ABDUL HAFIZ

**HUBUNGAN *DISCHARGE PLANNING* PASIEN STROKE DENGAN PENDOKUMENTASIAN KEPERAWATAN DI RUANG RAWAT INAP RUMAH SAKIT STROKE NASIONAL BUKITTINGGI TAHUN 2016**

**MANAJEMEN**

**SKRIPSI**



**Oleh :**

**FATMAWATI**

**14103084105052**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN**

**PERINTIS SUMATERA BARAT**

**BAB I**

**PENDAHULUAN**

* 1. **Latar Belakang Masalah**

Pelayanan kesehatan adalah setiap upaya yang diselenggarakan secara sendiri atau bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit, serta memulihkan kesehatan perorangan, keluarga, kelompok, maupun masyarakat. (Sondakh, J.S, 2013). Rumah sakit merupakan institusi pelayanan kesehatan, disamping berfungsi memberi pelayanan tetapi juga melakukan pendidikan dan penelitian. Dalam menjalankan fungsi yang komplek ini rumah sakit memerlukan sumber daya yang handal dan professional dengan melibatkan berbagai disiplin ilmu dan kepakaran bekerja secara kolaborasi dan terpadu untuk mencapai pelayanan yang bermutu.

Pelayanan keperawatan merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan memegang peranan penting dalam menentukan mutu pelayanan rumah sakit, tulang punggung dalam mencapai tujuan pembangunan kesehatan karena pelayanan keperawatan diberikan secara berkesinambungan selama 24 jam dan berada dalam berbagai tatanan pelayanan kesehatan. Berdasarkan hal tersebut keperawatan mempunyai kontribusi yang cukup besar untuk mewujudkan terlaksananya program-program yang telah ditetapkan oleh Menteri Kesehatan. (Dirjen Bina Yanmed Depkes RI, 2008)

Mutu pelayanan keperawatan sebagai indikator kualitas pelayanan kesehatan menjadi salah satu faktor penentu citra institusi pelayanan kesehatan di mata masyarakat. Hal ini terjadi karena keperawatan merupakan kelompok profesi dengan jumlah terbanyak, paling depan dan terdekat dengan penderitaan, kesakitan serta kesengsaraan yang dialami pasien dan keluarganya. (Nursalam, 2011)

Dalam upaya untuk meningkatkan dan mempertahankan mutu pelayanan keperawatan, Dirjen Bina yankep Depkes RI telah menyusun pedoman pengukuran indikator klinik mutu pelayanan keperawatan rumah sakit. Ruang lingkup pedoman indikator mutu pelayanan keperawatan klinik di sarana kesehatan meliputi :keselamatan pasien (dekubitus, kesalahan pemberian obat, pasien jatuh, cidera pengikatan), keterbatasan perawatan diri, kepuasan pasien, kenyamanan (nyeri), kecemasan dan pengetahuan serta cara pengukurannya. Indikator pengetahuan terdiri dari pengetahuan tentang penyakitnya dan *discharge planning*. (Dirjen Bina Yanmed Depkes RI, 2008)

Menurut Swanburg (2000), *Discharge planning* adalah suatu rencana pulang pada pasien yang ditulis dikertas yang merupakan tujuan dari perencanaan perawatan pasien. *Discharge plannning* pasien dapat memberikan motivasi untuk mencapai kesembuhan pasien, dapat memberikan dampak terhadap hari rawatan pasien menjadi lebih singkat, menurunkan anggaran kebutuhan rumah sakit, menurunkan angka kekambuhan dan memungkinkan intervensi rencana pulang tepat waktu. (Rofi’I,et al. 2011)

Perencanaan pulang (*discharge planning*) akan menghasilkan sebuah hubungan yang terintegrasi, yaitu antara perawatan yang diterima waktu di rumah sakit dengan perawatan setelah klien pulang. Perawatan di rumah sakit akan bermakna jika dilanjutkan dengan perawatan di rumah. Namun sampai dengan saat ini perencanaan pulang bagi klien yang di rawat di rumah sakit belum optimal dilaksanakan, dimana peran perawat terbatas pada kegiatan rutinitas saja, yaitu hanya berupa informasi kontrol ulang. Klien yang memerlukan perawatan kesehatan di rumah, konseling kesehatan atau penyuluhan dan pelayanan komunitas tetapi tidak dibantu dalam upaya memperoleh pelayanan sebelum pemulangan sering kembali ke ruang kedaruratan dengan masalah minor, sering kali diterima kembali dalam 24 jam sampai 48 jam dan kemudian pulang kembali. (Nursalam, 2009)

Salah satu contoh penyakit yang memerlukan perawatan lanjutan di rumah adalah sakit stroke, karena sebagian besar pasien stroke pulang dengan keadaan cacat, dan belum mampu melakukan aktivitas sehari-hari sendiri. Selain itu penyakit stroke sangat tinggi angka kejadian berulangnya. Dari pengalaman peneliti selama bertugas di Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi, masih banyak pasien stroke yang kembali di rawat setelah 3 atau 4 hari keluar dari rumah sakit. Oleh karena itu pasien stroke sangat perlu dilakukan *discharge planning* sebelum keluar dari rumah sakit. Setelah kondisi pasien stroke stabil dan fase akut terlampaui, pasien masuk ke fase ketiga yaitu fase pemulihan. Di negara maju, biasanya pada fase pemulihan ini pasien dipindah 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. Sehingga kerja sama yang baik antara pasien, keluarga, dan tim kesehatan akan menghasilkan pemulihan yang optimal bagi pasien stroke. Di rumah sakit, perawat bersama anggota tim stroke yang lain menyusun suatu perencanaan pulang atau *discharge planning*, yang juga melibatkan pasien dan keluarga jika memungkinkan. 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.

Dalam melaksanakan tugas perawat harus mendokumentasikan setiap yang dilakukannya, termasuk *discharge planning*. Menurut Hidayat (2004) dalam Natasia, et al. (2014), dokumentasi proses keperawatan merupakan tampilan perilaku atau kinerja perawat pelaksana dalam memberikan proses asuhan keperawatan kepada pasien selama pasien dirawat di rumah sakit. Dokumentasi proses asuhan keperawatan yang baik dan berkualitas haruslah akurat, lengkap dan sesuai standar. Apabila kegiatan keperawatan tidak didokumentasikan dengan akurat dan lengkap maka sulit untuk membuktikan bahwa tindakan keperawatan dilakukan dengan benar.

Hasil wawancara peneliti dengan salah satu kepala ruangan di RSSN Bukittinggi peneliti mendapatkan informasi bahwa *discharge planning* merupakan uraian tugas dari perawat primer atau ketua tim, dan pelaksanaannyadi RSSN belum optimal dan belum terencana dengan baik dimana pasien pulang hanya diberikan lembar resume pulang untuk kontrol kembali ke rumah sakit . Berdasarkan observasi peneliti di instalasi rawat inap B Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi, pada bulan Desember 2015, dari 4 orang ketua tim, tiga orang menjelaskan kepada keluarga dan pasien yang akan pulang tentang tentang waktu kontrol, aturan minum obat dan perawatan di rumah setelah pulang dari rumah sakit. Satu orang hanya menyerahkan surat kontrol saja. Tetapi hanya satu orang yang menuliskan di lembar *discharge planning.* Hal ini juga terlihat dari pengumpulan data awal yang peneliti lakukan di ruangan neurologi Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi pada bulan Desember 2015 di dapatkan , dari 85 orang pasien yang pulang yang ada diisi lembar *discharge planning* nya hanya 55 orang. Jumlah pasien stroke di rawat 105 orang.

Menurut Potter dan Perry (2005), perencanaan pulang yang berhasil adalah suatu proses yang terpusat, terkoordinasi dan terdiri dari berbagai disiplin ilmu yang memberi kepastian bahwa klien mempunyai suatu rencana memperoleh perawatan yang berkelanjutan setelah meninggalkan rumah sakit. Rencana perawatan dari setiap disiplin ilmu seperti keperawatan, kedokteran, farmasi, kerja sosial, dan gizi terintegrasi dalam suatu rencana tunggal yaitu jalan kritis.

Hasil penelitian Rofi’I, et al. (2013), tentang hubungan antara personil *discharge planning* dengan pelaksanaan *discharge planning.* Mengatakan bahwa ada hubungan antara personil *discharge planning* dengan pelaksanaan *discharge planning*, dimana 47,6% personil yang baik melakukan *discharge planning*, sedangkan menurut Natasia, et al. (2014), mengatakan bahwa ada hubungan antara faktor motivasi dan supervisi dengan kinerja perawat dalam pendokumentasian *discharge planning*. Dimana sebesar 85% dokumentasi *discharge planning* yang tidak lengkap dilakukan oleh perawat dengan motivasi rendah, dan hanya 15% yang didokumentasikan dengan lengkap.

Menurut Iyer dan Camp (2005), rekam medis digunakan sebagai bukti penting dalam evaluasi tuntutan malpraktik keperawatan maupun medis. Ketergantungan total pada rekam medis untuk mengevaluasi kualitas asuhan keperawatan tidak tanpa resiko. Perawat tidak hanya memberi perawatan yang tidak didokumentasikan tetapi ada juga yang mendokumentasikan perawatan yang tidak diberikan.

Karena *discharge planning* melibatkan beberapa disiplin ilmu, maka peneliti membatasi penelitian tentang *discharge planning* yang dilaksanakan oleh perawat sesuai dengan bidang ilmu yang peneliti tempuh. Berdasarkan hal di atas peneliti tertarik untuk meneliti ” Hubungan *Discharge Planning* Pasien Stroke dengan Pendokumentasian Keperawatan Di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi Tahun 2016”.

* 1. **Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang yang diuraikan di atas, maka rumusan masalah penelitian ini adalah apakah ada Hubungan *Discharge Planning* Pasien Stroke dengan Pendokumentasian Keperawatan Di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi Tahun 2016?

* 1. **Tujuan Penelitian**
     1. **Tujuan Umum**

Untuk mengetahui Hubungan *Discharge Planning* Pasien Stroke dengan Pendokumentasian Keperawatan Di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi Tahun 2016.

* + 1. **Tujuan Khusus**

1. Diketahuinya karakteristik perawat di ruang inap Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi tahun 2016.
2. Diketahuinya distribusi frekuensi *discharge planning* pasien stroke di ruang rawat inap Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi Tahun 2016.
3. Diketahuinya distribusi frekuensi pendokumentasian *discharge planning* pasien stroke di ruang rawat inap Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi Tahun 2016.
4. Diketahuinya Hubungan *Discharge Planning* Pasien Stroke dengan Pendokumentasian Keperawatan Di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi Tahun 2016.
   1. **Manfaat Penelitian**
      1. **Bagi Institusi Pendidikan**

Agar dapat memperkaya bahasan dalam bidang manajemen sumber daya manusia bidang kesehatan yang berpengaruh dengan pelaksanaan *discharge planning* pada pasien stroke dan pendokumentasian keperawatan di Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi Tahun 2016

* + 1. **Bagi Rumah Sakit**

Sebagai bahan untuk memberikan masukan dan info dalam melaksanakan mutu pelayanan kepada perawat pelaksana yang berpengaruh terhadap pelaksanaan *discharge planning* pasien stroke dan pendokumentasian keperawatan di Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi Tahun 2016

* + 1. **Bagi Peneliti**

Sebagai bahan masukan dalam menambah pengetahuan dan wawasan, serta kemampuan dibidang kesehatan khususnya tentang pelaksanaan *discharge planning* pada pasien stroke.

