7		2	9,1		
	- SMA	6	27,3		7	31,8		
	- PT	9	40,9		5	22,7		

*) *Mann Whytney Test* **) *Chi Square Test*

Berdasarkan tabel 5.4 terlihat bahwa:

- Umur responden kelompok intervensi dan kelompok kontrol tidak terlalu jauh berbeda, dari 44 responden umur responden kelompok intervensi < 60 tahun adalah 10 orang (45,5%) dan umur responden ≥ 60 tahun adalah 12 orang (50,0%), kelompok kontrol < 60 tahun adalah 11 orang (50,0%) dan umur responden ≥ 60 tahun adalah 11 orang (50,0%).
- Jenis kelamin responden pada kelompok intervensi adalah laki-laki 16 orang (72,7%), perempuan 6 orang (27,3%) dan pada kelompok kontrol adalah laki-laki 17 orang (77,3%), perempuan 5 orang (22,7%).
- Tingkat pendidikan responden pada kelompok intervensi adalah; PT 9 orang (40,9%), SMA 6 orang (27,3%), SMP 5 orang (22,7%), SD 2 orang (9,1%) dan pada kelompok kontrol adalah; PT 5 orang (22,7%), SMA 7 (31,8%), SMP 2 (9,1%), SD 8 orang (36,4%)

Berdasarkan Tabel 5.4 terlihat hasil uji statistik menggunakan *Mann Whitney Test* pada derajat kepercayaan 95%, menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan

karakteristik subjek penelitian berdasarkan umur antara kelompok intervensi dengan *discharge planning* dan kelompok kontrol pada pasien *stroke iskemik* dengan nilai $p=0,832$.

Hasil uji statistik menggunakan *Chi Square Test* pada derajat kepercayaan 95% menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan karakteristik subjek penelitian berdasarkan jenis kelamin antara kelompok intervensi dengan *discharge planning* dan kelompok kontrol pada pasien *stroke iskemik* dengan nilai $p=0,728$ (nilai $p>0,05$) dan tidak terdapat perbedaan karakteristik subjek penelitian berdasarkan tingkat pendidikan antara kelompok *discharge planning* dan kelompok kontrol pada pasien *stroke iskemik* dengan nilai $p=0,093$ (nilai $p>0,05$). Hasil analisis tersebut menunjukkan bahwa kedua kelompok perlakuan adalah homogen berdasarkan umur, jenis kelamin, dan tingkat pendidikan sehingga dapat dianalisa lebih lanjut.

5.2 Hubungan Karakteristik Umur, Jenis kelamin dan Tingkat pendidikan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol dengan kualitas hidup.

Analisis bivariabel untuk menjelaskan hubungan umur, jenis kelamin dan tingkat pendidikan dengan kualitas hidup. Analisa ini dilakukan dengan menggunakan uji statistik korelasi untuk mengetahui hubungan umur terhadap variabel dependent (kualitas hidup), uji Independent T-test untuk mengetahui hubungan jenis kelamin terhadap variabel dependent (kualitas hidup) dan untuk mengetahui hubungan tingkat pendidikan dengan variabel dependent (kualitas hidup) sebelum dan sesudah diberikan *discharge planning* terstruktur dan *discharge planning* rutin di rumah sakit.

Sebelum dilakukan analisis statistik, untuk seluruh jenis data numerik dilakukan uji normalitas dengan menggunakan *Shapiro Wilk Test* untuk melihat distribusi data dengan sampel ≤ 50 . Hasil uji normalitas dapat dijelaskan pada tabel 5.5 berikut ini.

Tabel 5.5 Uji normalitas variabel-variabel dengan jenis data numerik

Perubahan	Uji Normalitas ^{*)}					
	Intervensi		Kontrol		Seluruh Subjek	
	Nilai p	Distribusi data	Nilai p	Distribusi data	Nilai p	Distribusi data
Fungsi Fisik (FF)	0,077	N	0,074	N	0,083	N
Peranan Fisik (PF)	0,011	TN	0,005	TN	0,003	TN
Rasa Nyeri (RN)	0,008	TN	<0,001	TN	<0,001	TN
Kesehatan umum (KU)	0,003	TN	0,061	N	0,006	TN
Fungsi Sosial (FS)	0,126	N	<0,001	TN	<0,001	TN
Vitalitas (V)	0,517	N	<0,001	TN	0,001	TN
Kesehatan Mental (KM)	0,001	TN	0,058	TN	0,007	TN
Peranan Emosi (PE)	0,007	TN	<0,001	TN	<0,001	TN
Ringkasan Fisik & Mental (RFM)	<0,001	TN	0,001	TN	<0,001	TN
Kualitas Hidup	0,587	N	0,943	N	0,496	N

^{*)}*Shapiro Wilk Test* TN=Tidak Normal N=Norma

Uji normalitas dengan *Shapiro Wilk Test* menunjukkan bahwa variabel perubahan kualitas hidup Fungsi Fisik (FF) berdistribusi normal ($p > 0,05$) sehingga dianalisis menggunakan uji parametrik yaitu *Independent T test* untuk menguji perbedaan rata-rata 2 kelompok dan *Paired T test* dan data disajikan dalam ukuran rata-rata dan simpangan baku. Sedangkan variabel perubahan kualitas hidup numerik lainnya yaitu; Peranan fisik (PF), Rasa Nyeri (RN), Kesehatan Umum (KU), Fungsi Sosial (FS), Vitalitas (V), Kesehatan Mental (KM), Peranan Emosi (PE), Ringkasan Fisik dan Mental (RFM) tidak berdistribusi normal ($p \leq 0,05$) sehingga dianalisis menggunakan uji non parametrik yaitu *Mann Whitney test* untuk menguji perbedaan rata-rata 2 kelompok dan *Wilcoxon Sign Rank test* dan data disajikan dalam ukuran median dan rentang yaitu nilai minimum dan nilai maksimum.

Hubungan karakteristik umur, jenis kelamin, dan tingkat pendidikan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol pada pasien *stroke iskemik* dapat dilihat pada tabel 5.6 berikut ini;

Tabel 5.6 Hubungan umur, jenis kelamin dan tingkat pendidikan dengan kualitas hidup pada pasien stroke iskemik

	Kualitas Hidup			Nilai p ^{*)}
	Median(Rentang)	Baik	Kurang	
Umur (Th)				0,131
<60 tahun	5,88(-3,69-19,76)	8(36,4%)	13(59,1%)	
≥60 tahun	8,51(-0,10-20,98)	14(63,3%)	9(40,9%)	
Jenis Kelamin				0,728
Laki-laki	6,88(-2,77-20,98)	17(77,3%)	16(72,7%)	
Perempuan	5,25(-3,69-15,03)	5(22,7%)	6(27,3%)	
Tingkat Pendidikan				0,256
SD	5,26(-0,10-18,74)	3(13,6%)	7(31,8%)	
SMP	7,30(-2,77-13,57)	4(18,2%)	3(13,6%)	
SMA	9,25(2,00-19,76)	9(40,9%)	4(18,2%)	
PT	5,99(-3,69-20,98)	6(27,3%)	8(36,4%)	

*) *Chi Square Test*

Berdasarkan tabel 5.3 terlihat bahwa hasil uji statistik menggunakan *Independent T Test* pada derajat kepercayaan 95% menunjukkan bahwa;

- Kualitas hidup responden pada umur < 60 tahun adalah; baik 8 orang (36,4%), kurang 13 orang (59,1%) dan Umur ≥ 60 tahun adalah: baik 14 orang (63,3%), kurang 9 orang (40,9%) dan hasil analisis tidak terdapat hubungan umur dengan kualitas hidup pada pasien stroke iskemik dengan nilai $p=0,131$ (nilai $p>0,05$).
- Kualitas hidup responden berdasarkan jenis kelamin yaitu laki-laki dengan kualitas hidup baik 17 orang (77,3%), kualitas hidup kurang 16 orang (72,7%) dan perempuan dengan kualitas hidup baik 5 orang (22,7%), kualitas hidup kurang 6 orang (27,3%) dengan hasil analisis tidak terdapat hubungan jenis kelamin dengan kualitas hidup pada pasien stroke iskemik dengan nilai $p=0,728$ (nilai $p>0,05$)

- c. Kualitas hidup responden berdasarkan tingkat pendidikan yaitu; kualitas hidup baik dengan tingkat pendidikan SD 3 orang (13,6%), SMP 4 orang (18,2%), SMA 9 orang (40,9%), PT 6 orang (27,3%) dan kualitas hidup kurang dengan tingkat pendidikan SD 7 orang(31,8%), SMP 3 orang (13,6%), SMA 4 orang (18,2%), PT 8 orang (36,4%) dengan hasil analisis tidak terdapat hubungan tingkat pendidikan dengan kualitas hidup pada pasien stroke iskemik dengan nilai $p=0,256$ (nilai $p>0,05$).

5.3 Perbandingan kualitas hidup pasien *stroke iskemik* antara sebelum dan sesudah dilakukan *discharge planning* pada kelompok intervensi

Perbandingan kualitas hidup pasien *stroke iskemik* antara sebelum dan sesudah dilakukan *discharge planning* pada kelompok intervensi dapat dilihat pada tabel 5.7 berikut ini.

Tabel 5.7 Perbandingan kualitas hidup pasien *stroke iskemik* antara sebelum dan sesudah dilakukan *discharge planning* pada kelompok intervensi.

Variabel	Kelompok Intervensi (n=22)				Nilai p
	Sebelum		Sesudah		
	Median	Rentang	Median	Rentang	
Fungsi Fisik (FF)	40,00	33,33-73,33	73,33	43,33-86,67	<0,001
Peranan Fisik (PF)	75,00	50,00-100,00	100,00	62,50-100,00	0,011
Rasa Nyeri (RN)	50,00	30,00-80,00	60,00	40,00-110,00	0,019
Kesehatan umum (KU)	52,00	48,00-76,00	60,00	52,00-68,00	0,007
Fungsi Sosial (FS)	72,72	54,55-100,00	86,36	54,55-100,00	0,035
Vitalitas (V)	45,83	29,17-62,50	41,66	29,17-54,17	0,547
Kesehatan Mental (KM)	58,33	40,00-66,67	53,33	40,00-76,67	0,031
Peranan Emosi (PE)	83,33	50,00-100,00	100,00	83,33-100,00	<0,001
Ringkasan Fisik & Mental (RFM)	30,00	20,00-100,00	60,00	40,00-80,00	0,004
Kualitas Hidup	58,81	47,49-67,81	70,21	61,52-79,09	<0,001

^{*)} Wilcoxon Sign Rank Test

Berdasarkan Tabel 5.7 terlihat hasil uji statistik menggunakan *Wilcoxon Sign Rank Test* pada derajat kepercayaan 95%, menunjukkan bahwa pada kelompok intervensi terdapat perbedaan kualitas hidup pasien stroke iskemik berdasarkan Fungsi Fisik antara sebelum dan sesudah intervensi secara bermakna dengan nilai $p < 0,001$, terdapat perbedaan kualitas hidup pasien stroke iskemik berdasarkan Peranan Fisik antara sebelum dan sesudah intervensi secara bermakna dengan nilai $p = 0,011$, terdapat perbedaan kualitas hidup pasien stroke iskemik berdasarkan rasa nyeri antara sebelum dan sesudah intervensi secara bermakna dengan nilai $p = 0,019$, terdapat perbedaan kualitas hidup pasien stroke iskemik berdasarkan Fungsi Sosial antara sebelum dan sesudah intervensi secara bermakna dengan nilai $p = 0,035$, terdapat perbedaan kualitas hidup pasien stroke iskemik berdasarkan Kesehatan Umum antara sebelum dan sesudah intervensi secara bermakna dengan nilai $p = 0,007$, terdapat perbedaan kualitas hidup pasien stroke iskemik berdasarkan Kesehatan Mental antara sebelum dan sesudah intervensi secara bermakna dengan nilai $p = 0,031$, terdapat perbedaan kualitas hidup pasien stroke iskemik berdasarkan Peranan emosi antara sebelum dan sesudah intervensi secara bermakna dengan nilai $p < 0,001$, terdapat perbedaan kualitas hidup pasien stroke iskemik berdasarkan Ringkasan Fisik dan mental antara sebelum dan sesudah intervensi secara bermakna dengan nilai $p = 0,004$.

Namun tidak terdapat perbedaan kualitas hidup pasien stroke iskemik berdasarkan Vitalitas/energi antara sebelum dan sesudah intervensi secara bermakna dengan nilai $p = 0,547$ (nilai $p > 0,05$).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa secara keseluruhan terdapat perbedaan kualitas hidup pasien stroke iskemik antara sebelum dan sesudah intervensi secara bermakna dengan nilai $p < 0,001$.

5.4 Perbandingan kualitas hidup pasien *stroke iskemik* antara sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok kontrol

Perbandingan kualitas hidup pasien *stroke iskemik* antara sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok kontrol dapat dilihat pada tabel 5.8 berikut ini.

Tabel 5.8 Perbandingan kualitas hidup pasien *stroke iskemik* antara sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok kontrol

Variabel	Kelompok Kontrol (n=22)				Nilai p
	Sebelum		Sesudah		
	Median	Rentang	Median	Rentang	
Fungsi Fisik (FF)	50,00	33,33-100	60,00	50,00-100,00	<0,001
Peranan Fisik (PF)	56,25	50,00-100,00	68,75	50,00-100,00	0,005
Rasa Nyeri (RN)	55,00	30,00-80,00	50,00	40,00-80,00	0,655
Kesehatan umum (KU)	60,00	48,00-76,00	62,00	52,00-72,00	0,470
Fungsi Sosial (FS)	59,09	36,36-72,73	54,54	36,36-63,64	1,000
Vitalitas (V)	37,50	25,00-62,50	37,50	25,00-66,67	0,092
Kesehatan Mental (KM)	40,00	33,33-70,00	40,00	26,67-66,67	0,184
Peranan Emosi (PE)	50,00	50,00-100,00	66,66	50,00-100,00	0,004
Ringkasan Fisik & Mental (RFM)	40,00	20,00-100,00	40,00	40,00-100,00	0,013
Kualitas Hidup	51,01	44,42-76,91	55,63	47,94-74,14	<0,001

^{*)} *Wilcoxon Sign Rank Test*

Berdasarkan Tabel 5.8 terlihat hasil uji statistik menggunakan *Wilcoxon Sign Rank Test* pada derajat kepercayaan 95%, menunjukkan bahwa pada kelompok kontrol, terdapat perbedaan kualitas hidup pasien *stroke iskemik* berdasarkan Fungsi Fisik antara sebelum dan sesudah intervensi secara bermakna dengan nilai $p < 0,001$, terdapat perbedaan kualitas hidup pasien *stroke iskemik* berdasarkan Peranan Fisik antara sebelum dan sesudah intervensi secara bermakna dengan nilai $p = 0,005$, terdapat perbedaan kualitas hidup pasien *stroke iskemik* berdasarkan Peranan emosi antara sebelum dan sesudah intervensi secara bermakna dengan nilai $p = 0,004$, serta terdapat perbedaan kualitas hidup pasien

stroke iskemik berdasarkan Ringkasan Fisik dan mental antara sebelum dan sesudah intervensi secara bermakna dengan nilai $p=0,013$.

Namun tidak terdapat perbedaan kualitas hidup pasien stroke iskemik berdasarkan rasa nyeri antara sebelum dan sesudah intervensi secara bermakna dengan nilai $p=0,655$ dan tidak terdapat perbedaan kualitas hidup pasien stroke iskemik berdasarkan Kesehatan Umum antara sebelum dan sesudah intervensi secara bermakna dengan nilai $p=0,470$, tidak terdapat perbedaan kualitas hidup pasien stroke iskemik berdasarkan Fungsi sosial antara sebelum dan sesudah intervensi secara bermakna dengan nilai $p=1,000$ serta tidak terdapat perbedaan kualitas hidup pasien stroke iskemik berdasarkan Vitalitas antara sebelum dan sesudah intervensi secara bermakna dengan nilai $p=0,092$ (nilai $p>0,05$), serta tidak terdapat perbedaan kualitas hidup pasien stroke iskemik berdasarkan Kesehatan Mental antara sebelum dan sesudah intervensi secara bermakna dengan nilai $p=0,184$.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa secara keseluruhan terdapat perbedaan kualitas hidup pasien stroke iskemik antara sebelum dan sesudah intervensi secara bermakna dengan nilai $p<0,001$.

5.5. Perbandingan Perubahan kualitas hidup antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol pada pasien *stroke iskemik*

Perbandingan perubahan kualitas hidup antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol pada pasien *stroke iskemik* dapat dilihat pada tabel 5.9 berikut

Tabel 5.9 Perbandingan perubahan kualitas hidup antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol pada pasien *stroke iskemik*

	Kelompok				Nilai p
	Intervensi (n=22)		Kontrol (n=22)		
	Median	Rentang	Median	Rentang	
Perubahan					
Fungsi Fisik (FF)	30,00	-16,67-53,33	6,66	0,00-16,67	<0,001 ^{*)}
Peranan Fisik (PF)	25,00	-37,50-50,00	6,25	-12,50-37,50	0,062 ^{*)}
Rasa Nyeri (RN)	10,00	-20,00-60,00	0,00	-10,00-10,00	0,041 ^{*)}
Kesehatan umum (KU)	4,00	-20,00-16,00	0,00	-8,00-8,00	0,017 ^{*)}
Fungsi Sosial (FS)	9,09	-18,18-36,36	0,00	-9,09-9,09	0,028 ^{*)}
Vitalitas (V)	-2,08	-33,33-20,83	0,00	-16,67-8,33	0,352 ^{*)}
Kesehatan Mental (KM)	-6,66	-13,33-16,67	0,00	-16,67-8,33	0,025 ^{*)}
Peranan Emosi (PE)	16,66	0,00-50,00	0,00	0,00-50,00	0,132 ^{*)}
Ringkasan Fisik & Mental (RFM)	20,00	-60,00-40,00	0,00	-20,00-40,00	0,017 ^{*)}

^{*)} *Mann Whitney Test*

Berdasarkan Tabel 5.9 terlihat hasil uji statistik menggunakan *Mann Whitney Test* pada derajat kepercayaan 95%, menunjukkan bahwa terdapat perbedaan kualitas hidup berdasarkan Fungsi Fisik antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol pada pasien *stroke iskemik* dengan nilai $p < 0,001$, terdapat perbedaan kualitas hidup berdasarkan rasa nyeri antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol pada pasien *stroke iskemik* dengan nilai $p = 0,041$, terdapat perbedaan kualitas hidup berdasarkan kesehatan umum antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol pada pasien *stroke iskemik* dengan nilai $p = 0,017$, terdapat perbedaan kualitas hidup berdasarkan Fungsi Sosial antara kelompok intervensi dan

kelompok kontrol pada pasien stroke iskemik dengan nilai $p=0,028$, terdapat perbedaan kualitas hidup berdasarkan Kesehatan Mental antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol pada pasien stroke iskemik dengan nilai $p=0,025$, terdapat perbedaan kualitas hidup berdasarkan Ringkasan Fisik & mental antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol pada pasien *stroke iskemik* dengan nilai $p=0,017$ (nilai $p \leq 0,05$).

