

**HUBUNGAN *DISCHARGE PLANNING* DALAM PELAKSANAAN
PROMOSI KESEHATAN RUMAH SAKIT (PKRS)
RSUD TUGUREJO SEMARANG DENGAN
BEBAN *CAREGIVER* INSAN PASCA
STROKE DI SEMARANG**



TESIS

Untuk Memenuhi Persyaratan
Mencapai Gelar Magister Keperawatan

Konsentrasi
Keperawatan Komunitas

Oleh
Ns. Kartika Setia Purdani, S.Kep.
NIM 22020114410033

**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS DIPONEGORO
SEMARANG, DESEMBER 2016**

**HUBUNGAN *DISCHARGE PLANNING* DALAM PELAKSANAAN
PROMOSI KESEHATAN RUMAH SAKIT (PKRS)
RSUD TUGUREJO SEMARANG DENGAN
BEBAN *CAREGIVER* INSAN PASCA
STROKE DI SEMARANG**

Telah disetujui sebagai Penelitian Tesis untuk
Memenuhi Persyaratan Pendidikan Program S2

Program Studi Magister Keperawatan

Menyetujui,

Pembimbing Utama



Dr. Fery Agusman MM, SKM., M.Kep., Sp. Kom
NIK. 19730810 199912 1 058

Pembimbing Anggota



Ns. Nurullya Rachma, S.Kep., M.Kep., Sp.Kom
NIP. 19770523 200501 2 002

Mengetahui,
Ketua Program Studi Magister Keperawatan



Dr. Meidiana Dwidiyanti, S.Kp., M.Sc
NIP. 19600515 198303 2 002

Pengesahan Tesis

Yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bahwa tesis
yang berjudul :

**HUBUNGAN *DISCHARGE PLANNING* DALAM PELAKSANAAN
PROMOSI KESEHATAN RUMAH SAKIT (PKRS)
RSUD TUGUREJO SEMARANG DENGAN
BEBAN *CAREGIVER* INSAN PASCA
STROKE DI SEMARANG**

Dipersiapkan dan disusun oleh :

Nama : Ns. Kartika Setia Purdani, S. Kep.
NIM : 022020114410033

Telah dipertahankan di depan dewan penguji pada tanggal 14 Desember 2016 dan
dinyatakan telah memenuhi syarat untuk diterima

Penguji Ketua

Penguji Anggota I,



Dr. Meidiana Dwidiyanti, S.Kp., M.Sc
NIP. 19600515 198303 2 002

dr. M. Sakundarno Adi, M. Sc.,
Ph.D
NIP. 19640110 199001 1 001

Penguji Anggota II,

Penguji Anggota III,



Dr. Fery Agusman MM, SKM., M.Kep., Sp.
Kom
NIK. 19730810 199912 1 058

Ns. Nurullya Rachma, S.Kep.,
M.Kep., Sp.Kom
NIP. 19770523 200501 2 002

Semarang, 19 Desember 2016
Kapodi,
Magister Keperawatan FK Undip



Dr. Meidiana Dwidiyanti, S.Kp., M.Sc
NIP. 19600515 198303 2 002

PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya:

Nama : Kartika Setia Purdani
Tempat /tanggal lahir : Kendal, 09 Oktober 1987
Unit Kerja : STIKES Muhammadiyah Samarinda
Alamat Kantor : Jl. Ir. H. Juanda No 15 Samarinda, KalTim
No Telp/Hp : 082136500187
Email : rarakenes04@gmail.com

Dengan ini menyatakan dengan sesungguhnya bahwa penelitaian saya yang berjudul “Hubungan *Discharge Planning* Dalam Pelaksanaan Promosi Kesehatan Rumah Sakit (PKRS) RSUD Tugurejo Semarang Dengan Beban *Caregiver* Insan Pasca Stroke Di Semarang” bebas dari plagiarisame dan bukan hasil karya orang lain.

Apabila dikemudian hari di temukan seluruh atau sebagian dari penelitian dan karya ilmiah dari hasil-hasil penelitian tersebut terdapat indikasi plagiarisme, saya bersedia menerima sanksi sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Demikian pernyataan ini dibuat dalam keadaan sadar tanpa unsur paksaan dari siapapun.

