

PENURUNAN RISIKO KAMBUH DAN LAMA RAWAT PADA KLIEN STROKE ISKEMIK MELALUI RENCANA PEMULANGAN TERSTRUKTUR

Uke Pemila^{1,2*}, Ratna Sitorus³, Sutanto Priyo Hastono⁴

1. RSUD Lubuk Basung Kabupaten Agam, Sumatera Barat 26415, Indonesia
2. Program Studi Magister Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, Depok 16424, Indonesia
3. Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, Depok 16424, Indonesia
4. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Depok 16424, Indonesia

*Email: uke_pemila@yahoo.com

Abstrak

Penelitian tentang pengaruh rencana pemulangan terstruktur klien stroke iskemik dalam menurunkan faktor risiko kekambuhan, lama rawat, dan peningkatan status fungsional telah dilakukan di sebuah RS di Bukittinggi. Desain penelitian adalah kuasi eksperimen dengan sampel 43 orang (20 kelompok intervensi dan 23 kelompok kontrol). Hasil penelitian menunjukkan perbedaan faktor risiko kekambuhan ($p=0,00$; $\alpha=0,05$), lama rawat ($p=0,02$; $\alpha=0,05$) antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol setelah diberikan rencana pemulangan, namun belum dapat mengubah status fungsional klien (penilaian *Barthel Index*). Rencana pemulangan terstruktur pada klien stroke iskemik dapat menurunkan faktor risiko kekambuhan dan lama rawat. Hasil penelitian ini dapat diterapkan dalam penatalaksanaan stroke iskemik di rumah sakit maupun di rumah (*home care*). Penelitian lanjut perlu dilakukan untuk mengkaji pengaruh sistem dukungan klien dalam upaya mencegah kekambuhan, komplikasi, dan meminimalkan kecacatan pada klien stroke.

Kata kunci: faktor risiko kekambuhan, lama rawat, klien stroke iskemik, rencana pemulangan, status fungsional

Abstract

A research to examine the effect of structured discharge planning for the ischemic stroke patients in decreasing the recurrence risk factors and length of stay, and improving functional status has been conducted in a hospital in Bukittinggi. This quasi-experimental research included 43 subjects (20 subjects as the intervention group and 23 subjects as the control group). The findings of the study demonstrated that there is difference in recurrence risk factors ($p=0,00$, $\alpha=0,05$) and length of stay ($p=0,02$; $\alpha=0,05$) but no difference in functional status (measured by Barthel Index) between two groups. This finding showed that structured discharge planning has significant effect to reduce recurrence of risk factors and length of stay of the ischemic stroke patients. This study can be an evidence to be incorporated in the ischemic stroke nursing care in the hospital as well as home care. Further, it is recommended to examine the patient's support system on reducing stroke recurrence, complication, and disability.

Keywords: recurrence risk factor, length of stay, ischemic stroke patient, discharge planning, functional status

Pendahuluan

Stroke merupakan penyakit serius karena memiliki angka kematian cukup tinggi yaitu lebih dari 15 juta jiwa/ tahun di seluruh dunia. Sekitar 5 juta orang pernah mengalami stroke di Amerika Serikat. Di Indonesia, stroke menyerang 35,85% klien lanjut usia dan 12,9% pada usia yang lebih muda. Penderita stroke diperkirakan berjumlah 500.000 jiwa setiap tahun dan 2,5%-nya meninggal dunia. Angka kejadian stroke di Indonesia meningkat tajam. Bahkan saat ini Indonesia merupakan negara dengan jumlah penderita stroke terbesar di Asia. Bila tidak ditangani dengan serius,

diperkirakan pada tahun 2020 sekitar 7,6 juta jiwa akan meninggal akibat serangan stroke (Rien, 2009). Angka kejadian stroke iskemik lebih tinggi dibanding stroke hemoragik, yaitu sebanyak 80-85% dari seluruh kejadian stroke. Meskipun prevalensi kejadian stroke iskemik cukup tinggi, tetapi harapan hidup pada stroke iskemik lebih baik dari pada stroke hemoragik. Namun demikian, tingkat kecacatan akan lebih berat pada stroke iskemik akibat kerusakan neuron-neuron yang terkena iskemik. Masa pemulihan fungsi neuron pada stroke iskemik bisa terjadi setelah 2 minggu serangan infark dan mencapai pemulihan sempurna pada minggu ke-8 (Harsono, 1999).