Namun tidak terdapat perbedaan kualitas hidup berdasarkan Peranan fisik antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol pada pasien stroke iskemik dengan nilai $p=0,062$, tidak terdapat perbedaan kualitas hidup berdasarkan Vitalitas antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol pada pasien stroke iskemik dengan nilai $p=0,352$, tidak terdapat perbedaan kualitas hidup berdasarkan Peranan emosi antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol pada pasien stroke iskemik dengan nilai $p=0,132$ (nilai $p > 0,05$).

5.6 Pengaruh *discharge planning* terstruktur terhadap kualitas hidup pasien stroke iskemik

Pengaruh *discharge planning* terstruktur terhadap kualitas hidup pasien stroke iskemik dapat dilihat pada tabel 5.10 berikut ini.

Tabel 5.10 Pengaruh *discharge planning* terstruktur terhadap kualitas hidup pasien stroke iskemik

	Kelompok				Nilai p
	Intervensi (n=22)		Kontrol (n=22)		
	Rata-rata (SB)	n(%)	Rata-rata (SB)	n(%)	
Perubahan					
Kualitas Hidup	11,38(5,73)		4,11(3,04)		<0,001**)
Baik		18(81,8%)		4(18,2%)	
Kurang		4(18,2%)		18(81,8%)	

*) *Independent T Test*

Berdasarkan Tabel 5.10 terlihat bahwa perubahan nilai kualitas hidup kelompok intervensi lebih tinggi yaitu 11,38% dengan kualitas hidup baik 18 orang (81,8%) dan kualitas kurang 4 orang (18,2%) sedangkan kelompok control perubahan kualitas hidup 4,11% dengan kualitas hidup baik 4 orang (18,2%) dan kualitas hidup kurang 18 orang (81,8%) dan hasil uji statistik menggunakan *Independent T Test* pada derajat kepercayaan 95% dengan nilai median 6,75 menunjukkan bahwa terdapat pengaruh *discharge planning* terstruktur terhadap kualitas hidup pasien stroke iskemik dengan nilai $p < 0,001$.

5.7 Pengaruh *discharge planning* terstruktur terhadap kualitas hidup pasien *stroke iskemik* dengan mempertimbangkan variabel umur, jenis kelamin dan tingkat pendidikan

Analisis multivariat untuk menjelaskan pengaruh variabel *independent* terhadap variabel *dependent*. Pada penelitian ini digunakan uji analisis statistic Regresi logistic (*Multiple Logistic Regression Test*) agar dapat membandingkan perbedaan rerata variabel *dependent* (*discharge planning*) pada setiap kelompok yang ada pada variabel *independent* (kualitas hidup) dengan mempertimbangkan *covariance* variable umur, jenis kelamin dan tingkat pendidikan dapat dijelaskan pada table 5.11 berikut ini.

Tabel 5.11 Pengaruh *discharge planning* terstruktur terhadap kualitas hidup pasien stroke iskemik dengan mempertimbangkan variabel umur, jenis kelamin dan tingkat pendidikan

Model	Variabel dependent	Variabel Independent	Koefisien β	SE	Nilai p	RR(95%CI)
Awal	Kualitas Hidup	Intervensi	3,425	0,952	<0,001	30,72(4,75-198,61)
		Umur	-1,416	0,912	0,121	2,11(0,33-13,53)
		Jenis kelamin	0,751	0,946	0,427	0,24(0,04-1,45)
		Pendidikan	0,096	0,386	0,804	1,10(0,51-2,34)
		Konstanta	-4,189			
Akhir	Kualitas Hidup	Intervensi	3,008	0,782	<0,001	20,25(4,37-93,72)
		Konstanta	-4,512			

^{*)} *Multiple Logistic Regression Test*

Tabel 5.11 menunjukkan bahwa setelah dilakukan analisis dengan *Multiple Logistic Regression Test* didapatkan menunjukkan bahwa *discharge planning* terstruktur berpengaruh secara bermakna terhadap kualitas hidup pasien *stroke iskemik* setelah mempertimbangkan variabel umur, jenis kelamin dan tingkat pendidikan pada nilai $p < 0,001$ dengan nilai koefisien beta 3,008 dengan nilai Relatif Risk (RR) sebesar 20,25 yang menunjukkan pasien *stroke iskemik* yang dilakukan *discharge planning* terstruktur memiliki peluang 20 kali lebih besar untuk memiliki kualitas hidup baik dibandingkan pada subjek penelitian tanpa dilakukan *discharge planning*.

BAB 6 PEMBAHASAN

Pada bab ini akan diuraikan dan dijelaskan makna hasil penelitian yang meliputi: interpretasi dan diskusi hasil penelitian seperti yang telah dipaparkan pada bab lima, keterbatasan penelitian yang telah dilakukan serta bagaimana implikasi hasil penelitian ini terhadap pelayanan keperawatan dan pengembangan penelitian berikutnya guna peningkatan kualitas asuhan keperawatan.

6.1 Karakteristik Umur, Jenis Kelamin dan Tingkat Pendidikan

6.1.1 Karakteristik Umur

Dari hasil penelitian yang dapat dilihat pada tabel 5.1 Rentang umur penderita stroke iskemik antara umur 48 tahun sampai dengan 79 tahun yang artinya perbedaan umur responden kelompok intervensi dan kelompok kontrol tidak terlalu jauh berbeda, dari 44 responden rata-rata umur kelompok intervensi adalah 61 tahun, median 61 tahun dengan standar deviasi 8,95. Sedangkan kelompok kontrol rata-rata umurnya adalah 60,68 tahun, median 59,50 tahun dengan standar deviasi 7,92 tahun. Umur termuda dari seluruh responden adalah 48 tahun dan umur tertua 79 tahun.

Distribusi umur responden tersebut sesuai dengan *The National Stroke Association* dalam Price & Wilson (2005) menyebutkan bahwa angka kejadian stroke dan risiko stroke akan meningkat seiring pertambahan umur, angka kejadian stroke dua pertiganya terjadi pada umur diatas 65 tahun. Menurut Misbach & Kalim (2007) umur merupakan faktor risiko untuk terjadinya penyakit stroke dan stroke merupakan sindrom klinis akibat gangguan pembuluh darah otak, timbul mendadak dan biasanya mengenai penderita umur 45 sampai 80 tahun. Hal ini juga dikuatkan oleh hasil penelitian Chin-Ying et al (2010) umur yang beresiko untuk terjadinya stroke adalah 50 tahun (13.2%); 50 sampai 75 tahun (60.5%) dan 75 tahun (26.4%).

Umur merupakan salah satu faktor risiko terjadinya stroke yang tidak dapat diubah. Perubahan fisik yang berhubungan dengan umur meliputi perubahan pembuluh darah secara umum termasuk pembuluh darah otak yang menjadi kurang elastis dan adanya penumpukan plak pada percabangan pembuluh darah otak yang berlangsung bertahun-tahun. Adanya plak yang terjadi pada pembuluh darah otak akan mengganggu sirkulasi darah ke otak sehingga otak akan mengalami gangguan metabolisme, jika terjadi secara terus menerus akan terjadi iskemia dan akhirnya infark serebral (Price & Wilson, 2006).

6.1.2 Karakteristik Jenis Kelamin

Berdasarkan tabel 5.2 terlihat bahwa jenis kelamin laki-laki kelompok intervensi 16 orang (72,7%) perempuan 6 orang (27,3%) dan kelompok kontrol laki-laki 17 orang (77,3%) perempuan 5 orang (22,7%) . Dari hasil penelitian ini terlihat jumlah responden laki-laki lebih banyak daripada responden perempuan.

Hal ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan Lewis (2007) dan Cin-Ying et al (2010) yang menyatakan bahwa jenis kelamin yang lebih memiliki resiko mengalami stroke adalah laki-laki (63,3 %) dibanding wanita (55,5 %). Tingginya angka kejadian stroke pada laki-laki kemungkinan dipengaruhi oleh faktor gaya hidup antara lain seperti: merokok, minum minuman beralkohol dan stress (baik dalam pekerjaan, keuangan, sosial).

6.1.3 Karakteristik Tingkat Pendidikan

Distribusi responden pada table 5.3 terlihat bahwa tingkat pendidikan responden terbanyak pada kelompok intervensi adalah Perguruan Tinggi (PT) 9 orang (40,9%) dan tingkat pendidikan SD pada kelompok kontrol 8 orang (36,4%). Hasil penelitian diatas menunjukkan bahwa tingkat pendidikan yang tinggi atau rendah tidak mempengaruhi terjadinya stroke, walaupun menurut teori Notoadmojo (2003)Tingkat pendidikan seseorang dapat mendukung atau mempengaruhi tingkat pengetahuan seseorang dan pendidikan yang rendah maka pengetahuan juga rendah, semakin tinggi pendidikan seseorang maka pengetahuan akan semakin tinggi.

6.2 Hubungan karakteristik Umur, Jenis Kelamin dan Tingkat Pendidikan dengan kualitas hidup

6.2.1 Hubungan karakteristik Umur dengan Kualitas hidup

Dari hasil penelitian yang dapat dilihat pada tabel 5.6 Kualitas hidup responden pada umur < 60 tahun adalah; baik 8 orang (36,4%), kurang 13 orang (59,1%) dan Umur \geq 60 tahun adalah: baik 14 orang (63,3%), kurang 9 orang (40,9%) dan hasil analisis tidak terdapat hubungan umur dengan kualitas hidup pada pasien stroke iskemik dengan nilai $p=0,131$ (nilai $p>0,05$).

Pada hasil penelitian ini terlihat berdasarkan kelompok umur bahwa responden yang memiliki kualitas hidup yang baik lebih banyak pada umur \geq 60 tahun dibanding umur < 60 tahun. Usia diatas 60 tahun dimana seseorang sudah memasuki usia lansia dan menikmati hari tuanya dengan tenang. Hasil penelitian ini mungkin dipengaruhi juga oleh budaya dan spiritual seseorang, ini sesuai dengan hasil penelitian Helen.,(2007) kualitas hidup adalah persepsi individu tentang kehidupan mereka dalam konteks budaya dan nilai hidup untuk mencapai tujuan hidup.

Hasil penelitian ini didukung juga oleh penelitian Ahlsio (1984) dan Viitanen (1988) bahwa tidak ada perbedaan antara pasien yang lebih muda dan lebih tua terhadap kualitas hidup. Tetapi hal ini berbeda dengan hasil penelitian Brazier, Jines, & Kind, (1993) di Inggris bahwa umur 65-74 tahun mempunyai kualitas hidup, perawatan diri, aktivitas yang lebih buruk. Begitu juga dengan penelitian Walters, Munro, & Brazier, (2001) di Inggris kualitas hidup usia lanjut lebih rendah dibandingkan usia dewasa muda dan kualitas hidup akan menurun dengan bertambahnya usia Wyller et al,(1997).

6.2.2 Hubungan karakteristik Jenis Kelamin dengan kualitas hidup

Dari hasil penelitian yang dapat dilihat pada tabel 5.6 Kualitas hidup responden berdasarkan jenis kelamin yaitu laki-laki dengan kualitas hidup baik 17 orang (77,3%), kualitas hidup kurang 16 orang (72,7%) dan perempuan dengan kualitas

hidup baik 5 orang (22,7%), kualitas hidup kurang 6 orang (27,3%) dengan hasil analisis tidak terdapat hubungan jenis kelamin dengan kualitas hidup pada pasien stroke ischemic dengan nilai $p=0,728$ (nilai $p>0,05$).

Hasil penelitian ini berbeda dengan hasil penelitian Anderson, Laubscher, & Burns, (1996) yang menyatakan bahwa perempuan setelah mengalami stroke lebih baik dalam hal fungsi sosial dan kesehatan mental dibanding laki-laki begitu juga hasil penelitian. Zalihic, Viedran, & Mirela, (2010) menyatakan bahwa kualitas hidup pasien setelah stroke pada laki-laki lebih baik daripada perempuan. Menurut Nazroo & Mcmun (2004) perbedaan jenis kelamin dalam persepsi sejahtera (*wellbeing*) dapat terjadi walaupun tidak pada semua dimensi pengukuran kualitas hidup. Keadaan ini lebih diakibatkan perbedaan jenis kelamin pada kejadian depresi. Perbedaan jenis kelamin pada kejadian depresi, menurut Afifi (2007) lebih banyak pada perempuan dibandingkan pada laki-laki, hal ini disebabkan perempuan lebih sensitif terhadap kondisi yang menimbulkan tekanan, terutama yang berhubungan dengan anak, rumah, dan status perkawinan.

6.2.3 Hubungan karakteristik tingkat pendidikan dengan kualitas hidup

Dari hasil penelitian yang dapat dilihat pada tabel 5.6 Kualitas hidup responden berdasarkan tingkat pendidikan yaitu; kualitas hidup baik dengan tingkat pendidikan SD 3 orang (13,6%), SMP 4 orang (18,2%), SMA 9 orang (40,9%), PT 6 orang (27,3%) dan kualitas hidup kurang dengan tingkat pendidikan SD 7 orang (31,8%), SMP 3 orang (13,6%), SMA 4 orang (18,2%), PT 8 orang (36,4%) dengan hasil analisis tidak terdapat hubungan tingkat pendidikan dengan kualitas hidup pada pasien stroke iskemik dengan nilai $p=0,256$ (nilai $p>0,05$).

Hasil penelitian ini berbeda dengan penelitian Lucas et al (2006) yang menyatakan bahwa kualitas hidup lebih baik pada orang dengan pendidikan tinggi dibanding pendidikan menengah dan bawah. Pendidikan yang tinggi merupakan faktor yang dapat meningkatkan kualitas hidup pada pasien lanjut usia.

6.3 Pengaruh *discharge planning* terstruktur terhadap kualitas hidup pasien stroke iskemik

Berdasarkan Tabel 5.9 terlihat hasil uji statistik menggunakan *Mann Whitney Test* pada derajat kepercayaan 95%, menunjukkan bahwa terdapat perbedaan kualitas hidup berdasarkan Fungsi Fisik antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol pada pasien stroke iskemik dengan nilai $p < 0,001$, terdapat perbedaan kualitas hidup berdasarkan rasa nyeri antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol pada pasien stroke iskemik dengan nilai $p = 0,041$, terdapat perbedaan kualitas hidup berdasarkan kesehatan umum antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol pada pasien stroke iskemik dengan nilai $p = 0,017$, terdapat perbedaan kualitas hidup berdasarkan Fungsi Sosial antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol pada pasien stroke iskemik dengan nilai $p = 0,028$, terdapat perbedaan kualitas hidup berdasarkan Kesehatan Mental antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol pada pasien stroke iskemik dengan nilai $p = 0,025$, terdapat perbedaan kualitas hidup berdasarkan Ringkasan Fisik & mental antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol pada pasien *stroke iskemik* dengan nilai $p = 0,017$ (nilai $p \leq 0,05$).

Namun tidak terdapat perbedaan kualitas hidup berdasarkan Peranan fisik antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol pada pasien stroke iskemik dengan nilai $p = 0,062$, tidak terdapat perbedaan kualitas hidup berdasarkan Vitalitas/energi antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol pada pasien stroke iskemik dengan nilai $p = 0,352$, tidak terdapat perbedaan kualitas hidup berdasarkan Peranan emosi antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol pada pasien stroke iskemik dengan nilai $p = 0,132$ (nilai $p > 0,05$).

Hasil penelitian diatas terlihat adanya perubahan kualitas hidup pada dimensi fungsi fisik, rasa nyeri, kesehatan umum, fungsi sosial, kesehatan mental dan ringkasan fisik & mental. Hasil ini sesuai dengan teori oleh Smeltzer (2008) bahwa pasien setelah mengalami stroke akan mengeluh nyeri. Berbagai penyebab nyeri yang timbul akibat; nyeri bahu, nyeri akibat spastisitas. Nyeri bahu ini disebabkan oleh peregangan dan peradangan sendi bahu yang melemah, dan

sangat sering pada pasien dengan tungkai atas atau bawah yang lemah, atau mereka yang memiliki riwayat gangguan tungkai atas,

Paralisis ekstremitas yang akan menghambat pasien untuk mobilisasi sehingga membutuhkan mendapatkan perhatian khusus, perawatan diri sehingga akan mengalami gangguan dalam aktivitas hidup sehari-hari, pembatasan dalam aktivitas untuk mengisi waktu luang akibat adanya kegagalan fisik atau gangguan kognitif, tetapi dapat juga disebabkan oleh faktor psikologis, atau bahkan karena ketakutan bahwa aktivitas akan memicu stroke ulang.

Berkurangnya aktivitas waktu luang akan menyebabkan isolasi sosial, perubahan afek/mood, dan berpengaruh buruk terhadap hubungan antar pasien dengan keluarga, Gangguan psikologis non spesifik, depresi, kecemasan. Depresi mempunyai dimensi perubahan pada mood, afektif, kognitif, behavioral, neurovegetatif. Perubahan mood pada depresi berupa kesedihan dan kehilangan kemampuan untuk bergembira. Kecemasan sering didapatkan pada orang depresi. Kelainan afektif dapat terlihat dari muka dan sikap yang sedih dan sering menangis. Sedangkan perubahan kognitif yang terjadi adalah kehilangan motivasi, inisiatif dan menjadi apatis. Penderita menjadi merasa tidak berdaya, tidak berguna, tidak dapat konsentrasi dan merasa tidak dapat menolong dirinya sendiri, bahkan terkadang disertai juga perasaan gangguan organik. Beberapa diantaranya ada yang menarik diri dari kegiatan social, disertai halusinasi dan delusi dan gangguan kognitif, perilaku dan penurunan emosi akibat kerusakan otak (Smeltzer & Bare, 2008). Pasien setelah mengalami stroke cenderung akan hidup lama dalam keadaan penurunan fungsi, biasanya mereka menderita dari perubahan peran fisik, gangguan mood, penurunan kognitif dan penurunan interaksi social (Carod-Artal et al, 2009). Jaracz & Kozubski (2003) mengatakan dari hasil penelitiannya bahwa perubahan kualitas hidup sangat jelas terlihat pada pasien setelah mengalami stroke. Hal ini dikuatkan oleh Carod-Artal, et al (2000) yang mengatakan bahwa pasien setelah stroke akan terjadi perubahan fisik, gangguan mental, gangguan kognitif dan penurunan interaksi sosial.

