

HUBUNGAN DISCHARGE PLANNING SESUAI PROSEDUR DI RUMAH SAKIT DENGAN PERAWATAN RUMAH PASIEN STROKE DI POLIKLINIK RSSN BUKITTINGGI TAHUN 2014

Ernalinda Rosya¹, Amana Vera², Aldo Yuliano³
Program Studi Ilmu Keperawatan, STIKes Perintis Sumatera Barat
ernalindarosya@yahoo.co.id

ABSTRACT

Stroke patients rely more on family support in home care. One way to improve the behavior of the family by providing discharge planning, in order to family contact and counseling more intensive. The purpose of this research to determine the influence of discharge planning to Family Behaviour in Homes Care Stroke Patients Visits at the RSSN Bukittinggi 2014. This research was desain deskriptif korelatif with cross sectional and the number of respondents 86 people, using statistics technique from 14 July to 25 August 2014. Collecting data using questionnaires and direct observations of the respondents were in the univariate and bivariate analyzes. Univariate analysis showed better results than most of the respondents (54.7%) of respondents yes conduct discharge planning according to SOP, most respondents (51.2%) to be done, of the respondents have in the treatment of post-stroke patients at home after being given personal education and the analysis of the chi-square test with significance level of knowledge ($p = 0.004$) of respondents indicated that no personal Relationship of discharge planning according to the procedure at the hospital with treatment homes stroke patients national hospital stroke of Bukittinggi to be able to make discharge planning as a routine program to families and patients with stroke as a health recovery efforts post-stroke patients.

Keywords : Discharge planning, family behavior, Post-Stroke Care at home

HUBUNGAN DISCHARGE PLANNING SESUAI PROSEDUR DI RUMAH SAKIT DENGAN PERAWATAN RUMAH PASIEN STROKE DI POLIKLINIK RSSN BUKITTINGGI TAHUN 2014

ABSTRAK

Pasien stroke lebih mengandalkan bantuan keluarga dalam perawatan dirumah. Salah satu cara meningkatkan perilaku keluarga dengan memberikan *Discharge Planning*, agar kontak keluarga dan penyuluh lebih intensif. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui pengaruh *Discharge Planning* terhadap perilaku keluarga dalam perawatan dirumah pasien stroke yang berkunjung ke RSSN Bukittinggi tahun 2014. Jenis penelitian ini adalah desain deskriptif korelatif dengan pendekatan *cross sectional* dan jumlah responden 86 orang, dengan menggunakan teknik uji statistik dari bulan juli sampai Agustus 2014. Pengumpulan data menggunakan kuesioner dan observasi langsung pada responden yang di analisis secara univariat dan bivariat. Hasil analisis univariat menunjukkan lebih dari sebahagian responden (54.7%) responden ya melakukan discharge planning sesuai SOP , sebagian responden (51.2%) dilakukan perawatan di rumah pasien stroke setelah diberikan *Discharge planning* dan hasil analisis uji chi-square dengan derajat kemaknaan hubungan ($p = 0,04$) responden menunjukkan bahwa ada hubungan *discharge planning* sesuai prosedur di rumah sakit dengan perawatan rumah pasien stroke. Diharapkan kepada RSSN Bukittinggi untuk dapat menjadikan *Discharge planning* sebagai program rutin kepada keluarga dan pasien stroke sebagai upaya pemulihan kesehatan pasien stroke.

Kata Kunci : *Discharge planning*, Perilaku keluarga, Perawatan di rumah Stroke

1. PENDAHULUAN

Stroke adalah kehilangan fungsi otak secara mendadak yang diakibatkan oleh gangguan suplai darah ke bagian otak. Penyebab dari stroke biasanya adalah satu dari empat peristiwa : *thrombosis, embolisme serebral, iskemia, hemoragi serebral*. Akibatnya adalah gangguan suplai darah ke otak, menyebabkan kehilangan gerak, pikir, memori, bicara, atau sensasi baik sementara maupun permanen (Brunner & Suddarth: 2002). Stroke adalah adanya tanda-tanda klinik yang berkembang cepat akibat gangguan fungsi otak fokal (global) dengan gejala-gejala yang berlangsung selama 24 jam atau lebih yang menyebabkan kematian tanpa adanya penyebab lain yang jelas selain vaskuler (Muttaqin, 2008).

Pada peringatan Hari Stroke Sedunia tahun 2011, Menteri Kesehatan RI mengatakan bahwa setiap 1.000 orang Indonesia, 8 orang diantaranya terkena stroke. Stroke merupakan penyebab utama kematian pada semua umur, dengan jumlah 15,4%. Setiap 7 orang yang meninggal di Indonesia, 1 di antaranya karena stroke. Selain itu menurut hasil riset kesehatan dasar Tahun 2007 terkait penyakit stroke di Indonesia menunjukkan bahwa angka kejadian stroke di Indonesia sebesar 6% atau 8,3 per 1000 penduduk (Riskesdas, 2008). Sumatera Barat dalam angka kejadian penyakit stroke menempati urutan keenam dari 33 provinsi setelah Provinsi Nangro Aceh Darussalam, Kepulauan Riau, Gorontalo, DKI Jakarta, Nusa Tenggara Barat dengan persentase 10,6% (Riskesdas, 2007). Menurut data BPS (Badan Pusat Statistik) Kota Padang tahun 2011, stroke adalah penyebab kematian kelima di Kota Padang dengan persentase 8% setelah penyakit ketuaan/lansia, Diabetes Melitus, Hipertensi, Jantung (BPS, 2011).