* + 1. **Bagi Peneliti Selanjutnya**

Sebagai bahan masukan bagi peneliti selanjutnya dalam melakukan penelitian di bidang yang sama yaitu sebagai bahan pembanding atau sebagai data awal.

* 1. **Ruang Lingkup Penelitian**

Penelitian ini membahas tentang Hubungan *Discharge Planning* Pasien Stroke dengan Pendokumentasian Keperawatan Di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi. Variabel independen adalah pelaksanaan *discharge planning* dan yang menjadi variabel dependen adalah pendokumentasian *discharge planning*. Populasi adalah seluruh perawat primer atau ketua tim yang bertugas di ruang rawat inap Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi ruang neurologi, IRNA B, IRNA C lantai 1 dan 2 sebanyak 35 orang. Penelitian ini telah dilakukan pada tanggal 01 -21 Februari 2016. Pengambilan sampel diambil secara *total sampling*. Metode penelitian *deskriptif analitik* dengan pendekatan *cross sectional*, dimana pengambilan data dilakukan melalui observasi menggunakan lembar observasi serta studi dokumentasi, kemudian data di olah dan di analisa secara komputerisasi.

**BAB II**

**TINJAUAN PUSTAKA**

* 1. **Konsep Stroke** 
     1. **Defenisi**

Stroke adalah sindrom fokal neurologi yang terjadi mendadak dengan tipe spesifik akibat penyakit pada pembuluh darah otak. Terminologi penyakit pembuluh darah otak adalah semua abnormalitas otak akibat proses patologik pada pembuluh darah otak. Proses ini dapat berupa penyumbatan lumen pembuluh darah oleh thrombosis atau emboli, pecahnya dinding pembuluh darah otak menyebabkan perdarahan, perubahan permeabilitas dinding pembuluh darah dan perubahan viskositas maupun kualitas darah sendiri. (Misbach, 2011)

Secara sederhana, stroke terjadi jika peredaran darah ke otak terputus untuk sementara.Otak kita bergantung kepada pembekalan darah yang kaya oksigen secara terus menerus, yang dibawa oleh pembuluh nadi (arteri). Jika darah terhenti, misalnya karena bekuan darah, bagian otak yang dibekali oleh nadi itu akan mati. Kerusakan ini tidak dapat diperbaiki. Kadang-kadang stroke juga disebut sebagai CVA atau *cerebro-vaskuler accident.* (Henderson, 2002)

Sedangkan menurut Bustan( 2007) Stroke adalah suatu penyakit defisit neurologis akut yang disebabkan oleh gangguan pembuluh darah otak yang terjadi secara mendadak dan menimbulkan gejala dan tanda yang sesuai dengan daerah otak yang terganggu. Stroke merupakan salah satu masalah kesehatan yang serius karena ditandai dengan tingginya morbiditas dan mortalitasnya. Selain itu, tampak adanya kecenderungan peningkatan insidennya.

* + 1. **Faktor Resiko Stroke**
       1. Faktor Resiko yang Dapat Dirubah
  1. Hipertensi

Orang yang jelas menderita hipertensi ( tekanan darah sistolik sama atau lebih dari 140 mmHg atau tekanan darah diastolik sama atau lebih besar dari 90 mmHg). Memiliki resiko stroke tujuh kali lebih besar dibandingkan dengan mereka yang tekanan darahnya normal atau rendah. (Feigin, 2006:24)

Tekanan darah yang meningkat secara perlahan merusak dinding pembuluh darah dengan memperkeras dinding arteri dan mendorong terbentuknya bekuan darah dan aneurisma, yang semuanya mengarah pada stroke, terutama pada orang yang berusia di atas 45 tahun.Penelitian memperlihatkan bahwa sekitar sepertiga hingga hampir separuh orang berusia 45 tahun menderita hipertensi. (Feigin, 2006:25).

Hipertensi merupakan factor risiko yang banyak dialami penderita stroke. Berdasarkan data, stroke yang disebabkan oleh hipertensi di rumah sakit mencapai 73,9 persen. (Sutrisno, 2007:102)

* 1. Penyakit Jantung

Orang yang mengidap masalah jantung, misalnya angina, fibrilasi atrium, gagal jantung, kelainan katup, katup buatan, dan cacat jantung bawaan, beresiko besar mengalami stroke.Bekuan darah, yang dikenal sebagai embolus, kadang-kadang terbentuk di jantung akibat adanya kelainan di katup jantung, irama jantung yang tidak teratur, atau setelah serangan jantung. Embolus ini kemudian terlepas dan mengalir ke otak atau bagian tubuh lain. Setelah berada di otak, bekuan darah tersebut dapat menyumbat arteri dan menimbulkan stroke iskemik. (Feigin, 2006:26)

* 1. Diabetes Melitus

Penderita diabetes bisa memicu stroke karena kadar gula darah yang tinggi bisa merusak pembuluh darah. Darah jadi mengental dan mudah beku.Akibatnya, jika ada luka, luka sukar sembuh.Pembuluh darah juga bisa rusak.Itu juga bias menimpa pembuluh darah otak. Pembuluh rusak sehingga darah tidak bisa mengalir ke otak dengan baik.Penderita bisa terkena stroke berulang. Untuk itu, perlu dijaga kenormalan kadar gula dalam darah. Kadar gula darah yang normal adalah 80-109 mg/dl. (Sutrisno, 2007:106)

* 1. Aterosklerosis

Aterosklerosis (mengerasnya arteri) adalah salah satu penyebab utama stroke, terutama stroke iskemik dan TIA.Pada sekitar 20-30% pasien yang pernah mengalami stroke iskemik atau TIA, pemyebab utama adalah penyempitan arteri karotis di leher. (Feigin, 2006:27)

* 1. Kadar Kolesterol yang Tinggi

Meskipun zat lemak (lipid) merupakan komponen integral dalam tubuh kita, kadar lemak darah (terutama kolesterol dan trigliserida) yang tinggi meningkatkan resiko aterosklerosis dan penyakit jantung koroner. Keadaan ini juga dikaitkan dengan peningkatan sekitar 20 % resiko stroke iskemik atau TIA meningkat. (Feigin, 2006:28).

* 1. Merokok

Merokok meningkatkan risiko terkena stroke empat kali lipat. Hal ini berlaku bagi semua jenis rokok (sigaret, pipa, atau cerutu) dan untuk semua tipe stroke, terutama perdarahan suharachnoid dan stroke iskemik.Merokok menyebabkan penyempitan dan pengerasan arteri di seluruh tubuh (termasuk yang ada di otak, jantung, dan tungkai), sehingga merokok mendorong terjadinya aterosklerosis, mengurangi aliran darah, dan menyebabkan darah mudah menggumpal.Merokok juga meningkatkan pembentukan dan pertumbuhan aneurisma intrakranium. (Feigin, 2006:34).

* 1. Makanan yang tidak sehat

Makanan yang tidak sehat dan tidak seimbang (misalnya, makanan yang kaya lemak jenuh, kolesterol, atau garam dan kurang buah serta sayuran) adalah salah satu faktor risiko stroke yang paling signifikan.Makanan semacam ini dapat dan mempercepat aterosklerosis (penyempitan dan pengerasan arteri), hipertensi dan bekuan darah, diabetes dan masalah berat, yang semuanya diketahui merupakan faktor risiko stroke. (Feigin, 2006:36).

* 1. Kelebihan alkohol

Kecanduan alkohol dapat meningkatkan tekanan darah sehingga dapat meningkatkan risiko stroke (terutama stroke hemoragik) beberapa kali lipat. (Feigin, 2006:36).

* 1. Inaktifitas fisik

Orang yang kurang aktif secara fisik (mereka yang berolahraga kurang dari tiga kali atau kurang per minggu, masing-masing 30 menit) memilki hampir 50 % peningkatan risiko terkena stroke dibandingkan dengan mereka yang aktif. Inaktifitas fisik dapat menyebabkan masalah berat badan dan meningkatkan tekanan darah serta berkaitan ddengan diabetes, yang semuanya merupakan faktor risiko stroke yang penting. Inaktifitas fisik juga berperan menyebabkan timbulnya aterosklerosis dini serta berbagai penyakit kardiovaskuler lain, misalnya serangan jantung. (Feigin, 2006:37)

* 1. Kelebihan Berat Badan

`Untuk orang dewasa, seseorang dianggap kelebihan berat jika IMT mereka lebih dari 25. IMT 18,5 sampai 24,9 dianggap berat badan yang sehat, dan IMT yang kurang dari 18,5 dianggap kekurangan berat badan. Kelebihan berat badan meningkatkan resiko stroke sekitar 15 % dengan meningkatkan hipertensi, penyakit jantung, diabetes tipe II, dan aterosklerosis.Juga, terdapat bukti-bukti bahwa kekurangan berat badan dapat meningkatkan resiko perdarahan subarahnoid. (Feigin, 2006:42)

* + - 1. Faktor Resiko yang Tidak Dapat Dirubah
         1. Jenis Kelamin

Pria berusia kurang dari 65 tahun memiliki risiko terkena stroke iskemik atau perdarahan intraserebrum lebih tinggi sekitar 20 % dari wanita.Namun, wanita berusia berapapun memiliki risiko perdarahan subarahnoid lebih besar.Dibandingkan pria, wanita juga tiga kali lipat lebih mungkin mengalami aneurisma intrakranium yang tidak pecah. Perbedaan gender ini tidak terlalu mencolok pada kelompok usia dewasa muda, dimana stroke mengenai pria dan wanita hampir sama banyaknya. (Feigin, 2006:30)

* + - * 1. Penuaan

Risiko terkena stroke meningkat sejak usia 45 tahun. Setelah mencapai usia 50 tahun, setiap penambahan usia tiga tahun meningkatkan risiko stroke sebesar 11-20 %, dengan peningkatan bertambah seiring usia. Orang berusia lebih dari 65 tahun memiliki risiko paling tinggi, tetapi hampir 25 % dari semua stroke terjadi pada orang berusia kurang dari ini, dan hampir 4 % terjadi pada orang berusia antara 15 dan 40 tahun. (Feigin, 2006:30)

* + - * 1. Riwayat Keluarga dan Genetika

Riwayat stroke dalam keluarga, terutama jika dua atau lebih anggota keluarga pernah mengalami stroke pada usia kurang dari 65 tahun, meningkatkan risiko terkena stroke.