Namun pada penelitian diatas tidak terdapat perbedaan kualitas hidup berdasarkan Peranan fisik, Vitalitas/energy dan Peranan emosi. Perubahan ini mungkin belum terlihat karena waktu penilaian kualitas hidup yang terlalu dini setelah dilakukan *discharge planning*. Hasil penelitian Kelly-Hayes,(2003) mengatakan *postdischarge planning* intervensi keperawatan setelah 6 minggu pada penderita stroke adanya perubahan pada fisik, kognitif, dan emosional.

Hasil penelitian dapat dilihat pada Tabel 5.7 yang menyatakan bahwa perubahan nilai kualitas hidup kelompok intervensi lebih tinggi yaitu 11,38% sedangkan kelompok kontrol 4,11% dan hasil uji statistik menggunakan *Independent T Test* pada derajat kepercayaan 95%, menunjukkan bahwa terdapat pengaruh *discharge planning* terstruktur terhadap kualitas hidup pasien stroke iskemik dengan nilai $p < 0,001$.

Setelah dilakukan Analisis multivariat dengan *Multiple Logistic Regression Test* yang ditunjukkan pada Tabel 5.8 bahwa *discharge planning* terstruktur berpengaruh secara bermakna terhadap kualitas hidup pasien *stroke ischemic* setelah mempertimbangkan variabel umur, jenis kelamin dan tingkat pendidikan pada nilai $p < 0,001$ dengan nilai koefisien beta 3,008 dengan nilai Relatif Risk (RR) sebesar 20,25 yang menunjukkan pasien stroke iskemik yang dilakukan *discharge planning* terstruktur memiliki peluang 20 kali lebih besar untuk memiliki kualitas hidup baik dibandingkan pada subjek penelitian tanpa dilakukan *discharge planning*.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Almborg (2010) bahwa pemberian *discharge planning* dapat meningkatkan kemajuan kesehatan pasien, membantu pasien untuk mencapai kualitas hidup optimum sebelum dipulangkan. Hal ini juga didukung oleh hasil penelitian Kelly-Hayes et al (2003) yang mengatakan bahwa 6 minggu setelah dilakukan *discharge planning* pada penderita stroke adanya perubahan pada fisik, kognitif, dan emosional, gejala depresi berkurang, partisipasi dalam kegiatan sosial meningkat. Almborg (2010) melakukan penelitian dengan hasil 2 sampai 3 minggu setelah dilakukan *discharge planning* gejala depresi pada pasien stroke iskemik menurun dan partisipasi kegiatan social meningkat. Perawatan pasien pada kelompok intervensi dengan *discharge*

planning dibandingkan kelompok yang tidak diberikan *discharge planning* pada pasien lansia dengan stroke iskemik juga ada perubahan yang signifikan Shyu et al (2008). Begitu juga dengan dukungan sosial yang menjadi lebih baik menurut Janet et al (2004) dan keluarga berperan bagi pasien stroke iskemik setelah diberikan *discharge planning* pada minggu ke 12 sehingga akan meningkatkan kualitas hidup. Dalam penelitian Anderson, Laubscher, & Burns (1996) menyebutkan bahwa peran keluarga sangat mempengaruhi komponen mental dalam kualitas hidup terkait kesehatan pasien stroke. *Discharge planning* juga sangat membantu meningkatkan perawatan saat dirumah (Karen et al, 2000), meningkatkan pengetahuan pasien, mengurangi kunjungan ulang ke rumah sakit, dan mengurangi biaya perawatan (Slaganfall, 1992), meningkatkan *Activity daily living* setelah 10 hari diberikan *discharge* pada pasien lansia yang mengalami *stroke iskemik* Sommerfeld (2001).

Discharge planning telah menjadi bagian penting dari perawatan (Driscoll, 2000) karena *discharge planning* merupakan suatu proses dimulainya pasien mendapatkan pelayanan kesehatan yang diikuti dengan kesinambungan perawatan baik dalam proses penyembuhan maupun dalam mempertahankan derajat kesehatannya sampai pasien merasa siap untuk kembali ke lingkungannya (Kozier, 2004) yang dilaksanakan sejak pasien diterima di rumah sakit dimana rentang waktu pasien untuk dirawat berkurang (Sommerfeld, 2001).

Discharge planning yang efektif mencakup pengkajian berkelanjutan untuk mendapatkan informasi yang komprehensif tentang kebutuhan pasien yang berubah-ubah, pernyataan diagnosa keperawatan, perencanaan untuk memastikan kebutuhan pasien sesuai dengan apa yang dilakukan oleh pemberi layanan kesehatan (Kozier, 2004). The Royal Marsden Hospital (2004) menyatakan tujuan dilakukannya *discharge planning* untuk mempersiapkan pasien dan keluarga secara fisik dan psikologis di pulangkan ke rumah, menyediakan informasi tertulis dan verbal kepada pasien dan pelayanan kesehatan untuk memenuhi kebutuhan pasien dalam proses pemulangan, memfasilitasi proses perpindahan yang nyaman dengan memastikan semua fasilitas pelayanan kesehatan yang diperlukan telah

dipersiapkan untuk menerima pasien, meningkatkan tahap kemandirian yang tertinggi kepada pasien dan keluarga.

Pemberian *discharge planning* terstruktur, merupakan tugas perawat dimana peran perawat sangat berpengaruh dalam memberikan pemahaman dan pengetahuan pasien, meningkatkan motivasi pasien untuk menjalankan proses rehabilitasi seoptimal mungkin, Perawat harus memiliki kompetensi lebih dan punya keahlian dalam melakukan pengkajian secara akurat, mengelola dan memiliki komunikasi yang baik dan memahami setiap kondisi dalam masyarakat (Carroll & Dowling, 2007). Dengan pengetahuan, keterampilan dan minat perawat yang baik maka akan memberikan perawatan yang efektif dan terapeutik rehabilitasi, oleh karena itu harus memiliki pendidikan dan pelatihan yang khusus dalam perawatan pasien dengan stroke dimana pekerjaan difokuskan dengan menjalin kemitraan dengan pasien untuk pemulihan.

6.4 Keterbatasan Penelitian

Peneliti menyadari adanya keterbatasan dalam penelitian ini, diantaranya :

1. Waktu Penelitian

Waktu untuk penilaian kualitas hidup setelah dilakukan *discharge planning* baik terstruktur maupun rutin oleh rumah sakit tergolong singkat yaitu 7 hari. Penilaian yang sangat singkat ini dan perubahan kualitas hidup setelah diberikan *discharge planning* banyak faktor yang mempengaruhi selain intervensi yang diberikan, seperti keyakinan, faktor budaya orang timur yang cenderung pasrah dan menerima keadaan karena mereka mempersepsikan ini adalah takdir yang sudah digariskan dan juga faktor keluarga yang menerima dan memberikan support kepada penderita sehingga ini juga mempengaruhi terhadap kualitas hidup pasien stroke iskemik.

Pada awal penelitian penilaian ini akan dilakukan 10 hari *postdischarge planning* tetapi karena waktu jadwal kontrol pasien ke RS adalah 6 – 7 hari setelah rawat inap maka penilaian ini dilakukan 7 hari setelah *discharge planning*.

2. Proses pelaksanaan penelitian

Selama proses penelitian, terdapat kendala yang kurang mendukung proses penelitian yaitu kehadiran anggota keluarga yang mendampingi pasien kadangkadang berganti-ganti atau bahkan ada yang tidak datang, sehingga harus pendidikan kesehatan hanya diberikan kepada pasien tanpa melibatkan keluarga.

6.5 Implikasi dalam Pelayanan Keperawatan

Pelaksanaan *discharge planning* terstruktur dan komprehensif dapat memotivasi perawat untuk menyadari pentingnya dilaksanakan pada pasien dan keluarga yang dimulai sejak awal untuk meningkatkan partisipasinya dalam proses penatalaksanaan dan memiliki perilaku hidup sehat untuk meningkatkan kualitas hidup pasien. Hasil penelitian membuktikan bahwa *discharge planning* terstruktur dapat mempengaruhi kualitas hidup pasien stroke. Hal ini membuktikan bahwa aktivitas seorang perawat dengan melaksanakan *discharge planning* dapat meningkatkan kualitas hidup pasien. 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. 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. Disamping itu mereka juga harus memiliki pengetahuan, pengalaman serta kemampuan intelektual yang lebih baik dalam merencanakan asuhan keperawatan.

BAB 7

SIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

- a. Tidak ada hubungan umur dengan kualitas hidup pasien stroke iskemik
- b. Tidak ada hubungan jenis kelamin dengan kualitas hidup pada pasien stroke iskemik.
- c. Tidak ada hubungan tingkat pendidikan dengan kualitas hidup pada pasien stroke iskemik.
- d. Ada pengaruh *discharge planning* terstruktur terhadap kualitas hidup pasien iskemik setelah dikontrol umur, jenis kelamin dan tingkat pendidikan.

7.2 Saran

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

1. Bagi pelayanan keperawatan
 - a. Mensosialisasikan dan melaksanakan *discharge planning* yang komprehensif dalam tatanan pelayanan kesehatan di rumah sakit.
 - b. Perawat harus memiliki pengetahuan, kemampuan dan pemahaman akan pentingnya memberikan *discharge planning* yang komprehensif yang dimulai sejak awal pada pasien stroke sebagai upaya pencegahan primer dan sekunder. Karena memberi manfaat positif pada pasien dan keluarga.
 - c. Perawat harus memiliki kemampuan dalam melaksanakan *discharge planning* sesuai dengan kebutuhan pasien sehingga dapat memberikan motivasi dan merubah perilaku pasien untuk meningkatkan kualitas hidup pasien stroke iskemik
2. Bagi peneliti selanjutnya disarankan penelitian tentang kualitas hidup, *activity daily living (ADL)*, depresi, dan peran keluarga pada pasien stroke berdasarkan letak lesi dan menggunakan instrument kualitas hidup yang lebih spesifik.

DAFTAR PUSTAKA

- Almborg. HA, Ulander K, & Thulin A. (2009). Discharge Planning of Stroke patients: the relatives perceptions of participation. *Journal of Clinical Nursing*. 18, 857-865.
- Almborg. HA (2010). Discharge after stroke-important factor for health. Related Quality of Life. *Journal of clinical nursing*. 19. 2196.
- Anderson C, Laubscher S & Burns R (1996) Validation of the short form 36 (SF-36) health survey questionnaire among stroke patients. *Stroke*. 27: 1812-1816.
- Ahlsio B, Britton M, Murray V, & Theorell T. (1984). Disablement and quality of life after stroke. *Stroke*. 15: 886-890.
- Angeleri F, Angeleri VA, Foschi N, Giaquinto S, & Nolfe S. (1993). The influence of depression, social activity, and family stress on functional outcome after stroke. *Stroke*. 24: 1478-1483.
- Astrom M, Apslund K, & Astrom T. (1992). Psychosocial function and life satisfaction after stroke. *Stroke*. 24:320-7.
- Afifi M. (2007). Gender differences in mental health. *Singapore Med J*; 48: 385-91.
- Australian Health Outcomes Collaboration. (2005) SF-36® Health Survey (Version 1.0). Instrument review. AHOC.
- Black JM & Hawk JH. (2005). *Medical Surgical Nursing : Clinical Management for Positive Outcomes*. 7th edition. St. Louis Missouri : Elsevier Saunders.
- Budiarto, E. (2006). *Biostatistik untuk kedokteran dan kesehatan masyarakat Jakarta: EGC*
- Brazier JE, Jines N, & Kind P. (1993). testing the Validity of the Euroqol and Comparing It with the SF-36 health survey questionnaire . *Quality life Res.*; 2:169-80
- Brazier JE, Harper R, Jones NMB, O’Cathain A, Thomas KJ, Usherwood T, & Weslake L. (1992). Validating the SF-36 health survey questionnner: new outcome measure for primary care. *BMJ*. 305:160-164
- Carpenito, L.,J., (1999), *Nursing Diagnosis and Collaborative Problems*, Third Edition. Philadelphia : Lippincot.

- Caroll A & Dowling (2007). Discharge Planning: Communication, education and patient participation. *British Journal of Nursing. Vol 16*
- Carod AJF & Egido AJ (2009) Quality of Life after stroke: The importance of a good recovery. *Department of Neurology Sarah Hospital, The Sarah Network of Rehabilitation Hospitals, Brasilia, Brazil; Stroke Unit, Department of Neurology, San Carlos Hospital, Madrid, Spain*
- Carod AJF, Egido JA, Gonzalez JL, De Seijas EV. (2000). Quality of life among stroke survivors evaluated 1 year after stroke; *Experiences of Stroke Unit. Stroke* 31: 2995-3000
- Cawthorn, L. (2005). *Discharge Planning Under The Umbrella of Advanced Nursing Practise Case Manager*. Canada : Longwoods Publishing.
- Chin-Ying W, Hung-Ming W, Jiann-Der W, Hiu-Huei W. (2010). Stroke risk factors and subtypes in different age groups: A hospital-based study. *Department of Neurology, Chang Gung University, College of Medicine, Chiayi, Taiwan. Neurol India. 2010 Nov-Dec;58(6):863-8.*
- Dahlan, S. (2008). Langkah-langkah membuat proposal penelitian. *Jakarta.CV.Sagung Seto*
- Driscoll A (2000). Managing post discharge care at home: on analysis of patients and their carers Perception of information received during their stay in hospital. *Journal of advanced Nursing. 31: 1165 – 73*
- Discharge Planning Assotiation (2008). Discharge Planning di [http://www.discharge Planning.org.au/index.htm](http://www.dischargePlanning.org.au/index.htm). Diunduh pada tanggal 28 februari 2011
- Dorman P, Slattery J, Farrell B, Dennis M, & Sandercock P. (1998). Qualitative comparison of the reliability of health status assessment with the EuroQol and SF-36 questionnaires after stroke. *Stroke. 29: 63-68.*
- De Haan R, Aaronson N, Limburg M, Langton Hower RL & Van Crevel H (1993) Measuring quality of life in stroke. *Stroke* 24: 320-327.
- De Haan RJ & Faranson N (2002). Measuring Quality of Life After Using The SF-36 in stroke. *Stroke. 33:1176 – 1177*
- Doengoes EM, Moorhouse MF, & Murr AC. (2007). *Nursing Diagnosis Manual: Planning, Individualizing and Documenting Client Care. Edition Two. FA Davis Company. Philladelphia*
- Demet U, FerhanS, Ahmed O, & Selcuk M. (2008). Comparison of SF-36 and WHO QOL-100 in patients with stroke. *Neurologic India. Vol 56*

- Exel van NJA, Scholte op Reimer WJM, Koopmanschap MA (2004). Assesment of post-stroke quality of life cost-effectiveness studies: The usefulness of Barthel Index and Euro QoL-5D. *Qual Life Res* 13:427-33
- Farquhar.M. (1995). Definition of Quality of Life. *Journal of Advanced Nursing*.22.502-503
- Fayers MP & Machin D (2000) *Quality of Life Assessment: Analysis, and Interpretation*. John Wiley & Sons, LTD
- Ferrans CE & Powers MJ (1993). Quality of life index: development and psychometric properties. *Advances in Nursing Science*, 8(1), 15-24.
- Feigin, V. (2006). *Stroke : Panduan bergambar tentang pencegahan dan pemulihan stroke*. Jakarta: PT. Buana ilmu populer
- Glass TA, Matchar DB, Belyea M & Feussner JR. (1993). Impact of social support on outcome in first stroke. *Stroke* 24: 64-70.
- Garratt A, Schmidt L, Mackintosh A, & Fitzpatrick R. (2002). Quality of life measurement: bibliographic study of patient assessed health outcome measures. *Br Med J*. 324:1417-21
- Guyatt GH, Feeny DH, & Patrick DL.(1993). Measuring health-related quality of life. *Ann Intern Med*. 118:622-629
- Hachinski V. (1999). Post-stroke depression, not to be underestimated. *Lancet*. 353: 1728.
- Haberman, MR & Bush. N. (1998) Quality of Life Methodological and measurement issues. In CR.King & P.S.Hids (Eds).*Quality of Life. From nursing and patient perspectives* (PP.117 – 139)
- Harmaini F. (2006). Uji Keandalan dan Kesahihan Formulir European Quality of Life – 5 Dimensions (EQ-5D) untuk Mengukur Kualitas Hidup Terkait Kesehatan pada Usia Lanjut di RSUPNCM. Indonesia. *Universitas Indonesia. Tesis*.
- Hanger HC, Forgarty B, Wilkinson TJ, Sainsburg R. (2000). Stroke pasienst views on stroke outcome: death versus disability. *Clinical Rehabilitation*. 14 (4): 417-24
- Harsono. (1999). *Buku Ajar Neurologi Klinis*. Yogyakarta. Penerbit Gajah Mada University Press
- Hermann BP. (1993). Developing a model of quality of life in epilepsy : the contribution of neuropsychology. *Epilepsia*. 34 (suppl),: 14-21