Keadaan pasca stroke dalam perjalanannya sangat beragam, bisa pulih sempurna atau bisa sembuh dengan cacat ringan, sedang dan cacat berat. Apabila masih memungkinkan dan kemampuannya untuk dapat hidup mandiri maka penderita di ajar untuk dapat duduk, meningkatkan rasa keseimbangan tubuhnya, lalu di ajar berdiri dan berjalan (Junaidi, 2011). Sebagian besar penderita stroke yang bertahan hidup akan lebih mengandalkan bantuan dari keluarga, saudara, atau orang lain untuk melakukan aktifitas sehari-hari, seperti aktifitas makan harus disuapi,

berjalan lambat, mandi dan berpakaian, duduk, bangun tidur, pemenuhan eliminasi (Sutrisno, 2010).

Keluarga sebagai suatu kelompok individu di dalam keluarga dapat menimbulkan, mencegah, mengabaikan, atau memperbaiki masalah kesehatan dalam kelompoknya sendiri. Keluarga memegang peranan yang sangat penting dalam upaya memberikan perawatan yang optimal kepada pasien, agar waktu pemulihan dapat di percepat dan komplikasi pasca stroke dapat di hindari (Ali, 2010). Masalah yang mungkin dialami pasien pasca stroke seperti kelumpuhan, gangguan sensibilitas, gangguan menelan, gangguan keseimbangan, gangguan buang air kecil, dan buang air besar. Selama perawatan di rumah, keluarga berperan penting dalam upaya meningkatkan kemampuan pasien untuk mandiri, meningkatkan rasa percaya diri pasien, meminimalkan kecacatan menjadi seringan mungkin, serta mencegah terjadinya serangan ulang stroke, dekubitus, pneumonia, shock dan nyeri pada pundak (Mulyatsih, 2008).

Discharge planning adalah suatu proses mempersiapkan pasien untuk mendapatkan kontinuitas perawatan baik dalam proses penyembuhan maupun dalam mempertahankan derajat kesehatannya sampai pasien merasa siap untuk kembali ke lingkungannya dan harus dimulai sejak awal pasien datang ke pelayanan kesehatan (Cawthorn, 2005). Sebagai implementasi utama dalam *discharge planning* adalah pemberian pendidikan kesehatan (*health education*) pada pasien dan keluarga yang bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan dan pemahaman serta dukungan terhadap kondisi kesehatan pasien serta tindak lanjut yang harus dilakukan setelah pulang kerumah (Slevin 1986).

Pelaksanaan *discharge planning* merupakan suatu rangkaian proses yang terdiri dari seleksi pasien, pengkajian intervensi, implementasi serta evaluasi. Sebagai implementasi utama dalam *discharge planning* adalah pemberian pendidikan kesehatan (*health education*) pada pasien dan keluarga yang bertujuan untuk meningkatkan hubungan dan pemahaman serta dukungan terhadap kondisi kesehatan pasien serta tindak lanjut yang harus dilakukan setelah pulang kerumah (Slevin, 1986).

Discharge planning yang komprehensif dan terintegrasi harus dilakukan dalam proses penatalaksanaan stroke, yaitu pemberian *health education* agar terjadinya perubahan perilaku pasien dan keluarga untuk mencegah terjadinya stroke berulang, mencegah terjadinya komplikasi, membantu pemulihan, mencegah terjadinya kematian serta mengupayakan kecacatan seminimal mungkin dengan memberikan pengetahuan, pemahaman kepada pasien dan keluarga tentang penyakit, cara penanganan serta terhadap pemulihan stroke terhadap kecacatan dan ketidakmampuan (Shyu et al, 2008)

Prince dan Wilson (2006) menjelaskan 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 di rumah tidak optimal. Sementara itu, akan terjadi kelumpuhan anggota gerak tubuh, strategi terbaik dalam mencegah kekambuhan stroke adalah dengan memodifikasi gaya hidup yang beresiko stroke serta pengelolaan terhadap faktor resiko.

2. KAJIAN LITERATUR

Stroke adalah kehilangan fungsi otak secara mendadak yang diakibatkan oleh gangguan suplai darah ke bagian otak. Penyebab dari stroke biasanya adalah satu dari empat peristiwa : thrombosis, embolisme serebral, iskemia, hemoragi serebral. Akibatnya adalah gangguan suplai darah ke otak, menyebabkan kehilangan gerak, pikir, memori, bicara, atau sensasi baik sementara maupun permanen (Brunner & Suddarth, 2000). Stroke adalah adanya tanda-tanda klinik yang berkembang cepat akibat gangguan fungsi otak fokal (global) dengan gejala-gejala yang berlangsung selama 24 jam atau lebih yang menyebabkan kematian tanpa adanya penyebab lain yang jelas selain vaskuler (Muttaqin, 2008).

Jenis Stroke dibagi Menjadi

a. Stroke Iskemik (infark atau kematian jaringan)

Serangan sering terjadi pada usia 50 tahun atau lebih dan terjadi pada malam hingga pagi hari.

Jenis ini disebabkan oleh thrombosis akibat plak aterosklerosis dari arteri otak atau yang memberi vaskularisasi pada otak atau suatu embolus dari pembuluh darah diluar otak yang tersangkut di arteri otak. Jenis stroke ini merupakan stroke yang sering didapatkan sekitar 80% dari semua stroke.

b. Stroke Hemoragik (perdarahan)

Serangan sering terjadi pada usia 20-60 tahun dan biasanya sering terjadi setelah beraktifitas fisik atau karena psikologis (mental). Stroke yang disebabkan karena adanya pembuluh darah dalam otak yang pecah hingga darah keluar dari pembuluh darah tersebut dipaksa masuk ke dalam jaringan otak, kemudian merusak sel-sel otak di daerah tertentu, sehingga pada akhirnya bagian otak yang terkena tidak dapat berfungsi dengan baik (Boedhi-Darmojo, 2011).

