

SKRIPSI

**PENGARUH *STROKE EDUCATION PROGRAM* TERHADAP KESIAPAN
PULANG KELUARGA PASIEN STROKE DI RUANG NEUROLOGI
RSSN BUKITTINGGI TAHUN 2016**

Penelitian Keperawatan Medikal Bedah



Oleh :

SENTOSA

NIM : 12103084105042

SKRIPSI

**PENGARUH *STROKE EDUCATION PROGRAM* TERHADAP KESIAPAN
PULANG KELUARGA PASIEN STROKE DI RUANG NEUROLOGI
RSSN BUKITTINGGI
TAHUN 2016**

Penelitian Keperawatan Medikal Bedah

*Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh
Gelar Sarjana Keperawatan Program Studi Ilmu Keperawatan
STIKes PERINTIS Padang*



Oleh :

SENTOSA

NIM : 12103084105042

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
STIKES PERINTIS PADANG**

2016

PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Sentosa

NIM : 1210 3084105042

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa skripsi yang saya tulis ini benar – benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pemikiran orang lain. Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan skripsi ini merupakan hasil karya orang lain, maka saya bersedia bertanggung jawabkan sekaligus bersedia menerima sanksi seberat – beratnya atas perbuatan tidak terpuji tersebut.

Demikian, pernyataan ini saya buat dalam keadaan sadar dan tanpa ada paksaan sama sekali.

Bukittinggi, Agustus 2016

Yang membuat pernyataan,



Sentosa

Halaman Persetujuan

**PENGARUH *STROKE EDUCATION PROGRAM* TERHADAP KESIAPAN
PULANG KELUARGA PASIEN STROKE DI RUANG NEUROLOGI
RSSN BUKITTINGGI TAHUN 2016**

Oleh

SENTOSA

NIM : 12103084105042

Telah dipertahankan di hadapan tim penguji akhir

Dosen pembimbing

Pembimbing I



Ns. Lisa Mustika Sari, M.Kep

NIK : 1420114098511072

Pembimbing II



Ns. Aldo Yuliano, S.Kep, M.M

NIK : 1420120078509053

Diketahui

Ka. Program Studi Ilmu Keperawatan



Ns. Yaslina, M.Kep, Sp. Kep. Kom

NIK : 1420106037395017

Halaman Pengesahan

**PENGARUH *STROKE EDUCATION PROGRAM* TERHADAP KESIAPAN
PULANG KELUARGA PASIEN STROKE DI RUANG NEUROLOGI
RSSN BUKITTINGGI TAHUN 2016**

Telah dipertahankan di hadapan tim penguji akhir

Pada

Hari/ Tanggal : 5 Agustus 2016

Pukul : 08.00 WIB

Oleh

SENTOSA

NIM : 12103084105042

Dan yang bersangkutan dinyatakan

LULUS

Tim Penguji Akhir :

Penguji I : Ns. Endra Amalia, M. Kep

Penguji II : Ns. Lisa Mustika Sari, M. Kep

Mengetahui,

Ka. Program Studi Ilmu Keperawatan

Ns. Yaslina, M. Kep, Sp. Kep. Kom

NIK : 1420106037395017

**PENDIDIKAN SARJANA KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG**

Skripsi, Agustus 2016

**SENTOSA
12103084105042**

**PENGARUH *STROKE EDUCATION PROGRAM* TERHADAP KESIAPAN PULANG
KELUARGA PASIEN STROKE DI RUANG NEUROLOGI RSSN BUKITTINGGI
TAHUN 2016.**

vii + VI BAB + 79 Halaman + 4 Tabel + 2 Skema + 12 Lampiran.

ABSTRAK

Stroke merupakan penyakit yang paling sering menyebabkan cacat berupa kelumpuhan anggota gerak, gangguan bicara, proses berfikir, daya ingat dan bentuk kecacatan lainnya sebagai akibat gangguan fungsi otak. Di rumah sakit sebelum pasien pulang, pendidikan kesehatan (*stroke education program*) harus dilakukan, karena dapat membantu pasien dan keluarga melaksanakan perawatan diri dengan tepat. Berdasarkan studi pendahuluan ke ruang Neurologi RSSN Bukittinggi, peneliti menyimpulkan perawat tidak melakukan standar operasional prosedur pendidikan kesehatan tentang *stroke education program* pada pasien stroke di ruangan pada saat persiapan pulang. Tujuan penelitian ini untuk mengidentifikasi pengaruh *stroke education program* terhadap kesiapan pulang keluarga pada pasien stroke di ruang Neurologi RSSN Bukittinggi tahun 2016. Stroke adalah cedera vaskular akut pada otak. Ini berarti bahwa stroke adalah suatu cedera mendadak dan berat pada pembuluh-pembuluh darah otak. Sampel dalam penelitian ini sebanyak 15 orang responden. Desain penelitian yang digunakan adalah *quasy-eksperimen* yaitu *one group pra-post test design* dengan menggunakan uji *t tes dependen*. Rata-rata pengetahuan sebelum diberikan intervensi sebanyak 1,80, pengetahuan setelah diberikan intervensi sebanyak 1,27 dan rata-rata perbedaan pengetahuan sebelum dan sesudah intervensi sebanyak 0,533, standar deviasi 0,156, standar eror 0,133. Hasil uji statistik didapatkan nilai *p value* 0,001 maka dapat disimpulkan adanya pengaruh *stroke education program* terhadap kesiapan pulang keluarga pasien Stroke di ruang Neurologi RSSN Bukittinggi tahun 2016. Dan diharapkan petugas kesehatan dapat memberikan pendidikan kesehatan serta *dischart planning* pada pasien sebagai tindakan mandiri sederhana yang bisa dilakukan pasien dirumah.

Kata kunci : *Stroke Education Program*, Kesiapan Pulang, Stroke
Daftar bacaan : 20 (2005-2016)

*The Nursing Science Program
Perintis Padang School of Science
Undergraduate Thesis, August 2016*

**SENTOSA
12103084105042**

THE EFFECTION OF STROKE EDUCATION PROGRAM FOR PATIENT FAMILY DISCHARGED PLANNING AT NEUROLOGICAL WARD IN RSSN BUKITTINGGI YEAR 2016.

Vii + VI CHAPTERS+ 79 Pages + 4 Tables + 2 Schemes + 12 Attachments.

ABSTRACT

Stroke is the often mostly disease can be effected disability such as movement paralysis, speech disorder, process of thinking, memories disorder, and another disabilities caused of disturbance of brain function. At hospital before the patient back home, health education (stroke education program) have to do, because that can help patien and family to do selfcare in a right way. Based on preliminary studies at Neurological ward RSSN Bukittinggi, the reseacher conclude that nurse do not do the standard of operasional procedure in health education about stroke education program for stroke patient in the room at the time of discharged planning preparation. The purpose of this study to identify the effection of stroke education program for patient family discharged planning at Neurological ward RSSN Bukittinggi year 2016. Stroke is an acute vascular injury in the brain. This means that the stroke is a sudden and severe injury to the blood vessels of the brain. The sample in this research is 15 respondents. The research design used is quasy-experiment that is one-group pre-post test design by using t tests dependent. The average knowledge before the intervention is given as 1.80, after gave the intervention knowledge as much as 1.27 and an average difference of knowledge before and after the intervention as much as 0.533, 0.156 standard deviation, standard error 0.133. Statistical test results obtained p value of 0.001, it can be concluded that the effection of stroke education program for patient family discharged planning at Neurological ward RSSN Stroke Bukittinggi year 2016. Suggested in this research is expected health workers can provide health education and patient discharged planning as simple independent action that could be patients can do at home.

***Keywords : Stroke Education Program, Discharged Planning, Stroke
Bibliography : 20 (2005-2016)***

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

A. Identitas Diri

Nama : Sentosa
Tempat/ Tanggal Lahir : Batunanggai, 13 Juli 1994
Jenis Kelamin : Laki – laki
Agama : Islam
Jumlah Saudara : 4 Orang
Alamat : Batunanggai

B. Identitas Orang Tua

Nama Ayah : Bukhari Ismail
Nama Ibu : Mirhamah
Alamat : Batunanggai

C. Riwayat Pendidikan

1999 – 2000 : TK Aisyah Batunanggai
2000 – 2006 : SD N 17 Leter W
2006 – 2009 : SMP N 4 Tj. Raya
2009 – 2012 : SMA N 1 Tj. Raya
2012 – 2016 : STIKes Perintis Padang

KATA PENGANTAR



Segala puji dan syukur penulis ucapkan kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan karunia-Nya kepada penulis sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi dengan judul **“Pengaruh *Stroke Education Program* Terhadap Kesiapan Pulang Keluarga Pasien Stroke di Ruang Neurologi RSSN Bukittinggi Tahun 2016”**. Skripsi ini diajukan untuk menyelesaikan pendidikan Ilmu Keperawatan. Dalam penyusunan skripsi ini, peneliti banyak mendapatkan bimbingan dan bantuan dari berbagai pihak, maka dari itu pada kesempatan ini, peneliti menyampaikan ucapan terima kasih kepada:

1. Terima kasih kepada bapak (almarhum) Dr. H .Rafki Ismail M.Ph selaku pendiri kampus.
2. Bapak Yohandes Rafki, S.H,selaku ketua Yayasan Perintis Sumatera Barat, yang telah memberikan fasilitas dan sarana kepada penulis selama perkuliahan.
3. Bapak Yendrizaral Jafri, S.Kp, M. Biomed yang selaku Ketua STIKes Perintis Padang.
4. Ibu Ns. Yaslina, M.Kep, Sp.Kom selaku Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan STIKes Perintis Padang.
5. Ibu Ns. Lisa Mustika Sari, M.Kep selaku pembimbing I yang telah banyak memberikan bimbingan, arahan serta sumbangan pemikiran dalam penyusunan proposal penelitian ini.
6. Bapak Ns. Aldo Yuliano, S.Kep, MM selaku pembimbing II yang telah banyak memberikan bimbingan, arahan serta petunjuk dalam penyusunan proposal penelitian ini.

7. Kepada Tim Penguji Proposal Penelitian yang telah meluangkan waktu untuk memberikan pengarahannya, kritik maupun saran demi kesempurnaan skripsi ini.
8. Bapak dan Ibu dosen serta staf Program Studi Ilmu Keperawatan STIKes Perintis Padang yang telah banyak memberikan ilmu pengetahuannya, masukan, saran serta dukungan yang berguna dalam menyusun proposal ini.
9. Teristimewa keluarga yang selalu memberikan dukungan baik secara moril maupun secara materil serta do'a dan kasih sayangnya sehingga peneliti lebih semangat dalam menyelesaikan proposal penelitian ini.
10. Teman-teman Mahasiswa/i Program Studi Ilmu Keperawatan STIKes Perintis Padang angkatan 2012 yang banyak membantu serta memberikan masukan dalam menyelesaikan proposal penelitian ini.

Semoga skripsi ini bermanfaat bagi kita semua khususnya profesi keperawatan. Amin.

Bukittinggi, Agustus 2016

Peneliti

DAFTAR ISI

Hal

HALAMAN JUDUL	
LEMBAR PERSETUJUAN	
KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	iii
DAFTAR TABEL	v
DAFTAR SKEMA	vi
DAFTAR LAMPIRAN	vii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	4
C. Tujuan Penelitian	4
1. Tujuan Umum	4
2. Tujuan Khusus	4
D. Manfaat Penelitian	5
1. Bagi Peneliti	5
2. Bagi Institusi Pendidikan.....	5
3. Bagi Lahan Penelitian	6
E. RuangLingkupPenelitian.....	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Stroke	7
1. Pengertian Stroke	7
2. Jenis Stroke	7
3. Penyebab Stroke	9
4. Faktor Resiko Stroke	11
5. Manifestasi Klinis	17
6. Batasan Diet	18
B. Pemulangan.....	20
1. Indikator Pasien Pulang.....	21
2. Langkah – Langkah Persiapan Pemulangan.....	22
3. Persiapan Pulang	30

C. <i>Stroke Education</i>	32
1. Batasan dan Pengertian Pendidikan Kesehatan	32
2. Tujuan Pendidikan Kesehatan	34
3. Sasaran	35
4. Ruang Lingkup	35
5. Tahap – Tahap Kegiatan	38
6. <i>Stroke Education Program</i>	39
7. Peran Perawat	44
D. Kerangka Teori	45
BAB III KERANGKA KONSEP	
A. Kerangka Konsep	46
B. Defenisi Operasional.....	46
C. Hipotesis	48
BAB IV METODE PENELITIAN	
A. Desain Penelitian	49
B. Tempat Dan Waktu Penelitian	50
C. Populasi, Sampel, dan Sampling.....	50
1. Populasi	50
2. Sampel	50
3. Sampling.....	51
D. Pengumpulan Data.....	52
1. Alat Pengumpulan Data	52
2. Cara Pengumpulan Data.....	52
E. Cara Pengolahan Data dan Analisa Data	53
1. Cara Pengolahan Data	53
2. Analisa Data	54
F. Etika Penelitian	56
BAB V HASIL PENELITIAN	
A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian	59
B. Hasil Penelitian	59
C. Pembahasan	62
D. Keterbatasan Peneliti	77

BAB VI PENUTUP

A. Kesimpulan78

B. Saran79

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

No	Judul	Hal
1.	Tabel 3.1 Defenisi Operasional.....	47
2.	Tabel 5.1 Rata – Rata Pengetahuan Pasien Stroke sebelum diberikan <i>Stroke Education Program</i> di Ruang Neurologi RSSN Bukittinggi Tahun 2016	60
3.	Tabel 5.2 Rata – Rata Pengetahuan Pasien Stroke sesudah diberikan <i>Stroke Education Program</i> di Ruang Neurologi RSSN Bukittinggi Tahun 2016	60
4.	Tabel 5.3 Rata – Rata Pengetahuan Pasien Stroke sebelum dan sesudah diberikan <i>Stroke Education Program</i> di Ruang Neurologi RSSN Bukittinggi Tahun 2016	62

DAFTAR SKEMA

No	Judul	Hal
1.	Skema 1 Kerangka Teori.....	45
2.	Skema 2 Kerangka Konsep	46

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Persetujuan Menjadi Responden
Lampiran 2	Format Persetujuan (<i>Informed Consent</i>)
Lampiran 3	Prosedur <i>Stroke Education Program</i>
Lampiran 4	<i>Leaflet</i>
Lampiran 5	Lembar Balik
Lampiran 6	Kisi – Kisi Lembar Kuesioner
Lampiran 7	Kuesioner Penelitian
Lampiran 8	Tabulasi Data
Lampiran 9	Master Tabel
Lampiran 10	Surat Izin Pengambilan Data dan Penelitian
Lampiran 11	Surat Keterangan Melakukan Penelitian
Lampiran 12	Lembar Konsultasi

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Gangguan serebrovaskular yang paling sering terjadi adalah stroke. Adapun stroke merupakan penyakit atau gangguan fungsional otak berupa kelumpuhan saraf (*deficit neurologic*) akibat terhambatnya aliran darah ke otak (Dr. Iskandar Junaidi, 2011). Berdasarkan data WHO (2015) setiap tahunnya terdapat 15 juta orang di seluruh dunia menderita stroke. Di Indonesia, menurut Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (Balitbangkes) dilihat dari Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2015, terjadi peningkatan prevalensi (angka kejadian) stroke (dengan kriteria didiagnosis oleh tenaga kesehatan) dari 8,3 per 1000.

Di Sumatera Barat stroke menempati urutan ke 6 dari 33 propinsi dengan persentase 10,6% dengan jumlah penderita stroke 35.108 orang (Profil Dinas Kesehatan, 2015). Rumah Sakit Stroke Nasional (RSSN) Bukittinggi merupakan satu-satunya pusat stroke yang berada di Sumatera Barat yang merawat penderita stroke untuk memenuhi kebutuhan dasar. Penyakit stroke termasuk penyakit terbanyak yang ada di ruang unit rawat stroke di RSSN Bukittinggi. Berdasarkan data di Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi didapatkan angka kejadian stroke pada bulan Januari sampai Juni tahun 2016 sebanyak 3909 orang.

Penyakit stroke memberikan dampak pada berbagai sistem tubuh. Menurut Lewis (2007), pada umumnya stroke dapat menyebabkan lima tipe kecacatan/*disability*, yaitu : 1) paralisis atau masalah mengontrol gerakan, 2)

gangguan sensorik termasuk nyeri, 3) masalah dalam menggunakan atau mengerti bahasa, 4) masalah dalam berfikir dan memori, dan 5) gangguan emosional. Penderita stroke dapat mengalami kesulitan saat berjalan karena gangguan pada kekuatan otot, keseimbangan dan koordinasi gerak. Di rumah sakit peran perawat dalam memberikan asuhan keperawatan sangat dibutuhkan pasien agar sembuh dan dapat pulang untuk beraktivitas mandiri.

Setelah pasien dimungkinkan dan diperbolehkan pulang, pemberian nasehat tentang stroke dan penatalaksanaan dapat diberikan oleh petugas medis untuk dilaksanakan oleh keluarga termasuk pemberian makan. Pemberian nasehat atau pendidikan kesehatan merupakan salah satu dari peran perawat (Crips & Taylor, 2001). Pada dasarnya pendidikan kesehatan merupakan upaya – upaya terencana untuk mengubah perilaku individu, kelompok, keluarga, dan masyarakat (Notoatmdjo, 2003). Salah satu pendidikan kesehatan yang dapat diberikan pada pasien stroke adalah program pendidikan stroke (*stroke education program*), pasien dan keluarga diajarkan tentang penyakit dan memiliki kesempatan untuk mempraktikkan prosedur dan mempelajari tentang perawatan, medikasi dan diet khusus. Karena melakukan pendidikan kesehatan pada klien dan keluarga merupakan indikator pasien pulang (Notoatmdjo, 2003). Kegiatan ini dapat terintegrasi dalam asuhan keperawatan terkait persiapan pulang (*discharge planning*) yang tepat bagi pasien stroke dan keluarga. Perencanaan pulang merupakan proses yang digunakan untuk memutuskan apa yang menjadi kebutuhan pasien untuk berpindah dari satu unit pelayanan kesehatan menuju unit lain

termasuk perawatan di rumah. Perencanaan untuk pemulangan pasien dimulai saat pasien masuk ke fasilitas (Rosdahl & Kowalski, 2014).

Penelitian dengan menggunakan intervensi pendidikan kesehatan tentang stroke pernah dilakukan sebelumnya. Ratnasari Wahyuningsih (2013) melakukan penelitian dengan desain *Quasi Experiment pre dan post test design* pada 56 orang. Sample yang diambil dengan teknik *Purposive Sampling*. Hasil penelitian menunjukkan adanya pengaruh pendidikan kesehatan tentang stroke berpengaruh terhadap perilaku pencegahan stroke dengan p value sama dengan 0,003 ($P < 0,05$).

Penelitian yang dilakukan Diah Argarini (2011) dengan menggunakan desain *one group pretest and post test design* pada 21 pasien stroke. Metode yang diambil dalam pengambilan sampel adalah dengan *purposive sampling*, dan analisis yang digunakan adalah dengan menggunakan uji *Wilcoxon matched pairs*. Pada hasil diperoleh nilai p yang didapat adalah sebesar 0,001 ($0,001 < 0,05$) maka H_0 ditolak. Dengan demikian ada pengaruh perencanaan pemulangan terhadap kesiapan keluarga pasien menghadapi pemulangan pada pasien stroke.

Berdasarkan studi pendahuluan ke ruang Neurologi RSSN Bukittinggi, melalui wawancara kepada 2 orang dari 4 perawat jaga dinas siang, peneliti menyimpulkan perawat tidak melakukan standar operasional prosedur pendidikan kesehatan tentang *stroke education program* pada pasien stroke di ruangan pada saat persiapan pulang. Peneliti juga melakukan wawancara kepada 2 dari 4 pasien dan keluarga pasien stroke yang di rawat inap dan dipersiapkan dan diperbolehkan pulang mengatakan tidak

mendapatkan informasi tentang *stroke education program*, mereka mengatakan bahwa sebelum pulang, keluarga hanya diminta untuk mengurus administrasi dan diberikan obat-obatan untuk dikonsumsi setelah pulang dari rumah sakit. Berdasarkan fenomena tersebut diatas, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian yang berjudul “Pengaruh *stroke education program* terhadap kesiapan pulang keluarga pasien stroke di ruang Neurologi RSSN Bukittinggi tahun 2016”.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian diatas maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah pengaruh *stroke education program* terhadap kesiapan pulang keluarga pasien stroke di ruang Neurologi RSSN Bukittinggi tahun 2016.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Teridentifikasi pengaruh *stroke education program* terhadap kesiapan pulang keluarga pada pasien stroke di ruang Neurologi RSSN Bukittinggi tahun 2016.

2. Tujuan Khusus

a. Teridentifikasi rata-rata pengetahuan keluarga pasien stroke tentang stroke sebelum diberikan intervensi *stroke education program* di ruang Neurologi RSSN Bukittinggi tahun 2016.

- b. Teridentifikasi rata-rata pengetahuan keluarga pasien stroke tentang stroke setelah diberikan intervensi *stroke education program* di ruang Neurologi RSSN Bukittinggi tahun 2016.
- c. Teridentifikasi perbedaan rata-rata pengetahuan keluarga pasien stroke tentang stroke sebelum dan sesudah diberikan intervensi *stroke education program* di ruang Neurologi RSSN Bukittinggi tahun 2016.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Peneliti

Dapat menerapkan ilmu penelitian yang telah dipelajari dan sebagai salah satu pemenuhan syarat memperoleh gelar sarjana keperawatan. Dan juga menambah wawasan penelitian dalam bidang ilmu yang diteliti dan juga dapat mengembangkan kemampuan peneliti dalam membuat karya tulis ilmiah.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Memberikan sumbangan pemikiran khususnya bagi program studi ilmu keperawatan STIKes Perintis Padang. Yang kiranya dapat berguna sebagai informasi dan perbandingan atau juga pemahaman bagi peneliti lain, terutama yang berhubungan dengan stroke edukasi.

3. Bagi Lahan

Sebagai bahan masukan atau informasi untuk petugas kesehatan, organisasi profesi atau instansi terkait dengan masalah penelitian ini,

sehingga dapat menambah atau meningkatkan mutu pelayanan kesehatan khususnya terhadap kesiapan pulang keluarga pasien stroke.

