

**TESIS**

**POTENSI PERAN KELUARGA DALAM PERAWATAN PENYAKIT  
STROKE MELALUI PENGEMBANGAN MODEL *DISCHARGE  
PLANNING* BERBASIS TEKNOLOGI INFORMASI DI RUANG  
LONTARA 3 SYARAF RSUP Dr. WAHIDIN SUDIROHUSODO  
MAKASSAR**

**Family Role In The Stroke Care By Developing Discharge Planning  
Model Based On Information Technology In Room Lontara 3  
RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar**

**SAHMAD**



**PROGRAM PASCASARJANA  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
MAKASSAR**

**2013**

**POTENSI PERAN KELUARGA DALAM PERAWATAN PENYAKIT  
STROKE MELALUI PENGEMBANGAN MODEL *DISCHARGE  
PLANNING* BERBASIS TEKNOLOGI INFORMASI DI RUANG  
LONTARA 3 SYARAF RSUP Dr. WAHIDIN SUDIROHUSODO  
MAKASSAR**

Tesis

Sebagai Salah Satu Syarat untuk Mencapai Gelar Magister

Program Studi

Magister Ilmu Keperawatan

Disusun dan diajukan oleh

SAHMAD

Kepada

**PROGRAM PASCASARJANA  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
MAKASSAR**

**2013**

## TESIS

### **POTENSI PERAN KELUARGA DALAM PERAWATAN PENYAKIT STROKE MELALUI PENGEMBANGAN MODEL *DISCHARGE PLANNING* BERBASIS TEKNOLOGI INFORMASI DI RUANG LONTARA 3 SYARAF RSUP Dr. WAHIDIN SUDIROHUSODO MAKASSAR**

Disusun Dan Diajukan Oleh :

**SAHMAD**

Nomor Pokok P4200211035

Telah Dipertahankan Di Depan Panitia Ujian Tesis  
Pada Tanggal 13 November 2013  
Dan Dinyatakan Telah Memenuhi Syarat

Menyetujui,  
Komisi Penasehat

Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp, M.Kes.

Ketua

Ketua Program Studi  
Magister Ilmu Keperawatan,

Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp, M.Kes.

Sudirman Nasir, S.Ked, Ph.D

Anggota

Direktur Program Pascasarjana  
Universitas Hasanuddin,

Prof. Dr. Ir. Mursalim

## PERNYATAAN KEASLIAN TESIS

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Sahmad  
Nomor Pokok : P4200211035  
Program studi : Magister Ilmu Keperawatan

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa tesis yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilalihan tulisan atau pemikiran orang lain. Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan tesis ini hasil karya orang lain, saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar, November 2013

Yang menyatakan,

Sahmad

## KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT karena atas rahmat dan hidayah-Nya sehingga penulisan tesis ini dapat terselesaikan dengan baik. Selama penulisan tesis penulis tidak terlepas dari berbagai hambatan, namun berkat bimbingan, bantuan dan kerjasama dari berbagai pihak baik secara moril maupun materil sehingga penulis dapat menyelesaikannya dengan baik. Oleh karena itu dengan kerendahan hati, perkenankan penulis menyampaikan penghargaan dan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Prof. Dr. Ir. Mursalim, M.Sc, selaku Direktur Program Pascasarjana Universitas Hasanuddin.
2. Prof. dr. Irawan Yusuf, Ph.D, selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin.
3. Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp, M.Kes, selaku Ketua Program Studi Magister Ilmu Keperawatan FK.Unhas dan sebagai Ketua Komisi Penasihat yang telah memberikan ilmu, meluangkan waktunya memberikan bimbingan, arahan, koreksi dan saran sehingga tesis ini dapat terselesaikan.
4. Sudirman Nasir, S.Ked, Ph.D. selaku anggota Komisi Penasihat yang telah memberikan ilmu dan meluangkan waktu memberikan bimbingan, koreksi dan saran sehingga tesis ini dapat terselesaikan.

5. Prof. Dr. Abdul Kadir, Sp.THT.Ph.D(K), MARS, selaku direktur RSUP Dr.Wahidin Sudirohusodo Makassar yang telah memberi izin penelitian di instansinya.
6. Prof. dr. Budu, Ph.D.,SpM(K), M.MedEd, sebagai penguji I yang telah memberikan saran dan masukan demi perbaikan penelitian ini
7. Dr. dr. Burhanuddin Bahar, M.Kes, sebagai penguji II yang telah memberikan saran dan masukan demi perbaikan penelitian ini
8. Dr.Elly L, Sjattar, S.Kp.,M.Kes, sebagai penguji III yang telah memberikan saran dan masukan demi perbaikan penelitian ini
9. Hapsa, S.Kep.Ns., M.Kep sebagai pembimbing pendamping yang telah banyak meluangkan waktu dan memberikan ilmu serta saran dan masukan demi perbaikan penelitian ini
10. Kepada Ayahanda Yadi (Almarhum) dan Ibunda Hanisa, terima kasih atas cinta kasih dan doa yang selalu diberikan.
11. Kepada Istriku tercinta Hasmira, AMK, beserta anak-anakku tercinta Saskiyah Nurul Izzah dan Sakinah Miracle Az-zahra yang sangat besar peranannya dalam suka dan duka, yang selalu memberikan dukungan moril dan do'a.
12. Rekan-rekan mahasiswa angkatan kedua Program Studi Magister Ilmu Keperawatan yang tidak dapat penulis sebut satu persatu.
13. Seluruh keluarga pasien stroke di ruang Lontara 3 Syaraf yang telah dengan ikhlas untuk ikut berpartisipasi dalam penelitian ini.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa tesis ini masih banyak keterbatasan dan kekurangan serta masih jauh dari kesempurnaan, oleh sebab itu segala kritikan dan saran yang sifatnya membangun sangat penulis harapkan demi kesempurnaan tesis ini.

Makassar, November 2013

Peneliti,

Sahmad

## ABSTRAK

Sahmad. Potensi Peran Keluarga dalam Perawatan Penyakit Stroke melalui Pengembangan Model *discharge planning* Berbasis Teknologi Informasi di Ruang Lontara 3 Syaraf Rsup Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar 2013 (dibimbing oleh **Ariyanti Saleh** dan **Sudirman Nasir**)

Penelitian ini bertujuan mengetahui pengaruh pelaksanaan model *discharge planning* berbasis teknologi informasi terhadap peran keluarga dalam perawatan penyakit stroke di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar.

Penelitian ini menggunakan metode kuasi eksperimen. Penelitian dilaksanakan di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar. Jumlah sampel sebanyak 33 responden. Penelitian ini menggunakan desain *one group pretest-posttest design*. Pengumpulan data dilakukan melalui kuisisioner, observasi dan dokumentasi. Data dianalisis dengan menggunakan uji Wilcoxon.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat pengaruh pelaksanaan model *discharge planning* berbasis teknologi informasi terhadap pengetahuan ( $p= 0,000$ ), sikap ( $p= 0,000$ ), dan keterampilan ( $p= 0,000$ ). Implementasi *discharge planning* harus selalu dilaksanakan oleh perawat untuk membantu pasien dan keluarga dalam menyiapkan keperluan pasien. Kesimpulan dari hasil penelitian ini adalah bahwa *discharge planning* sangat membantu pasien dan keluarga dalam mempersiapkan keperluan pasien.

Kata Kunci : pengetahuan, sikap, keterampilan, *discharge planning*

## ABSTRACT

*SAHMAD. Family role in the treatment of stroke through discharge planning model development of information technology based in Lontara 3 room of nerve, Dr. Wahidin Sudirohusodo public hospital of Makassar in 2013 (Supervised by Ariyanti Saleh and Sudirman Nasir)*

*The aim of the research is to find out the influence of the implementation of discharge planning model of information technology based on family role in the treatment of stroke in Dr. Wahidin Sudirohusodo public hospital of Makassar.*

*The research used quasi-experiment method conducted in Dr. Wahidin Sudirohusodo public hospital of Makassar. The sample consisted of 33 respondents. The research used one group pretest-posttest design. The methods of obtaining data were questionnaires, observation and documentation. The data were analyzed using Wilcoxon test.*

*The results of the research indicate that the implementation of discharge planning model of information technology based has influence on knowledge ( $p = 0.000$ ), attitude ( $p = 0.000$ ), and skills ( $p = 0.000$ ). The implementation of discharge planning should always be done by the nurses to help the patients and their family in preparing the patient's to go home.*

*Keywords: Knowledge, Attitudes, Skills, discharge planning*

## DAFTAR ISI

|                                     |          |
|-------------------------------------|----------|
| HALAMAN JUDUL .....                 | i        |
| HALAMAN PENGANTAR .....             | ii       |
| LEMBAR PENGESAHAN .....             | iii      |
| PERNYATAAN KEASLIAN TESIS.....      | iv       |
| KATA PENGANTAR .....                | v        |
| ABSTRAK .....                       | viii     |
| ABSTRACT .....                      | ix       |
| DAFTAR ISI .....                    | x        |
| DAFTAR TABEL .....                  | xv       |
| DAFTAR GAMBAR .....                 | xvi      |
| DAFTAR LAMPIRAN .....               | xvii     |
| <b>BAB I PENDAHULUAN.....</b>       | <b>1</b> |
| A. Latar Belakang .....             | 1        |
| B. Perumusan Masalah.....           | 6        |
| C. Pertanyaan Penelitian .....      | 7        |
| D. Tujuan Penelitian.....           | 7        |
| E. Manfaat Penelitian.....          | 8        |
| F. Ruang Lingkup Penelitian.....    | 8        |
| <b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....</b> | <b>9</b> |
| A. Penyakit Stroke .....            | 9        |
| 1. Definisi Stroke .....            | 9        |

|   |    |
|---|----|
| 2. Penyebab Stroke .....                                | 9  |
| 3. Jenis Stroke .....                                   | 11 |
| 4. Tanda dan Gejala Stroke .....                        | 12 |
| B. Peran Keluarga dalam Perawatan Penyakit Stroke ..... | 13 |
| 1. Definisi Keluarga .....                              | 13 |
| 2. Ciri-Ciri Keluarga .....                             | 13 |
| 3. Peran Keluarga .....                                 | 14 |
| 4. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Peran Keluarga ..... | 14 |
| C. Pengetahuan dan Sikap Keluarga .....                 | 15 |
| 1. Pengetahuan .....                                    | 15 |
| 2. Tingkat Pengetahuan .....                            | 16 |
| 3. Sikap .....  | 17 |
| 4. Tingkatan Sikap .....                                | 17 |
| 5. Sifat Sikap .....                                    | 18 |
| 6. Ciri-Ciri Sikap .....                                | 18 |
| 7. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Sikap .....          | 19 |
| D. Persiapan Sebelum Pasien Pulang Ke Rumah .....       | 19 |
| 1. Tenaga yang Merawat Di Rumah .....                   | 20 |
| 2. Persiapan Kamar Tidur .....                          | 21 |
| 3. Tempat Tidur .....                                   | 22 |
| 4. Meja Disamping Tempat Tidur .....                    | 22 |
| 5. Kursi dan Kursi Roda .....                           | 23 |
| 6. Kamar Mandi .....                                    | 24 |

|   |    |
|---|----|
| 7. Pakaian Pasien .....                                 | 25 |
| 8. Alat Untuk <i>Personal Hygiene</i> .....             | 25 |
| 9. Alat Untuk Mempertahankan Jalan Napas .....          | 26 |
| 10. Persiapan Alat bagi pasien yang Terpasang NGT ..... | 26 |
| 11. Persiapan Alat untuk BAK.....                       | 27 |
| E. Perawatan Pasien Pasca Stroke Di rumah.....          | 28 |
| 1. Kelumpuhan/Kelemahan.....                            | 28 |
| 2. Mengaktifkan Tangan yang Lemah .....                 | 29 |
| 3. Gangguan Sensibilitas .....                          | 30 |
| 4. Gangguan Keseimbangan.....                           | 30 |
| 5. Gangguan Berbicara .....                             | 32 |
| 6. Gangguan Menelan .....                               | 34 |
| 7. Gangguan Penglihatan.....                            | 36 |
| 8. Gangguan Buang Air Kecil.....                        | 37 |
| 9. Gangguan Buang Air Besar .....                       | 38 |
| 10. Kesulitan Mengenakan Pakaian.....                   | 39 |
| F. Manajemen Keperawatan.....                           | 40 |
| G. <i>Discharge Planning</i> .....                      | 41 |
| 1. Definisi .....                                       | 42 |
| 2. Pemberi Layanan <i>Discharge Planning</i> .....      | 43 |
| 3. Penerima <i>Discharge Planning</i> .....             | 43 |
| 4. Tujuan <i>Discharge Planning</i> .....               | 44 |
| 5. Prinsip <i>Discharge Planning</i> .....              | 45 |