Perdarahan intra serebral, gejalanya:

- Tidak jelas, kecuali nyeri kepala hebat karena hipertensi
- Serangan terjadi pada siang hari, saat beraktivitas, emosi atau marah
- Mual atau muntah pada permulaan serangan
- Hemiparesis atau hemiplegia terjadi saat awal serangan
- Kesadaran menurun dengan cepat dan menjadi koma (65% terjadi kurang dari ½ jam-2 jam ; <2% terjadi setelah 2 jam-19 hari)

Perdarahan subarachnoid, gejalanya:

- Nyeri kepala hebat dan mendadak
- Kesadaran sering terganggu dan sangat bervariasi
- Ada gejala atau tanda meningeal
- Papiledema terjadi bila ada perdarahan subarachnoid karena pecahnya aneurisma pada arteri komunikans anterior atau arteri karotis interna (Batticaca, 2008).

Penyebab Stroke

a. Stroke Iskemik

1. Ateroma

Pada stroke iskemik, penyumbatan bisa terjadi disepanjang jalur arteri yang menuju ke otak. Misalnya suatu *Ateroma* (endapan lemak) biasa terbentuk didalam arteri karotis sehingga menyebabkan berkurangnya aliran darah. Keadaan ini sangat serius karena setiap arteri karotis jalur utama memberikan darah ke sebagian besar otak.

2. Emboli

Endapan lemak juga biasa terlepas dari dinding arteri dan mengalir didalam darah, kemudian menyumbat arteri yang lebih kecil. Arteri karotis dan arteri vertebralis beserta percabangannya bisa juga tersumbat karena adanya bekuan darah yang berasal dari tempat lain, misalnya dari jantung atau katubnya. (Junaidi, 2011)

b. Stroke Hemoragik

Terhalangnya suplai darah ke otak pada stroke perdarahan disebabkan oleh arteri yang mensuplai darah ke otak pecah. Pembuluh darah yang pecah umumnya karena arteri tersebut berdinding tipis berbentuk balon yang disebut Aneurisma atau arteri yang lecet bekas plak aterosklerotik (Junaidi, 2011).

Perdarahan otak dapat terjadi didalam otak yang disebut hemoragik otak sehingga otak tercemar oleh kumpulan darah (hematom). Atau darah masuk keselaput otak/ ruang subaraknoid yang disebut pendarahan subaraknoid. Pendarahan subaraknoid terbagi atas 2 macam yaitu primer, bila pembuluh darah yang pecah berasal dari arteri yang ada di subaraknoid dan sekunder, bila sumber darah berasal dari tempat lain diluar ruang sub araknoid yang masuk keruang subaraknoid. Pada pembuluh darah yang pecah dapat terjadi kontraksi/vasokonstriksi yaitu pengecilan diameter atau saluran arteri yang dapat menghambat aliran darah keotak dan gejala yang timbul tergantung pada daerah otak mana yang dipengaruhinya (Junaidi, 2011).

Gejala Klinis Stroke

a. Gejala klinis pada stroke hemoragik berupa:

1. Deficit neurologis mendadak, didahului gejala prodromal yang terjadi pada saat istirahat atau bangun pagi.
2. Kadang tidak terjadi penurunan kesadaran
3. Terjadi terutama pada usia > 50 tahun
4. Gejala neurologis yang timbul bergantung pada berat ringannya gangguan pembuluh darah dan lokasinya

b. Gejala klinis pada stroke akut berupa:

1. Kelumpuhan wajah atau anggota badan (biasanya hemiparesis) yang timbul mendadak.
2. Gangguan sensibilitas pada satu anggota badan (gangguan hemisensorik).
3. Perubahan mendadak pada status mental (konfusi, delirium, letargi, stupor atau koma).

4. Afasia (tidak lancar atau tidak dapat bicara).
5. Disartria (bicara pelo atau cadel).
6. Ataksia (tungkai atau anggota badan tidak tepat sasaran)
7. Vertigo (mual dan muntah atau nyeri kepala) (Batticaca, 2008).

Factor Resiko Stroke

a. Factor resiko yang tidak dapat dikendalikan

1. Factor keturunan

Sampai sekarang factor keturunan masih belum dapat dipastikan gen mana penentu terjadinya stroke. Menurut Brass dkk yang meneliti lebih dari 1200 kasus kembar monozygot dibandingkan 1100 kasus kembar dizygot, berbeda bermakna antara 17,7% dan 3,6%. Jenis stroke bawaan adalah cerebral autosomal-dominant arteriopathy dengan infark subkortikal dan leukoenselepati (CADASIL) telah diketahui lokasinya pada kromosom 19q12.

2. Umur

Setelah umur 55 tahun resiko stroke iskemik meningkat 2 kali lipat tiap dekade. Menurut Schutz penderita yang berumur antara 70-79 tahun banyak menderita perdarahan intracranial.

3. Jenis kelamin

Laki-laki lebih cenderung untuk terkena stroke lebih tinggi dibandingkan wanita, dengan perbandingan 1.3:1, kecuali pada usia lanjut laki-laki dan wanita hampir tidak berbeda.