- Hellen W. (2007). Altered living: coping, hope and quality of life after stroke. *British Journal of Nursing*. Vol 16 No.20
- Jaracz K & Kozubsky W (2003) Quality of life in stroke patients. *Neurol Scand* 107 (5): 324-9
- Janet WHS, Thomas KSW, Michael C, Leonard SWL, Yee-man F. (2004). Stroke care in the home: the impact of social support on the general health of family caregivers. *Journal of Clinical Nursing Volume 13, Issue 7, pages 816–824, October 2004*
- Jaracz K, Kozubski W (2003) Quality of Life in stroke patients. *Acta Neurologica Scandinavica*. Volume 107, Issue 5. Pages 311–386
- Johnson AJ, Pickard AS, Feeny HD, Shuaib A, Carrieri KC. (2004) Agreement assessment of health-related quality of life after stroke using the EQ-SD and health utilities index. *American Stroke Association*. 35: 607-612.
- Jonkman EJ, De Weerd AW & Vrijens NLH. (1998). Quality of life after first ischemic stroke. Longterm developments and correlations with changes in neurological deficits, mood and cognitive impairment. *Acta Neurol Scand*. 98: 169-175.
- Karen A, Grimer, John RM, & Tiffani KG. (2000). Discharge planning quality from the carer perspective. *Quality of research*. 9: 1005-1013
- Kelly-Hayes M, Beiser A, Kase CS, Scarramucci A, D'Agustino RB, & Wolf PA. (2003). The influence of gender and age on disability following ischemic stroke, the framingham study. *Journal Stroke cerebrovascular*. 12: 119-126
- King RB. (1996). Quality of life after stroke. *Stroke*. 27: 1467-1472.
- Kotila M, Numminen H, Waltimo O & Kaste M. (1998). Depression after stroke. Results of the Finnstroke study. *Stroke*. 29: 368-372.
- Kwa VIH, Limburg M & de Haan RJ. (1996). The role of cognitive impairment in the quality of life after ischemic stroke. *J Neurol*. 243: 599-604.
- Kozier, B. (2004). *Fundamental of Nursing Concept Process and Practice*. 1st Volume 6th Edition. New Jersey. Pearson/ prentice hall.
- Lewis. (2007). *Medical surgical nursing*. 7th edition. St.Louis : Missouri. Mosby-Year Book, Inc.
- Misbach J & Kalim H (2007). Stroke mengancam usia produktif. Artikel diakses dari www.medicastore.com. Diperoleh tanggal 18 April 2011

- Nazroo J & McMunn A. (2004) Gender Differences in well-being in older age. *J Epidemiol Community Health*. 58:333-9.
- Niemi ML, Laaksonen R, Kotila M, & Waltimo O. (1988). Quality of life 4 years after stroke. *Stroke*, 19: 1101-1107.
- Notoatmodjo. (2002). *Metodologi Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmojo. (2003). *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan. (Ed.1)*. Jakarta: PT.Rineka Cipta
- Owolabi OM (2009) Which is more valid for stroke patients: Generic or stroke-specific quality of life measures? *Neuroepidemiology* **2010**;34(1):8-12.
- Perry AG & Potter PA (2005). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, proses, & Praktik. Volume I. Edisi 4*. Jakarta: EGC
- Perry AG & Potter PA (2006). *Clinical Nursing Skill & technique. 6 th edition*. Missouri: Mosby Inc
- Phillips CO, Wright SM, Kern D, Singa RM, Sheppert S, & Rubin HR. (2004). Comprehensive Discharge Planning with Post Discharge support for older patients congestive heart failure: meta-analysis. *NHS. National Institute For Health Research*
- Pollit, D.F., & Beck, C.T. (2006). *Essentials of Nursing Research : Methods, Appraisal and Utilization. (6th Ed)*. Philadelphia: Lippincott Williams & Walkins.
- Price S & Wilson L. (2006). *Patofisiologis. Konsep klinis proses-proses penyakit. Edisi ke 6*. Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Ronning MO. Knut Stavem' (2006). Determinants of change in quality of life from 1 to 6 month following acute stroke. *Helse Øst Health Services Research Centre, Department of Neurology, and Medical Department, Akershus University Hospital, Lørenskog, Norway*
- Rasyid, A. dan Soertidewi, L. (2007). *Unit stroke : Manajemen stroke secara komprehensif*. Jakarta: FKUI
- RAND (1999). Scoring instruction for the 36 item SF-36. http://www.rand.org/health/surveys_tools/mos/mos.core 36 item scoring.htm. 17 mei 2011
- Sastroasmoro, S dan Ismael, S. (2008). *Dasar-dasar metodologi penelitian klinis. (Ed.2)*. Jakarta: Sagung seto.

- Smeltzer SC & Bare G. (2008). *Brunner & Suddarth : Textbook of medical surgical nursing*. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.
- Sommerfeld KD. (2001). Disability test 10 days after acute stroke to predict early discharge home in patients 65 years and older. *Clinical Rehabilitation*. 15 : 528 -534
- Shyu LYI, Chen MC, Chen CS, Wang SP, & Shao JH. (2008). A family caregiver-oriented discharge planning program for older stroke patients and their family caregivers. *Journal of Clinical Nursing*. 17: 2497-2508.
- Shepherd, S., Parkes J, McClaran J, Phillips (2004). Discharge Planning from Hospital to home (Review). *This is a reprint of a Cochrane review, prepared and maintained by The Cochrane Collaboration and published in The Cochrane Library*
- Slevin AP (1986). A model for discharge planning in nursing education. Bradley university, Laurence Erlbaum association inc. *Journal of community health nursing*.
- Slaganfall (1992) The Swedish council on technology assessment in health care
- Sneeuw KC, Aaronson NK, De Haan RJ & Limburg M. (1997). Assessing quality of life after stroke: The value and limitations of proxy ratings. *Stroke*. 28, 1541–1549.
- Sugiyono. (2005). *Statistik untuk Penelitian . Bandung. CV. Alfabeta*.
- Shinohara Y (2010) Factors Affecting health-related quality of life assessed with the SF-36 health survey in outpatients with chronic-stage ischemic stroke in Japan. *Cerebrovasc Dis.* ;29(4):361-71.
- Testa MA & Simonson DC. (1996). Assessment of Quality of Life outcomes. *The New England Journal of Medicine*. 334: 835-39.
- The Royal Marsden. Org. (2004). Discharge Planning. <http://www.royal-marsden.org>. pada tanggal 29 februari 2011
- Viitanen M, Fugl-Meyer KS, Bernspang B & Fugl-Meyer AR. (1988) Life satisfaction in long-term survivors after stroke. *Scand J Rehabil Med*. 20: 17-24.
- Williams LS. (1998). Health-related quality of life outcomes in stroke. *Neuroepidemiology*. 17:116-20
- Williams L & Hopper D. (2003). *Understanding Medical Surgical Nursing. Third Edition*. Philadelphia. FA Davis Company

Ware JE & Sheirbourne CD (1992). The MOS 36 item short form health survey (SF-36). Conceptual frame work and item selection. *Med Care*. Jun;30(6):473-83.

Wyller TB, Holmen J, Laake P, & Laake K. (1998). Correlates of subjective well-being in stroke patients. *Stroke*. 29: 363-367.

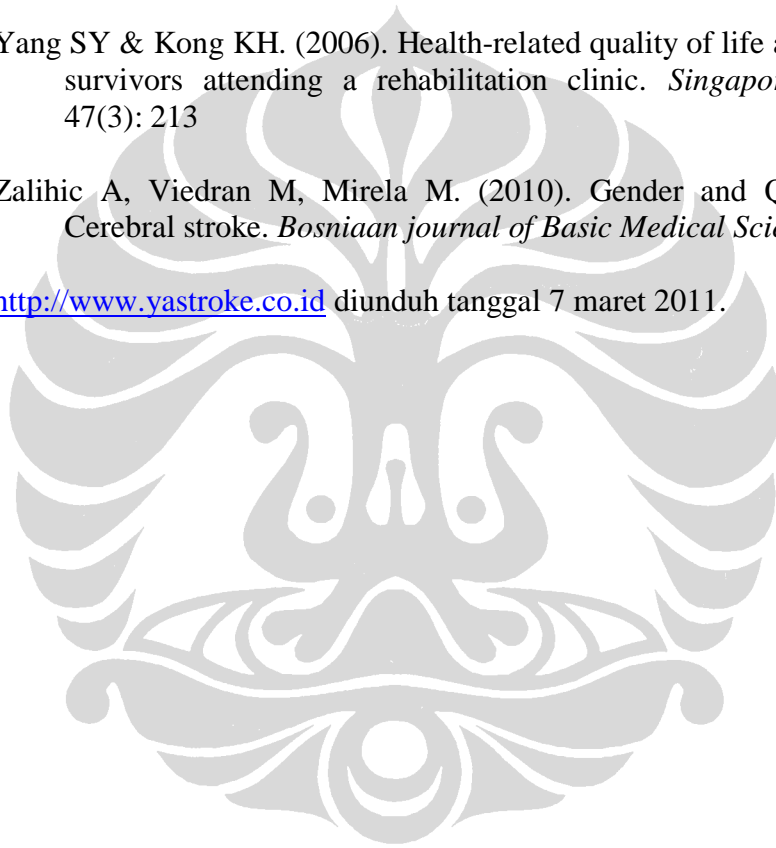
Wyller TB, Sveen U, Sodring KM, Pettersen AM, & Bautz-Holter E. (1997). Subjective well-being one year after stroke. *Clin Rehabil*. 11: 139-145.

Walters SJ, Munro JF, Brazier JE. (2001). Using SF-36 with Older Adults: A Cross Sectional Community-Based Survey. *Age & Aging*

Yang SY & Kong KH. (2006). Health-related quality of life among chronic stroke survivors attending a rehabilitation clinic. *Singapore Medical Journal*. 47(3): 213

Zalihic A, Viedran M, Mirela M. (2010). Gender and Quality of Life after Cerebral stroke. *Bosnian journal of Basic Medical Sciences*. 10 (2): 94-99

<http://www.yastroke.co.id> diunduh tanggal 7 maret 2011.



**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSSAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH
PROGRAM PASCA SARJANA UNIVERSITAS INDONESIA**

PENJELASAN PENELITIAN

Judul Penelitian : Pengaruh *Discharge Planning* terstruktur terhadap Kualitas Hidup pada pasien stroke iskemik di Rumah Sakit Al-Ihsan dan Rumah Sakit Al -Islam Bandung

**Peneliti : Upik Rahmi
NPM : 0906505174**

Saya adalah mahasiswa Program Pasca Sarjana Ilmu Keperawatan, Kekhususan Keperawatan Medikal Bedah Universitas Indonesia yang sedang melakukan penelitian untuk mengetahui “Pengaruh *Discharge Planning* terstruktur terhadap Kualitas Hidup pada pasien stroke iskemik di Rumah Sakit Al-Ihsan dan Rumah Sakit Al-Islam Bandung” Bapak/Ibu/Saudara yang berpartisipasi dalam penelitian ini akan diberikan penyuluhan dan penjelasan tentang penyakit dan perawatan stroke. Sebelum dan sesudah latihan akan dilakukan pemeriksaan fisik bapak/ibu/saudara Kami menjamin bahwa penelitian ini tidak akan berdampak negative bagi bapak/ibu/saudara. Apabila selama berpartisipasi dalam penelitian ini bapak/ibu/saudara merasakan tidak nyaman karena perlakuan penelitian, bapak/ibu/saudara berhak untuk berhenti atau tidak melanjutkan partisipasinya. Kami berjanji akan menjunjung tinggi hak-hak responden dengan cara menjaga kerahasiaan dari data yang diperoleh, baik selama proses pengumpulan data, pengolahan maupun penyajian. Peneliti juga menghargai keinginan responden untuk tidak berpartisipasi atau keluar kapan saja dalam penelitian ini. Hasil penelitian ini nantinya akan sangat bermanfaat bagi perawat dalam merawat pasien stroke.. Melalui penjelasan ini kami sangat mengharapkan partisipasi bapak/ibu/saudara. Atas kesediaan bapak/ibu saudara berpartisipasi dalam penelitian ini kami sampaikan ucapan terima kasih.

Bandung, Juni 2011

Peneliti

Lampiran 2

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH
PROGRAM PASCA SARJANA UNIVERSITAS INDONESIA**

LEMBAR PERSETUJUAN

Judul Penelitian : Pengaruh *Discharge Planning* terstruktur terhadap Kualitas Hidup pada pasien stroke iskemik di Rumah Sakit Al-Ihsan dan Rumah Sakit Al-Islam Bandung

**Peneliti : Upik Rahmi
NPM : 0906505174**

Peneliti telah menjelaskan tentang penelitian yang akan dilaksanakan. Saya mengetahui bahwa tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui Pengaruh *Discharge Planning* terstruktur terhadap Kualitas Hidup pada pasien stroke iskemik di Rumah Sakit Al-Ihsan dan Rumah Sakit Al-Islam Bandung. Saya mengerti bahwa keikutsertaan saya akan dalam penelitian ini sangat besar manfaatnya bagi peningkatan kualitas hidup pasien stroke. Saya mengerti bahwa resiko yang akan terjadi sangat kecil. Saya juga berhak untuk mengentikan keikutsertaan dalam penelitian ini. Saya mengerti bahwa catatan mengenai penelitian ini akan dirahasiakan, dan kerahasiaan ini dijamin. Semua berkas yang mencantumkan identitas subjek penelitian hanya digunakan untuk keperluan pengolahan data dan bila sudah tidak digunakan akan dimusnahkan. Hanya peneliti yang tahu kerahasiaan data ini. Demikian secara sukarela dan tidak ada unsur paksaan dari siapapun, saya bersedia berpartisipasi dalam penelitian ini.

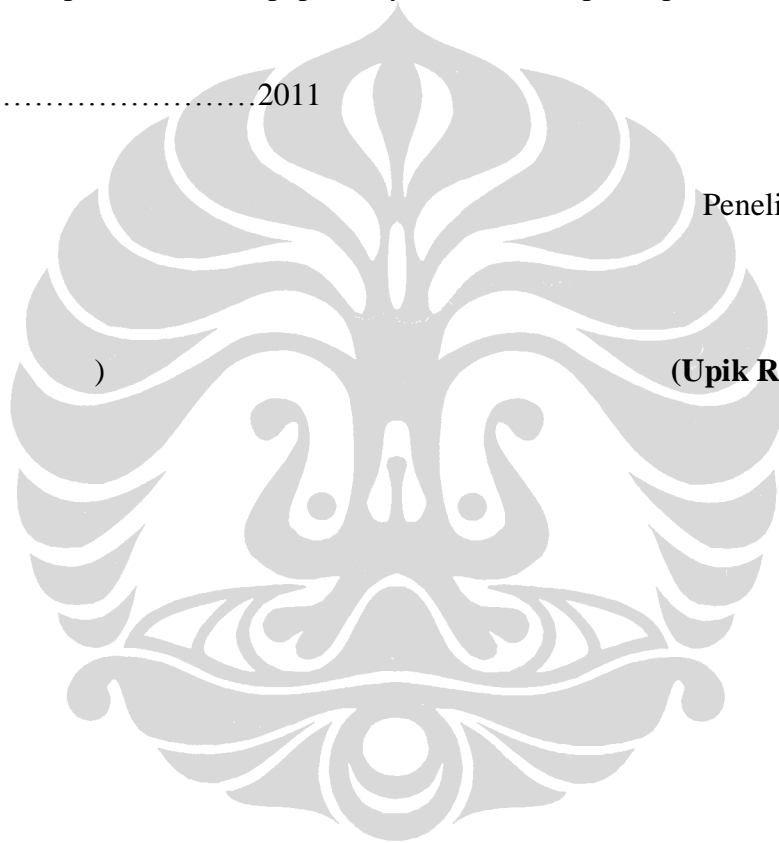
Bandung,2011

Responden

Peneliti

()

(Upik Rahmi)



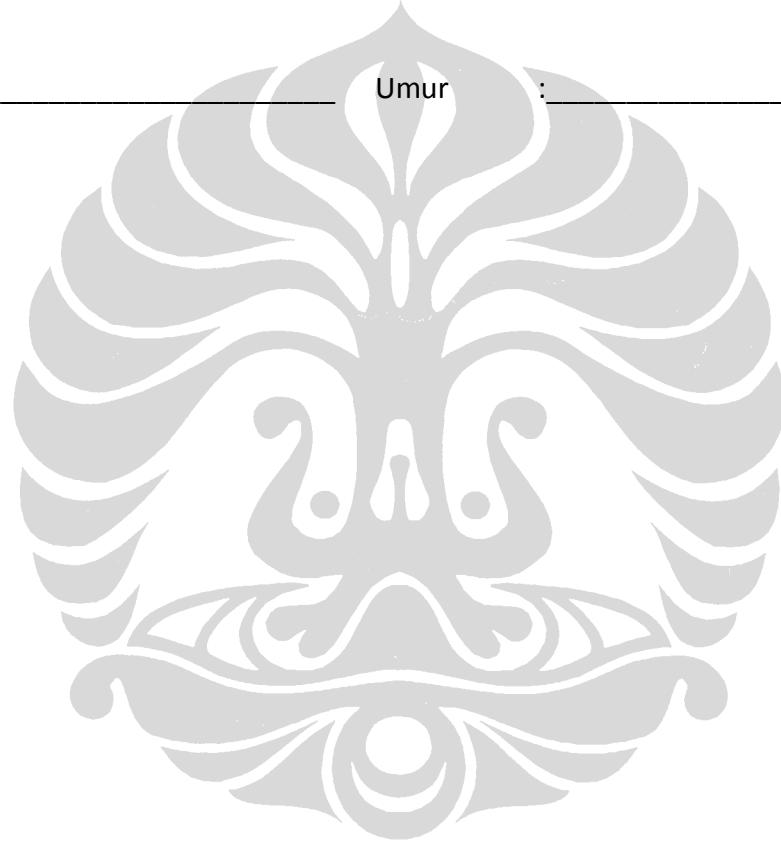
Lampiran 3



KUESIONER KUALITAS HIDUP

Mohon diisi dengan jawaban yang paling sesuai dengan diri anda

Nama : _____ Umur : _____ Thn



Jenis Kelamin: _____ L/P

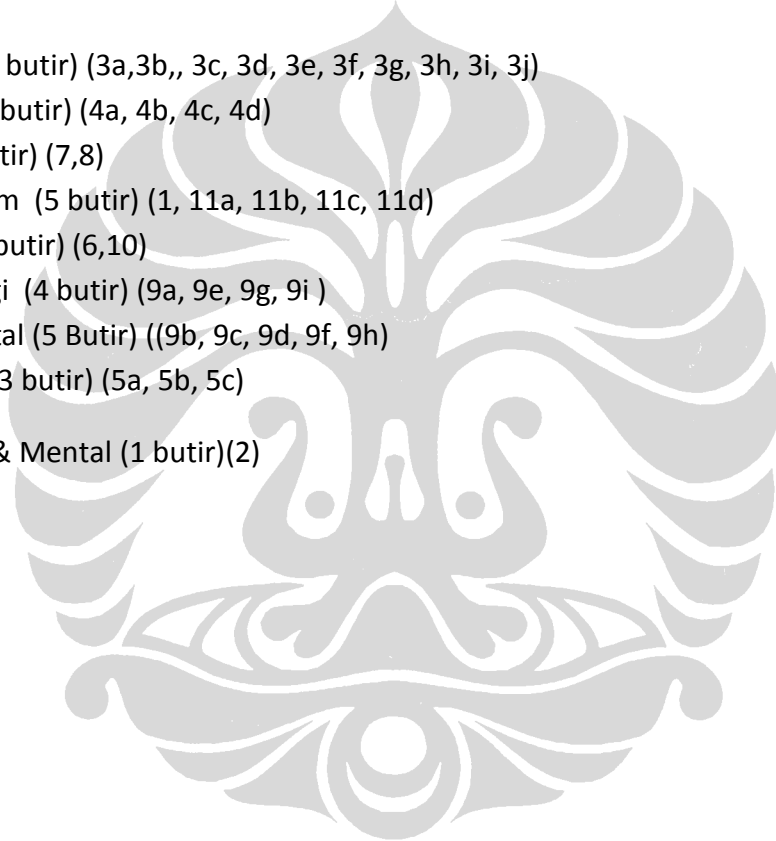
Hp / Tlp : _____

Alamat : _____

Pendidikan : SD SMP SMA PT

Keterangan:

1. FF = Fungsi Fisik (10 butir) (3a,3b,, 3c, 3d, 3e, 3f, 3g, 3h, 3i, 3j)
2. PF = Peranan Fisik (4 butir) (4a, 4b, 4c, 4d)
3. RS = Rasa Nyeri (2 butir) (7,8)
4. KU = Kesehatan Umum (5 butir) (1, 11a, 11b, 11c, 11d)
5. FS = Fungsi Sosial (2 butir) (6,10)
6. V = Vitallitas / Energi (4 butir) (9a, 9e, 9g, 9i)
7. a. KM = Kesehatan Mental (5 Butir) ((9b, 9c, 9d, 9f, 9h)
b. PE = Peranan Emosi (3 butir) (5a, 5b, 5c)
8. RFM = Ringkasan Fisik & Mental (1 butir)(2)



Pertanyaan-pertanyaan tentang kesehatan dan kehidupan anda

Dibawah ini terdapat beberapa pertanyaan tentang kondisi kesehatan anda menurut pandangan anda sendiri. Isi secara lengkap seluruh pertanyaan yang ada dengan memberikan tanda (X) pada salah satu pilihan yang dianggap paling sesuai dengan kondisi anda.