|  |           |
|--|-----------|
| 6. Proses Pelaksanaan <i>Discharge Planning</i> .....          | 46        |
| 7. Unsur-unsur <i>Discharge Planning</i> .....                 | 53        |
| 8. Cara Mengukur <i>Discharge Planning</i> .....               | 54        |
| 9. Kesiapan Pasien Menghadapi Pemulangan.....                  | 54        |
| H. Teknologi Informasi Dalam Keperawatan.....                  | 57        |
| 1. Pengertian Teknologi Informasi.....                         | 58        |
| 2. Multimedia.....   | 59        |
| 3. <i>Compac Disk</i> Interaktif .....                         | 60        |
| I. Penelitian yang Terkait <i>Discharge Planning</i> .....     | 60        |
| J. Kerangka Teori.....   | 62        |
| <b>BAB III KERANGKA KONSEP, VARIABEL, DEFINISI OPERASIONAL</b> |           |
| <b>DAN HIPOTESIS PENELITIAN.....</b>                           | <b>63</b> |
| A. Kerangka Konsep.....  | 63        |
| B. Variabel Penelitian.....                                    | 63        |
| C. Definisi Operasional .....                                  | 64        |
| D. Hipotesis Penelitian .....                                  | 65        |
| <b>BAB IV METODE PENELITIAN .....</b>                          | <b>66</b> |
| A. Desain Penelitian.....                                      | 66        |
| B. Lokasi dan Waktu Penelitian .....                           | 67        |
| C. Populasi, Sampel dan Teknik Sampling .....                  | 67        |
| D. Instrumen Penelitian.....                                   | 69        |
| E. Teknik Pengumpulan Data .....                               | 69        |
| F. Metode Pelaksanaan <i>Discharge Planning</i> .....          | 70        |

|  |           |
|--|-----------|
| G. Alur Penelitian .....                           | 71        |
| H. Pengolahan dan Analisa Data .....               | 72        |
| I. Pertimbangan Etik .....                         | 73        |
| <b>BAB V HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN .....</b> | <b>75</b> |
| A. Hasil Penelitian .....                          | 75        |
| B. Pembahasan .....                                | 83        |
| C. Keterbatasan Penelitian .....                   | 96        |
| <b>BAB VI PENUTUP.....</b>                         | <b>98</b> |
| A. Kesimpulan.....                                 | 98        |
| B. Saran.....                                      | 99        |

## **DAPTAR PUSTAKA**

## DAFTAR TABEL

|      | Tabel   | Halaman |
|------|---|---------|
| 2.1  | Perbedaan Penelitian yang dilakukan dengan Penelitian Terdahulu .....   | 61      |
| 5.1. | Distribusi Karakteristik Responden Berdasarkan Umur, Jenis Kelamin, Pendidikan, Pekerjaan, Dan Status Pernikahan 2013 .....   | 76      |
| 5.2. | Distribusi Rata-Rata Responden berdasarkan Skor Pengetahuan Sebelum dan Setelah diberikan Intervensi di Ruang Lontara 3 Syaraf RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar 2013 .....  | 77      |
| 5.3. | Distribusi Rata-Rata Responden berdasarkan Skor Sikap Sebelum dan Setelah diberikan Intervensi di Ruang Lontara 3 Syaraf RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar 2013 .....        | 77      |
| 5.4. | Distribusi Rata-Rata Responden berdasarkan Skor Keterampilan Sebelum dan Setelah diberikan Intervensi di Ruang Lontara 3 Syaraf RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar 2013 ..... | 78      |
| 5.5  | Distribusi frekuensi perubahan skor pengetahuan sebelum dan setelah dilakukan intervensi  | 79      |
| 5.6  | Distribusi frekuensi perubahan skor sikap sebelum dan setelah dilakukan intervensi  | 79      |
| 5.7  | Distribusi frekuensi perubahan skor keterampilan sebelum dan setelah dilakukan intervensi   | 79      |

## DAFTAR GAMBAR

|      | Gambar                    | Halaman |
|------|---------------------------|---------|
| 2.2. | Kerangka Teori Penelitian | 62      |
| 3.1. | Kerangka Konseptual       | 63      |
| 4.1. | Alur Penelitian           | 71      |

## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Jadwal Kegiatan Penelitian
- Lampiran 2. Master Tabel Pengetahuan Pre Tes
- Lampiran 3. Master Tabel pengetahuan Post Tes
- Lampiran 4. Master Tabel Sikap Pre Tes
- Lampiran 5. Master Tabel Sikap Post Tes
- Lampiran 6. Master Tabel Keterampilan Pre Tes
- Lampiran 7. Master Tabel Keterampilan Post Tes
- Lampiran 8. Hasil uji Wilcoxon
- Lampiran 9. Gambar kegiatan Pre Tes, Post Tes, Kegiatan Redemonstrasi ulang, menonton Video *discharge Planning*.
- Lampiran 10. Hasil olah data umur, tingkat pendidikan, pekerjaan, jenis kelamin dan status pernikahan responden.
- Lampiran 11. SOP Rom Aktif dan SOP Menelan pada pasien Stroke
- Lampiran 12. Kuesioner
- Lampiran 13 Izin penelitian

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. Latar Belakang**

Stroke atau gangguan vaskuler otak atau dikenal dengan *cerebrovaskular disease* (CVD) adalah suatu kondisi sistem susunan saraf pusat yang patologis akibat adanya gangguan peredaran darah (Satya negara, dkk, 2010). Stroke merupakan penyebab kematian ketiga terbesar di negara maju setelah serangan jantung dan kanker (Ginsberg, 2007)

Badan kesehatan dunia (WHO) memprediksi bahwa kematian akibat stroke akan meningkat seiring dengan kematian akibat penyakit jantung dan kanker, yaitu kurang lebih 6 juta pada tahun 2010 menjadi 8 juta di tahun 2030. Data di Amerika Serikat menunjukkan bahwa kejadian baru stroke tercatat hampir setiap 45 detik terjadi kasus stroke, dan setiap 4 detik terjadi kematian akibat stroke (WHO, 2011)

Di Indonesia, secara nasional stroke merupakan penyebab kematian utama di rumah sakit, temuan kasusnya terus meningkat dari tahun ke tahun. Menurut data Riset Kesehatan Dasar (Riskesda) pada tahun 2008, prevalensi jumlah penderita stroke mencapai 8,3 per 1.000 populasi di Indonesia. Dengan Jumlah populasi sekitar 211 juta jiwa, berarti terdapat sekitar 1,7 juta penderita stroke (Depkes, 2011)

Kejadian stroke di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar dari tahun 2010 sampai 2012 mencapai 1634 jiwa. Pada tahun 2010 jumlah

penderita stroke mencapai 549 jiwa, dan pada tahun 2011 terjadi peningkatan yaitu mencapai 641 jiwa, tetapi pada tahun 2012 pasien stroke menurun mencapai 444 jiwa (Instalasi Rekam Medis RSWS, 2012)

Fenomena yang patut dicermati adalah bahwa stroke dapat menyebabkan kecacatan yang akan mempengaruhi ADL (*activities of daily living*), dari 2.930.000 kasus stroke yang hidup yang mengalami gangguan ADL adalah 31% ketergantungan parsial, 20% memakai alat bantu untuk berjalan, 16% masuk asrama khusus stroke (Al Rasyid, 2007). Sebagian besar penderita stroke mengalami kelemahan pada anggota gerak tangan dan kaki, sehingga memerlukan bantuan dalam pemenuhan kebutuhan sehari-harinya, seperti makan, minum, berpakaian dan kebutuhan lainnya (Ahmad, 2010).

Sebagian keluarga menganggap bahwa penyakit stroke tidak bisa disembuhkan dan akan diderita seumur hidup, sementara penelitian menunjukkan bahwa dengan perawatan yang baik kecacatan pasca stroke dapat diminimalkan (Irdawati, 2009). Salah satu rehabilitasi yang dapat diberikan pada pasien penderita stroke adalah latihan rentang gerak atau *range of motion* (ROM), menurut Berman dkk, 2009) ROM aktif dilakukan dengan cara klien menggunakan lengan atau tungkai yang berlawanan dan lebih kuat untuk menggerakkan setiap sendi pada ekstremitas yang tidak mampu melakukan gerakan aktif.

Beberapa kajian empirik penelitian telah dilakukan, Febrina (2009) melakukan analisis efektifitas *range of motion* (ROM) aktif - Asistif

*spherical grift* terhadap peningkatan kekuatan otot ekstremitas atas pada pasien di RSUD Tugurejo Semarang, menemukan bahwa terdapat peningkatan kekuatan otot antara sebelum dan sesudah latihan ROM aktif-Asistif *Spherical Grift*. ( $p=0,001$ ).

Sejalan dengan penelitian Irdawati (2008) di rumah sakit Dr. Moewardi Surakarta dengan penelitian eksperimental memberikan perlakuan melatih rentang gerak (ROM) terhadap pasien stroke dan melakukan pengukuran kekuatan otot pada pasien stroke hemiparise kanan maupun hemiparise kiri. Kekuatan otot sesudah terapi latihan gerak selama 12 hari jauh lebih tinggi dari pada sebelum terapi, dalam arti terjadi kenaikan baik pada hemiparise kanan maupun hemiparise kiri, secara statistik terdapat perbedaaan yang bermakna antara nilai kekuatan otot sebelum dan sesudah diberi perlakuan ( $p=0,001$ ).

Penelitian tentang peran keluarga dalam perawatan penyakit stroke telah banyak dilakukan, salah satunya adalah penelitian yang dilakukan oleh Tri puji teguh (2009) melakukan analisis terhadap hubungan antara pengetahuan keluarga tentang penyakit stroke dengan kesiapan keluarga untuk menerima kembali penderita stroke di Rs. Panti Wilasa Citarum semarang, hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara pengetahuan keluarga tentang penyakit stroke dengan kesiapan keluarga untuk menerima kembali penderita stroke di Rs. Panti Wilasa Citarum Semarang.

Berbagai hasil penelitian menunjukkan bahwa penderita stroke dapat melakukan aktivitasnya sendiri tanpa harus bergantung pada orang lain, jika hal tersebut di dukung dan dimotivasi oleh keluarga. Menurut Levine (2009) menyatakan bahwa pertolongan keluarga sangat penting untuk pemulihan stroke, semakin besar keterlibatan keluarga dalam perawatan pasien pasca stroke maka semakin besar pula peluang untuk sembuh. Keluarga merupakan sistem pendukung (*support system*) yang sangat diperlukan oleh penderita stroke selama dalam proses pemulihan di rumah. Oleh karena itu keluarga dan pengasuh perlu diberikan edukasi mengenai masalah yang mungkin timbul akibat stroke dan cara keluarga mengatasinya (Mulyatih, 2009).

Persoalan utama yang ada adalah bahwa sebelum dilakukan pemulangan, seharusnya pasien mempunyai perencanaan pulang (*discharge Planning*) dari rumah sakit tempat pasien dirawat. *Discharge planning* merupakan proses perencanaan sistematis yang dipersiapkan bagi pasien untuk meninggalkan instansi perawatan (rumah sakit) dan untuk mempertahankan kontinuitas perawatan. Kegiatan *discharge planning* ini merupakan bagian dari proses keperawatan dan fungsi utama dari perawatan. Menurut Carvenito (1999) tujuan dilakukannya *discharge planning* adalah untuk mengidentifikasi kebutuhan spesifik pasien dalam mempertahankan atau mencapai fungsi maksimal setelah pasien pulang, dan memandirikan keluarga dan pasien dalam aktivitas perawatan.

Dampak positif dari rencana pemulangan yang terprogram dengan baik antara lain mengurangi komplikasi penyakit dan mencegah hospitalisasi ulang (Swanburg, 1999), menjamin keluarga dan pasien mampu melakukan tindakan perawatan lanjutan yang aman dan realistis setelah meninggalkan rumah sakit (Perry & Potter, 2006),

Sedangkan dampak yang ditimbulkan jika rencana pemulangan tidak dilakukan secara terprogram yaitu dapat memperlama proses penyembuhan di rumah (The Royal Marsden Hospital, 2004). Menurut Haryati (2008) manfaat perencanaan pulang yang dilakukan dengan baik antara lain pasien dan keluarga merasa siap untuk kembali ke rumah, mengurangi stress, meningkatkan kepuasan pasien dan keluarga dalam menerima pelayanan perawatan, serta meningkatkan coping pasien (Haryati, 2008).