Semarang, Desember 2016

Pembuat pernyataan

(Kartika Setia Purdani)

SURAT PERNYATAAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH

Yang bertanda tangan di bawa ini, saya :

Nama : Kartika Setia Purdani
NIM : 22020114410033
Fakultas/Program Studi : Fakultas Kedokteran, Magister Keperawatan
Universitas Diponegoro Semarang
Jenis : Tesis
Judul : Hubungan *Discharge Planning* Dalam Pelaksanaan Promosi Kesehatan Rumah Sakit (PKRS) RSUD Tugurejo Semarang Dengan Beban *Caregiver* Insan Pasca Stroke Di Semarang

Dengan ini menyatakan bahwa saya menyetujui untuk :

1. Memberikan hak bebas royalti kepada Perpustakaan Program Studi Ilmu Keperawatan UNDIP atas penulisan karya ilmiah saya, demi pengembangan ilmu pengetahuan.
2. Memberikan hak menyimpan, mengalih mediakan/mengalih formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*data base*), mendistribusikan, serta menampilkannyadlam bentuk *soft copy* untuk kepentingan akademis Perpustakaan Program Studi Ilmu Keperawatan UNDIP, tanpa perlu meminta ijin dari saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta.
3. Bersedia dan menjamin untuk menanggung secara pribadi tanpa melibatkan pihak Perpustakaan Program Studi Ilmu Keperawatan UNDIP dari semua bentuk tuntutan hukum yang timbul atas pelanggaran hak cipta dalam karya ilmiah ini.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan semoga dapat digunakan sebagaimana semestinya.

Semarang, Desember 2016

Yang Menyatakan,

Kartika Setia Purdani

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

A. Identitas Diri

1. Nama Lengkap	Kartika Setia Purdani
2. NIM	22020114410033
3. Tempat & Tanggal Lahir	Kendal, 9 Oktober 1987
4. Alamat Asal	Jl. Girirejo RT 024 Lempake Samarinda Utara
5. Nomor Telp. (HP)/ Fax	082136500187
6. Email	rakenes04@gmail.com
7. Instansi Tempat Kerja	STIKES Muhammadiyah Samarinda
8. Alamat Kantor	Jl. Ir. H. Juanda No 15 Samarinda, KalTim
9. Nomor Telp./Fax	(0541) 748511

B. Riwayat Pendidikan Formal

<i>Tingkat</i>	<i>Sekolah/PT</i>	<i>Tahun Lulus</i>
1. SD	SD Wonotenggang	1998
2. SLTP	SLTP Kanisius Budi Murni Weleri	2001
3. SLTA	SMA Negeri I Kendal	2004
4. S1	STIKES Kendal	2008
5. S1 Ners	Universitas Muhammadiyah Semarang	2011
6. S2	Universitas Diponegoro	2017

C. Pengalaman Penelitian

<i>Judul Penelitian</i>	<i>Tahun</i>	<i>Peran</i>
1. Pengaruh Latihan Rentang Gerak Terhadap Kemajuan Mobilisasi Fisik Pasien Stroke Di Kabupaten Kendal	2007	Ketua
2. Hubungan Pelaksanaan <i>Discharge Planning</i> Promosi Kesehatan Rumah Sakit (PKRS) RSUD Tugurejo Semarang	2016	Ketua

Dengan Beban <i>Caregiver</i> Insan Pasca Stroke Di Semarang		
--	--	--

D. Pengalaman Publikasi

<i>Judul Artikel/Paper</i>	<i>Nama Jurnal/Konfrensi/Seminar</i>	<i>Tahun & Nomor</i>
1. <i>Prevention Action For House Wife To Reduce HIV/AIDS</i>	3rd Java International Nursing Conference	Mei 2015
2. Komplementer Terapi; Aromaterapi Dalam Autism	Seminar Nasional Keperawatan Komunitas	2015 Vol 1
3. Studi Deskriptif Beban <i>Caregiver</i> Insan Pasca Stroke Di Semarang	Journal of Nursing and Health Akper Yakpermas-Banyumas	Edisi 2 No 1 Agustus 2016

E. Pengalaman Seminar/Pelatihan

<i>Nama Kegiatan</i>	<i>Waktu</i>	<i>Peran</i>
1. <i>Aromatherapy Mom & Baby</i>	7-8 Mei 2015	Peserta
2. <i>Clinical & Advance Hypnotherapy Semarang</i>	22-23 Oktober 2016	Peserta

F. Pengalaman Organisasi

<i>Nama Organisasi</i>	<i>Kedudukan</i>	<i>Tahun</i>
-	-	-

Semarang, Desember 2016

(Kartika Setia Purdani)