1. Bagaimana menurut anda kondisi kesehatan anda secara umum? **(KU)**

<i>Amat sangat baik</i>	<i>Sangat baik</i>	<i>Baik</i>	<i>Biasa saja/ cukup</i>	<i>Buruk</i>
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]

2. Dibanding 1 Tahun yang lalu, bagaimana kondisi kesehatan anda saat ini?

(RFM)

<i>Jauh lebih baik dibanding 1 Tahun lalu</i>	<i>Agak lebih baik dibanding 1 Tahun lalu</i>	<i>Kira-kira sama dgn 1 Tahun lalu</i>	<i>Agak lebih buruk dibanding 1 Tahun lalu</i>	<i>Sangat lebih buruk dibanding 1 Tahun lalu</i>
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]

3. Pertanyaan dibawah ini tentang aktivitas yang biasa anda lakukan sehari-hari. Apakah aktifitas anda menjadi terbatas atau terganggu karena kondisi kesehatan anda saat ini?. Jika Ya, seberapa banyak. **(FF)**

	<i>Apakah aktifitas berikut menjadi terbatas karena kondisi kesehatan anda?</i>	<i>Ya, sangat terbatas</i>	<i>Ya, Agak terbatas</i>	<i>Tidak terbatas sama sekali</i>
3a	Aktifitas berat, seperti lari, mengangkat barang berat, melakukan olah raga berat	[1]	[2]	[3]
3b	Aktifitas sedang, seperti memindahkan barang, memasak,	[1]	[2]	[3]

	menyeterika, mencuci pakaian, berjalan cepat			
3c	Mengangkat atau membawa barang sekitar 3 – 5 kg	[1]	[2]	[3]
3d	Menaiki beberapa anak tangga	[1]	[2]	[3]
3e	Menaiki satu anak tangga	[1]	[2]	[3]
3f	Menekuk tubuh, berlutut, membungkuk	[1]	[2]	[3]
3g	Berjalan lebih dari 1,5 km	[1]	[2]	[3]
3h	Berjalan sekitar 50 rumah (500 Meter)	[1]	[2]	[3]
3i	Berjalan sekitar 10 rumah (100 Meter)	[1]	[2]	[3]
3j	Mandi atau berpakaian sendiri	[1]	[2]	[3]

4. Dalam 4 minggu terakhir, apakah anda pernah mengalami beberapa masalah dengan pekerjaan anda atau aktifitas sehari-hari lainnya sebagai akibat dari masalah kesehatan anda?. **(PF)**

		<i>Ya</i>	<i>Tidak</i>
4a.	Mengurangi jumlah waktu yang anda gunakan untuk bekerja atau aktifitas lain	[1]	[2]
4b.	Hanya dapat mengerjakan pekerjaan lebih sedikit dari yang anda inginkan	[1]	[2]
4c.	Mengalami keterbatasan dalam jenis pekerjaan atau jenis aktifitas lainnya	[1]	[2]
4d.	Mengalami kesulitan dalam melakukan pekerjaan atau aktifitas lainnya (misalnya memerlukan usaha yang sangat besar dalam melakukannya)	[1]	[2]

5. Dalam 4 minggu terakhir, apakah anda pernah mengalami masalah-masalah dalam pekerjaan atau aktifitas sehari-hari lainnya sebagai akibat masalah perasaan atau emosi (seperti perasaan tertekan atau cemas). **(PE)**

		<i>Ya</i>	<i>Tidak</i>
5a.	Mengurangi jumlah waktu yang anda gunakan untuk bekerja atau aktifitas lain	[1]	[2]
5b.	Hanya dapat mengerjakan pekerjaan lebih sedikit dari yang anda inginkan	[1]	[2]
5c.	Tidak bekerja atau melakukan aktifitas sebaik/seteliti biasanya	[1]	[2]

6. Dalam 4 minggu terakhir, seberapa jauh kondisi kesehatan fisik dan masalah emosi/perasaan anda mempengaruhi aktifitas social anda dengan keluarga, tetangga atau kelompok? (misalnya pergi rekreasi, arisan, pengajian, dll). **(FS)**

<i>Tidak berpengaruh sama sekali</i>	<i>Sedikit berpengaruh</i>	<i>Pengaruhnya sedang</i>	<i>Berpengaruh</i>	<i>Sangat berpengaruh</i>
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]

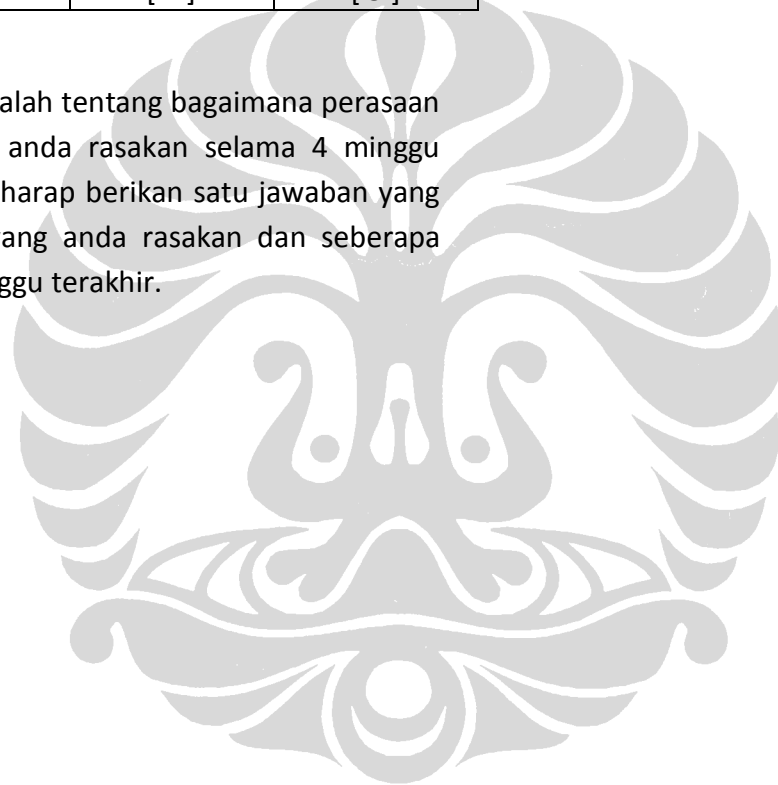
7. Seberapa berat rasa nyeri di tubuh (seperti pegal-pegal, ngilu ngilu,dll) yang anda alami dalam 4 minggu terakhir. **(RN)**

<i>Tidak Nyeri</i>	<i>Sangat Nyeri</i>	<i>Ringan</i>	<i>Sedang</i>	<i>Berat</i>	<i>Berat sekali</i>
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]

8. Dalam 4 minggu terakhir, seberapa berat rasa nyeri tubuh tersebut mempengaruhi pekerjaan sehari-hari anda (termasuk pekerjaan diluar rumah dan pekerjaan rumah)? **(RN)**

<i>Tak berpengaruh sama sekali</i>	<i>Sedikit berpengaruh</i>	<i>Sedang- sedang saja</i>	<i>Banyak Berpengaruh</i>	<i>Sangat banyak berpengaruh</i>
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]

9. Pertanyaan-pertanyaan dibawah ini adalah tentang bagaimana perasaan anda dan bagaimana hal tersaebut anda rasakan selama 4 minggu terakhir ini. Untuk setiap pertanyaan, harap berikan satu jawaban yang paling mendekati dengan perasaan yang anda rasakan dan seberapa sering hal tersebut terjadi dalam 4 minggu terakhir.



		<i>Setiap waktu</i>	<i>Sgt sering</i>	<i>Sering</i>	<i>Kadang</i>	<i>Jarang</i>	<i>Tidak Pernah</i>
9a (V)	Apakah anda merasa penuh semangat?	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]
9b (KM)	Apakah anda merasa sangat gugup?	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]
9c (KM)	Apakah anda merasa sangat sedih hingga tak ada yang dapat menghibur anda?	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]
9d (KM)	Apakah anda merasa tenang dan damai?	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]
9e (V)	Apakah anda merasa penuh energy?	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]
9f (KM)	Apakah anda merasa bimbang dan kecewa?	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]
9g (V)	Apakah anda merasa jenuh/bosan?	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]
9h (KM)	Apakah anda merasa bahagia?	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]
9i (V)	Apakah anda merasa capek?	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]

10. Dalam 4 minggu terakhir, seberapa banyak waktu/seberapa sering masalah kesehatan fisik dan perasaan/emosi anda mempengaruhi aktifitas social anda (seperti mengunjungi teman, keluarga, tetangga, dll)? **(FS)**

<i>Sepanjang Waktu</i>	<i>Sebagian Besar waktu</i>	<i>Banyak Waktu/sering</i>	<i>Kadang-Kadang</i>	<i>Sedikit/Jarang</i>	<i>Tak Pernah</i>
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]

11. BETUL, atau SALAH pertanyaan-pertanyaan berikut ini untuk anda? **(KU)**

		<i>Sangat Betul</i>	<i>Betul</i>	<i>Tidak Tahu</i>	<i>Salah</i>	<i>Sangat Salah</i>
11a	Saya tampaknya lebih mudah sakit dibanding orang lain	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
11b.	Saya sama sehatnya dengan orang lain yang saya kenal	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
11c	Saya berharap kesehatan saya semakin memburuk	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
11d	Kesehatan saya baik sekali	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]

DISCHARGE PLANNING PASIEN STROKE ISKEMIK

Nama Pasien	Umur/Jenis Kelamin	Pendidikan	Tanggal Dirawat:	No. MR
Alamat/No/Tlp:	Tanggal Pelaksanaan <i>Discharge Planning</i>		Tanggal Keluar	
Fase	Kegiatan	Pelaksanaan		
		Ya	Tidak	
Pengkajian	Pengkajian Kebutuhan Pendidikan Kesehatan			
	a. Proses Penyakit			
	b. Obat-obatan			
	c. Lingkungan yang perlu dipersiapkan			
	d. Rencana tindak lanjut			
	e. Support sistem			
	f. Pemahaman pasien/ keluarga terhadap penjelasan dari: Fisioterapi			
	g. Pemahaman pasien/ keluarga terhadap penjelasan dari: Ahli Gizi			
Fase	Kegiatan	Pelaksanaan		
		Ya	Tidak	
Perencanaan	a. Diskusi dengan pasien terhadap apa yang dibutuhkan dalam perawatan lanjut			

		b. Pendidikan Kesehatan			
Fase	Kegiatan	Pelaksanaan			
	Catatan Pulang	Pelaksanaan			
		b. Faktor resiko	Sudah diberikan	Belum diberikan	Keterangan
		c. Pendidikan kesehatan tentang obat-obatan			
		d. Pendidikan kesehatan tentang penatalaksanaan	Tanggal	Jam	Alasan
1	Resep/obat-obatan pulang	e. Pendidikan kesehatan tentang pemeriksaan diagnostik			
	Implementasi dan Evaluasi	f. Pendidikan kesehatan tentang rehabilitasi			
2	Evaluasi kontrol	g. Pendidikan kesehatan tentang hygiene personal, perubahan posisi, pencegahan aspirasi, latihan ROM dan teknik relaksasi			
3	Rujukan Rehabilitasi	h. Penkes tentang modifikasi gaya hidup			
4	Leaflet/Informasi kesehatan	i. Diskusikan tentang rencana perawatan lanjutan ADL			
	Peneliti / Perawat	dan jadwal kontrol	Pasien/ Keluarga		
	(Nama dan Tanda tangan)	(Nama dan Tanda tangan)			

PETUNJUK PENGISIAN FORMAT DISCHARGE PLANNING

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

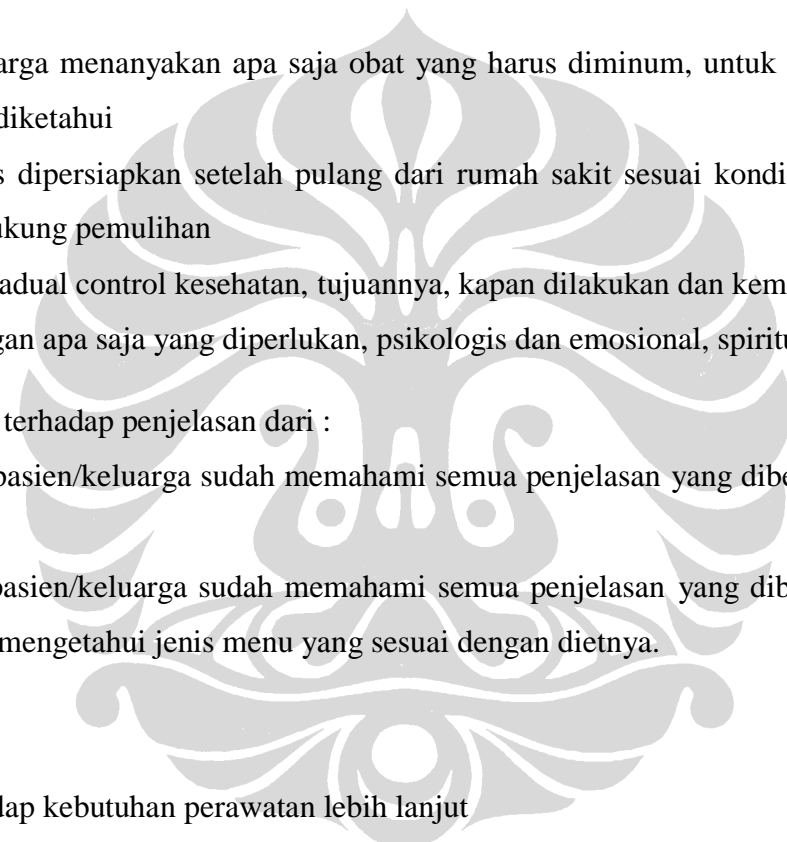
1. Secara fisik, pasien mampu berpartisipasi dalam proses pengkajian seperti tanda vital dalam batas normal
2. Tujuan dalam proses pengkajian dapat dimengerti oleh pasien serta sesuai dengan kebutuhan pasien dan keluarga
3. Pengkajian juga harus mempertimbangkan status emosional pasien dan keluarga sehingga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

Identitas Pasien

Diisi sesuai dengan format pengkajiann

A. Pengkajian Pasien Masuk (72 jam pertama)

1. Pengkajian fisik dan psikososial, ditunjukkan dengan melengkapi format pengkajian keperawatan
2. 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 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. Lingkungan yang harus dipersiapkan setelah pulang dari rumah sakit sesuai kondisi, apa saja yang membahayakan kondisi dan lingkungan yang mendukung pemulihan
 - d. Rencana tindak lanjut, jadwal control kesehatan, tujuannya, kapan dilakukan dan kemana harus diperiksa
 - e. Support system, dukungan apa saja yang diperlukan, psikologis dan emosional, spiritual, financial serta siapa yang bias membantu
3. Pemahaman pasien/keluarga terhadap penjelasan dari :
- a. Fisioterapi, evaluasi bila pasien/keluarga sudah memahami semua penjelasan yang diberikan oleh fisioterapi tentang rehabilitasi yang akan dijalaninya.
 - 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.

B. Perencanaan

- a. Diskusi dengan pasien terhadap kebutuhan perawatan lebih lanjut
- b. merumuskan Discharge care plan
- c. Pendidikan Kesehatan

C. Implementasi dan Evaluasi

a. Pemberian Pendidikan Kesehatan tentang :

Proses penyakit

b. Pendidikan kesehatan tentang faktor risiko

c. 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.

d. 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.

e. 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.

f. 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.

g. 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 bias mengungkapkan tujuannya.
- Pasien/keluarga dapat melakukan dan berpartisipasi dalam setiap tindakan yang telah diajarkan.

h. 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.

h. Diskusi tentang rencana perawatan lanjutan pasien

Evaluasi tercapai bila :

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

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, diit serta informasi lainnya yang mendukung perawatan lanjutan.



Pokok Bahasan : Proses penyakit Stroke Iskemik

Sub Pokok Bahasan : Pasien stroke iskemik sebagai kelompok intervensi

Hari / Tanggal : -

Waktu : 30 menit

Tempat : RS Al-Islam Bandung

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.

