Pengaruh *Discharge Planning* terstruktur pada pasien stroke untuk menurunkan faktor risiko kekambuhan, *Length Of Stay* dan peningkatan status fungsional di RSUD Sleman

ABSTRAK

*Discharge Planning* adalah proses mempersiapkan pasien untuk mendapatkan kontinuitas perawatan sampai pasien merasa siap untuk kembali ke lingkungannya. Implementasi utama *discharge planning* adalah pemberian *health education* yang bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan, pemahaman pasien dan keluarga agar terjadinya perubahan perilaku dalam meningkatkan derajat kesehatannya dan menjamin kontinuitas perawatan di rumah. Salah satu kriteria pasien yang perlu diberikan *discharge planning* adalah pasien stroke iskemik karena memiliki harapan hidup tinggi dengan tingkat kecacatan yang lebih berat. Pemberian *discharge planning* terstruktur dalam penatalaksanaan stroke bertujuan agar terjadinya perubahan perilaku pasien dan keluarga untuk mencegah terjadinya stroke berulang, mencegah komplikasi, membantu pemulihan, mencegah terjadinya kematian serta mengupayakan kecacatan seminimal mungkin. Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi pengaruh *discharge planning* terstruktur pada pasien stroke iskemik dalam menurunkan faktor risiko kekambuhan, *length of stay* dan peningkatan status fungsional di RSUD Sleman. Desain penelitian adalah quasi eksperimen dengan sampel berjumlah 40 orang (20 kelompok intervensi yang diberikan *discharge planning* terstruktur dan 20 kelompok kontrol yang diberikan *discharge planning* rutin rumah sakit). Hasil analisis data dari penelitian ini adalah terdapat perbedaan yang signifikan antara kelompok kontrol dan kelompok intervensi sebelum dan sesudah diberikan discharge planning terstruktur dengan nilai p=0,00. Kesimpulan

Ada pengaruh *discharge planning* terstruktur dalam menurunkan faktor risiko kekambuhan pasien stroke iskemik. Tidak ada pengaruh *discharge planning* terstruktur dalam menurunkan *Length Of Stay* (lama hari rawat) pasien stroke iskemik. Ada pengaruh *discharge planning* terstruktur dalam peningkatan status fungsional (penilaian *Barthel Index*) pasien stroke iskemik.

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

Effects of structured Discharge Planning in stroke patients to reduce risk factors for recurrence, Length Of Stay and improved functional status in RSUD Sleman

ABSTRACT

Discharge Planning is the process of preparing the patient for continuity of care until the patient feels ready to return to his environment. The main implementation of discharge planning is the provision of health education that aims to increase knowledge, understanding of patients and families for behavior change in improving health status and ensure continuity of care at home. One of the criteria of patients who need to be given discharge planning is ischemic stroke patients because they have high life expectancy with a more severe disability rate. Administration of structured discharges in stroke management aims to change the behavior of patients and families to prevent recurrent strokes, prevent complications, assist in recovery, prevent death and minimize disability. This study aims to identify the effect of structured discharge planning on ischemic stroke patients in reducing risk factors for recurrence, length of stay and improvement of functional status in RSUD Sleman. The study design was quasi experiment with 40 samples (20 intervention groups given structured discharge planning and 20 control groups given routine hospital discharge planning). The result of data analysis from this research is there are significant difference between control group and intervention group before and after given structural discharge planning with value p = 0,00. Conclusion

There is a structured discharge planning effect in reducing risk factors for recurrence of ischemic stroke patients. There is no effect of structured discharge planning in reducing Length Of Stay (length of stay) of ischemic stroke patients. There is a structured discharge planning effect in the improvement of functional status (Barthel Index assessment) of ischemic stroke patients.

Keywords: Discharge Planning; ischemic stroke patients; risk factors for recurrence; length of stay; functional status



**B AB I   
PENDAHULUAN**

1. **Latar Belakang Masalah**

Stroke adalah suatu penyakit gangguan fungsi anatomi otak yang terjadi secara tiba-tiba dan cepat, disebabkan karena gangguan perdarahan otak. Stroke atau *Cerebro Vasculer Accident* (CVA) adalah kehilangan fungsi otak yang diakibatkan oleh berhentinya suplai darah ke bagian otak (Brunner dan Suddarth, 2002). Stroke adalah cedera otak yang berkaitan dengan obstruksi aliran darah otak (Elizabeth J. Corwin, 2002).

Stroke adalah sindrom yang awal timbulnya mendadak, progresif cepat, berupa defisit neurologis fokal atau global yang langsung 24 jam atau lebih atau langsung menimbulkan kematian, dan semata-mata disebabkan oleh gangguan peredaran otak non traumatik (Mansjoer 2002). Stroke adalah gangguan neurologik fokal yang dapat timbul sekunder dari proses patologis pada pembuluh darah serebral, misal : trombosis, emboli, ruptura dinding pembuluh atau penyakit vaskuler dasar (Prince, 2002). Menurut WHO stroke adalah disfungsi neurologi akut yang disebabkan oieh gangguan aliran darah yang timbul secara mendadak dengan tanda dan gejala sesuai dengan daerah fokal pada otak yang terganggu.

Stroke merupakan penyakit yang serius karena memiliki angka kematian cukup tinggi yaitu lebih dan 200.000 jiwa/tahun diseluruh dunia dan insiden stroke diperkirakan lebih dan 750.000 per tahunnya dengan 200.000 jiwa/tahun serangan stroke berulang, sebagian atau lebih pasien stroke akan mengalami ketergantungan secara fisik bahkan kematian (Price & Wilson, 2006). Di Indonesia stroke merupakan pènyebab kematian terbesar di rumah sakit dan penyebab utama kecacatan pada kelompok usia dewasa, Serangan stroke lebih banyak pada laki-laki yang terjadi pada usia dibawah 45 tahun sebanyak 11,8%, *54,2%* pada usia *45 -* 64 tahun serta diatas usia *65* tahun sebanyak 33,5% (Rasyid, *et al*, 2007). Dari prevalensi penyebab serangan diketahui bahwa angka kejadian stroke iskemik lebih tinggi dibanding stroke hemorhagik, yaitu sebanyak 80% sampai *85%* dan seluruh kejadian stroke. Meskipun prevalensi kejadian stroke iskemik cukup tinggi, namun harapan hidup pada stroke iskemik lebih baik dan pada stroke hemoragik, sedangkan tingkat kecacatan justru akan lebth berat pada stroke iskemik akibat dari kerusakan neuron- neuron yang terkena iskemik. Masa pemulihan fungsi neuron pada stroke iskemik bisa terjadi setelah 2 minggu serangan infark dan mencapai pemulihan sempurna pada minggu ke 8 (Harsono, 1999). Faktor yang mempengaruhi reversibilitas fungsi sel otak ini adalah waktu reperfusinya semakin cepat makin baik dan bahkan bila tidak terjadi reperfusi daerah ini akan mengalami kematian secara perlahan - lahan, berbeda dengan stroke hemorhagik yang menimbulkan gejala neurologik dengan cepat dan akan mengalami resolusi serta meninggalkan jaringan otak dalam kondisi utuh.   
 Waktu pemulihan fungsi neuron pada stroke iskemik sangat tergantung pada kualitas penatalaksanaan dan asuhannya. Lama hari rawat (LOS) dapat dijadikan sebagai alat ukur dalam mengevaluasi kualitas asuhan yang diberikan suatu pelayanan kesehatan, seperti di Amerika lama hari rawat *(Lenght Of Stay/LOS)* pasien stroke iskemik rata-rata 6 - 11 hari, dibandingkan dengan di Canada, Eropa dan Asia rata-rata hari rawat stroke iskemik adalah 17 - 26 hari (Saposnik, *et al., 2005,* ¶ 1, http://stroke.ahajounals.org, diperoleh tanggal *5* Oktober 2007).

Di Indonesia berdasarkan penelitian yang dilakukan di RSCM lama hari rawat (LOS) untuk stroke iskemik maupun stroke hemoragik adalah 9,7 hari di unit stroke dan 10,1 hari di ruang penyakit syaraf (Rasyid, *et al,* 2007). Sementara telah disusun suatu jalur klinis stroke terpadu di Indonesia dengan standar hari rawat pasien stroke selama 7 hari dan paling lama hari ke 8 adalah hari kepulangan pasien (Ahmad, *2006).* Di RSUD Sleman lama hari rawat stroke iskemik setahun terakhir lebih dari 10 hari (Data dan RSUD Sleman, 2016)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1. **Rumusan Masalah**

Pemberian *discharge planning* yang dirancang secara terstruktur untuk pasien stroke iskemik sangat penting mengingat masa perawatan dan pemulihan terhadap tingkat kecacatan serta gejala sisa yang ditimbulkan cukup berat dan membutuhkan kesabaran. Pemberian *discharge planning* ini bertujuan agar dapat mempengaruhi perilaku pasien dan keluarga sebagai upaya meningkatkan status kesehatan dan mempertahankan perilaku hidup sehat agar faktor resiko dapat dikurangi dan serangan stroke berulang tidak terjadi. Oleh karena itu peneliti merumuskan masalah penelitian “Apakah ada perbedaan pengaruh pemberian *discharge planning* terstruktur dengan pemberian *Discharge planning* rutin rumah sakit dalam menurunkan faktor risiko kekambuhan, *Length of Stay* (lama hari rawat) dan peningkatan status fungsional pasien stroke iskemik?”.

1. **Tujuan**
2. Tujuan Umum

Teridentifikasi pengaruh *discharge planning* terstruktur pada pasien stroke iskemik dalam menurunkan faktor resiko kekambuhan, *Lenght Of Stay* (lama hari rawat) dan peningkatan status fungsional di Rumah Sakit Umum Daerah Sleman.

1. Tujuan Khusus
2. Teridentifikasi karakteristik pasien stroke iskemik (umur dan tingkat pendidikan)
3. Teridentifikasi pengaruh *discharge planning* terstruktur terhadap faktor risiko kekambuhan
4. Teridentifikasi pengaruh *discharge planning* terstruktur terhadap *length of stay*
5. Teridentifikasi pengaruh *discharge planning* terstruktur terhadap status fungsional
6. Manfaat
7. Manfaat Praktis
8. Hasil penelitian mi diharapkan bermanfaat bagi perawat agar dapat dijadikan sebagai pedoman dalam pemberian *discharge planning* pada pasien stroke iskemik sehingga faktor risiko kekambuhan dan lama hari rawat *(Length Of Stay/LOS)* berkurang, status fungsional meningkat.
9. 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), dalarn upaya menurunkan risiko terjadinya serangan berulang, memperpendek hari rawat yang berdampak pada biaya rawatan serta meningkatkan status fungsional.
10. Manfaat Keilmuan

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

1. Manfaat Metodologi

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

1. Hipotesis   
   “Ada pengaruh *discharge planning* terstruktur pada pasien stroke iskemik dalarn menurunkan faktor risiko kekambuhan, *Lenght Of Stay* (LOS) dan peningkatan status fungsional di Rumah Sakit Umum Daerah Sleman.”.