Waktu pemulihan fungsi neuron pada stroke iskemik sangat tergantung pada kualitas penatalaksanaan dan asuhannya. Lama hari rawat dapat dijadikan sebagai alat ukur dalam mengevaluasi kualitas asuhan yang diberikan suatu pelayanan kesehatan. Selain itu, evaluasi penatalaksanaan stroke juga dinilai dari upaya untuk mencegah terjadinya serangan berulang pada klien stroke. Kejadian stroke berulang menunjukkan angka yang cukup tinggi. Harsono (1999) menjelaskan bahwa kejadian emboli berulang pada otak antara 30-65%, dan risiko serangan ulang yang terjadi beberapa minggu pertama setelah serangan adalah 15-25%, dengan risiko kematian 20% dalam satu bulan pertama.

Penatalaksanaan utama stroke pada fase akut bertujuan untuk mencegah agar stroke tidak berlanjut atau berulang, mengupayakan agar kecacatan dapat dibatasi, mencegah terjadinya komplikasi, membantu pemulihan, serta mencegah terjadinya kematian. Tujuan penatalaksanaan stroke ini merupakan tanggung jawab utama bagi semua tenaga kesehatan yang tergabung dalam tim tatalaksana stroke. Tenaga kesehatan juga melibatkan klien dan keluarga agar memiliki pemahaman tentang proses penyakit, cara penanganan, serta kontinuitas perawatan pada fase rehabilitasi dan adaptasi yang disusun dalam suatu rencana pemulangan (Rasyid, et al., 2007).

Rencana pemulangan merupakan suatu proses mempersiapkan klien untuk mendapatkan kontinuitas perawatan baik dalam proses penyembuhan maupun dalam mempertahankan derajat kesehatannya sampai klien merasa siap untuk kembali ke lingkungannya dan harus dimulai sejak awal klien datang ke pelayanan kesehatan (Cawthorn, 2005). Tindakan utama dalam rencana pemulangan adalah pemberian pendidikan kesehatan pada klien dan keluarga yang bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan, pemahaman, dan dukungan terhadap kondisi kesehatan klien, serta tindak lanjut yang harus dilakukan setelah pulang ke rumah (Slevin, 1986).

Metode

Penelitian ini merupakan penelitian kuasi-eksperimen *non-equivalent control group*. Besar sampel yaitu 43

responden. Sejumlah 20 responden pada kelompok intervensi diberikan rencana pemulangan terstruktur dan 23 responden pada kelompok kontrol diberikan rencana pemulangan rutin yang ada di rumah sakit.

Kriteria inklusi meliputi: (1) klien stroke iskemik yang baru masuk ruang perawatan; (2) serangan stroke iskemik untuk pertama kalinya; (3) kesadaran kompos mentis kooperatif; dan (4) klien stroke iskemik yang memiliki satu atau lebih faktor risiko sebagai berikut: hipertensi, diabetes melitus, dislipidemia, serta faktor gaya hidup (merokok, aktifitas fisik yang kurang, kegemukan, diet yang salah, dan penggunaan alkohol).

Pengumpulan data dilakukan pada kelompok intervensi dan kontrol dengan menilai skor faktor risiko kekambuhan pada saat masuk ruang perawatan dan saat klien kontrol ke poliklinik sesuai waktu yang telah ditetapkan, penilaian status fungsional diukur saat klien masuk dan saat klien keluar (pulang) serta penilaian lama hari rawat. Analisis data dilakukan dengan *Paired t-test* (uji *T dependen*) untuk mengetahui apakah ada pengaruh rencana pemulangan terstruktur terhadap faktor risiko kekambuhan, status fungsional sebelum dan sesudah diberikan rencana pemulangan pada kelompok intervensi dan kontrol.

Pooled t-test (uji *T independen*) digunakan untuk mengetahui perbedaan lama hari rawat pada kelompok intervensi dengan kelompok kontrol. *Multivariate Analysis of Variance* (MANOVA) digunakan untuk membandingkan pengaruh variabel dependen (faktor risiko kekambuhan, lama rawat, dan status fungsional) pada setiap kelompok yang ada pada variabel independen (umur dan tingkat pendidikan).