No	Tahap	Waktu	Kegiatan	
			Perawat	Pasien
1	Pendahuluan	5 menit	<ul style="list-style-type: none">• Mengucap salam• Apersepsi tentang penyakit stroke iskemik• Menjelaskan secara singkat tentang pokok materi• Menjelaskan tujuan pendidikan kesehatan	<p>Menjawab salam</p> <p>Memperhatikan penjelasan perawat</p> <p>Memperhatikan penjelasan perawat</p> <p>Memperhatikan penjelasan perawat</p>
2	Penyajian	20 mnt	<ul style="list-style-type: none">• Menjelaskan pengertian	<p>Memperhatikan</p>

		stroke iskemik <ul style="list-style-type: none"> • 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 factor resiko stroke iskemik • Memberi kesempatan kepada pasien/keluarga untuk bertanya • Menjelaskan komplikasi 	Memperhatikan Menanyakan materi yang belum jelas Memperhatikan Menanyakan yang belum dimengerti Mengulangi penjelasan dengan kata-kata sendiri Memperhatikan Menanyakan materi yang belum jelas Memperhatikan
--	--	--	--

			stroke iskemik. <ul style="list-style-type: none"> • Memberi kesempatan pada pasien/keluarga untuk bertanya • Meminta pasien/klrg menjelaskan kembali 	Menanyakan yang belum dimengerti Mengulangi penjelasan
	Penutup	5 mnt	Memberikan evaluasi berupa pertanyaan lisan pada pasien/keluarga Menyimpulkan inti materi pendidikan kesehatan bersama pasien/keluarga Mengucapkan salam	Menjawab pertanyaan yang diberikan oleh perawat Memperhatikan dan ikut menyimpulkan materi Menjawab salam

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 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 lincer 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

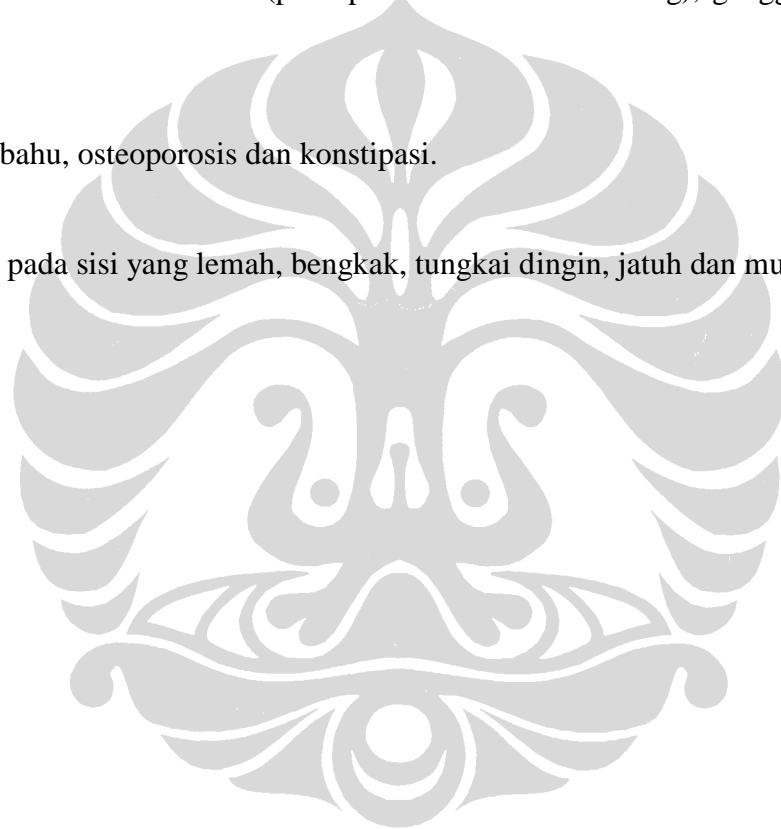
Peningkatan tekanan darah, demam dan infeksi (pada paru dan saluran kencing), gangguan fungsi menelan, dehidrasi, hiperglikemia atau hipoglikemia.

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.



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

Tesis, Juli 2011
Upik Rahmi

Pengaruh *Discharge Planning* terstruktur terhadap kualitas hidup pasien stroke iskemik di RS Al-Ihsan dan RS Al-Islam Bandung.

xi + 69 + 24 tabel + 4 Skema + 5 Lampiran

ABSTRAK

Stroke menimbulkan gangguan neurologic sehingga menyebabkan perubahan kualitas hidup. Kualitas hidup adalah sehat fisik, mental, social dan terlepas dari penyakit. Pemulihan stroke agar tercapainya kualitas hidup yang baik dibutuhkan peran serta tenaga kesehatan. *Discharge planning* adalah mempersiapkan pasien untuk mendapatkan kontinuitas perawatan dalam proses penyembuhan maupun dalam mempertahankan derajat kesehatan. Desain penelitian *Quasy Experimental*. Bertujuan membandingkan pengaruh pemberian *discharge planning* terstruktur di RS Al-Islam dengan *discharge planning* rutin di RS Al-Ihsan Bandung terhadap kualitas hidup pasien *stroke iskemik*. Populasi adalah pasien stroke iskemik. Sampel secara *consecutive admission* berdasarkan estimasi proporsi sebanyak 44 orang. Instrument untuk kualitas hidup *The MOS (SF-36)*. Berisi 36 pertanyaan; Fungsi fisik, peranan fisik, rasa nyeri, kesehatan umum, fungsi social, vitalitas, kesehatan mental, peranan emosi, ringkasan fisik dan mental. Skor 0-100. Hasil uji statistic *discharge planning* terstruktur berpengaruh secara bermakna terhadap kualitas hidup pasien stroke iskemik setelah mempertimbangkan umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan pada nilai $p < 0,001$ nilai koefisien beta 3,008 dengan nilai Relatif Risk (RR) 20,25 yang menunjukkan pasien stroke iskemik yang dilakukan *discharge planning* terstruktur memiliki peluang 20 kali lebih besar untuk memiliki kualitas hidup baik dibandingkan tanpa dilakukan *discharge planning*.

Kata kunci : *Discharge Planning*; pasien stroke iskemik; kualitas hidup
Daftar Pustaka : 57 (1984 – 2010)

POST-GRADUATE PROGRAM
NURSING FACULTY OF SCIENCE, UNIVERSITY OF INDONESIA
Thesis, July 2011
Upik Rahmi

Discharge Planning Influence structured on quality of life in patients with ischemic stroke Al-Ihsan and Al-Islam Hospital Bandung.

xi + 69 + 24 tables + 4 Sceme + 5 Attachment

ABSTRACT

Stroke cause neurologic disorders that cause changes in quality of life. Quality of life is a healthy physical, mental, social, and regardless of the disease. Stroke recovery in order to achieve good quality of life required the participation of health personnel. Discharge planning is to prepare patients for continuity of care in a healing process and in maintaining health. Quasy Experimental research design. Aiming to compare the effect of discharge planning is structured in RS Al-Islam with the routine discharge planning in hospitals of Al-Ihsan Bandung to quality of life of patients with ischemic stroke. The population was patients with ischemic stroke. Samples are based on estimates of the proportion of consecutive admissions of 44 people. Instrument for quality of life of the MOS (SF-36). Contains 36 questions; physical function, physical role, pain, general health, social functioning, vitality, mental health, role emotional, physical and mental summary. Score 0-100. The results of statistical tests structured discharge planning significantly affects the quality of life of ischemic stroke patients after considering age, sex, educational level on the p-value <0.001 3.008 beta coefficient value with the value Relative Risk (RR) 20.25 indicating ischemic stroke patients who do structured discharge planning to have 20 times greater chance to have a better quality of life compared with no discharge planning done.

Key words: Discharge Planning; patients with ischemic stroke; quality of life
Bibliography: 57 (1984 - 2010)

PENGARUH *DISCHARGE PLANNING* TERSTRUKTUR TERHADAP KUALITAS HIDUP PASIEN STROKE ISKEMIK

Upik Rahmi, Krisna Yetti, S.Kp.,M.App.Sc, Dr. Tris Eryando, drs., M.A

ABSTRAK

Stroke menimbulkan gangguan neurologik sehingga menyebabkan perubahan kualitas hidup. Kualitas hidup adalah sehat fisik, mental, social dan terlepas dari penyakit. Pemulihan stroke agar tercapainya kualitas hidup yang baik dibutuhkan peran serta tenaga kesehatan. *Discharge planning* adalah mempersiapkan pasien untuk mendapatkan kontinuitas perawatan dalam proses penyembuhan maupun dalam mempertahankan derajat kesehatan. Desain penelitian *Quasy Experimental*. Bertujuan membandingkan pengaruh pemberian *discharge planning* terstruktur di RS Al-Islam dengan *discharge planning* rutin di RSUD Al-Ihsan Bandung terhadap kualitas hidup pasien *stroke iskemik*. Populasi adalah pasien stroke iskemik dengan pengambilan sampel secara *consecutive admission* berdasarkan estimasi proporsi sebanyak 44 orang. Instrument untuk kualitas hidup *The Medical Outcome Study (Short Form-36)* berisi 36 pertanyaan; Fungsi fisik, peranan fisik, rasa nyeri, kesehatan umum, fungsi social, vitalitas, kesehatan mental, peranan emosi, ringkasan fisik dan mental. Penilaian skor 0-100. Hasil uji statistic *discharge planning* terstruktur berpengaruh secara bermakna terhadap kualitas hidup pasien stroke iskemik setelah mempertimbangkan umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan pada nilai $p < 0,001$ nilai koefisien beta 3,008 dengan nilai Relatif Risk (RR) 20,25 yang menunjukkan pasien stroke iskemik yang dilakukan *discharge planning* terstruktur memiliki peluang 20 kali lebih besar untuk memiliki kualitas hidup baik dibandingkan tanpa dilakukan *discharge planning*.

Kata kunci : *Discharge Planning*; pasien stroke iskemik; kualitas hidup
Daftar Pustaka : 88 (1984 – 2010)

THE EFFECT OF STRUCTURED DISCHARGE PLANNING ON CLIENT WITH ISCHEMIC STROKE IN INFLUENCES QUALITY OF LIFE AL-IHSAN AND AL-ISLAM HOSPITAL BANDUNG WEST JAVA

Upik Rahmi, Krisna Yetti, S.Kp.,M.App.Sc, Dr. Tris Eryando, drs., M.A

ABSTRACT

Stroke cause neurologic disorders that cause changes in quality of life. Quality of life is a healthy physical, mental, social, and regardless of the disease. Stroke recovery in order to achieve good quality of life required the participation of health personnel. Discharge planning is to prepare patients for continuity of care in a healing process and in maintaining health. Quasy Experimental research design. Aiming to compare the effect of discharge planning is structured in RS Al-Islam with the routine discharge planning in hospitals of Al-Ihsan Bandung to quality of life of patients with ischemic stroke. The population was patients with ischemic stroke. Samples are based on estimates of the proportion of consecutive admissions of 44 people. Instrument for quality of life of the MOS (SF-36). Contains 36 questions; physical function, physical role, pain, general health, social functioning, vitality, mental health, role emotional, physical and mental summary. Score 0-100. The results of statistical tests structured discharge planning significantly affects the quality of life of ischemic stroke patients after considering age, sex, educational level on the p-value <0.001 3.008 beta coefficient value with the value Relative Risk (RR) 20.25 indicating ischemic stroke patients who do structured discharge planning to have 20 times greater chance to have a better quality of life compared with no discharge planning done.

Key words: Discharge Planning; patients with ischemic stroke; quality of life
Bibliography: 88 (1984 - 2010)

Latar Belakang

Stroke adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan perubahan *neurologic* yang disebabkan karena terputusnya aliran darah ke otak (Black & Hawks, 2005). Stroke dibagi menjadi dua jenis yaitu stroke iskemik/non hemoragik dan stroke hemoragik. Pada stroke iskemik, aliran darah ke otak terhenti kurang dari 24 jam (Williams & Hopper, 2003). Hampir sebagian besar penderita atau sebesar 83% penderita stroke mengalami stroke iskemik (Misbach & Kalim, 2007). Angka kejadian stroke iskemik lebih tinggi dibanding stroke hemoragik, yaitu 80% sampai 85% dari seluruh kejadian stroke. Harapan hidup pada stroke iskemik lebih baik dari pada stroke hemoragik, Sedangkan tingkat kecacatan lebih berat pada stroke iskemik akibat dari kerusakan neuron-neuron yang terkena iskemik.

Pemulihan fungsi neuron pada stroke iskemik bisa terjadi setelah 2 minggu serangan infark dan mencapai pemulihan sempurna pada minggu ke delapan (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.

Stroke dapat menimbulkan gangguan neurologik yang bergantung pada lokasi lesi, ukuran area yang perfusinya tidak adekuat dan jumlah aliran darah kolateral. Manifestasi klinis dari stroke adalah kehilangan motorik, kehilangan komunikasi (*afasia, disatria*), gangguan persepsi, gangguan fungsi kognitif dan efek psikologis (Smeltzer & Bare, 2008).

Kecacatan akibat stroke iskemik dapat mempengaruhi kualitas kehidupan (Johnson et al., 2004). Menurut Hanger et al (2000) kecacatan yang ditimbulkan akibat stroke akan menimbulkan perubahan kehidupan karena penurunan fungsi sehingga menimbulkan ketergantungan. Kualitas hidup adalah sehat fisik, mental dan sosial dan terlepas dari penyakit (Fayers & Machin, 2000). Pasien setelah mengalami stroke cenderung akan hidup lama dalam keadaan penurunan fungsi, biasanya mereka menderita dari perubahan peran fisik, gangguan mood, penurunan kognitif dan penurunan interaksi sosial (Carod-Artal et al, 2009). Oleh karena itu penilaian dari kualitas hidup pada penderita stroke harus multidimensi, terdiri dari beberapa domain; fisik (perubahan motorik

yaitu, *spastisitas, ataksia, dysarthria, disfagia*, nyeri, gangguan tidur dan (kelelahan), fungsional (mobilitas) perawatan mental (suasana hati, kognisi, kepuasan, dan persepsi diri) dan sosial (kerja, jaringan sosial dan sosial peran), dan memerlukan penilaian subyektif oleh pasien. Agar tercapainya kualitas hidup yang baik setelah stroke bergantung pada kualitas penatalaksanaan asuhan yang dibutuhkan peran serta tenaga kesehatan dalam tim stroke, kontinuitas perawatan yang disusun dalam suatu *discharge planning* (Almborg et al., 2009).

Discharge planning adalah mempersiapkan pasien untuk mendapatkan kontinuitas perawatan baik dalam proses penyembuhan maupun dalam mempertahankan derajat kesehatannya sampai pasien merasa siap untuk kembali kelingkungannya dan harus dimulai sejak awal pasien datang ke pelayanan kesehatan (Cawthorn, 2005). Suatu penelitian meta-analisa menyatakan bahwa *discharge planning* memberikan efek yang berarti dalam menurunkan komplikasi penyakit, pencegahan kekambuhan dan menurunkan angka kematian dan morbiditas (Sheppert et al, 2004). Perawatan pasien stroke membutuhkan perawat dengan pengetahuan, keterampilan dan minat untuk memberikan perawatan yang efektif dan perawatan terapeutik, dan membutuhkan pendidikan dan pelatihan dalam perawatan stroke. Hasil penelitian Kelly-Hayes,(2003) mengatakan *postdischarge planning* intervensi keperawatan setelah 6 minggu pada penderita stroke adanya perubahan pada fisik, kognitif, dan emosional. Ini didukung oleh penelitian Janet et al (2004) dukungan sosial dan keluarga berperan bagi pasien stroke iskemik setelah diberikan *discharge planning* pada minggu ke 12. Pemberian *discharge planning* sangat membantu untuk meningkatkan kualitas hidup lansia (Karen et al, 2000).

Pelaksanaan *discharge planning* merupakan proses yang terdiri dari seleksi pasien, pengkajian intervensi, implementasi serta evaluasi (Slevin, 1986). Menurut data dari Yayasan Stroke Indonesia penderita stroke di Indonesia terus meningkat dari tahun ke tahun. (Yayasan Stroke Indonesia, 2011). Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Al-Ihsan Bandung merawat kurang lebih 40 pasien stroke setiap bulannya, begitu juga dengan Rumah Sakit (RS) Al-Islam Bandung. Rumah sakit ini merawat pasien 40-50 orang setiap bulan.

METODOLOGI PENELITIAN

Penelitian menggunakan desain penelitian *Quasy Experimental, control group pre test – post test design*. Bertujuan untuk mengetahui pengaruh yang timbul akibat adanya perlakuan tertentu (Notoatmojo, 2002).

Penelitian ini bertujuan untuk membandingkan pengaruh pemberian *discharge planning* terstruktur di RS Al-Islam dengan *discharge planning* rutin yang diberikan di RSUD Al-Ihsan Bandung dalam meningkatkan kualitas hidup pasien *stroke iskemik*. Besar sampel pada penelitian ini diperoleh dari populasi berdasarkan pasien yang dirawat di ruang perawatan RSUD Al-Ihsan dan RS Al-Islam Bandung. Pengambilan sampel dengan *consecutive admission* yaitu berdasarkan urutan datang pasien yang memenuhi kriteria inklusi. Jumlah sample ditentukan berdasarkan estimasi proporsi sebanyak 44 orang dimana sebanyak 22 orang dari RSUD Al-Ihsan untuk kelompok kontrol dan untuk kelompok Intervensi dari RS Al-Islam sebanyak 22 orang. Penelitian ini dilaksanakan di Ruang Perawatan RSUD Al-Ihsan dan RS Al-Islam Bandung. Penelitian dilaksanakan pada minggu pertama - minggu keempat Juni 2011. Sebelum melaksanakan penelitian, peneliti meminta surat ijin penelitian kepada bagian akademik Fakultas Ilmu Keperawatan, setelah surat ijin keluar penelitian memasukkan surat ijin tersebut ke rumah sakit tempat penelitian akan dilakukan. Prinsip etik dan pemberian *informed consent* pada pasien sebelum dilakukan penelitian *self determination, privacy, confidentially and protection from discomfort* (Pollit & Beck, 2006)

Alat Pengumpul Data yang digunakan adalah instrument untuk mengukur kualitas hidup pasien *stroke iskemik* dengan *The MOS (SF - 36)* dikembangkan oleh Fayers & Machim (2000) merupakan instrumen pengukuran kualitas hidup berisi 36 pertanyaan terbagi dalam 8 dimensi. Terdiri dari dimensi fungsi fisik (FF) (10 butir pertanyaan), peranan fisik (PF) (4 butir), rasa nyeri (RN) (2 butir), kesehatan umum (KU) (5 butir), fungsi social (FS) (2 butir), vitalitas (V) (4 butir), peranan emosi (PE) (3 butir) dan kesehatan mental (KM) (5 butir). Ditambah dengan 2 komponen ringkasan fisik dan ringkasan mental RFM (1 butir). Nilai *SF-36* berkisar 0 – 100 dengan 100 sebagai kualitas hidup terbaik (Brazier, Jines, & Kind, 1993). Data akan dikumpulkan sendiri oleh peneliti.