**BAB II   
TINJAUAN PUSTAKA**

1. Stroke Iskemik
2. Pengertian   
   Stroke adalah suatu sindrom klinis yang berkembang cepat akibat gangguan fungsi otak secara fokal atau global dengan gejala yang berlangsung selama 24 jam atau lebih atau menyebabkan kematian, tanpa adanya penyebab lain yang jelas selain gangguan vaskuler (WHO, 1986; PERDOSSI, 1999 dalam Hakim, *et al*., 2004).
3. Etiologi   
   Rasyid, *et al.* (2007) menjelaskan bahwa serangan stroke dibedakan menjadi dua (2), yaitu:
4. Stroke Hemorhagik (stroke perdarahan)

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

1. Stroke Iskemik (stroke oklusif)

Stroke iskemik yang dikenal dengan stroke oklusif dapat terjadi karena adanya sumbatan atau bekuan path 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 aeriosklerosis,arteriris, hiperkoagulasi dan lain-lain. Smith, *et al.* (2001, dalam Price & Wilson, 2006) menjelaskan bahwa penyebab tersering terjadinya stroke embolik adalah embolus yang berasal dari pembuluh darah besar atau jantung, sementara arterioskierosis merupakan penyebab sebagian besar stroke trombotik.

1. Patofisiologi

Terjadinya stroke iskemik akibat adanya thrombus dan embolus, dapat menyebabkan pembuluh darah di otak menjadi tersumbat, akibatnya aliran darah ke otak akan berkurang hingga terjadi hipoksemia pada otak bila *Central Blood Flow* hanya 20% dan normal (ambang perfusi terjadi sekitar 50 ml/l00 gram jaringan otak/menit). Hipoksemia akan menimbulkan kematian sel-sel otak dan unsur - unsur pendukungnya. Sesuai dengan teori Zium dan Choi (dalam Harsono, 1999) dijelaskan bahwa daerah otak yang mengalami kematian atau infark akan melepaskan glutamat dan radikal bebas dalam jumlah yang cukup   
besar, glutamat akan merusak membrane sel otak, sebagai kompensasi ion calcium masuk ke dalam sel, masuknya ion calcium ke dalam sel justru akan merangsang pengeluaran glutamat. Sementara radikal bebas yang lepas akan membanjiri membran neuron disekitar daerah intärk sarnpai terjadi juga perpindahan kalsium kedalam sel *(calcium influx).* Daerah otak yang mengalami iskemik dapat dibedakan atas bagian inti *(core)* yaitu daerah terjadinya iskemik terberat dan berlokasi di sentral, daerah inti ini bila dalam waktu singkat tidak langsung mendapat reperfusi dapat mengalami nekrotik. Bagian luar daerah inti iskemik disebut dengan *penumbra iskemik.* artinya sel - sel dan jaringan pendukung disekitar *core* belum mengalami nekrotik walaupun tingkat iskemik yang dialami semakin ke perifer akan semakin ringan, tapi fungsi - fungsinya sangat berkurang sehingga dapat menyebabkan terjadinya defisit neurologik maksimal pada 24 jam pertama. Diluar daerah *penumbra iskemik,* dikeliingi oleh suatu daerah *hyperemic* akibat adanya aliran darah kolateral *(luxury perfusion area)* (Rasyid, *et al.* 2007).

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

Faktor yang banyak menyebabkan cidera adalah:

1. Rusaknya sawar darah otak dan sawar darah cairan serebro spinal akibat zat zat toksik.
2. Edema intestisium otak akibat meningkatnya permeabilitas vakuler di arteri yang terkena.
3. *Zona hiperperfusi* sekitar jaringan iskemik yang dapat mengalirkan darah dan mempercepat infark neuron yang mengalami iskemik.
4. Hilangnya *autoregulasi* otak schingga *central blood flow* tidak responsive terhadap perbedaan tekanan dan kebutuhan metabolik. Hal ini sangat berbahaya karena dapat meningkatkan terjadinya edema otak peningkatan tekanan intra kranial dan kerusakan neuron akan menjadi semakin luas.

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

1. Faktor Risiko Stroke Iskemik

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

1. Faktor resiko yang tidak dapat diubah

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

1. Usia

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

1. Ras/Etnik

Dikatakan bahwa orang Amerika yang berasal dari Afrika/Negro lebih banyak terserang stroke dibanding orang kulit putih dengan pernandingan 2 : 1 atau orang kulit hitam memiliki nsiko 38% lebih tinggi (Price & Wilson, 2006)

1. Jenis kelamin

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

1. Riwayat stroke dalam keluarga (keturunan)

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

1. Faktor risiko yang dapat diubah (diperbaiki)
2. Hipertensi

Hipertensi merupakan faktor utama risiko stroke, mempertahankan tekanan darah dibawah 140/90 mrnHg dapat mengurangi faktor risiko stroke sebesar *75- 85%.* Tekanan darah tinggi dapat dikelola/ditangani secara efektif dengan pengobatan, gaya hidup sehat serta pemeriksaan secara teratur. Karena dengan penurunan tekanan darah sistolik sebesar *5* mmHg dapat menurunkan risiko kematian akibat stroke sebesar 14%.

1. Diabetes Mellitus

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

1. Penyakit jantung (Fibrilasi Atrium)

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

1. Dislipidemia

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

1. *Transient Ischemic Attack* ( TIA)

TIA adalah serangan stroke sepintas yang berlangsung tidak lebih dan   
beberapa menit (tetapi kadang-kadang sampai 24 jam) dan defisit   
neurologi fokal yang terjadi bisa sembuh sempurna. *TIA* merupakan suatu tanda peringatan penting kemungkinan datangnya stroke iskemik karena 50 - *75%* pasien stroke iskemik didahului oleh T1A. Risiko munculnya stroke setelah serangan TIA 24- 29% dalam *5* tahun, 12-13% dalam 1 tahun dan 4-8% pada bulan pertama dan risiko meningkat 13-16 kali dalam tahun pertama.

1. Gejala *Sickle Cell*

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

1. Penyempitan pembuluh darah karotis

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

1. Peningkatan kadar homosistein

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

1. Faktor Gaya Hidup
2. Merokok

Merokok adalah faktor risiko terjadinya stroke iskemik dan dapat meningkatkan prevalensi stroke 2 - 6 kali, diketahui bahwa dan semua penyebab stroke 12% adalah akibat merokok, prevalensi terbanyak nada usia dibawah *55* tahun. Merokok dapat memperberat pengapuran pada pembuluh darah dan serta meningkatkan penggumpalan pada pembuluh darah serta dapat mengganggu uama denyut jantung (Martini & Hendrati, 2004). Dengan berhenti merokok dapat mengurangi risiko terkena serangan stroke selarna 2 - 4 tahun.

1. Aktivitas fisik yang kurang

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

1. Kegemukan   
   Dapat diidentifikasi dengan pengukuran:
2. Index Massa Tubuh (IMT), ditemukan bahwa dengan IMT lebih dan 27,8 kg/rn2’ secara signiflkan memiliki risiko lebih besar terkena stroke iskemik dan hemoragik dari Kurth *et al* (2001, dalam Price & Wison, 2006) IMT > 25 - 29,9, dikategorikan berat berlebih *(over weight),* sedangkan IMT >30 dikategorikan obesitas.
3. Sentral Obesitas/ Gemuk perut

Kegemukan pada bagian abdomen dapat dihitungjika lingkar perut > 102 cm pada aki-1aki dan > 88 cm pada perempuan.   
lingkar perut menggambarkan lemak tubuh yang berhubungan dengan peningkatan substansial resiko obeisitas dan komplikasi metabolik yang erat kaitannya dengan resistensi insulin. Adanya efek anabolik insulin mi akan meningkatkan risiko penyakit jantung koroner dan serangan stroke iskemik.

1. Diet yang salah

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

1. Pengguna alkohol yang berat

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

1. Pemakaian obat kontrasepsi

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

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

a. Mencegah timbulnya faktor risiko.

b. Menghilangkan sebanyak mungkin faktor risiko yang ada

c. Mengunangi pajanan ke semua faktor risiko yang dapat dihilangkan.

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

Tabel 2.1

Penilaian Faktor Risiko Stroke

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Faktor | Skor Faktor Resiko | | | | Skor |
|  | 0 | 1 | 2 | 3 |  |
| Usia (tahun) | 0-44 | 45-64 | 65-74 | >75 |  |
| Tekanan darah tinggi (mmHg) | Normal 120/80 | Garis batas meningkat s/d hipertensi ringan (120-159/80-94) | Hipertensi sedang (160-179/95-109) | Hipertensi berat (>180/>110) |  |
| Diabetes | GDR < 140 mg/dl, puasa < 100 mg/dl | GDR < 140-199 mg/dl, puasa < 100-125 mg/dl | GDR~200 mg/dl, puasa~ 126 mg/dl | GDR ~200 mg/dl, puasa ~ 126 mg/dl |  |
| Kolesterol | Dibawah rata – rata ( 200 mg/dl) | Rata – rata ( 200 – 239 ml/dl) | Meningkat sedang ( 240 – 300mg/dl) | Sangat meningkat (> 300mg/dl) |  |
| IMT (kg/m2) | Normal (18,5 – 24,9) | Sedikit kelebihan BB ( 25-26,9) | Lumayan kelebihan BB ( 27 – 29,9) | Obesitas ( 30- atau lebih) |  |
| Riwayat stroke dalam keluarga | Tidak ada | Seorang anggota keluarga pernah terkena stroke pada usia > 65 tahun | Seorang anggota keluarga pernah terkena stroke pada usia < 65 tahun | Dua atau lebih anggota keluarga pernah terkena stroke |  |
| Alkohol  (gelas/hari) | Tidak berlebihan ( 0-2 gelas untuk pria dan 0-1 untuk wanita) | Sedikit berlebihan ( 3-4 gelas untuk pria dan 2 gelas untuk wanita ) | Lumayan berlebihan ( 5-6 gelas untuk pria dan 3-4 gelas untuk wanita) | Sangat berlebihan ( > 6 gelas untuk pria dan > 4 gelas wanita) |  |
| Merokok | Tidak pernah merokok atau berhenti merokok > 5 th yll | Berhenti merokok < 5 th yll | Perokok – kurang dari 20 batang per hari | Perokok 20 batang atau lebih perhari |  |
| Aktivitas fisik | Normal (aktivitas berenergi 1 jam min 3 x /minggu | Agak kurang ( 1 jam aktivitas berenergi 1 – 2 kali/mnggu | Lumayan kurang ( <1 jam aktivoitas berenergi sekali/minggu | Aktivitas fisik sangat kecil (hampir tanpa aktivitas energi) |  |
| Diet | Sesuai anjuran ahli gizi = skor 0 | | | |  |
| Tidak sesuai anjuran Ahli Gizi = skor 1 | | | |  |
|  | Skor total | | | |  |