E. Ruang Lingkup

Penelitian membahas tentang pengaruh stroke edukasi terhadap kesiapan pasien pulang. Variabel independen pada penelitian ini adalah *stroke education program* dan variabel dependen adalah kesiapan keluarga pasien pulang. Penelitian ini dilakukan pada pasien di ruang Neurologi RSSN Bukittinggi, yang dilakukan pada bulan Agustus 2016. Populasi pada penelitian ini adalah seluruh keluarga pasien stroke yang dipersiapkan pulang di ruang Neurologi RSSN Bukittinggi. Penelitian ini menggunakan metode penelitian *Quasi-Eksperimen* dengan *one group pretest-posttest*. Sampel di ambil dengan menggunakan teknik Acidental. Uji statistic yang di gunakan adalah paired T-test. Penelitian ini memberikan intervensi untuk kemudian dilihat dampaknya dan pengaruhnya.

BAB II

TINJAUAN KEPUSTAKAAN

A. Stroke

1. Pengertian Stroke

Stroke atau gangguan peredaran darah otak (GPDO) merupakan penyakit neurologis yang sering dijumpai dan harus ditangani secara cepat dan tepat. Stroke merupakan penyakit yang paling sering menyebabkan cacat berupa kelumpuhan anggota gerak, gangguan bicara, proses berfikir, daya ingat dan bentuk kecacatan lainnya sebagai akibat gangguan fungsi otak (Muttaqin, 2011).

Stroke adalah cedera vaskular akut pada otak. Ini berarti bahwa stroke adalah suatu cedera mendadak dan berat pada pembuluh-pembuluh darah otak (Feigin, 2007).

Dari batasan dan pengertian tersebut, disimpulkan bahwa pada dasarnya stroke merupakan gangguan suplai darah ke otak yang mengakibatkan terganggunya fungsi otak.

2. Jenis Stroke

Menurut Muttaqin (2011), klasifikasi stroke menurut patologi dari serangan stroke dibagi atas 2 bagian :

a. Stroke Hemoragik

Merupakan pendarahan serebri dan mungkin juga pendarahan subarachnoid. Stroke ini di sebabkan oleh pecahnya pembuluh darah di otak pada daerah otak tertentu. Biasanya terjadinya saat melakukan

aktifitas atau saat aktif, namun bisa juga terjadi saat istirahat. Kesadaran klien umumnya menurun.

Stroke hemoragik adalah disfungsi neurologis yang akut dan disebabkan oleh perdarahan primer substansi otak yang terjadi secara spontan bukan karena trauma tetapi disebabkan pecahnya pembuluh arteri, vena, dan kapiler. Perdarahan otak dibagi 2 yaitu :

1) Perdarahan intra serebri

Pecahnya pembuluh darah terutama karena hipertensi mengakibatkan darah masuk ke dalam jaringan otak, membentuk massa yang menekan jaringan otak dan menimbulkan edema otak. Peningkatan TIK dapat terjadi dengan cepat yang mengakibatkan kematian mendadak karena herniasi otak. Perdarahan intra serebri yang disebabkan hipertensi sering dijumpai di daerah putamen, thalamus, pons, dan serebellum.

2) Perdarahan Sub Arachnoid

Pendarahan ini berasal dari pecahnya aneurisme yang berawal dari pembuluh darah sirkulasi willis dan cabang-cabangnya yang terdapat di luar perankim otak. Pecahnya arteri dan keluarnya ke ruang subarachnoid menyebabkan TIK meningkat mendadak, meregangnya struktur peka nyeri dan vasospasme pembuluh darah serebri yang berakibat disfungsi otak global (nyeri kepala, penurunan kesadaran) maupun fokal (hemiparise, gangguan sensorik, afasia , dan lainnya). Vasospasme ini sering kali terjadi 3-5 hari setelah timbulnya perdarahan, mencapai puncaknya hari ke 5 sampai hari ke 9, dan dapat menghilang setelah minggu ke 2 sampai minggu ke 5.

b. Stroke Non Hemoragik

Dapat berupa iskemia atau emboli dan thrombosis serebri, biasanya terjadi saat setelah lama beristirahat, baru bangun tidur atau di pagi hari. Tidak terjadi perdarahan namun terjadi iskemia yang menimbulkan hipoksia dan selanjutnya dapat menimbulkan adema sekunder. Pada saat otak hipoksia, tubuh berusaha memenuhi O₂ melalui proses metabolik anaerob, yang dapat menimbulkan dilatasi pembuluh darah otak.

Klasifikasi stroke berdasarkan perjalanan penyakit atau stadiumnya dibagi menjadi :

- a) TIA, merupakan neurologic local yang terjadi selama beberapa menit sampai beberapa jam saja. Gejala yang timbul akan hilang dengan spontan dan sempurna dalam waktu kurang dari 24 jam.
- b) Stroke Involusi, merupakan stroke yang terjadi masih terus berkembang. Gangguan neurologis terlihat semakin berat dan bertambah buruk. Proses ini dapat terjadi 24 jam atau beberapa hari.
- c) Stroke Komplit, Gangguan neurologis yang timbul sudah menetap atau permanen dan dapat diawali oleh serangan TIA berulang

3. Penyebab Stroke

a. Stroke Iskemik

Hampir 85% stroke disebabkan oleh:

- 1) Sumbatan oleh bekuan darah.
- 2) Penyempitan sebuah arteri atau beberapa arteri yang mengarah ke otak.

- 3) Embolus (kotoran) yang terlepas dari jantung atau arteri ekstrakrani (arteri yang berada di luar tengkorak) yang menyebabkan sumbatan di suatu atau beberapa arteri intrakrani (arteri yang ada di dalam tengkorak).
- 4) Pada orang berusia lebih dari 65 tahun, penyumbatan dapat disebabkan oleh aterosklerosis.
- 5) Gangguan darah.
- 6) Peradangan.
- 7) Infeksi.

b. Stroke hemoragik

Stroke hemoragik disebabkan oleh perdarahan ke dalam jaringan otak (disebut hemoragia intraserebrum atau hematoma intraserebrum) atau ke dalam ruang subaraknoid, yaitu ruang sempit antara permukaan otak dan lapisan jaringan yang menutupi otak (disebut hemoragia subaraknoid). Ini adalah jenis stroke yang mematikan, tetapi relatif hanya menyusun sebagian kecil dari stroke total: 10-15% untuk perdarahan intraserebrum dan sekitar 5% untuk perdarahan subaraknoid.

Perdarahan dari sebuah arteri intrakranium biasanya disebabkan oleh aneurisma (arteri yang melebar) yang pecah atau karena suatu penyakit.

Penyakit yang menyebabkan dinding arteri menipis dan rapuh adalah penyebab tersering perdarahan intraserebrum. Penyakit semacam ini adalah hipertensi atau angiopati amiloid (di mana terjadi pengendapan protein di dinding arteri-arteri kecil di otak). Pecahnya sebuah aneurisma

merupakan penyebab tersering perdarahan subaraknoid, kadang satu-satunya gejala perdarahan subaraknoid adalah nyeri kepala, tetapi jika diabaikan gejala ini dapat berakibat fatal (Feigin, 2007).

4. Faktor Resiko Stroke

1) Hipertensi

Tekanan darah orang dewasa digolongkan sebagai normal jika tekanan darah sistolik (tekanan saat jantung berkontraksi) kurang dari 120 mmHg dan tekanan darah diastolik (tekanan saat jantung terisi darah) kurang dari 80 mmHg, berapa pun usia atau jenis kelamin mereka.

Tekanan darah tinggi disebut hipertensi. Meningkatnya risiko stroke dan penyakit kardiovaskular lain berawal pada tekanan 115/75 mmHg dan meningkat dua kali lipat setiap peningkatan 20/10 mmHg. Orang yang jelas menderita hipertensi (tekanan darah sistolik sama atau lebih besar dari 140 mmHg atau tekanan darah diastolik sama atau lebih besar dari 90 mmHg) memiliki risiko stroke tujuh kali lebih besar dibandingkan dengan mereka yang tekanan darahnya normal atau rendah.

2) Penyakit jantung.

Orang yang mengidap masalah jantung, misalnya angina, fibrilasi atrium, gagal jantung, kelainan katup, katup buatan, dan cacat jantung bawaan, berisiko besar mengalami stroke.

3) Aterosklerosis.

Aterosklerosis (mengerasnya arteri) adalah salah satu penyebab utama stroke, terutama stroke iskemia dan TIA.

4) Kadar kolesterol yang tinggi.

Meskipun zat lemak (lipid) merupakan komponen integral dari tubuh, kadar lemak darah (terutama kolesterol dan trigliserida) yang tinggi meningkatkan risiko aterosklerosis dan penyakit jantung koroner.

5) Serangan iskemik sesaat.

Sekitar 1 dari 100 orang dewasa akan mengalami paling sedikit satu kali serangan iskemik sesaat (*transient ascheamic attack* atau TIA) seumur hidup mereka.

6) Diabetes.

Diabetes melitus adalah suatu penyakit umum yang mengenai sekitar 1 dari 30 orang dewasa. Namun, mengidap penyakit ini akan menggandakan kemungkinan terkena stroke, karena diabetes menimbulkan perubahan pada sistem vaskular (pembuluh darah dan jantung) serta mendorong terjadinya aterosklerosis.

7) Jenis kelamin dan penuaan.

Pria berusia kurang dari 65 tahun memiliki risiko terkena stroke iskemik atau perdarahan intraserebrum lebih tinggi sekitar 20% daripada wanita.

8) Riwayat keluarga dan genetika.

Kelainan turunan sangat jarang menjadi penyebab langsung stroke. Namun, gen memang berperan besar dalam beberapa faktor risiko stroke, misalnya hipertensi, penyakit jantung, diabetes, dan kelainan pembuluh darah.

9) Aneurisma intrakranium yang belum pecah.

Aneurisma adalah suatu bagian di dinding arteri yang melemah dan menonjol keluar.

10) Migrain.

Migrain adalah bentuk khusus nyeri yang didiagnosis harus ditegakkan oleh dokter. Migrain, terutama jika didahului oleh sensasi kilatan cahaya (aura), adalah faktor risiko stroke bagi pria dan wanita, terutama wanita berusia kurang dari 50 tahun yang juga merokok dan menggunakan kontrasepsi oral. Namun, risiko stroke untuk mengidap migrain berkurang seiring dengan penambahan usia.

11) Masalah medis lain.

Sejumlah kelainan medis lain dapat berperan sebagai faktor risiko stroke. Kelainan tersebut mencakup berbagai gangguan darah, seperti penyakit sel sabit (*sickle-cell disease*) dan kelainan pembekuan darah lain, serta adanya antibodi antifosfolipid. Penyakit-penyakit ini relatif jarang menyebabkan stroke dan umumnya dijumpai pada pasien berusia kurang dari 45 tahun.

12) Merokok.

Merokok meningkatkan risiko terkena stroke empat kali lipat. Hal ini berlaku bagi semua jenis rokok (sigaret, pipa, dan cerutu) dan untuk semua tipe stroke, terutama perdarahan subaraknoid dan stroke iskemik.

13) Makanan yang tidak sehat.

Makanan yang tidak sehat dan tidak seimbang (misalnya, makanan yang kaya lemak jenuh, atau garam dan kurang buah serta sayuran) adalah salah satu faktor risiko stroke yang paling signifikan.

14) Kelebihan alkohol.

Meskipun mengonsumsi alkohol dalam jumlah ringan (kurang dari 30 gram per hari dan kurang dari 15 gram untuk wanita) mengurangi risiko stroke (terutama stroke iskemik), minum alkohol secara teratur melebihi jumlah ini, mabuk-mabukan (minum 75 gram alkohol atau lebih dalam periode 24 jam), dan alkoholisme (kecanduan alkohol) meningkatkan tekanan darah sehingga meningkatkan risiko stroke (terutama stroke hemoragik) beberapa kali lipat.

15) Inaktivitas fisik.

Orang yang kurang aktif secara fisik (mereka yang berolahraga kurang dari tiga kali atau kurang per minggu, masing-masing selama 30 menit) memiliki hampir 50% peningkatan risiko terkena stroke dibandingkan dengan mereka yang aktif.

16) Mendengkur dan apnea tidur.

Mendengkur sendiri bukanlah suatu faktor risiko stroke, namun jika disertai oleh apnea tidur (periode tidak bernapas berkala yang berlangsung lebih dari sepuluh detik), mendengkur dapat meningkatkan risiko terkena stroke sewaktu tidur.

17) Kontrasepsi oral.

Sebagian besar kontrasepsi oral mengandung estrogen dan progesteron; kontrasepsi gabungan ini disebut kontrasepsi oral kombinasi, dan pil ini dapat meningkatkan tekanan darah serta menyebabkan darah lebih kental dan lebih mudah membentuk bekuan/gumpalan.

18) Terapi insulin hormon.

Terapi insulin hormon (*hormone replacement therapy* atau HRT) diberikan kepada beberapa wanita menopause atau pascamenopause untuk meningkatkan kekuatan tulang mereka serta untuk mengurangi risiko kanker kolorektum. Namun, terdapat bukti bahwa HRT (terutama kombinasi estrogen dan progesteron) meningkatkan risiko stroke yang aktif.

19) Kehamilan.

Stroke jarang terjadi pada wanita usia subur, meskipun kehamilan telah lama dikenal sebagai suatu faktor yang meningkatkan risiko stroke pada wanita muda.

20) Stres dan depresi.

Kadang-kadang pekerjaan, hubungan pribadi, keuangan, dan faktor-faktor lain menimbulkan stres psikologis, dan penyebabnya tidak dapat selalu dapat dihilangkan. Meskipun sebagian besar pakar stroke menganggap bahwa serangan stres yang timbul sekali-sekali bukan merupakan faktor risiko stroke, namun stres jangka panjang dapat menyebabkan peningkatan tekanan darah dan kadar kolesterol.

21) Narkoba.

Heroin, amfetamin, kokain, fensiklidin, mariyuana, dan obat-obat untuk kesenangan lainnya dapat menyebabkan stroke akibat peradangan arteri dan vena, spasme (kejang) arteri di otak, disfungsi jantung, peningkatan pembekuan darah, atau peningkatan mendadak tekanan darah.

22) Kelebihan berat badan.

Kelebihan berat badan meningkatkan risiko stroke sekitar 15% dengan meningkatkan hipertensi, penyakit jantung, diabetes tipe-II, dan aterosklerosis. Juga, terdapat bukti-bukti bahwa kekurangan berat badan dapat meningkatkan risiko terkena perdarahan subaraknoid.

23) Faktor risiko lain.

Suhu tubuh yang rendah pada musim dingin dapat meningkatkan risiko stroke dapat meningkat tekanan darah dan mempermudah pembekuan darah, terutama pada orang berusia lanjut dan orang dengan risiko stroke.

Juga, terdapat bukti bahwa infeksi virus dan bakteri, bersama dengan faktor risiko lain, dapat sedikit meningkatkan risiko timbulnya stroke dengan meningkatkan kemampuan darah untuk membeku (Feigin, 2007).

5. Manifestasi Klinis

- a) Hilangnya kekuatan (atau timbulnya gerakan canggung) di salah satu bagian tubuh, terutama di satu sisi, termasuk wajah, lengan, atau tungkai.
- b) Rasa baal (hilangnya sensasi) atau sensasi tak lazim lain di suatu bagian tubuh, terutama jika hanya di salah satu sisi.
- c) Hilangnya penglihatan total atau parsial di salah satu sisi.
- d) Tidak mampu berbicara dengan benar atau memahami bahasa.
- e) Hilangnya keseimbangan, berdiri tak mantap, atau jatuh tanpa sebab.
- f) Serangan sementara jenis lain, seperti vertigo, pusing bergoyang, kesulitan menelan, kebingungan akut, atau gangguan daya ingat.
- g) Nyeri kepala yang terlalu parah, muncul mendadak, atau memiliki karakter tidak lazim, termasuk perubahan pola nyeri kepala yang tidak dapat diterangkan.
- h) Perubahan kesadaran yang tidak dapat dijelaskan atau kejang (Feigin, 2007).

6. Batasan diet

- a) Biji – bijian utuh.

Makan biji-bijian seperti jawawut, soba, oat dan jelai merupakan item makanan yang aman bagi para korban stroke. Biji-bijian ini

membantu dalam menurunkan kadar kolesterol dalam tubuh, sehingga menurunkan risiko terkena stroke kedua. Seluruh biji-bijian mengandung serat makanan yang secara signifikan dapat mengurangi kolesterol, yang akan membantu dalam mengurangi risiko stroke. Biji-bijian seperti gandum dan barley dapat dibuat menjadi bubur dengan susu skim dan sedikit gula dan diberikan kepada pasien stroke. Sebagaimana orang memiliki tingkat energi yang rendah setelah stroke, mengonsumsi makanan lembut seperti bubur gandum utuh akan membantu dalam mendapatkan kembali kesehatan dan energi.

b) Batasi asupan sodium

Ketika menyusun diet untuk pasien stroke, tujuannya harus untuk mencegah stroke lain dan memulihkan tubuh mengembalikan kekuatannya yang hilang. Mempertahankan tekanan darah yang ideal adalah salah satu cara utama di mana Anda dapat mengurangi risiko stroke lain. Tekanan darah tinggi dapat dikontrol dengan membatasi asupan natrium dan makan makanan rendah natrium. Makanan olahan yang mengandung jumlah tinggi garam harus benar-benar dihindari. Diet korban stroke harus bebas dari garam sebanyak mungkin dan makanan dapat dibumbui dengan penggunaan rumput laut dan rempah segar dan kering sebagai gantinya.

c) Meningkatkan asupan buah dan sayuran.

Buah-buahan musiman dan sayuran segar harus dimasukkan dalam diet yang dirancang untuk korban stroke. Karena sebagian besar

korban stroke mengalami kesulitan mengunyah dan menelan makanan padat, karena itu buah-buahan dan sayuran diproses menjadi bubur dapat diberikan. Jika pasien tidak suka buah-buahan dan sayuran dalam bentuk bubur, maka pilihan yang lebih baik adalah dengan membuat smoothies dengan buah-buahan musiman dan sup dengan sayuran. Makanan dapat dibumbui dengan rempah segar secukupnya untuk membuatnya lebih enak. Minimal lima porsi buah diperlukan untuk pulih dari stroke.

d) Batasi asupan lemak jenuh.

Lemak jenuh dalam makanan tinggi lemak dan daging merah meningkatkan tingkat kolesterol dalam tubuh. Hal ini menyebabkan pembentukan plak di pembuluh darah, yang menyebabkan penyempitan pembuluh darah yang menyebabkan penggumpalan darah. Hal ini dapat menyebabkan kejadian stroke kedua. Untuk menghindari kemungkinan seperti itu, korban stroke harus membatasi asupan lemak jenuh. Jumlah lemak jenuh tinggi dalam makanan olahan dan gorengan dan mereka harus benar-benar dihindari.

e) Masukkan protein tanpa lemak.

Protein adalah komponen penting dari diet korban stroke yang mengarah ke pemulihan yang cepat. Potongan daging tanpa lemak dan daging putih harus dimasukkan ke dalam diet. Ikan yang mengandung asam lemak esensial omega 3 juga harus membentuk bagian dari diet pasien stroke. Dada ayam tanpa kulit adalah

beberapa sumber terbaik dari protein dan mereka dapat disajikan dengan dikukus dan direbus untuk mengurangi kadar lemaknya (Ardianto, 2013).

B. Pemulangan

Perencanaan untuk pemulangan pasien dimulai saat pasien masuk ke fasilitas. Rencana asuhan keperawatan diperbarui dan diselesaikan selama pasien dirawat inap. Saat pulang, masalah keperawatan dapat terselesaikan atau mengalami kemajuan ke arah resolusi dan rencana tindak lanjut. Pasien dan keluarga diajarkan tentang penyakit, mereka memiliki kesempatan untuk mempraktekkan prosedur dan mempelajari tentang perawatan, medikasi, dan diet khusus. Pasien diberi informasi seperti siapa yang harus dihubungi jika terdapat pertanyaan atau masalah. Pemulangan dari pusat rehabilitasi serupa pemulangan dari fasilitas perawatan jangka panjang, dengan tujuan pemulangan pasien ke rumah adalah untuk melaksanakan perawatan diri dengan segera.

Untuk menentukan bahwa pasien dan anggota keluarga sudah paham, penting agar mereka mampu mengungkapkan informasi dan melakukan demonstrasi ulang tentang prosedur (Rosdahl & Kowalski, 2014).

1. Indikator Pasien Pulang

- a. Melakukan pendidikan kesehatan pada klien dan keluarga berkaitan dengan (1) informasi tentang penyakit seperti tanda dan gejala, komplikasi, (2) informasi tentang obat – obatan dirumah, (3)

informasi tentang pengobatan dan perawatan lanjutan seperti perawatan diri (makan dan minum, kebersihan diri, penggunaan kamar mandi, latihan fisik, cara berpindah) dan pengendalian faktor resiko (hipertensi, diet, aktivitas fisik, merokok, kolesterol, dan sebagainya) serta pengontrolan/pemeriksaan kesehatan ulang, (4) sumber pelayanan kesehatan di masyarakat yang dapat digunakan (Potter & Perry, 2005)

- b. Memberikan kesempatan klien dan keluarga untuk bertanya atau berdiskusi tentang isu yang berkaitan dengan perawatan di rumah.
- c. Melakukan evaluasi pada klien dan keluarga terhadap demonstrasi yang telah dilakukan seperti cara penggunaan alat bantu berjalan.
- d. Melakukan dokumentasi terhadap informasi yang diberikan meliputi diagnosis penyakit, pengkajian yang dilakukan dan hasilnya, obat – obatan dan masa pengobatan, pengajuan atau perkembangan penyakit, kemampuan dan pemulihan, tim rencana perawatan, investigasi lain yang dibutuhkan pelayanan kesehatan utama dan rumah sakit, waktu, rencana pemindahan, nama pasien, dokter dan perawat, nomor telepon yang dapat dihubungi dan kapan informasi serta pemulangan dilakukan (Beg *et al*, 2002, dalam Yaslina, 2012).