4. Ras

Menurut Broderick dan kawan-kawan melaporkan orang negro Amerika cenderung berisiko 1,4 kali lebih besar mengalami perdarahan intraserebral dibandingkan kulit putihnya.

b. Factor resiko yang dapat dikendalikan

1. Stres

Stress jika tidak dikontrol dengan baik akan menimbulkan kesan pada tubuh adanya keadaan bahaya sehingga direpson oleh tubuh secara berlebihan dengan mengeluarkan hormone-hormon yang membuat tubuh waspada seperti kortisol, katekolamin, epinefrin dan adrenalin, akan berefek pada peningkatan tekanan darah dan denyut jantung. Selain itu, kecenderungan dari orang yang sedang stress umumnya mendorong seseorang melakukan tindakan yang merugikan diri seperti banyak minum minuman keras, merokok, makan dan ngemil secara berlebihan.

2. Hipertensi

Hipertensi berperan dalam proses aterosklerosis melalui efek penekanan pada sel endotel/lapisan dalam dinding arteri yang berakibat pembentukan plak pembuluh darah semakin cepat.

3. Merokok

Merokok mengurangi kemampuan seseorang dalam menanggulangi stres karena zat kimia dalam rokok terutama karbon monoksida akan mengikat oksigen dalam darah sehingga kadar oksigen dalam darah berkurang. Akibat yang ditimbulkan metabolisme tidak berjalan dengan semestinya.

4. Peminum alcohol

Bila minum banyak alcohol yaitu lebih dari 60 gram sehari maka akan meningkatkan resiko stroke. Alcohol merupakan racun pada otak dan pada tingkatan yang tinggi dapat mengakibatkan otak berhenti berfungsi.

5. Diabetes Melitus

Diabetes mellitus menyebabkan kadar lemak darah meningkat karena konversi lemak tubuh yang terganggu. Bagi penderita diabetes peningkatan kadar lemak darah sangat meningkatkan resiko penyakit jantung dan stroke. Diabetes mempercepat terjadinya aterosklerosis baik pada pembuluh darah kecil (mikroangiopati) maupun pembuluh darah besar (makroangiopati) diseluruh pembuluh darah termasuk pembuluh darah termasuk pembuluh darah otak dan jantung.

6. Obesitas

Obesitas atau kegemukan dapat meningkatkan kejadian stroke terutama bila disertai dengan hipertensi melalui proses aterosklerosis.

7. Minum kopi

Kebiasaan minum kopi secara berlebihan dapat merugikan kesehatan karena kafein yang terdapat dalam kopi. Kafein yang berlebihan dapat menyebabkan peningkatan tekanan darah, kadar kolesterol total, dan kadar kolesterol LDL dalam darah tinggi. Hal inilah yang merupakan factor resiko pada pembentukan plak (sumbatan) pada saluran/lumen pembuluh darah melalui proses aterosklerosis dan dapat menyebabkan penyakit jantung, stroke dan penyakit kronis lainnya (Junaidi, 2011).

1. Manifestasi Klinis

- Kelemahan unilateral atau baal yang tiba-tiba pada ekstremitas.
- Kesulitan berbicara yang terjadi secara tiba-tiba.

- Gangguan penglihatan yang terjadi tiba-tiba.
- Ataksi (kehilangan kendali muscular) atau gangguan gaya berjalan yang terjadi tiba-tiba.
- Perubahan tingkat kesadaran yang terjadi secara tiba-tiba.
- Sakit kepala hebat yang terjadi tiba-tiba.
- Tidak mampu mengenali bagian dari tubuh.
- Hilangnya pengendalian terhadap kandung kemih (Williams & Wilkins, 2011)

Perawatan Pasien Stroke di Rumah

Menurut Mulyatsih (2008), masalah-masalah yang mungkin dialami pasien stroke dan cara keluarga mengatasinya.

1) Kelumpuhan / kelemahan

Aturlah posisi pasien senyaman mungkin, tidur terlentang atau miring ke salah satu sisi, dengan memberi perhatian khusus pada bagian lengan atau kaki yang lemah serta memberikan lotion atau cream pada bagian yang tertekan. Posisi tangan dan kaki yang lemah sebaiknya diganjal dengan bantal, baik pada saat berbaring atau duduk untuk memperlancar arus balik darah ke jantung dan mencegah terjadinya bengkak edema pada tangan dan kaki. Mencegah terjadinya kekakuan pada tangan dan kaki yang lemah dengan melakukan latihan gerak sendi, serta membantu pasien berlatih berjalan kembali dengan cara berdiri di sisi yang lemah atau dibelakang pasien. Hindari penggunaan alat bantu jalan kecuali bila sangat diperlukan sesuai anjuran fisioterapis.

2) Mengaktifkan tangan yang lemah

Anjurkan pasien makan, minum, mandi atau kegiatan harian lain menggunakan tangan yang masih lemah dibawah pengawasan pengasuh.