Peningkatan faktor risiko ini dikategorikan sebagai berikut:

1. Risiko rendah : nilai 1 - 4

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

1. Risiko sedang: nilai *5 -*  *9*

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

1. Risiko tinggi : nilai 10 - 13

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

1. Risiko sangat tinggi : nilai > 14

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

1. Penatalaksanaan   
   Rasyid et al (2007) menjelaskan bahwa pada penatalaksanaan stroke iskemik meliputi 6 hal penting yang perlu dilakukan, yaitu:
2. Prosedur diagnostik untuk menentukan terapi

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

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

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

1. Terapi khusus yang berhubungan dengan patogenesis stroke   
   Pembenan rtPA *(recombinant tissue-plasminogen activator)* intravena jika serangan gejala stroke dipastikan kurang dan 3 jam dan basil CT Scan tidak memperlihatkan infark dini yang luas. Atau pemberian tempi *antithrombotic* seperti hepanin dan antiplatelet
2. Pencegahan primer dan pengobatan komplikasi

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

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

1. Pencegahan sekunder dini

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

1. Memodifikasi gaya hidup yang berisiko stroke dan faktor risiko, seperti:
2. Hipertensi : diet dan obat hipertensi yang sesuai
3. Diabetes mellitus : diet dan obat hipoglikemik oral/insulin
4. Dislipidemia: diet rendah lemak dan obat antidislipidemia
5. Berhenti merokok
6. Hindari alkohol, kegemukan dan kurang gerak
7. Melibatkan peran serta keluarga seoptimal mungkin

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

1. Rehabilitasi dini

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

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

1. *National Institute of Health Stroke Scale NIHSS)*

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

1. *Barthel Index* (BI)

Diperkenalkan oleh Mahoney dan Barthel tahun 1965, digunakan untuk menilai status fungsional dan kemampuan pergerakan otot/ekstremitas pada pasien dan sering dipakai untuk menilai fungsi aktivitas keseharian pasien (ADL). *Barthel Index* memiliki sensitifitas uji 77% dan spesifisitas 70% bermanfaat juga untuk mengevaluasi efektifitas kemajuan terapi dan prognosis serta keberhasilan rehabilitasi. Nilai penilaian menurut Wade dan Coffin (1988) memuat 10 penilaian antara 0 (total ketergantungan) sampai 20 (total independen), yaitu meliputi:

Tabel 2.2

Skala Penilaian Barthel Index

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

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

Peran seorang perawat sebagai bagian dan tim pelayanan kesehatan, diharapkan mampu memberikan asuhan keperawatan kepada pasien stroke secara komprehensif dan terorganisir sejak fase hiperakut hingga fase pemulihan agar dapat mempengaruhi *outcome* pasien pasca stroke (Rasyid, *et al*. 2007). Pengetahuan pasien dan keluarga tentang penyakit, pengobatan, perawatan serta proses rehabilitasi bagi pasien stroke sangat menentukan tahap pemulihan pasien, karena dengan memahami kondisi fisik dan psikologis yang dialarni oleh pasien pasca stroke, keluarga dapat memberikan support lebih besar untuk membantu pasien agar dapat beradaptasi dengan segala *disability-nya,* mengurangi faktor risiko yang menimbulkan serangan berulang stroke dengan merubah gaya hidup ke perilaku sehat, merniliki motivasi yang tinggi untuk mengurangi ketergantungan aktivitas serta berupaya semaksimal mungkin untuk kembali pulih Powell (2000) menjelaskan bahwa keluarga bukannya tidak dapat merawat pasien dalam memenuhi kebutuhan ADL *(Activity Daily Living)* tapi keluarga hanya tidak mengerti bagaimana cara merawat, untuk menghindari ketidakmengertian itu perlu diberikan *health education* pada pasien dan keluarga lebih dim tentang pengobatan, perawatan dan kebutuhan pasien.

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

1. *Discharge Planning* dalam Keperawatan
2. Pengertian   
   *Discharge Planning* adalah suatu proses yang sistematis dalam pelayanan kesehatan untuk membantu pasien dan keluarga dalam menetapkan kebutuhan, mengembangkan dan mengimplementasikan serta mengkoordinasikan rencana perawatan yang mungkin dilakukan setelah pasien pulang dari rumah sakit dalam upaya meningkatkan atau mempertahankan derajat kesehatannya *(The Nurses Association of New Brunswick,* 2002; *The Royal Marsden Hospital,* 2004 ; Capernito,1999; Spath. 2003).
3. Tujuan   
   Lyon (1993, dalam Cawthorn, 2005) mengungkapkan bahwa saat pertama pasien masuk untuk dirawat, tujuan utama seorang perawat adalah memberikan pelayanan terbaik melalui koordinasi, *health education* dan tindakan yang tepat, tujuan kedua adalah upaya untuk mengurangi biaya, hari rawat *(Lengths Of Stay)* dan kunjungan berulang. Naylor (1999) rnenjelaskan bahwa untuk mencapai hari rawatan yang lebih pendek, mencegah risiko kekambuhan, rneningkatkan perkembangan kondisi kesehatan pasien dan menurunkan beban perawatan pada keluarga dapat dilakukan dengan memberikan *discharge planning.* Pasien memerlukan *discharge planning* untuk menjamin kelancaran proses perpindahan pasien dan rumah sakit ke lingkungan lainnya agar perawatan yang telah diberikan selama di rumah sakit dapat berkelanjutan.

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

1. Mempersiapkan pasien dan keluarga secara fisik dan psikologis untuk pulang dan beradaptasi dengan perubahan lingkungan.
2. Mempersiapkan keluarga secara emosional dan psikologis terhadap perubahan kondisi pasien.
3. Memberikan informasi pada pasien dan keluarga sesuai kebutuhan mereka baik secara tertulis maupun secara verbal.
4. Memfasilitasi kelancaran perpindahan dan meyakinkan bahwa semua fasilitas kesehatan dan lingkungan pasien telah siap menerima kondisi pasien.
5. Meningkatkan kemandirian pasien dan keluarga untuk meningkatkan derajat kesehatan pasien.
6. Memberikan kontinuitas perawatan antara rumah sakit dengan lingkungan baru pasien dengan menjalin komunikasi yang efektif
7. Pelaksanaan *Discharge Planning*

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

1. *Discharge planning* merupakan proses multidisiplin dalam memenuhi kebutuhan pasien.
2. Prosedur *discharge planning* dilaksanakan secara konsisten untuk semua pasien.
3. Pengkajian juga dilakukan terhadap keluarga sebagai orang yang akan melanjutkan perawatan.
4. Meyakinkan bahwa pasien dipmdaiilcan ke lingkungan yang aman dan memadai
5. Menjamin adanya kontinuitas dalam perawatan setelah pulang dari rumah sakit,
6. *Discharge planning* dimulai saat kontak pertama dengan pasien.
7. Informasi tentang *discharge planning* disusun berdasarkan basil diskusi dan kesepakatan antara tenaga kesehatan dengan pasien atau keluarga.
8. Keyakinan/kepercayaan pasien harus dipertimbangkan dalam menyusun *discharge planning.*

Pelaksanaan *discharge planning* membutuhkan seseorang yang memiliki keahlian dalam pengkajian, mampu mengorganisasikan, memiliki keahlian dalarn berkomunikasi dan menyadari sumber daya di masyarakat oleh Harper (1998, dalarn *The Nurses Association of New Brunswick,* 2002) dan kemampuan seorang perawat telah dipersiapkan untuk berperan sebagai *discharge planner. Discharge planning* disebut juga sebagai bagian integral dan asuhan keperawatan dirumah sakit, karena dalam melakukan asuhan keperawatan perawat telah memiliki kemampuan untuk melakukan pengkajian secara akurat dan mengidentifikasi masalah aktual maupun potensial yang dirasakan oleh pasien, menyusun tujuan dan merencanakan perawatan bersama pasien dan keluarga, melakukan implementasi dengan membantu pasien dalam memenuhi kebutuhan dan memberikan *health education* untuk meningkatkan status kesehatan serta mengevaluasi secara kontinu kemajuan pasien. Sebagai anggota team kesehatan, perawat melakukan kolaborasi dengan team lainnya dalam merencanakan, mengimplementasi, koordinasi dan memfasilitasi pasien dalam mencapai kesembuhan seoptimal mungkin sarnpai pasien pulang dan me1anjutkan pemulihan di rumah.   
 Berbagai penelitian yang telah dilakukan tentang keefektifan *discharge planning,* misalnya penelitian Dai, Chang & Tai (2002) tentang efektifitas *discharge planning* dalam pemberian *health education* oleh perawat di rumah sakit Taiwan yang menggunakan desain kuasi eksperirnen dengan jumlah sampel 171 (72 kelompok kontrol dan 99 kelompok intervensi) pada pasien stroke dan 112 (56 kelompok kontrol dan *56* kelompok intervensi) pada pasien *post craniotomy.* Penelitian ini dilakukan selama 2 tahun dengan 1 tahun sebagai periode mtervensi dan 1 tahun sebagai periode kontrol. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa *length* of *stay* pada kelompok intervensi lebih pendek daripada kelompok kontrol pada pasien stroke, yaitu *49,57* hari pada kelompok kontrol dan 42,14 hari pada kelompok intervensi, begitu juga dengan riisiko kekambuhan pada kelompok yang diberikan *discharge planning* lebih rendah dan kelompok yang hanya mendapat perawatan rutin rumah sakit. Dijelaskan bahwa pasien yang masuk untuk kembali dirawat selama penelitian pada kelompok intervensi hanya 1 orang dan 3 orang pada kelompok kontrol, sementara hasil penilaian status fungsional *33,38* pada kelompok kontrol dan 27,78 pada kelompok intervensi (menggunakan penilaian *Barthel index* dengan rentang nilai 0-100). Dan hasil penelitian ini dapat disimpulkan bahwa *discharge planning* yang diberikan secara komprehensif dapat menurunkan faktor resiko kekambuhan, *length of stay* tanpa menurunkan kualitas dan waktu pemulihan dalam status fimgsional.   
Proses pelaksanaan *discharge planning* dilakukan melalui *5* tahap model klinik yang digunakan dalam proses keperawatan (Slevin, 1986) seperti terlihat dalam skema 2.3 berikut ini:

Prioritas pada pasien yang membutuhkan *discharge planning*

2. Pengkajian

1. Seleksi Pasien

- Metode *“METHOD”*- Kolaborasi dgn team   
 kesehatan lainnya   
- Diskusi dengan keluarga *planning*

- Pengkajian Fisik dan psikososial   
- Status Fungsional   
- *health education*- Konseling

*planning*

3. Perencanaan

4. Sumber daya pasien dan keluarga

- *Health education*- Evaluasi kriteria hasil   
- Dokumentasi

5. Implementasi dan Evaluasi

Identifikasi:   
- Keluarga yg akan merawat   
- Finansial   
- Pusat pelayanan kesehatan lainnya.