Hasil

Tabel 1. Distribusi Responden Berdasarkan Umur

Jenis Kelompok	N	Mean	Med	SD	Min – Mak	95% CI
Intervensi	20	57,6	58	8,0	43- 70	53,8- 61,3
Kontrol	23	57,4	54	9,9	40- 76	53,1- 61,7

Karakteristik Responden

Perbedaan umur responden kelompok intervensi dan kontrol tidak jauh berbeda. Dari 43 responden rerata umur 57 tahun (lihat tabel 1). Tingkat pendidikan responden terbanyak yaitu SMP, tujuh orang (35%) pada kelompok intervensi dan sembilan orang (39,1%) pada kelompok kontrol. Tingkat pendidikan paling sedikit ialah Perguruan Tinggi hanya dua orang pada kelompok intervensi.

Hubungan Karakteristik Umur terhadap Faktor Risiko Kekambuhan, LOS (*Length Of Stay*), dan Status Fungsional (*Barthel Index*)

Hasil penelitian menunjukkan umur hanya memiliki hubungan bermakna dengan lama rawat (*Length of Stay/LOS*) ($p= 0,02, \alpha= 0,05$) (tabel 2). Sementara itu, umur tidak memiliki hubungan dengan faktor risiko kekambuhan dan status fungsional ($p> 0,05$). Faktor risiko kekambuhan diukur menggunakan instrumen penilaian faktor risiko stroke oleh Feigin (2007) dengan menjumlahkan skor dari semua faktor risiko stroke baik faktor risiko yang dapat dimodifikasi maupun tidak dapat dimodifikasi. Hasil penjumlahan dari skor faktor risiko tersebut ada dalam rentang 0-25. Skor tersebut dikategorikan risiko rendah bila memiliki nilai 1-4, risiko sedang bila nilai 5-9, risiko tinggi bila nilai 10-13, serta risiko sangat tinggi bila total nilai > 14 .

Tabel 2. Analisis Hubungan Umur terhadap Faktor Risiko Kekambuhan, LOS (*Length Of Stay*) dan Status Fungsional (*Barthel Index*)

Variabel	r	R ²	Persamaan garis	p
Umur	0,002	0,0	FR = 4,5+ Umur	0,9
	0,3	0,1	LOS = 2,7+ 0,1 Umur	0,02
	0,03	0,001	SF = 9,6 + 0,01 Umur	0,08

Hubungan Karakteristik Tingkat Pendidikan Klien Stroke Iskemik terhadap Faktor Risiko Kekambuhan, Lama Rawat, dan Status Fungsional (*Barthel Index*)

Hasil analisis pada tabel 3 menunjukkan ada hubungan tingkat pendidikan dengan faktor risiko kekambuhan dengan $p= 0,008, \alpha= 0,05$. Akan tetapi, tidak ada hubungan signifikan antara tingkat pendidikan dengan

lama rawat dengan ($p= 0,5, \alpha= 0,05$). Berdasarkan uji statistik dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara tingkat pendidikan dengan status fungsional (*Barthel Index*) ($p= 0,5, \alpha= 0,05$).

Hasil penelitian menggambarkan pada kelompok intervensi terdapat perbedaan signifikan antara sebelum dan sesudah diberikan rencana pemulangan terstruktur ($p= 0,00, \alpha= 0,05$). Sedang pada kelompok kontrol tidak ada perbedaan yang signifikan sebelum dan sesudah diberi rencana pemulangan rutin rumah sakit ($p= 1,00, \alpha= 0,05$).

Perbedaan yang signifikan terdapat diantara kelompok intervensi dan kontrol sesudah diberikan rencana pemulangan baik terstruktur maupun rutin rumah sakit ($p= 0,00, \alpha= 0,05$). Tidak ada perbedaan yang signifikan antara kelompok intervensi dan kontrol sebelum diberikan rencana pemulangan ($p= 0,48, \alpha= 0,05$). Dapat disimpulkan ada perbedaan yang signifikan lama rawat antara kelompok intervensi dan kontrol ($p= 0,02, \alpha= 0,05$).