3) Gangguan sensibilitas (pasien mengalami rasa kebas atau baal)

Keluarga sebaiknya menghampiri dan berbicara dengan pasien dari sisi tubuh yang lemah. Saat berkomunikasi, pengasuh dapat menyentuh dan menggosok dengan lembut tangan yang mengalami kelemahan. Keluarga dianjurkan memberikan motivasi kepada pasien agar menggunakan tangan yang lemah sebanyak atau sesering mungkin, terutama pada saat melakukan aktifitas sehari-hari, seperti makan, minum, atau kegiatan harian lain. Keluarga dan pengasuh hendaknya menjauhkan dan

- menghindarkan barang atau keadaan yang dapat membahayakan keselamatan pasien.
- 4) Gangguan keseimbangan
Penolong duduk di sebelah sisi yang lemah. Bila diperlukan penolong lainnya di sisi yang sehat bila diperlukan. Letakkan lengan anda yang dekat dengan pasien dibelakang punggung pasien, demikian pula tangan penolong satunya. Tarik bersama-sama pasien ke arah duduk tegak. Bila pasien telah mampu menjaga keseimbangan waktu duduk, letakkan bantal dibelakang kepala, leher dan bahu yang lemah, letakkan juga satu bantal dibawah lengan yang lemah.
 - 5) Aktifitas Makan
Pasien harus duduk di kursi pada waktu makan atau minum. Bila terpaksa harus makan di tempat tidur, pasien harus didudukkan tegak 60-90 derajat. Ketika pasien menelan, anjurkan pasien untuk menekuk leher dan kepala untuk mempermudah menutupnya jalan nafas ketika pasien menelan. Pada waktu pasien menelan anjurkan untuk memutar kepala (menengok) ke sisi yang lemah. Pergunakan sendok kecil dan tempatkan makanan pada sisi yang sehat. Pastikan bahwa makanan telah tertelan semua, sebelum memberikan suapan berikutnya. Pertahankan pasien tetap duduk tegak setengah jam setelah makan. Pastikan mulut pasien telah kosong sehabis makan, sehingga tidak tersisa makanan di mulut pasien. Bersihkan gigi dan mulut sebelum dan setelah pasien makan untuk menghindari terjadinya infeksi jamur dan gigi berlubang.
 - 6) Gangguan buang air kecil
Bagi pasien afasia yang mengalami inkontinensia, keluarga dianjurkan menyediakan bel atau penanda lain yang mudah di jangkau oleh pasien. Pada siang hari, berikan pasien minum satu gelas setiap 2 jam dan hindari minum pada malam hari. Untuk mengantisipasi agar pasien tidak mengompol, keluarga atau pengasuh dapat menawarkan pasien untuk berkemih secara teratur setiap dua atau tiga jam, atau sesuai dengan pola buang air kecil pasien sebelumnya. Sebaiknya tersedia urinal yang mudah dijangkau oleh pasien.
 - 7) Gangguan buang air besar
Banyak hal yang menyebabkan terjadinya konstipasi, antara lain tirah baring lama,

kurang aktifitas fisik, asupan kurang serat, kurang air minum, dan efek samping obat. Keluarga dapat membantu pasien agar tidak mengalami konstipasi dengan cara memotivasi pasien untuk bergerak aktif, mengkonsumsi makanan tinggi serat, minum air putih minimal 2 liter atau 8 gelas perhari, dan membiasakan diri duduk di kloset secara teratur setiap pagi.

8) Kesulitan mengenakan pakaian

Discharge planning

Discharge planning adalah suatu proses mempersiapkan pasien untuk mendapatkan kontinuitas perawatan baik dalam proses penyembuhan maupun dalam mempertahankan derajat kesehatannya sampai pasien merasa siap untuk kembali ke lingkungannya dan harus dimulai sejak awal pasien datang ke pelayanan kesehatan (Cawthorn, 2005). 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 1986).

Discharge planning bertujuan untuk mengidentifikasi kebutuhan spesifik untuk mempertahankan atau mencapai fungsi maksimal setelah pulang (Carpenito, 1999). Juga bertujuan memberikan pelayanan terbaik untuk menjamin keberlanjutan asuhan berkualitas antara rumah sakit dan komunitas dengan memfasilitasi komunikasi yang efektif (Discharge planning Association, 2008).

Proses Discharge Planning harus dilakukan secara komprehensif dan melibatkan multidisiplin, mencakup semua pemberi layanan kesehatan yang terlibat dalam memberi layanan kesehatan kepada pasien (Perry & Potter, 2006). Discharge Planning tidak hanya melibatkan pasien tapi juga keluarga, teman-teman, serta pemberi layanan kesehatan dengan catatan bahwa pelayanan kesehatan dan sosial bekerja sama (Nixon et al, 1998 dalam The Royal Marsden Hospital, 2004).

Proses discharge planning mencakup kebutuhan fisik pasien, psikologis, sosial, budaya, dan ekonomi. Perry dan Potter (2006) membagi proses discharge planning atas tiga fase, yaitu akut, transisional, dan pelayanan berkelanjutan. Pada fase akut, perhatian utama

medis berfokus pada usaha discharge planning. Sedangkan pada fase transisional, kebutuhan pelayanan akut selalu terlihat, tetapi tingkat urgensinya semakin berkurang dan pasien mulai dipersiapkan untuk pulang dan merencanakan kebutuhan perawatan masa depan. Pada fase pelayanan berkelanjutan, pasien mampu untuk berpartisipasi dalam perencanaan dan pelaksanaan aktivitas perawatan berkelanjutan yang dibutuhkan setelah pemulangan.

3. METODE

Metode penelitian digunakan adalah *deskriptif analitik* dengan desain penelitian *crosssectional*. Populasi dalam penelitian ini semua pasien stroke yang berada di RSSN Bukittinggi yang memenuhi kriteria inklusi. Berdasarkan data pendokumentasian RSSN Bukittinggi jumlah rata-rata pasien stroke lebih kurang sekitar 110 orang pasien perbulan.