Faktor genetik yang berperan besar dalam perdarahan subarahnoid, mungkin menjadi penyebab 7 % kasus dan sampai 20 % pada orang berusia muda. Anggota keluarga dekat (anak) dari orang yang pernah mengalami perdarahan subaraknoid memiliki peningkatan risiko 2-5 % terkena perdarahan subaraknoid. (Feigin, 2006:31)

* + 1. **Etiologi**

Stroke biasanya diakibatkan dari salah satu dari empat kejadian (Brunner and Suddarth, 2002;2132) :

2.1.3.1. Trombosis Serebral

Arteriosklerosis serebral dan perlambatan sirkulasi serebral adalah penyebab utama thrombosis serebral, yang adalah penyebab umum dari stroke. Tanda-tanda thrombosis serebral bervariasi.Sakit kepala adalah awitan yang tidak umum.Beberapa pasien dapat mengalami pusing, perubahan kognitif, atau kejang, dan beberapa mengalami awitan yang tidak dapat dibedakan dari hemoragi intraserebral atau embolisme serebral.Secara umum, thrombosis serebral tidak terjadi dengan tiba-tiba, dan kehilangan bicara sementara, hemiplegia dan parestesia pada setengah tubuh dapat mendahului awitan paralisis berat pada beberapa jam atau hari.

2.1.3.2 Embolisme Serebral

Abnormalitas patologik pada jantung kiri, seperti endokarditis infektif, penyakit jantung rheumatik, dan infark miokard, serta infeksi pulmonal, adalah tempat-tempat di asal emboli.Mungkin saja bahwa pemasangan katup jantung prostetik dapat mencetuskan stroke, karena terdapat peningkatan insiden embolisme setelah prosedur ini.Risiko stroke sesudah pemasangan katup dapat dikurangi dengan terapi amtikoagulan pascaoperatif. Kegagalan pacu jantung, fibrilasi atrium dan kardioversi untuk fibrilasi atrium adalah kemungkinan penyebab lain dari emboli serebral dan stroke.

2.1.3.3. Iskemia Serebral

Iskemia serebral (insufisiensi suplai darah ke otak) terutama karena konstriksi ateroma pada arteri yang menyuplai darah ke otak.

2.1.3.4. Hemoragi Serebral

1. Hemoragi Ekstradural (Hemoragi Epidural). Hemoragi ektradural adalah kedaruratan bedah neuro yang memerlukan perawatan segera.
2. Hemoragi Subdural. Hematoma subdural biasanya jembatan vena yang robek.
3. Hemoragi Subarachnoid

Terjadi akibat trauma dan hipertensi, tetapi penyebab paling sering adalah kebocoran anuerisma pada area sirkulus willisi dan malforasi arteri vena kongenital pada otak.

1. Hemoragi Intraserebral

Biasanya pada pasien hipertensi dan aterosklerotik serebral, karena perubahan degeneratif karena penyakit ini biasanya menyebabkan ruptur pembuluh darah.

**2.1.4. Klasifikasi stroke (Sutrisno, 2007:8-18)**

2.1.4.1. Stroke Iskemik

1. Trombotik

Stroke jenis ini terjadi karena adanya penggumpalan pada pembuluh darah ke otak. Dari 80% kasus stroke iskemik, 50 % disumbangkan oleh stroke iskemik trombotik. Serangan biasanya terjadi malam dan dini hari.

Stroke iskemik trombotik secara klinis disebut juga sebagai thrombosis serebral. Yang terbagi dua berdasarkan tempat terjadinya penggumpalan.:

1. Thrombosis pembuluh darah besar, yang kerap terjadi di pembuluh arteri besar otak
2. Thrombosis pembuluh darah kecil. Terjadi ketika aliran darah ke pembuluh darah arteri kecil terhalang. Ini terkait dengan hipertensi dan merupakan indikator penyakit aterosklerosis.
3. Embolitik

Terjadi tidak di pembuluh darah otak, melainkan di tempat lain, seperti di jantung.Penggumpalan darah terjadi di jantung, sehingga darah tidak bisa mengaliri oksigen dan nutrisi ke otak.Kelainan pada jantung ini mengakibatkan curah jantung berkurang atau tekanan perfusi yang menurun.Biasanya penyakit stroke jenis ini muncul pada saat penderita menjalani aktifitas fisik, misalnya berolah raga.Ketika tengah berolahraga, tiba-tiba tekanan darah jantung anjlok.Akibatnya, jantung gagal memompa darah ke otak.Atau adanya embolus yang terlepas dari jantung dan menyebabkan penyumbatan pembuluh darah di otak.

* + - 1. Stroke Hemoragik

Ini jenis stroke yang disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah di otak atau pembuluh darah otak bocor. Ini bisa terjadi karena tekanan darah ke otak tiba-tiba meninggi, sehingga menekan pembuluh darah.Pembuluh darah yang tersumbat tidak lagi dapat menahan tekanan darah itu.

* + - 1. Stroke Hemoragik Intraserebral

Stroke jenis ini menimpa 15 persen kasus.Benyak terjadi di dalam otak.Tergolong membahayakan. Pada kasus ini, sebagian besar orang yang mengalaminya bisa menderita lumpuh dan susah diobati. Stroke perdarahan terjadi di dalam otak.Biasanya mengenai basal ganglia, otak kecil, batang otak, dan otak besar.Jika yang terkena di daerah thalamus, sering penderitanya sulit dapat ditolong meskipun dilakukan tidakan operatif untuk mengevakuasi perdarahannya.Untungnya sebagian besar perdarahan terjadi di basal ganglia.

* + - 1. Stroke Hemoragik Subarachnoid

Terjadi pada 5 persen kasus.Memiliki kesamaan dengan stroke hemoragik intraserebral.Yang membedakannya stroke ini terjadi di pembuluh darah di luar otak, tapi masih di daerah kepala, seperti diselaput otak atau bagian bawah otak. Hal ini terjadi akibat adanya aneurisma yang pecah atau AVM (arteriovenous malformation) yang pecah.

* + - 1. TIA (Serangan Iskemik Sementara)

Gejalanya mirip stroke, tapi hanya terjadi dalam beberapa menit.Tidak sampai berjam-jam. Gejalanya akan menghilang tidak sampai satu jam. Namun adapula kasus penderita serangan iskemik ini berlangsung satu hari.

Gejalanya antara lain: wajah pucat, tangan atau kaki kanan atau kiri lumpuh. Vertigo juga menjadi salah satu gejala, juga disfagia, lemahnya kedua kaki, mual dan ataksia.Lalu pasien juga tak dapat berbicara atau memahami omongan orang, kesulitan melihat dengan satu atau kedua mata, serta hilangnya keseimbangan dan koordinasi.

**2.1.5. Manifestasi klinis (Brunner &Suddarth, 2002)**

2.1.5.1. Defisit Lapang Penglihatan

Terjadi karena gangguan jaras sensori primer di antara mata dan korteks visual.Homonimus Hemianopsia (kehilangan setengah lapang pandang) dapat terjadi karena stroke dan mungkin sementara atau permanen.Sisi visual yang terkena berkaitan dengan sisi tubuh yang paralisis.Juga mengakibatkan kehilangan penglihatan perifer dan diplopia.

2.1.5.2. Defisit Motorik

Disfungsi motor paling umum adalah hemiplegia(paralisis pada salah satu sisi) karena lesi pada sisi otak yang berlawanan. Hemiparesis, atau kelemahan salah satu sisi tubuh, adalah tanda yang lain.

Di awal tahapan stroke, gambaran klinis yang muncul biasanya adalah paralisis dan hilang atau menurunnya reflek tendon dalam. Apabila reflek tendon tendon dalam inti muncul kembali (biasanya dalam 48 jam), peningkatan tonus disertai dengan spasisitas (peningkatan tonus otot abnormal) pada ekstremitas yang terkena dapat dilihat.

2.1.5.3. Defisit Sensorik

Dapat berupa kerusakan sentuhan ringan atau mungkin lebih berat, dengan kehilangan propriosepsi (kemampuan untuk merasakan posisi dan gerakan bagian tubuh) serta kesulitan dalam menginterpretasikan stimuli visual, taktil dan auditorius.

2.1.5.4. Defisit Verbal

1. Disatria (kesulitan berbicara), ditunjukkan dengan bicara yang sulit dimengerti yang disebabkan oleh paralisis otot yang bertanggung jawab untuk menghasilkan bicara.
2. Disfasia atau afasia (bicara detektif atau kehilangan bicara), yang terutama ekspresif atau reseptif.
3. Apraksia (ketidakmampuan untuk melakukan tindakan yang dipelajari sebelumnya), seperti telihat pasien mengambil sisir dan berusaha untuk menyisir rambutnya.

2.1.5.5. Defisit Kognitif

Bila kerusakan telah terjadi pada lobus frontal, mempelajari kapasitas, memori, atau fungsi intelektual kortikal yang lebih tinggi mungkin rusak.Disfungsi ini dapat ditunjukkan dalam lapang perhatian terbatas, kesulitan dalam pemahaman, lupa, dan kurang motivasi, yang menyebabkan pasien ini mengalami masalah frustasi dalam program rehabilitasi mereka.

2.1.5.6. Defisit Emosional.

Depresi umum terjadi dan mungkin diperberat oleh respon alamiah pasien terhadap penyakit ini. Masalah psikologik lain yang umum terjadi dan dimanifestasikan oleh labilitas emosional, bermusuhan, frustasi, dendam dan kurang kerja sama.

**2.2. Konsep *Discharge Planning***

**2.2.1. Definisi**

*Discharge planning* adalah suatu proses yang dipakai sebagai pengambilan keputusan dalam hal memenuhi kebutuhan pasien untuk kesempurnaan kepindahan pasien dari suatu tempat perawatan ke tempat lainnya. (Dirjen Bina Yanmed Depkes RI, 2008). Sedangkan menurut Potter & Perry (2005)*, Discharge planning* (perencanaan pulang) adalah serangkaian keputusan dan aktivitas-aktivitasnya yang terlibat dalam pemberian asuhan keperawatan yang kontinu dan terkoordinasi ketika pasien dipulangkan dari lembaga pelayanan kesehatan.

Perencanaan pulang merupakan suatu proses yang dinamis dan sistematis dari penilaian, persiapan serta koordinasi yang dilakukan untuk memberikan kemudahan pengawasan pelayanan kesehatan dan pelayanan social sebelum dan sesudah pulang (Carpenito, 1999 yang dikutip Nursalam, 2011).

Menurut Swanburg (2000) dalam Nursalam dan Efendy (2009), perencanaan pulang merupakan proses yang dinamis agar tim kesehatan mendapatkan kesempatan yang cukup untuk menyiapkan klien melakukan perawatan mandiri di rumah. Perencanaan pulang didapatkan dari proses interaksi dimana perawat professional, klien dan keluarga berkolaborasi untuk memberikan dan mengatur kontinuitas keperawatan yang diperlukan oleh klien dimana perencanaan harus berpusat pada masalah klien yaitu pencegahan, terapeutik, rehabilitatif, serta perawatan rutin yang sebenarnya.