HASIL PENELITIAN

Pengaruh *discharge planning* terstruktur terhadap kualitas hidup pasien *stroke iskemik* adalah adanya perubahan nilai kualitas hidup kelompok intervensi lebih tinggi yaitu 11,38% dengan kualitas hidup baik 18 orang (81,8%) dan kualitas kurang 4 orang (18,2%) sedangkan kelompok control perubahan kualitas hidup 4,11% dengan kualitas hidup baik 4 orang (18,2%) dan kualitas hidup kurang 18 orang (81,8%) dan hasil uji

statistik menggunakan *Independent T Test* pada derajat kepercayaan 95% dengan nilai median 6,75 menunjukkan bahwa terdapat pengaruh *discharge planning* terstruktur terhadap kualitas hidup pasien *stroke iskemik* dengan nilai $p < 0,001$.

Pengaruh *discharge planning* terstruktur terhadap kualitas hidup pasien *stroke iskemik* dengan mempertimbangkan variabel umur, jenis kelamin dan tingkat pendidikan

Discharge planning terstruktur berpengaruh secara bermakna terhadap kualitas hidup pasien *stroke iskemik* setelah mempertimbangkan variabel umur, jenis kelamin dan tingkat pendidikan pada nilai $p < 0,001$ dengan nilai koefisien beta 3,008 dengan nilai Relatif Risk (RR) sebesar 20,25 yang menunjukkan pasien *stroke iskemik* yang dilakukan *discharge planning* terstruktur memiliki peluang 20 kali lebih besar untuk memiliki kualitas hidup baik dibandingkan pada subjek penelitian tanpa dilakukan *discharge planning*.

PEMBAHASAN

Karakteristik Umur, Jenis Kelamin dan Tingkat Pendidikan

Hasil penelitian pada rentang umur penderita *stroke iskemik* antara umur 48 tahun sampai dengan 79 tahun yang artinya perbedaan umur responden kelompok intervensi dan kelompok kontrol tidak terlalu jauh berbeda, distribusi umur responden tersebut sesuai dengan *The National Stroke Association* dalam Price & Wilson (2005) menyebutkan bahwa angka kejadian *stroke* dan risiko *stroke* akan meningkat seiring pertambahan umur, angka kejadian *stroke* dua pertiganya terjadi pada umur diatas 65 tahun. Menurut Misbach & Kalim (2007) umur merupakan faktor risiko untuk terjadinya penyakit *stroke* dan *stroke* merupakan sindrom klinis akibat gangguan pembuluh darah otak, timbul mendadak dan biasanya mengenai penderita umur 45 sampai 80 tahun.

Jenis kelamin laki-laki kelompok intervensi 16 orang (72,7%) perempuan 6 orang (27,3%) dan kelompok kontrol laki-laki 17 orang (77,3%) perempuan 5 orang (22,7%) . Dari hasil penelitian ini terlihat jumlah responden laki-laki lebih banyak daripada responden perempuan. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan Lewis (2007) dan Cin-Ying et al (2010) yang menyatakan bahwa jenis kelamin yang lebih memiliki risiko mengalami *stroke* adalah laki-laki (63,3 %)

dibanding wanita (55,5 %). Tingginya angka kejadian stroke pada laki-laki kemungkinan dipengaruhi oleh faktor gaya hidup antara lain seperti: merokok, minum minuman beralkohol dan stress (baik dalam pekerjaan, keuangan, sosial).

Tingkat pendidikan responden terbanyak pada kelompok intervensi adalah Perguruan Tinggi (PT) 9 orang (40,9%) dan tingkat pendidikan SD pada kelompok kontrol 8 orang (36,4%). Hasil penelitian di atas menunjukkan bahwa tingkat pendidikan yang tinggi atau rendah tidak mempengaruhi terjadinya stroke, walaupun menurut teori Notoadmojo (2003) Tingkat pendidikan seseorang dapat mendukung atau mempengaruhi tingkat pengetahuan seseorang dan pendidikan yang rendah maka pengetahuan juga rendah, semakin tinggi pendidikan seseorang maka pengetahuan akan semakin tinggi.

Hubungan karakteristik Umur, Jenis Kelamin dan Tingkat Pendidikan dengan kualitas hidup

Hasil analisis tidak terdapat hubungan umur dengan kualitas hidup pada pasien stroke iskemik dengan nilai $p=0,131$ (nilai $p>0,05$). Umur diatas 60 tahun dimana seseorang sudah memasuki usia lansia dan menikmati hari tuanya dengan tenang. Hasil penelitian ini mungkin dipengaruhi juga oleh budaya dan spiritual seseorang, ini sesuai dengan hasil penelitian Helen.,(2007) kualitas hidup adalah persepsi individu tentang kehidupan mereka dalam konteks budaya dan nilai hidup untuk mencapai tujuan hidup.

Hasil penelitian ini didukung juga oleh penelitian Ahlsio (1984) dan Viitanen (1988) bahwa tidak ada perbedaan antara pasien yang lebih muda dan lebih tua terhadap kualitas hidup. Tetapi hal ini berbeda dengan hasil penelitian Brazier, Jines, & Kind, (1993) di Inggris bahwa umur 65-74 tahun mempunyai kualitas hidup, perawatan diri, aktivitas yang lebih buruk. Begitu juga dengan penelitian Walters, Munro, & Brazier, (2001) di Inggris kualitas hidup usia lanjut lebih rendah dibandingkan usia dewasa muda dan kualitas hidup akan menurun dengan bertambahnya usia Wyller et al.(1997).

Hasil analisis tidak terdapat hubungan jenis kelamin dengan kualitas hidup pada pasien stroke ischemic dengan nilai $p=0,728$ (nilai $p>0,05$). Hasil penelitian ini berbeda dengan hasil penelitian Anderson, Laubscher, & Burns, (1996) yang menyatakan bahwa perempuan setelah mengalami stroke lebih baik dalam hal fungsi sosial dan kesehatan mental dibanding laki-laki begitu juga hasil penelitian. Zalihic, Viedran, & Mirela, (2010)

menyatakan bahwa kualitas hidup pasien setelah stroke pada laki-laki lebih baik daripada perempuan. Menurut Nazroo & Mcmun (2004) perbedaan jenis kelamin dalam persepsi sejahtera (*wellbeing*) dapat terjadi walaupun tidak pada semua dimensi pengukuran kualitas hidup. Keadaan ini lebih diakibatkan perbedaan jenis kelamin pada kejadian depresi. Perbedaan jenis kelamin pada kejadian depresi, menurut Afifi (2007) lebih banyak pada perempuan dibandingkan pada laki-laki, hal ini disebabkan perempuan lebih sensitif terhadap kondisi yang menimbulkan tekanan, terutama yang berhubungan dengan anak, rumah, dan status perkawinan.

Hasil analisis tingkat pendidikan tidak terdapat hubungan tingkat pendidikan dengan kualitas hidup pada pasien stroke iskemik dengan nilai $p=0,256$ (nilai $p>0,05$). Hasil penelitian ini berbeda dengan penelitian Lucas et al (2006) yang menyatakan bahwa kualitas hidup lebih baik pada orang dengan pendidikan tinggi dibanding pendidikan menengah dan bawah. Pendidikan yang tinggi merupakan faktor yang dapat meningkatkan kualitas hidup pada pasien lanjut usia.

Pengaruh *discharge planning* terstruktur terhadap kualitas hidup pasien stroke iskemik

Terdapat perbedaan kualitas hidup berdasarkan Fungsi Fisik antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol pada pasien stroke iskemik dengan nilai $p<0,001$, terdapat perbedaan kualitas hidup berdasarkan rasa nyeri antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol pada pasien stroke iskemik dengan nilai $p=0,041$, terdapat perbedaan kualitas hidup berdasarkan kesehatan umum antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol pada pasien stroke iskemik dengan nilai $p=0,017$, terdapat perbedaan kualitas hidup berdasarkan Fungsi Sosial antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol pada pasien stroke iskemik dengan nilai $p=0,028$, terdapat perbedaan kualitas hidup berdasarkan Kesehatan Mental antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol pada pasien stroke iskemik dengan nilai $p=0,025$, terdapat perbedaan kualitas hidup berdasarkan Ringkasan Fisik & mental antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol pada pasien *stroke iskemik* dengan nilai $p=0,017$ (nilai $p\leq 0,05$).

Namun tidak terdapat perbedaan kualitas hidup berdasarkan Peranan fisik antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol pada pasien stroke iskemik dengan nilai $p=0,062$, tidak terdapat perbedaan kualitas hidup berdasarkan Vitalitas/energi antara kelompok

intervensi dan kelompok kontrol pada pasien stroke iskemik dengan nilai $p=0,352$, tidak terdapat perbedaan kualitas hidup berdasarkan Peranan emosi antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol pada pasien stroke iskemik dengan nilai $p=0,132$ (nilai $p>0,05$).

Hasil penelitian diatas terlihat adanya perubahan kualitas hidup pada dimensi fungsi fisik, rasa nyeri, kesehatan umum, fungsi sosial, kesehatan mental dan ringkasan fisik & mental. Hasil ini sesuai dengan teori smeltzer (2008) bahwa pasien setelah mengalami stroke akan mengeluh nyeri. Penyebab nyeri yang timbul akibat; nyeri bahu, nyeri akibat spastisitas. Nyeri bahu ini disebabkan oleh peregangan dan peradangan sendi bahu yang melemah, dan sangat sering pada pasien dengan tungkai atas atau bawah yang lemah, atau mereka yang memiliki riwayat gangguan tungkai atas, Paralisis ekstremitas yang akan menghambat pasien untuk mobilisasi sehingga membutuhkan mendapatkan perhatian khusus, perawatan diri sehingga akan mengalami gangguan dalam aktivitas hidup sehari-hari, pembatasan dalam aktivitas untuk mengisi waktu luang akibat adanya kegagalan fisik atau gangguan kognitif, tetapi dapat juga disebabkan oleh faktor psikologis, atau bahkan karena ketakutan bahwa aktivitas akan memicu stroke ulang.

Berkurangnya aktivitas waktu luang akan menyebabkan isolasi sosial, perubahan afek/mood, dan berpengaruh buruk terhadap hubungan antar pasien dengan keluarga, Gangguan psikologis non spesifik, depresi, kecemasan. Depresi mempunyai dimensi perubahan pada mood, afektif, kognitif, behavioral, neurovegetatif. Perubahan mood pada depresi berupa kesedihan dan kehilangan kemampuan untuk bergembira. Kecemasan sering didapatkan pada orang depresi. Kelainan afektif dapat terlihat dari muka dan sikap yang sedih dan sering menangis. Sedangkan perubahan kognitif yang terjadi adalah kehilangan motivasi, inisiatif dan menjadi apatis. Penderita menjadi merasa tidak berdaya, tidak berguna, tidak dapat konsentrasi dan merasa tidak dapat menolong dirinya sendiri, bahkan terkadang disertai juga perasaan gangguan organik. Beberapa diantaranya ada yang menarik diri dari kegiatan social, disertai halusinasi dan delusi dan gangguan kognitif, perilaku dan penurunan emosi akibat kerusakan otak (Smeltzer & Bare, 2008). Pasien setelah mengalami stroke cenderung akan hidup lama dalam keadaan penurunan fungsi, biasanya mereka menderita dari perubahan peran fisik, gangguan mood, penurunan kognitif dan penurunan interaksi social (Carod-Artal et al, 2009). Jaracz & Kozubski (2003) mengatakan dari hasil penelitiannya bahwa perubahan kualitas hidup sangat

jelas terlihat pada pasien setelah mengalami stroke. Hal ini dikuatkan oleh Carod-Artal, et al (2000) yang mengatakan bahwa pasien setelah stroke akan terjadi perubahan fisik, gangguan mental, gangguan kognitif dan penurunan interaksi sosial.

Namun pada penelitian diatas tidak terdapat perbedaan kualitas hidup berdasarkan Peranan fisik, Vitalitas/energy dan Peranan emosi. Perubahan ini mungkin belum terlihat karena waktu penilaian kualitas hidup yang terlalu dini setelah dilakukan *discharge planning*. Hasil penelitian Kelly-Hayes,(2003) mengatakan *postdischarge planning* intervensi keperawatan setelah 6 minggu pada penderita stroke adanya perubahan pada fisik, kognitif, dan emosional.

Hasil penelitian perubahan nilai kualitas hidup kelompok intervensi lebih tinggi yaitu 11,38% sedangkan kelompok kontrol 4,11% dan hasil uji statistik menggunakan *Independent T Test* pada derajat kepercayaan 95%, menunjukkan bahwa terdapat pengaruh *discharge planning* terstruktur terhadap kualitas hidup pasien stroke iskemik dengan nilai $p<0,001$.

Discharge planning terstruktur berpengaruh secara bermakna terhadap kualitas hidup pasien *stroke ischemic* setelah mempertimbangkan variabel umur, jenis kelamin dan tingkat pendidikan pada nilai $p<0,001$ dengan nilai koefisien beta 3,008 dengan nilai Relatif Risk (RR) sebesar 20,25 yang menunjukkan pasien stroke iskemik yang dilakukan *discharge planning* terstruktur memiliki peluang 20 kali lebih besar untuk memiliki kualitas hidup baik dibandingkan pada subjek penelitian tanpa dilakukan *discharge planning*.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Almborg (2010) bahwa pemberian *discharge planning* dapat meningkatkan kemajuan kesehatan pasien, membantu pasien untuk mencapai kualitas hidup optimum sebelum dipulangkan. Hal ini juga didukung oleh hasil penelitian Kelly-Hayes et al (2003) yang mengatakan bahwa 6 minggu setelah dilakukan *discharge planning* pada penderita stroke adanya perubahan pada fisik, kognitif, dan emosional, gejala depresi berkurang, partisipasi dalam kegiatan sosial meningkat. Almborg (2010) melakukan penelitian dengan hasil 2 sampai 3 minggu setelah dilakukan *discharge planning* gejala depresi pada pasien stroke iskemik menurun dan partisipasi kegiatan social meningkat. Perawatan pasien pada kelompok intervensi dengan *discharge planning* dibandingkan kelompok yang tidak diberikan *discharge planning* pada pasien lansia dengan stroke iskemik juga ada perubahan

yang signifikan Shyu et al (2008). Begitu juga dengan dukungan sosial yang menjadi lebih baik menurut Janet et al (2004) dan keluarga berperan bagi pasien stroke iskemik setelah diberikan discharge planning pada minggu ke 12 sehingga akan meningkatkan kualitas hidup. Dalam penelitian Anderson, Laubscher, & Burns (1996) menyebutkan bahwa peran keluarga sangat mempengaruhi komponen mental dalam kualitas hidup terkait kesehatan pasien stroke. *Discharge planning* juga sangat membantu meningkatkan perawatan saat dirumah (Karen et al, 2000), meningkatkan pengetahuan pasien, mengurangi kunjungan ulang ke rumah sakit, dan mengurangi biaya perawatan (Slaganfall, 1992), meningkatkan *Activity daily living* setelah 10 hari diberikan *discharge* pada pasien lansia yang mengalami *stroke iskemik* Sommerfeld (2001).

Discharge planning telah menjadi bagian penting dari perawatan (Driscoll, 2000) karena *discharge planning* merupakan suatu proses dimulainya pasien mendapatkan pelayanan kesehatan yang diikuti dengan kesinambungan perawatan baik dalam proses penyembuhan maupun dalam mempertahankan derajat kesehatannya sampai pasien merasa siap untuk kembali ke lingkungannya (Kozier, 2004) yang dilaksanakan sejak pasien diterima di rumah sakit dimana rentang waktu pasien untuk dirawat berkurang (Sommerfeld, 2001).

Discharge planning yang efektif mencakup pengkajian berkelanjutan untuk mendapatkan informasi yang komprehensif tentang kebutuhan pasien yang berubah-ubah, pernyataan diagnosa keperawatan, perencanaan untuk memastikan kebutuhan pasien sesuai dengan apa yang dilakukan oleh pemberi layanan kesehatan (Kozier, 2004). The Royal Marsden Hospital (2004) menyatakan tujuan dilakukannya *discharge planning* untuk mempersiapkan pasien dan keluarga secara fisik dan psikologis di pulangkan ke rumah, menyediakan informasi tertulis dan verbal kepada pasien dan pelayanan kesehatan untuk memenuhi kebutuhan pasien dalam proses pemulangan, memfasilitasi proses perpindahan yang nyaman dengan memastikan semua fasilitas pelayanan kesehatan yang diperlukan telah dipersiapkan untuk menerima pasien, meningkatkan tahap kemandirian yang tertinggi kepada pasien dan keluarga.

Pemberian *discharge planning* terstruktur, merupakan tugas perawat dimana peran perawat sangat berpengaruh dalam memberikan pemahaman dan pengetahuan pasien, meningkatkan motivasi pasien untuk menjalankan proses rehabilitasi seoptimal mungkin, Perawat harus memiliki

kompetensi lebih dan punya keahlian dalam melakukan pengkajian secara akurat, mengelola dan memiliki komunikasi yang baik dan memahami setiap kondisi dalam masyarakat (Caroll & Dowling, 2007). Dengan pengetahuan, keterampilan dan minat perawat yang baik maka akan memberikan perawatan yang efektif dan terapeutik rehabilitasi, oleh karena itu harus memiliki pendidikan dan pelatihan yang khusus dalam perawatan pasien dengan stroke dimana pekerjaan difokuskan dengan menjalin kemitraan dengan pasien untuk pemulihan.