2. Langkah-Langkah Persiapan Pemulangan

- a. Penentuan Length of Stay (LOS)

Penentuan LOS merupakan hal yang paling penting dalam discharge planning. Karena dengan dasar inilah seluruh

perencanaan pulang pasien dibuat dan dilaksanakan. Agar LOS ini dapat ditentukan dengan baik, diperlukan upaya-upaya berikut ini:

- 1) Prioritaskan pada diagnosis penyakit rawat inap terbanyak.
- 2) Penentuan LOS harus dengan persetujuan dan kesepakatan kelompok dokter spesialis terkait.
- 3) Data LOS yang sudah disepakati dan disetujui, dilakukan sosialisasi kepada seluruh pihak-pihak yang terlibat; dokter spesialis, dokter ruangan, perawat, petugas admission, dll.
- 4) Data LOS terus dilakukan pemantauan, evaluasi, dan pemutakhiran berdasarkan data riil yang terjadi.
- 5) Penting untuk dipahami, bahwa data LOS bukan untuk memastikan lama rawat, tetapi sebagai bahan perkiraan dan perencanaan.
- 6) Keputusan memulangkan pasien tetap dikembalikan kepada kondisi klinis pasien dan diputuskan oleh dokter yang merawat.

b. Penentuan Jadwal Jam Kepulangan Pasien

Setelah LOS ditentukan, hal berikutnya adalah penentuan jam berapa pasien akan dipulangkan. Pasien perlu dipulangkan pada waktu yang tetap setiap harinya. Hal ini penting, dan dalam Lean Thinking ini disebut dengan Standard Work. Dengan tetapnya jadwal waktu kepulangan pasien, maka pekerjaan-pekerjaan yang terkait dengannya dapat direncanakan. Jika kepulangan pasien mempunyai jam yang tetap setiap harinya, maka alokasi staf pun dapat direncanakan dengan baik mengikuti jadwal tersebut.

Penetapan jam kepulangan pun mempunyai implikasi ekonomi. Misalnya batas waktu check-out adalah jam 12.00 WIB. Maka jika pasien dapat dipulangkan sebelum jam 12.00 WIB, pasien mendapat keuntungan berupa tidak membayar ekstra akibat melampaui batas waktu check-out. Rumah sakit pun dapat terhindar dari kerugian berlipat ganda, yaitu:

1. Pasien baru tidak dapat masuk akibat pasien lama belum keluar.
 2. Pasien lama tidak mau membayar ekstra jika penyebab keterlambatannya adalah pihak rumah sakit.
 3. Terjadi antrian panjang di admission sampai UGD akibat ketidakpastian jadwal kepulangan.
 4. Peningkatan keluhan pasien.
 5. Terjadi kejadian yang tidak diharapkan akibat pasien yang perlu penanganan lebih lanjut gagal masuk rawat inap lebih cepat.
- c. Pengaturan Jadwal Visit Dokter

Agar jadwal jam kepulangan pasien ini dapat terlaksana dengan baik, perlu kesepakatan dengan seluruh dokter yang merawat pasien. Kesepakatan itu adalah:

1. Dokter yang merawat pasien dapat visit sebelum jadwal jam kepulangan pasien. Misal: jam kepulangan pasien adalah jam 10 pagi. Maka dokter visit jam 8 pagi.
2. Jika dokter tidak dapat visit pagi, maka perlu ada kesepakatan dimana dokter menyetujui kepulangan pasien tanpa menunggu

kedatangannya, atau yang biasa disebut dengan istilah TUTD (tidak usah tunggu dokter).

3. Dokter yang merawat pasien dapat mendelegasikan penilaian klinis akhir untuk penentuan boleh tidaknya pasien pulang kepada dokter ruangan/case manager dengan berdasarkan kepada criteria kepulangan yang jelas.

d. Menyusun Pedoman Kriteria Masuk/Keluar Pasien

Diperlukan kesepakatan untuk criteria masuk/keluar pasien yang jelas. Misal: criteria keluar/masuk untuk:

1. UGD
2. Rawat Inap
3. ICU/ICCU
4. Isolasi
5. DII

Dengan criteria itu, setiap staf yang bertugas di tempat-tempat tersebut terbantu secara sistim untuk menilai kapan seorang pasien boleh masuk atau keluar dari tersebut. Faktor waktu/response time termasuk dalam penentuan criteria tersebut. Misal: di UGD harus ada criteria masuk dan keluar UGD disertai response time berapa lama waktu yang dibutuhkan oleh pasien sejak masuk sampai dilayani dokter. Juga berapa lama maksimal pasien diperbolehkan tetap ada di UGD.

e. Discharge Lounge

Discharge lounge adalah ruang transit pasien yang sudah boleh pulang. Ruang ini digunakan oleh pasien dan keluarganya dalam keadaan pasien sudah boleh pulang, tapi karena satu dan lain hal belum dapat pulang. Misalnya: administrasi belum selesai, menunggu jemputan, dll.

Manfaat discharge lounge ini sangat besar. Karena, pasien yang akan masuk rawat inap tidak terhambat akibat pasien lama belum keluar. Antrian rawat inap pun dapat dihindarkan. Begitupun dengan rangkaian antrian proses di belakangnya. Sebaliknya, pasien lama tetap dapat menunggu penyelesaian masalahnya di rumah sakit dan tetap mendapat pelayanan dari rumah sakit.

Agar discharge lounge ini efektif, diperlukan penataan sebagai berikut:

1. Ruangan cukup luas agar dapat menampung sejumlah orang dalam jumlah cukup sesuai kondisi rumah sakit.
2. Keselamatan pasien tetap menjadi perhatian utama. Sehingga diperlukan perawat yang berjaga di ruang tersebut selama ada pasien. Ruangan perlu dilengkapi juga dengan peralatan medis gawat darurat.
3. Sedapat mungkin ruangan terletak di area yang strategis agar memudahkan lalu lintas pasien yang hendak pulang. Misal: di area sekitar lobby rumah sakit di lantai 1.

4. Dilengkapi dengan fasilitas untuk kenyamanan pasien/keluarganya selama menunggu.

f. Tim Multidisiplin

Tim multidisiplin adalah tim yang anggotanya terdiri dari semua pihak yang terlibat dalam proses kepulangan pasien. Sudah barang tentu tim ini anggotanya adalah: dokter, perawat, penunjang, admission, kasir, housekeeping, security, dan lain-lain yang diperlukan sesuai kondisi rumah sakit.

Tim ini selanjutnya menjadi 'steering committee' bagi discharge planning. Tim ini bertugas membuat segala hal mulai dari perencanaan, kebijakan, prosedur, koordinasi, pengawasan, sampai penanganan keseluruhan masalah yang berkaitan dengan discharge planning. Secara rinci, hal-hal yang harus dilakukan tim ini antara lain:

1. Membuat kebijakan discharge planning
2. Membuat Integrated Care Pathway untuk discharge planning.
3. Mengkoordinir pembuatan checklist criteria kepulangan pasien, kelengkapan kepulangan pasien, dll.
4. Mengkoordinir penetapan LOSMembuat uraian tugas pihak-pihak terkait sehubungan dengan discharge planning.
5. Dll.

g. Tim Dokter Ruangan/Case Manager

Tim ini bertugas sebagai pengendali harian discharge planning.

Tugasnya adalah:

1. Mengedukasi pasien perihal discharge planning saat awal masuk rawat inap.
2. Memberi informasi rencana penatalaksanaan yang akan diberikan kepada pasien selama di rumah sakit.
3. Melakukan pemantauan kesesuaian antara LOS yang direncanakan dengan kondisi klinis pasien.
4. Berkoordinasi dengan dokter owner perihal discharge planning yang direncanakan dengan kondisi klinis pasien.
5. Dll.

h. Discharge Coordinator

Posisi ini dipegang oleh perawat ruangan. Biasanya dijabat oleh kepala ruangan saat jam kerja, dan Nurse in Charge di luar jam kerja. Tugasnya adalah mengkoordinasikan seluruh aktifitas perawatan pasien dalam rangka discharge planning, misalnya:

1. Menanyakan kepada pihak tim dokter ruangan perihal kepastian kepulangan pasien.
2. Mempersiapkan segala sesuatu yang diperlukan untuk kepulangan pasien satu hari sebelum kepulangan pasien, seperti: administrasi, retur obat, persiapan obat yang akan dibawa pulang, pemeriksaan penunjang, discharge summary, transportasi pasien saat pulang, dll.
3. Melakukan koordinasi pada hari kepulangan pasien, sehingga pasien dapat pulang tepat waktu.

4. Jika pasien tidak dapat pulang tepat waktu, koordinasi dengan pihak discharge lounge untuk penanganan selanjutnya.

5. Dll.

i. Penentuan Hal-Hal Yang Harus Diselesaikan Pada 24 jam Sebelum Kepulangan

Agar pada hari kepulangan pasien dapat pulang dengan cepat, maka perlu direncanakan segala hal yang dapat diselesaikan sehari sebelum kepulangan. Hal-hal itu diantaranya adalah:

1. Retur obat. Resep obat yang akan dibawa pulang.
2. Discharge summary. Surat Keterangan Sakit.
3. Rencana pemeriksaan penunjang terakhir (lab, radiologi, dll).
4. Klaim asuransi.
5. Dll.

Hal-hal di atas dikoordinasikan perencanaannya oleh discharge coordinator.

j. Program Aplikasi Bed Management

Program aplikasi ini akan membantu admission dan perawat di ruang rawat memantau ketersediaan bed. Dengan program aplikasi ini, pihak ruang rawat dapat menentukan sebuah bed (tempat tidur) dalam keadaan kosong setelah pasien keluar dari kamar, kapan rencana pulang, dll. Dengan informasi itu, pihak admission tanpa perlu menelepon ruang rawat, dapat mengetahui ketersediaan bed. Sehingga admission dapat menerima atau merencanakan pasien masuk. Selanjutnya, pihak rawat inap pun kemudian mengetahui

bahwa sebuah bed/kamar sudah dipesan, sehingga mereka dapat melakukan persiapan penerimaan pasien (Santoso, 2012).

3. Persiapan pulang

Memberi penyuluhan sambil mempersiapkan pasien untuk pulang mencakup:

- a. Berikan daftar suplai yang dibutuhkan pasien. Jika pasien tidak akan mampu mendapatkan suplai dengan segera, sebagian besar fasilitas mengizinkan perawat mengirim suplai ke pasien yang akan digunakan selama satu atau dua hari dirumah.
- b. Deskripsikan jumlah istirahat yang akan dibutuhkan pasien dan aktivitas yang diizinkan serta durasinya. Deskripsikan dan demonstrasikan olah raga yang dianjurkan serta regimen berjalan secara detail.
- c. Buat rincian pembatasan diet, seperti makanan yang harus dimakan pasien dan jumlahnya; makanan yang diperlukan setiap hari; dan makanan yang tidak diizinkan dalam program diet pasien. Ahli gizi harus memberikan konsultasi kepada pasien mengenai diet khusus dan bersedia untuk menjawab pertanyaan.
- d. Tunjukkan kepada pemberi asuhan bagaimana melaksanakan perawatan pribadi; merapikan tempat tidur, memandikan pasien di tempat tidur, memindahkan dan mengganti posisi pasien, memasang dan melepas pispot, menyesuaikan bantal, dan mempertahankan kesejajaran tubuh dan integrasi kulit untuk pasien

yang berbaring di tempat tidur di rumah. Biarkan pemberi asuhan melaksanakan praktik dan memeragakannya kembali kepada Anda.

- e. Demostrasikan cara menggunakan perlengkapan dan perawatan dan minta pemberi asuhan mendemonstrasikan kembali kepada Anda.
- f. Pahami dan sampaikan pilihan pasien tentang bagaimana terapi dilakukan.
- g. Tekankan peningnya perawatan diri dan membangun kemandirian serta harga diri pasien. Ajarkan keluarga untuk mendorong pasien melakukan perawatan diri sebanyak – banyaknya dan sedini mungkin.
- h. Berikan informasi mengenai pelayanan kesehatan masyarakat dan pelayanan keperawatan di rumah. Berikan nomor telepon yang dapat dihubungi kepada pasien/keluarga jika pelayanan dibutuhkan atau jika memerlukan bantuan untuk mengatur pelayanan.
- i. Jelaskan di mana dapat membeli atau menyewa perlengkapan.
- j. Informasikan keluarga apabila perlengkapan pengganti dapat digunakan.
- k. Deskripsikan pemberian medikasi, seperti bagaimana dan kapan mengonsumsi medikasi dan apa efek samping yang tidak diinginkan. Berikan pedoman tertulis kepada pasien/keluarga untuk pemberian medikasi dan daftar kemungkinan efek samping. Pastikan pasien dan keluarga memahami pentingnya keakuratan.
- l. Identifikasi situasi yang mengharuskan pasien diperiksa oleh penyedia layanan kesehatan primer. Berikan daftar tanda dan gejala

- yang berpotensi merugikan yang akan memerlukan perhatian darurat dengan segera. Tuliskan nama dan nomor telepon penyedia ini dan informasi tentang bagaimana menghubungi orang ini atau mendapatkan bantuan darurat.
- m. Tuliskan nomor telepon unit rumah sakit anda sehingga pasien dapat menelepon jika ia memiliki pertanyaan.
 - n. Komunikasikan tanggal, waktu, dan lokasi jadwal pemeriksaan berikutnya jika diketahui. Ini juga harus diberikan kepada pasien/keluarga dalam bentuk tulisan sebagai bagian dari instruksi pulang.
 - o. Diskusikan dengan dokter tentang perujukan ke keperawatan kesehatan masyarakat, jika tim merasa bahwa pasien dan/atau keluarga tidak mampu menangani perawatan pasien dengan aman di rumah.
 - p. Pastikan pasien menerima semua barang pribadinya. Keluarkan benda- benda pribadi dari ruang penyimpanan di rumah sakit jika pasien dan keluarga tidak mampu melakukannya (Rosdahl & Kowalski, 2014).

C. Stroke Education

1. Batasan dan Pengertian Pendidikan Kesehatan

Menurut Prof. Dr. M. J. Langvelt, pendidikan adalah setiap usaha, pengaruh, perlindungan, dan bantuan yang dilakukan pada anak untuk menjadi dewasa. Ciri orang dewasa ditunjukkan oleh kemampuan secara fisik, mental, moral, sosial, dan emosional. Menurut GBHN (Garis – Garis

Besar Haluan Negara), pendidikan adalah usaha sadar untuk mengembangkan kepribadian dan kemampuan di dalam dan diluar sekolah yang berlangsung seumur hidup.

Sementara menurut Notoatmojo, pendidikan secara umum adalah segala upaya yang direncanakan untuk memengaruhi orang lain sehingga mereka melakukan apa yang diharapkan oleh pelaku pendidikan. Pengertian tersebut mengandung tiga unsur pendidikan yang meliputi *Input* (sasaran dan perilaku pendidikan), *Proses* (upaya yang direncanakan), dan *Output* (perilaku yang diharapkan). Dari beberapa pendapat tersebut, disimpulkan bahwa pendidikan pada dasarnya adalah segala upaya yang terencana untuk memengaruhi, memberikan perlindungan dan bantuan sehingga peserta memiliki kemampuan untuk berperilaku sesuai harapan. Pendidikan dapat dikatakan juga sebagai proses pendewasaan pribadi.

Dengan demikian, pendidikan kesehatan adalah proses perubahan perilaku yang dinamis, bukan hanya proses pemindahan materi dari individu ke orang lain dan bukan sepernagkat prosedur yang akan dilaksanakan ataupun hasil yang akan dicapai (Nyswander, 1947). Proses perkembangan akan selalu berubah secara dinamis karena individu dapat menerima atau menolak keterangan baru, sikap baru, dan perilaku baru yang berhubungan dengan tujuan hidup. Menurut Wood (1929), pendidikan kesehatan adalah sejumlah pengalaman yang berpengaruh secara menguntungkan terhadap kebiasaan, sikap, dan pengetahuan terkait dengan kesehatan individu, masyarakat, dan bangsa. Semuanya

dipersiapkan untuk mempermudah penerimaan secara suka – rela perilaku yang akan meningkatkan atau memelihara kesehatan (Azwar, 1983).

Joint Committe on Terminology in Health Education of United States (1973), mengartikan pendidikan kesehatan merupakan proses yang mencakup dimensi dan kegiatan – kegiatan intelektual, psikologi, dan sosial yang diperlukan untuk meningkatkan kemampuan individu dalam mengambil keputusan secara sadar dan yang mempengaruhi kesejahteraan diri, keluarga, dan masyarakat. Proses ini didasarkan pada prinsip – prinsip ilmu pengetahuan yang memberi kemudahan untuk belajar dan perubahan perilaku, baik bagi tenaga kesehatan maupun bagi pemakai jasa pelayanan, termasuk anak-anak dan remaja.

Dari batasan dan pengertian pendidikan kesehatan tersebut, disimpulkan bahwa pada dasarnya pendidikan kesehatan merupakan upaya – upaya terencana untuk mengubah perilaku individu, kelompok, keluarga, dan masyarakat. Hal tersebut juga menunjukkan bahwa pendidikan kesehatan membutuhkan pemahaman yang mendalam, karena melibatkan berbagai istilah atau konsep seperti perubahan perilaku dan proses pendidikan.

2. Tujuan Pendidikan Kesehatan

Secara umum, tujuan pendidikan kesehatan adalah mengubah perilaku individu atau masyarakat di bidang kesehatan (WHO, 1954). Akan tetapi, perilaku mencakup hal yang luas sehingga perilaku perlu dikategorikan secara mendasar sehingga rumusan tujuan pendidikan kesehatan dapat dirincikan sebagai berikut,

- a. Menjadikan kesehatan sebagai sesuatu yang bernilai di masyarakat. Oleh sebab itu, pendidikan kesehatan bertanggung jawab mengarahkan cara –cara hidup sehat menjadi kebiasaan hidup masyarakat sehari – hari.
- b. Menolong individu agar mampu secara mandiri atau berkelompok mengadakan kegiatan untuk mencapai tujuan hidup sehat.
- c. Mendorong pengembangan dan penggunaan secara tepat sarana pelayanan kesehatan yang ada. Adakalanya, pemanfaatan sarana pelayanan yang ada dilakukan secara berlebihan atau justru sebaliknya, kondisi sakit, tetapi tidak menggunakan sarana kesehatan yang ada dengan semestinya.

3. Sasaran

Sesuai dengan program pembangunan Indonesia, sasaran pendidikan kesehatan meliputi masyarakat umum dengan berorientasi pada masyarakat pedesaan, kelompok tertentu (misalnya, wanita, pemuda, remaja, termasuk lembaga pendidikan), dan individu dengan teknik pendidikan kesehatan individual.

4. Ruang Lingkup

Ruang lingkup pendidikan kesehatan, baik sebagai ilmu maupun seni sangat luas karena karena mencakup segi kehidupan masyarakat. Pendidikan kesehatan selain merupakan salah satu faktor dalam usaha meningkatkan kesehatan dan kondisi sosial masyarakat (berkaitan erat dengan Ilmu Sosial Budaya), juga memberikan bantuan dalam setiap program kesehatan.

Ruang lingkup pendidikan kesehatan didasarkan pada aspek kesehatan, tatanan atau tempat pelaksanaan, dan tingkat pelayanan (Notoatmodjo, 2003).

1) Berdasarkan Aspek Kesehatan

a. Aspek promotif

Sasaran pendidikan adalah kelompok orang sehat (80 – 85 % populasi). Derajat kesehatan cukup dinamis meskipun dalam kondisi sehat, tetapi perlu ditingkatkan dan dibina kesehatannya.

b. Aspek pencegahan dan penyembuhan

Pada aspek ini, upaya pendidikan kesehatan mencakup tiga upaya atau kegiatan.

1) Pencegahan tingkat pertama (primer)

Sasaran pendidikan adalah kelompok risiko tinggi (misalnya, ibu hamil dan menyusui, perokok, obesitas, dan pekerja seks). Tujuan upaya pendidikan adalah menghindarkan mereka tidak jatuh sakit atau terkena penyakit.

2) Pencegahan tingkat kedua (sekunder)

Sasaran pendidikan adalah penderita penyakit kronis (misalnya, asma, DM, dan TBC). Tujuan pendidikan adalah memberi penderita kemampuan mencegah penyakit bertambah parah.

3) Pencegahan tingkat ketiga (tersier)

Sasaran pendidikan adalah kelompok pasien yang baru sembuh. Tujuannya adalah memungkinkan penderita segera pulih kembali dan mengurangi kecacatan seminimal mungkin.

2) Berdasarkan Tataan atau Tempat Pelaksanaan

- a. Tataan keluarga, sasaran utama adalah orang tua.
- b. Tataan sekolah, sasaran utama adalah guru.
- c. Tataan tempat kerja, sasaran utama adalah pemilik, pemimpin, atau manajer.
- d. Tataan tempat umum, sasaran adalah para pengelola TTU.
- e. Fasilitas pelayanan kesehatan, sasaran adalah pimpinan fasilitas kesehatan.

3) Berdasarkan Tingkat Pelayanan

Ruang lingkup pendidikan kesehatan dengan konsep “*five levels of prevention*” (Leavell dan Clark, 1965).

- a. *Health promotion* (peningkatan kesehatan).
- b. *Specific protection* (perlindungan khusus)
- c. *Early diagnosis and prompt treatment* (diagnosis dini dan pengobatan segera).
- d. *Disability limitation* (pembatasan kemungkinan cacat).
- e. *Rehabilitation* (rehabilitasi).

5. Tahap – Tahap Kegiatan

Mengubah perilaku seseorang tidak semudah membalikkan telapak tangan. Oleh karena itu, kegiatan pendidikan kesehatan dilaksanakan secara ilmiah melalui tahap sensitisasi, publisitas, edukasi, dan motivasi (Harlon, 1964 dalam Azwar, 1983).

a. Tahap Sensitisasi

Untuk tahap ini, dilakukan pemberian informasi untuk menumbuhkan kesadaran pada masyarakat terhadap adanya hal - hal penting berkaitan dengan kesehatan (misalnya, kesadaran terhadap adanya pelayanan kesehatan, fasilitas kesehatan, dan kegiatan imunisasi). Kegiatan pada tahap ini, tidak dimaksudkan untuk meningkatkan pengetahuan dan tidak mengarah pada perubahan sikap serta tidak atau belum bermaksud mengubah perilaku tertentu. Kegiatan tersebut hanya sebatas pemberian informasi tertentu. Bentuk kegiatan berupa radio *spot*, poster, dan selebaran.

b. Tahap Publisitas

Tahap ini merupakan kelanjutan tahap sensitisasi yang bertujuan menjelaskan lebih lanjut jenis pelayanan kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan, misalnya di puskesmas, posyandu, polindes, dan pustu.

c. Tahap Edukasi

Tahap selanjutnya adalah tahap edukasi, yang bertujuan meningkatkan pengetahuan, mengubah sikap, dan mengarahkan perilaku yang diinginkan oleh kegiatan tersebut. Cara yang digunakan adalah dengan belajar mengajar.

d. Tahap Motivasi

Tahap ini merupakan kelanjutan dari tahap edukasi. Ini berarti bahwa setelah mengikuti pendidikan kesehatan, individu atau masyarakat mampu mengubah perilaku sehari – hari sesuai dengan perilaku yang dianjurkan. Kegiatan – kegiatan dilakukan secara berurutan dan

bertahap. Oleh karena itu, pendidikan kesehatan harus menguasai ilmu komunikasi untuk tahap sensitisasi dan publisitas serta menguasai ilmu belajar mengajar untuk melaksanakan pendidikan kesehatan pada tahap edukasi dan motivasi.