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan segala rahmat, taufik, hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis yang berjudul "Hubungan *Discharge Planning* Dalam Pelaksanaan Promosi Kesehatan Rumah Sakit (PKRS) RSUD Tugurejo Semarang Dengan Beban *Caregiver* Insan Pasca Stroke Di Semarang". Penulisan tesis ini merupakan persyaratan mencapai gelar Magister Keperawatan di Program Studi Magister Keperawatan Jurusan Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro. Penulis menyadari bahwa penulisan usulan tesis ini dapat terselesaikan dengan bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak. Dalam kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Bapak Dr. Untung Sujianto, S.Kp, M. Kes selaku Ketua Jurusan Keperawatan Universitas Diponegoro.
2. Bapak Dr. Meidiana Dwidiyanti, S.Kp., M.Sc selaku Ketua Progran Studi Magister Keperawatan Universitas Diponegoro
3. Bapak Dr. Fery Agusman MM, SKM., M.Kep., Sp. Kom selaku dosen pembimbing 1 dan Ibu Ns.Nurullya Rachma, S.Kep., M.Kep., Sp.Kom selaku dosen pembimbing 2 yang telah membimbing, mengarahkan dan memberikan saran dan motivasi kepada penulis dalam penyusunan tesis ini.
4. Bapak Ns. Muhammad Mu'in, S.Kep., M.Kep., Sp.Kom. dengan kepakaran Spesialis Komunitas selaku penguji expert dalam instrumen ZBI (*Zarit Burden Interview*).

5. Bapak Asih Nurakhir, S.Pd., dengan kepakaran Bahasa Inggris yang telah menterjemahkan instrumen ZBI (*Zarit Burden Interview*) dari versi Inggris ke bahasa Indonesia.
6. Bapak dan Ibu Dosen serta seluruh staff Program Studi Magister Keperawatan Universitas Diponegoro
7. Bapak Ghozali MH., M.Kes., selaku Ketua STIKES Muhammadiyah Samarinda serta seluruh jajarannya.
8. Kepala RSUD Tugurejo Kota Semarang yang telah memberikan ijin kepada penulis untuk melakukan studi pendahuluan dan penelitian.
9. Kepala RS Panti Wiloso dr. Cipto Semarang, dengan ijinnya untuk melakukan uji validitas dan reliabilitas instrumen ZBI (*Zarit Burden Interview*).
10. Suami tercinta Syukron Mahmudi, anak-anak terkasih Katana Rei Eka Yanshi dan Katara Fakhri Dipanegara, Ibu terbaik Sri Sumaryuni, S.Pd yang selalu memberikan motivasi dan doa terbaiknya serta adik saya Dewi Kartikasari S.Gz dan Kartika Setia Mardiana.
11. Teman seperjuangan angkatan pertama konsentrasi keperawatan komunitas UNDIP 2014.
12. Terimakasih disampaikan untuk sahabat, karib, teman dan sesuatu yang telah memberikan nyalanya untuk peneliti, dengan harap pula peneliti bisa memberikan warna untuk sesama.
13. Serta semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan tesis ini yang tidak bisa saya sebutkan satu per satu.

Akhirnya penulis berharap mudah-mudahan tesis ini dapat bermanfaat dan penulis berharap akan saran dan kritik yang membangun dari pembaca.

Semarang, Desember 2016

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN PEMBIMBING.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN PENGUJI.....	iii
HALAMAN PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISM	iv
HALAMAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH	v
DAFTAR RIWAYAT HIDUP.....	vi
KATA PENGANTAR	viii
DAFTAR ISI	xi
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR GAMBAR.....	xiv
DAFTAR SKEMA	xv
DAFTAR LAMPIRAN	xvi
ABSTRAK	xvii

BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	8
C. Pertanyaan Penelitian	9
D. Tujuan Penelitian	9
1. Tujuan Umum	
2. Tujuan Khusus	
E. Manfaat penelitian	10
F. Keaslian Penelitian	10
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Tinjauan Teori.....	14
1. <i>Caregiver</i> Insan Pasca Stroke	
2. <i>Discharge Planning</i> Insan Pasca Stroke	
3. Promosi Kesehatan Rumah Sakit (PKRS)	
B. Kerangka Teori	37
C. Kerangka Konsep	38
D. Hipotesis	39
BAB III METODE PENELITIAN	
A. Jenis Penelitian	40
B. Populasi dan Sampel	40
1. Populasi	
2. Sampel	
C. Besar Sampel	42
D. Tempat dan Waktu Penelitian	43
E. Variabel Penelitian, Definisi Operasional, dan Skala Pengukuran	43