Skema 2.3

Model Klinik *Discharge Planning*

Lima *(5)* tahap model klinik *discharge planning* tersebut adalah :

1. Seleksi pasien

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

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

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

1. Usia diatas 70 tahun
2. Multiple diagnosis dan risiko kematian yang tinggi
3. Keterbatasan mobiiitas fisik
4. Keterbatasan kemampuan merawat diri
5. Penurunan status kognisi
6. Risiko terjadinya cidera
7. Tuna wisma, fakir miskin
8. Penyakit kronis
9. Antisipasi perawatan jangka panjang; stroke, pasien DM baru, TBC paru
10. Gangguan penyalahgunaan zat/obat
11. Riwayat sering menggunakan fasilitas emergensi seperti asma, alergi.

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

1. Pengkajian   
   Menurut Stone (1979, dalam Slevin, 1986) pengkajian *discharge planning* berfokus path 4 area yang potensial untuk dikaji, yaitu pengkajian fisik dan psikososial, status fungsional, kebutuhan *health education* dan konseling. Zwicker & Picariello (2003) mengemukakan bahwa prinsip - prinsip dalam pengkajian adalah:
2. Pengkajian dilakukan pada saat pasien masuk dan berlanjut selama perawatan.
3. Pengkajian berfokus pada pasien dewasa yang berisiko tinggi tidak tercapainya hasil *discharge.*
4. Pengkajian meliputi :
5. Status fungsional (kemampuan dalam aktivitas sehari-hari dan fungsi kemandirian).
6. Status kognitif (kemampuan pasien dalam beipariisipasi dalam proses *discharge planning* dan kemampuan mempelajari informasi baru).
7. Status psikologi pasien., khususnya pengkajian terhadap depresi.
8. Persepsi pasien terhadap kemampuan perawatan diri.
9. Kemampuan fisik dan psikologik keluarga dalarn perawatan pasien.
10. Kurangnya pengetahuan berkaitan kebutuhan perawatan kesehatan setelah pulang.
11. Faktor lingkungan setelah pulang dan rumah sakit.
12. Kebutuhan dukungan formal dan informal keluarga dalam memberikan pemwatan yang benar dan efektif
13. Review pengobatan dan dampaknya.
14. Akses ke pelayanan setelah pulang dan rumah sakit.

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

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

Pengkajian dalam proses *discharge planning* ini harus dilakukan secara komprehensif dan mempertimbangkan kritena pasien yang membutuhkan *discharge planning* baik pada pasien sendiri maupun keluarga yang akan melanjutkan perawatan setelah pulang dari rumah sakit agar sasaran kontinuitas perawatan tercapai pasien dan keluarga dapat beradaptasi dengan kondisi kesehatan serta beban keluarga dapat diminimalkan. Susan dalam Hoeman (1996) menyebutkan kriteria pasien yang siap untuk dikaji kebutuhan *health education*-nya ditunjukkan dalam *3* kategori:

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

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

Skema 2.4

Alur Pengkajian *Discharge Planning*

Perawat dikomunitas berkolaborasi dengan *discharge planner* saat pasien akan masuk RS

Perawat ahli merencanakan proses transisi, khususnya bagi pasien yang akan masuk atau prosedur yang direncanakan

Pasien masuk RS

*Discharge Planning* dimulai

Identifikasi pasien yang membutuhkan *discharge planning*

Dasar Discharge :

Follow-up rutin dan membuat instruksi *discharge*

Pengkajian

Pasien memerlukan *complex discharge planning* : pasien dengan rehabilitasi lama,penyakit kronis, pengobatan kompleks, dan sebagainya.

Pasien memerlukan *moderate discharge planning* : pasien control, butuh pengobatan jangka pendek, memiliki kemandirian adekuat dan pasien yang perlu dukungan minimal

1. Perencanaan   
   Dalam perencanaan diperlukan adanya kolaborasi dengan team kesehatan lainnya, diskusi dengan keluarga dan pemberian *health education* sesuai pengkajian. Pendekatan yang digunakan path *discharge planning* difokuskan pada 6 area penting dan pemberian *health education* yang dikenal dengan istilah *“****METHOD****”* dan disesuaikan dengan kebijakan masiiig-masing rumah sakit oleh Cucuzzo (1976, dalam Slevin dan *www.jstor.org/view* diperoleh tanggal 1 Februari 2008).

**M** : *Medication,* pasien diharapkan mengetahui tentang:

1. Nama obat
2. Dosis yang hams dibenkan dan waktu pemberiannya
3. Tujuan penggunaan obat
4. Efek obat yang seharusnya
5. Gejala yang mungkin menyimpang dan efek that dan hal-hal yang penn dilaporkan (pengulangan untuk tiap-tiap obat melalui resep)

**E** : *Environment,* pasien akan dijamin tentang:

1. Instruksi yang adekuat mengenai keterampilan-keterampilan penting yang diperlukan di rumah
2. Investigasi dan koreksi berbagai bahaya di lingkungan rumah
3. Support emosional yang adekuat
4. Inivestigasi sumber-sumber suport ekonomi
5. Investigasi transportasi yang akan digunakan klien

**T** *: Treatment,* pasien dan keluarga dapat:

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

**H** *: Health,* pasien akan dapat:

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

**O** : *Outpatient Referral,* pasien dapat:

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

**D** : *Diet,* diharapkan pasien mampu:

1. Mendeskripsikan tujuan pemberian diet
2. Merencanakan jenis-jenis menu yang sesuai dengan dietnya
3. Sumber daya

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

1. Implementasi dan Evaluasi

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

1. Prinsip umum dalam implementasi *discharge planning adalah:*
2. *Discharge planning* harus berfokus pada kebutuhan pasien dan keluarga.
3. Hasil pengkajian dijadikan sebagai pedoman strategi pelaksanaan
4. Hasil pengkajian akan menentukan kebutuhan pendidikan kesehatan yang dibutuhkan setelah pasien pulang dan rumah sakit.
5. Data pengkajian dapat memprediksikan *outcome* pasien setelah pulang dari rumah sakit.
6. *Discharge planning* dimulai saat pasien masuk bertujuan untuk memperpendek hari rawatan.
7. Stategi untuk memastikan kontinuitas perawatan pasien, dikenal dengan 4 C yaitu *Communication, Coordination, Collaboration* dan *Continual Reassesment.*
8. *Communication*

Komunikasi dilakukan secara multidisiplin melibatkan pasien dan keluarga saat pertama pasien masuk rumah sakit, selama masa perawatan dan saat pasien akan pulang. Komunikasi dapat dilakukan secara tertulis dan hasil dokumentasi merupakan pengkajian kebutuhan perawatan pasien berupa ringkasan pasien dirumah sakit. Komunikasi verbal   
dilakukan mengenai status kesehatan dilakukan pada pasien, keluarga, profesional lain dan pelayanan kesehatan untuk rujukan setelah pulang daii rumah sakit.

1. *Coordination*

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

1. *Collaboration*Kolaborasi dilakukan oleh perawat dengan seluruh team yang terlibat dalam perawatan pasien, disainping itu adanya kolaborasi antara perawat dengap keluarga dengan memberikan informasi tentang riwayat kesehatan masa lalu pasien, kebutuhan biopsikososial serta hal - hal yang berpotensi menghambat proses kontinuitas perawatan.
2. *Continual Reasssesment*

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

Fokus pada tahap implementasi ini adalah memberikan *health education* serta pendokumentasian. Dalam pembenan *health education* bukan hanya sekedar pemberian informasi tetapi merupakan suatu proses yang mempengaruhi perilaku individu, karena kesuksesan suatu pendidikan bisa diperlihatkan dengan adanya perubahan perilaku.