Pengaruh Rencana Pemulangan Terstruktur terhadap Faktor Risiko Kekambuhan Klien Stroke Iskemik setelah Dikontrol Umur dan Tingkat Pendidikan

Hasil analisis data menunjukkan terdapat perbedaan yang signifikan terhadap rerata status fungsional (nilai *Barthel Index*) pada kelompok intervensi sebelum dan sesudah diberikan rencana pemulangan terstruktur ($p= 0,00, \alpha= 0,05$). Begitu juga dengan kelompok kontrol yang diberikan rencana pemulangan rutin rumah sakit ($p= 0,00, \alpha= 0,05$) (lihat tabel 4).

Pengaruh Rencana Pemulangan Terstruktur terhadap Status Fungsional (nilai *Barthel Index*) Klien Stroke Iskemik setelah Dikontrol Umur dan Tingkat Pendidikan

Tidak ada perbedaan signifikan antara rerata status fungsional (nilai *Barthel Index*) klien stroke iskemik sebelum diberi rencana pemulangan pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol ($p= 0,39, \alpha= 0,05$) (lihat tabel 5). Begitu juga rerata status fungsional yang dinilai sesudah diberi rencana pemulangan.

Tabel 3. Analisis Hubungan Tingkat Pendidikan terhadap Faktor Risiko Kekambuhan, LOS, dan Status Fungsional

Variabel	Mean	SD	95% CI	p
Tingkat Pendidikan dgn Faktor Risiko				
- SD	6,3	2,5	4,7 – 7,8	0,008
- SMP	4,2	2,4	2,9 – 5,5	
- SMU	3,0	1,3	2,2 – 3,9	
- PT	5	0	5 – 5	
Tingkat Pendidikan dgn LOS				
- SD	10	2,6	8,4 – 11,6	0,5
- SMP	9,2	3,3	7,4 – 11	
- SMU	8,8	3,2	6,7 – 10,8	
- PT	11,5	0,7	5,1 – 17,8	
Tingkat Pendidikan dgn Status Fungsional				
- SD	7,3	3,5	5,2 – 9,5	0,001
- SMP	10,4	2,8	8,9 – 11,9	
- SMU	14,3	5,1	11 – 17,6	
- PT	13	2,8	12,4 – 18,4	

Pengaruh Rencana Pemulangan Terstruktur terhadap Status Fungsional (Penilaian *Barthel Index*) Klien Stroke Iskemik setelah Dikontrol Umur dan Tingkat Pendidikan

Tabel 6 memperlihatkan ada pengaruh yang signifikan ($p=0,000$, $\alpha=0,05$) faktor risiko ($p=0,000$; $\alpha=0,05$) dan lama hari rawat ($p=0,008$, $\alpha=0,05$) pada kelompok intervensi dan kontrol sesudah diberikan rencana pemulangan, setelah dikontrol oleh variabel umur dan tingkat pendidikan. Selanjutnya tidak terdapat pengaruh pada status fungsional (penilaian *Barthel Index*) sesudah diberikan rencana pemulangan, setelah dikontrol oleh umur dan tingkat pendidikan ($p=0,873$, $\alpha=0,05$).

Pembahasan

Umur Klien Stroke Iskemik dengan Faktor Risiko Kekambuhan, Lama Rawat, dan Status Fungsional (*Barthel Index*)

Feigin (2007) menyatakan bahwa risiko terkena stroke meningkat sejak umur 45 tahun. Setelah umur 50 tahun, setiap penambahan umur 3 tahun meningkatkan risiko stroke sebesar 11-20%. Umur > 65 tahun memiliki

risiko paling tinggi. Hubungan yang tidak signifikan ini kemungkinan disebabkan karena variasi umur klien yang diteliti sangat kurang yaitu rerata umur klien stroke iskemik adalah 57 tahun, baik pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol.

Hasil penelitian menunjukkan perbedaan dengan pernyataan Feigin (2007) yaitu tidak ada hubungan antara umur klien dengan faktor risiko kekambuhan yang ditunjukkan dalam analisis bivariat dan multivariat. Analisis bivariat dapat disimpulkan bahwa ada hubungan umur dengan lama rawat klien stroke iskemik ($p=0,02$, $\alpha=0,05$).