1. Variabel	
2. Definisi operasional dan skala pengukuran	
F. Alat Penelitian dan Cara Pengumpulan Data	45
1. Alat penelitian	
2. Cara pengumpulan data	
G. Teknik Pengolahan dan Analisis Data	48
1. Pengolahan data	
2. Analisis data	
H. Etika Penelitian	51
BAB IV HASIL PENELITIAN	
A. Analisis Univariat	52
1. Pelaksanaan <i>discharge planning</i> insan pasca stroke oleh PKRS	
2. Beban <i>caregiver</i> insan pasca stroke	
B. Analisis Bivariat	53
1. Hubungan <i>Discharge Planning</i> Dalam Pelaksanaan (Promosi Kesehatan Rumah Sakit) PKRS Dengan Beban <i>Caregiver</i> Insan Pasca Stroke	
BAB V PEMBAHASAN	
A. Pelaksanaan <i>discharge planning</i> terhadap insan pasca stroke dan <i>caregiver</i> oleh PKRS (Promosi Kesehatan Rumah Sakit)	55
B. Beban yang dirasakan <i>caregiver</i> insan pasca stroke	59
C. Hubungan <i>discharge planning</i> dalam pelaksanaan Promosi Kesehatan Rumah Sakit (PKRS) RSUD Tugurejo Semarang dengan beban <i>caregiver</i> insan pasca stroke	64
D. Keterbatasan Penelitian	67
E. Implikasi Keperawatan Komunitas	68
1. Ilmu Keperawatan Komunitas	
2. Pelayanan kesehatan	
3. Penelitian Keperawatan Komunitas	
BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN	
A. Kesimpulan	71
B. Saran	72

DAFTAR PUSTAKA
LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Nomor Tabel	Judul Tabel	Halaman
1.	Keaslian Penelitian	11
2.	Definisi operasional dan skala pengukuran hubungan <i>discharge planning</i> dalam pelaksanaan PKRS RSUD Tugurejo Semarang dengan beban <i>caregiver</i> insan pasca stroke di Kota Semarang	44
3.	Distribusi Kelengkapan <i>Form Discharge Planning</i> Di Rekam Medis Diagnosa Stroke RSUD Tugurejo Semarang	52
4.	Distribusi Beban <i>Caregiver</i> Insan Pasca Stroke	53
5.	Hubungan <i>Discharge Planning</i> Dalam Pelaksanaan (Promosi Kesehatan Rumah Sakit) PKRS Dengan Beban <i>Caregiver</i> Insan Pasca Stroke	54

DAFTAR GAMBAR

Nomor Gambar	Judul Gambar	Halaman
1.	Kerangka Teori Penelitian	37
2.	Kerangka Konsep	38

DAFTAR SKEMA

Nomor Gambar	Judul Gambar	Halaman
1.	Model klinik <i>Discharge Planning</i> oleh Slevin (1986)	29

DAFTAR LAMPIRAN

Nomor Lampiran	Keterangan
1.	Surat Ijin Penelitian
2.	Ijin Penelitian
3.	Surat Permohonan Menjadi Responden
4.	Lembar Persetujuan Menjadi Responden
5.	<i>Form discharge planning</i> Rumah Sakit
6.	<i>Zarit Burden Interview (ZBI)</i>
7.	Surat Keterangan Alih Bahasa
8.	Kuesioner Penelitian
9.	<i>Etichal Clearence</i>
10.	Surat Uji Expert
11.	Surat Uji Validitas
12.	Uji Validitas
13.	Surat Kesbanlinmas
14.	SPSS Validitas dan Reliabilitas Kuesioner
15.	SPSS Variabel Bivariat

Program Studi Magister Keperawatan
Konsentrai Keperawatan Komunitas
Departemen Keperawatan
Fakultas kedokteran
Universitas Diponegoro
Desember 2016