* + 1. **Tujuan *Discharge Planning***

Menurut Ester (2005), tujuan perencanaan pulang adalah :

* + - 1. Meningkatkan pemahaman pasien dan keluarga tentang masalah kesehatan dan kemungkinan komplikasi dan pembatasan yang akan diberlakukan pada pasien di rumah.
      2. Mengembangkan kemampuan pasien dan keluarga untuk merawat kebutuhan pasien dan memberikan lingkungan yang aman untuk pasien di rumah
      3. Meyakinkan bahwa rujukan yang diperlukan untuk perawatan selanjutnya dibuat dengan tepat.
    1. **Manfaat *Discharge Planning***

Menurut Spath (2003) dalam Nursalam & Efendi (2009), perencanaan pulang mempunyai manfaat sebagai berikut:

* + - 1. Dapat memberikan kesempatan untuk memperkuat pengajaran kepada pasien yang dimulai dari rumah sakit
      2. Dapat memberikan tindak lanjut secara sistematis yang digunakan untuk menjamin kontinuitas perawatan pasien
      3. Mengevaluasi pengaruh dari intervensi yang terencana pada penyembuhan pasien dan mengidentifikasi kekambuhan atau kebutuhan perawatan baru
      4. Membantu kemandirian dan kesiapan pasien dalam melakukan perawatan di rumah
    1. **Jenis *Discharge Planning***

Menurut Chesca (1982) dalam Nursalam & Efendi (2008:229), *discharge planning* dapat diklasifikasikan menjadi tiga jenis, yaitu:

* + - 1. Pulang sementara atau cuti (*conditioning discharge*).

Keadaaan pulang ini dilakukan apabila kondisi klien baik dan tidak terdapat komplikasi. Klien untuk sementara dirawat di rumah namun harus ada pengawasan dari pihak rumah sakit atau Puskesmas terdekat.

* + - 1. Pulang mutlak atau selamanya (*absolute discharge*).

Cara ini merupakan akhir dari hubungan klien dengan rumah sakit. Namun apabila klien perlu dirawat kembali, maka prosedur perawatan dapat dilakukan kembali. Sebelum pasien pulang, perawat atau dokter bersama keluarga dan pasien sebaiknya mendiskusikan mengenai tenaga pengasuh yang akan mendampingi dan 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 (Activity Daily Living). Idealnya, perawatan pasien di rumah harus dikoordinir oleh seorang dokter atau perawat koordinator yang bertindak sebagai pengelola kasus atau case manager. Pengelola kasus tersebut bertugas mengelola perawatan pasien di rumah, dan menjadi fasilitator bagi tenaga kesehatan lain sesuai kebutuhan pasien, seperti dokter, terapi fisik, terapi wicara atau ahli gizi.

* + - 1. Pulang paksa (*judicial discharge*).

Kondisi ini klien diperbolehkan pulang walaupun kondisi kesehatan tidak memungkinkan untuk pulang, tetapi klien harus dipantau dengan melakukan kerjasama dengan perawat puskesmas terdekat.

* + 1. **Prinsip *Discharge Planning***

Ketika melakukan *discharge planning* dari suatu lingkungan ke lingkungan yang lain, ada beberapa prinsip yang harus diikuti/diperhatikan. Menurut Nursalam & Efendi (2008:229), prinsip-prinsip yang diterapkan dalam perencanaan pulang adalah sebagai berikut:

* + - 1. Klien merupakan fokus dalam perencanaan pulang. Nilai keinginan dan kebutuhan dari pasien perlu dikaji dan dievaluasi.
      2. Kebutuhan dari pasien diidentifikasi, kebutuhan ini dikaitkan dengan masalah yang mungkin muncul pada saat pasien pulang nanti, sehingga kemungkinan masalah yang muncul di rumah dapat segera di antisipasi.
      3. Perencanaan pulang dilakukan secara kolaboratif. Perencanaan pulang merupakan pelayanan multidisiplin dan setiap tim harus saling bekerja sama.
      4. Perencanaan pulang disesuaikan dengan sumber daya dan fasilitas yang ada. Tindakan atau rencana yang akan dilakukan setelah pulang disesuaikan dengan pengetahuan dari tenaga yang tersedia maupun fasilitas yang tersedia di masyarakat.
      5. Perencanaan pulang dilakukan pada setiap sistem pelayanan kesehatan. Setiap pasien masuk tatanan pelayanan maka perencanaaan pulang harus dilakukan.
    1. **Komponen/Unsur *Discharge Planning***

Menurut Jipp dan Siras (1986) dalam Nursalam (2011), komponen perencanaan pulang terdiri atas:

* + - 1. Perawatan di rumah meliputi pemberian pengajaran atau pendidikan kesehatan (*health education*) mengenai diet, mobilisasi, waktu kontrol dan tempat kontrol.
      2. Obat-obatan yang masih diminum dan jumlahnya, meliputi dosis, cara pemberian dan waktu yang tepat minum obat
      3. Obat-obatan yang dihentikan, karena meskipun ada obat-obat tersebut sudah tidak diminum lagi oleh pasien, obat-obat tersebut tetap dibawa pulang pasien
      4. Hasil pemeriksaan, termasuk hasil pemeriksaan luar sebelum masuk rumah sakit dan hasil pemeriksaan selama di rumah sakit, semua diberikan pada pasien saat pulang
      5. Surat-surat seperti surat keterangan sakit atau surat kontrol
    1. ***Discharge Planning* Pasien Stroke**

Setelah kondisi pasien stroke stabil dan fase akut terlampaui, pasien masuk ke fase ketiga yaitu fase pemulihan. Di negara maju, biasanya pada fase pemulihan ini pasien dipindah 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.

Di rumah sakit, perawat bersama anggota tim stroke yang lain menyusun suatu perencanaan pulang atau discharge planning, yang juga melibatkan pasien dan keluarga jika memungkinkan. 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.

Sebelum pasien pulang, perawat atau dokter bersama keluarga dan pasien sebaiknya mendiskusikan mengenai tenaga pengasuh yang akan mendampingi dan 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 (Activity Daily Living). Idealnya, perawatan pasien di rumah harus dikoordinir oleh seorang dokter atau perawat koordinator yang bertindak sebagai pengelola kasus atau case manager. Pengelola kasus tersebut bertugas mengelola perawatan pasien di rumah, dan menjadi fasilitator bagi tenaga kesehatan lain sesuai kebutuhan pasien, seperti dokter, terapi fisik, terapi wicara atau ahli gizi.

Materi pendidikan kesehatan yang diberikan kepada keluarga mencangkup hal – hal berikut :Tenaga yang Merawat di Rumah, Persiapan Kamar Tidur, Tempat Tidur, Meja di Samping Tempat Tidur, Kursi dan Kursi Roda, Kamar Mandi, Pakaian Pasien, Alat untuk Menjaga Kebersihan Perseorangan atau Personal Hygiene, Alat untuk Mempertahankan Jalan Nafas dan Meningkatkan Oksigenasi, Persiapan Alat Bagi Pasien yang masih terpasang selang NGT untuk Makan dan Minum, Persiapan Alat Bila Pasien Belum Mampu Mengontrol Buang Air Kecil. (Noviar, 2015)

* + 1. **Format *Discharge Planning***

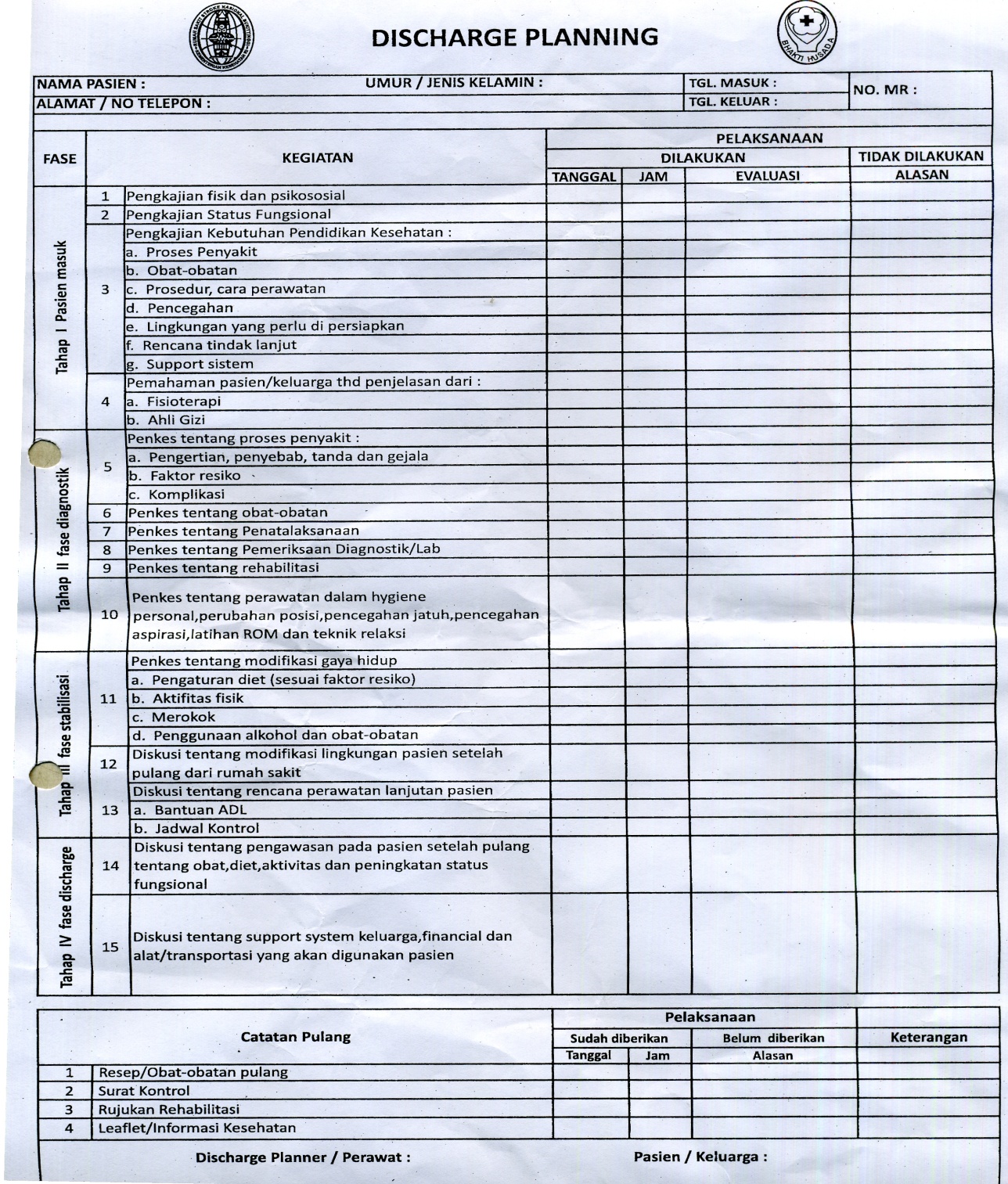
Untuk mendokumentasikan *discharge planning*, biasanya tiap rumah sakit sudah memiliki lembar *discharghe planning* tersendiri. Format *discharge planning* bisa berbeda-beda ditiap rumah sakit, salah satunya seperti yang dikemukakan oleh Nursalam dan Efendy (2009) pada tabel 2.1 .