Pengembangan model *discharge planning* berbasis teknologi informasi adalah seiring dengan kemajuan teknologi dan keandalan teknologi informasi yang memudahkan proses pembelajaran pasien tidak saja dengan leaflet dan poster tetapi juga dengan media interaktif multimedia. Kelebihan lain multimedia adalah menarik indera dan menarik minat, karena merupakan gabungan antara pandangan, suara dan gerakan. Lembaga riset dan penerbit komputer, yaitu *Computer Technology Research* (CTR), menyatakan bahwa orang mampu mengingat 20 % dari yang dilihat, 30% dari yang didengar, tetapi orang dapat mengingat 50% dari yang dilihat, didengar dan dilakukan sekaligus

(Suyanto, 2008). Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti di ruang Lontara 3 syaraf RSUP Dr. Wahidin sudirohusodo Makassar *discharge planning* dilaksanakan hanya pada saat pasien akan pulang dengan cara penyampaian dilakukan secara lisan. Mengingat pentingnya dilakukan *Discharge planning* yang terprogram maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian khususnya penerapan *discharge planning* yang berbasis teknologi informasi pada pasien Stroke di Ruang Lontara 3 Syaraf RSUP Dr. Wahidin Sudiro Husudo Makassar.

### **B. Perumusan Masalah.**

Prevalensi penyakit sroke dan *mortalitas* yang berkaitan dengannya terus meningkat. Berbagai penelitian yang berbasiskan populasi dan rumah sakit tentang peran keluarga dalam perawatan penyakit stroke telah dilakukan. Penelitian tentang optimalisasi peran keluarga dalam perawatan penyakit stroke melalui pengembangan model *discharge planning* berbasis teknologi informasi sangat penting. Dengan demikian, maka permasalahan yang dikaji dalam penelitian ini adalah : “ Apakah ada pengaruh pelaksanaan model *Discharge planning* berbasis teknologi informasi terhadap peran keluarga dalam perawatan penyakit stroke sebelum dan setelah diberikan intervensi di Ruangan Lontara 3 Syaraf RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar ?

### **C. Pertanyaan Penelitian**

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan diatas, maka pertanyaan penelitian dalam penelitian ini adalah : “ Apakah ada pengaruh pelaksanaan model *discharge planning* berbasis teknologi informasi terhadap pengetahuan, sikap, dan keterampilan keluarga dalam perawatan penyakit stroke sebelum dan setelah diberikan intervensi di Ruang Lontara 3 Syaraf RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar ?

### **D. Tujuan Penelitian**

#### **1. Tujuan Umum**

Untuk mengetahui pengaruh pelaksanaan model *discharge planning* berbasis teknologi informasi terhadap pengetahuan, sikap, dan keterampilan keluarga dalam perawatan penyakit stroke sebelum dan setelah diberikan intervensi di Ruang Lontara 3 Syaraf RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar.

#### **2. Tujuan khusus**

- a. Diketuainya pengaruh pelaksanaan model *discharge planning* berbasis teknologi informasi terhadap pengetahuan keluarga dalam perawatan penyakit stroke sebelum dan setelah diberikan intervensi di Ruang Lontara 3 Syaraf RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar.
- b. Diketuainya pengaruh pelaksanaan model *discharge planning* berbasis teknologi informasi terhadap sikap keluarga dalam perawatan penyakit stroke sebelum dan setelah diberikan

intervensi di Ruang Lontara 3 Syaraf RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar.

- c. Diketuainya pengaruh pelaksanaan model *discharge planning* berbasis teknologi informasi terhadap keterampilan keluarga dalam perawatan penyakit stroke sebelum dan setelah diberikan intervensi di Ruang Lontara 3 syaraf RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar.

### **E. Manfaat Penelitian**

Adapun manfaat yang diharapkan dari hasil penelitian ini adalah:

1. Keilmuan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan /sumbangan pemikiran bagi pengembangan ilmu manajemen keperawatan

2. Aplikatif

Hasil penelitian ini dapat menjadi bahan masukan bagi rumah sakit dalam upaya peningkatan pelayanan keperawatan.

### **F. Ruang Lingkup Penelitian**

Ruang lingkup dalam penelitian ini adalah meneliti peran keluarga dalam perawatan penyakit stroke melalui pengembangan model *discharge planning* berbasis teknologi informasi di Ruang Lontara 3 Syaraf Rumah Sakit Dr.Wahidin Sudirohusodo Makassar.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. PENYAKIT STROKE.**

##### **1. Definisi Stroke.**

Stroke atau gangguan vaskuler otak atau dikenal dengan *cerebrovaskular disease* (CVD) adalah suatu kondisi sistem susunan saraf pusat yang patologis akibat adanya gangguan peredaran darah (Satya negara, dkk, 2010).

##### **2. Penyebab stroke.**

Penyebab stroke yang sering terjadi adalah :

- a. Penyumbatan pada pembuluh darah arteri akibat endapan benda-benda darah pada dinding pembuluh.
- b. Pecah pembuluh darah akibat kelemahan pada dinding pembuluh darah atau kelainan pada keadaan darah sendiri.
- c. Endapan pada dinding pembuluh darah atau pada dinding jantung yang terlepas dan menyumbat pembuluh darah yang lebih kecil. Endapan yang lepas ini disebut embolus.

Penyebab stroke yang lain lebih jarang terjadi seperti cacat bawaan pada dinding pembuluh darah atau kelainan pada sistem pembekuan darah. Keadaan-keadaan tertentu dapat menyebabkan seseorang terancam serangan Stroke. Keadaan ini disebut faktor risiko.

Adapun faktor risiko tersebut adalah :

- a. Faktor risiko yang paling sering ditemukan adalah keadaan hipertensi. Keadaan hipertensi yang tidak terkontrol menyebabkan terjadinya penebalan dinding pembuluh darah. Penebalan ini dapat menyumbat atau merusak dinding pembuluh darah yang kemudian dapat pecah.
- b. Penderita kencing manis dengan kadar gula darah yang tidak terkontrol. Pada penderita ini sering terjadi stroke jenis iskemik atau infark karena sumbatan umumnya pada pembuluh darah kecil.

Selain itu terdapat beberapa keadaan yang dapat memperbesar risiko untuk terkena stroke, yaitu :

- a. Usia tua.

Makin tua umur seseorang makin besar risiko untuk mendapat stroke. Oleh karena itu stroke digolongkan juga sebagai penyakit degeneratif. Selain itu jenis kelamin laki-laki lebih sering terkena stroke dibandingkan dengan perempuan, tetapi pada perempuan yang telah mengalami menopause risiko terkena stroke sama dengan laki-laki.

- b. Obesitas.

Penambahan berat badan yang berlebihan dapat memperbesar risiko untuk terkena stroke.

c. Penyakit jantung.

Terutama yang memberikan gejala gangguan irama jantung merupakan faktor risiko untuk kejadian stroke.

d. Kebiasaan merokok

Kebiasaan merokok telah terbukti antara lain dapat mengganggu kemampuan darah untuk mengikat oksigen dan merusak kelenturan sel darah merah. Kebiasaan ini akan menambah risiko untuk menderita stroke.

e. Kebiasaan makan makanan yang mengandung kolesterol tinggi misalnya makanan yang banyak mengandung lemak hewani atau minyak goreng tertentu akan mempercepat proses kerusakan dinding pembuluh darah.

### 3. Jenis stroke.

Secara garis besar terdapat 2 macam jenis stroke yaitu:

a. Stroke iskemik atau penyumbatan.

Stroke iskemik disebabkan karena adanya penyumbatan pada pembuluh darah yang menuju ke otak. Sumbatan ini dapat disebabkan oleh dua hal. Yang pertama adalah karena adanya penebalan pada dinding pembuluh darah (*atherosclerosis*) dan bekuan darah bercampur lemak yang menempel pada dinding pembuluh darah, yang dikenal dengan istilah *thrombus*. Yang kedua adalah akibat tersumbatnya pembuluh darah otak oleh emboli, yaitu bekuan darah yang berasal dari *thrombus* di jantung. *Thrombus* atau bekuan darah di jantung ini biasanya

terjadi pada pasien yang terpasang katup jantung buatan, setelah serangan miokard infark akut, atau pasien dengan gangguan irama jantung berupa *febrilasi atrial*, yaitu irama jantung yang tidak teratur yang berasal dari serambi jantung.

b. Stroke perdarahan.

Sekitar 70% stroke perdarahan disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah ke otak oleh karena tekanan darah tinggi atau hipertensi. Sisanya biasanya disebabkan oleh *rupture* atau pecahnya *aneurysms*, yaitu pembuluh darah yang bertekstur tipis dan mengembang, atau bisa juga karena *rupture* pada *arterovenomalformation (AVM)*, yaitu suatu bentuk yang tidak sempurna dari pembuluh darah arteri dan vena. Kedua jenis penyebab stroke perdarahan, yaitu Aneurysma dan AV merupakan kelainan anatomis pembuluh darah yang terbawa sejak lahir.

#### **4. Tanda dan gejala serangan stroke.**

Tanda dan gejala serangan stroke bervariasi, tergantung pada lokasi dan besarnya kerusakan sel otak akibat kurangnya suplai oksigen. Sekitar 90% pasien yang terserang stroke tiba-tiba mengalami kelemahan atau kelumpuhan separuh badan. Tanda dan gejala lainnya adalah tiba-tiba kehilangan rasa peka, bicara cadel atau pelo, gangguan bicara dan berbahasa, gangguan penglihatan, mulut mencong atau tidak simetris ketika menyeringai, gangguan daya ingat, nyeri kepala hebat, vertigo, kesadaran menurun (Mulyatih, 2010)

## **B. Peran Keluarga dalam Perawatan Penyakit Stroke.**

### **1. Definisi Keluarga.**

Keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat, terdiri atas kepala keluarga dan beberapa orang yang berkumpul dan tinggal disuatu tempat dibawah suatu atap dalam keadaan saling ketergantungan (Friedman, 1998).

### **2. Ciri-ciri keluarga.**

Adapun ciri-ciri keluarga adalah: merupakan suatu unit terkecil yang diikat dalam tali perkawinan, terdapat hubungan darah, ikatan batin, bertanggungjawab pada masing-masing anggota keluarga, pengambilan keputusan, bekerjasama antar anggota keluarga, saling komunikasi antar anggota keluarga, dan tinggal dalam satu rumah (Effendy, 1998). Keluarga merupakan sistem pendukung utama yang memberikan perawatan langsung pada setiap keadaan sehat dan sakit klien. Fokus utama perawatan keluarga adalah mengembangkan dan meningkatkan kemampuan keluarga dalam mengatasi masalah kesehatan dalam keluarga tersebut.

Menurut Effendi (1998) Tingkat pengetahuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang menderita Stroke di tinjau dari 5 tugas kesehatan keluarga, yaitu:

- a. Mengetahui masalah.
- b. Mengambil keputusan tindakan kesehatan.
- c. Memberikan perawatan pada anggota keluarga yang sakit.

- d. Menciptakan lingkungan keluarga yang sehat.
- e. Menggunakan fasilitas kesehatan yang ada.

### **3. Peran Keluarga.**

Adapun peran keluarga dalam perawatan penyakit stroke adalah:

#### **a. Motivator.**

Keluarga memberikan dukungan dan motivasi terhadap anggota keluarga yang menderita stroke untuk berobat kerumah sakit.

#### **b. Edukator.**

Keluarga memberikan pendidikan kepada anggota keluarga yang menderita stroke.

#### **c. Fasilitator.**

Keluarga memfasilitasi sarana yang dibutuhkan oleh anggota keluarga yang menderita stroke.

### **4. Faktor-faktor yang mempengaruhi peran keluarga.**

Adapun faktor-faktor yang mempengaruhi peran keluarga adalah:

#### **a. Kelas sosial.**

Fungsi kehidupan dalam hubungan dengan peran keluarga di pengaruhi oleh tuntutan dan kepentingan yang ada dalam keluarga tersebut.

#### **b. Bentuk-bentuk keluarga.**

Bentuk keluarga sangat besar pengaruhnya terhadap struktur peran keluarga, makin banyak anggota keluarga atau sebaliknya dapat

menggambarkan hubungan peran yang unik dan stress yang timbul akibat peran tersebut.

c. Latarbelakang keluarga.

Norma dan nilai sangat mempengaruhi peran yang dilaksanakan dalam sebuah keluarga, pengetahuan tentang nilai dan tradisi menginterpretasikan peran keluarga apakah cocok atau tidak.

d. Tahap siklus kehidupan keluarga.

Secara substansial cara yang digunakan oleh keluarga untuk melaksanakan peran berbeda dari satu tahap siklus kehidupan keluarga ke tahap yang lain.

e. Model-model peran.

Ketika seorang anggota keluarga menunjukkan dan mengalami masalah-masalah peran, maka hal yang paling bermanfaat adalah mengkaji model-model peran dari anggota keluarga.

### **C. Pengetahuan dan sikap keluarga.**

#### **1. Pengetahuan.**

Menurut Notoatmodjo (2003) pengetahuan adalah hasil dari tahu dan terjadi melalui panca indera seseorang terhadap suatu obyek tertentu, yaitu melalui indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan raba.

## 2. Tingkat pengetahuan.

Ada 6 tingkatan pengetahuan yaitu:

### a. Tahu (know).

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya, merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah. Kata kerja untuk mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang dipelajari antara lain menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, menyatakan dan sebagainya.