Hasil ini didukung oleh pendapat Feigin (2007) yang menyatakan bahwa faktor umur mempengaruhi tingkat kepulihan klien. Semakin muda umur klien yang terkena serangan *stroke* tingkat pemulihannya cenderung lebih cepat dan prognosinya juga akan lebih baik dan akan mempersingkat hari rawat klien.

Tabel 2 menunjukkan umur tidak mempengaruhi status fungsional (penilaian *Barthel Index*). Hasil ini diperkuat oleh Umphred (2001) yang menyatakan faktor umur tidak mempengaruhi proses rehabilitasi dalam upaya meningkatkan status fungsional klien stroke.

Tabel 4. Analisis Status Fungsional (Nilai *Barthel Index*) pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol

<i>Barthel Index</i>	Kelompok	N	Mean	SD	p
Kelompok Intervensi	Sebelum	20	2,8	2,7	0,00
	Sesudah	20	11,3	3,1	
Kelompok Kontrol	Sebelum	23	5,7	5,6	0,00
	Sesudah	23	10,1	5,5	

Hal ini bertolakbelakang dengan pernyataan Feigin (2007) bahwa faktor umur sangat menentukan tingkat kepulihan klien, semakin muda umur klien yang terkena serangan stroke tingkat pemulihan dan tingkat kemandiriannya juga akan lebih cepat tercapai.

Salah satu kemungkinan penyebab tidak berpengaruh umur terhadap peningkatan status fungsional pada penelitian ini adalah karena jumlah sampel yang sedikit dan variasi umur klien yang kurang pada kelompok intervensi dan kontrol, sehingga belum bisa menggambarkan pengaruhnya pada peningkatan status fungsional.

Tingkat Pendidikan Klien Stroke Iskemik dengan Faktor Risiko Kekambuhan, Lama Rawat, dan Status Fungsional (*Barthel Index*)

Hasil penelitian menunjukkan ada hubungan signifikan antara tingkat pendidikan dengan faktor risiko kekambuhan waktu kontrol ($p=0,008$, $\alpha=0,05$; tabel 3). Analisis multivariat menunjukkan tingkat pendidikan mempengaruhi faktor risiko kekambuhan ($p=0,008$, $\alpha=0,05$; tabel 6). Artinya, tingkat pendidikan mempengaruhi pemahaman dan penerimaan seseorang terhadap pendidikan kesehatan yang diberikan.

Hasil penelitian Angelelli (2006) yang menyimpulkan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang semakin bagus kualitas pemberian perawatan lanjutan di rumah setelah klien pulang dari rumah sakit, yang berarti memperkuat hasil penelitian. Penelitian ini juga menjelaskan bahwa tingkat pendidikan tidak mempengaruhi lama rawat klien stroke iskemik. Lama rawat merupakan salah satu indikator penilaian kualitas

pelayanan kesehatan yang diberikan pada klien, artinya semakin pendek hari rawat dan klien pulang dengan status kesehatan yang meningkat menandakan bahwa kualitas pelayanan yang diberikan semakin bagus. Kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan pada klien tidak tergantung pada tingkat pendidikan klien. Semua klien memiliki hak yang sama dalam mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar pelayanan.

Hasil analisis menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara tingkat pendidikan dengan status fungsional (penilaian *Barthel Index*) ($p=0,001$, $\alpha=0,05$) (tabel 3). Hal ini diperkuat dengan analisis multivariat pada tabel 6 yang menunjukkan bahwa tingkat pendidikan secara signifikan mempengaruhi nilai *Barthel Index*. Upaya peningkatan status fungsional klien diawali dengan memberikan pendidikan kesehatan kepada klien dan keluarga tentang tujuan, manfaat serta proses pelaksanaan rehabilitasi yang akan dijalani oleh klien. Proses ini membutuhkan kesamaan persepsi antara perawat, fisioterapis, klien, dan keluarga. Penerimaan klien dan keluarga terhadap pendidikan, arahan perawat, dan fisioterapi dipengaruhi oleh tingkat pendidikan. Semakin tinggi tingkat pendidikan akan mempermudah terjadi persamaan persepsi dan akan mempercepat proses kemandirian klien.