Terbentuknya pola perilaku baru dan berkembangnya kemampuan seseorang dapat terjadi melalui tahapan yang diawali dari pembentukan pengetahuan, sikap dan dimilikinya suatu ketrampilan baru. Bloom (1976) dalam Notoatmojo (1997) mengemukakan bahwa aspek perubahan perilaku yang berkembang dalam proses pendidikan meliputi tiga ranah yaitu :

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

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

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

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

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

1. Persepsi masyarakat terhadap sehat-sakit

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

1. Kepercayaan

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

1. Pendidikan

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

4) Nilai kebudayaan

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

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

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

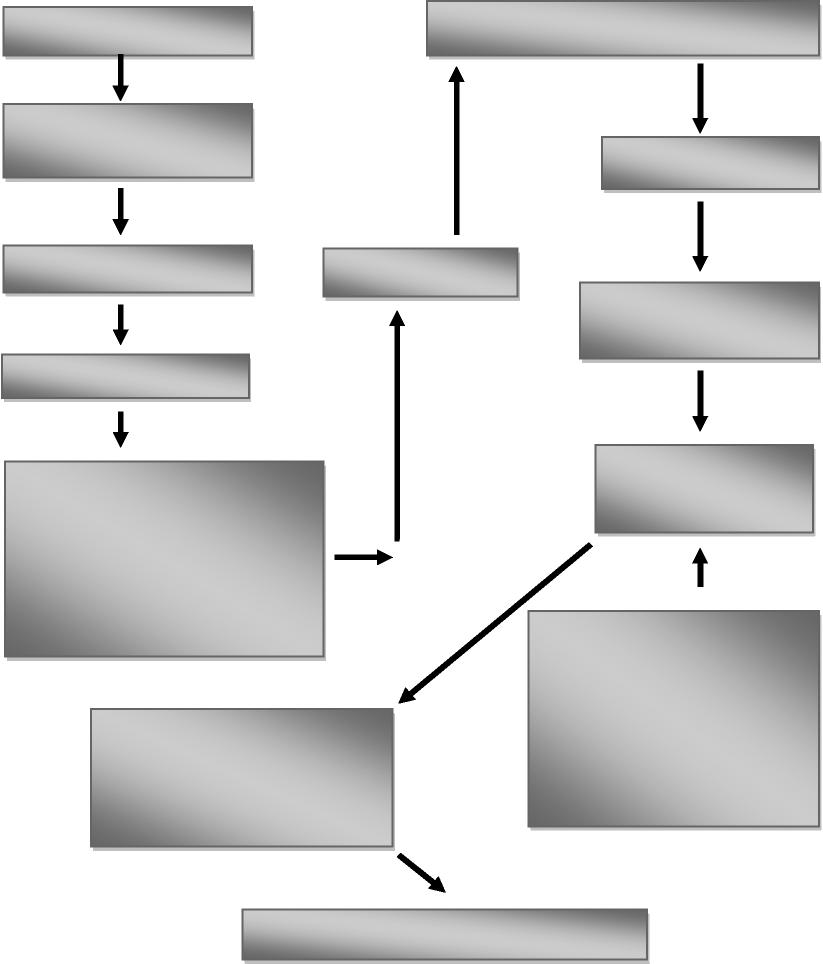
Menurut Potter & Perry (2005) keberhasilan yang diharapkan setelah dilakukan *discharge planning* ditunjukkan seperti :

1. Pasien dan keluarga memahami diagnosa, antisipasi tingkat fungsi, obat­obatan dan tindakan pengobatan untuk proses transisi atau kepulangan, mengetahui cara antisipasi kontinuitas perawatan serta tindakan yang akan dilakukan pada kondisi kedaruratan.
2. Pendidikan diberikan kepada pasien dan keluarga untuk memastikan perawatan yang tepat setelah pasien pulang sesuai dengan kebutuhan.
3. Koordinasi sistem pendukung dimasyarakat yang memungkinkan pasien untuk membantu pasien dan keluarga kembali ke rumahnya dan memiliki koping yang adaptif terhadap perubahan status kesehatan pasien.
4. Melakukan koordinasi system pendukung pelayanan kesehatan untuk kontinuitas perawatannya.

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

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

C. Kerangka Teori



**Faktor risiko Stroke**

**Stroke Iskemik**

**Penatalaksanaan**

**Thrombus dan  
embolus**

**Perawat**

DISCHARGE PLANNING

***Health  
Education/*Konseling**

**Perubahan  
Perilaku** -3 **Sehat**

**Implementasi**

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

Skema 2.5  
Kerangka Teori

**Stroke berulang tidak terjadi**

- **Memodifikasi gaya hidup**

**yang berisiko stroke dan**

**mengelola faktor risiko** - **Melibatkan keluarga**

**Faktor yang mempengaruhi perubahan perilaku :**

1. **Persepsi**
2. **Kebudayaan**
3. **Kepercayaan**
4. **Tingkat Pendidikan**
5. **Prosedur diagnostic**
6. **Pengobatan KU**
7. **Terapi khusus**
8. **Pencegahan primer**
9. **Pencegahan sekunder dini**
10. **Rehabilitasi dini**

**BAB III**

**METODE PENELITIAN**

1. **Bagan Alir Penelitian**

Pasien Stoke di RSUD Sleman

Kelompok Kontrol

Kelompok Intervensi

Penilaian Faktor Resiko, *LOS*, Satus Fungsional

Penilaian Faktor Resiko, *LOS*, Satus Fungsional

*Discharge Planning* Terstruktur

*Discharge Planning* Rutin

Penilaian Faktor Resiko, *LOS*, Satus Fungsional

Penilaian Faktor Resiko, *LOS*, Satus Fungsional

Analisis perbedaan pre dan post, perbedaan dua kelompok

[Cite your source here.]

1. **Tahapan Penelitian**

Tahap Persiapan

Pengurusan ijin etik, ijin penelitian ke dinas perijinan dan rumah sakit, rekrutmen responden, pelatihan enumerator dan pengukuran awal *(pre test)*

Tahap Pengumpulan Data

Pemberian *Discharge Planning* terstruktur pada kelompok intervensi dan pemberian *Discharge Planning* Rutin pada kelompok kontrol

Tahap Pengolahan Data

Melakukan editing, coding, tabulating data. Melakukan analisis data sebelum dan sesudah perlakuan, maupun kedua kelompok

Tahap Pelaporan Hasil

Penyusunan laporan hasil pemenilitian, presentasi hasil dan publikasi hasil penelitian melalui jurnal.

1. **Luaran Penelitian**

Luaran penelitian yang diharapkan adalah terciptanya model baru *Discharge Planning* terstruktur. *Discharge Planning* terstruktur bisa di buat SOP untuk meningkatkan pelayanan perawatan pasien Stroke.

1. **Indikator Capaian Tahapan**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| No | Tahapan Penelitian | Indikator Capaian |
| 1 | Penyusunan proposal penelitian | Proposal penelitian |
| 2 | Presentasi proposal penelitian | Masukan dan saran |
| 3 | Penyusunan protokol penelitian | Protokol penelitian |
| 4 | Presentasi protokol penelitian | Masukan dan saran |
| 5 | Pengurusan ijin kelayakan etik penelitian | Surat layak etik dapat diterbitkan |
| 6 | Pengurusan ijin penelitian | Surat ijin penelitian dapat diterbitkan |
| 7 | Merekrut asisten peneliti | Tersedianya asisten peneliti sejumlah 3 orang |
| 8 | Melakukan pelatihan asisten peneliti | Tercapainya kesamaan persepsi antara peneliti dan asisten peneliti |
| 9 | Melakukan seleksi responden/ sampel penelitian | Terisinya lembar persetujuan keikutsertaan sebagai responden dalam penelitian |
| 10 | Melakukan pengukuran awal (*pretest*) | Data awal faktor resiko kekambuhan, *LOS*, status fungsional pasien di RSUD Sleman |
| 11 | Pemberian intervensi penelitian | Responden pada kelompok intervensi diberikan *Discharge Planning* Terstruktur |
| 12 | Melakukan pengukuran akhir (*posttest*) | Data akhir faktor resiko kekambuhan, *LOS*, status fungsional pasien di RSUD Sleman |
| 13 | Pengolahan dan analisis data | Data statistik penelitian |
| 14 | Menyusun laporan penelitian | Laporan hasil penelitian dan naskah publikasi |

1. **Rancangan Penelitian**

Jenis Penelitian ini adalah *Quasi eksperiment with pre test-post test design with control group*. Pada rancangan ini kelompok eksperimen dilakukan seleksi awal berupa *pre test* yaitu pengukuran faktor resiko kekambuhan, LOS, status fungsional pasien di RSUD Sleman (observasi 1) sebelum dilakukan intervensi yaitu pemberian *Discharge Planning* Terstruktur (X1) kemudian dilakukan *post – test* yang serupa (observasi 2). Kelompok kontrol dilakukan seleksi awal berupa *pre test* yaitu pengukuran faktor resiko kekambuhan, LOS, status fungsional pasien di RSUD Sleman (observasi 1) dan diberi *Discharge Planning* rutin, setelah pasien mau pulang dilakukan *post test* dengan pemeriksaan serupa (observasi 2), kelompok berbeda setelah dilakukan randomisasi sederhana.

1. **Desain Penelitian**

E 01 X1 02

C 01 X2 02

Keterangan :

E = Kelompok Eksperimen

C = Kelompok Kontrol

X1 = Intervensi *Discharge Planning* Terstruktur

X2 = *Discharge Planning* rutin

O1 = Observasi awal (*pre test*)

O2 = Observasi akhir (*post test*)

1. **Model yang Digunakan**

Model penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah menggunakan subyek manusia yang telah dilakukan skreening melalui data sekunder catatan medis pasien di ruangan. Subyek penelitian adalah pasien yang dirawat di RSUD Sleman. Model intervensi berupa *Discharge Planning* terstruktur.

1. **Perubahan yang Diukur/diamati**

Perubahan yang diukur dalam penelitian adalah menurunnya faktor resiko kekambuhan, *LOS*, status fungsional pasien.

1. **Lokasi dan Waktu Penelitian**

Penelitian ini dilaksanakan di RSUD Sleman selama tiga(3) bulan yaitu mulai bulan Juni sampai dengan Agustus 2017.

1. **Populasi dan Sampel**

Populasi dalam penelitian ini adalah semua pasien stroke iskemik yang dirawat di RSUD Sleman.

Kriteria inklusi pada penelitian ini adalah :

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

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

Prognosis jelek yang ditandai dengan perburukan neurologis > 24 jam pertama, demam (peningkatan suhu tubuh > 37,50C) dan terjadi infeksi.

Penentuan besar sampel menggunakan rumus Uji proporsi dua sampel





Besar sampel untuk setiap kelompok 20 responden. Tekhnik penarikan sampel dengan *consecutive sampling*

1. **Variabel Penelitian**

Variabel penelitian ini meliputi variabel terikat dan variabel bebas.Variabel bebas yaitu *Discharge Planning* terstruktur. Variabel terikatnya adalah menurunnya faktor resiko kekambuhan, *LOS* dan meningkatnya status fungsional.