Variabel bebas dalam penelitian adalah pelaksanaan *discharge planning* sesuai SOP di rumah sakit dan Variabel terikat dalam penelitian ini adalah perawatan pasien stroke di rumah. Data yang telah diolah secara manual akan dianalisa dengan cara univariat yaitu dengan mengklasifikasikan data sesuai dengan sub variabel penelitian. Tindakan diukur dengan skala Guttman, dengan memberikan jawaban dari pertanyaan: ya (dilakukan) dan tidak (tidak dilakukan), dibuat seperti *checklist* dengan interpretasi penilaian, apabila skor benar nilainya 2 dan apabila salah

nilainya 1. Analisa Bivariat yaitu Uji statistik yang di gunakan adalah uji *Chi-square*. Jika *p value* > 0,05, maka H_a ditolak bahwa tidak ada Hubungan *Discharge Planning* sesuai prosedur di rumah sakit dengan perawatan rumah pasien stroke. Jika *p value* \leq 0,05 maka H_0 ditolak yang berarti ada hubungan pelaksanaan *discharge planning* sesuai prosedur terhadap perawatan di rumah pasien stroke. (Budiarto, 2001).

4. HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil pengumpulan data tentang Hubungan *Discharge Planning* sesuai prosedur di rumah sakit dengan perawatan rumah pasien stroke di RSSN Bukittinggi Tahun 2014. Penelitian dilakukan terhadap keluarga pasien stroke yang berkunjung di Poliklinik RSSN Bukittinggi, pengumpulan data dilakukan pada Juli sampai Agustus 2014 dengan jumlah responden 86 orang yang memenuhi kriteria sampel yang telah ditentukan. Penentuan sampel dilakukan RSSN Bukittinggi. Penelitian dilakukan dengan cara memberikan kuesioner kepada responden dan peneliti melakukan observasi dan peneliti memberikan kuesioner.

Penyajian hasil penelitian terdiri dari analisis univariat dan bivariat yang sebelumnya dilakukan analisis dengan menggunakan perangkat komputer. Adapun secara lengkap hasil penelitian disajikan sebagai berikut:

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Karakteristik Umur, Jenis Kelamin, Dan Pendidikan Responden

No.	Karakteristik Responden	Frekuensi	%
1.	Umur		
	a. Dewasa	35	40.7
	b. Lansia Awal	32	37.2
	c. Lansia Akhir	11	12.8
	d. Manula	8	9.3
	Jumlah	86	100
2.	Jenis Kelamin		
	a. Laki-laki	31	36.0
	b. Perempuan	55	64.0
	Jumlah	86	100
4.	Pendidikan		
	a. SD	9	10.5
	b. SMP	40	46.5
	c. SMA	25	29.1
	d. Perguruan Tinggi	12	14.0
	Jumlah	86	100

Berdasarkan tabel 1 dapat dilihat bahwa dari 86 orang responden, lebih dari sebagian kecil 40.7% responden berada pada rentang usia dewasa, lebih dari sebagian besar 64.0% responden berjenis kelamin perempuan, Selanjutnya lebih dari sebagian 46.5% responden dengan tingkat pendidikan SMP. Salah satu faktor yang dapat mempengaruhi hubungan seseorang adalah tingkat pendidikan. Hasil penelitian diatas juga didukung oleh tingkat pendidikan responden, dimana lebih dari sebagian 40 dari (46.5%) responden mempunyai pendidikan menengah keatas. Dari 86 responden tersebut terdapat 12 responden berpendidikan perguruan tinggi dan 25 responden berpendidikan SMA. pendidikan SMP 40 responden dan pendidikan SD 9 responden. Hal ini sesuai dengan pendapat Stuart & Sundeen, (1998) bahwa tingkat pendidikan seseorang atau individu akan berhubungan terhadap kemampuan berfikir, semakin tinggi tingkat pendidikan akan semakin mudah berfikir rasional dan menangkap informasi baru termasuk dalam menguraikan masalah yang baru.

Faktor lain yang dapat mempengaruhi adalah usia. Dilihat dari karakteristik usia responden, lebih dari sebagian kecil responden 35 responden berada pada rentang usia dewasa (Ahmadi, 2001) mengemukakan bahwa memang daya ingat seseorang itu salah satunya

dihubungi oleh usia. Semakin bertambah usia akan semakin berkembang pula daya tangkap dan pola pikirnya, semakin banyak informasi yang dijumpai dan semakin banyak hal yang dikerjakan sehingga hubungan yang diperolehnya juga akan bertambah, dan hal itu tentunya juga didukung dengan tingkat pendidikan.

Pendidikan memberikan wawasan yang baru bagi individu. Jenjang pendidikan seseorang yang semakin tinggi akan memberikan dampak pada hubungan seseorang yang semakin tinggi. Dengan hubungan tersebut diharapkan mampu mengubah hubungan seseorang sesuai dengan hubungan yang dimilikinya. Kemampuan kognitif merupakan aspek-aspek intelektual yang berkaitan dengan apa yang diketahui manusia. Artinya manusia mampu menunjukkan sikap yang baik sesuai hasil dengan olahan pikirannya. Misalnya anggota keluarga membaca atau diberi penjelasan tentang guna mengubah posisi pasien stroke setiap 2-3 jam sekali baik siang dan malam. Maka hasilnya adalah anggota keluarga tersebut mempunyai hubungan atau pemahaman bahwa pasien yang imobilisasi seperti stroke perlu dilakukan perubahan posisi setiap 2-3 jam sehari sepanjang siang dan malam guna untuk mencegah terjadinya luka dekubitus.