Pengaruh Rencana Pemulangan Terstruktur terhadap Faktor Risiko Kekambuhan Klien Stroke Iskemik setelah Dikontrol Umur dan Tingkat Pendidikan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada perbedaan yang bermakna pada faktor risiko kekambuhan klien stroke iskemik sesudah diberikan rencana pemulangan terstruktur dibanding rencana pemulangan rutin dari rumah sakit. Hasil ini didukung oleh penelitian Dai, Chang, dan Tai (2002) yang menyimpulkan bahwa rencana pemulangan dapat mengurangi faktor risiko kekambuhan pada klien stroke sehingga menurunkan angka serangan berulang. Hal ini diperkuat oleh suatu penelitian meta-analisis yang menjelaskan bahwa rencana pemulangan komprehensif secara signifikan dapat mengurangi angka kekambuhan pada klien (Shepperd, et al., 2004).

Tabel 5. Analisis Perbedaan Status Fungsional (Nilai *Barthel Index*) Kelompok Intervensi dan Kontrol

<i>Barthel Index</i>	Kelompok	N	Mean	SD	p
Sebelum diberikan <i>discharge planning</i>	Intervensi	20	2,8	2,7	0,39
	Kontrol	23	5,7	5,6	
Sesudah diberikan <i>discharge planning</i>	Intervensi	20	11,3	3,1	0,39
	Kontrol	23	10,1	5,5	

Skor faktor risiko stroke Feigin (2007) menunjukkan penurunan faktor risiko kekambuhan pada kelompok intervensi dari 6,8 menjadi 2,7. Ini menggambarkan kemungkinan seseorang terkena stroke berkurang sebesar 5-10%. Bila dibandingkan dengan kelompok kontrol, nilai faktor risiko saat masuk rumah sakit sebesar 6,2 dan waktu kontrol ke poliklinik masih 6,2 yang artinya tidak ada penurunan faktor risiko kekambuhan.

Hasil ini memberi makna bahwa klien dan keluarga yang diberikan pendidikan kesehatan lebih awal dan terstruktur menjadi mampu memberikan kontinuitas perawatan setelah klien pulang dari rumah sakit sesuai kebutuhan. Dengan demikian, status kesehatan klien dapat dipertahankan dan faktor risiko kekambuhan dapat berkurang dengan cara berperilaku hidup sehat.

Schneider et al. (2003) dalam penelitiannya juga menyimpulkan bahwa pentingnya pemberian pendidikan kesehatan khususnya tentang tanda, gejala, serta faktor risiko stroke pada kelompok yang berisiko tinggi dan anggota keluarganya akan membantu dalam penatalaksanaan dan upaya pencegahan terjadinya serangan berulang.

Rencana Pemulangan Terstruktur terhadap Lama Rawat Klien Stroke Iskemik setelah Dikontrol Umur dan Tingkat Pendidikan

Perbedaan yang signifikan antara lama rawat klien stroke iskemik kelompok intervensi dengan kelompok

kontrol didapatkan dari hasil penelitian. Rerata lama rawat kelompok intervensi yang mendapat rencana pemulangan terstruktur 8,2 hari sedangkan kelompok kontrol 10,5 hari. Data setahun terakhir di rumah sakit lokasi penelitian menunjukkan rerata lama rawat klien stroke iskemik adalah melebihi 10 hari. Walaupun pencapaian lama rawat belum tercapai sesuai pedoman penatalaksanaan stroke yang ditetapkan, tetapi ada perbedaan yang nyata pada rerata lama rawat kedua kelompok yang diteliti.

Hasil ini membuktikan bahwa pemberian rencana pemulangan terstruktur pada klien stroke iskemik berpengaruh pada lama rawat dan secara tidak langsung akan meringankan beban finansial keluarga khususnya untuk biaya rawat. Semakin singkat hari rawat, biaya pun akan semakin berkurang.

Hasil penelitian ini didukung oleh beberapa penelitian yang sama seperti di Taiwan yang menyimpulkan bahwa rencana pemulangan yang komprehensif dapat mengurangi lama rawat klien stroke tanpa menurunkan kualitas dan waktu pemulihan dalam status fungsional (Dai, Chang & Tai, 2002).