Keterbatasan Penelitian

Waktu Penelitian

Waktu untuk penilaian kualitas hidup setelah dilakukan *discharge planning* baik terstruktur maupun rutin oleh rumah sakit tergolong singkat yaitu 7 hari. Penilaian yang sangat singkat ini dan perubahan kualitas hidup setelah diberikan *discharge planning* banyak faktor yang mempengaruhi selain intervensi yang diberikan, seperti keyakinan, factor budaya orang timur yang cenderung pasrah dan menerima keadaan karena mereka mempersepsikan ini adalah takdir yang sudah digariskan dan juga faktor keluarga yang menerima dan memberikan support kepada penderita sehingga ini juga mempengaruhi terhadap kualitas hidup pasien stroke iskemik.

Pada awal penelitian penilaian ini akan dilakukan 10 hari *postdischarge planning* tetapi karena waktu jadwal kontrol pasien ke RS adalah 6 – 7 hari setelah rawat inap maka penilaian ini dilakukan 7 hari setelah *discharge planning*.

Proses pelaksanaan penelitian

Selama proses penelitian, terdapat kendala yang kurang mendukung proses penelitian yaitu kehadiran anggota keluarga yang mendampingi pasien kadangkadang berganti-ganti atau bahkan ada yang tidak datang, sehingga harus pendidikan kesehatan hanya diberikan kepada pasien tanpa melibatkan keluarga.

Implikasi dalam Pelayanan Keperawatan

Pelaksanaan *discharge planning* terstruktur dan komprehensif dapat memotivasi perawat untuk menyadari pentingnya dilaksanakan pada pasien dan keluarga yang dimulai sejak awal untuk meningkatkan partisipasinya dalam proses penatalaksanaan dan memiliki perilaku hidup sehat untuk meningkatkan

kualitas hidup pasien. Hasil penelitian membuktikan bahwa *discharge planning* terstruktur dapat mempengaruhi kualitas hidup pasien stroke. Hal ini membuktikan bahwa aktivitas seorang perawat dengan melaksanakan *discharge planning* dapat meningkatkan kualitas hidup pasien. 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. 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. Disamping itu mereka juga harus memiliki pengetahuan, pengalaman serta kemampuan intelektual yang lebih baik dalam merencanakan asuhan keperawatan.

SIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

- Tidak ada hubungan umur dengan kualitas hidup pasien stroke iskemik
- Tidak ada hubungan jenis kelamin dengan kualitas hidup pada pasien stroke iskemik.
- Tidak ada hubungan tingkat pendidikan dengan kualitas hidup pada pasien stroke iskemik.
- Ada pengaruh *discharge planning* terstruktur terhadap kualitas hidup pasien iskemik setelah dikontrol umur, jenis kelamin dan tingkat pendidikan.

Saran

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

- Bagi pelayanan keperawatan
 - Mensosialisasikan dan melaksanakan *discharge planning* yang komprehensif dalam tatanan pelayanan kesehatan di rumah sakit.
 - Perawat harus memiliki pengetahuan, kemampuan dan pemahaman akan pentingnya memberikan *discharge planning* yang komprehensif yang dimulai sejak awal pada pasien stroke sebagai upaya pencegahan primer dan sekunder. Karena memberi manfaat positif pada pasien dan keluarga.
 - Perawat harus memiliki kemampuan dalam melaksanakan *discharge planning* sesuai dengan kebutuhan pasien sehingga dapat memberikan motivasi dan merubah perilaku pasien untuk meningkatkan kualitas hidup pasien stroke iskemik
- Bagi peneliti selanjutnya disarankan penelitian tentang kualitas hidup, *activity daily living (ADL)*,

depresi, dan peran keluarga pada pasien stroke berdasarkan letak lesi dan menggunakan instrument kualitas hidup yang lebih spesifik.

DAFTAR PUSTAKA

- Almborg. HA, Ulander K, & Thulin A. (2009). Discharge Planning of Stroke patients: the relatives perceptions of participation. *Journal of Clinical Nursing*. 18, 857-865.
- Almborg. HA (2010). Discharge after stroke-importan factor for health. Realeted Quality of Life. *Journal of clinical nursing*. 19. 2196.
- Anderson C, Laubscher S & Burns R (1996) Validation of the short form 36 (SF-36) health survey questionnaire among stroke patients. *Stroke*. 27: 1812-1816.
- Ahlsio B, Britton M, Murray V, & Theorell T. (1984).Disablement and quality of life after stroke. *Stroke*. 15: 886-890.
- Angeleri F, Angeleri VA, Foschi N, Giaquinto S, & Nolf S. (1993). The influence of depression, social activity, and family stress on functional outcome after stroke. *Stroke*. 24: 1478-1483
- Astrom M, Applund K, & Astrom T. (1992). Psichosocial function and life satisfaction after stroke. *Stroke*. 24:320-7.
- Afifi M. (2007). Gender differences in mental health. *Singapore Med J*; 48: 385-91.
- Australian Health Outcomes Collaboration. (2005) SF-36® Health Survey (Version 1.0). Instrument review. AHOC.
- Black JM & Hawk JH. (2005). *Medical Surgical Nursing : Clinical Management for Positive Outcomes*. 7th edition. St. Louis Missouri : Elsevier Saunders.
- Budiarto, E. (2006). Biostatistik untuk kedokteran dan kesehatan masyarakat *Jakarta: EGC*
- Brazier JE, Jines N, & Kind P. (1993). testing theValidity of the Euroqol and Comparing It with the SF-36 health survey questionnaire . *Quality life Res.*; 2:169-80

- Brazier JE, Harper R, Jones NMB, O’Cathain A, Thomas KJ, Usherwood T, & Weslake L. (1992). Validating the SF-36 health survey questionnaire: new outcome measure for primary care. *BMJ*. 305:160-164
- Carpenito, L.,J., (1999), *Nursing Diagnosis and Collaborative Problems*, Third Edition. Philadelphia : Lippincot.
- Caroll A & Dowling (2007). Discharge Planning: Communication, education and patient participation. *British Journal of Nursing*. Vol 16
- Carod AJF & Egido AJ (2009) Quality of Life after stroke: The importance of a good recovery. *Department of Neurology Sarah Hospital, The Sarah Network of Rehabilitation Hospitals, Brasilia, Brazil; Stroke Unit, Department of Neurology, San Carlos Hospital, Madrid, Spain*
- Carod AJF, Egido JA, Gonzalez JL, De Seijas EV. (2000). Quality of life among stroke survivors evaluated 1 year after stroke; *Experiences of Stroke Unit*. *Stroke* 31: 2995-3000
- Cawthorn, L. (2005). *Discharge Planning Under The Umbrella of Advanced Nursing Practise Case Manager*. Canada : Longwoods Publishing.
- Chin-Ying W, Hung-Ming W, Jiann-Der W, Hiu-Huei W. (2010). Stroke risk factors and subtypes in different age groups: A hospital-based study. *Department of Neurology, Chang Gung University, College of Medicine, Chiayi, Taiwan*. [Neurol India](#). 2010 Nov-Dec;58(6):863-8.
- Dahlan, S. (2008). Langkah-langkah membuat proposal penelitian. *Jakarta*. CV.Sagung Seto
- Driscoll A (2000). Managing post discharge care at home: on analysis of patients and their carers Perception of information received during their stay in hospital. *Journal of advanced Nursing*. 31: 1165 – 73
- Discharge Planning Assotiation (2008). Discharge Planning di [http://www discharge Planning.org.au/index.htm](http://www.dischargeplanning.org.au/index.htm). Diunduh pada tanggal 28 februari 2011
- Dorman P, Slattery J, Farrell B, Dennis M, & Sandercock P. (1998). Qualitative comparison of the reliability of health status assessment with the EuroQol and SF-36 questionnaires after stroke. *Stroke*. 29: 63-68.
- De Haan R, Aaronson N, Limburg M, Langton Hower RL & Van Crevel H (1993) Measuring quality of life in stroke. *Stroke* 24: 320-327.
- De Haan RJ & Faranson N (2002). Measuring Quality of Life After Using The SF-36 in stroke. *Stroke*. 33:1176 – 117
- Doengoes EM, Moorhouse MF, & Murr AC. (2007). *Nursing Diagnosis Manual: Planning, Individualizing and Documenting Client Care*. Edition Two. FA Davis Company. Philadelphia
- Demet U, FerhanS, Ahmed O, & Selcuk M. (2008). Comparison of SF-36 and WHO QOL-100 in patients with stroke. *Neurologic India*. Vol 56
- Exel van NJA, Scholte op Reimer WJM, Koopmanschap MA (2004). Assesment of post-stroke quality of life cost-effectiveness studies: The usefulness of Barthel Index and Euro QoL-5D. *Qual Life Res* 13:427-33
- Farquhar.M. (1995). Definition of Quality of Life. *Journal of Advanced Nursing*.22.502-503
- Fayers MP & Machin D (2000) *Quality of Life Assessment: Analysis, and Interpretation*. John Wiley & Sons, LTD
- Ferrans CE & Powers MJ (1993). Quality of life index: development and psychometric properties. *Advances in Nursing Science*, 8(1), 15-24.
- Feigin, V. (2006). *Stroke : Panduan bergambar tentang pencegahan dan pemulihan stroke*. Jakarta: PT. Buana ilmu populer
- Glass TA, Matchar DB, Belyea M & Feussner JR. (1993). Impact of social support on outcome in first stroke. *Stroke* 24: 64-70.
- Garratt A, Schmidt L, Mackintosh A, & Fitzpatrick R. (2002). Quality of life measurement: bibliographic study of patient assessed health outcome measures. *Br Med J*. 324:1417-2
- Guyatt GH, Feeny DH, & Patrick DL.(1993). Measuring health-related quality of life. *Ann Intern Med*. 118:622-629

- Hachinski V. (1999). Post-stroke depression, not to be underestimated. *Lancet*. 353: 1728.
- Haberman, MR & Bush. N. (1998) Quality of Life Methodological and measurement issues. In CR.King & P.S.Hids (Eds). *Quality of Life. From nursing and patient perspectives* (PP.117 – 139)
- Harmaini F. (2006). Uji Keandalan dan Kesahihan Formulir European Quality of Life – 5 Dimensions (EQ-5D) untuk Mengukur Kualitas Hidup Terkait Kesehatan pada Usia Lanjut di RSUPNCM. Indonesia. *Universitas Indonesia. Tesis*.
- Hanger HC, Forgarty B, Wilkinson TJ, Sainsburg R. (2000). Stroke patient views on stroke outcome: death versus disability. *Clinical Rehabilitation*. 14 (4): 417-24
- Harsono. (1999). *Buku Ajar Neurologi Klinis*. Yogyakarta. Penerbit Gajah Mada University Press
- Hermann BP. (1993). Developing a model of quality of life in epilepsy : the contribution of neuropsychology. *Epilepsia*. 34 (suppl),: 14-21
- Hellen W. (2007). Altered living: coping, hope and quality of life after stroke. *British Journal of Nursing*. Vol 16 No.20
- Jaracz K & Kozubsky W (2003) Quality of life in stroke patients. *Neurol Scand* 107 (5): 324-9
- Janet WHS, Thomas KSW, Michael C, Leonard SWL, Yee-man F. (2004). Stroke care in the home: the impact of social support on the general health of family caregivers. *Journal of Clinical Nursing Volume 13, Issue 7, pages 816–824, October 2004*
- Jaracz K, Kozubski W (2003) Quality of Life in stroke patients. *Acta Neurologica Scandinavica*. Volume 107, Issue 5. Pages 311–386
- Johnson AJ, Pickard AS, Feeny HD, Shuaib A, Carrieri KC. (2004) Agreement assessment of health-related quality of life after stroke using the EQ-SD and health utilities index. *American Stroke Association*. 35: 607-612.
- Jonkman EJ, De Weerd AW & Vrijens NLH. (1998). Quality of life after first ischemic stroke. Longterm developments and correlations with changes in neurological deficits, mood and cognitive impairment. *Acta Neurol Scand*. 98: 169-175.
- Karen A, Grimer, John RM, & Tiffani KG. (2000). Discharge planning quality from the carer perspective. *Quality of research*. 9: 1005-1013
- Kelly-Hayes M, Beiser A, Kase CS, Scarramucci A, DAgustino RB, & Wolf PA. (2003). The influence of gender and age on disability following ischemic stroke, the framingham study. *Journal Stroke cerebrovascular*. 12: 119-126
- King RB. (1996). Quality of life after stroke. *Stroke*. 27: 1467-1472.
- Kotila M, Numminen H, Waltimo O & Kaste M. (1998). Depression after stroke. Results of the Finnstroke study. *Stroke*. 29: 368-372.
- Kwa VIH, Limburg M & de Haan RJ. (1996). The role of cognitive impairment in the quality of life after ischemic stroke. *J Neurol*. 243: 599-604.
- Kozier, B. (2004). *Fundamental of Nursing Concept Process and Practice*. 1st Volume 6th Edition. New Jersey. Pearson/ prentice hall.
- Lewis. (2007). *Medical surgical nursing*. 7th edition. St.Louis : Missouri. Mosby-Year Book, Inc.
- Misbach J & Kalim H (2007). Stroke mengancam usia produktif. Artikel diakses dari www.medicastore.com. Diperoleh tanggal 18 April 2011
- Nazroo J & McMunn A. (2004) Gender Differences in well-being in older age. *J Epidemiol Community Health*. 58:333-9.
- Niemi ML, Laaksonen R, Kotila M, & Waltimo O. (1988). Quality of life 4 years after stroke. *Stroke*, 19: 1101-1107.
- Notoatmodjo. (2002). *Metodologi Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmojo. (2003). *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. (Ed.1). Jakarta: PT.Rineka Cipta
- Owolabi OM (2009) Which is more valid for stroke patients: Generic or stroke-specific quality of life measures? *Neuroepidemiology* 2010;34(1):8-12.

- Perry AG & Potter PA (2005). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, proses, & Praktik. Volume I. Edisi 4.* Jakarta: EGC
- Perry AG & Potter PA (2006). *Clinical Nursing Skill & technique. 6 th edition.* Missouri: Mosby Inc
- Phillips CO, Wright SM, Kern D, Singa RM, Sheppert S, & Rubin HR. (2004). Comprehensive Discharge Planning with Post Discharge support for older patients congestive heart failure: meta-analysis. *NHS. National Institute For Health Research*
- Pollit, D.F., & Beck, C.T. (2006). *Essentials of Nursing Research : Methods, Appraisal and Utilization. (6th Ed).* Philadelphia: Lippincott Williams & Walkins.
- Price S & Wilson L. (2006). *Patofisiologis. Konsep klinis proses-proses penyakit. Edisi ke 6.* Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Ronning MO. Knut Stavem` (2006). Determinants of change in quality of life from 1 to 6 month following acute stroke. *Helse Øst Health Services Research Centre, Department of Neurology, and Medical Department, Akershus University Hospital, Lørenskog, Norway*
- Rasyid, A. dan Soertidewi, L .(2007). *Unit stroke : Manajemen stroke secara komprehensif.* Jakarta: FKUI
- RAND (1999). Scoring instruction for the 36 item SF-36. http://www.rand.org/health/surveys_tools/mos/mos.core 36 item scoring.htm. 17 mei 2011
- Sastroasmoro, S dan Ismael, S. (2008). *Dasar-dasar metodologi penelitian klinis. (Ed.2).* Jakarta: Sagung seto.
- Smeltzer SC & Bare G. (2008). *Brunner & Suddarth : Textbook of medical surgical nursing.* Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.
- Sommerfeld KD. (2001). Disability test 10 days after hall acute stroke to predict early discharge home in patients 65 years and older. *Clinical Rehabilitation.* 15 : 528 -534
- Shyu LYI, Chen MC, Chen CS, Wang SP, & Shao JH. (2008). A family caregiver-oriented discharge planning program for older stroke patients and their family caregivers. *Journal of Clinical Nursing.* 17: 2497-2508.
- Shepperd, S., Parkes J, McClaran J, Phillips (2004). Discharge Planning from Hospital to home (Review). *This is a reprint of a Cochrane review, prepared and maintained by The Cochrane Collaboration and published in The Cochrane Library*
- Slevin AP (1986). A model for discharge planning in nursing education. Bradley university, Laurence erlbown association inc. *Journal of community health nursing.*
- Slaganfall (1992) The Swedish council on technology assessment in health care
- Sneeuw KC, Aaronson NK, De Haan RJ & Limburg M. (1997). Assessing quality of life after stroke: The value and limitations of proxy ratings. *Stroke.* 28, 1541–1549.
- Sugiyono. (2005). *Statistik untuk Penelitian . Bandung. CV. Alfabeta.*
- Shinohara Y (2010) Factors Affecting health-related quality of life assessed with the SF-36 health survey in outpatients with chronic-stage ischemic stroke in japan. *Cerebrovasc Dis.* ;29(4):361-71.
- Testa MA & Simonson DC. (1996). Assesment of Quality of Life outcomes. *The New England Journal of Medicine.* 334: 835-39.
- The Royal Marsden. Org. (2004). Discharge Planning. <http://www.royal-marsden.org>. pada tanggal 29 februari 2011
- Viitanen M, Fugl-Meyer KS, Bernspang B & Fugl-Meyer AR. (1988) Life satisfaction in long-term survivors after stroke. *Scand J Rehabil Med.* 20: 17-24.
- Williams LS. (1998). Health-related quality of life outcomes in stroke. *Neuroepidemiology.* 17:116-20
- Williams L & Hopper D. (2003). *Understanding Medical Surgical Nursing. Third Edition.* Philladelphia. FA Davis Company
- Ware JE & Sheirbourne CD (1992). The MOS 36 item short form health survey (SF-36). Conceptual frame work and item selection. *Med Care.* Jun;30(6):473-83.

- Wyller TB, Holmen J, Laake P, & Laake K. (1998). Correlates of subjective well-being in stroke patients. *Stroke*. 29: 363-367.
- Wyller TB, Sveen U, Sodring KM, Pettersen AM, & Bautz-Holter E. (1997). Subjective well-being one year after stroke. *Clin Rehabil*. 11: 139-145.
- Walters SJ, Munro JF, Brazier JE. (2001). Using SF-36 with Older Adults: A Cross Sectional Community-Based Survey. *Age & Aging*
- Yang SY & Kong KH. (2006). Health-related quality of life among chronic stroke survivors attending a rehabilitation clinic. *Singapore Medical Journal*. 47(3): 213
- Zalihic A, Viedran M, Mirela M. (2010). Gender and Quality of Life after Cerebral stroke. *Bosnian journal of Basic Medical Sciences*. 10 (2): 94-99
- <http://www.yastroke.co.id> diunduh tanggal 7 maret 2011.