### b. Memahami (Comprehension).

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang obyek yang diketahui dan dapat menginterpretasi materi tersebut secara benar. Orang yang telah paham terhadap obyek atau materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan, terhadap obyek yang dipelajari.

### c. Menerapkan (Application).

Diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi real (sebenarnya) dalam hal ini dapat menggunakan hukum-hukum, rumus, metode, prinsip dalam situasi atau konteks yang lain.

d. Analisa (Analysis).

Suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau obyek kedalam komponen-komponen tetapi masih didalam satu struktur organisasi dan masih ada kaitannya satu sma lainnya.

e. Sintesa (Synthesis).

Menunjukkan kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain sintesi adalah kemampuan untuk menyusun formulasi-formulasi yang ada.

f. Evaluasi (Evaluation).

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu obyek atau materi.

3. Sikap.

Menurut Notoatmodjo (1997) sikap adalah reaksi atau respon seseorang yang masih tertutup terhadap suatu stimulus atau obyek. Menurut Azwar (2000) dalam sikap ada 3 komponen yang saling menunjang yaitu Komponen kognitif, komponen afektif, dan komponen konatif.

4. Tingkatan sikap.

Sikap terdiri dari beberapa tingkatan yakni (Notoatmodjo, 1997):

a. Menerima (receiving)

Menerima diartikan bahwa orang (subyek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan oleh obyek.

b. Merespon (responding)

Memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan

c. Menghargai (valuing)

Mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah.

d. Bertanggung jawab (responsible)

Bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala risiko.

5. Sifat Sikap.

Sikap dapat bersifat positif dan dapat bersifat negatif.

a. Sikap positif kecenderungan tindakan adalah mendekati, menyenangkan, mengharapkan obyek tertentu

b. Sikap negatif kecenderungan untuk menjauhi, menghindari, membenci, tidak menyukai obyek tertentu.

6. Ciri-ciri sikap.

a. Sikap bukan dibawa sejak lahir melainkan di bentuk atau dipelajari.

b. Sikap dapat berubah-ubah

c. Sikap tidak berdiri sendiri, dengan kata lain sikap mempunyai hubungan tertentu dengan suatu obyek.

d. Objek sikap merupakan suatu hal tertentu tetapi dapat juga merupakan kumpulan dari hal-hal tersebut.

e. Sikap mempunyai segi-segi motivasi dan segi-segi perasaan

## 7. Faktor-faktor yang mempengaruhi sikap.

Faktor-faktor yang mempengaruhi sikap (Notoatmodjo, 2003) antara lain:

- a. Pengalaman pribadi.
- b. Pengaruh orang lain yang dianggap penting.
- c. Pengaruh kebudayaan.
- d. Media Massa.
- e. Lembaga pendidikan dan lembaga agama

### **D. Persiapan Sebelum Pasien Pulang ke rumah**

Setelah kondisi pasien stabil dan fase akut terlampaui, pasien masuk ke fase pemulihan. Di negara maju, biasanya pada fase pemulihan ini pasien di pindah rawat dari rumah sakit akut ke pusat rehabilitasi (*rehabilitation center*) atau Rumah Sakit Komunitas (*step down care hospital*). Tetapi, di Indonesia hampir semua pasien pasca stroke pulang ke rumah atau ke tempat tinggal keluarga. Pasien stroke membutuhkan penanganan yang komprehensif, termasuk upaya pemulihan dan rehabilitasi dalam jangka lama, bahkan sepanjang sisa hidup pasien. Keluarga sangat berperan dalam fase pemulihan ini, sehingga sejak awal perawatan keluarga diharapkan terlibat penanganan pasien.

Di rumah sakit, perawat bersama anggota tim stroke yang lain menyusun suatu perencanaan pulang atau *discharge planning*, yang juga melibatkan pasien dan keluarga. Proses perencanaan pulang dimulai sejak pasien masuk rumah sakit, mencakup edukasi kepada pasien dan

keluarga, khususnya kepada pengasuh yang akan mendampingi pasien paling tidak selama tiga bulan pertama.

Menurut Mulyatih (2010) Materi pendidikan kesehatan yang diberikan kepada keluarga mencakup hal-hal berikut ini:

### **1. Tenaga yang merawat di rumah.**

Sebelum pulang, perawat atau dokter bersama keluarga dan pasien sebaiknya mendiskusikan mengenai tenaga pengasuh yang akan mendampingi atau merawat pasien selama 24 jam di rumah. Hal pertama yang perlu dipertimbangkan adalah tingkat kemandirian atau tingkat ketergantungan pasien terhadap orang lain dalam melakukan aktifitas kehidupan sehari-hari. Idealnya, perawatan pasien di rumah harus dikoordinir oleh seorang dokter atau perawat koordinator yang bertindak sebagai pengelola kasus atau *case manager*.

Pengelola kasus ini bertugas mengelola perawatan pasien di rumah, dan menjadi fasilitator bagi tenaga kesehatan lain sesuai kebutuhan pasien, seperti; dokter, terapis fisik, terapis wicara, atau ahli Gizi. Selama fase pemulihan atau fase rehabilitasi di rumah, fisioterapis akan melatih pergerakan sendi, melatih keseimbangan dan koordinasi, serta melatih pasien untuk berdiri dan berjalan. Fisioterapis juga mengajarkan kepada keluarga dan pengasuh tentang cara pasien berpindah dari tempat tidur ke kursi atau sebaliknya.

Terapis okupasi akan melatih pasien melakukan AKS antara lain; mandi, berdandan, mengenakan pakaian, mempergunakan kamar mandi, dan berjalan. Mereka juga akan membantu pasien beradaptasi dengan keterbatasan yang dialami pasien dan menggunakan strategi baru untuk menyiasatinya. Selain itu, terapis okupasi akan memberikan alat bantu sesuai keperluan.

Terapis wicara melatih pasien yang mengalami gangguan bicara dan komunikasi, serta melatih pasien yang mengalami gangguan menelan. Tugas dan fungsi tim kesehatan di rumah adalah melanjutkan program yang telah dilaksanakan di rumah sakit. Dokter atau perawat koordinator yang bertindak sebagai pengelola kasus, harus menentukan apakah pasien masih membutuhkan tenaga kesehatan untuk perawatan di rumah. Kadang-kadang ada beberapa kasus yang masih membutuhkan perawatan intensif 24 jam seperti di rumah sakit. Tetapi ada juga yang membutuhkan perawat untuk jaga siang atau malam saja. Sebagian besar kasus hanya memerlukan *visite* satu kali seminggu, misalnya untuk mengganti selang makan atau memonitor kondisi pasien. Keterlibatan anggota tim kesehatan lain disesuaikan dengan kondisi dan kebutuhan pasien serta keluarga.

## **2. Persiapan kamar tidur.**

Keluarga dapat melakukan modifikasi di rumah, dengan tujuan agar anggota keluarga yang terserang stroke merasa lebih aman, nyaman, dan lebih mudah melakukan AKS. Kamar tidur pasien pasca stroke sebaiknya

di lantai bawah, ventilasi udara harus cukup, dan sinar matahari dapat masuk ke kamar tidur pada pagi hari.

### **3. Tempat tidur**

Tempat tidur sebaiknya *single bed* dan posisi tempat tidur diletakkan di tengah supaya dapat dihampiri dari kedua sisi. Bagi pasien yang masih mengalami gangguan pergerakan, keluarga menyediakan tempat tidur yang mempunyai 3 engkol (*3 crank*), sehingga bagian kepala, kaki, dan *body* tempat tidur dapat diatur ketinggiannya. Pada saat berlatih duduk berjantai *body* tempat tidur direndahkan sampai minimal agar telapak kaki pasien dapat menapak di lantai. Sebaliknya, pada saat pengasuh memandikan pasien di tempat tidur *body* tempat tidur dinaikkan agar punggung pengasuh tidak membungkuk. Tempat tidur ini juga bermanfaat bagi pasien yang mengalami gangguan menelan. Tujuannya untuk mencegah terjadinya aspirasi, yaitu dengan cara meninggikan bagian kepala tempat tidur 60-90 derajat pada saat pasien makan dan minum. Pada saat posisi kepala tempat tidur ditinggikan, bagian kaki tempat tidur sebaiknya juga ditinggikan sedikit untuk mencegah posisi pasien merosot ke bawah.

### **4. Meja di samping tempat tidur**

Meja harus tersedia disamping tempat tidur pasien. Pasien membutuhkan barang-barang yang ia perlukan, kalau bisa tanpa bantuan orang lain. Pada tahap awal, letakkan meja pada sisi yang sehat dari pasien. Pasien cenderung untuk jatuh ke sisi yang lemah, sehingga setiap

kali pasien ingin meraih barang di meja, sekaligus akan melatih pasien untuk menjaga keseimbangan tubuhnya.

Jika keseimbangan duduk pasien sudah baik, meja dipindahkan ke sisi yang lemah. Hal ini akan membiasakan pasien untuk menggunakan sisi yang lemah, sehingga dapat mencegah terjadinya kekakuan atau *spastic* pada sisi tersebut. Selain itu, dengan menyilangkan tangannya dalam mengambil barang dari meja, akan memberikan keuntungan berupa stimulasi pada sisi yang lemah.

## **5. Kursi dan kursi roda**

Bila pada saat pasien pulang kerumah belum mampu berjalan, dianjurkan untuk mempunyai kursi roda. Tujuan utama penggunaan kursi roda adalah menghindari agar pasien tidak selalu berada di tempat tidur. Diharapkan pasien dapat melakukan sebagian dari AKS nya dengan duduk di kursi roda, misalnya pada saat makan. Dengan banyak melakukan aktifitas duduk pasien akan merasa lebih sehat, bersemangat, dan sangat baik untuk kesehatan jantung dan paru. Pada posisi duduk, paru-paru akan berkembang secara maksimal, sehingga dapat mencegah terjadinya infeksi paru atau *pneumonia*. Aktifitas duduk di kursi juga dapat mencegah terjadinya sindrom penurunan tekanan darah yang diakibatkan oleh perubahan posisi (*orthostatic hypotension*), yang biasanya terjadi pada pasien tirah baring lama.

Hal yang harus diperhatikan mengenai kursi untuk pasien pasca stroke adalah kursi sebaiknya agak tinggi, sejajar dengan tempat tidur untuk memudahkan pasien berpindah dari tempat tidur ke kursi atau sebaliknya dari kursi ke tempat tidur. Posisi kursi yang tinggi juga perlu untuk mempertahankan posisi punggung pengasuh agar tetap lurus dan tidak membungkuk waktu membantu\* memindahkan pasien. Bila perlu tambahkan bantai diatas kursi. Sebaiknya kursi memiliki sandaran lengan kiri dan kanan, dan bila memungkinkan sandaran lengan ini dapat dilepas pada saat pasien berpindah tempat duduk.

## **6. Kamar mandi**

Letak kamar mandi mudah dijangkau oleh pasien. Bila telah tersedia kamar mandi, hanya perlu dimodifikasi untuk mempermudah pasien menggunakannya. Supaya keamanan pasien terjaga, harus disediakan keset yang tidak licin di depan kamar mandi. Kloset sebaiknya berbentuk duduk, dan sediakan pegangan tangan pada sisi yang sehat, untuk mempermudah pasien bangun dari kloset. Sediakan potongan tissue yang telah terlipat dan siap digunakan untuk mempermudah pasien membersihkan setelah buang air.

Alat perlengkapan mandi lain juga sebaiknya ditempatkan pada daerah yang mudah dijangkau dengan satu tangan oleh pasien. Lantai kamar mandi sebaiknya di beri alas yang tidak licin. Bila perlu, sediakan kursi plastik di kamar mandi untuk pasien. Untuk menjaga keseimbangan dan keamanan pasien, pasang pegangan pada dinding kamar mandi.

Demi menjaga keamanan pasien, sebaiknya suhu air panas di kamar mandi diturunkan untuk mencegah terjadinya luka bakar. Untuk mempermudah pasien menggunakan closet, keluarga dapat meletakkan *commode* (kursi roda yang ada lubang di bagian tempat duduknya) di atas closet.

### **7. Pakaian pasien.**

Bahan pakaian untuk pasien stroke sebaiknya yang bertekstur halus dan mampu menyerap keringat, seperti kaos atau katun. Adapun model baju atau celana sebaiknya yang mudah dikenakan dengan satu tangan dan tidak sulit atau rumit lagi pasien stroke untuk mengenakannya secara mandiri. Selain celana yang berkaret elastis pada pinggangnya, pasien dapat mengenakan celana dengan kancing perekat atau sarung. Untuk pakaian atas, pasien dapat mengenakan kaos longgar atau kemeja yang mudah dikancing dan bukan di depan.