Shepperd, et al. (2004) dalam penelitian meta-analisisnya juga menyimpulkan bahwa pemberian rencana pemulangan komprehensif dapat mengurangi lama rawat. Implementasi utama rencana pemulangan adalah pemberian pendidikan kesehatan sejak awal klien masuk dan dilakukan secara terstruktur dan komprehensif. Rankin dan Stallings (2001) mengemukakan bahwa pendidikan kesehatan pada klien dan keluarga dapat mengurangi lama rawat. Ini dikarenakan klien dan keluarga dapat berpartisipasi lebih baik dalam pemulihan dan perencanaan untuk kontinuitas perawatan klien setelah pulang.

Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa ada pengaruh yang signifikan lama rawat pada kelompok intervensi dan kontrol setelah diberikan rencana pemulangan ($p=0,008$) setelah dikontrol oleh variabel umur dan tingkat pendidikan. Dengan demikian, pemberian rencana pemulangan secara signifikan dapat menurunkan lama rawat yang setelah dikontrol umur dan tingkat pendidikan klien.

Tabel 6. Analisis Pengaruh Umur, Tingkat Pendidikan, dan Kelompok Rencana Pemulangan terhadap Faktor Risiko Kekambuhan, Lama Rawat, dan Status Fungsional (*Barthel Index*)

<i>Independent</i>	<i>Dependent</i>	p
Umur	- Faktor risiko kekambuhan	0,936
	- Lama rawat	0,801
	- Status fungsional (<i>Barthel Index</i>)	0,014
Tingkat Pendidikan	- Faktor risiko kekambuhan	0,008
	- Lama rawat	0,000
	- Status fungsional (<i>Barthel Index</i>)	0,966
Kelompok <i>Discharge Planning</i>	- Faktor risiko kekambuhan	0,000
	- Lama rawat	0,873
	- Status fungsional (<i>Barthel Index</i>)	0,008

Rencana Pemulangan Terstruktur terhadap Status Fungsional (Penilaian *Barthel Index*) Klien Stroke Iskemik setelah Dikontrol Umur dan Tingkat Pendidikan

Hasil penelitian ini mengungkapkan bahwa tidak ada perbedaan bermakna peningkatan status fungsional antara klien yang mendapat rencana pemulangan terstruktur dengan klien yang mendapat rencana pemulangan rutin rumah sakit ($p=0,39$, $\alpha=0,05$).

Pada kedua kelompok terjadi peningkatan status fungsional yang signifikan. Walaupun nilai rerata peningkatan status fungsional pada kelompok yang mendapat rencana pemulangan terstruktur lebih tinggi (nilai *Barthel Index* 11,3) dibandingkan kelompok yang mendapat rencana pemulangan rutin rumah sakit (*Barthel Index* 10,1).

Hasil penelitian ini memiliki kesamaan dengan penelitian Dai, Chang, dan Tai (2002) dan Shepperd, et al. (2004) yang menyimpulkan bahwa tidak ada perbedaan yang signifikan pada status fungsional (penilaian *Barthel Index*) antara kelompok intervensi maupun kelompok kontrol karena kedua kelompok menunjukkan adanya peningkatan status fungsional.

Tidak terjadi penurunan faktor risiko kekambuhan pada klien kelompok kontrol. Hal ini membuktikan bahwa klien dan keluarga tidak memiliki pemahaman dan

pengetahuan yang cukup untuk mengendalikan faktor risiko yang dimilikinya sehingga berisiko tinggi untuk terkena stroke berulang (Muller, et al., 2005).

Hasil analisis multivariat menunjukkan bahwa ada pengaruh yang signifikan pada kelompok intervensi dan kontrol setelah diberikan rencana pemulangan terhadap faktor risiko ($p=0,00$, $\alpha=0,05$) setelah dikontrol oleh variabel umur dan tingkat pendidikan. Oleh karena itu, pemberian rencana pemulangan secara signifikan dapat menurunkan faktor risiko kekambuhan bila dikontrol oleh umur dan tingkat pendidikan klien.