6. *Stroke Education Program*

Dikutip dari *Stroke Education for Patients and Family* terbitan UPMC (*University Pierre and Marie Curie University*), faktor resiko yang dapat diinformasikan kepada pasien berupa.

a. Apa saja yang menjadi faktor resiko

Sebuah faktor resiko adalah apapun yang meningkatkan penyakit, kecelakaan, atau peristiwa negatif. Faktor resiko meliputi:

1. Riwayat penyakit.
2. Genetik.
3. Kebiasaan hidup.
4. Gaya hidup.
5. Aspek lingkungan.

b. Stroke dan faktor resiko

Stroke terjadi ketika darah otak berhenti mengalir atau bocornya darah dalam jaringan otak. Suplai oksigen ke bagian otak terhenti, karena sel otak di are tersebut akan mati. Ini berarti beberapa bagian tubuh tidak bisa menjalankan fungsinya.

c. Faktor resiko yang tidak dapat diubah

1. Umur.
2. Gender.

3. Ras.
 4. TIA.
 5. Riwayat keluarga
- d. Faktor resiko yang dapat dikontrol
1. Merokok.
 2. Tekanan darah tinggi (hipertensi).
 3. Kolesterol tinggi.
 4. Penyakit karotis.
 5. Penyakit jantung.
 6. Serangan jantung.
 7. Penyakit katup jantung.
 8. Diabetes.
 9. Obesitas.
 10. Kurang aktivitas fisik.
 11. Mengonsumsi alkohol, kopi dan obat – obatan.
 12. Kekurangan nutrisi.
 13. Stres.
 14. Estrogen.
- e. Tanda – tanda peringatan stroke.
- a) Apa yang menjadi peringatan
1. Mati rasa, lemah, atau kelumpuhan pada wajah, lengan atau kaki (di satu atau kedua bagian tubuh).
 2. Penglihatan mengabur atau menurun (di satu atau kedua mata).
 3. Gangguan bicara. Pusing, hilang keseimbangan.

4. Tiba – tiba sakit kepala.

b) Tindakan cepat

Jika menemukan satu atau lebih tanda peringatan stroke, segera telpon ambulan, telpon paramedis.

Disaat dokter sudah memperbolehkan pasien stroke pulang, maka mulai saat itulah sebenarnya peran keluarga menjadi sangat besar terhadap kesembuhan pasien. Perlu diingat bahwa stroke seringkali meninggalkan gejala sisa yaitu kelumpuhan, kelemahan, bahkan gangguan berkomunikasi yang kesembuhannya dapat terjadi dalam kurun waktu yang sangat lama bahkan dapat juga gejala itu akan terus menetap. Oleh karena itu apabila keluarga dari pasien yang mengalami stroke, sangat penting untuk tidak putus asa, terus menyemangati diri sendiri dan terutama keluarga anda yang stroke, karena sekali lagi, keluarga memiliki peran yang sangat penting dalam kesembuhan pasien.

a. Prinsip dalam merawat pasien stroke dirumah.

- a) Membantu mencegah kecacatan menjadi seminimal mungkin.
- b) Melatih pasien mandiri dalam melakukan kegiatan sehari-hari.
- c) Meningkatkan rasa percaya diri pasien.
- d) Mencegah terulangnya stroke.

b. Masalah yang mungkin dialami pasien pasca stroke dan cara keluarga mengatasinya.

- a) Kelumpuhan/Kelemahan.

Apabila sewaktu pulang kerumah pasien belum mampu bergerak sendiri, aturlah posisi pasien se nyaman 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 diganjal dengan bantal, baik pada saat berbaring atau duduk untuk memperlancar arus balik darah ke jantung dan mencegah terjadinya bengkak pada tangan dan kaki. Keluarga dan pengasuh dapat mencegah terjadinya kekakuan tangan dan kaki yang lemah dengan melakukan latihan gerak sendi, melanjutkan latihan yang telah dilakukan di rumah sakit. Sebaiknya latihan dilakukan minimal 2x sehari. Untuk mempertahankan dan meningkatkan kekuatan otot latihan harus dilakukan oleh fisioterapi 3-4x seminggu, sedangkan sisa hari yang lain dapat dilakukan oleh keluarga atau pengasuh. Keluarga juga dapat membantu pasien berjalan kembali dengan cara berdirilah disisi yang lemah atau di belakang pasien untuk memberi rasa aman pada pasien. Hindari penggunaan alat bantu jalan kecuali jika diperlukan sesuai anjuran fisioterapis.

b) Mengaktifkan tangan yang lemah.

Anjurkan pasien makan, minum, mandi atau kegiatan harian lain menggunakan lengan yang masih lemah dibawah pengawasan pengasuh. Dengan mengaktifkan tangan yang lemah akan memberikan stimulasi pada sel-sel otak untuk berlatih kembali aktifitas yang dipelajari sebelum sakit.

c) Gangguan sensibilitas (rasa kebas atau baal).

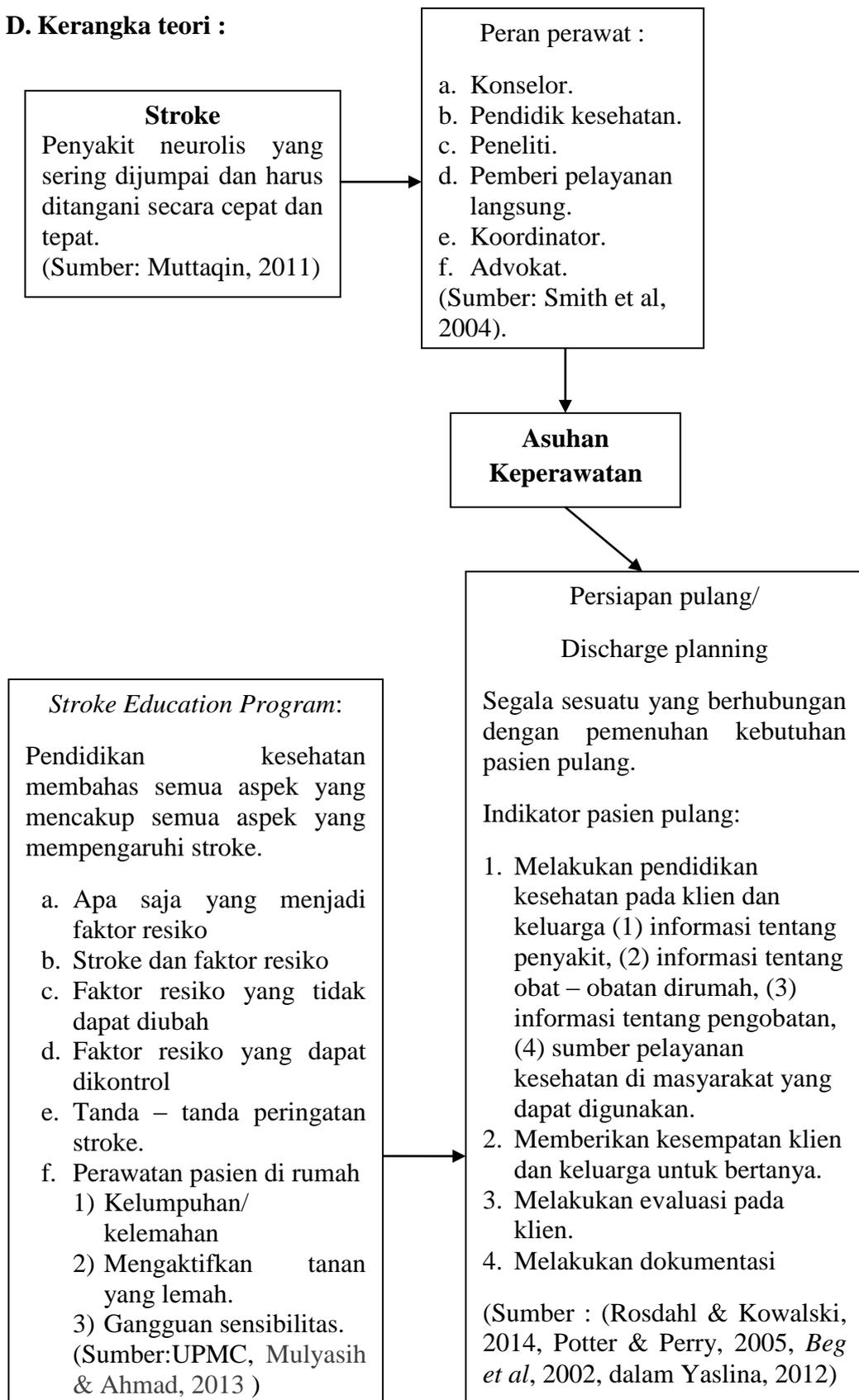
Keluarga sebaiknya menghampiri dan berbicara dengan pasien dari sisi tubuh yang lemah. Saat berkomunikasi, pengasuh dapat menyentuh dan menggosok tangan dengan lembut yang mengalami kelemahan. Keluarga dianjurkan memberi motivasi kepada pasien agar menggunakan tangan yang lemah sebanyak dan sesering mungkin dan 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 dengan tangan yang lemah (Mulyasih & Ahmad, 2013).

7. Peran perawat

Peran perawat yang dapat dilakukan dari pengetahuan tentang terapi komplementer diantaranya sebagai konselor, pendidik kesehatan, peneliti, pemberi pelayanan langsung, coordinator dan sebagai advokat. Sebagai konselor perawat dapat menjadi tempat bertanya, konsultasi, dan diskusi apabila klien membutuhkan informasi ataupun sebelum mengambil keputusan. Sebagai pendidik kesehatan, perawat dapat menjadi pendidik bagi perawat di sekolah tinggikeperawatan seperti yang berkembang di Australia dengan lebih dahulu mengembangkan kurikulum pendidikan (Crips & Taylor, 2001). Peran perawat sebagai peneliti di antaranya dengan melakukan berbagai penelitian yang dikembangkan dari hasil-hasil *evidence-based practice*.

Perawat dapat berperan sebagai pemberi pelayanan langsung misalnya dalam praktik pelayanan kesehatan yang melakukan integrasi terapi komplementer (Snyder & Lindquis, 2002). Perawat lebih banyak berinteraksi dengan klien sehingga peran koordinator dalam terapi komplementer juga sangat penting. Perawat dapat mendiskusikan terapi komplementer dengan dokter yang merawat dan unit manajer terkait. Sedangkan sebagai advokat perawat berperan untuk memenuhi permintaan kebutuhan perawatan komplementer yang mungkin diberikan termasuk perawatan alternatif (Smith et al.,2004).

D. Kerangka teori :

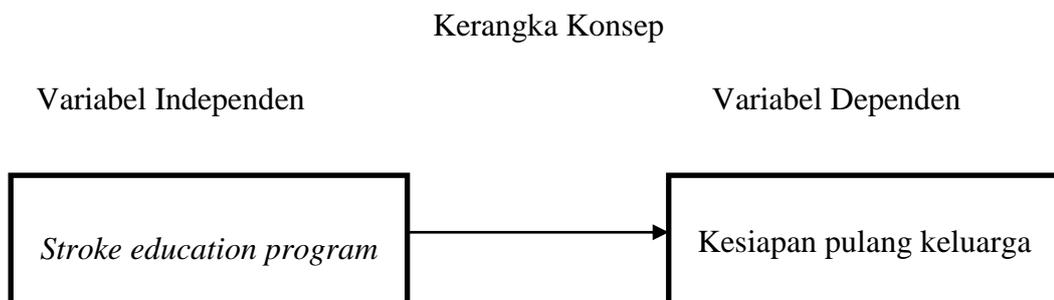


BAB III

KERANGKA KONSEP

A. Kerangka Konsep

Kerangka konsep merupakan justifikasi ilmiah terhadap penelitian yang diberikan dan memberi landasan yang kuat terhadap judul yang dipilih sesuai dengan identifikasi masalah (Nursalam, 2011). Rancangan penelitian yang akan dilaksanakan oleh peneliti adalah *One Group Pretest-Posttest* yaitu penelitian yang dilakukan dengan cara pretes (pengamatan awal) terlebih dahulu sebelum diberikan intervensi. Setelah itu diberikan intervensi, kemudian dilakukan intervensi (pengamatan akhir) (Hidayat, 2009). Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui pengaruh *stroke education program* terhadap kesiapan pulang keluarga pasien stroke di ruang Neurologi RSSN Bukittinggi tahun 2016.



B. Defenisi Operasional

Defenisi operasional adalah mendefenisikan variable secara operasional berdasarkan karakteristik yang diamati, sehingga memungkinkan peneliti untuk melakukan observasi atau pengukuran secara cermat terhadap suatu objek dan fenomena (Nursalam, 2011). Variabel adalah sesuatu yang digunakan sebagai

ciri, sifat atau ukuran yang dimiliki atau didapat oleh satuan penelitian tentang suatu konsep pengertian tertentu (Nursalam, 2011).

Tabel 3.1

Defenisi Operasional

Variabel	Defenisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Skala Ukur	Hasil Ukur
Variabel Independen <i>Stroke Education Program</i>	Pendidikan kesehatan membahas semua aspek yang mencakup semua aspek yang mempengaruhi stroke.	Melakukan <i>stroke education program</i>	Prosedur <i>stroke education program</i>		Dilakukan <i>stroke education program</i>
Variabel Dependen Kesiapan pasien pulang	Segala sesuatu yang berhubungan dengan pemenuhan kebutuhan pasien pulang.	Lembar kuesioner	Kuesioner	Ordinal	1.Siap \geq Mean / Median 2.Tidak siap < Mean / Median

C. Hipotesis

Hipotesis merupakan jawaban atau dalil sementara yang kebenarannya akan dibuktikan melalui penelitian. Hipotesis ditarik dari serangkaian fakta yang muncul sehubungan dengan masalah yang diteliti (Nursalam, 2011). Berdasarkan kerangka pemikiran diatas, maka hipotesis yang diajukan dalam penelitian ini adalah :

Ha : Ada pengaruh *stroke education program* terhadap kesiapan pulang keluarga pasien stroke di ruang Neurologi RSSN Bukittinggi tahun 2016.

Ho : Tidak ada pengaruh *stroke education program* terhadap kesiapan pulang keluarga pasien stroke di ruang Neurologi RSSN Bukittinggi tahun 2016.

BAB IV

METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Desain penelitian adalah keseluruhan dari perencanaan untuk menjawab pertanyaan penelitian dan mengidentifikasi kesulitan yang mungkin timbul selama proses penelitian (Nursalam, 2011). Penelitian ini menggunakan desain penelitian *quasi eksperimen* yaitu *One Group Pretest-Posttest* dimana penelitian ini dilakukan dengan cara memberikan pretest (pengamatan awal) terlebih dahulu sebelum diberikan intervensi, setelah itu diberikan intervensi ,kemudian dilakukan postes (pengamatan akhir) (Hidayat, 2009). Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui pengaruh *stroke education* terhadap kesiapan pulang keluarga pasien stroke di ruang neurologi RSSN Bukittinggi tahun 2016.

Bentuk rancangan penelitian ini adalah sebagai berikut :

Pretest	Perlakuan	Posttest
01	x	02

Keterangan :

01 =Pengukuran kesiapan pulang keluarga sebelum *stroke education program*

x =Perlakuan *stroke education program*

02 =Pengukuran kesiapan pulang keluarga sesudah *stroke education program*.

B. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini telah dilaksanakan di ruang Neurologi RSSN Bukittinggi tahun 2016. Peneliti memilih rumah sakit ini sebagai tempat penelitian karena RSSN Bukittinggi mempunyai jumlah populasi stroke yang besar dan merupakan rumah sakit rujukan stroke di pulau Sumatera. Penelitian ini telah dilakukan pada bulan Agustus 2016.

C. Populasi, Sampel, dan Sampling

1. Populasi

Populasi menurut Notoatmodjo (2005) adalah keseluruhan objek penelitian atau objek yang diteliti. Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri dari objek/subjek yang mempunyai kuantitas dan karakteristik tertentu yang diterapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Hidayat, 2009). Pada penelitian ini yang menjadi populasi adalah semua keluarga dari pasien stroke yang dirawat di ruang Neurologi RSSN Bukittinggi. Dari data awal didapatkan jumlah data pasien stroke pada bulan Januari sampai Juli tahun 2016 sebanyak 3909 orang.

2. Sampel

Sampel adalah sebagian atau wakil dari populasi yang diteliti (Notoatmodjo, 2005). Sampel adalah bagian dari populasi yang akan diteliti atau sebagian jumlah dari karakteristik yang dimiliki populasi (Hidayat, 2009). Sampel yang dipilih pada penelitian ini adalah yang memenuhi kriteria inklusi dan kriteria eksklusi yang telah ditetapkan sebagai subjek penelitian. Menurut Roscoe (1982) dalam Sugiyono (2006)

untuk penelitian eksperimen sederhana, jumlah anggota sampel antara 10 s.d. 20 (Taniredja dan Mustafidah, 2012). Penelitian akan dilakukan pada 15 pasien.

Sampel dalam penelitian ini adalah keluarga pasien stroke yang dirawat di ruang Neurologi RSSN Bukittinggi dengan kriteria inklusi dan kriteria eksklusi yang telah ditetapkan.

Kriteria Inklusi :

- a. Keluarga pasien stroke yang belum mendapat pendidikan kesehatan terutama mengenai stroke
- b. Keluarga yang bisa baca tulis
- c. Keluarga yang bersedia menjadi responden.

Kriteria Eklusi :

- a. Tidak bersedia menjadi responden.

3. Sampling

Sampling merupakan suatu proses menyeleksi sampel yang digunakan dalam penelitian dari populasi yang ada dengan menggunakan teknik sampling (Nursalam, 2011). Pemilihan sampel pada penelitian ini dengan menggunakan *non probability sampling* yaitu *consecutive sampling* atau pengambilan sampel dimana seluruh sampel yang ada dan memenuhi kriteria inklusi diambil hingga memenuhi besar sampel yang telah ditentukan oleh peneliti (Arikunto, 2010; Sugiyono, 2010; Sastroasmoro & Ismael, 2010).

D. Pengumpulan Data

1. Alat Pengumpulan Data

Alat yang digunakan untuk pengumpulan data adalah lembar observasi yang terdiri dari :

- a. Prosedur pelaksanaan *Stroke Education Program*
- b. Kuesioner kesiapan keluarga pasien pulang

2. Cara Pengumpulan Data

Peneliti mengajukan surat permohonan izin pengambilan data dan penelitian yang dikeluarkan oleh Program Studi Ilmu Keperawatan Stikes Perintis Sumbar yang ditujukan kepada Kepala Direktur, Kepala Bagian Diklat dan Kepala Bagian Keperawatan RSSN Bukittinggi. Setelah mendapatkan izin dari Kepala Diklat peneliti pergi ke bagian Kepala Instalasi untuk memberikan data awal serta untuk persetujuan penelitian nantinya. Setelah mendapatkan izin penelitian, peneliti pergi ke MR untuk meminta data pasien stroke yang dirawat di RSSN Bukittinggi. Selanjutnya Peneliti menemui langsung pasien stroke ke ruangan Neurologi RSSN Bukittinggi dan peneliti menjelaskan maksud serta tujuan. Jika keluarga pasien setuju dijadikan sampel dalam penelitian ini, peneliti mengajukan lembar persetujuan (*informed consent*) untuk ditanda tangani. Peneliti datang menemui responden pada jam yang telah disepakati dengan responden. Setelah prosedur pengumpulan data selesai dilakukan, maka hasil pengumpulan data untuk selanjutnya diolah dan dianalisis ke dalam program pengolahan data SPSS (*Statistical Product and Service Solution*).

E. Cara Pengolahan Data dan Analisa Data

1. Cara Pengolahan Data

Sebelum data dianalisa terlebih dahulu dilakukan pengolahan data dengan cara sebagai berikut :

a. Editing

Peneliti memeriksa kembali lembar observasi, apakah pengisian data dan lembar observasi sudah lengkap, jelas, relevan dan konsisten. Ketika ditemukan ada data yang belum lengkap peneliti melengkapinya lagi saat melakukan intervensi kepada responden.

b. Coding

Pada tahap ini peneliti melakukan pemberian tanda ceklist (√) formulir observasi penelitian. Pengkodean ini dilakukan untuk memudahkan proses analisis data. Biasanya dalam pemberian kode dibuat juga daftar kode. Keluarga pasien stroke yang siap pulang di beri kode 1, dan keluarga pasien stroke yang belum siap pulang di beri kode 2.

c. Entry

Setelah lembar observasi terisi penuh dan benar, data diproses dengan memasukkan data dari lembar observasi ke paket komputer yaitu dengan program SPSS.

d. Cleansing

Pembersihan data merupakan kegiatan pengecekan kembali data yang sudah di entry apakah ada kesalahan atau tidak, apakah pengkodeannya sudah tepat atau belum.

e. Processing

Pada tahap ini memproses data agar dapat dianalisis. Pemrosesan data dilakukan dengan cara meng-*entry* data dari lembar observasi kedalam program komputer yaitu program SPSS, serta pengolahan data menggunakan rumus *t-test* dependen uji t.

2. Analisa Data

a. Analisa univariat

Analisa univariat adalah suatu metode untuk menganalisa data dari variabel yang bertujuan untuk mendeskripsikan suatu hasil penelitian (Notoatmodjo, 2005). Penyajian data dari masing-masing variabel menggunakan tabel dan diinterpretasikan berdasarkan hasil yang diperoleh. Pada penelitian ini peneliti akan menganalisa pengaruh stroke edukasi terhadap kesiapan pulang keluarga pasien stroke di ruangan Neurologi RSSN Bukittinggi tahun 2016. Analisis univariat dilakukan yaitu terhadap variabel hasil kesiapan pasien pulang sebelum dan sesudah intervensi.