### **8. Alat untuk menjaga kebersihan perseorangan atau *personal hygiene*.**

Bila pasien belum mampu mandi di kamar mandi, keluarga harus menyiapkan 2 buah waskom untuk tempat air mandi, 4 buah waslap, serta satu set alat untuk membersihkan gigi dan mulut yang terdiri dari kom kecil untuk menampung cairan pembersih mulut, pinset, arteri klem, dan kain kasa.

### **9. Alat untuk mempertahankan jalan nafas dan meningkatkan oksigenasi.**

Pada pasien yang masih mengalami gangguan pemapasan pada saat pulang ke rumah, sebaiknya keluarga menyiapkan tabung oksigen, regulator dan selangnya. Bila *slym* masih banyak, keluarga harus menyiapkan alat *nebulizer* untuk terapi inhalasi, dan alat *suction pump* yaitu suatu alat untuk menghisap *slym* sehingga jalan nafas pasien tetap lancar.

### **10. Persiapan alat bagi pasien yang masih terpasang selang NGT untuk makan dan minum.**

Oleh karena selang NGT harus diganti seminggu sekali, sebaiknya keluarga menyiapkan selang NGT untuk persediaan atau bila sewaktu-waktu selang tercabut. Khusus bagi pasien yang dipredikisi akan terpasang NGT secara permanen, keluarga dapat menyediakan jenis NGT yang berbahan *silicon*. NGT jenis ini dapat bertahan selama satu atau tiga bulan. Selain itu, keluarga juga harus menyediakan *sput* 50 ml atau *catheter tip* dan gelas ukur untuk pemberian makan dan minum melalui selang. Alat lain yang harus tersedia adalah *lubricant jelly* untuk dioleskan pada ujung selang NGT pada saat pemasangan, dan plester putih atau *micropore* untuk merekatkan selang ke hidung pasien.

Yang tidak kalah pentingnya adalah tersedianya bahan pengental cairan, seperti *guarcol* atau *thick & easy*, yang dimanfaatkan untuk mengatur kekentalan makanan atau minuman sesuai kemampuan menelan

pasien secara peroral. Pengaturan kekentalan ini harus atas rekomendasi terapis wicara atau perawat yang terlatih dalam menangani kasus stroke dengan gangguan menelan.

### **11. Persiapan alat bila pasien belum mampu mengontrol buang air kecil**

Terkadang beberapa pasien belum mampu mengontrol buang air kecil atau inkontinensia urin pada saat pulang ke rumah. Idealnya, pasien tidak terpasang selang kateter untuk buang air kecil karena akan mengakibatkan infeksi pada saluran kemih. Salah satu solusinya bila pasien mengalami inkontinensia urin adalah pasien dipasang kondom kateter bagi pasien laki-laki, dan *diapers* bagi pasien perempuan. Kondom kateter harus diganti setiap hari. Keluarga sebaiknya menyiapkan lebih kurang 10 buah kondom atau *diapers* sebagai persediaan.

## **E. Peranan Keluarga dalam Perawatan Pasien Pasca Stroke Di Rumah.**

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. Proses pemulihan di rumah ini membutuhkan pemahaman keluarga tentang apa yang dapat dilakukan keluarga dan pengasuh mengenai masalah yang mungkin timbul akibat stroke dan cara keluarga mengatasinya. Yang tidak kalah pentingnya adalah keluarga dan pasien dapat menggunakan sumber-sumber yang ada di masyarakat untuk membantu pasien pasca stroke beradaptasi dengan keadaan dirinya, antara lain dengan ikut kegiatan di klub stroke.

Berikut ini berbagai masalah yang mungkin dialami pasien pasca stroke dan cara keluarga mengatasinya.

### **1. Kelumpuhan / kelemahan**

Sekitar 90% pasien stroke mengalami kelemahan atau kelumpuhan separuh badan. Kelemahan atau kelumpuhan ini seringkali masih dialami pasien sewaktu keluar dari rumah sakit, dan biasanya kelemahan tangan lebih berat dibandingkan kaki. Sehingga biasanya pasien telah mampu belajar berjalan tetapi lengannya masih mengalami kelemahan. Apabila sewaktu pulang ke rumah pasien belum mampu bergerak sendiri, aturlah posisi pasien senyaman mungkin, tidur terlentang atau miring ke salah

satu sisi, dengan memberi perhatian khusus pada bagian lengan atau kaki yang lemah. Posisi tangan dan kaki yang lemah sebaiknya diganjak dengan bantal, baik pada saat berbaring atau duduk untuk memperlancar arus balik darah ke jantung dan mencegah terjadinya bengkak *edema* pada tangan dan kaki. Keluarga dan pengasuh dapat mencegah terjadinya kekakuan pada tangan dan kaki yang lemah dengan melakukan latihan gerak sendi, melanjutkan latihan yang telah dilakukan di rumah sakit. Sebaiknya latihan ini dilakukan minimal dua kali sehari. Untuk mempertahankan dan meningkatkan kekuatan otot latihan harus dilakukan oleh fisioterapis 3-4 kali seminggu, sedangkan sisa hari yang lain dapat dilakukan oleh keluarga atau pengasuh.

Keluarga atau pengasuh juga dapat membantu pasien berlatih berjalan kembali dengan beberapa cara. Yang pertama, berdirilah di sisi yang lemah atau di belakang pasien untuk memberi rasa aman pada pasien. Hindari penggunaan alat bantu jalan kecuali bila sangat diperlukan sesuai anjuran fisioterapis.

## **2. Mengaktifkan tangan yang lemah.**

Pada pasien yang masih mengalami kelemahan pada anggota gerak atas, beri dukungan kepada pasien untuk mengaktifkan tangan yang lemah tersebut. Anjurkan pasien makan, minum, mandi atau kegiatan harian lain menggunakan tangan yang masih lemah dibawah pengawasan pengasuh Dengan mengaktifkan tangan yang lemah akan memberikan

stimulasi kepada sel-sel otak untuk berlatih kembali aktifitas yang dipelajari sebelum sakit.

### **3. Gangguan Sensibilitas (pasien mengalami rasa kebas atau baal)**

Selain mengalami kelemahan separuh badan, seringkali pasien pasca stroke mengalami gangguan sensibilitas atau hilang rasa separuh badan. Untuk mengatasi masalah ini, 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, misalnya : nyala api, benda tajam dan benda berbahaya lainnya. Keluarga juga harus selalu mengingatkan pasien untuk tidak mencoba sesuatu, misalnya air panas menggunakan tangan yang lemah.

### **4. Gangguan keseimbangan.**

Pada saat mulai latihan mobilisasi seringkali pasien pasca stroke mengalami gangguan keseimbangan pada saat duduk, berdiri, atau berjalan. Berikut ini beberapa cara melatih keseimbangan pasien.

**a. Melatih Keseimbangan Duduk.**

Penolong duduk di sebelah sisi yang lemah, bila diperlukan penolong lainnya di sisi yang sehat bila diperlukan. Letakkan lengan anda yang dekat dengan pasien di belakang 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.

Cara lain melatih pasien duduk adalah penolong duduk di sisi yang lemah, satu tangan penolong menopang pergelangan tangan pasien dan tangan satunya menopang lengan atas. Selanjutnya penolong membimbing lengan pasien ke sisi yang lemah dengan tujuan untuk memindahkan berat badan ke sisi yang lemah. Dengan demikian akan terjadi keseimbangan beban badan antara sisi yang sehat dan sisi yang lemah. Gerakan membimbing lengan ini dapat dilakukan berulang kali sampai pasien mampu mempertahankan keseimbangan duduknya.

**b. Melatih keseimbangan berdiri.**

Untuk melatih keseimbangan berdiri, keluarga dapat menyediakan cermin besar supaya pasien dapat melihat apakah berdirinya sudah tegak atau belum. Bila keadaan memungkinkan, beri kesempatan kepada pasien untuk berusaha berdiri sendiri semaksimal mungkin. Keluarga atau pengasuh dapat berdiri di samping sisi pasien yang lemah untuk memberikan rasa aman.

Idealnya, pada saat latihan berjalan pasien tidak menggunakan alat bantu seperti tongkat, *tripod*, ataupun *walker*. Tetapi bila keadaan tidak memungkinkan seperti usia lanjut, nyeri sendi, atau pasien mengalami patah tulang, fisioterapis akan merekomendasikan alat bantu jalan yang sesuai dengan keadaan pasien.

## **5. Gangguan berbicara dan gangguan berkomunikasi**

Bila stroke menyerang otak kiri dan mengenai pusat bicara, kemungkinan pasien akan mengalami gangguan bicara atau afasia. Secara umum Afasia terbagi dalam tiga jenis; afasia motorik, afasia sensorik, dan afasia global. Pasien Afasia motorik ditandai dengan ketidakmampuan pasien mengungkapkan atau mengekspresikan kata-kata, tetapi pasien memahami apa yang dikatakan orang lain kepadanya. Sebaliknya, pasien afasia sensorik tidak memahami percakapan orang lain, tetapi pasien dapat mengeluarkan kata-kata. Akibatnya pasien afasia sensorik terlihat tidak nyambung kalau diajak berbicara, oleh karena otak tidak mampu menginterpretasikan percakapan orang lain meskipun fungsi pendengaran baik. Sedangkan bila kerusakan otak luas dan menyerang pusat ekspresi dan pusat pengertian bicara di otak kiri, pasien akan mengalami afasia global. Pasien tidak mampu memahami percakapan orang lain dan tidak mampu mengungkapkan kata-kata secara verbal.

Hal yang harus dipahami oleh keluarga adalah, bahwa pasien afasia tetap membutuhkan kesempatan untuk mendengar percakapan orang lain secara normal. Bila keluarga mengabaikan pasien stroke yang

mengalami afasia, misalnya mendiamkan atau menganggap seolah-olah pasien tidak memahami pembicaraan keluarga, pasien akan merasa frustrasi dan sakit hati. Pada saat berbicara dengan pasien afasia usahakan agar wajah kita menghadap lurus ke arah pasien. Hal ini akan membantu pasien untuk melihat gerak bibir dan ekspresi wajah kita. Usahakan untuk mempergunakan kalimat-kalimat pendek dan berikan tekanan pada kata-kata yang penting. Jika memungkinkan gunakan ekspresi wajah, gerakan tubuh dan irama suara sehingga pasien dapat memahami perkataan kita. Bila pasien tidak mengerti perkataan kita, usahakan untuk mengucapkan dengan kalimat yang artinya sama. Anjurkan dan berikan kesempatan kepada pasien untuk berkomunikasi secara total, yaitu dengan mempergunakan ekspresi wajah dan gerakan tubuh. Jangan cemas bila pasien memberikan jawaban yang kurang jelas.

Agar memahami pembicaraan pasien, sebaiknya keluarga mendengarkan secara cermat dan memperhatikan kata-kata kunci, selanjutnya keluarga dapat mengirangira apa yang ingin pasien katakan. Jangan gusar bila tebakan keluarga kurang benar, minta maaf dan anjurkan pasien untuk mengulangi kata-katanya. Keluarga sebaiknya menggunakan kalimat verbal ketika melakukan kegiatan. Untuk membantu pasien memahami pembicaraan orang lain, usahakan berbicara perlahan, tenang, dengan intonasi suara normal, jangan berteriak. Gunakan bahasa orang dewasa, kalimat pendek dan berikan rangsangan visual jika memungkinkan.

Seringkali pasien stroke dengan afasia, khususnya afasia motorik merasa frustrasi karena tidak mampu mengungkapkan apa yang diinginkan, sebagai akibatnya pasien marah atau bahkan mengamuk. Salah satu upaya untuk mengatasinya adalah dengan menyediakan papan komunikasi. Papan komunikasi ini berisi gambar atau simbol aktifitas kegiatan harian pasien. Yang perlu di ingat adalah, bahwa papan komunikasi ini bukan digunakan untuk melatih tetapi sebagai media komunikasi untuk mengantisipasi keinginan pasien dan mencegah pasien frustrasi. Contoh papan komunikasi terlampir pada gambar di bawah ini. Untuk mempercepat pemulihan, pasien stroke dengan afasia dianjurkan untuk berlatih dengan terapis wicara secara teratur minimal 2 kali seminggu.

## **6. Gangguan menelan.**

Gangguan menelan merupakan salah satu masalah kesehatan akibat serangan stroke. Biasanya pasien menunjukkan gejala tersedak pada saat makan atau minum, keluar nasi dari hidung, pasien terlihat tidak mampu mengontrol keluarnya air liur dari mulut atau mengiler, memerlukan waktu yang lama untuk makan, dan tersisa makanan di mulut setelah makan. Selama di rumah sakit, pasien dengan gangguan menelan biasanya makan dan minum melalui selang lambung. Kadang pasien pulang ke rumah sudah tidak terpasang selang tetapi masih mengalami kelemahan pada otot-otot menelannya, sehingga masih memerlukan penanganan khusus. Untuk mengatasi masalah ini, bila memungkinkan

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.