ABSTRAK

Kartika Setia Purdani

Hubungan *Discharge Planning* dalam Pelaksanaan Promosi Kesehatan Rumah Sakit (PKRS) RSUD Tugurejo Semarang dengan Beban *Caregiver* Insan Pasca Stroke di Semarang

xv + 67 halaman + 15 lampiran

Rumah sakit memiliki keterbatasan dalam menjaga kesehatan pasien setelah selesai perawatan di rumah sakit. Karena itu dilakukan *discharge planning* oleh PKRS (Promosi Kesehatan Rumah Sakit). Penanganan stroke adalah tahap akut dan rehabilitasi. Dalam proses rehabilitasi, pengalaman *caregiving* dirumah akan menimbulkan beban pada *caregiver*. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan *discharge planning* dalam pelaksanaan PKRS RSUD Tugurejo Semarang dengan beban *caregiver* insan pasca stroke di Semarang. Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah survei analitik *cross sectional*. Sampel dalam penelitian ini adalah *caregiver* insan pasca stroke yang telah pulang dari rawat inap di RSUD Tugurejo Semarang pada bulan Januari-Februari 2016. Jumlah sampel yang digunakan adalah 36 orang yang ditentukan dengan teknik *total sampling*. Studi dokumentasi dilakukan terhadap kelengkapan *form discharge planning* beserta lampiran dokumen SOP tindakan *discharge planning*. Analisa data dilakukan menggunakan uji *chi square*. Hasil penelitian menunjukkan adanya hubungan antara *discharge planning* dalam pelaksanaan PKRS (Promosi Kesehatan Rumah Sakit) RSUD Tugurejo Semarang dengan beban *caregiver* insan pasca stroke di Semarang ($p=0,004$ $\alpha=0,05$). Beban yang dirasa *caregiver* adalah stress multidimensi yang tampak pada diri seorang *caregiver*.

Kata kunci : *discharge planning, form discharge planning, beban, caregiver, insan pasca stroke.*

Referensi : 91 (2002-2016)

*Master of Nursing Study Program
Community Nursing Specialty
Department of Nursing
Faculty of Medicine
Diponegoro University
December 2016*

ABSTRACT

Kartika Setia Purdani

Associations between Discharge Planning in the Implementation of Hospital Health Promotion of Tugurejo Public Hospital and the Burden of Caregivers of Stroke Survivor in Semarang

xiv + 67 Pages + 15 Appendixes

Hospitals have some limitations in maintaining the health of patients after discharging from a hospital. For that reason, a discharge planning is conducted by the hospital health promotion team. Handling of stroke occurs at the acute and rehabilitation phase. In the process of stroke rehabilitation, home caregiving experience will pose some burdens on the caregivers. This study aimed to determine the associations between discharge planning in the implementation of hospital health promotion of Tugurejo public hospital, Semarang, and the burden of caregivers of post-stroke patients in Semarang. The method used in this study was an analytical cross-sectional survey. The samples were the caregivers of post-stroke patients who had returned home from the inpatient wards of Tugurejo hospital in January-February 2016. In total, the samples were 36 caregivers who were determined by a total sampling technique. A documentation study was conducted on the completeness of the discharge planning forms including the documents of standard operating procedures of discharge planning interventions. The data were analyzed using a chi-square test. The results showed an association between discharge planning in the implementation of hospital health promotion of Tugurejo public hospital and the burden of caregivers of post-stroke patients in Semarang ($p = 0.004$; $\alpha = 0.05$). The perceived burden was multidimensional stress as evident in the caregivers themselves.

Keywords: discharge planning, discharge-planning form, load, caregivers, stroke survivor

References: 91 (2002-2016)

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Konferensi Internasional Promosi Kesehatan pertama tahun 1988 yang dilaksanakan di Ottawa, Canada mendeklarasikan mengenai upaya promosi kesehatan, yang secara eksplisit dijelaskan bahwa rumah sakit adalah rujukan untuk tempat pelaksanaan promosi kesehatan.¹ Hal ini karena rumah sakit adalah suatu institusi yang memberikan pilihan sehat atau sakit, tetapi terdapat keterbatasan dalam menjaga kesehatan pasien setelah selesai dari perawatan rumah sakit. Untuk itu WHO membentuk jaringan *Health Promoting Hospitals* (HPH).²