Dari masing-masing variabel tersebut disajikan dalam bentuk distribusi frekuensi sebagai berikut :

- a. Rata-rata Pengetahuan sebelum diberikan intervensi sebanyak 1,80 dengan standar deviasi 0,414, nilai minimum 1, dan nilai maksimal 2.
- b. Rata-rata Pengetahuan setelah diberikan intervensi sebanyak 1,27 dengan standar deviasi 0,458, nilai minimum 1, dan nilai maksimal 2.

c. Didapatkan bahwa pengetahuan keluarga stroke sebelum intervensi yang mempunyai pengetahuan tidak kesiapan pulang sebanyak 12 orang, dan yang siap untuk pulang sebanyak 3 orang. Sedangkan pada pengetahuan keluarga stroke setelah intervensi yang mempunyai pengetahuan kesiapan pulang sebanyak 11 orang, sedang yang belum siap sebanyak 4 orang.

b. Analisa Bivariat

Statistik bivariat adalah suatu metode analisa data untuk menganalisa pengaruh antara dua variabel (Nugroho, 2005). Yaitu untuk melihat pengaruh sebelum dan sesudah diberikan stroke edukasi dimana dapat dilakukan dengan mengukur tingkat kesiapan pasien pulang sebelum dan sesudah dilakukan perlakuan. Data yang dikumpulkan diolah dengan menggunakan uji T *dependen* (uji T berpasangan) dengan derajat kepercayaan 95% atau $\alpha = 0,05$, untuk melihat hasil kemaknaan perhitungan statistik digunakan kemaknaan 0,05 sehingga jika nilai $p < 0,05$ maka secara statistik disebut “ bermakna “ atau H_a diterima dan jika $p \geq 0,05$ maka hasil hitungan disebut “tidak bermakna” atau H_0 gagal ditolak.

a. Rata-rata perbedaan pengetahuan sebelum dan sesudah intervensi sebanyak 0,533, standar deviasi 0,156, standar eror 0,133. Hasil uji statistik didapatkan nilai *p value* 0,01 maka dapat disimpulkan adanya pengaruh *stroke education program* terhadap kesiapan pulang keluarga pasien Stroke di RSSN Bukittinggi tahun 2016.

F. Etika Penelitian

Masalah etika dalam penelitian keperawatan merupakan masalah yang sangat penting dalam penelitian, mengingat penelitian keperawatan akan berhubungan langsung dengan manusia, maka segi etika penelitian harus diperhatikan karena manusia mempunyai hak asasi dalam kegiatan penelitian (Aziz, 2003).

Menurut Aziz (2003), masalah etika dalam keperawatan meliputi: *Informed consent, anonymity, dan confidentiality.*

a. *Informed consent* (Persetujuan Menjadi Responden)

Merupakan cara persetujuan antara peneliti dengan responden, penelitian dengan memberikan lembar persetujuan (*Informed consent*), lembar tersebut diberikan sebelum penelitian dilakukan dengan memberikan lembar persetujuan untuk menjadi responden. Dengan tujuan agar subjek penelitian mengerti maksud dan tujuan penelitian, mengetahui dampaknya, jika subjek bersedia maka mereka harus mendapatkan surat persetujuan menjadi responden dan jika responden tidak bersedia, peneliti harus menghormati hak pasien.

b. *Anonymity* (Tanpa Identitas)

Merupakan masalah etika dalam penelitian keperawatan dengan cara tidak memberikan nama / identitas responden pada lembar alat ukur, hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data.

c. *Confidentiality* (Kerahasiaan)

Merupakan masalah etika dalam menjamin kerahasiaan dari hasil penelitian baik informasi maupun masalah-masalah lainnya. Semua

informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu saja yang akan dilaporkan pada hasil riset.

Pertimbangan etik dalam penelitian ini juga disesuaikan dengan prinsip dasar Komite Etik Penelitian Kesehatan Indonesia (KNEP, 2007).

a. *Human Right* (Martabat Manusia)

Peneliti menghormati harkat martabat manusia kepada responden dengan memberikan kebebasan untuk memutuskan sendiri keterlibatannya dalam penelitian.

b. *Beneficence* (Berbuat Baik)

Peneliti menerapkan prinsip etik berbuat baik dengan, meminimalkan resiko penelitian agar sebanding dengan manfaat yang diterima dan peneliti merancang penelitian disain penelitian dengan memenuhi persyaratan ilmiah dan berdasar pada referensi terkait, jika terjadi ketidaknyamanan pada responden, maka peneliti akan menghentikan wawancara dan membebaskan responden untuk melanjutkan atau tidak.

c. *Justice* (Keadilan)

Adalah kewajiban untuk memberlakukan partisipan secara adil dalam setiap tahapan penelitian, hal ini diterapkan untuk memenuhi hak partisipan untuk mendapatkan penanganan yang adil.

BAB V

HASIL PENELITIAN

A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

RSSN Bukittinggi adalah rumah sakit negeri kelas B yang terletak di Jalan Jendral Sudirman kota Bukittinggi yang berudara sejuk dengan ketinggian dari permukaan laut \pm 927 M.

Rumah sakit ini merupakan Rumah Sakit langsung dibawah Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan, dan satu – satunya rumah sakit rujukan stroke di pulau Sumatera. Total ada 125 ruangan, 20 ruang VIP, 50 ruang kelas I, 28 ruang kelas II, 23 ruang kelas III, dan 3 ruang HCU.

RSSN Bukittinggi memiliki 112 jumlah tempat tidur inap, lebih banyak dibanding setiap rumah sakit di Sumatera Barat yang tersedia rata – rata 65 tempat tidur inap. Dari 112 tempat tidur inap di rumah sakit ini, 50 termasuk di kamar kelas 1, 20 VIP, dan lebihnya terbagi atas kelas II, kelas III, dan kelas VVIP.

B. Hasil Penelitian

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan pada Pasien sebanyak 15 orang Pasien dengan judul pengaruh *stroke education program* terhadap kesiapan pulang keluarga pasien stroke di ruang Neurologi RSSN Bukittinggi tahun 2016. Penelitian ini dilakukan pada bulan Agustus 2016.

1. Analisa Univariat

1. Rata-rata pengetahuan keluarga pasien stroke tentang stroke sebelum diberikan intervensi *stroke education program* di ruang Neurologi RSSN Bukittinggi tahun 2016.

Tabel 5.1
Rata-Rata Pengetahuan Keluarga Pasien Stroke Tentang Stroke Sebelum Diberikan Intervensi *Stroke Education Program* di Ruang Neurologi RSSN Bukittinggi tahun 2016.

Variabel	Mean	SD	Min- Max
Pengetahuan Sebelum Intervensi	1,80	0,414	1 - 2

Berdasarkan table 5.1 dapat dilihat bahwa rata-rata pengetahuan sebelum diberikan intervensi *stroke education program* sebanyak 1,80 dengan standar deviasi 0,414, nilai minimum 1, dan nilai maksimal 2.

2. Rata-rata pengetahuan keluarga pasien stroke tentang stroke setelah diberikan intervensi *stroke education program* di ruang Neurologi RSSN Bukittinggi tahun 2016.

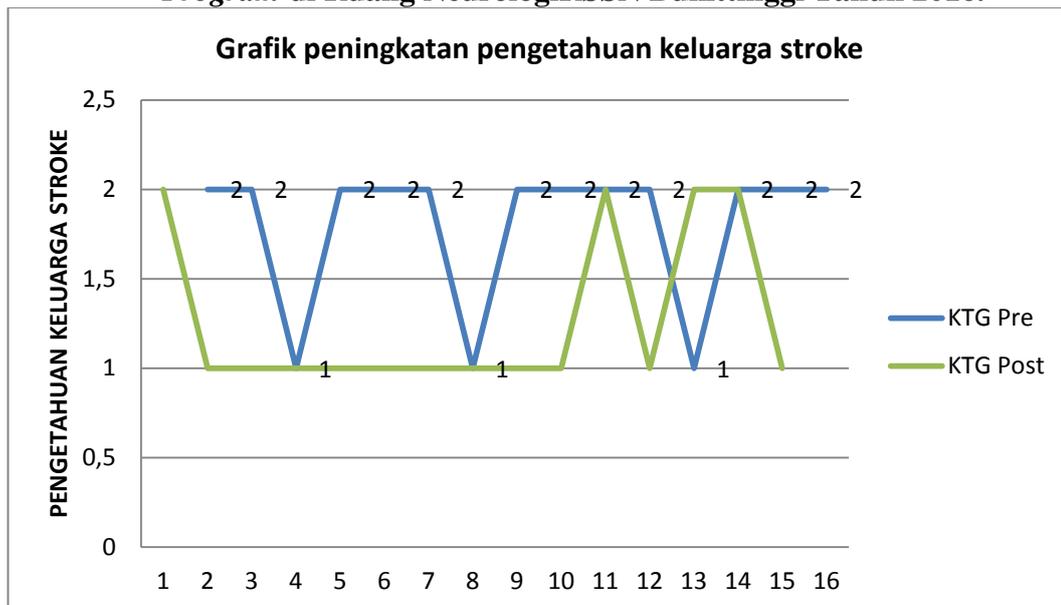
Tabel 5.2
Rata-Rata Pengetahuan Keluarga Pasien Stroke Tentang Stroke Setelah Diberikan Intervensi *Stroke Education Program* di Ruang Neurologi RSSN Bukittinggi tahun 2016.

Variabel	Mean	SD	Min- Max
Pengetahuan Setelah Intervensi	1,27	0,458	1 - 2

Berdasarkan table 5.2 dapat dilihat bahwa rata-rata pengetahuan setelah diberikan intervensi *stroke education program* sebanyak 1,27 dengan standar deviasi 0,458, nilai minimum 1, dan nilai maksimal 2.

3. Rata – rata peningkatan pengetahuan keluarga pasien stroke sebelum dan sesudah diberikan intervensi *stroke education program* di ruang Neurologi RSSN Bukittinggi tahun 2016.

Grafik 5.1
Rata-Rata Peningkatan Pengetahuan Keluarga Pasien Stroke Sebelum dan Sesudah Diberikan Intervensi *Stroke Education Program* di Ruang NeurologiRSSN Bukittinggi Tahun 2016.



Berdasarkan grafik 5.1 didapatkan bahwa pengetahuan keluarga stroke sebelum intervensi yang mempunyai pengetahuan tidak kesiapan pulang sebanyak 12 orang, dan yang siap untuk pulang sebanyak 3 orang. Sedangkan pada pengetahuan keluarga stroke setelah intervensi yang mempunyai pengetahuan kesiapan pulang sebanyak 11 orang, sedangkan yang belum siap sebanyak 4 orang.

2. Analisa Bivariat

1. Perbedaan rata-rata pengetahuan keluarga pasien stroke tentang stroke sebelum dan sesudah diberikan intervensi *stroke education program* di ruang Neurologi RSSN Bukittinggi tahun 2016.

Tabel 5.3
Perbedaan rata-rata pengetahuan keluarga pasien stroke tentang stroke sebelum dan sesudah diberikan intervensi *stroke education program* di Ruang Neurologi RSSN Bukittinggi tahun 2016.

Variabel	Mean	SD	SE	P value
Pengetahuan Sebelum dan Setelah Dilakukan Intervensi	0,533	0,516	0,133	0,001

Berdasarkan table 5.3 dapat dilihat bahwa Rata-rata perbedaan pengetahuan sebelum dan sesudah intervensi *stroke education program* sebanyak 0,533, standar deviasi 0,156, standar error 0,133. Hasil uji statistik didapatkan nilai *p value* 0,01 maka dapat disimpulkan adanya pengaruh *stroke education program* terhadap kesiapan pulang keluarga pasien Stroke di ruang Neurologi RSSN Bukittinggi tahun 2016

C. Pembahasan

1. Analisa Univariat

- a. Rata-rata pengetahuan keluarga pasien stroke tentang stroke sebelum diberikan intervensi *stroke education program* di ruang Neurologi RSSN Bukittinggi tahun 2016.

Berdasarkan table 5.1 dapat dilihat bahwa rata-rata pengetahuan sebelum diberikan intervensi *stroke education program* sebanyak 1,80 dengan standar deviasi 0,414, nilai minimum 1, dan nilai maksimal 2. Hasil analisis dilihat dari histogram dan kurve normal terlihat bentuk yang normal, selain itu *p value* = 0,000 berarti berdistribusi normal.

Penelitian dengan menggunakan intervensi pendidikan kesehatan tentang stroke pernah dilakukan sebelumnya. Ratnasari Wahyuningsih (2013) melakukan penelitian dengan desain *Quasi Experiment pre* dan

post test design pada 56 orang. Sample yang diambil dengan teknik *Purposive Sampling*. Hasil penelitian menunjukkan adanya pengaruh pendidikan kesehatan tentang stroke berpengaruh terhadap perilaku pencegahan stroke dengan p value sama dengan 0,003 ($P < 0,05$).

Stroke atau gangguan peredaran darah otak (GPDO) merupakan penyakit neurologis yang sering dijumpai dan harus ditangani secara cepat dan tepat. Stroke merupakan penyakit yang paling sering menyebabkan cacat berupa kelumpuhan anggota gerak, gangguan bicara, proses berfikir, daya ingat dan bentuk kecacatan lainnya sebagai akibat gangguan fungsi otak (Muttaqin, 2011).

Tanda dan gejala Stroke hilangnya kekuatan (atau timbulnya gerakan canggung) di salah satu bagian tubuh, terutama di satu sisi, termasuk wajah, lengan, atau tungkai. Rasa baal (hilangnya sensasi) atau sensasi tak lazim lain di suatu bagian tubuh, terutama jika hanya di salah satu sisi, Hilangnya penglihatan total atau parsial di salah satu sisi, Tidak mampu berbicara dengan benar atau memahami bahasa, Hilangnya keseimbangan, berdiri tak mantap, atau jatuh tanpa sebab, Serangan sementara jenis lain, seperti vertigo, pusing bergoyang, kesulitan menelan, kebingungan akut, atau gangguan daya ingat, Nyeri kepala yang terlalu parah, muncul mendadak, atau memiliki karakter tidak lazim, termasuk perubahan pola nyeri kepala yang tidak dapat diterangkan, Perubahan kesadaran yang tidak dapat dijelaskan atau kejang (Feigin, 2007).

Perencanaan untuk pemulangan pasien dimulai saat pasien masuk ke fasilitas. Rencana asuhan keperawatan diperbarui dan diselesaikan selama

pasien dirawat inap. Saat pulang, masalah keperawatan dapat terselesaikan atau mengalami kemajuan ke arah resolusi dan rencana tindak lanjut. Pasien dan keluarga diajarkan tentang penyakit, mereka memiliki kesempatan untuk mempraktekkan prosedur dan mempelajari tentang perawatan, medikasi, dan diet khusus. Pasien diberi informasi seperti siapa yang harus dihubungi jika terdapat pertanyaan atau masalah. Pemulangan dari pusat rehabilitasi serupa pemulangan dari fasilitas perawatan jangka panjang, dengan tujuan pemulangan pasien ke rumah adalah untuk melaksanakan perawatan diri dengan segera.

Untuk menentukan bahwa pasien dan anggota keluarga sudah paham, penting agar mereka mampu mengungkapkan informasi dan melakukan demonstrasi ulang tentang prosedur (Rosdahl & Kowalski, 2014).

Menurut asumsi peneliti pasien stroke memiliki keterbatasan dalam bergerak dan kebanyakan lumpuh, oleh karena itu keluarga pasien stroke seharusnya mengetahui bagaimana cara perawatan, cara pengobatan pasien stroke. Semakin baik pengetahuan keluarga dalam perawatan pasien stroke maka semakin bisa pasien di bawa palang. Keluarga pasien stroke harus di berikan pengetahuan oleh petugas rumah sakit karena keluarga pasti tidak tahu bagaimana menghadapi keluarga yang terkena stroke, dan bagaimana perawatan, pencegahan, dan pengobatannya. Pengetahuan yang diberikan pada anggota keluarga harus sangat sempurna, sebaiknya keluarga bisa mempraktekkan bagaimana cara merawat pasien stroke.

- b. Rata-rata pengetahuan keluarga pasien stroke tentang stroke setelah diberikan intervensi *stroke education program* di ruang Neurologi RSSN Bukittinggi tahun 2016.

Berdasarkan table 5.2 dapat dilihat bahwa rata-rata pengetahuan setelah diberikan intervensi *stroke education program* sebanyak 1,27 dengan standar deviasi 0,458, nilai minimum 1, dan nilai maksimal 2. Hasil analisis dilihat dari histogram dan kurve normal terlihat bentuk yang normal, selain itu p value = 0,000 berarti berdistribusi normal.

Penelitian yang dilakukan Diah Argarini (2011) dengan menggunakan desain *one group pretest and post test design* pada 21 pasien stroke. Metode yang diambil dalam pengambilan sampel adalah dengan *purposive sampling*, dan analisis yang digunakan adalah dengan menggunakan uji *Wilcoxon matched pairs*. Pada hasil diperoleh nilai p yang didapat adalah sebesar 0,001 ($0,001 < 0,05$) maka H_0 ditolak. Dengan demikian ada pengaruh perencanaan pemulangan terhadap kesiapan keluarga pasien menghadapi pemulangan pada pasien stroke.

Dengan demikian, pendidikan kesehatan adalah proses perubahan perilaku yang dinamis, bukan hanya proses pemindahan materi dari individu ke orang lain dan bukan sepernagkat prosedur yang akan dilaksanakan ataupun hasil yang akan dicapai (Nyswander, 1947 dalam Notoatmodjo, 2005). Proses perkembangan akan selalu berubah secara dinamis karena individu dapat menerima atau menolak keterangan baru, sikap baru, dan perilaku baru yang berhubungan dengan tujuan hidup. Menurut Wood (1929 dalam Notoatmodjo, 2005), pendidikan kesehatan

adalah sejumlah pengalaman yang berpengaruh secara menguntungkan terhadap kebiasaan, sikap, dan pengetahuan terkait dengan kesehatan individu, masyarakat, dan bangsa. Semuanya dipersiapkan untuk mempermudah penerimaan secara suka – rela perilaku yang akan meningkatkan atau memelihara kesehatan (Azwar, 1983 dalam Notoatmodjo, 2005).

Dari batasan dan pengertian pendidikan kesehatan tersebut, disimpulkan bahwa pada dasarnya pendidikan kesehatan merupakan upaya – upaya terencana untuk mengubah perilaku individu, kelompok, keluarga, dan masyarakat. Hal tersebut juga menunjukkan bahwa pendidikan kesehatan membutuhkan pemahaman yang mendalam, karena melibatkan berbagai istilah atau konsep seperti perubahan perilaku dan proses pendidikan.

Secara umum, tujuan pendidikan kesehatan adalah mengubah perilaku individu atau masyarakat di bidang kesehatan (WHO, 1954 dalam Notoatmodjo, 2007). Akan tetapi, perilaku mencakup hal yang luas sehingga perilaku perlu dikategorikan secara mendasar sehingga rumusan tujuan pendidikan kesehatan.

Sesuai dengan program pembangunan Indonesia, sasaran pendidikan kesehatan meliputi masyarakat umum dengan berorientasi pada masyarakat pedesaan, kelompok tertentu (misalnya, wanita, pemuda, remaja, termasuk lembaga pendidikan), dan individu dengan teknik pendidikan kesehatan individual.

Ruang lingkup pendidikan kesehatan, baik sebagai ilmu maupun seni sangat luas karena karena mencakup segi kehidupan masyarakat. Pendidikan kesehatan selain merupakan salah satu faktor dalam usaha meningkatkan kesehatan dan kondisi sosial masyarakat (berkaitan erat dengan Ilmu Sosial Budaya), juga memberikan bantuan dalam setiap program kesehatan. Ruang lingkup pendidikan kesehatan didasarkan pada aspek kesehatan, tatanan atau tempat pelaksanaan, dan tingkat pelayanan (Notoatmodjo, 2005).

Dikutip dari *Stroke Education for Patients and Family* terbitan UPMC (*University Pierre and Marie Curie University*), faktor resiko yang dapat diinformasikan kepada pasien berupa, Apa saja yang menjadi faktor resiko, Stroke dan faktor resiko, Faktor resiko yang tidak dapat diubah, Faktor resiko yang dapat dikontrol, Tanda – tanda peringatan stroke.

Disaat dokter sudah memperbolehkan pasien stroke pulang, maka mulai saat itulah sebenarnya peran keluarga menjadi sangat besar terhadap kesembuhan pasien. Perlu diingat bahwa stroke seringkali meninggalkan gejala sisa yaitu kelumpuhan, kelemahan, bahkan gangguan berkomunikasi yang kesembuhannya dapat terjadi dalam kurun waktu yang sangat lama bahkan dapat juga gejala itu akan terus menetap. Oleh karena itu apabila keluarga dari pasien yang mengalami stroke, sangat penting untuk tidak putus asa, terus menyemangati diri sendiri dan terutama keluarga anda yang stroke, karena sekali lagi, keluarga memiliki peran yang sangat penting dalam kesembuhan pasien.

Prinsip dalam merawat pasien stroke dirumah, Membantu mencegah kecacatan menjadi seminimal mungkin. Melatih pasien mandiri dalam melakukan kegiatan sehari-hari. Meningkatkan rasa percaya diri pasien. Mencegah terulangnya stroke.

Masalah yang mungkin dialami pasien pasca stroke dan cara keluarga mengatasinya. Kelumpuhan/Kelemahan. Apabila sewaktu pulang kerumah 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 diganjal dengan bantal, baik pada saat berbaring atau duduk untuk memperlancar arus balik darah ke jantung dan mencegah terjadinya bengkak pada tangan dan kaki. Keluarga dan pengasuh dapat mencegah terjadinya kekakuan tangan dan kaki yang lemah dengan melakukan latihan gerak sendi, melanjutkan latihan yang telah dilakukan di rumah sakit. Sebaiknya latihan dilakukan minimal 2x sehari. Untuk mempertahankan dan meningkatkan kekuatan otot latihan harus dilakukan oleh fisioterapi 3-4x seminggu, sedangkan sisa hari yang lain dapat dilakukan oleh keluarga atau pengasuh. Keluarga juga dapat membantu pasien berjalan kembali dengan cara berdirilah disisi yang lemah atau di belakang pasien untuk memberi rasa aman pada pasien. Hindari penggunaan alat bantu jalan kecuali jika diperlukan sesuai anjuran fisioterapis.