Begitu juga di Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi, sudah memiliki lembar *discharge planning* sendiri yang disediakan pada setiap status pasien. Seperti pada tabel 22.

Tabel 2.1 Contoh format *discharge planning* menurut Nursalam dan Efendi, 2009

|  |  |
| --- | --- |
| DISCHARGE PLANNING |  |
|  | No Reg : |
|  | Nama : |
|  | Jenis Kelamin : |
|  |  |
| Tanggal MRS : | Tanggal KRS : |
| Bagian : | Bagian : |
| Dipulangkan dari RS dengan keadaan : |  |
| Sembuh | Pulang paksa |
| Meneruskan dengan obat jalan | Lari |
| Pindah ke RS lain | Meninggal |
| 1. Kontrol 2. Lanjutan perawatan di rumah 3. Aturan diet/nutrisi 4. Obat-obat yang masih diminum dan jumlahnya 5. Aktivitas dan istirahat 6. Barang yang dibawa pulang 7. Lain-lain   ………,……….  Klien/keluarga Perawat  ( ) ( ) | |

Tabel 2.2 Format *Discharge planning* Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi



*(Sumber:RSSN Bukittinggi, 2012)*

**2.3. Dokumentasi Keperawatan**

* + 1. **Definisi**

Menurut Fisbach (1991) dalam Dinarti, et al (2009), dokumentasi adalah suatu catatan yang dapat dibuktikan atau dijadikan bukti dari segala macam tuntutan, yang berisi data lengkap, nyata dan tercatat, bukan hanya tentang tingkat kesakitan dari pasien, tetapi juga jenis, tipe, kualitas dan kuantitas pelayanan kesehatan dalam rangka memenuhi kebutuhan pasien.

Dokumentasi keperawatan merupakan salah satu bentuk upaya membina dan mempertahankan akuntabilitas perawatan dan pelayanan keperawatan. Kualitas asuhan keperawatan bergantung pada akuntabilitas dari individu perawat dalam hal menggunakan proses keperawatan pada pelaksanaan asuhan keperawatan. Pencatatan keperawatan sama pentingnya dengan pencatatan dalam pelaksanaan kegiatan keprofesian lain dalam bidang kesehatan, seperti pencatatan medis. Karena pentingnya nilai isi pencatatan keperawatan, maka segala data dan informasi yang diperlukan agar ia dapat berfungsi, harus terdokumentasikan dalam bentuk pencatatan keperawatan. (Dinarti, et al, 2009)

* + 1. **Model Dokumentasi Keperawatan**

Menurut Dinarti, et al (2009), aspek komunikasi, proses keperawatan dan standar dokumentasi merupakan tiga aspek penting dalam pendokumentasian. Perawat harus memahami model tersebut dalam mendokumentasikan asuhan keperawatan dalam upaya meningkatkan kualitas pendokumentasian keperawatan.

* + - 1. Komunikasi

Komunikasi yang efektif memungkinkan perawat untuk mengkomunikasikan kepada rekan sejawat atau tenaga kesehatan lainnya tentang apa yang sudah, sedang dan akan dilakukan.

* + - 1. Dokumentasi keperawatan

Dokumentasi yang dimaksud meliputi pengkajian, perumusan diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi. Proses keperawatan merupakan metode yang tepat dan memberi kontribusi yang positif bagi pasien jika dilaksanakan dengan baik dan benar.

* + - 1. Standar dokumentasi

Standar dokumentasi merupakan standar yang dibuat untuk mengukur kualitas dan kuantitas dokumentasi keperawatan. Standar ini juga bisa dimanfaatkan sebagai pedoman praktik dalam memberikan tindakan keperawatan.

* + 1. **Kerangka Kerja Dokumentasi Keperawatan**

Keterampilan dalam mendokumentasikan proses keperawatan merupakan tingkat keterampilan yang dilandasi pada kemampuan penggunaan rencana keperawatan sebagai kerangka kerja, dimana terdapat pembagian kerja dalam pendokumentasian yaitu:

* + - 1. Ahli (*Expert*)

Tingkat praktek : pengalaman dan intuisi. Menggabungkan pemahaman situasi perawatan pasien dengan strategi dokumentasi yang baik

Pola pendokumentasian : mendokumentasikan intervensi-intervensi yang bersifat kreatif, revisi, evaluasi dan membuat standar pengajaran serta rencana perawatan yang didasari pada area keahlian.

* + - 1. Cakap atau pandai (*Proficient*)

Tingkat praktek : menerima masukan situasi secara tepat dan membuat keputusan pendokumentasian secara tepat.

Pola dokumentasi : mendokumentasikan respon-respon terhadap perawatan secara individual, melakuakn revisi dan menjalankan evaluasi situasi perawatan pasien yang komplek.

* + - 1. Mampu (*Competent*)

Tingkat praktek : secara mandiri dapat mengelola dan mendokumentasikan situasi-situasi pasien secara lengkap. Dapat menentukan dan mencatat panjang rentang tujuan-tujuan jangka panjang dan perencanaan.

Pola dokumentasi : mendokumentasikan dan mengkoordinasikan pengajaran individual dan memberikan asuhan kepada pasien dari pasien mulai masuk sampai pulang.

* + - 1. Pemula *advanced (advanced beginning)*

Tingkat praktek : mulai dirasakan pengulangan pola-pola perilaku yang berarti untuk didokumentasikan, didasari pada pengalaman. Mengoperasikan petunjuk dokumentasi umum , membutuhkan bantuan tatanan prioritas dokumentasi.

Pola dokumentasi : menggunakan standar pengajaran dan rencana perawatan pasien dan melakukan revisi perencanaan yang didasari pada kebutuhan-kebutuhan pasien dan keluarganya baik yang segera maupun yang rutin.

* + - 1. Sebagai orang baru (*Novise*)

Tingkat praktek : pemula tanpa pengalaman. Tergantung pada peraturan-peraturan yang digunakan sebagai petunjuk aktivitas dokumentasi.

Pola dokumentasi : menggunakan standar pengajaran dan rencana-rencana perawatan untuk mendokumentasikan serta menemukan hal-hal rutin, tingkat masalah pasien dan keluarganya yang diantisipasikan.

(Dinarti, et al, 2009)

* + 1. **Kerangka Waktu Dokumentasi Keperawatan**

Dokumentasi dapat dilakukan pada setiap waktu atau situasi yang dibutuhkan seperti jika terjadi perubahan kondisi yang tidak diharapkan, pada saat pengumpulan data dan jika ada perubahan rencana keperawatan. Kerangka waktu dalam dokumentasi bervariasi dari menit ke menit sampai pendokumentasian bulanan untuk fasilitas pelayanan yang lebih luas. Kerangka waktu tersebut dapat dibuat dalam bentuk ringkasan dan dokumentasi harian.

Waktu pendokumentasian ringkasan :

* + - 1. Penulisan ringkasan pasien masuk rumah sakit

Ringkasan pasien masuk merupakan ringkasan yang berhubungan dengan pengumpulan data selama fase pengkajian pasien masuk mencakup komponen-kompenen seperti waktu pasien masuk, jenis transportasi, alasan masuk rumah sakit, tanda dan gejala, jenis pemeriksaan laboratorium, waktu pertemuan dengan dokter.

* + - 1. Penulisan ringkasan pasien pindah

Pasien sering dipindahkan dari satu unit (perawatan akut) ke unit lain (non akut) sehubungan dengan perubahan kondisi atau perubahan rencana perawatan. Ringkasan pasien pindah memberikan gambaran jelas tentang riwayat pasien dan kondisi saat ini, penyesuaian terhadap peran sakit, hasil dari pemecahan masalah dan rencana keperawatan. Tujuan utama ringkasan ini adalah memberi informasi secara detail untuk menjamin keperawatan berkelanjutan.

* + - 1. Penulisan ringkasan pasien pulang

Ringkasan ini digunakan untuk review kejadian yang menggambarkan penyakit pasien, pengkajian, identifikasi kebutuhan perawatan, tujuan keperawatan, pengobatan dan respon terhadap tindakan keperawatan dan kondisi pasien saat akan pulang termasuk rencana *follow up care*. Ringkasan pasien pulang merefleksikan evaluasi dari proses keperawatan.

* + - 1. Penulisan ringkasan pasien meninggal

Jika pasien meninggal maka komponen kritikal yang harus ditulis dalam ringkasan kematian adalah pada prinsipnya sama dengan penulisan ringkasan pasien pulang, hanya ditambahkan penambahan tentang kematian pasien, waktu pasien dikatakan meninggal dan siapa yang bertanggung jawab. (Dinarti, et al, 2009)

* + 1. **Pentingnya Pendokumentasian**

Menurut Iyer dan Camp (2005), pendokumentasian sangat penting karena:

* + - 1. Responsibilitas Profesional

Alasan penting dibuatnya dokumentasi yang akurat. Dokumentasi adalah bagian dari keseluruhan tanggung jawab perawat untuk perawatan pasien. Dokumentasi harus dengan jelas mengkomunikasikan penilaian dan evaluasi perawat terhadap status pasien.

* + - 1. Perlindungan Hukum

Alasan lain dilakukannya pencatatan adalah bahwa dokumentasi keperawatan dapat digunakan pada kasus malpraktek. Jika terjadi gugatan, dokumentasi keperawatan dapat memberikan bukti yang berharga tentang kondisi klien dan pengobatannya. Pencatatan yang tepat waktu, akurat dan lengkap membantu klien mendapatkan asuhan yang lebih baik dan melindungi perawat, dokter dan rumah sakit dari gugatan perkara.

* + - 1. Standar Pengaturan

Fasilitas pelayanan kesehatan harus mengikuti paraturan pendokumentasian yang dikeluarkan oleh departemen kesehatan di tiap negara. Standar tersebut bervariasi dari satu negara dengan negara lainnya. Dan dapat diperoleh dengan menghubungi departemen kesehatan yang terlibat dalam survey fasilitas kesehatan.

* + - 1. Penggantian biaya

Evolusi penatalaksanaan perawatan telah mengubah lingkungan tempat perawat bekerja. Penekanan pada biaya meningkatkan kesadaran bahwa yang terpenting tidak hanya perawatan apa yang diperlukan, tetapi juga bagaimana perawatan tersebut dapat diberikan dengan cara yang paling efisien.