Tabel 2 Distribusi Frekuensi *Discharge Planning* Sesuai Prosedur Di Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi Tahun 2014

<i>Discharge Planning</i> sesuai SOP	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Tidak	39	45.3
Ya	47	54.7
Jumlah	86	100

Berdasarkan tabel 2 diatas didapatkan dari 86 orang responden dilakukan *Discharge Planning* lebih dari sebagian 54.7% responden yang melakukan *Discharge Planning* sesuai SOP. Pada penelitian ini masih ada sebagian kecil 45.3% responden yang memiliki sikap tidak melakukan *discharge planning* sesuai SOP, hal ini disebabkan oleh faktor kebiasaan dan kurangnya kesadaran responden tentang perawatan dirumah pasien stroke, ini terlihat dari pernyataan kuesioner tentang responden yang menjawab setuju tidak akan menganjurkan pasien untuk makan, minum atau kegiatan harian lainnya menggunakan

tangan yang lemah dan menjawab tidak setuju bila tetap akan memberikan latihan walaupun pasien menolak, hal ini sesuai dengan Purwanto (2001) bahwa seseorang bersikap negatif disebabkan oleh berbagai faktor yang ada pada setiap individu, perbedaan bakat, minat, kebiasaan, pengalaman, pengetahuan, intensitas perasaan, dan situasi lingkungan. Sikap negatif terhadap perawatan dirumah pasien stroke bisa disebabkan karena persepsi keluarga terhadap tugas yang dilakukan menambah pekerjaan baru, kesiapan untuk berinteraksi dengan pasien stroke, serta hal yang juga sangat menghubungi adalah

ketersediaan fasilitas. Menurut Notoatmodjo (2003).

Tabel 3 Distribusi Frekuensi Perawatan Rumah Pasien Stroke Di RSSN Bukittinggi Tahun 2014

Perawatan Rumah Pasien Stroke	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Tidak Dilakukan	42	48.8
Dilakukan	44	51.2
Jumlah	86	100

Berdasarkan tabel 3 diatas didapatkan dari 86 responden sebagian besar 51.2% melakukan perawatan rumah pasien stroke. Hal ini juga dapat dilihat pada item pertanyaan hubungan yang dijawab tinggi oleh responden yaitu (93%) responden menghubungi kegiatan untuk masa pemulihan pasien stroke, (90%) menghubungkan tujuan perawatan dirumah

pasien stroke,(82%) menghubungi prinsip yang diperhatikan dalam perawatan pasien stroke dan (93%) menghubungi perawatan pasien stroke yang masalah buang air kecil, dimana dari 86 responden terdapat 37 responden yang menjawab benar pada masing-masing item pertanyaan tersebut.

Tabel 4 Hubungan Discharge Planning Sesuai Prosedur Di Rumah Sakit Dengan Perawatan Rumah Pasien Stroke Di RSSN Bukittinggi Tahun 2014

Discharge Planning sesuai SOP	Perawatan Rumah				Total		P (value)	OR
	Tidak dilakukan		Dilakukan		f	%		
	f	%	f	%				
Tidak	26	66.7	13	33.3	39	45.3	0,004	3.875
Ya	16	34.0	31	66.0	47	54.7		
Jumlah	42	48.8	44	51.2	86	100		

Berdasarkan tabel 4 dapat dilihat bahwa dari 39 responden yang tidak mendapatkan *discharge planning* sesuai SOP terdapat 33,3% responden tetap melakukan perawatan rumah pasien stroke. Sedangkan dari 47 responden yang mendapatkan *discharge planning* sesuai SOP sebagian besarnya 66,6% melakukan perawatan rumah pasien stroke. Hasil uji statistik dengan menggunakan Uji *chi-square* didapat nilai $p = 0,004$ ($p < 0,05$) maka terdapat hubungan yang bermakna antara *discharge planning* sesuai SOP dengan perawatan dirumah pasien stroke. Dari hasil analisis diperoleh pula nilai $OR = 3.875$ artinya bahwa responden yang mendapatkan *discharge planning* sesuai SOP 3.875 kali akan melaksanakan perawatan rumah pasien stroke bila dibandingkan dengan responden yang tidak mendapatkan *discharge planning*

Hasil penelitian ini berkorelasi dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Yeni (2011) tentang hubungan *discharge planning* terhadap sikap dan persepsi pasien DM tipe II di Poliklinik khusus penyakit dalam. Penelitian di dapatkan bahwa sebelum diberikan *discharge planning* 25% responden perawatan baik dan setelah diberikan *discharge planning* meningkat menjadi 65% responden perawatan baik. Hasil penelitian yang diperoleh membuktikan bahwa ada hubungan *discharge planning* terhadap perawatan pasien DM Tipe II.

Pasien stroke memerlukan rehabilitasi psikis seperti terapi fisik, terapi okupasi, terapi wicara. Selain itu juga dilakukan *community based rehabilitation* (rehabilitasi bersumber masyarakat) dengan melakukan penyuluhan dan pelatihan masyarakat di lingkungan pasien (Mahreswati 2012). Salah satu cara untuk

meningkatkan perilaku seseorang adalah dengan memberikan *discharge planning*. Dengan memberikan informasi sehingga akan timbul kesadaran pada individu atau masyarakat untuk berperilaku sesuai dengan hubungan yang dimilikinya (Notoadmodjo, 2007).