1. **Definisi Operasional**

Tabel 3.1

Definisi Operasional Variabel Penelitian

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Variabel | Definisi Operasional | Cara Ukur | Hasil Ukur | Skala Ukur |
| Independen |  |  |  |  |
| *Discharge* | Kegiatan yang | * Pengkajian faktor | 1 = Kelompok | Nominal |
| *Planning* | dilakukan sesuai | risiko diawal | intervensi |  |
| terstruktur pada | pedoman untuk | pasien baru | yang |  |
| pasien stroke | membantu pasien | masuk ruang | diberikan |  |
| iskemik. | stroke iskemik dan | perawatan dan | *discharge* |  |
|  | keluarga dalam | saat pasien | *planning* |  |
|  | menetapkan keb. | Kontrol | secara |  |
|  | pendidikan kesehatan dan rencana | kepoliklinik.   * Penilaian status | terstruktur. |  |
|  | perawatan lanjutan | Fungsional | 2 = Kelompok |  |
|  | secara bertahap dan | dilakukan saat | kontrol |  |
|  | dimulai sejak pasien | pasien baru | yang |  |
|  | baru masuk sampai | masuk dan saat | diberikan |  |
|  | pasien pulang (Lampiran 1) | Pulang   * *LOS* dari format pengkajian | *discharge planning* rutin RS. |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Pengukuran ini dilakukan pada kelompok kontrol dan intervensi. |  |  |
| Dependen |  |  |  |  |
| * Faktor resiko risiko | Faktor faktor yang | Membandingkan | Nilai 0 - 25 | Interval |
| kekambuhan | menyebabkan pasien memiliki risiko untuk mendapat serangan stroke berulang, yaitu hipertensi, diabetes mellitus, dislipidemia dan faktor gaya hidup (merokok, aktivitas kurang, kegemukan, diet salah,  penggunaan  alkohol) | nilai total faktor risiko yang diukur saat pasien baru masuk dan waktu pasien kontrol ke poliklinik  berdasarkan tabel faktor risiko stroke (lampiran 2) |  |  |
| * *Length Of* | Jumlah hari pasien |  |  |  |
| *Stay (LOS)* | dirawat diruang perawatan | Format pengkajian (lampiran 3) | Dalam hari | Interval |
| * Status | Penilaian fungsi |  |  |  |
| Fungsional | aktivitas harian pasien. | Membandingkan nilai *Barthel Index* yang dinilai saat pasien baru masuk dan saat pasien pulang. | Nilai 0 - 20 | Interval |
|  |  | (lampiran 4) |  |  |
| Perancu |  |  |  |  |
| Umur |  |  |  |  |
|  | Umur yang telah  dilalui oleh pasien sejak lahir sampai ulang tahun terakhir. | Format pengkajian (lampiran 3) | Dalam tahun | Interval |
| Tingkat pendidikan | Pendidikan formal | Format pengkajian | 1. SD | Ordinal |
|  | terakhir yang pernah diikuti oleh pasien stroke iskemik | (lampiran 3) | 1. SMP 2. SMA 3. PT |  |

1. **Instrumen Penelitian**

Pada penelitian ini digunakan 3 jenis format, yaitu :

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

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

1. Penilaian Status Fungsional (*Barthel Index)*
2. **Prosedur Penelitian**

Penelitian mengenai pengaruh *discharge planning* terstruktur pada pasien stroke iskemik untuk menurunkan faktor resiko kekambuhan, *LOS* dan peningkatan status fungsional di RSUD Sleman ini dilaksanakan melalui beberapa kegiatan, yaitu :

1. Tahap persiapan

Tahap persiapan ini dilaksanakan setelah usulan penelitian dinyatakan lulus seleksi penelitian Risbinakes tahun 2017. Tahap persiapan meliputi : penyusunan protokol penelitian, presentasi protokol penelitian dan perbaikan protokol penelitian berdasarkan hasil masukan dewan pakar pada saat presentasi protokol.

1. Pengajuan *ethical clearance*

Setelah protokol penelitian direvisi, selanjutnya diajukan ke komisi etik Poltekkes Kemenkes Yogyakarta untuk dilakukan uji etik*.* Penelitian ini dinyatakan lolos uji etik dengan mendapatkan surat keterangan lolos uji etik (*ethical clearance*) yang menyatakan bahwa rencana penelitian yang diajukan telah memenuhi kaidah etik dan dapat dilanjutkan untuk penelitian.

1. Pengurusan ijin penelitian

Pengurusan ijin penelitian dilaksanakan setelah mendapatkan *ethical clearance*. Ijin penelitian diajukan ke Dinas Perijinan Kabupaten Sleman DIY, karena RSUD Sleman merupakan institusi dibawah Pemerintah Kabupaten Sleman. Setelah mendapat surat ijin penelitian dari Dinas Perijinan, selanjutnya mengurus ijin penelitian ke RSUD Sleman.

1. Koordinasi dengan pihak RSUD Sleman.

Koordinasi dengan pihak RSUD ini dilaksanakan untuk memberikan kelancaran pada pelaksanaan penelitian. Pada tahap koordinasi ini, peneliti menjelaskan mengenai tujuan, manfaat, dan prosedur penelitian yang dilakukan. Kegiatan koordinasi ini mendapatkan kesepakatan dengan pihak rumah sakit untuk melibatkan perawat sebagai enumerator dalam penelitian ini. Pertimbangan kegiatan ini adalah agar ada transfer pengetahuan kepada perawat dan apabila penelitian ini menunjukkan hasil yang baik maka perawat bisa tetap menindaklanjuti atau melakukan *discharge planning* terstruktur pada pasien stroke di RSUD Sleman setelah penelitian ini berakhir. Selain itu keterlibatan perawat sebagai enumerator dalam penelitian ini memberikan kemudahan pada tahap pelaksanaan penelitian, karena perawat sudah memiliki kedekatan dan dipercaya oleh pasien yang menjadi calon responden.

1. Penyamaan persepsi dengan enumerator penelitian

Enumerator dalam penelitian ini adalah perawat di bangsal syaraf RSUD Sleman. Penyamaan persepsi ini dilakukan untuk memperoleh kesamaan antara peneliti dengan enumerator dalam pemahaman mengenai tujuan, manfaat, dan prosedur penelitian yang dilakukan, sehingga enumerator dapat menggunakan instrumen penelitian dengan baik dan benar.

1. Pelatihan pendampingan pada enumerator

Sebelum pelaksanaan penelitian, terlebih dahulu enumerator dilatih cara melakukan pengkajian faktor resiko kekambuhan, LOS, status fungsional dengan instrumen yang ada.

1. Tahap pelaksanaan penelitian
2. Menentukan calon responden sebagai subyek penelitian.

Calon responden ditentukan berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi. Meminta persetujuan calon responden untuk bersedia dilakukan *screening* dengan penilaian faktor resiko kekambuhan, LOS, status fungsional. Sebelum memberikan *informed consent*, calon responden dijelaskan mengenai tujuan dan cara penilaian faktor resiko kekambuhan, LOS, status fungsional.

1. Menilai pengukuran awal kualitas tidur (*pre test).*

Penilaian dilakukan dengan menggunakan kuesioner penilaian faktor resiko kekambuhan, LOS, status fungsional.

1. Menentukan calon responden pada kelompok perlakuan

Dilakukan *screening* penilaian skor kualitas tidur. Selanjutnya ditentukan pasien yang dijadikan kelompok perlakuan yaitu berjumlah 20 orang pasien.

1. Menentukan calon responden pada kelompok kontrol

Sampel pada kelompok kontrol diambil dengan jumlah yang sama dengan kelompok perlakuan yaitu 20 orang dengan cara *simple random sampling.*

1. Meminta persetujuan calon responden pada kelompok perlakuan untuk bersedia dilakukan *discharge planning* terstruktur. Sebelum memberikan *informed consent*, calon responden dijelaskan mengenai tujuan, manfaat dan cara *discharge planning* terstruktur.
2. Memberikan perlakuan *discharge planning* terstruktur pada responden di kelompok perlakuan.
3. Melakukan penilaian akhir faktor resiko kekambuhan, LOS, status fungsional (*post test*).

Penilaian dilakukan dengan menggunakan kuesioner atau instrumen yang sudah disiapkan.

1. Tahap akhir
2. Pengolahan dan analisis data

Pengolahan data hasil penelitian dilakukan sesuai tahapan manajemen data. Analisis data dilakukan setelah manajemen data selesai.

1. Pembuatan laporan dan presentasi hasil

Penyusunan laporan penelitian dilakukan setelah pelaksanaan penelitian selesai, sesuai dengan pedoman yang berlaku. Presentasi hasil dilakukan sesuai dengan jadwal yang telah ditetapkan oleh Unit PPM Poltekkes Kemenkes Yogyakarta.

1. **Analisis Data.**

Setelah data terkumpul semua, analisis data dilakukan dengan tahap-tahap sebagai berikut :

1. Analisa *Univariat*

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

1. Analisa *Bivariat*

Sebelum melakukan analisa bivariat peneliti melakukan uji normalitas data dengan *Kolmogorov -Smirnov*. Dari hasil uji normalitas data didapatkan hasil p kurang dari 0,05 yang berarti data tidak terdistribusi normal, maka peneliti menggunakan uji non parametrik dengan Mann-*Whitney U Test*.

1. **Etika Penelitian**

Penelitian keperawatan ini berhubungan langsung dengan pasien sebagai responden penelitian. Sehingga peneliti harus menerapkan prinsip-prinsip etik dalam melakukan penelitian, beberapa prinsip etik tersebut antara lain :

1. *Beneficence* : prinsip *beneficence* menekankan peneliti untuk melakukan penelitian yang memberikan manfaat bagi responden. Peneliti menggunakan prinsip ini untuk memberikan keuntungan dengan cara mencegah dan menjauhkan bahaya, membebaskan responden dari eksploitasi serta menyeimbangkan antara keuntungan dan risiko.
2. *Anonimity :* peneliti memberikan jaminan dalam penggunaan responden penelitian dengan cara tidak memberikan atau mencantumkan nama responden pada lembar alat ukur dan hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data karakteristik dan tingkat kecemasan responden, serta hasil penelitian yang akan disajikan. Peneliti juga menjamin kerahasiaan semua informasi hasil penelitian yang telah dikumpulkan dari responden.
3. *Justice :* prinsip *justice* atau keadilan menuntut peneliti tidak melakukan diskriminasi saat memilih responden penelitian. Pada penelitian ini responden dipilih berdasarkan kriteria inklusi penelitian.