* 1. **Kerangka Teori Penelitian**

**Gambar 1. kerangka teori penelitian**

Pendokumentasian *discharge planning* meliputi:

Menggambarkan penyakit klien, pengkajian, identifikasi kebutuhan perawatan, tujuan perawatan, pengobatan dan kondisi klien saat pulang

Sumber : Dinarti, et al, 2009

|  |
| --- |
| Mutu Pelayanan Keperawatan:   * keselamatan pasien * keterbatasan perawatan diri * kepuasan pasien * kenyamanan (nyeri), * kecemasan dan * pengetahuan * pengetahuan tentang penyakitnya   ***discharge planning***      Program *health education*   1. Kontrol dan obat/perawatan 2. Nutrisi 3. Aktivitas dan istirahat 4. Perawatan diri   Sumber : Nursalam dan Efendi, 2009  sumber : DepKes RI, 2008 |

*Discharge Planning/* Perencanaan pulang

**BAB III**

**KERANGKA KONSEP**

* 1. **Kerangka Konsep**

Berdasarkan latar belakang dan teori yang dikemukakan sebelumnya, maka peneliti menetapkan pemikiran sebagai berikut: pelaksanaan *discharge planning* pasien stroke oleh perawat berdampak pada pendokumentasiannya. Kerangka konseptual penelitian ini bertujuan untuk memperlihatkan Hubungan *discharge planning* pasien stroke dengan pendokumentasian keperawatan, seperti terlihat pada gambar 2:

**Gambar 2. Kerangka konsep**

Variabel Independen Variabel Dependen

|  |
| --- |
| *Discharge planning* pasien stroke |

|  |
| --- |
| Pendokumentasian *discharge planning* |

Variabel Confounding

Karekteristik Responden

* Usia
* Jenis Kelamin
* Pendidikan
* Lama Kerja
  1. **Hipotesis**

Setelah dilakukan penelitian, ternyata hasilnya Ha diterima dan Ho ditolak, artinya ada hubungan antara *discharge planning* pasien stroke dengan pendokumentasian keperawatan di ruang rawat inap Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi Tahun 2016

**BAB IV**

**METODE PENELITIAN**

* 1. **Desain Penelitian**

Penelitian ini menggunakan metode *deskriptif analitik*  dengan desain *cross sectional*, yaitu jenis penelitian yang menekankan waktu pada satu saat. (Nursalam, 2013). Fenomena hasil penelitian disajikan apa adanya dan dilakukan analisis terhadap data yang dikumpulkan untuk menguji hipotesis.

* 1. **Tempat dan Waktu Penelitian**

Penelitian telah dilakukan di ruang rawat inap Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi yang merawat pasien stroke, yaitu ruang rawat inap Neurologi, IRNA B, IRNA C lantai 1 dan 2. Penelitian telah dilaksanakan pada tanggal 01 – 21 Februari 2016.

* 1. **Populasi, Sampel** 
     1. Populasi

Populasi merupakan kumpulan semua elemen atau individu dari mana data atau informasi dikumpulkan. (Nasir,Abd,et al, 2011). Populasi pada penelitian ini adalah semua perawat primer dan ketua tim yang bertugas di ruang rawat inap neurologi, instalasi rawat inap B, instalasi rawat inap C lantai 1, dan lantai 2 Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi, yang berjumlah 38 orang. Perawat primer 7 orang dan ketua tim 28 orang, yang terdiri dari 2 orang laki-laki dan 36 orang perempuan.

* + 1. Sampel

Sampel adalah bagian dari populasi yang diambil dengam cara tertentu, dimana pengukuran dilakukan. (Nasir,Abd,et al, 2011). Pengambilan sampel dilakukan secara *total sampling*, dengan kriteria sampel pada penelitian ini adalah:

1. Kriteria Inklusi
2. Perawat primer atau ketua tim yang bertugas di ruang rawat inap yang merawat pasien stroke.
3. Dapat berkomunikasi dengan baik
4. Bersedia menjadi responden dan menandatangani *inform consent*
5. Kriteria Eklusi
6. Perawat primer atau ketua tim yang sedang mengambil cuti pada saat penelitian
7. Perawat primer atau ketua tim yang tidak bersedia untuk diteliti
   * 1. Teknik Sampling

Teknik sampling merupakan cara-cara yang ditempuh dalam pengambilan sampel agar memperoleh sampel yang benar-benar sesuai dengan keseluruhan objek penelitian. Penelitian ini menggunakan *total sampling* yaitu sampel diambil sedemikian rupa sehingga setiap unit penelitian atau satuan elementer dari populasi mempunyai kesempatan yang sama untuk dipilih sebagai sampel. (Nasir,Abd, et al, 2011). Total sampel pada penelitian ini 38 orang, tapi karena ada 3 orang ketua tim yang sedang cuti melahirkan maka jumlah responden menjadi 35 orang.

* 1. **Variabel Penelitian**
     1. **Identifikasi Variabel**

Variabel adalah perilaku atau karakteristik yang memberikan nilai beda terhadap sesuatu. (Nursalam, 2013). Variabel independen pada penelitian ini adalah pelaksanaan *discharghe planning* pasien stroke dan variabel dependen adalah pendokumentasian *discharge planning* pasien stroke.

* + 1. **Definisi Operasional**

**Tabel 4.1. Definisi Operasional**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Variabel** | **Definisi** | **Alat Ukur** | **Cara Ukur** | **Skala Ukur** | **Hasil Ukur** |
| **Variabel Independen**  *discharge planning* pasien stroke | Suatu proses yang dilakukan perawat primer atau ketua tim perawat untuk menyiapkan pasien stroke melakukan perawatan mandiri di rumah waktu pasien akan pulang dari rumah sakit | Lembar Observasi | Observasi | Nominal | 1 = terlaksana:  Jika kegiatan *discharge planning* dilakukan seluruhnya oleh perawat  0 = tidak terlaksana: jika kegiatan *discharge planning* tidak dilakukan seluruhnya oleh perawat |
| **Variabel Dependen**  Pendokumentasian *discharge planning* | Pengisian lembar *discharge planning* pasien stroke oleh perawat | Studi dokumentasi | Dokumentasi | Nominal | 1 = lengkap: jika lembar *discharge planning* terisi seluruhnya  0 = tidak lengkap: jika lembar *discharge planning* tidak diisi lengkap oleh perawat |

* 1. **Pengumpulan Data**

Data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data primer dan data sekunder. Data primer yaitu data yang langsung diperoleh peneliti dari ketua tim dan perawat primer dengan menggunakan instrumen penelitian berupa lembar panduan observasi yang peneliti rancang sesuai dengan format *discharge planning* yang ada dalam status pasien stroke di Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi. Dimana hanya uraian tugas perawat saja yang peneliti observasi yaitu fase I, III dan IV. Tiap perawat primer dan ketua tim peneliti observasi dalam melakukan *discharge planning*, dimana dalam melakukan fase-fase discharge planning ketua tim atau perawat primer melakukan dalam 2-3 kali pertemuan sesuai dengan kebutuhan pasien akan informasi penyakitnya. Tetapi peneliti tetap menghitungnya satu kali pelaksanaan *discharge planning*. Data sekunder peneliti observasi dari status pasien stroke yang pulang dari ruang rawat inap neurologi, instalasi rawat inap B dan instalasi rawat inap C lantai 1 dan 2 Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi.

Pengumpulan data dilakukan dengan terlebih dahulu peneliti memperkenalkan diri, menjelaskan tujuan penelitian, memberikan surat persetujuan menjadi responden, kemudian peneliti mengobservasi pelaksanaan *discharge planning* pada pasien stroke oleh ketua tim atau perawat primer, dan melihat pendokumentasiannya di status pasien yang pulang .

* 1. **Teknik Pengolahan dan Analisa Data**
     1. **Pengolahan Data**

Pengolahan data dilakukan setelah pengumpulan data selesai, dengan maksud agar data yang dikumpulkan jelas, kemudian dimasukkan kedalam master tabel. Adapun langkah-langkah dalam pengolahan data antara lain:

1. Mengedit (*Editing*)

Hasil observasi yang diisi oleh peneliti diperiksa kelengkapannya, sehingga data yang terkumpul sudah lengkap dan sesuai dengan nilai pengukuran dan observasi.

1. Mengkode data (*coding*)

Peneliti memberi kode tertentu pada setiap data yang dikumpulkan. Untuk variabel independen diberi kode 1 untuk yang melakukan, dan 0 untuk yang tidak melakukan. Variabel dependen, diberi kode 1 untuk yang mendokumentasikan, dan 0 untuk yang tidak mendokumentasikan.

1. Memasukkan data (*Entry*)

Memasukkan data yang sudah dikode kedalam master tabel

1. Pembersihan data (*Cleaning*)

Peneliti melakukan pengecekan kembali terhadap data yang telah dimasukkan, dan ternyata semua data sudah terisi dengan benar.

* + 1. **Analisis Data**

1. Analisis Univariat

Analisis univariat menggambarkan distribusi frekuensi dari variabel-variabel yang diteliti, baik variabel independen yaitu pelaksanaan *discharge planning* pasien stroke maupun variabel dependen, pendokumentasian *discharge planning*.

1. Analisis Bivariat

Analisis bivariat ini dapat melihat ada atau tidaknya hubungan antara dua variabel yaitu variabel independen dan variabel dependen. Pada penelitian ini digunakan uji statistic chi-square . Uji ini untuk melihat atau menguji ada tidaknya hubungan dua variabel. Dengan rumus

x² = ∑ (O-E)²

E

Keterangan : x² = chi-square

O = jumlah yang diobservasi

E = jumlah yang diharapkan

Untuk melihat kemaknaan perhitungan statistik digunakan batasan kemaknaan 0,05. Jika *p* ≤ 0,05 berarti bermakna, jika *p* > 0,05 berarti tidak bermakna.

Hasil penelitian menunjukkan nilai *p* ≤ 0,05 yaitu 0,036 , artinya ada hubungan antara pelaksanaan *discharge planning* pasien stroke dengan pendokumentasian keperawatan.

* 1. **Etika Penelitian**

Setelah mendapatkan izin atau pengantar dari STIKes Perintis Sumbar kampus II Bukittinggi, peneliti mengajukan izin penelitian kepada Direktur Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi melalui Kabid Diklat RSSN Bukittinggi untuk mendapatkan persetujuan melakukan penelitian. Setelah mendapatkan izin dari Direktur RSSN Bukittinggi, peneliti akan memberikan informasi tentang rencana dan tujuan penelitian kepada ketua tim dan perawat primer. Setelah ketua tim dan perawat primer setuju dan menandatangani *informed consent*, barulah peneliti mulai melakukan penelitian dengan menerapkan kode etik penelitian diantaranya:

* + - 1. *Informed consent* (Lembar Persetujuan)

*Informed consent* merupakan bentuk persetujuan antara peneliti dengan responden berupa lembar persetujuan. Lembar persetujuan ini diberikan pada responden yang akan diteliti, yang memenuhi kriteria sebagai responden. Informed consent telah ditandatangani oleh 35 orang ketua tim dan perawat primer.

* + - 1. *Anonimity* (tanpa nama)

Penelitian merupakan masalah yang memberikan jaminan dalam penggunaan subjek penelitian. Untuk menjaga kerahasiaan, penulisi tidak akan mencantumkan nama responden, tetapi hanya akan memberikan kode pada lembar alat ukur dan hasil penelitian. Kode yang diberikan yaitu dengan inisial ketua tim dan perawat primer.