Di Indonesia, sesuai UU no 44 th 2009 tentang rumah sakit, pasal 10 ayat 2 dijelaskan bahwa rumah sakit harus memiliki bangunan yang difungsikan sebagai ruang penyuluhan kesehatan rumah sakit³, mengacu kepada peraturan perundang-undangan tersebut di atas, kiranya dapat dinyatakan bahwa di setiap rumah sakit harus dilaksanakan upaya peningkatan kesehatan, salah satunya melalui kegiatan promosi kesehatan, implikasinya adalah sesuai PMK 004/2012 tentang petunjuk teknis promosi kesehatan rumah sakit, maka dibentuklah PKRS (Promosi Kesehatan Rumah Sakit).⁴ Promosi Kesehatan Rumah Sakit (PKRS) yang awalnya dikenal dengan Penyuluhan Kesehatan Masyarakat Rumah Sakit (PKMRS)⁵, tujuan utamanya adalah menciptakan tindakan PHBS melalui perubahan

pengetahuan, sikap, dan perilaku pasien/klien RS.⁵ Standar pelayanan berfokus pada pasien diantaranya adalah Pendidikan Pasien Dan Keluarga (PPK) dengan bentuk *assessment* untuk proses keberlanjutannya melalui *discharge planning*.⁶ Dalam *discharge planning*, salah satu hal yang mendapat perhatian yakni proses transisi dari pelayanan rawat inap menuju ke rumah klien.⁷ Klien dan keluarga dilakukan penyuluhan kesehatan melalui edukasi dan pelatihan spesifik sesuai kebutuhan klien yang bersangkutan.

Lukmanul Hakim dalam penelitiannya mendapatkan hasil bahwa, organisasi PKRS harus memiliki standar aspek kebijakan manajemen dan standar intervensi. Aspek kebijakan manajemen terdiri dari enam sub standar yaitu komitmen kebijakan, sumber daya manusia, anggaran dana, sarana dan prasarana, dokumentasi intervensi dan evaluasi. Standar intervensi bagi pasien terdiri dari penilaian kebutuhan promosi kesehatan bagi pasien, dan akses terhadap informasi promosi kesehatan bagi pasien.⁸

Yusrida, 2012 memaparkan pelayanan PKRS belum terealisasi dalam survey yang telah dilakukan di Rumah Sakit Dr. Achmad Muchtar Bukit Tinggi, dari 94 orang responden yang diketahui 28,72% pernah mendapat pendidikan tambahan tentang penyuluhan kesehatan masyarakat rumah sakit, sedangkan 71,28% belum pernah.⁹ Padahal Promosi Kesehatan Rumah Sakit (PKRS) berusaha mengembangkan pengertian pasien dan keluarganya tentang penyakit yang diderita pasien, mencakup hal-hal yang perlu diketahui dan dikerjakan oleh pasien dan keluarganya untuk membantu penyembuhan dan mencegah terserang kembali oleh penyakit yang sama.

Jadi PKRS berusaha menggugah kesadaran dan minat pasien dan keluarganya untuk berperan serta secara positif dalam usaha penyembuhan dan pencegahan penyakit. Karena itu penyuluhan kesehatan haruslah merupakan bagian yang tak terpisahkan dari program pelayanan kesehatan di rumah sakit dan bukan merupakan bagian tambahan yang terlepas.

Jurnal Promosi Kesehatan tahun 2012 oleh Yuniarti, menjelaskan bahwa variabel yang berhubungan langsung dan paling berpengaruh terhadap kinerja petugas penyuluh kesehatan masyarakat yaitu tingkat pendidikan.¹⁰ Selanjutnya penelitian serupa yang diteliti Sukardjo, bahwa pendidikan kesehatan dalam metode pemecahan masalah ternyata lebih efektif daripada teknik diskusi untuk meningkatkan pengetahuan dan sikap dari pasien diabetes tipe II di Rumah Sakit Sunan Kalijaga Demak.¹¹ Perawat memiliki peran yang penting dalam pemberian informasi dan memastikan tidak ada perpindahan informasi yang salah dari rumah sakit ke rumah, dan juga harus memastikan bahwa pasien dengan *caregiver*nya telah diberikan informasi yang sesuai dengan rencana pemulangnya.¹²

Global Status Report bersumber dari WHO 2014 melaporkan bahwa 7,4 juta kematian dikarenakan serangan jantung (penyakit jantung iskemik) dan 6,7 juta dikarenakan stroke.¹³ Saat ini stroke telah menjadi penyebab kematian utama di hampir semua rumah sakit di Indonesia, yakni 14,5 persen.¹⁴ Sedangkan data yang bersumber dari Dinas Kesehatan Jawa Tengah bahwa angka kasus stroke pada 2014 tercatat 1.134 atau 0,57%.¹⁵