Discharge planning merupakan proses interaktif yang mendorong terjadinya pembelajaran, dan pembelajaran merupakan upaya penambahan hubungan baru, sikap dan keterampilan melalui penguatan praktik dan pengalaman tertentu (Smelzer & Bare, 2002; Potter & Perry, 2009). Pemberian *discharge planning* yang teratur dan reguler dengan materi yang sederhana, metode yang tepat, pemberi materi yang adekuat dan waktu yang sesuai dengan waktu responden akan meningkatkan hubungan keluarga secara bermakna dalam memberikan perawatan pada anggota keluarga stroke. Pemberian perawatan yang disampaikan melalui *discharge planning* akan membawa dampak terjadinya peningkatan perawatan dari tidak tahu menjadi tahu, sehingga dengan dilakukannya *discharge planning* ini secara tatap muka atau *face to face* maka *discharge planning* akan mudah diterima oleh keluarga. Menurut Bredahl & Roessler (2011) mengatakan bahwa informasi yang jelas diberikan kepada keluarga akan meningkatkan kemampuan keluarga dalam memberikan perawatan pada anggota keluarga dengan stroke.

5. KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan terhadap *Discharge Planning* sesuai prosedur di rumah sakit dengan perawatan rumah pasien stroke di RSSN Bukittinggi Tahun 2014 dengan pemberian *discharge planning*, maka dapat diambil kesimpulan bahwa Terdapat hubungan *discharge planning* sesuai SOP terhadap perawatan di rumah pasien stroke ($p = 0,004$). Karna itu disarankan bagi perawat di rumah sakit RSSN Bukittinggi agar dapat menjadikan pemberian *discharge planning* sebagai program rutin karena lebih efektif untuk meningkatkan kelangsungan hidup pasien stroke, khususnya tentang perawatan dirumah pasien stroke. Penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan kemampuan, keterampilan, dan pengalaman serta menambah wawasan peneliti sendiri dalam melakukan penelitian ilmiah

khususnya dalam pemberian *Discharge Planning* sesuai prosedur di rumah sakit dengan perawatan rumah pasien stroke.

6. DAFTAR PUSTAKA

- Ali, Z. (2010). *Pengantar Keperawatan Keluarga*. Jakarta: EGC.
- Badan Pusat Statistik. (2011). *Profil Kesehatan Tahun 2011 Edisi 2012*. Padang: Dinkes Kota Padang.
- Batticaca, F. (2008). *Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Sistem Persarafan*. Jakarta: Salemba Medika
- Budiarto, E. (2001). *Biostatistika untuk kedokteran dan kesehatan masyarakat*. Jakarta: EGC.
- Carol A & dowing (2007). *Discharge planning : communication, education and patiend participation*. British journal of nursing. Vol. 16
- Carpenito, L. J, (1999), *Nursing Diagnosis and collaborative problems, their edition*. Philadelphia : lippincot
- Discharge planning assotiation (2008). *Discharge planning di* <http://www.Dischargplanning.Org.au/indek.htm>. diunduh pada tanggal 28 februari 2011
- Hastono. (2007). *Analisis data kesehatan*. Jakarta:FKM UI.
- Hidayat, A. (2009). *Metode Penelitian Keperawatan dan Teknik Analisis Data*. Jakarta : Salemba Medika http://www.askep_net.blogspot.com diunduh maret 2014
- Junaidi, I. (2011). *Stroke Waspada! Ancamannya*. Yogyakarta: Andi Offset.
- Mulyatsih, E. (2008). *Stroke Petunjuk Perawatan Pasien Pasca Stroke Di Rumah*. Jakarta: FKUI.
- Muttaqin, A. (2008). *Pengantar Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Sistem Persarafan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nova Eka, P. (2012). Faktor-faktor yang berhubungan dengan pelaksanaan discharge planning oleh perawat di ruang rawat inap RSUD DR. Achmad Mochtar Bukittinggi. Skripsi Bukittinggi : program studi keperawatan sekolah tinggi

- ilmu keperawatan perintis Sumatera Barat
- Nursalam. (2008). *Konsep Dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- _____ (2009). *Konsep Dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pedoman Skripsi, Tesis, Dan Instrument Penelitian Keperawatan* (Edisi 2). Jakarta: Salemba Medika.
- Perry AG & potter PA (2005). Buku fundamental keperawatan : konsep, proses,& praktik, volume I edisi 4. Jakarta : EGC
- _____ (2006). *Dinnical nursing skill & tecnaque. 6 thn coalition*. Missouri : mosby inc
- Princes. S & Wilson L. (2006). *Patofisiologi. Konsep klinis proses-prose penyakit*. Edisi ke 6. Jakarta : peneliti
- Putri harti, a. (2013). *Pengaruh edukasi personal terhadap perilaku keluarga dalam perawatan dirumah pasien pasca stroke yang berkunjung ke poliklinik neurologi RSUP DR. M Djamil padang*. Skripsi. Padang : program studi ilmu keperawatan fakultas keperawatan universitas andalas padang
- Riskesdas. (2008). *Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar RISKESDAS Indonesia Tahun 2007*. Jakarta: Depkes RI.
- Slevin AP (1986). *A Model for Discharge Planning in Nursing Education*. Brodiey university, Laurence erlbown association inc. journal of community hearth nursing
- Sugiyono. (2009). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D* (Cetakan ke-11). Bandung: Alfabeta
- The royal marden. Org. (2004). Dxp. [http : www. Royal marsden. Org](http://www.Royalmarsden.Org). pada tanggal 26 februari 2011
- Upik, R (2011). *Pengaruh discharge planning terstruktur terhadap kualitas hidup pasien stroke iskemik di RSUD AL- IHSAN dan RS. AL_Islam bandung*. Skripsi bandung : program studi ilmu keperawatan. Fakultas ilmu keperawatan program magister ilmu keperawatan
- Yuniadi. (2010). *Intervensi Pada Stroke Non-Hemoragik*. Jakarta: Departemen Kardiologi dan Kedokteran Vaskular FKUI