Mengaktifkan tangan yang lemah, Anjurkan pasien makan, minum, mandi atau kegiatan harian lain menggunakan lengan yang masih lemah

dibawah pengawasan pengasuh. Dengan mengaktifkan tangan yang lemah akan memberikan stimulasi pada sel-sel otak untuk berlatih kembali aktifitas yang dipelajari sebelum sakit.

Gangguan sensibilitas (rasa kebas atau baal), Keluarga sebaiknya menghampiri dan berbicara dengan pasien dari sisi tubuh yang lemah. Saat berkomunikasi, pengasuh dapat menyentuh dan menggosok tangan dengan lembut yang mengalami kelemahan. Keluarga dianjurkan memberi motivasi kepada pasien agar menggunakan tangan yang lemah sebanyak dan sesering mungkin dan 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 dengan tangan yang lemah (Mulyasih & Ahmad, 2013).

Menurut asumsi peneliti di dapatkan penyuluhan kesehatan pada keluarga pasien stroke mengajarkan keluarga untuk merawat, cara penanggulangan jika stroke akan kambuh lagi, pengobatan pasien stroke dan latihan fisik yang baik untuk mengajarkan pasien stroke untuk berjalan dan beraktifitas. Semakin baik pengetahuan keluarga semakin baik perawatan pasien stroke dirumah. Pengetahuan keluarga stroke sangat dibutuhkan karena merawat anggota keluarga yang menderita stroke dengan keadaan yang baru, semua aktifitas harus kita bantu semua. Aktifitas pasien stroke dalam kehidupan sehari-hari sangat lah banyak seperti memandikan, makan, posisi tidur, aktifitas fisiknya yang harus kita perhatikan satu per satu, karena jika kita tidak memperhatikan bisa saja

akan memperburuk keadaan pasien seperti jika kita tidak memperhatikan posisi tidur pasien bisa menyebabkan dekubitus, jika kita tidak mengajarkan pasien untuk aktivitas seperti latihan menggenggam maka pasien akan jadi kaku dan tidak bisa menggerakkan tangan dan jari-jarinya. Untuk itu pengetahuan keluarga stroke harus diberikan dengan baik, dengan paham terhadap semua yang menyangkut dengan pasien stroke. Pada penelitian ini terdapat 4 orang yang tidak siap untuk kesiapan pasien pulang dikarenakan anggota keluarga kurang konsentrasi dalam mengikuti penyuluhan tentang stroke.

2. Analisa Bivariat

Perbedaan rata-rata pengetahuan keluarga pasien stroke tentang stroke sebelum dan sesudah diberikan intervensi *stroke education program* di ruang Neurologi RSSN Bukittinggi tahun 2016.

Berdasarkan table 5.3 dapat dilihat bahwa Rata-rata perbedaan pengetahuan sebelum dan sesudah intervensi *stroke education program* sebanyak 0,533, standar deviasi 0,156, standar error 0,133. Hasil uji statistik didapatkan nilai *p value* 0,01 maka dapat disimpulkan adanya pengaruh *stroke education program* terhadap kesiapan pulang keluarga pasien Stroke di ruang Neurologi RSSN Bukittinggi tahun 2016.

Penelitian ini diperkuat oleh penelitian Ratnasari Wahyuningsih (2013), tentang intervensi pendidikan kesehatan tentang stroke. Melakukan penelitian dengan desain *Quasi Experiment pre dan post test design* pada 56 orang. Sample yang diambil dengan teknik *Purposive Sampling*. Hasil penelitian menunjukkan adanya pengaruh pendidikan kesehatan tentang

stroke berpengaruh terhadap perilaku pencegahan stroke dengan p value sama dengan 0,001 ($P < 0,05$).

Penelitian yang juga dilakukan Diah Argarini (2011), dengan menggunakan desain *one group pretest and post test design* pada 21 pasien stroke. Metode yang diambil dalam pengambilan sampel adalah dengan *purposive sampling*, dan analisis yang digunakan adalah dengan menggunakan uji *Wilcoxon matched pairs*. Pada hasil diperoleh nilai p yang didapat adalah sebesar 0,001 ($0,001 < 0,05$) maka H_0 ditolak. Dengan demikian ada pengaruh perencanaan pemulangan terhadap kesiapan keluarga pasien menghadapi pemulangan pada pasien stroke.

Stroke atau gangguan peredaran darah otak (GPDO) merupakan penyakit neurologis yang sering dijumpai dan harus ditangani secara cepat dan tepat. Stroke merupakan penyakit yang paling sering menyebabkan cacat berupa kelumpuhan anggota gerak, gangguan bicara, proses berfikir, daya ingat dan bentuk kecacatan lainnya sebagai akibat gangguan fungsi otak (Muttaqin, 2011).

Menurut Prof. Dr. M. J. Langvelt, pendidikan adalah setiap usaha, pengaruh, perlindungan, dan bantuan yang dilakukan pada anak untuk menjadi dewasa. Ciri orang dewasa ditunjukkan oleh kemampuan secara fisik, mental, moral, sosial, dan emosional. Menurut GBHN (Garis – Garis Besar Haluan Negara), pendidikan adalah usaha sadar untuk mengembangkan kepribadian dan kemampuan di dalam dan diluar sekolah yang berlangsung seumur hidup.

Secara umum, tujuan pendidikan kesehatan adalah mengubah perilaku individu atau masyarakat di bidang kesehatan (WHO, 1954). Akan tetapi, perilaku mencakup hal yang luas sehingga perilaku perlu dikategorikan secara mendasar sehingga rumusan tujuan pendidikan kesehatan.

Pada dasarnya pendidikan kesehatan merupakan upaya – upaya terencana untuk mengubah perilaku individu, kelompok, keluarga, dan masyarakat. Hal tersebut juga menunjukkan bahwa pendidikan kesehatan membutuhkan pemahaman yang mendalam, karena melibatkan berbagai istilah atau konsep seperti perubahan perilaku dan proses pendidikan.

Perencanaan untuk pemulangan pasien dimulai saat pasien masuk ke fasilitas. Rencana asuhan keperawatan diperbarui dan diselesaikan selama pasien dirawat inap. Saat pulang, masalah keperawatan dapat terselesaikan atau mengalami kemajuan ke arah resolusi dan rencana tindak lanjut. Pasien dan keluarga diajarkan tentang penyakit, mereka memiliki kesempatan untuk mempraktekkan prosedur dan mempelajari tentang perawatan, medikasi, dan diet khusus. Pasien diberi informasi seperti siapa yang harus dihubungi jika terdapat pertanyaan atau masalah. Pemulangan dari pusat rehabilitasi serupa pemulangan dari fasilitas perawatan jangka panjang, dengan tujuan pemulangan pasien ke rumah adalah untuk melaksanakan perawatan diri dengan segera.

Untuk menentukan bahwa pasien dan anggota keluarga sudah paham, penting agar mereka mampu mengungkapkan informasi dan melakukan demonstrasi ulang tentang prosedur (Rosdahl & Kowalski, 2014). Melakukan pendidikan kesehatan pada klien dan keluarga berkaitan dengan,

informasi tentang penyakit seperti tanda dan gejala, komplikasi, informasi tentang obat – obatan dirumah, informasi tentang pengobatan dan perawatan lanjutan seperti perawatan diri (makan dan minum, kebersihan diri, penggunaan kamar mandi, latihan fisik, cara berpindah) dan pengendalian faktor resiko (hipertensi, diet, aktivitas fisik, merokok, kolesterol, dan sebagainya) serta pengontrolan/pemeriksaan kesehatan ulang, sumber pelayanan kesehatan di masyarakat yang dapat digunakan (Potter & Perry, 2005)

Memberikan kesempatan klien dan keluarga untuk bertanya atau berdiskusi tentang isu yang berkaitan dengan perawatan di rumah. Melakukan evaluasi pada klien dan keluarga terhadap demonstrasi yang telah dilakukan seperti cara penggunaan alat bantu berjalan. Melakukan dokumentasi terhadap informasi yang diberikan meliputi diagnosis penyakit, pengkajian yang dilakukan dan hasilnya, obat – obatan dan masa pengobatan, pengajuan atau perkembangan penyakit, kemampuan dan pemulihan, tim perencana perawatan, investigasi lain yang dibutuhkan pelayanan kesehatan utama dan rumah sakit, waktu, rencana pemindahan, nama pasien, dokter dan perawat, nomor telepon yang dapat dihubungi dan kapan informasi serta pemulangan dilakukan (Beg *et al*, 2002, dalam Yaslina, 2012).

Memberi penyuluhan sambil mempersiapkan pasien untuk pulang mencakup: Berikan daftar suplai yang dibutuhkan pasien. Jika pasien tidak akan mampu mendapatkan suplai dengan segera, sebagian besar fasilitas mengizinkan perawat mengirim suplai ke pasien yang akan digunakan

selama satu atau dua hari di rumah. Deskripsikan jumlah istirahat yang akan dibutuhkan pasien dan aktivitas yang diizinkan serta durasinya. Deskripsikan dan demonstrasikan olah raga yang dianjurkan serta regimen berjalan secara detail. Buat rincian pembatasan diet, seperti makanan yang harus dimakan pasien dan jumlahnya; makanan yang diperlukan setiap hari; dan makanan yang tidak diizinkan dalam program diet pasien. Ahli gizi harus memberikan konsultasi kepada pasien mengenai diet khusus dan bersedia untuk menjawab pertanyaan. Tunjukkan kepada pemberi asuhan bagaimana melaksanakan perawatan pribadi; merapikan tempat tidur, memandikan pasien di tempat tidur, memindahkan dan mengganti posisi pasien, memasang dan melepas pispot, menyesuaikan bantal, dan mempertahankan kesejajaran tubuh dan integrasi kulit untuk pasien yang berbaring di tempat tidur di rumah.

Biarkan pemberi asuhan melaksanakan praktik dan memeragakannya kembali kepada Anda. Demonstrasikan cara menggunakan perlengkapan dan perawatan dan minta pemberi asuhan mendemonstrasikan kembali kepada Anda. Pahami dan sampaikan pilihan pasien tentang bagaimana terapi dilakukan. Tekankan peningnya perawatan diri dan membangun kemandirian serta harga diri pasien. Ajarkan keluarga untuk mendorong pasien melakukan perawatan diri sebanyak – banyaknya dan sedini mungkin. Berikan informasi mengenai pelayanan kesehatan masyarakat dan pelayanan keperawatan di rumah. Berikan nomor telepon yang dapat dihubungi kepada pasien/keluarga jika pelayanan dibutuhkan atau jika memerlukan bantuan untuk mengatur pelayanan. Jelaskan di mana dapat

membeli atau menyewa perlengkapan. Informasikan keluarga apabila perlengkapan pengganti dapat digunakan. Deskripsikan pemberian medikasi, seperti bagaimana dan kapan mengonsumsi medikasi dan apa efek samping yang tidak diinginkan. Berikan pedoman tertulis kepada pasien/keluarga untuk pemberian medikasi dan daftar kemungkinan efek samping.

Pastikan pasien dan keluarga memahami pentingnya keakuratan. Identifikasi situasi yang mengharuskan pasien diperiksa oleh penyedia layanan kesehatan primer. Berikan daftar tanda dan gejala yang berpotensi merugikan yang akan memerlukan perhatian darurat dengan segera. Tuliskan nama dan nomor telepon penyedia ini dan informasi tentang bagaimana menghubungi orang ini atau mendapatkan bantuan darurat. Tuliskan nomor telepon unit rumah sakit anda sehingga pasien dapat menelepon jika ia memiliki pertanyaan. Komunikasikan tanggal, waktu, dan lokasi jadwal pemeriksaan berikutnya jika diketahui. Ini juga harus diberikan kepada pasien/keluarga dalam bentuk tulisan sebagai bagian dari instruksi pulang.

Diskusikan dengan dokter tentang rujukan ke keperawatan kesehatan masyarakat, jika tim merasa bahwa pasien dan/atau keluarga tidak mampu menangani perawatan pasien dengan aman di rumah. Pastikan pasien menerima semua barang pribadinya. Keluarkan benda-benda pribadi dari ruang penyimpanan di rumah sakit jika pasien dan keluarga tidak mampu melakukannya (Rosdahl & Kowalski, 2014).

Menurut asumsi peneliti bahwa penyuluhan kesehatann stroke sebelum pemulangan pasien stroke sangat lah penting karena pasien stroke ada yang lumpuh, akan memerlukan bagaimana cara perawatan di rumah, terutama tentang kebutuhan sehari-harinya seperti mandi, makan, aktifitas fisik. Semakin baik pengetahuan keluarga penderita stroke maka semakin siap keluarga untuk membawa pasien stroke pulang, karena sudah mengetahui bagaimana cara perawatan selama di rumah. Pengetahuan keluarga tentang cara perawatan, pencegahan, dan pengobatan pada anggota keluarga yang terkena stroke haruslah tinggi karena dalam perawatan orang yang terkena stroke sangatlah susah terutama dalam memandikan, makan, karena semuanya harus dibantu oleh keluarga. Keluarga harus memberikan motivasi untuk keluarga yang terkena stroke, karena dengan motivasi yang tinggi keluarga yang terkena stroke bisa semangat dalam perawatan, pengobatan walaupun semua kebutuhannya harus dibantu oleh keluarganya. Keluarga sebaniknya dalam perawatan, atau pengobatan pasien stroke harus mengajarkan cara-cara memulihkan anggota geraknya yang lumpuh dengan menggunakan alat seperti bola untuk digenggam, latihan untuk berjalan, latihan untuk berbicara, latihan untuk memulai aktifitas sehari-hari.

D. Keterbatasan Penelitian

Dalam melakukan penelitian ini, penulis memiliki beberapa keterbatasan :

1. Penelitian melibatkan subyek penelitian dalam jumlah terbatas, yakni sebanyak 15 orang, sehingga hasilnya belum dapat digeneralisasikan pada kelompok subyek dengan jumlah yang besar.

2. Peneliti tidak bisa mengontrol jawaban responden secara langsung, maka dimungkinkan adanya bias di dalam pengisian kuesioner.

BAB VI

PENUTUP

A. Kesimpulan

1. Berdasarkan table 5.1 dapat dilihat bahwa rata-rata pengetahuan sebelum diberikan intervensi *stroke education program* sebanyak 1,80 dengan standar deviasi 0,414, nilai minimum 1, dan nilai maksimal 2.
2. Berdasarkan table 5.2 dapat dilihat bahwa rata-rata pengetahuan setelah diberikan intervensi *stroke education program* sebanyak 1,27 dengan standar deviasi 0,458, nilai minimum 1, dan nilai maksimal 2.
3. Didapatkan bahwa pengetahuan keluarga stroke sebelum intervensi yang mempunyai pengetahuan tidak kesiapan pulang sebanyak 12 orang, dan yang siap untuk pulang sebanyak 3 orang. Sedangkan pada pengetahuan keluarga stroke setelah intervensi yang mempunyai pengetahuan kesiapan pulang sebanyak 11 orang, sedangkan yang belum siap sebanyak 4 orang.
4. Berdasarkan table 5.3 dapat dilihat bahwa Rata-rata perbedaan pengetahuan sebelum dan sesudah intervensi *stroke education program* sebanyak 0,533, standar deviasi 0,156, standar error 0,133. Hasil uji statistik didapatkan nilai *p value* 0,01 maka dapat disimpulkan adanya pengaruh *stroke education program* terhadap kesiapan pulang keluarga pasien stroke di ruang Neurologi RSSN Bukittinggi tahun 2016

B. Saran

1. Bagi peneliti

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa *stroke education program* berpengaruh terhadap kesiapan pulang keluarga pasien stroke di ruang Neurologi RSSN Bukittinggi tahun 2016.

2. Bagi institusi pendidikan

Hasil penelitian ini dapat dijadikan masukan bagi peserta didik untuk mengetahui penanganan terbaru pemulangan pasien stroke serta sebagai informasi terbaru untuk dijadikan masukan tambahan dalam pendidikan terutama mata ajar terapi komplementer.

3. Bagi lahan

Penelitian ini dapat memberikan pendidikan kesehatan serta kesiapan pulang (*dischart planning*) keluarga pasien stroke sebagai tindakan mandiri sederhana yang bisa dilakukan pasien dirumah.

DAFTAR PUSTAKA

- Ardianto, Bram, 2013. *Perencanaan diet untuk pasien stroke*. Diakses dari bramardianto.com. Pada tanggal 5 Agustus 2016.
- Argarini, Diah. *Pengaruh Perencanaan Pemulangan (Discharge Planing) Terhadap Kesiapan Keluarga Pasien Menghadapi Pemulangan Pada Pasien Stroke Di RSD dr. Soebandi Jember*. Program Studi Ilmu Keperawatan Unuversitas Jember Tahun 2011.
- Brunner & Suddarth, 2013. *Keperawatan medical bedah*. Jakarta. Penerbit: Buku Kedokteran : EGC.
- Brunner & Suddarth, 2015. *Keperawatan medical bedah*. Volume 8. Penerbit: Buku Kedokteran : EGC.
- Dr. Junaidi, Iskandar.(2011). *Stroke dan waspadai ancamannya*.Yogyakarta ; C.V Andi Offset.
- Enny Mulyasih, S.Kep, Ns dan DR. dr. Airiza Ahmad, SpS(K), 2013. *Merawat Pasien Stroke Di Rumah*. Diakses dari raisastory.wordpress.com pada tanggal 27 Juli 2016.
- Feigin, Valery, 2007. *Stroke*. Penerbit: PT Bhuana Ilmu Populer.
- Lewis, (2007). *Medical Surgical Nursing : assessment & management of clinical problem*. 7thedition. St.Louis : Missouri. Mosby-Year Book, Inc.
- Maulana D. J. Heri, S.Sos, M.Kes, 2014. *Promosi Kesehatan*. Penerbit: Buku Kedokteran : EGC.
- Muttaqin, Arif, 2011. *Pengantar Keperawatan dengan Gangguan System Persyarafan*, Jakarta. Salemba medika.
- Notoatmodjo S. (2005). *Metodologi penelitian kesehatan*. Jakarta: PT Rineka Cipta
- Nursalam, (2011).*Konsep dan penerapan metodologi penelitian ilmu keperwawatan* , Jakarta : PT gramedia pustaka utama.

Potter & Perry, 2005. *Fundamental Keperawatan* Buku 1 edisi 7. Jakarta: Salemba Medika.

Profil Dinas Kesehatan Sumatera Barat, 2015. Diakses dari www.depkes.go.id. Pada tanggal 10 April 2016.

Riset Kesehatan Dasar, 2015. Departemen Kesehatan RI.

Rosdahl & Kowalski, 2014. *Buku Ajar Keperawatan Dasar*. Edisi 10. Penerbit: Buku kedokteran : EGC.

Santoso, Taufiq, 2012. *Discharge Planning*. Diakses dari www.lean-indonesia.com. Pada tanggal 15 Juli 2016.

UPMC : *Stroke Education for Patients and Families*. Diakses dari www.upmc.fr. Pada tanggal 27 Juni 2016.

Wahyuningsih, Ratnasari, 2013. *Pengaruh Pendidikan Kesehatan Tentang Stroke Terhadap Perilaku Mencegah Stroke Pada Penderita Hipertensi Di Kelurahan Jarum Kecamatan Bayat Klaten Jawa Tengah*. Program Studi Ilmu Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan 'Aisyiyah Yogyakarta 2013.

WHO : *Data Statistik Kejadian Stroke*. Diakses dari www.who.int. Pada tanggal 10 April 2016.

Yaslina, 2012. *Hubungan Dukungan Keluarga, Program Pemulangan Dari Rumah Sakit dan Karakteristik Klien Dengan Perawatan Di Rumah Pada Aggregate Dewasa Pasca Stroke Di Bukuttinggi*. Depok : Program Studi Pasca Sarjana FIK UI. Tidak dipublikasikan.

Lampiran 1

PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada Yth,

Bapak/Ibu/Sdr/i Calon Responden

Di

Tempat

Dengan hormat,

Saya yang bertanda tangan dibawah ini, mahasiswa Ilmu Keperawatan Stikes Perintis Padang.

Nama : Sentosa

NIM : 12103084105042

Bermaksud akan melakukan penelitian dengan judul “Pengaruh *Stroke Education Program* terhadap Kesiapan Pulang Keluarga Pasien Stroke di ruang Neurologi RSSN Bukittinggi Tahun 2016”.

Adapun tujuan penelitian ini untuk kepentingan pendidikan peneliti, dan segala informasi yang diberikan akan dijamin kerahasiaannya dan peneliti bertanggung jawab apabila informasi yang diberikan akan merugikan bagi responden. Apabila Bapak/Ibu/Sdr/i menyetujui untuk menjadi responden, maka peneliti mohon kesediaan Bapak/Ibu/Sdr/i untuk menandatangani lembar persetujuan.

Bukittinggi, Agustus 2016

Peneliti

(Sentosa)

Lampiran 2

**PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN
(INFORMED CONSENT)**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini

Nama :

Umur :

Alamat :

.....

Menyatakan bersedia untuk turut berpartisipasi menjadi responden penelitian yang dilakukan oleh mahasiswa Ilmu Keperawatan Stikes Perintis Padang yang berjudul “Pengaruh *Stroke Education Program* terhadap Kesiapan Pulang Keluarga Pasien Stroke di ruang Neurologi RSSN Bukittinggi Tahun 2016”.

Demikianlah pernyataan persetujuan ini saya tanda tangani agar dapat dipergunakan sebagai mestinya.