**BAB IV  
HASIL DAN PEMBAHASAN**

1. HASIL

Pada bab ini diuraikan hasil dan pembahasan penelitian tentang pengaruh *discharge planning* terstruktur pada pasien stroke iskemik dalam menurunkan faktor risiko kekambuhan, *Length Of Stay* (lama hari rawat) dan peningkatan status fungsional di RSUD Sleman. Berdasarkan data yang didapatkan selama masa penelitian bulan Juli sampai September 2017 jumlah pasien stroke iskemik yang memenuhi kriteria inklusi adalah 40 orang. Dari 40 orang pasien, 20 pasien sebagai kelompok intervensi yaitu kelompok yang diberikan *discharge planning* terstruktur dan 20 pasien sebagai kelompok kontrol yaitu kelompok yang diberikan *discharge planning* rutin rumah sakit. Kedua kelompok dilakukan *pre test* dan *post test* kemudian hasilnya dibandingkan. Data – data hasil penelitian ditampilkan sebagai berikut :

1. Analisa Univariat

Hasil analisis karakteristik responden pada penelitian ini menggambarkan distribusi responden berdasarkan umur dan tingkat pendidikan pasien stroke iskemik .

Tabel 4.1

Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Umur, Jenis Kelamin

Di RSUD Sleman Juli – September 2017  
 (n1 = 20 ; n2 = 20)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No | Karakteristik | | Intervensi | | Kontrol | |
| f | % | f | % |
| 1 | Umur | < 45 tahun  45 – 64 tahun  65 – 74 tahun  > 75 tahun | 1  12  5  2 | 5  60  25  10 | 0  11  6  3 | 0  55  30  15 |
| 2. | Pendidikan | SD | 8 | 40 | 10 | 50 |
| SMP | 5 | 25 | 7 | 35 |
| SMA | 6 | 30 | 3 | 15 |
| PT | 1 | 5 | 0 | 0 |

Berdasarkan tabel 4.1 terlihat bahwa sebagian besar responden baik kelompok intrvensi maaupun kelompok kotrol beusia antara 45 – 64 tahun. Pada kelompok intervensi ada 60 % dan kelompok kontrol ada 55 %. Tingkat pendidikan responden sebagian besar SD, untuk kelompok intervensi ada 40 % dan kelompok kontrol ada 50 %.

2. Analisa Bivariat

Analisis bivariat digunakan untuk menjelaskan pengaruh discharge planing terstruktur terhadap faktor risiko kekambuhan, *length of stay* dan status fungsional (dengan penilaian *Barthel Index*) pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

Sebelum melakukan analisa bivariat peneliti melakukan uji normalitas data dengan *Kolmogorov -Smirnov*. Dari hasil uji normalitas data didapatkan hasil *p* kurang dari 0,05 yang berarti data tidak terdistribusi normal, maka peneliti menggunakan uji non parametrik dengan Mann-*Whitney U Test*.

a. Faktor Risiko Kekambuhan

Tabel 4.2  
Distribusi Responden berdasarkan Faktor Risiko Kekambuhan  
 Di RSUD Sleman Juli – September 2017  
(n1=20 ; n2=20)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No | Faktor Risiko | N | Mean | Median | SD | Min-Mak | CI | p |
| 1 | Kelompok Intervensi | 20 | 2,85 | 2,00 | 1,927 | 0-7 | 0,431 | 0,00 |
| 2 | Kelompok Kontrol | 20 | 1,09 | 1,00 | 0,616 | 0-2 | 0,138 | 0,138 |

Hasil analisis didapatkan rata-rata faktor resiko kekambuhan pasien stroke iskemik saat masuk rumah sakit pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebelum diberikan *discharge planning* tidak jauh berbeda, yaitu 2,85 pada kelompok intervensi dengan standar deviasi 1,927 dan 1,09 pada kelompok kontrol dengan standar deviasi 0,616.

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

Tabel 4.3  
Distribusi Responden berdasarkan *Length Of Stay*  
 Di RSUD Sleman Juli – September 2017  
(n1=20 ; n2=20)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No | Faktor Risiko | N | Mean | Median | SD | Min-Mak | CI | p |
| 1 | Kelompok Intervensi | 20 | 5,45 | 5,50 | 1,395 | 2-7 | 0,312 | 0,081 |
| 2 | Kelompok Kontrol | 20 | 6,50 | 6,50 | 1,821 | 4-11 | 0,407 | 0,407 |

Hasil analisis data pada tabel 4.3 didapatkan bahwa rata-rata *length of stay* (lama hari rawat) pasien stroke iskemik pada kelompok yang diberikan *discharge planning* terstruktur lebih pendek dari rata-rata *length of stay* kelompok yang diberikan *discharge planning* rutin. Terlihat rata-rata lama hari rawat kelompok intervensi adalah 5,45 hari dengan standar deviasi 1,395. Hari rawat terpendek 2 hari dan terpanjang 7 hari. Sedangkan rata-rata lama hari rawat pada kelompok kontrol adalah 6,50 hari dengan standar deviasi 1,821. Hari rawat terpendek 4 hari dan terpanjang 11 hari.

c. Status Fungsional (Penilaian *Barthel Index*)

Tabel 4.4  
 Distribusi Responden berdasarkan Status Fungsional (Penilaian *Barthel Index*) Di RSUD Sleman Juli – September 2017  
(n1=20 ; n2=20)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No | Faktor Risiko | N | Mean | Median | SD | Min-Mak | CI | p |
| 1 | Kelompok Intervensi | 20 | -8,10 | -8,00 | 1,395 | -14-(-2) | -9,60 | 0,00 |
| 2 | Kelompok Kontrol | 20 | -2,90 | -2,00 | 1,820 | -9-0 | -2,90 | 0,407 |

Hasil analisis didapatkan perbedaan rata-rata status fungsional pasien stroke iskemik berdasarkan penilaian *Barthel Index* saat pasien masuk rumah sakit sebelum diberikan intervensi. Pada kelompok intervensi nilai rata-rata *Barthel Index* adalah 8,10 dengan standar deviasi 1,395 dan nilai terendah adalah 2 dan nilai tertinggi 14. Sedangkan pada kelompok kontrol rata-rata *Barthel Index*nya adalah 2,90 dengan standar deviasi 1,820 dan nilai terendah adalah 0 dan nilai tertinggi 9.

1. PEMBAHASAN
2. Pengaruh *discharge planning* terhadap penurunan Faktor Risiko Kekambuhan pada kelompok Intervensi dan kelompok Kontrol.

Hasil analisis data pada kelompok intervensi terdapat perbedaan yang signifikan antara sebelum dan sesudah diberikan *discharge planning* terstruktur dengan nilai *p*=0,00.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada perbedaan yang bermakna pada faktor risiko kekambuhan pasien stroke iskemik sesudah diberikan *discharge planning* terstruktur dengan *discharge planning* rutin rumah sakit. Hasil ini didukung dengan penelitian Dai, Chang & Tai (2002) yang menyimpulkan bahwa *discharge planning* dapat mengurangi faktor risiko kekambuhan pada pasien stroke sehingga terjadinya serangan berulang lebih rendah dibanding kelompok kontrol. Diperkuat oleh suatu penelitian meta analisa yang menjelaskan bahwa *discharge planning* komprehensif secara signifikan dapat mengurangi angka kekambuhan pada pasien (Shepperd, et. al. 2004).

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

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

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

1. Pengaruh *Discharge Planning* terstruktur terhadap *Length Of Stay* (lama hari rawat) pasien stroke iskemik

Hasil penelitian menunjukkan tidak ada pengaruh yang signifikan *length of stay* pada kelompok intervensi dan kontrol setelah diberikan *discharge planning* (*p*=0,081).

Birdsall & Sperry (1997) dalam suatu “*clinical pathway”* merancang pedoman penatalaksanaan stroke iskemik dengan *length of stay* 7 hari dan pulang pada hari ke-8. Di Indonesia dalam suatu jalur klinis stroke terpadu juga telah disusun suatu pedoman penatalaksanaan stroke selama 7 hari dan fase *discharge* pada hari ke-8 (Ahmad, et al, 2006). Pemberian ijin pulang pasien yang dirawat di RSUD Sleman sangat tergantung dari dokter yang merawat pasien tersebut.

1. Pengaruh *Discharge Planning* terstruktur terhadap Status Fungsional (Penilaian *Barthel* Index) pasien stroke iskemik.

Hasil analisis data terdapat perbedaan yang signifikan terhadap rata-rata nilai *Barthel Index* pada kelompok intervensi sebelum dan sesudah diberikan *discharge planning* terstruktur (*p*=0,00).

Status fungsional pasien stroke dapat dinilai dengan menggunakan penilaian *Barthel Index* yang sering digunakan dalam mengevaluasi ketidakmampuan saat pasien masuk rumah sakit dan selama dirawat (Rasyid, 2006).

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

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

Peranan fisioterapi tersebut menunjukkan bahwa peningkatan status fungsional pasien stroke iskemik memang dipengaruhi oleh intervensi lain selain pemberian *discharge planning*.

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

C. KETERBATASAN PENELITIAN

Peneliti menyadari adanya keterbatasan dalam penelitian ini, diantaranya :

1. Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian yang digunakan khususnya pengkajian dirasakan masih kurang lengkap karena belum mencakup pengkajian keluarga sebagai sasaran kedua dan pendukung intervensi. Sehingga peneliti tidak dapat menilai sejauh mana pengaruh karakteristik keluarga dalam menurunkan faktor risiko kekambuhan, *length of stay (lama hari rawat)* serta peningkatan status fungsional.

1. Proses pelaksanaan penelitian

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

BAB V  
KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

1. Ada pengaruh *discharge planning* terstruktur dalam menurunkan faktor risiko kekambuhan pasien stroke iskemik.
2. Tidak ada pengaruh *discharge planning* terstruktur dalam menurunkan *Length Of Stay* (lama hari rawat) pasien stroke iskemik.
3. Ada pengaruh *discharge planning* terstruktur dalam peningkatan status fungsional (penilaian *Barthel Index*) pasien stroke iskemik.

B. Saran

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

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

Bagi penelitian keperawatan selanjutnya disarankan dapat melanjutkan penelitian ini dengan menambahkan aspek pendukung seperti karakteristik keluarga dan support system lainnya dengan waktu penelitian yang lebih panjang dan sampel lebih banyak.

DAFTAR PUSTAKA

AHA/ASA Guidelines Stroke, (2006). *Risk factor for Stroke, Life style* diakses dari <http://www.strokestrategy.ab.ca/Map> PDFs/Planning for Primary Prevention Section 6.2.pdf diperoleh tanggal 2 Januari 2016.

Ahmad, A., et al (2006). *Panduan untuk tenaga medis dalam menggunakan Jalur Klinis Stroke Terpadu.* Makalah pelatihan Asuhan Keperawatan Pasien Stroke 2006 di Sumatera Barat, tidak dipublikasikan.