* + - 1. *Confidentiality* (kerahasiaan)

Masalah ini merupakan masalah etika dalam memberikan jaminan kerahasiaan hasil penelitian, baik informasi maupun masalah-masalah lainnya. Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti.

**BAB V**

**HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

* 1. **Gambaran Umum Lokasi**

Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi (RSSN) terletak di jalan Sudirman Bukittinggi, merupakan tempat yang sangat strategis di jalan protokol Kodya Bukittinggi. RSSN Bukittinggi berdiri berdasarkan SK Menkes RI No.105/ Menkes/SK/IV/2005. Pada tahun 2009 dengan No.1002/Menkes/SK/II/2009 RSSN Bukittinggi mulai menerapkan pola BLU (Badan Layanan Umum). Penelitian telah dilakukan di ruang rawat inap yang merawat pasien stroke yaitu ruangan neurologi, IRNA B dan IRNA C lantai 1 dan 2. Dengan kapasitas 128 tempat tidur. Dengan tenaga perawat sebanyak 107 orang termasuk kepala ruangan.

* 1. **Hasil Penelitian**

5.2.1. Karakteristik Responden

Karakterik ketua tim dan perawat primer yang didata adalah umur, jenis kelamin, lama kerja, dan pendidikan. Umur ketua tim dan perawat primer pada penelitian ini berada pada masa dewasa muda (20-40 tahun) dan dewasa pertengahan (41-60 tahun). Pendidikan ketua tim dan perawat primer adalah vokasional (DIII) dan profesional (SI), dan lama kerja > 5 tahun. Gambaran ketua tim dan perawat primer yang diteliti dapat dilihat pada tabel 5.1:

**Tabel 5.1 Distribusi Frekuensi Ketua Tim dan Perawat Primer di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi Tahun 2016 (n=35)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| No | Karakteristik | Kategori | Frekuensi | Persentase |
| 1. | Umur | 20-40 tahun | 24 | 68,6% |
|  |  | 41-60 tahun | 11 | 31,4% |
|  |  |  |  |  |
| 2. | Jenis kelamin | Laki-laki | 2 | 5,7% |
|  |  | Perempuan | 33 | 94,3% |
|  |  |  |  |  |
| 3. | Pendidikan | Vokasional (DIII) | 24 | 68,6% |
|  |  | Profesional (SI) | 11 | 31,4% |
|  |  |  |  |  |
|  | Lama kerja | < 5 tahun | 0 | 0 |
|  |  | > 5 tahun | 35 | 100% |
|  |  |  |  |  |

Dari tabel 5.1 dapat dibaca bahwa sebagian besar (68,6%) responden berada pada usia dewasa muda, sebagian besar (94,3%) responden berjenis kelamin perempuan, sebagian besar (68,6%) dari responden berpendidikan DIII, dan semua (100%) responden sudah bekerja > 5 tahun.

* + 1. Analisis Univariat
       1. Pelaksanaan *Discharge Planning* Pasien Stroke oleh Perawat

**Tabel 5.2. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pelaksanaan *Discharge Planning* Pasien Stroke oleh Perawat di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi Tahun 2016**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | *Discharge Planning* | Frekuensi | Persentase |
| 1 | Tidak Dilakukan | 15 | 42,9% |
| 2 | Dilakukan | 20 | 57,1% |
|  | Jumlah | 35 | 100% |

Pada tabel 5.2. dapat diketahui bahwa lebih dari sebagian responden (57,1%) melakukan *discharge planning* secara lengkap pada pasien stroke di ruang rawat inap RSSN Bukittinggi tahun 2016.

* + - 1. Pendokumentasian *Discharge Planning* Pasien Stroke oleh Perawat

**Tabel 5.3.Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pendokumentasian *Discharge Planning* di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi Tahun 2016**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | Pendokumentasian | Frekuensi | Persentase |
| 1 | Tidak Didokumentasikan | 14 | 40,0% |
| 2 | Didokumentasikan | 21 | 60,0% |
|  | Jumlah | 35 | 100% |

Pada tabel 5.3 dapat diketahui bahwa lebih dari sebagian responden (60,0%) mendokumentasikan *discharge planning* pada pasien stroke.

* + 1. Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk melihat hubungan variabel independen dengan variabel dependen, yaitu hubungan pelaksanaan *discharge planning* pasien stroke dengan pendokumentasian keperawatan di ruang rawat inap RSSN Bukittinggi tahun 2016. Dengan menggunakan pengujian *statistic chi-square* diketahui hubungan variabel dependen dengan variabel independen. Dikatakan bermakna apabila nilai *p* yang diperoleh ≤ 0,05. Hasil analisis bivariat pada penelitian ini dapat dilihat pada tabel 5.4 :

**Tabel 5.4. Hubungan Pelaksanaan *Discharge Planning* Pasien Stroke Dengan Pendokumentasian Keperawatan Di Ruang Rawat Inap RSSN Bukittinggi Tahun 2016**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No | Discharge Planning | Pendokumentasian | | | | Jumlah | | | pvalue | | OR  (CI 95%) |
| **Tidak didokumentasikan** | | **Didokumentasikan** | |
| n | % | n | % | | N | % | | 0,036 | 4,5 | |
| 1 | Tidak dilakukan | 9 | 60,0 | 6 | 40,0 | | 15 |  | |
| 2 | Dilakukan | 5 | 25,0 | 15 | 75,0 | | 20 |  | |
|  | Jumlah | 14 |  | 21 |  | | 35 | 100% | |

Berdasarkan tabel di atas dapat diketahui bahwa dari 20 responden yang melakukan *discharge planning* pada pasien stroke, 15 orang (75,0%) mendokumentasikannya, dan 5 orang (25,0%) tidak mendokumentasikannya

Setelah dilakukan uji *statistic chi-square* didapatkan hasil *p*= 0,036, dimana kecil dari *p*≤0,05 berarti terdapat hubungan bermakna antara pelaksanaan *discharge planning* pasien stroke dengan pendokumentasian keperawatan di ruang rawat inap RSSN Bukittinggi tahun 2016.

Nilai *Odds Ratio* 4,5 artinya pelaksanaan *discharge planning* yang tidak dilakukan secara lengkap mempunyai peluang 4,5 kali untuk tidak didokumentasikan. Jika ada 10 orang perawat tidak melaksanakan *discharge planning* ada kemungkinan 4-5 orang tidak mendokumentasikannya.

* 1. **Pembahasan**

5.3.1. Analisis Univariat

5.3.1.1. Pelaksanaan *discharge planning*

Hasil penelitian yang terlihat pada tabel 5.2 diketahui bahwa hampir sebagian responden (42,9%) tidak melaksanakan *discharge planning* pada pasien stroke. Angka ini masih sangat tinggi mengingat *discharge planning* merupakan salah satu indikator mutu pelayanan keperawatan seperti yang dikemukakan Dirjen Bina Yanmed Depkes RI, (2008)**,** Dalam upaya untuk meningkatkan dan mempertahankan mutu pelayanan keperawatan, Dirjen Bina Yankep Depkes RI telah menyusun pedoman pengukuran indikator klinik mutu pelayanan keperawatan rumah sakit. Ruang lingkup pedoman indikator mutu pelayanan keperawatan klinik di sarana kesehatan meliputi :keselamatan pasien (dekubitus, kesalahan pemberian obat, pasien jatuh, cidera pengikatan), keterbatasan perawatan diri, kepuasan pasien, kenyamanan (nyeri), kecemasan dan pengetahuan serta cara pengukurannya. Indikator pengetahuan terdiri dari pengetahuan tentang penyakitnya dan *discharge planning*.

Perencanaan pulang (*discharge planning*) akan menghasilkan sebuah hubungan yang terintegrasi, yaitu antara perawatan yang diterima waktu di rumah sakit dengan perawatan setelah klien pulang. Perawatan di rumah sakit akan bermakna jika dilanjutkan dengan perawatan di rumah. Namun sampai dengan saat ini perencanaan pulang bagi klien yang di rawat di rumah sakit belum optimal dilaksanakan, dimana peran perawat terbatas pada kegiatan rutinitas saja, yaitu hanya berupa informasi kontrol ulang. Klien yang memerlukan perawatan kesehatan di rumah, konseling kesehatan atau penyuluhan dan pelayanan komunitas tetapi tidak dibantu dalam upaya memperoleh pelayanan sebelum pemulangan sering kembali ke ruang kedaruratan dengan masalah minor, sering kali diterima kembali dalam 24 jam sampai 48 jam dan kemudian pulang kembali. (Nursalam, 2009)

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. Sehingga kerja sama yang baik antara pasien, keluarga, dan tim kesehatan akan menghasilkan pemulihan yang optimal bagi pasien stroke. Di rumah sakit, perawat bersama anggota tim stroke yang lain menyusun suatu perencanaan pulang atau *discharge planning*, yang juga melibatkan pasien dan keluarga jika memungkinkan. 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.(Noviar,2005).

Menurut Rofi’I, et al. (2013), tentang hubungan antara personil *discharge planning* dengan pelaksanaan *discharge* planning, mengatakan bahwa ada hubungan antara personil *discharge planning* dengan pelaksanaan *discharge planning*, dimana 47,6% personil yang baik melakukan *discharge planning.* Hal terlihat juga dari hasil penelitian dimana dari 15 orang responden yang tidak lengkap melakukan *discharge planning*, 4 orang berumur dewasa akhir, hal ini sesuai dengan teori yang mengatakan bahwa memori, kreativitas, intelegensi dan kemampuan belajar dewasa akhir mengalami penurunan seiring dengan penurunan kemampuan fisik.

Asumsi peneliti bahwa hampir sebagian perawat primer dan ketua tim belum melaksanakan fase-fase *discharge planning* secara lengkap karena sebagian ketua tim dan perawat primer tersebut mungkin memiliki beban kerja yang terlalu banyak sehingga tidak memiliki waktu yang cukup untuk melakukan fase-fase *discharge planning* sewaktu pasien akan pulang karena ada kalanya pasien banyak yang pulang dalam hari yang sama. Ada juga yang mungkin memang belum memiliki motivasi yang tinggi untuk melakukan fase-fase *discharge planning* secara lengkap.

5.3.1.2. Pendokumentasian *Discharge Planning*

Hasil penelitian yang terlihat pada tabel 5.3 diketahui bahwa hampir sebagian (40,0%) responden tidak mendokumentasikan pelaksanaan *discharge planning*.

Menurut Hidayat (2004) dalam Natasia, et al. (2014), dokumentasi proses keperawatan merupakan tampilan perilaku atau kinerja perawat pelaksana dalam memberikan proses asuhan keperawatan kepada pasien selama pasien dirawat di rumah sakit. Dokumentasi proses asuhan keperawatan yang baik dan berkualitas haruslah akurat, lengkap dan sesuai standar. Apabila kegiatan keperawatan tidak didokumentasikan dengan akurat dan lengkap maka sulit untuk membuktikan bahwa tindakan keperawatan dilakukan dengan benar.