Bukittinggi, Agustus 2016

Responden

()

Lampiran 3

PROSEDUR SROKE EDUCATION PROGRAM

No	Kegiatan Penyuluhan	Kegiatan Audien	Waktu
1	<p>Tahap pembukaan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membuka salam 2. Memperkenalkan diri 3. Membuat kontrak waktu 4. Menjelaskan tujuan kegiatan 	<ul style="list-style-type: none"> - Menjawab salam - Mendengarkan - Mendengarkan - Mendengarkan 	10menit
2	<p>Tahap Pelaksanaan.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) - Menggali pengetahuan audien tentang defenisi stroke <ul style="list-style-type: none"> - Memberikan reinforcement positif - Menjelaskan tentang defenisi stroke 2) - Menggali pengetahuan audien tentang faktor resiko stroke <ul style="list-style-type: none"> - Memberikan reinforcement positif - Menjelaskan tentang faktor resiko stroke 3) - Menggali pengetahuan audien tentang tanda-tanda peringatan stroke <ul style="list-style-type: none"> - Memberi reinforcement positif - Menjelaskan tentang tanda-tanda peringatan stroke. 4) - Menggali pengetahuan audien tentang perawatan pasien di rumah oleh keluarga <ul style="list-style-type: none"> - Memberi reinforcement 	<ul style="list-style-type: none"> - Mengemukakan pendapat - Mendengarkan - Memperhatikan - Mengemukakan pendapat - Mendengarkan - Memperhatikan - Mengemukakan pendapat - Mendengarkan - Memperhatikan - Mengemukakan pendapat 	20menit

	positif - Menjelaskan tentang perawatan pasien di rumah oleh keluarga	- Mendengarkan - Memperhatikan	
3	Tahap Penutup 1. Memberi kesempatan kepada audien untuk bertanya 2. Menjawab pertanyaan 3. Penyaji bersama audien menyimpulkan hasil 4. Menutup penyuluhan dan memberi salam penutup.	- Bertanya - Memperhatikan - Bersama – sama menyimpulkan hasil penyuluhan. - Menjawab salam	5 menit

STROKE EDUCATION



Apa itu Stroke ???

Stroke atau gangguan peredaran darah otak (GPDO) merupakan penyakit saraf yang sering dijumpai dan harus ditangani secara cepat dan tepat. Stroke merupakan penyakit yang paling sering menyebabkan cacat berupa kelumpuhan anggota gerak, gangguan bicara, proses berfikir, daya ingat dan bentuk kecacatan lainnya sebagai akibat gangguan fungsi otak (Muttaqin, 2011).

Jenis-jenis Stroke ???

a. Stroke Hemoragik

Stroke ini disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah di otak pada daerah otak tertentu. Biasanya terjadinya saat melakukan aktifitas atau saat aktif, namun bisa juga terjadi saat istirahat. Kesadaran klien umumnya menurun.



Penyebab Stroke Hemoragik :

- a. Hipertensi
- b. Penyakit jantung
- c. Aterosklerosis (mengerasnya arteri).
- d. Kadar kolesterol yang tinggi.
- e. Diabetes
- f. Jenis kelamin dan penuaan
- g. Riwayat keluarga dan genetika
- h. Migrain.
- i. Merokok.
- j. Makanan yang tidak sehat
- k. Kelebihan alkohol
- l. Inaktivitas fisik

- m. Mendengkur.
- n. Kontrasepsi oral.
- o. Terapi insulin hormon.
- p. Kehamilan.
- q. Stres dan depresi.
- r. Narkoba.
- s. Kelebihan berat badan.

b. Stroke Non Hemoragik

Biasanya terjadi saat setelah lama beristirahat, baru bangun tidur atau di pagi hari. Tidak terjadi perdarahan namun terjadi pengurangan pasokan darah.



Penyebab Stroke Non Hemoragik :

- 8) Sumbatan oleh bekuan darah.
- 9) Penyempitan sebuah arteri atau beberapa arteri yang mengarah ke otak.
- 10) Embolus (kotoran) yang terlepas dari jantung atau arteri ekstrakrani (arteri yang berada di luar

tengkorak) yang menyebabkan sumbatan di suatu atau beberapa arteri intrakrani (arteri yang ada di dalam tengkorak).

- 11) Pada orang berusia lebih dari 65 tahun, penyumbatan dapat disebabkan oleh aterosklerosis (arteri mengeras).
- 12) Gangguan darah.
- 13) Peradangan.
- 14) Infeksi.

Tanda dan gejalanya???

- i) Hilangnya kekuatan
- j) Rasa hilang sensasi atau sensasi tak lazim lain di suatu bagian tubuh, terutama jika hanya di salah satu sisi.
- k) Hilangnya penglihatan total atau sebagian di salah satu sisi.
- l) Tidak mampu berbicara dengan benar atau memahami bahasa.
- m) Hilangnya keseimbangan.
- n) Serangan sementara jenis lain, seperti pusing bergoyang, kesulitan menelan, kebingungan akut, atau gangguan daya ingat.
- o) Nyeri kepala yang terlalu parah, muncul mendadak, atau memiliki karakter tidak lazim, termasuk

perubahan pola nyeri kepala yang tidak dapat diterangkan.

- p) Perubahan kesadaran yang tidak dapat dijelaskan atau kejang (Feigin, 2007).

Tindakan ???

Jika menemukan satu atau lebih tanda peringatan stroke, **segera telpon ambulan, telpon paramedis**



Perawatan pasien dirumah oleh keluarga

Masalah yang mungkin dialami pasien pasca stroke dan cara keluarga mengatasinya :

- d) **Kelumpuhan/Kelemahan.**
 - ✓ Atur posisi pasien nyaman mungkin.
 - ✓ Posisi tangan dan kaki yang lemah sebaiknya diganjal dengan bantal, untuk memperlancar arus balik darah ke jantung dan mencegah

terjadinya bengkak pada tangan dan kaki.

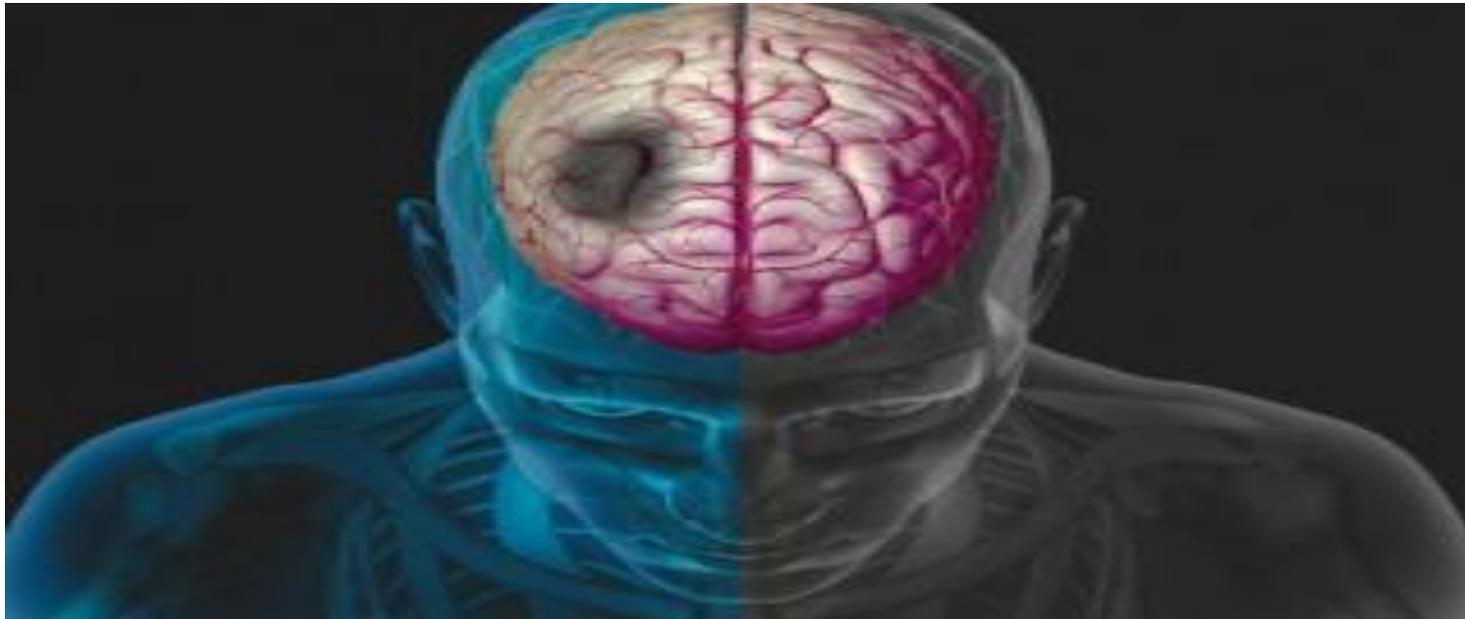
- ✓ Membantu pasien melakukan latihan gerak sendi.
 - ✓ Membantu pasien berjalan.
 - ✓ Hindari penggunaan alat bantu jalan kecuali jika diperlukan sesuai anjuran fisioterapis.
- e) **Mengaktifkan tangan yang lemah.**

Anjurkan pasien makan, minum, mandi atau kegiatan harian lain menggunakan lengan yang masih lemah dibawah pengawasan pengasuh.
 - f) **Gangguan rasa kebas atau baal.**
 - ✓ Menghampiri dan berbicara dengan pasien dari sisi tubuh yang lemah.
 - ✓ Menyentuh dan menggosok tangan dengan lembut yang mengalami kelemahan.
 - ✓ Motivasi pasien menggunakan tangan yang lemah sebanyak dan sesering mungkin.
 - ✓ Hindarkan barang atau keadaan yang dapat membahayakan keselamatan pasien (Mulyasih & Ahmad, 2013)

Lampiran 5

STROKE EDUCATION

stroke ???



Gangguan aliran darah di otak

cara mengetahui gajal awal stroke !!

Face



merot

Arm



lengan

Speech



bicara

Time



cepat

Penyebab Stroke :



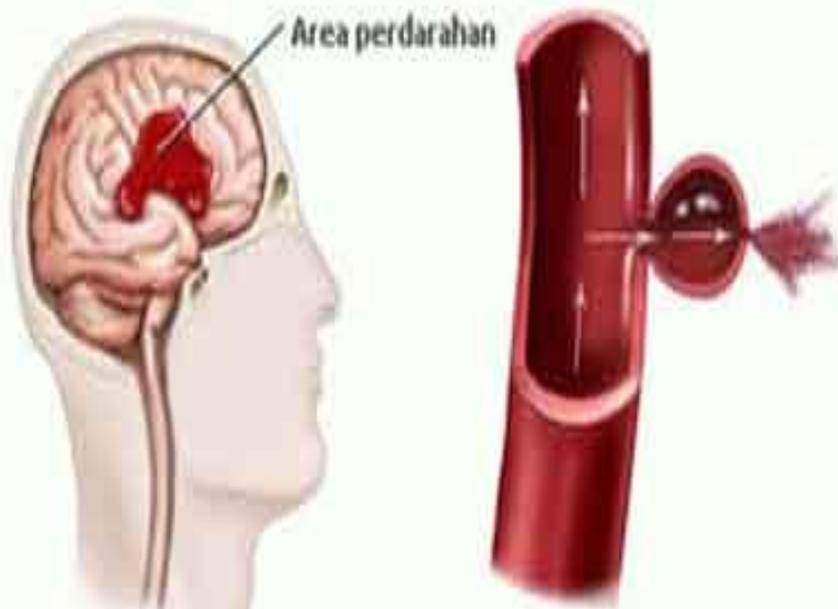


Controllable Risk Factors



Macam – Macam Stroke :

Stroke hemoragik



Darah yang keluar dari pembuluh darah di otak yang pecah, membanjiri otak

Stroke iskemik

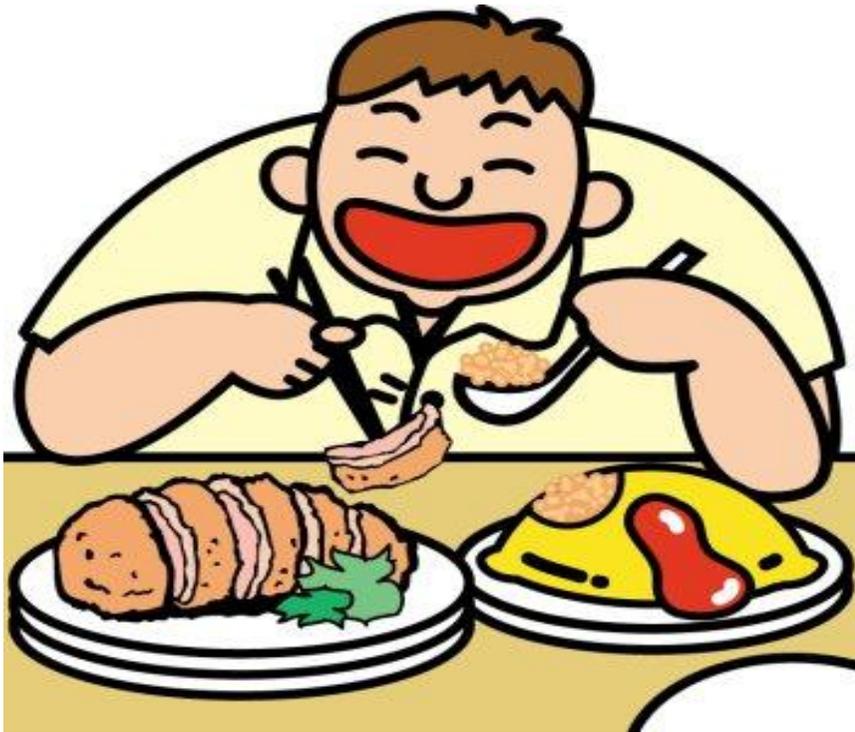


Bekuan memblokir aliran darah ke bagian tertentu otak

Perawatan pasien di rumah oleh Keluarga :



Pewatan Pasien di Rumah :







Lampiran 6

Kisi - Kisi Kuesioner

Variabel	Jumlah Item Petanyaan	Jumlah Pertanyaan
Kesiapan pulang keluarga pasien stroke :		
1. Pengetahuan stroke	1,2,3	3 pertanyaan
2. Gejala awal stroke	4	1 pertanyaan
3. Faktor resiko stroke	5,6	2 pertanyaan
4. Perawatan pasien dirumah	7,8,9,10	4 pertanyaan

No responden

KUESIONER PENELITIAN

Pengaruh *Stroke Education Program* Terhadap Kesiapan Pulang Keluarga Pasien Stroke Di Ruang Neurologi RSSN Bukittinggi Tahun 2016.

Petunjuk pengisian :

1. Isilah semua pertanyaan dengan lengkap dan benar, tidak ada hal yang perlu disembunyikan. Setiap jawaban atas pertanyaan mempunyai nilai, dan tidak ada jawaban yang salah, semua benar.
2. Untuk kuesioner data demografi, isilah sesuai kondisi Bapak/Ibu. dan beri tanda *check list* (✓) pada kotak yang sesuai.
3. Untuk kuesioner kesiapan keluarga pasien stroke menghadapi pemulangan, beri tanda silang (X) pada jawaban yang dianggap benar.
4. Setiap pertanyaan dijawab hanya satu jawaban sesuai menurut Bapak/Ibu.

I. Kuesioner Data Demografi

Jenis kelamin : Laki – laki Perempuan

Usia : tahun

Pendidikan terakhir : SD SMP
 SMA Lain – lain, jelaskan (.....)

Pekerjaan : PNS Petani
 Polri/TNI Ibu rumah tangga
 Pedagang lain –lain, jelaskan (.....)

Diagnosa penyakit :

Dirawat hari ke :

Pengalaman hospitalisasi sebelumnya :

II. Kuesioner Kesiapan Keluarga Pasien Stroke Menghadapi Pemulangan

a. Pengertian stroke

1. Apakah pengertian dari Stroke?
 - a) Gangguan aliran darah pada otak.
 - b) Sebagian tubuh tidak bisa bergerak.
 - c) Seluruh tubuh tidak bisa bergerak.
2. Apakah yang dimaksud dengan stroke hemoragik?
 - a) Stroke yang disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah pada otak.
 - b) Stroke yang disebabkan oleh tersumbatnya aliran darah pada otak.
 - c) Stroke yang disebabkan oleh terjatuhnya seseorang menghempas lantai.
3. Apakah yang dimaksud dengan stroke iskemik?
 - a) Stroke yang disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah pada otak.
 - b) Stroke yang disebabkan oleh tersumbatnya aliran darah pada otak.
 - c) Stroke yang disebabkan oleh terjatuhnya seseorang menghempas lantai.

b. Gejala awal stroke

4. Apa saja yang menjadi tanda awal dari stroke?
 - a) Muka merot, salah satu lengan tidak bisa diangkat, bicara tidak jelas.
 - b) Terjatuh dengan posisi kepala membentur benda keras.
 - c) Lama tertidur dan susah untuk bangun.

c. Faktor resiko stroke

5. Apa saja faktor resiko stroke yang dapat dikontrol?
 - a) Merokok, hipertensi, kolesterol tinggi, penyakit jantung, diabetes, obesitas, kurang aktivitas fisik dan mengkonsumsi alkohol.
 - b) Umur, gender, ras, dan riwayat keluarga.
 - c) Kurap, kudus, kutu air, panu, dan jamur.
6. Apa saja faktor resiko stroke yang tidak dapat dikontrol?
 - a) Merokok, hipertensi, kolesterol tinggi, penyakit jantung, diabetes, obesitas, kurang aktivitas fisik dan mengkonsumsi alkohol.
 - b) Umur, gender, ras, dan riwayat keluarga.
 - c) Kurap, kudus, kutu air, panu, dan jamur.

d. Perawatan pasien dirumah

7. Bagaimana seharusnya peran keluarga menghadapi pasien stroke?
 - a) Memberikan dukungan dan semangat.
 - b) Meminta tolong kepada ahli yang mampu untuk merawat.
 - c) Membiarkan pasien stroke karena sesungguhnya segala sesuatu telah ditetapkan oleh Yang Maha Esa.

8. Bagaimana seharusnya memakan obat dirumah?
 - a) Sesuai dengan yang dianjurkan dokter.
 - b) Memakan obat hanya jika ingat
 - c) Memakan obat jika pasien bertambah parah.
9. Apakah makanan yang bagus untuk kesembuhan pasien stroke?
 - a) Biji – bijian utuh, batasi asupan sodium, meningkatkan buah dan sayur, batasi asupan lemak jenuh, masukkan protein tanpa lemak.
 - b) 4 sehat 5 sempurna.
 - c) Makan seimbang.
10. Bagaimana keluarga melatih pasien stroke dirumah?
 - a) Membiasakan pasien stroke untuk makan, minum dan mengangkat gayung saat mandi dengan menggunakan bagian tubuh yang lemah.
 - b) Berolahraga di pagi hari seperti jalan santai paling sedikit 3 jam tanpa henti
 - c) Berolahraga di sore hari seperti jalan santai paling sedikit 2 jam tanpa henti.

Lampiran 8

FREQUENCIES VARIABLES=kesiapanpre kesiapanpost /STATISTICS=STDDEV MINIMUM
 MAXIMUM MEAN MEDIAN /HISTOGRAM /ORDER=ANALYSIS.

Frequencies

Notes

	Output Created	09-Sep-2016 16:57:28
	Comments	
Input	Data	D:\SKRIPSI SENTOSA\xxxxxxxx\SKRIPSI SENTOSA.sav
	Active Dataset	DataSet1
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data File	15
Missing Value Handling	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics are based on all cases with valid data.
	Syntax	FREQUENCIES VARIABLES=kesiapanpre kesiapanpost /STATISTICS=STDDEV MINIMUM MAXIMUM MEAN MEDIAN /HISTOGRAM /ORDER=ANALYSIS.
Resources	Processor Time	0:00:00.968
	Elapsed Time	0:00:01.216

[DataSet1] D:\SKRIPSI SENTOSA\xxxxxxx\SKRIPSI SENTOSA.sav

Statistics

		kesiapanpre	kesiapanpost
N	Valid	15	15
	Missing	0	0
	Mean	1.80	1.27
	Median	2.00	1.00
	Std. Deviation	.414	.458
	Minimum	1	1
	Maximum	2	2

Frequency Table

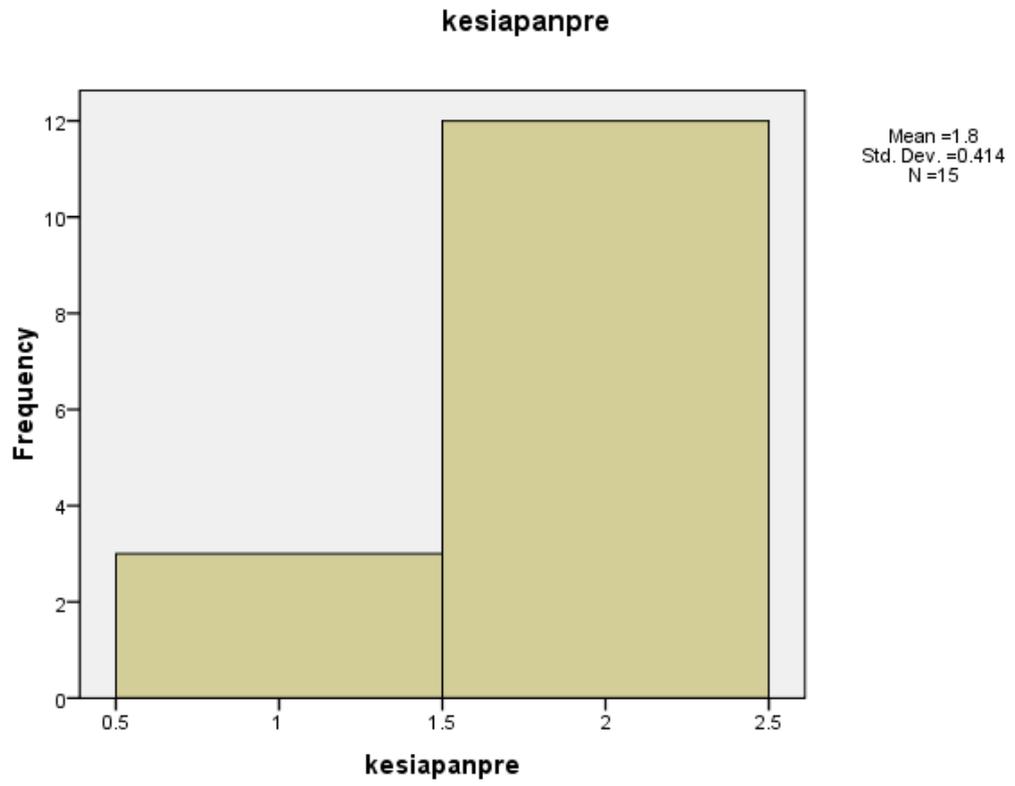
kesiapanpre

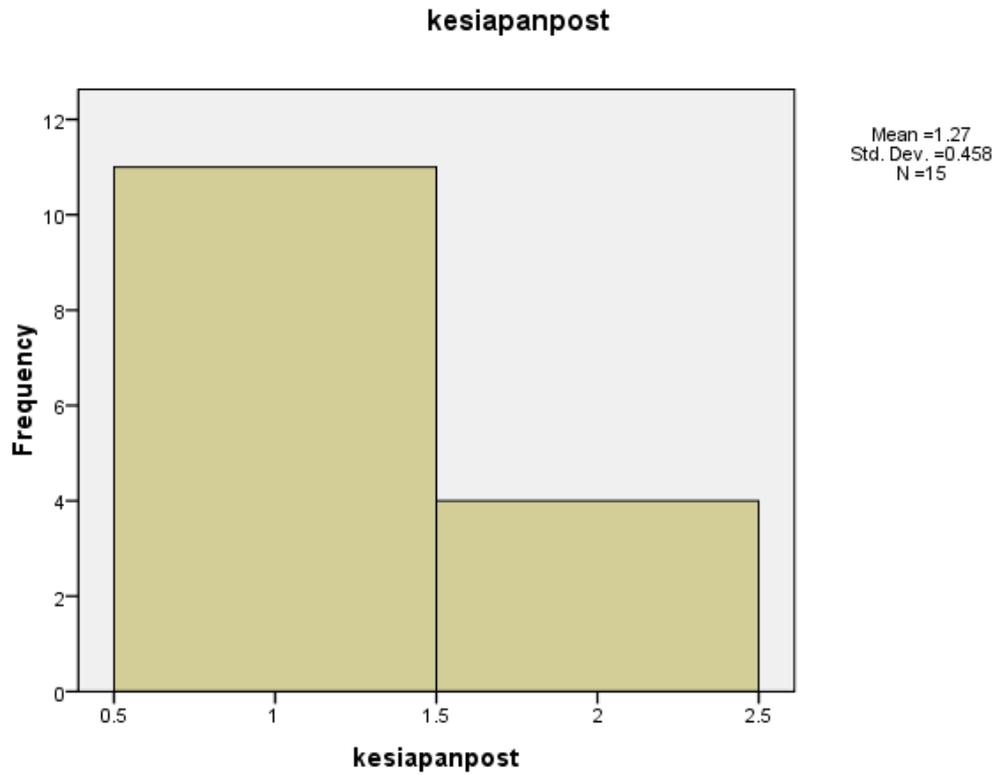
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Siap	3	20.0	20.0	20.0
	TIDAK SIAP	12	80.0	80.0	100.0
	Total	15	100.0	100.0	

kesiapanpost

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Siap	11	73.3	73.3	73.3
	2	4	26.7	26.7	100.0
	Total	15	100.0	100.0	