**Bila pasien masih terpasang selang atau *NGT* pada waktu pulang.**

Gangguan menelan pada pasien pasca stroke sebagian besar bersifat sementara, hanya sekitar 15-20% yang bersifat menetap, sehingga beberapa pasien pulang ke rumah masih terpasang selang *NGT* untuk makan atau minum. Selang *NGT* adalah selang yang dimasukkan ke lambung melalui lubang hidung pasien. Selang ini harus diganti secara periodik. Waktu penggantian selang tergantung bahan selang, ada yang setiap 7 hari, 30 hari, atau ada juga yang setiap 90 hari atau setiap 3 bulan. Kebutuhan kalori bagi pasien pasca stroke bervariasi, tergantung kepada usia, jenis kelamin, berat badan, tingkat aktifitas, suhu tubuh, dan kondisi kesehatan secara umum atau penyakit yang menyertai.

Laki-laki membutuhkan sekitar 2300-3100 kalori per hari, sedangkan perempuan membutuhkan sekitar 1700-2500 kalori per hari. Biasanya makan cair dibagi atau diberikan dalam 6 kali sehari, yaitu pk.06-09-12-15-18-21.

Pasien, pengasuh, dan keluarga harus memahami bahwa bagi pasien yang mengalami gangguan menelan, cairan lebih berbahaya dari pada makanan lunak. Peralihan cara memberikan makanan dari selang NGT ke oral harus atas rekomendasi tim stroke. Pasien akan dilatih makan per oral mulai dari makanan dengan konsistensi lunak atau semi padat, selanjutnya bertahap ke bentuk yang lebih cair. Pada tahap awal, bila tim stroke memutuskan pasien mulai makan per oral, selang NGT akan diganti ke ukuran yang lebih kecil. Bila pasien telah mampu menelan makanan lunak misalnya bubur, tetapi belum mampu menelan cairan, maka selang *NGT* harus tetap terpasang. Selanjutnya secara bertahap menu akan di modifikasi ke yang lebih cair dan akhirnya semua makanan dan minuman diberikan per oral. Hindari menggunakan gelas atau sedotan pada awal latihan minum karena dapat menyebabkan pasien tersedak. Sebaiknya gunakan sendok kecil. Gejala tersedak ini disebabkan karena koordinasi otot lidah dan mulut belum baik atau bisa juga karena adanya gangguan fungsi pusat menelan di otak.

## **7. Gangguan penglihatan.**

Gangguan penglihatan pada pasien pasca stroke bervariasi, mulai dari pandangan dobel, pandangan kabur, pandangan gelap seperti

tertutup layar lebar pada sebelah mata, atau berkurangnya lapang pandang. Bila pasien mengalami gangguan lapang pandang, pada saat pasien makan letakkan nampan makanan pada sisi yang dapat dilihat oleh pasien. Orientasikan atau beritahukan pasien tempat dan barang yang ada disekitar pasien, terutama pada sisi yang tidak dapat dilihat oleh pasien. Untuk melatih penglihatan pasien, sebaiknya pengasuh atau keluarga menghampiri pasien dari sisi yang mengalami gangguan lapang pandang, tutup salah satu mata pasien menggunakan kain kasa secara bergantian setiap dua jam.

#### **8. Gangguan buang air kecil.**

Sekitar 80% pasien pasca stroke mengalami inkontinensia urin. Tanda dan gejalanya antara lain pasien tidak dapat menahan berkemih, urin keluar tanpa disadari oleh pasien, dan frekuensi berkemih yang meningkat. Bagi pasien afasia yang mengalami inkontinensia, keluarga dianjurkan menyediakan bel atau penanda lain yang mudah dijangkau 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. Bila pasien laki-laki dan belum mampu menggunakan urinal, terutama pada malam hari, keluarga dapat

memasang kondom kateter yang dihubungkan dengan selang ke kantong penampung urin atau *urine bag*.

Pada pasien yang tidak mengalami gangguan fungsi luhur dan mampu bersikap kooperatif, keluarga atau pengasuh dapat menganjurkan pasien untuk berlatih "*Kegel Exercise*". Yaitu suatu latihan mengencangkan dan melemaskan otot-otot panggul yang bertujuan untuk menguatkan otot panggul, yang pada akhirnya meningkatkan kemampuan pasien dalam mengontrol buang air kecil atau berkemih.

#### **9. Gangguan buang air besar.**

Masalah buang air besar pada pasien pasca stroke bervariasi, seperti konstipasi (sulit buang air besar), diare, dan buang air besar tidak terasa. Masalah yang paling sering ditemukan adalah konstipasi. 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. Pada beberapa pasien yang mengalami konstipasi berulang, biasanya dokter akan memberikan obat laxative per oral atau glycerin melalui rectal sesuai kondisi pasien.

## **10. Kesulitan mengenakan pakaian.**

Berpakaian secara mandiri merupakan salah satu kegiatan yang harus dipelajari kembali oleh pasien pasca stroke.

### **Cara mengenakan kemeja:**

- a. Masukkan terlebih dahulu lengan yang lemah kedalam lengan kemeja.
- b. Tarik lengan kemeja keatas sampai bahu.
- c. Putar kemeja ke lengan yang sehat dari belakang.
- d. Masukkan tangan yang sehat ke lengan kemeja satunya.

### **Cara mengenakan celana:**

- a. Masukkan kaki yang lemah terlebih dahulu lengan yang lemah terlebih dahulu kedalam celana.
- b. Setelah itu masukkan kaki yang sehat kedalam celana.
- c. Jika keseimbangan berdiri pasien telah baik, celana langsung ditarik keatas.
- d. Jika keseimbangan berdiri pasien belum baik, pasien berbaring dahulu, bam celana ditarik keatas secara bergantian.

## **F. Manajemen Keperawatan.**

Teori manajemen keperawatan berkembang dari teori keperawatan dan proses keperawatan. Marquis & Huston (2010) menyatakan proses manajemen dibagi lima tahap yaitu planning, organizing, staffing, directing, controlling yang merupakan satu siklus yang saling berkaitan satu sama lain. Dalam menjalankan kegiatan, manajemen keperawatan menggunakan metode proses keperawatan untuk memenuhi kebutuhan klien atau menyelesaikan masalah klien.

Semua bentuk dari organisasi keperawatan kesehatan termasuk rumah sakit, rawat jalan, rawat inap, memerlukan manajemen keperawatan. Bahkan perawat yang bekerja dengan satu klien dan keluarga pun memerlukan pengetahuan dan keahlian manajemen untuk membantu agar tujuan perawatan dapat dicapai. Inti dari manajemen keperawatan adalah perencanaan. Perencanaan keperawatan sangat penting dibuat sebelum melakukan aktivitas keperawatan. Menurut Ractliffe dan Logsdon proses perencanaan di bagi dalam 6 tahap yaitu:

- a. Tahap merancang
- b. Tahap delegasi
- c. Tahap mendidik
- d. Tahap perkembangan
- e. Tahap implementasi
- f. Tahap tindak lanjut (evaluasi).

*Discharge Planning* merupakan bagian dari Manajemen keperawatan yaitu pada fungsi perencanaan. Menurut Swanburg (1999) Identifikasi dini terhadap pasien yang memerlukan rencana pemulangan dapat memendekkan lama perawatan dirumah sakit, mempengaruhi kebutuhan rumah sakit, menurunkan angka penerimaan kembali pasien, dan memberikan intervensi rencana tepat waktu.

Perencanaan pulang akan menghasilkan sebuah hubungan yang terintegrasi antara perawatan yang diterima pada waktu di rumah sakit dengan perawatan yang diberikan setelah pasien pulang. Perawatan di rumah sakit akan bermakna jika dilanjutkan di rumah (Setyowati, 2011).

#### **G. Discharge Planning.**

Ada 4 fase *discharge planning* (Carrie,dkk, 2012) yaitu:

- a. Pasien assessment
- b. Pengembangan rencana *discharge planning*
- c. Ketentuan pelayanan, termasuk pendidikan pasien/keluarga
- d. Follow-up/ evaluasi

Perencanaan pulang di mulai pada skrining sebelum masuk rumah sakit di lingkungan klinis, unit penerimaan, atau pada survei rumah. Ini harus terjadi pada saat penerimaan dan dilanjutkan pada saat pemulangan dengan survei evaluasi. Rencana pemulangan terjadi dimana saja dalam kontinum dari rumah sampai rumah sakit. Beberapa lingkungan dapat di rumah, dimana perencanaan dapat minimal, intermediet, atau intensif, kantor atau klinik dokter, klinik rawat jalan

pasien sosial, unit rawat inap, rumah sakit perawatan akut, fasilitas keperawatan perawatan intermediet, fasilitas keperawatan perawatan terampil, atau rumah sakit rehabilitasi (Potter & Perry, 2005).

### **1. Definisi.**

Kozier (2004) mendefinisikan *discharge planning* sebagai proses mempersiapkan pasien untuk meninggalkan satu unit pelayanan kepada unit yang lain di dalam atau di luar suatu agen pelayanan kesehatan umum. Sedangkan Jackson (1994, dalam The Royal Marsden Hospital, 2004) menyatakan bahwa *discharge planning* merupakan proses mengidentifikasi kebutuhan pasien dan perencanaannya dituliskan untuk memfasilitasi keberlanjutan suatu pelayanan kesehatan dari suatu lingkungan ke lingkungan lain. Rondhianto (2008) mendefinisikan *discharge planning* sebagai merencanakan kepulangan pasien dan memberikan informasi kepada klien dan keluarganya tentang hal-hal yang perlu dihindari dan dilakukan sehubungan dengan kondisi/penyakitnya pasca stroke.

*Discharge planning* sebaiknya dilakukan sejak pasien diterima di suatu agen pelayanan kesehatan, terkhusus di rumah sakit dimana rentang waktu pasien untuk menginap semakin diperpendek. *Discharge planning* yang efektif seharusnya mencakup pengkajian berkelanjutan untuk mendapatkan informasi yang komprehensif tentang kebutuhan pasien yang berubah-ubah, pernyataan diagnosa keperawatan,

perencanaan untuk memastikan kebutuhan pasien sesuai dengan apa yang dilakukan oleh pemberi layanan kesehatan (Kozier, 2004).

## **2. Pemberi *Layanan Discharge planning*.**

Proses *discharge planning* harus dilakukan secara komprehensif dan melibatkan multi disiplin, 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).

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

## **3. Penerima *Discharge Planning***

Semua pasien yang dihospitalisasi memerlukan *discharge planning* (Discharge Planning Association, 2008). Namun ada beberapa kondisi yang menyebabkan pasien beresiko tidak dapat memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan yang berkelanjutan setelah pasien pulang, seperti

pasien yang menderita penyakit terminal atau pasien dengan kecacatan permanen (Rice, 1992 dalam Perry & Potter, 2005). Pasien dan seluruh anggota keluarga harus mendapatkan informasi tentang semua rencana pemulangan (Medical Mutual of Ohio, 2008).

#### **4. Tujuan Discharge Planning**

*Discharge planning* bertujuan untuk mengidentifikasi kebutuhan spesifik untuk mempertahankan atau mencapai fungsi maksimal setelah pulang (Capernito, 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).

The Royal Marsden Hospital (2004) menyatakan bahwa tujuan dilakukannya *discharge planning* antara lain untuk mempersiapkan pasien dan keluarga secara fisik dan psikologis untuk di transfer ke rumah atau ke suatu lingkungan yang dapat disetujui, menyediakan informasi tertulis dan verbal kepada pasien dan pelayanan kesehatan untuk mempertemukan kebutuhan mereka dalam proses pemulangan, memfasilitasi proses perpindahan yang nyaman dengan memastikan semua fasilitas pelayanan kesehatan yang diperlukan telah dipersiapkan untuk menerima pasien, mempromosikan tahap kemandirian yang tertinggi kepada pasien, teman-teman, dan keluarga dengan menyediakan, memandirikan aktivitas perawatan diri.

## 5. Prinsip *Discharge Planning*

Berikut ini adalah beberapa prinsip yang dikemukakan oleh The Royal Marsden Hospital (2004), yaitu:

- a. *Discharge planning* harus merupakan proses multidisiplin, dimana sumber-sumber untuk mempertemukan kebutuhan pasien dengan pelayanan kesehatan ditempatkan pada satu tempat.
- b. Prosedur *discharge planning* harus dilakukan secara konsisten dengan kualitas tinggi pada semua pasien
- c. Kebutuhan pemberi asuhan (*care giver*) juga harus dikaji.
- d. Pasien harus dipulangkan kepada suatu lingkungan yang aman dan adekuat.
- e. Keberlanjutan perawatan antar lingkungan harus merupakan hal yang terutama.
- f. Informasi tentang penyusunan pemulangan harus di informasikan antara tim kesehatan dengan pasien/*care giver*, dan kemampuan terakhir disediakan dalam bentuk tertulis tentang perawatan berkelanjutan.
- g. Kebutuhan atas kepercayaan dan budaya pasien harus dipertimbangkan ketika menyusun *discharge planning*.