Dokumentasi keperawatan merupakan salah satu bentuk upaya membina dan mempertahankan akuntabilitas perawatan dan pelayanan keperawatan. Kualitas asuhan keperawatan bergantung pada akuntabilitas dari individu perawat dalam hal menggunakan proses keperawatan pada pelaksanaan asuhan keperawatan. Pencatatan keperawatan sama pentingnya dengan pencatatan dalam pelaksanaan kegiatan keprofesian lain dalam bidang kesehatan, seperti pencatatan medis. Karena pentingnya nilai isi pencatatan keperawatan, maka segala data dan informasi yang diperlukan agar ia dapat berfungsi, harus terdokumentasikan dalam bentuk pencatatan keperawatan. (Dinarti, et al, 2009)

Penulisan ringkasan pasien pulang digunakan untuk *review* kejadian yang menggambarkan penyakit pasien, pengkajian, identifikasi kebutuhan perawatan, tujuan keperawatan, pengobatan dan respon terhadap tindakan keperawatan dan kondisi pasien saat akan pulang termasuk rencana *follow up care*. Ringkasan pasien pulang merefleksikan evaluasi dari proses keperawatan.

Natasia, et al. (2014), mengatakan bahwa ada hubungan antara faktor motivasi dan supervisi dengan kinerja perawat dalam pendokumentasian *discharge planning*. Dimana sebesar 85% dokumentasi *discharge planning* yang tidak lengkap dilakukan oleh perawat dengan motivasi rendah, dan hanya 15% yang didokumentasikan dengan lengkap. Dari 15 orang yang tidak mendokumentasikan *discharge planning* secara lengkap, 5 orang adalah dewasa akhir, hal ini sesuai dengan teori yang mengatakan bahwa memori, kreativitas, intelegensi dan kemampuan belajar dewasa akhir mengalami penurunan seiring dengan penurunan kemampuan fisik.

Asumsi peneliti dokumentasi *discharge planning* belum terlaksana sepenuhnya, seharusnya setiap tindakan yang dilakukan harus didokumentasikan, hampir sebagian ketua tim dan perawat primer tidak mendokumentasikan *discharge planning* secara lengkap karena belum memilki motivasi yang tinggi untuk mendokumentasikannya. Serta belum optimalnya supervisi dari kepala ruangan.

* + 1. Analisis Bivariat

Hasil penelitian yang terlihat pada tabel 5.4 terlihat bahwa ada hubungan yang bermakna antara variabel dependen dan variabel Independen dimana dari 35 orang, 20 responden yang melakukan *discharge planning* pada pasien stroke, 15 orang (75,0%) mendokumentasikannya, dan 5 orang (25,0%) tidak mendokumentasikannya. Dari hasil observasi peneliti, lima orang yang tidak mendokumentasikan ini karena setelah melakukan *discharge planning* tidak langsung mendokumentasikannya tetapi melakukan pekerjaan yang lain sehingga akhirnya lupa mendokumentasikannya. Sementara dari 15 orang yang tidak melakukan *discharge planning*, 9 orang (60,0%) tidak mendokumentasikannya karena memang mereka tidak lengkap melakukan fase-fase *discharge planning.* Sedangkan 6 orang (40,0%) tidak melakukan tetapi mendokumentasikannya, hal ini dilakukan karena tuntutan bidang keperawatan bahwa format *discharge planning* di status pasien harus lengkap diisi, tanpa melihat kualitas isinya.

Hal ini sesuai juga dengan peneliti yang dilakukan oleh Rofi’I, et al. (2013), tentang hubungan antara personil *discharge planning* dengan pelaksanaan *discharge planning.* Mengatakan bahwa ada hubungan antara personil *discharge planning* dengan pelaksanaan *discharge planning*, dimana 47,6% personil yang baik melakukan *discharge planning*, sedangkan menurut Natasia, et al. (2014), mengatakan bahwa ada hubungan antara faktor motivasi dan supervisi dengan kinerja perawat dalam pendokumentasian *discharge planning*. Dimana sebesar 85% dokumentasi *discharge planning* yang tidak lengkap dilakukan oleh perawat dengan motivasi rendah, dan hanya 15% yang didokumentasikan dengan lengkap.

Asumsi peneliti adanya hubungan antara pelaksanaan *discharge planning* dengan pendokumentasian keperawatan karena sesuai dengan teori yang mengatakan bahwa setiap tindakan yang dilakukan harus didokumentasikan. Hal ini sesuai juga dengan penelitian sebelumnya, dimana personil yang baik akan melakukan *discharge planning* dan personil yang mempunyai motivasi yang tinggi akan mendokumentasikan tindakan *discharge planning* yang telah dilakukannya. Oleh karena itu dengan adanya motivasi dan supervisi dari atasan bisa meningkatkan pelaksanaan *discharge planning* dan pendokumentasiannya.

* 1. **Keterbatasan Penelitian**

Pengumpulan data pada penelitian ini dilakukan dengan cara observasi terhadap responden dalam pelaksanaan *discharge planning* dan pendokumentasiannya sebanyak satu kali padahal sebaiknya dilakukan 2 kali, tetapi karena keterbatasan waktu penelitian, dimana penelitian dilakukan hanya selama tiga minggu, sementara rata-rata lama pasien stroke di rawat adalah 7-9 hari. Sehingga tidak memungkinkan untuk mengobservasi responden sebanyak 2 atau 3 kali.

**BAB VI**

**PENUTUP**

* 1. **Kesimpulan**

Dari hasil penelitian dapat diambil kesimpulan yaitu :

* + 1. sebagian besar (68,6%) responden berada pada usia dewasa muda, sebagian besar (94,3%) responden berjenis kelamin perempuan, sebagian besar (68,6%) dari responden berpendidikan DIII, dan semua (100%) responden sudah bekerja > 5 tahun
    2. lebih dari sebagian responden (57,1%) melakukan *discharge planning* secara lengkap pada pasien stroke di ruang rawat inap RSSN Bukittinggi tahun 2016.
    3. lebih dari sebagian responden (60,0%) mendokumentasikan *discharge planning* pada pasien stroke
    4. sebagian besar responden (75%) melakukan *discharge planning* secara lengkap pada pasien stroke dan mendokumentasikannya di status pasien.
    5. Ada hubungan bermakna antara pelaksanaan *discharge planning* pasien stroke dengan pendokumentasian keperawatan dengan *p value* =0,036 (≤ 0,05)
  1. **Saran** 
     1. Institusi Pendidikan

Diharapkan STIKes Perintis dapat menjadikan skripsi ini sebagai tambahan literatur untuk bahan ajar tentang pelaksanaan *discharge planning* pada pasien stroke dan pendokumentasian keperawatan.

* + 1. Rumah Sakit

Diharapkan bidang keperawatan dapat memberikan arahan kepada kepala ruangan supaya mengelola dan memberikan pengetahuan pelaksanaan *discharge planning* yang benar kepada ketua tim dan perawat primer kemudian melakukan supervisi pelaksanaannya, agar perawat primer atau ketua tim lebih meningkatkan pelaksanaan *discharge planning*. Begitu juga pendokumentasian *discharge planning* agar disosialisasikan bagaimana pengisiannya yang benar, agar seragam dan benar isinya.

* + 1. Bagi Peneliti Selanjutnya

Diharapkan penelitian ini dapat dijadikan tambahan literatur dan agar lebih memperdalam penelitian di bidang yang sama. Dengan melakukan observasi lebih dari satu kali, supaya lebih akurat.

**DAFTAR PUSTAKA**

Brunner & Suddarth. (2002). *Keperawatan Medikal Bedah.* Penerbit Buku Kedokteran EGC : Jakarta.

Bustan, M. N., (2007). *Epidemiologi Penyakit Tidak Menular*. Rineka Cipta: Jakarta

Dirjen Bina Pelayanan Medik Depkes RI (2008). *Pedoman Indikator Mutu Pelayanan Keperawatan Klinik di Sarana Kesehatan, Hasil Konsinyasi Penyempurnaan*. Depkes RI. Jakarta

Dinarti, Aryani, R., Nurhaeni, H. & Chairani, R. (2009). *Dokumentasi Keperawatan.* Trans Info Media : Jakarta.

Ester, M. (2005). *Pedoman Perawatan Pasien*. Penerbit Buku Kedokteran EGC : Jakarta.

Efendi, F. & Nursalam. (2009). *Pendidikan Dalam Keperawatan*. Salemba Medika : Jakarta.

Feigin, Valery. (2006). *Stroke: Panduan Bergambar Tentang Pencegahan Dan Pemulihan Stroke*. Bhuana Ilmu Popular: Jakarta.

Henderson, Leila. 2002. *Stroke: Panduan Perawatan*. Arcan :Jakarta

Iyer, P.W. & Camp, N.H. (2005). *Dokumentasi Keperawatan: Suatu Pendekatan Proses Keperawatan*. Edisi 3. Penerbit Buku Kedokteran EGC : Jakarta

Misbach, Jusuf. (2011). *Stroke Diagnostik, Patofisiologi Manajemen*. FKUI : Jakarta

Nasir, A., Muhith, A. & Ideputri, M.E. (2011). *Buku Ajar : Metodologi Penelitian Kesehatan*. Nuha Medika : Yogyakarta

Natasia, N. Andarini,S. & Koeswo, M. (2014). Hubungan antara Faktor Motivasi dan Supervisi dengan Kinerja Perawat dalam Pendokumentasian Discharge Planning di RSUD Gambiran Kota Kediri. *Jurnal Aplikasi Manajemen (JAM)* Vol 12 No 4, Desember 2014

Noviar, R.A. (2015). Persiapan sebelum pasien stroke pulang ke rumah, diakses tanggal 4 januari 2016, [https://rizkianditanoviar.wordpress.com/2015/05/28/persiapan-sebelum-pasien-stroke-pulang-ke-rumah/](https://rizkianditanoviar.wordpress.com/2015/05/28/persiapan-sebelum-pasien-stroke-pulang-ke-rumah/diakses%20tanggal%204%20januari%202016) .

Nursalam. (2011). *Konsep Dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan:Pedoman Skripsi, Tesis, Dan Instrument Penelitian Keperawatan*. Salemba Medika: Jakarta.

, (2011). *Manajemen Keperawatan: Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional*. Edisi 3. Salemba Medika : Jakarta

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

Rofi’i, M. Hariyati,T.S. & Pujasari, H. (2011). *Faktor Personil Dalam Pelaksanaan Discharge Planning Pada Perawat Rumah Sakit Di Semarang*

Sondakh, J.S, Marjati & Pipitcahyani, T.I. (2013). *Mutu Pelayanan Kesehatan Dan Kebidanan*. Salemba Medika : Jakarta.

Sutrisno, Alfred. (2007). *Stroke:You Must Know Before You Get It* !. IKAPI : Jakarta