Ditulisakan Misbach 2011, yang mengutip dalam Riskesdas 2007 bahwa stroke adalah suatu sindrom neurologi yang merupakan ancaman terbesar dan dapat menimbulkan kecacatan dalam kehidupan manusia, juga merupakan penyebab angka kematian tertinggi di Indonesia.¹⁶ Stroke dapat dibagi dalam 2 kategori yaitu stroke hemoragik dan stroke non hemoragik.¹⁷ Stroke non hemoragik (iskemik) bertanggung jawab untuk 80-85% kejadian stroke, dan sisanya karena perdarahan.¹⁸

Penatalaksanaan stroke secara umum terbagi menjadi dua tahap.¹⁹ Tahap pertama yaitu tahap akut, dan tahap kedua adalah rehabilitasi tahap akut yang bertujuan menurunkan angka kecacatan.²⁰ Diantaranya rehabilitasi, meminimalisir komplikasi dan pencegahan stroke berulang. Program rehabilitasi yang dijalankan oleh insan pasca stroke harus disesuaikan dengan kemampuan dan derajat ketidakmampuan masing-masing individu.¹⁹

Peran keluarga dalam rehabilitasi insan pasca stroke sangatlah besar.²¹ Miller dalam *Nursing Care and Older Adults* memaparkan bahwa *caregiver* didominasi oleh perempuan yang merupakan anggota keluarga, hal ini dikarenakan di Amerika ditemukan kecenderungan perempuan lebih memberikan peran perawatan pada orang tuanya.²² Pemulihan pasien akan sangat terbantu jika keluarga memberikan dorongan, memperlihatkan kepercayaan pada perbaikan pasien serta memungkinkan pasien melakukan banyak hal yang dapat dilakukan dan hidup semandiri mungkin.²³ Banyaknya tanggung jawab ini menjadi tantangan tersendiri bagi anggota keluarga dengan posisi *caregiver*.²⁴

Studi mengenai insan pasca stroke akan pentingnya keberadaan *caregiver* adalah dalam penelitian Mc. Cullagh et al, 2005; Rosamond e al, 2007, bahwa 80% dari penderita stroke pulang dari pelayanan kesehatan setelah serangan stroke dan membutuhkan bantuan dari *caregiver* dalam pelaksanaan salah satu dari ADL (*Activity Day Living*).²⁵ Oleh sebab itu, merawat insan pasca stroke merupakan suatu hal yang serius. Keluarga, berapapun usia dan keadaan, memerlukan informasi, edukasi dan dukungan sosial untuk dapat melaksanakan perawatan pasien dan dapat beradaptasi dengan peran baru mereka.²⁶

Penelitian yang dilakukan oleh Van Excel (2006) pada 151 insan pasca stroke dan keluarganya menunjukkan bahwa seorang *caregiver* stroke rata-rata menghabiskan waktu 3 hingga 4 jam sehari untuk bersama insan pasca stroke .²⁷ Aktifitas yang dilakukan yaitu mengantar ke dokter, mandi, dan berpakaian. Selanjutnya 8 sampai 10 jam sehari untuk tugas mengawasinya saat jalan dan makan. Sehingga, waktu dan ketekunan *caregiver* sangat dibutuhkan untuk membantu insan pasca stroke dalam menjalankan aktivitas sehari-hari.

Keberadaan *caregiver* sebagai penerus program rehabilitasi dari pelayanan kesehatan awal insan pasca stroke dirawat semakin memiliki peran yang signifikan, sehingga keberhasilan perawatan berkelanjutan di rumah juga salah satunya adalah karena peranan *caregiver*. Namun ketika berada di rumah, ada beberapa kendala yang *caregiver* rasakan, sebanyak 40% *caregiver* mengalami gejala somatik/mengalami gangguan kesehatan.

kelelahan serta stress dan daya tahan tubuh yang lemah, penelitian serupa juga mendapatkan gambaran bahwa beban *caregiver* lainnya adalah keterbatasan ekonomi, dan timbulnya depresi.²⁸

Studi pendahuluan yang peneliti lakukan di RSUD Tugurejo Semarang pada tanggal 19 dan 20 Februari 2016 mendapatkan hasil bahwa rumah sakit telah memiliki *form discharge planning* yang sudah ada di setiap ruang rawat inap. Kasus stroke berkedudukan di posisi 14 untuk kasus tersering perawatan tahun 2015, dan salah satu predesposisi dari stroke yakni hipertensi mendapatkan peringkat pertama dalam agenda tahunan RSUD Tugurejo Semarang.