Angelelli, J., et al (2006). *Effect of Educational Level and Minority Status on Nursing Home Choice After Hospital Discharge.* Dari American Journal of public Health. Research and Practice.

Aprianto, T., (2001). *Stroke penyebab utama kecacatan fisik,* artikel diakses dari <http://pdpersi.co.id/?show=detailnews&kode=643&tbl=cakrawala>. Diperoleh tanggal 18 Januari 2016.

Ariawan, I., (1998). *Besar dan metode sampel pada penelitian kesehatan.* Jakarta : Fakultas Kesehatan Masyarakat – Universitas Indonesia.

Birdsall, C., & Sperry, S., P., (1997). *Clinical Paths in Medical-Surgical Practice.* St. Louis : Mosby.

Black, J.,M., & Hawks, J., H., (2005). *Medical-Surgical Nursing : Clinical Management for positif outcomes.* St. Louis. Missouri : Elsevier Saunders.

Buick, M., et al, (2000). *Performance Indicators for Effective Discharge.* Melbuorne Victoria, Acute Health Division. Diperoleh pada tanggal 23 Januari 2016 dari <http://www.health.vic.gov.au/discharge/efdissup.pdf.>

Carpenito, L.,J., (1999), *Nursing Diagnosis and Collaborative Problems, Third Edition.* Philadelphia : Lippincot.

Cawthorn, L., (2005). *Discharge Planning under the umbrella of Advanced Nursing Practise Case Manager.* Canada : Longwoods Publishing.

Dai, Y.T., Chang, D.R.,& Tai, T.Y., (2002). *Effectiveness of a Pilot Project of Discharge Planning in Taiwan.* dari [www.interscience.wiley.com](http://www.interscience.wiley.com) diperoleh tanggal 12 November 2016.

Feigin, V., (2007). *Stroke. Panduan Bergambar tentang Pencegahan dan Pemulihan Stroke.* Jakarta. PT. Bhuana Ilmu Populer.

Grimmer, K., et al (2008). *Discharge Planning Checklist for Patient & Carer.* The South Australian Discharge Planning Research Team. Dari http: //[www.unisa.edu.au/cahe/resint/DCPChecklistNov2006](http://www.unisa.edu.au/cahe/resint/DCPChecklistNov2006). pdf. Diperoleh tanggal 12 Februari 2016.

Gofir, A., & Lamsudin, R., (2007). *Pendekatan evidence based medicine dalam keputusan klinis penanganan pasien stroke.* dari [http://www.tempointeraktif .com/medika/arsip/042001/top-1.htm,](http://www.tempointeraktif.com/medika/arsip/042001/top-1.htm,) diperoleh tanggal 18 Januari 2016.

Hakim, et al., (2004). *Updates in Neuroemergencies II.* Jakarta : Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.

Harsono, (1999). *Buku Ajar Neurologi Klinis.* Yogyakarta : Penerbit Gadjah Mada University Press.

Herawani, (2002). *Pendidikan kesehatan dalam keperawatan.* Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC.

Ignatavicius, D., & Workman, L., (2006), *Medical Surgical Nursing : Critical Thinking for Collaborative Care. Fifth Edition.* USA : Elsevier Saunders.

Lincolnshire Care Pathway Partnership (2005). *Discharge Planning Integrated Care Pathway. NHS.* Dari http://www.changeagentteam.org.uk/ library/ Discharge% 20Planning%20ICP%20V03%20Jun05.pdf diperoleh tanggal 6 Maret 2016.

Lumbantobing, SM., (2006). *Kecerdasan pada usia lanjut dan demensia.* Jakarta : Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.

Maclean, N., et al (2000). *Qualitative analysis of stroke patients motivation for rehabilitation.* Dari <http://www.bmj.com> diperoleh tanggal 28 Oktober 2006.

Martini, S., & Hendrati, L., (2004). *Perbedaan risiko kejadian hipertensi menurut pola merokok.* Diakses dari <http://www.journal.unair.ac.id/login/jurnal/file.pdf>. diperoleh tanggal 2 Januari 2016.

Misbach, J., & Kalim, H., (2007). *Stroke mengancam usia produktif.* Artikel diakses dari [www.medicastore.com](http://www.medicastore.com). Diperoleh tanggal 18 Januari 2016.

Muller, J., et al (2005). *Knowlegde About Risk Factors for Stroke. A Population-Based Survey With 28090 Participants,* dari <http://stroke.ahajournal.org> diperoleh tanggal 1 Februari 2016.

Naylor, M., et al (1999). *Comprehensive Discharge Planning and Home Follow-up of Hospitalized Elders. A Randomized Clinical Trial,* dari [www.jama.com](http://www.jama.com) diperoleh tanggal 18 Desember 2015.

New York State Departemet of Health, (2005*) Suggested model for Discharge Planning*, [dari dcpwg@health.state.ny.us](mailto:dari_dcpwg@health.state.ny.us) diperoleh tanggal 5 Desember 2015.

Notoatmodjo, S., (2002). *Metodologi penelitian kesehatan.* Jakarta : PT. Rineka Cipta.

Panitia Lulusan Dokter 2002-2003, (2004). *Updates in Neuroemergencies.* Jakarta : Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.

Pollit, D.,F., and Hungler, B.,P., (1999). *Nursing research : Principles and methods.* Philadelphia : Lippincot.

Potthoff, S., & Kane, R., (2008) *Hospital Discharge Planning : Issues Surrounding a Complex Process.* <http://www.hpm.umn.edu/research/files/research> briefs/95/rb­0295.pdf diperoleh tanggal 2 Januari 2016.

Potter, & Perry, (2005). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan, Konsep, Proses dan Praktik, Edisi 4*. Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC.

Powell, S., (2000). *Case Management A Practical Guide to success in Managed Care. Second Edition.* Philadelphia : Lippincott Williams and Wilkins.

Price, S., & Wilson, L., (2006). *Patofisiologis. Konsep klinis proses-proses penyakit. Edisi ke 6*. Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC.

Queensland Health, (1998). *Guidelines for Pre-admission Processes, Discharge Planning and Transitional Care.* dari http://www.health.qld.gov.au/ surgical access/doc/preadmin etc.pdf. Diperoleh tanggal 25 Januari 2016.

Rankin, S., & Stallings, K., (2001). *Patient Education. Principles and Practice. 4 th edition.* Philadelphia : Lippincott Wilkams and Wilkins.

Ramsay, (2004). <http://www.scotland.gov.uk/Publications/2004/10/20042/44597),>

diperoleh tanggal 17 Desember 2015.

Rujito, (2007). *Penatalaksanaan fisioterapi pada stroke akut*.

<http://www.WordPress.com>, diperoleh tanggal 21 Februari 2016.

Santoso, S (2002). *Buku Latihan SPSS Statistik Multivariat.* Jakarta : Penerbit PT Elex Media Komputindo Kelompok Gramedia.

Saposnik, *et al.,* (2005), *Optimizing Discharge Planning : Clinical Predictors of Longer Stay After Recombinant Tissue Plasminogen Activator for Acute Stroke.* dari <http://stroke.ahajournals.org>, diperoleh tanggal 5 Oktober 2015.

Schneider, A., T., et al (2003). *Trends in Community Knowledge of the Warning signs and Risk Factors for Stroke.* Dari <http://www.jama.com> diperoleh tanggal 31 Januari 2016.

Shepperd, S., et al., (2004). *Discharge Planning from Hospital to home (Review),* dari <http://www.thecochranelibrary.com> diperoleh tanggal 27 Desember 2015.

Slevin, A., P., (1986). *A Model for Discharge Planning in Nursing Education.* Bradley University : Lawrence Erlbaum Association. Inc. Journal of Community Health Nursing. Dari [www.jstor.org/view](http://www.jstor.org/view) , diperoleh tanggal 1 Februari 2016.

Smeltzer, et al., (2008). *Brunner & Suddarth’s Textbook of Medical-Surgical Nursing. Eleventh Edition.* Philadelphia : Lippincot William & Wilkins.

Spath, P., (2003). *Is your discharge planning effective ?.* By Brown-Spath & Associates dari <http://www.brownspath.com/originalarticles/displan.htm> diperoleh tanggal 2 Januari 2016.

St. Francis Medical Center (2008). *Care Path : Ischemic CVA.* Dari <http://connections> .lww.com/Products/carpenito-careplans/documents/CarePaths/ IschemicCVA.pdf diperoleh tanggal 17 Desember 2016.

Straten, A., *et al.,* (1997). *Lenght of Hospital Stay and Discharge Delays in Stroke Patients.* Dari <http://stroke.ahajournals.org> diperoleh tanggal 18 Desember 2016.

Sudoyo, *et al.*, (2006), *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam, Edisi 4*. Jakarta : Pusat Penerbitan Departemen Penyakit Dalam FKUI.

The Nurses Association of New Brunswick, (2002). *The Nurse as Discharge Planner.* New Brunswick Departement of Health and Wellness. Dari http://www. [strengthforcaring.com/daily-care/hospital-discharge-planning/](http://strengthforcaring.com/daily-care/hospital-discharge-planning/) diperoleh tanggal 17 Desember 2015.

The Royal Marsden Hospital, (2004). *Discharge Planning* yang diakses dari <http://www.herhis.nhs.uk/RMCNP/content/mars08.htm,> diperoleh tanggal 25 Januari 2016.

The University of Texas Medical Branch Hospitals (1998). *Stroke Guidelines. CVA Critical Pathway.* Texas. Dari <http://www.utmb.edu/cpg/cva.pdf> diperoleh tanggal 12 November 2015.

Triopno, (2001). *Penyebab utama kecacatan fisik.* Diakses dari cakrawala <http://pdpersi.co.id/?show=detailnews&kode=643&tbl=cakrawala,> diperoleh tanggal 18 Januari 2016.

Umphred, D., A, (2001). *Neurological Rehabilitation. Fourth Edition.* Philadelphia. Mosby. A Harcourt Health Sciences Company.

Winarto, (2006). *Faktor – faktor resiko stroke.* Dari [www.husada.co.id](http://www.husada.co.id) diperoleh tanggal 18 Januari 2015.

Williams, J., (2005). *Advances in prevention and treatment of stroke and TIA.* Dari [www.nursingtimes.net](http://www.nursingtimes.net) diperoleh tanggal 2 Mei 2015.

Zwicker, D., & Picariello, G., (2003) *Discharge Planning for the older adult.* Dari <http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?ss=15&doc> id=3517&nbr=2 743, diperoleh tanggal 14 Februari 2016.