Kesimpulan

Pemberian rencana pemulangan terstruktur dan komprehensif yang dimulai sejak awal klien stroke iskemik masuk ruang perawatan dapat mempengaruhi faktor risiko kekambuhan, lama hari rawat, dan status fungsional setelah dikontrol oleh umur dan tingkat pendidikan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa faktor risiko kekambuhan klien yang diberikan rencana pemulangan terstruktur menurun dibandingkan klien yang mendapat rencana pemulangan rutin rumah sakit. Begitu juga dari lama hari rawat yang membuktikan bahwa lama rawat klien yang mendapat rencana pemulangan terstruktur lebih singkat dari klien yang mendapat rencana pemulangan rutin.

Peningkatan yang signifikan antara kedua kelompok dapat dilihat dari status fungsional, walaupun sama-sama terjadi. Hal ini dapat disimpulkan bahwa peningkatan status fungsional (*Barthel Index*) klien yang mendapat rencana pemulangan terstruktur lebih baik dibanding klien yang mendapat rencana pemulangan rutin rumah sakit.

Hasil penelitian juga menyatakan bahwa umur tidak mempengaruhi faktor risiko kekambuhan dan status fungsional namun umur berhubungan dengan lama rawat. Sementara faktor risiko kekambuhan dan status fungsional (*Barthel Index*) memiliki hubungan yang signifikan dengan tingkat pendidikan. Rencana pemulangan terstruktur dan komprehensif direkomendasikan untuk dapat diterapkan dalam penatalaksanaan pada klien stroke iskemik.

Perawat (minimal ketua tim atau perawat primer) perlu memiliki pemahaman dan kemampuan dalam menerapkan rencana pemulangan terstruktur untuk menunjang kontinuitas perawatan klien pascastroke dan positif bagi peningkatan kualitas tindakan mandiri keperawatan khususnya sebagai pendidik. Penelitian lanjut diharapkan dapat mengkaji pengaruh sistem dukungan klien dalam upaya mencegah kekambuhan, komplikasi, dan meminimalkan kecacatan pada klien stroke (TN, ENN, PY).

Referensi

- Angelelli, J., et al. (2006). Effect of educational level and minority status on nursing home choice after hospital discharge. *Am J Public Health*, 96 (7), 1249-1253.
- Cawthorn, L. (2005). *Discharge planning under the umbrella of advanced nursing practice case manager*. Canada: Longwoods Publishing.
- Dai, Y.T., Chang, D.R., & Tai, T.Y., (2003). Effectiveness of a pilot project of discharge planning in Taiwan. *Research in Nursing and Health*, 26 (1), 53-63.
- Feigin, V. (2007). *Stroke: Panduan bergambar tentang pencegahan dan pemulihan Stroke*. Jakarta: PT. Bhuana Ilmu Populer.
- Harsono. (1999). *Buku ajar neurologi klinis*. Yogyakarta: Penerbit Gadjah Mada University Press.
- Muller, J., et al. (2005). Knowledge about risk factors for stroke. A population-based survey with 28090 participants, *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 76, 35-44.
- Rankin, S., & Stallings, K (2001). *Patient education: Principles and practice* (4th edition). Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Rasyid, et al. (2007). *Unit stroke. Manajemen stroke secara komprehensif*. Jakarta: Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Rien, T. (2009). *Stroke...???* Diperoleh dari <http://evianggarini.blogspot.com>.
- Schneider, A., T., et al. (2003). Trends in community knowledge of the warning signs and risk factors for stroke. *JAMA*, 289: 343-346.
- Shepperd, S., et al., (2004). Discharge planning from hospital to home. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- Slevin, A. P. (1986). A model for discharge planning in nursing education. *J Community Health Nurs*, 3 (1), 35-42.
- Umphred, D. A. (2001). *Neurological rehabilitation* (4th Ed.). Philadelphia: Mosby.

Hidup kita meningkat hanya bila kita mengambil kesempatan-kesempatan,
dan resiko pertama dan paling sulit yang dapat kita ambil adalah jujur dengan diri kita sendiri.

- Walter Anderson -

Banyak kegagalan dalam hidup ini dikarenakan orang-orang tidak menyadari
betapa dekatnya mereka dengan keberhasilan saat mereka menyerah.

- Thomas Alva Edison -