Histogram





```
EXAMINE VARIABLES=kesiapanpre kesiapanpost /PLOT BOXPLOT STEMLEAF NPLOT
/COMPARE GROUP /STATISTICS DESCRIPTIVES /CINTERVAL 95 /MISSING LISTWISE
/NOTOTAL.
```

Explore

Notes

	Output Created	09-Sep-2016 16:58:16
	Comments	
Input	Data	D:\SKRIPSI SENTOSA\xxxxxxxx\SKRIPSI SENTOSA.sav
	Active Dataset	DataSet1
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>

	N of Rows in Working Data File		15
Missing Value Handling	Definition of Missing	User-defined missing values for dependent variables are treated as missing.	
	Cases Used	Statistics are based on cases with no missing values for any dependent variable or factor used.	
	Syntax	EXAMINE VARIABLES=kesiapanpre kesiapanpost /PLOT BOXPLOT STEMLEAF NPLOT /COMPARE GROUP /STATISTICS DESCRIPTIVES /CINTERVAL 95 /MISSING LISTWISE /NOTOTAL.	
Resources	Processor Time		0:00:02.870
	Elapsed Time		0:00:02.917

[DataSet1] D:\SKRIPSI SENTOSA\xxxxxxx\SKRIPSI SENTOSA.sav

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
kesiapanpre	15	100.0%	0	.0%	15	100.0%
kesiapanpost	15	100.0%	0	.0%	15	100.0%

Descriptives

		Statistic	Std. Error	
kesiapanpre	Mean	1.80	.107	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	1.57	
		Upper Bound	2.03	
	5% Trimmed Mean	1.83		
	Median	2.00		
	Variance	.171		
	Std. Deviation	.414		
	Minimum	1		
	Maximum	2		
	Range	1		
	Interquartile Range	0		
	Skewness	-1.672	.580	
	Kurtosis	.897	1.121	
	kesiapanpost	Mean	1.27	.118
95% Confidence Interval for Mean		Lower Bound	1.01	
		Upper Bound	1.52	
5% Trimmed Mean		1.24		
Median		1.00		
Variance		.210		
Std. Deviation		.458		

Minimum	1	
Maximum	2	
Range	1	
Interquartile Range	1	
Skewness	1.176	.580
Kurtosis	-.734	1.121

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
kesiapanpre	.485	15	.000	.499	15	.000
kesiapanpost	.453	15	.000	.561	15	.000

a. Lilliefors Significance Correction

kesiapanpre

kesiapanpre Stem-and-Leaf Plot

Frequency Stem & Leaf

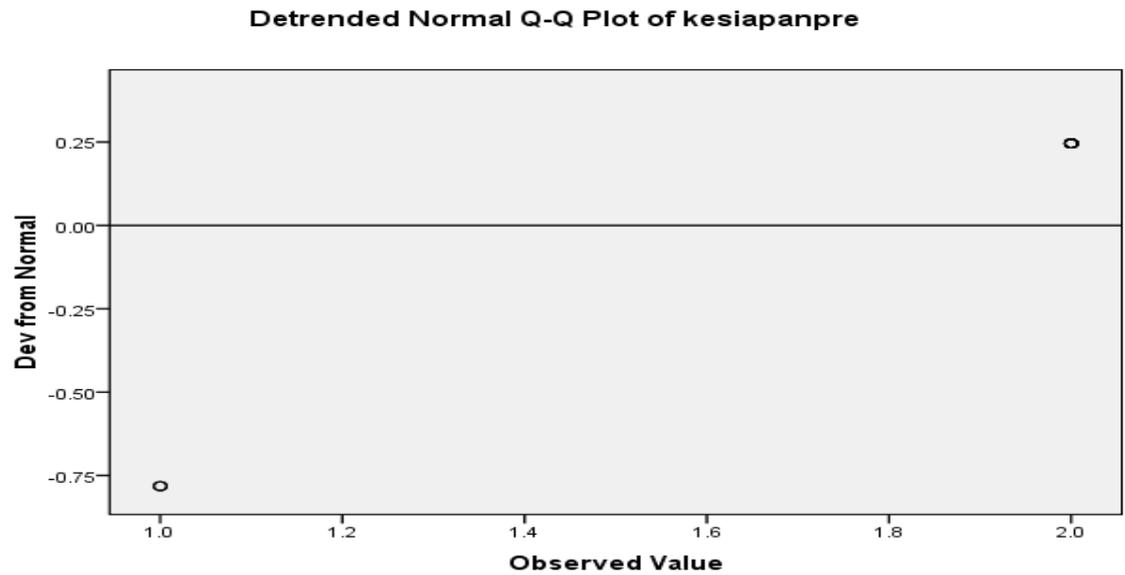
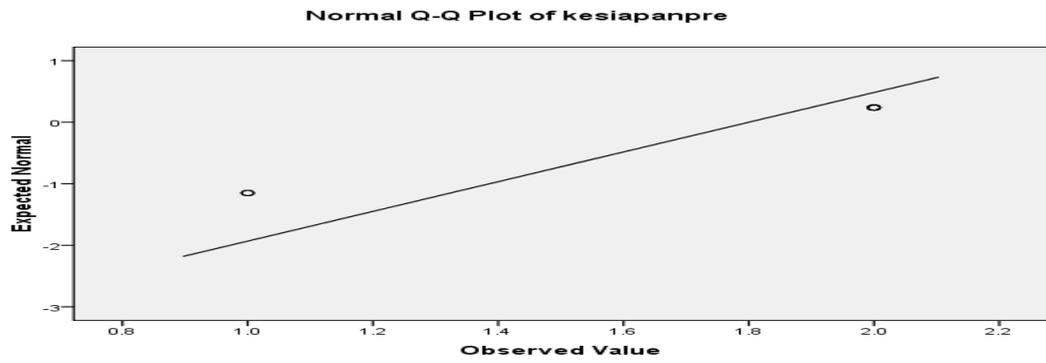
3,00 Extremes (= <1)

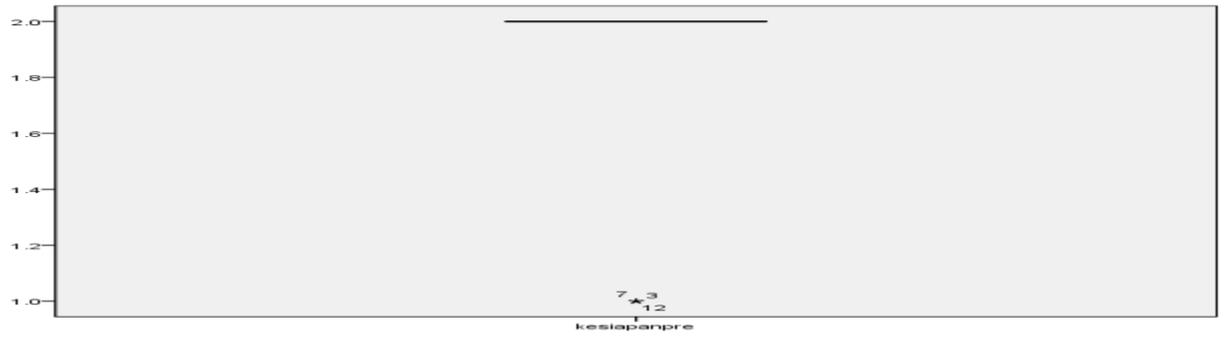
,00 0 .

12,00 0 . 222222222222

Stem width: 10

Each leaf: 1 case(s)





kesiapanpost

kesiapanpost Stem-and-Leaf Plot

Frequency Stem & Leaf

```

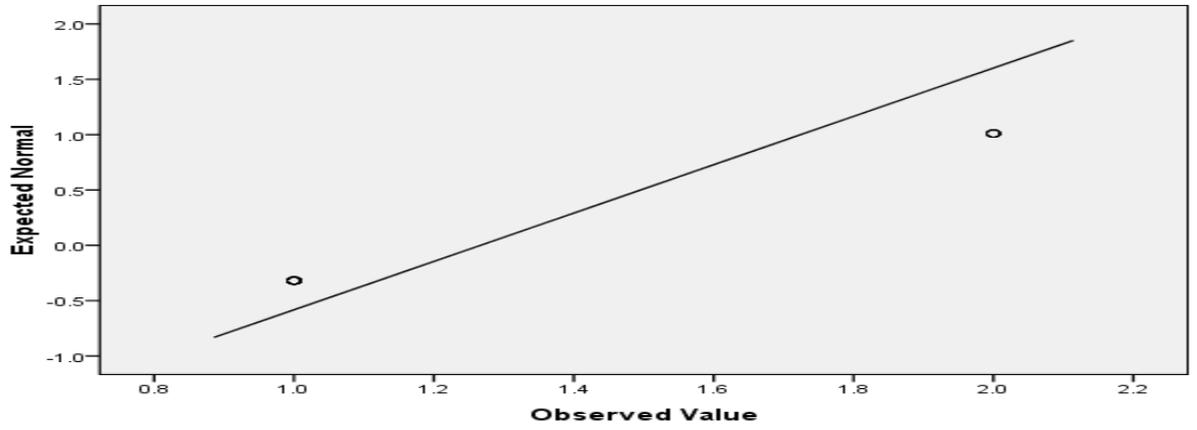
11,00  1 . 00000000000
,00    1 .
4,00   2 . 0000

```

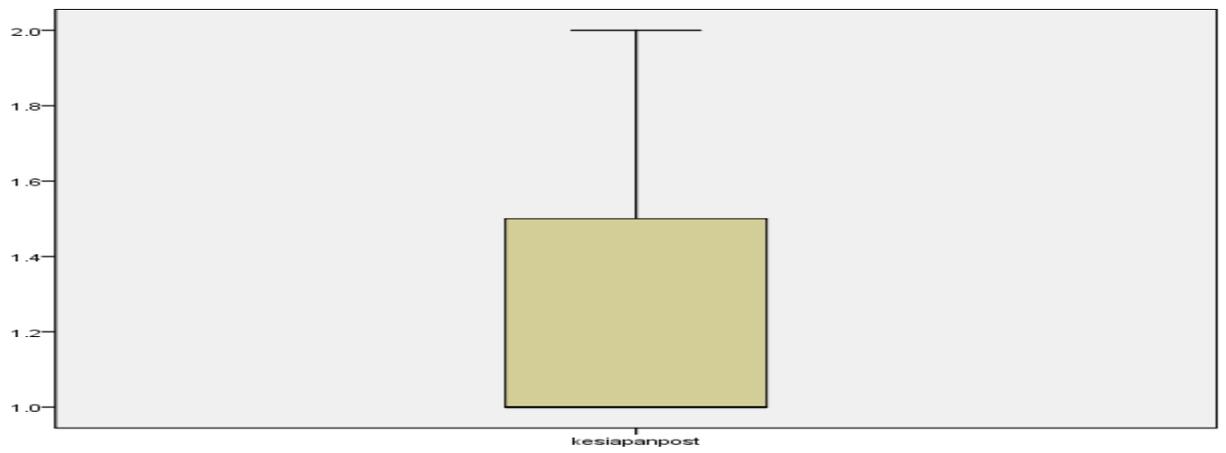
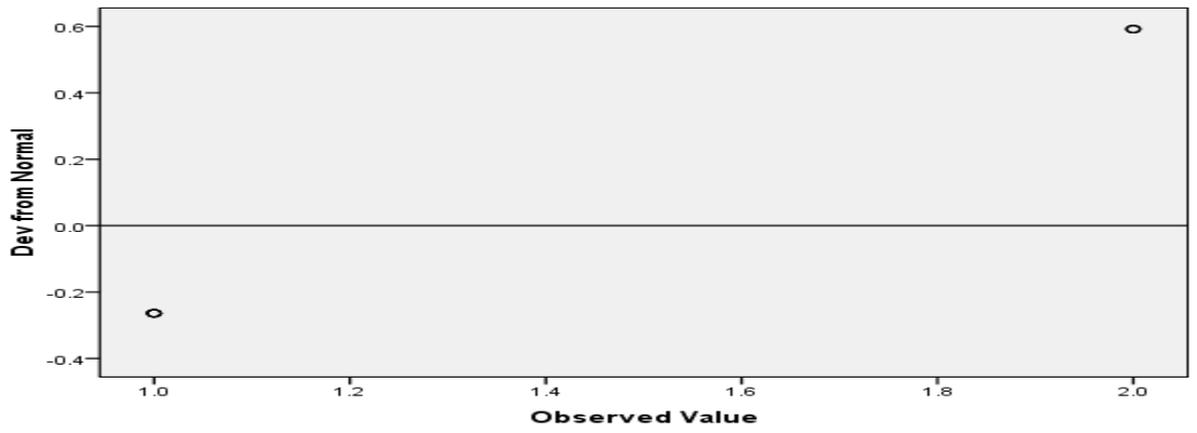
Stem width: 1

Each leaf: 1 case(s)

Normal Q-Q Plot of kesiapanpost



Detrended Normal Q-Q Plot of kesiapanpost



T-TEST PAIRS=kesiapanpre WITH kesiapanpost (PAIRED) /CRITERIA=CI(.9500)
/MISSING=ANALYSIS.

T-Test

Notes

	Output Created	09-Sep-2016 16:58:26
	Comments	
Input	Data	D:\SKRIPSI SENTOSA\xxxxxxxx\SKRIPSI SENTOSA.sav
	Active Dataset	DataSet1
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data File	15
Missing Value Handling	Definition of Missing	User defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics for each analysis are based on the cases with no missing or out-of-range data for any variable in the analysis.
	Syntax	T-TEST PAIRS=kesiapanpre WITH kesiapanpost (PAIRED) /CRITERIA=CI(.9500) /MISSING=ANALYSIS.
Resources	Processor Time	0:00:00.016
	Elapsed Time	0:00:00.015

[DataSet1] D:\SKRIPSI SENTOSA\xxxxxxxx\SKRIPSI SENTOSA.sav

Paired Samples Statistics

	Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1 kesiapanpre	1.80	15	.414	.107
kesiapanpost	1.27	15	.458	.118

Paired Samples Correlations

	N	Correlation	Sig.
Pair 1 kesiapanpre & kesiapanpost	15	.302	.275

Paired Samples Test

	Paired Differences		
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1 kesiapanpre - kesiapanpost	.533	.516	.133

Paired Samples Test

	Paired Differences	
	95% Confidence Interval of the Difference	
	Lower	Upper
Pair 1 kesiapanpre - kesiapanpost	.247	.819

Paired Samples Test

		t	df	Sig. (2-tailed)
Pair 1	kesiapanpre - kesiapanpost	4.000	14	.001

Keterangan:

Jk= Jenis Kelamin; L= Laki-laki dan P= Perempuan

JML= Jumlah

P= Pertanyaan

KTG= Kategori

1 = Tidak Siap

2 = Siap



YAYASAN PERINTIS PADANG (Perintis Foundation)
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKes) PERINTIS

Perintis School of Health Science, IZIN MENDIKNAS NO : 162/D/O/2006 & 17/D/O/2007

"We are the first and we are the best"

Campus 1 : Jl. Adinegoro Simpang Kalumpang Lubuk Buaya Padang, Sumatera Barat - Indonesia, Telp. (+62751) 481992, Fax. (+62751) 481962
Campus 2 : Jl. Kusuma Bhakti Gulai Bancah Bukittinggi, Sumatera Barat - Indonesia, Telp. (+62752) 34613, Fax. (+62752) 34613

Bukittinggi, 30 Juni 2016

Nomor : 693/STIKes- YP/Pend/ VI/ 2016
Lamp : -
Perihal : Izin Pengambilan Data dan Penelitian

Kepada Yth,
Bapak/ Ibu : Direktur RSSN Bukittinggi
Di
Tempat

Assalamu 'alaikum Wr. Wb

Dengan hormat,

Dalam rangka menyusun Tugas Akhir Program bagi mahasiswa Semester Genap Reguler Program Studi Ilmu Keperawatan Perintis Padang Tahun Ajaran 2015/ 2016 atas mahasiswa:

Nama : Sentosa
NIM : 12103084105042
Judul Penelitian : Pengaruh stroke education terhadap kesiapan pasien pulang pada pasien stroke di RSSN Bukittinggi Tahun 2016.

Dalam hal penulisan Tugas Akhir Program tersebut, mahasiswa membutuhkan data dan informasi untuk menyusun proposal dan melakukan penelitian. Oleh karena itu kami mohon kesediaan Bapak/ Ibu untuk dapat memberi izin dalam pengambilan data dan penelitian yang dilakukan mahasiswa pada Instansi yang Bapak/ Ibu pimpin.

Demikianlah surat ini kami sampaikan, dengan harapan Bapak/ Ibu dapat mengabulkannya, atas bantuan dan kerjasama yang baik kami ucapkan terima kasih

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Perintis

Ketua

Yendrizal Jafri, SKp. M. Biomed

NIK: 1420106116893011

Tembusan kepada yth:

1. Bapak/Ibu Ka.bid.Diklat RSSN Bukittinggi
2. Bapak/Ibu Ka.bid.Keperawatan RSSN Bukittinggi
3. Ibu Ka. Administrasi Kampus II Bukittinggi
4. Arsip

SELURUH PROGRAM STUDI

TERAKREDITASI "B"



Management System
ISO 9001:2008

www.tuv.com
ID 9105085045



Website : www.stikesperintis.ac.id
e-mail : stikes.perintis@yahoo.com



KEMENTERIAN KESEHATAN R.I.
DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN
RUMAH SAKIT STROKE NASIONAL BUKITTINGGI

Jalan Jenderal Sudirman PO BOX I Bukittinggi Telp. (0752) 21013 Fax. (0752) 23431



Nomor : DM.01.01/6/360/2016

10 Agustus 2016

Perihal : Izin Penelitian

Yang terhormat,

Ka.Instalasi Rawat Inap A

RSSN Bukittinggi

Sehubungan dengan hasil konfirmasi melakukan penelitian pada tanggal 10 Agustus 2016 dengan nomor surat DM.01.01/6/358/2016, dengan ini kami informasikan bahwa mahasiswa di bawah ini :

Nama : Sentosa
Nim : 12103084105042
Prodi : S1 Keperawatan STIKes Perintis

Telah menyelesaikan semua proses administrasi sesuai prosedur melakukan penelitian di RSSN Bukittinggi dan yang bersangkutan telah dapat melaksanakan kegiatan penelitian pada tanggal 10 Agustus 2016 s/d 09 September 2016 yang berjudul "**Pengaruh Stroke Education Terhadap Kesiapan Pasien Pulang Pada Pasien Stroke di Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi Tahun 2016**". Untuk itu kami harapkan kerjasama dan bimbingan saudara dalam penelitian tersebut.

Atas perhatiannya diucapkan terimakasih.

Ka Instalasi Diklit



Ref Denis, S.Kep,MM

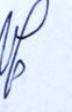
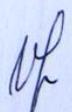
NIP.196708241989032001

Tembusan kepada yth :

1. Lahan penelitian
2. Yang bersangkutan
3. Arsip

LEMBAR KONSULTASI

Nama : Sentosa
 NIM : 12103084105042
 Pembimbing : Ns. Lisa Mustika Sari, M.Kep
 Judul : Pengaruh *Stroke Education Program* Terhadap Kesiapan Pulang Keluarga Pasien Stroke di Ruang Neurologi RSSN Bukittinggi Tahun 2016

No	Hari/ Tanggal	Materi Bimbingan	Paraf
		Perbaiki Esuai Saran	
		Perbaiki Esasur Saran	
		Perbaiki Sasara Saran	
		Perbaiki Kesimpulan	
		Perbaiki Abstrak	
		Acc di Uraikan	

LEMBAR KONSULTASI

Nama : Sentosa

NIM : 12103084105042

Pembimbing : Ns. Aldo Yuliani, S.Kep, M.M

Judul : Pengaruh *Stroke Education Program* Terhadap Kesiapan Pulang Keluarga Pasien Stroke di Ruang Neurologi RSSN Bukittinggi Tahun 2016

No	Hari/ Tanggal	Materi Bimbingan	Paraf
		Pendahuluan	f.-
		Acc di ujung	f.-