## 6. Proses Pelaksanaan *Discharge Planning*

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.

Perry dan Potter (2005) menyusun format *discharge planning* sebagai berikut:

### a. Pengkajian.

- 1) Sejak pasien masuk, kaji kebutuhan pemulangan pasien dengan menggunakan riwayat keperawatan, berdiskusi dengan pasien dan *care giver*; fokus pada pengkajian berkelanjutan terhadap kesehatan fisik pasien, status fungsional, sistem pendukung sosial, sumber-sumber finansial, nilai kesehatan, latar belakang budaya dan etnis, tingkat pendidikan, serta rintangan terhadap perawatan.

- 2) Kaji kebutuhan pasien dan keluarga terhadap pendidikan kesehatan berhubungan dengan bagaimana menciptakan terapi di rumah, penggunaan alat-alat medis di rumah, larangan sebagai akibat gangguan kesehatan, dan kemungkinan terjadinya komplikasi. Kaji cara pembelajaran yang lebih diminati pasien (seperti membaca, menonton video, mendengarkan petunjuk-petunjuk). Jika materi tertulis yang digunakan, pastikan materi tertulis yang layak tersedia. Tipe materi pendidikan yang berbeda-beda dapat mengefektifkan cara pembelajaran yang berbeda pada pasien.
- 3) Kaji bersama-sama dengan pasien dan keluarga terhadap setiap faktor lingkungan di dalam rumah yang mungkin menghalangi dalam perawatan diri seperti ukuran ruangan, kebersihan jalan menuju pintu, lebar jalan, fasilitas kamar mandi, ketersediaan alat-alat yang berguna (seorang perawat perawatan di rumah dapat dirujuk untuk membantu dalam pengkajian).
- 4) Berkolaborasi dengan dokter dan staf pada profesi lain (seperti dokter pemberi terapi) dalam mengkaji kebutuhan untuk rujukan kepada pelayanan perawatan rumah yang terlatih atau fasilitas perawatan yang lebih luas.
- 5) Kaji persepsi pasien dan keluarga terhadap keberlanjutan perawatan kesehatan di luar rumah sakit. Mencakup pengkajian terhadap kemampuan keluarga untuk mengamati *care giver* dalam

memberikan perawatan kepada pasien. Dalam hal ini sebelum mengambil keputusan, mungkin perlu berbicara secara terpisah dengan pasien dan keluarga untuk mengetahui kekhawatiran yang sebenarnya atau keragu-raguan diantara keduanya.

- 6) Kaji penerimaan pasien terhadap masalah kesehatan berhubungan dengan pembatasan.
- 7) Konsultasikan tim pemberi layanan kesehatan yang lain tentang kebutuhan setelah pemulangan (seperti ahli gizi, pekerja sosial, perawat klinik spesialis, perawat pemberi perawatan kesehatan di rumah). Tentukan kebutuhan rujukan pada waktu yang berbeda.

#### **b. Diagnosa Keperawatan.**

Penentuan diagnosa keperawatan secara khusus bersifat individual berdasarkan kondisi atau kebutuhan pasien. Adapun diagnosa keperawatan yang dapat ditegakkan pada pasien stroke antara lain:

- 1) Perubahan perfusi serebral b/d iskemik, edema, peningkatan TIK
- 2) Gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit b/d penurunan intake cairan sekunder terhadap penurunan tingkat kesadaran, disfagia.
- 3) Kurang pengetahuan terhadap pembatasan perawatan di rumah.  
Pasien mengalami defisit perawatan diri dalam hal : makan, *toileting*, berpakaian, mandi/kebersihan.
- 4) Perubahan eliminasi bowel: konstipasi b/d immobilisasi
- 5) Gangguan mobilisasi fisik b/d hemiparese.

### **c. Perencanaan.**

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

- 1) Pasien atau keluarga sebagai *care giver* mampu menjelaskan bagaimana keberlangsungan pelayanan kesehatan di rumah (atau fasilitas lain), penatalaksanaan atau pengobatan apa yang dibutuhkan, dan kapan mencari pengobatan akibat masalah yang timbul.
- 2) Pasien mampu mendemonstrasikan aktivitas perawatan diri (atau anggota keluarga mampu melakukan aturan perawatan).
- 3) Rintangan kepada pergerakan pasien dan ambulasi telah diubah dalam setting rumah. Hal-hal yang dapat membahayakan pasien akibat kondisi kesehatannya telah diubah.

### **d. Penatalaksanaan**

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

1. Persiapan sebelum hari pemulangan pasien.
  - a) Mengajukan cara untuk merubah keadaan rumah demi memenuhi kebutuhan pasien.
  - b) Mempersiapkan pasien dan keluarga dengan memberikan informasi tentang sumber-sumber pelayanan kesehatan

komunitas. Rujukan dapat dilakukan sekalipun pasien masih di rumah.

- c) Setelah menentukan segala hambatan untuk belajar serta kemauan untuk belajar, mengadakan sesi pengajaran dengan pasien dan keluarga secepat mungkin selama dirawat di rumah sakit (seperti tanda dan gejala terjadinya komplikasi, kepatuhan terhadap pengobatan, kegunaan alat-alat medis, perawatan lanjutan, diet, latihan, pembatasan yang disebabkan oleh penyakit atau pembedahan). Pamflet, buku-buku, atau rekaman video dapat diberikan kepada pasien. Pasien juga dapat diberitahu tentang sumber-sumber informasi yang ada di internet.
- d) Komunikasikan respon pasien dan keluarga terhadap penyuluhan dan usulan perencanaan pulang kepada anggota tim kesehatan lain yang terlibat dalam perawatan pasien.

## 2. Penatalaksanaan pada hari pemulangan

Adapun aktivitas yang dilakukan pada hari pemulangan antara lain:

- a) Biarkan pasien dan keluarga bertanya dan diskusikan isu-isu yang berhubungan dengan perawatan di rumah. Kesempatan terakhir untuk mendemonstrasikan kemampuan juga bermanfaat.
- b) Periksa instruksi pemulangan dokter, masukkan dalam terapi, atau kebutuhan akan alat-alat medis yang khusus. (Instruksi harus dituliskan sedini mungkin) Persiapkan kebutuhan dalam perjalanan

dan sediakan alat-alat yang dibutuhkan sebelum pasien sampai di rumah (seperti tempat tidur rumah sakit, oksigen, *feeding pump*).

- c) Tentukan apakah pasien dan keluarga telah dipersiapkan dalam kebutuhan transportasi menuju ke rumah.
- d) Tawarkan bantuan untuk memakaikan baju pasien dan mengepak semua barang milik pasien. Jaga privasi pasien sesuai kebutuhan.
- e) Periksa seluruh ruangan dan laci untuk memastikan barang-barang pasien. Dapatkan daftar pertinggal barang-barang berharga yang telah ditandatangani oleh pasien, dan instruksikan penjaga atau administrator yang tersedia untuk menyampaikan barang-barang berharga kepada pasien.
- f) Persiapkan pasien dengan *prescription* atau resep pengobatan pasien sesuai dengan yang diinstruksikan oleh dokter.  
  
Lakukan pemeriksaan terakhir untuk kebutuhan informasi atau fasilitas pengobatan yang aman untuk administrasi diri.
- g) Berikan informasi tentang petunjuk untuk janji *follow up* ke kantor dokter.
- h) Hubungi kantor agen bisnis untuk menentukan apakah pasien membutuhkan daftar pengeluaran untuk kebutuhan pembayaran.  
  
Anjurkan pasien dan keluarga mengunjungi kantornya.
- i) Dapatkan kotak untuk memindahkan barang-barang pasien. Kursi roda untuk pasien yang tidak mampu ke mobil ambulans. Pasien

yang pulang dengan menggunakan ambulans diantarkan oleh usungan ambulans.

- j) Bantu pasien menuju kursi roda atau usungan dan gunakan sikap tubuh dan teknik pemindahan yang sopan. Dampingi pasien memasuki unit dimana transportasi yang dibutuhkan sedang menunggu. Kunci roda dari kursi roda. Bantu pasien pindah ke mobil pribadi atau kendaraan untuk transportasi. Bantu keluarga menempatkan barang-barang pribadi pasien ke dalam kendaraan.
- k) Kembali ke bagian, dan laporkan waktu pemulangan kepada departemen pendaftaran/penerimaan. Ingatkan bagian kebersihan untuk membersihkan ruangan pasien.

**e. Evaluasi.**

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

## **7. Unsur-Unsur *Discharge Planning*.**

Discharge Planning Association (2008) mengatakan bahwa unsur-unsur yang harus ada pada sebuah form perencanaan pemulangan antara lain:

- a. Pengobatan di rumah, mencakup resep baru, pengobatan yang sangat dibutuhkan, dan pengobatan yang harus dihentikan.
- b. Daftar nama obat harus mencakup nama, dosis, frekuensi, dan efek samping yang umum terjadi.
- c. Kebutuhan akan hasil test laboratorium yang dianjurkan, dan pemeriksaan lain, dengan petunjuk bagaimana untuk memperoleh atau bilamana waktu akan diadakannya.
- d. Bagaimana melakukan pilihan gaya hidup dan tentang perubahan aktivitas, latihan, diet makanan yang dianjurkan dan pembatasannya.
- e. Petunjuk perawatan diri.
- f. Kapan dan bagaimana perawatan atau pengobatan selanjutnya yang akan dihadapi setelah dipulangkan. Nama pemberi layanan, waktu, tanggal, dan lokasi setiap janji untuk kontrol.
- g. Apa yang harus dilakukan pada keadaan darurat dan nomor telepon yang bisa di hubungi untuk melakukan peninjauan ulang petunjuk pemulangan.
- h. Bagaimana mengatur perawatan lanjutan (jadwal pelayanan di rumah, perawat yang menjenguk, penolong, pembantu jalan;

*walker*, kanul, oksigen, dan lain-lain) beserta dengan nama dan nomor telepon setiap institusi yang bertanggung jawab untuk menyediakan pelayanan.

### **8. Cara Mengukur *Discharge Planning*.**

Sebuah *discharge planning* dikatakan baik apabila pasien telah dipersiapkan untuk pulang, pasien telah mendapatkan penjelasan-penjelasan yang diperlukan, serta instruksi-instruksi yang harus dilakukan, serta apabila pasien diantarkan pulang sampai ke mobil atau alat transportasi lainnya (The Royal Marsden Hospital, 2004).

Kesuksesan tindakan *discharge planning* menjamin pasien mampu melakukan tindakan perawatan lanjutan yang aman dan realistis setelah meninggalkan rumah sakit (Hou, 2001 dalam Perry & Potter, 2006). Hal ini dapat dilihat dari kesiapan pasien untuk menghadapi pemulangan, yang diukur dengan kuesioner.

### **9. Kesiapan Pasien Menghadapi Pemulangan.**

#### **a. Defenisi dan Komponen Kesiapan**

Menurut Martinsusilo (2007), ada dua komponen utama dari kesiapan yaitu kemampuan dan keinginan. Kemampuan adalah pengetahuan, pengalaman, dan keterampilan yang dimiliki seorang ataupun kelompok untuk melakukan kegiatan atau tugas tertentu. Sedangkan keinginan berkaitan dengan keyakinan, komitmen, dan motivasi untuk menyelesaikan tugas atau kegiatan tertentu. Kesiapan merupakan kombinasi dari kemampuan dan keinginan

yang berbeda yang ditunjukkan seseorang pada tiap-tiap tugas yang diberikan.

Berdasarkan hal di atas, maka dapat disimpulkan bahwa kesiapan pasien menghadapi pemulangan adalah kemampuan yang mencakup pengetahuan, pengalaman, dan keterampilan serta keinginan yang mencakup keyakinan, komitmen, dan motivasi pasien pasca bedah akut abdomen untuk melakukan aktifitas atau kegiatan yang diajarkan serta dianjurkan oleh perawat dan klinis lain.

Pasien dinyatakan siap menghadapi pemulangan apabila pasien mengetahui pengobatan, tanda-tanda bahaya, aktivitas yang dilakukan, serta perawatan lanjutan di rumah (The Royal Marsden Hospital, 2004).

b. Kriteria Pemulangan

Carpenito (1999) mengatakan bahwa sebelum pulang pasien pasca bedah dan keluarga akan mampu menggambarkan pembatasan aktivitas di rumah, menggambarkan penatalaksanaan luka dan nyeri di rumah, mendiskusikan kebutuhan cairan dan nutrisi untuk pemulihan luka, menyebutkan tanda dan gejala yang harus dilaporkan pada tenaga kesehatan, serta menggambarkan perawatan lanjutan yang diperlukan. Sedangkan Perry dan Potter (2005) mengatakan bahwa pada saat pulang, pasien harus

mempunyai pengetahuan, keterampilan, dan sumber yang dibutuhkan untuk memenuhi perawatan dirinya.

Kesuksesan tindakan *discharge planning* menjamin pasien mampu melakukan tindakan perawatan lanjutan yang aman dan realistis setelah meninggalkan rumah sakit (Hou, 2001 dalam Perry & Potter, 2006). Oleh karena itu pasien dinyatakan siap menghadapi pemulangan apabila pasien mengetahui pengobatan, tanda-tanda bahaya, aktivitas yang dilakukan, serta perawatan lanjutan di rumah (The Royal Marsden Hospital, 2004). Pasien dan keluarga memahami diagnosa, antisipasi tingkat fungsi, obat-obatan dan tindakan pengobatan untuk kepulangan, antisipasi perawatan tindak lanjut, dan respons yang diambil pada kondisi kedaruratan (Perry & Potter, 2005).

c. Tingkat Kesiapan

Martinsusilo (2007) membagi tingkat kesiapan berdasarkan kuantitas keinginan dan kemampuan bervariasi dari sangat tinggi hingga sangat rendah, antara lain:

1. Tingkat kesiapan 1 (RI).

- a. Tidak mampu dan tidak ingin, yaitu tingkatan tidak mampu dan hanya memiliki sedikit komitmen dan motivasi.
- b. Tidak mampu dan ragu, yaitu tingkatan tidak mampu dan hanya memiliki sedikit keyakinan.

2. Tingkat kesiapan 2 (R2).
  - a. Tidak mampu tetapi berkeinginan, yaitu tingkatan yang memiliki sedikit kemampuan tetapi termotivasi dan berusaha.
  - b. Tidak mampu tetapi percaya diri, yaitu tingkatan yang hanya memiliki sedikit kemampuan tetapi tetap merasa yakin.
3. Tingkat kesiapan 3 (R3)
  - a. Mampu tetapi ragu, yaitu tingkatan yang memiliki kemampuan untuk melaksanakan suatu tugas tetapi tidak yakin dan khawatir untuk melakukannya sendiri.
  - b. Mampu tetapi tidak ingin, tingkatan yang memiliki kemampuan untuk melakukan suatu tugas tetapi tidak ingin menggunakan kemampuan tersebut.
4. Tingkat kesiapan 4 (R4).
  - a. Mampu dan ingin, yaitu tingkatan yang memiliki kemampuan untuk melakukan tugas seringkali menyukai tugas tersebut.
  - b. Mampu dan yakin, yaitu tingkatan yang memiliki kemampuan untuk melaksanakan tugas dan yakin dapat melakukannya seorang diri.

#### **H. Teknologi Informasi dalam Keperawatan.**

Perkembangan teknologi informasi yang begitu pesat telah merambah ke berbagai sektor dalam kehidupan manusia, termasuk pada sektor kesehatan, tidak terkecuali di bidang ilmu keperawatan. Teknologi informasi membantu perawat dalam mengerjakan berbagai tugas.

Teknologi informasi juga dapat meningkatkan keamanan dan keselamatan pasien, serta dapat mencegah kesalahan. Perkembangan teknologi informasi dan komunikasi belum secara luas di manfaatkan dengan baik oleh perawat khususnya di dalam memberikan pelayanan keperawatan (Ann White dkk, 2005).

#### 1. Pengertian Teknologi Informasi.

Teknologi Informasi adalah suatu teknologi yang digunakan untuk mengolah data, termasuk memproses, mendapatkan, menyusun, menyimpan, memanipulasi data dalam berbagai cara untuk menghasilkan informasi yang berkualitas, yaitu informasi yang relevan, akurat dan tepat waktu, yang digunakan untuk keperluan pribadi, bisnis, dan pemerintahan dan merupakan informasi yang strategis untuk pengambilan keputusan (Patricia dkk, 2004).

Konsep yang dikemukakan oleh Graves dan Corcoran (1998) bahwa informatika keperawatan adalah kombinasi ilmu komputer, ilmu komunikasi, dan ilmu keperawatan yang didesain untuk membantu manajemen dan pemrosesan data, informasi dan pengetahuan untuk mendukung keperawatan dan pemberian asuhan keperawatan (Graves & Corcoran, 1989).

Teknologi informasi pertama kali diterapkan di rumah sakit El Camino, California pada akhir tahun 1960-an (Isabel, 2008). Akan tetapi di Indonesia, sejak 2000-an, sebenarnya pemanfaatan teknologi informasi untuk mendukung asuhan keperawatan sudah mulai di wacanakan. Pada

tahun 2002, Rumah Sakit Charitas Palembang mulai membuat model dokumentasi asuhan keperawatannya dengan menggunakan Komputer. Pada tahun 2004, Rumah Sakit Fatmawati juga membuat model yang hampir sama dengan RS. Charitas Palembang (Suyanto, 2008 ).

## 2. Multimedia.

Salah satu bentuk IT (Informatic Technology) adalah multimedia. Istilah multimedia berasal dari dua buah kata yaitu multi dan media kata multi berarti banyak atau lebih dari satu, sedangkan kata media berarti alat/saran/piranti untuk berinteraksi dan berkomunikasi. Multimedia dapat juga diartikan pemanfaatan komputer untuk membuat teks, grafik, audio, gambar gerak (video dan animasi). Kelebihan lain multimedia adalah menarik indra dan menarik minat, karena merupakan gabungan antara pandangan, suara dan gerakan (Suyanto, 2008).

Perkembangan teknologi komputer yang demikian pesat, dapat mengatasi kesulitan-kesulitan dalam penyediaan informasi secara tepat dan aktual. Rumah Sakit ingin memberikan sebuah informasi mengenai perencanaan pulang kepada pasiennya dengan baik dan benar, salah satu caranya adalah dengan menggunakan aplikasi yang berbasis multimedia seperti teks, gambar, serta suara yang dapat di sajikan secara interaktif.

Aplikasi multimedia yang dianggap cocok untuk kebutuhan rumah sakit adalah aplikasi yang dapat merespon dan yang menyediakan informasi yang dibutuhkan pasien, dalam hal ini yang mencakup kriteria

diatas adalah CD (*Compact Disk*) interaktif, sebagai media penyampaian informasi dengan tampilan yang informatif dan menarik (Suyanto, 2008).

### 3. CD (*Compact Disk*) Interaktif.

CD Interaktif adalah media informasi yang berbentuk CD, yang dalam penggunaannya membutuhkan aksi dari *user* (pengguna) sehingga aplikasi memberikan reaksi berupa informasi. CD interaktif mempunyai makna suatu sarana untuk mempublikasikan atau menyampaikan informasi, sebagai alat persentasi multimedia berupa sistem penyediaan informasi yang dipergunakan bagi konsumen untuk menerangkan secara jelas dan lengkap (Suyanto, 2008).

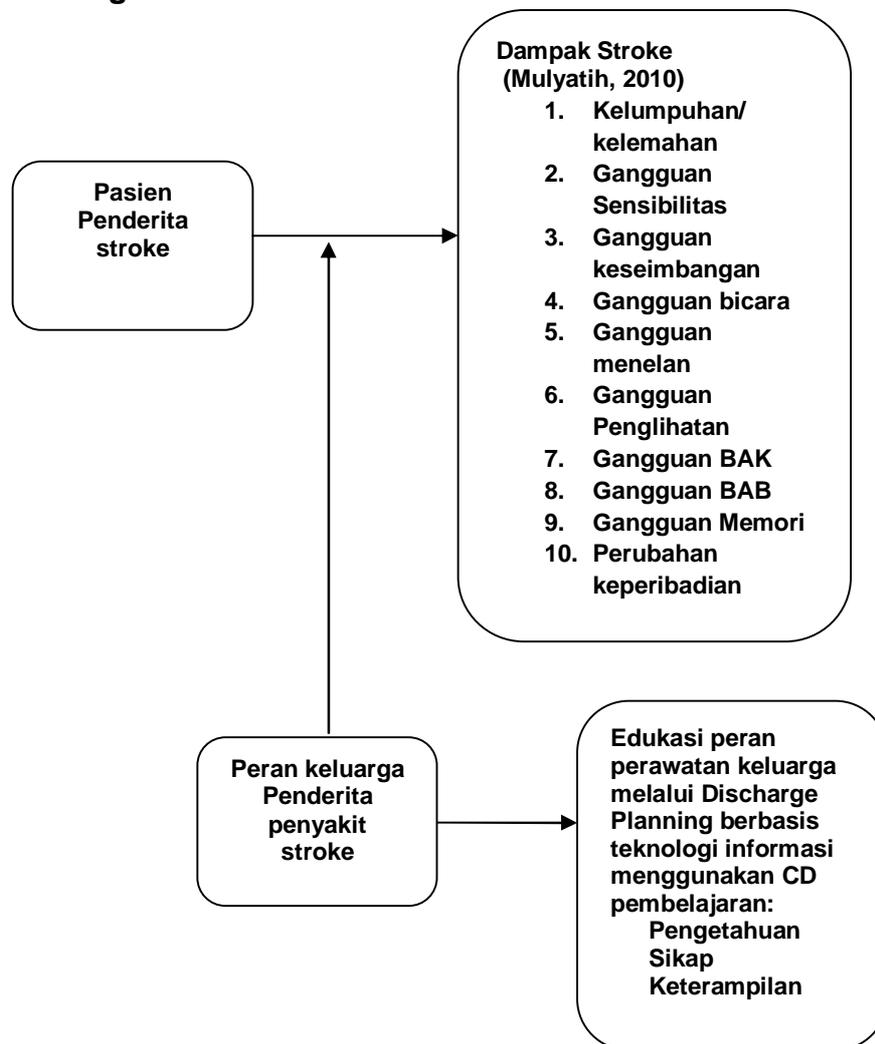
#### I. Penelitian yang terkait *Discharge Planning*.

Bagan 2.1. Perbedaan Penelitian yang dilakukan dengan Penelitian Terdahulu

| Peneliti                   | Judul Penelitian  | Jenis Penelitian    | Populasi Penelitian   | Variabel penelitian   | Hasil Penelitian  |
|----------------------------|---|---------------------|---|---|---|
| Tri puji teguh, 2008       | Hubungan antara pengetahuan keluarga tentang penyakit stroke dengan kesiapan keluarga menerima kembali penderita stroke di Rs. Pantiwilasa citarum semarang | Deskriptif analitik | Keluarga pasien penderita stroke di Rs.pantiwilasa citarum semarang | Variabel Independen: pengetahuan keluarga tentang penyakit stroke<br><br>Variabel dependen: Kesiapan keluarga menerima kembali penderita stroke | Terdapat hubungan yang bermakna antara pengetahuan keluarga tentang penyakit stroke dengan kesiapan keluarga menerima kembali penderita stroke di Rs. Pantiwilasa citarum semarang<br><br>Nilai $P=0,016$<br><br>$R= 0.278$ |
| Rr.Tutik sri Haryati, 2008 | Evaluasi model perencanaan pulang berbasis teknologi informasi  | Triangulasi studi   | Perawat Rs. Fatmawati Jakarta                                       | Tingkat pendidikan<br><br>Pengetahuan perawat<br><br>Discharge Planning   | Terdapat peningkatan pengetahuan yang bermakna setelah dilaksanakan pengenalan model  |

|  |  |   |  |   |  |
|--|--|---|--|---|--|
|  |  |   |  |   | DP terhadap pengetahuan perawat.<br>$P=0,000$ .sebelum =11,16, sesudah=16,81   |
| Winarsih Nur Ambarwati, & Irdawati, 2009 | Hubungan antara pengetahuan dan sikap keluarga dengan perilaku dalam meningkatkan kapasitas fungsional pasien pasca stroke di wilayah kerja puskesmas kartasura  | Survei observasional yang bersifat analitik | Pasien pasca stroke di wilayah kerja puskesmas kartasura | Variabel independen:<br>pengetahuan dan sikap keluarga<br><br>Variabel dependen:<br>perilaku dalam meningkatkan kapasitas fungsional pasien pasca stroke di wilayah kerja puskesmas kartasura | Terdapat hubungan yang bermakna antara pengetahuan dan sikap keluarga dengan perilaku dalam meningkatkan kapasitas fungsional pasien pasca stroke di wilayah kerja puskesmas kartasura.<br><br>$P=0,001$ |
| Febrina Sukmaningrum, 2009               | Efektifitas Range of Motion (ROM) aktif-Asistif spherical grift terhadap peningkatan kekuatan otot ekstremitas atas pada pasien stroke di RSUD Tugurejo semarang | Pra eksperimen                              | Pasien stroke di RSUD Tugurejo semarang                  | Variabel Independen:<br>Efektifitas ROM Aktif- Asistif spherical Grift<br><br>Variabel Dependen:<br>Peningkatan kekuatan otot ekstremitas atas pada pasien stroke di RSUD Tugurejo Semarang   | Terdapat peningkatan kekuatan otot antara sebelum dan sesudah dilakukan latihan ROM aktif-Asistif: spherical grift<br><br>$P=0,014$  |

## J. Kerangka Teori.



Bagan 2.2. Kerangka Teori Penelitian