Jumlah pasien stroke terbanyak berdasar usia adalah usia 46-65 tahun dengan serangan pertama stroke sebanyak 44 pasien, selanjutnya kasus stroke ulang di usia itu sebanyak 10 pasien, dan didominasi pria. Proporsi terbanyak adalah stroke non hemoragik atau stroke iskemik. Kunjungan ke instalasi rekam medis juga mendapatkan data bahwa jumlah klien stroke yang di rawat setiap bulannya memiliki jumlah rerata yang hampir sama.

Berdasar hasil wawancara dengan pasien dan *caregiver* yang akan kontrol setelah rawat inap dengan diagnosa medis stroke adalah bahwa semua pasien dan *caregiver* menyatakan telah diberikan *discharge planning*. Selanjutnya ketika sudah berada di rumah, *caregiver* hanya sesekali melakukan rehabilitasi dikarenakan insan pasca stroke menolak, kemauan insan pasca stroke yang tidak dimengerti *caregiver* yang menyebabkan emosi insan pasca stroke tidak terkontrol dan *caregiver* merasa tidak memiliki

waktu khusus dalam pelaksanaan rehabilitasi karena peranannya di rumah, dan anggapan bahwa akan ada pemeriksaan lanjutan (kontrol) yang akan menunjang keberhasilan pengobatan.

Keberlangsungan *discharge planning* oleh PKRS (Promosi Kesehatan Rumah Sakit) RSUD Tugurejo Semarang mulai dari kelengkapan *form* dan pelaksanaannya, dari beberapa tenaga kesehatan di RSUD Tugurejo Semarang, berpendapat bahwa acap kali petugas tidak begitu perduli. *Discharge planning* hanya dianggap sebagai formalitas bahkan beban juga adapula yang mengatakan bahwa distribusi tanggungjawab kurang jelas sehingga secara tidak langsung hal ini menjadi tanggungjawab tunggal salah satu petugas kesehatan tertentu.

Hasil kunjungan rumah sebagai studi pendahuluan juga diperoleh pernyataan *caregiver* bahwa terdapat perpindahan tugas dari seseorang yang tadinya menjadi *caregiver* di rumah sakit dengan orang lain sebagai *caregiver* di rumah. *Caregiver* juga berasumsi bahwa status *caregiver* adalah resiko berumah tangga, terdapat pula beberapa insan pasca stroke yang tidak melanjutkan pelayanan kesehatan ke fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah atau swasta tetapi memilih pengobatan alternatif.

Berdasar pemaparan diatas, peneliti tertarik untuk mengetahui mengenai apakah terdapat hubungan *discharge planning* dalam pelaksanaan Promosi Kesehatan Rumah Sakit (PKRS) RSUD Tugurejo Semarang dengan beban *caregiver* insan pasca stroke di Semarang.

B. Perumusan Masalah

Keberhasilan proses rehabilitasi juga ditentukan dalam peran *caregiver* insan pasca stroke. Novia Brigita, 2014 mengulas bahwa keberadaan *caregiver* adalah sebagai penerus program rehabilitasi dari pelayanan kesehatan awal insan pasca stroke dirawat, namun ketika berada di rumah, ada beberapa kendala yang *caregiver* rasakan, sebanyak 40% *caregiver* mengalami gejala somatik/mengalami gangguan kesehatan, kelelahan serta stress dan daya tahan tubuh yang lemah, penelitian serupa juga mendapatkan gambaran bahwa beban *caregiver* lainnya yakni keterbatasan ekonomi, dan timbulnya depresi.

Kesimpulan sementara peneliti adalah peran sebagai *caregiver* atau status sosial yang disandang sebagai *caregiver* insan pasca stroke dapat berimbas pada diri *caregiver* yang selanjutnya cepat atau lambat akan berpengaruh pada insan pasca stroke, oleh sebab itu perawat komunitas diharapkan memberikan perhatian yang lebih pada *caregiver* agar program rehabilitasi insan pasca stroke di komunitas optimal terlaksana, dan juga untuk menyehatkan *caregiver*.

Berdasar pemaparan diatas dan banyaknya paparan jurnal mengenai pelaksanaan *discharge planning* yang hanya bersifat klinis dan tidak berkaitan dengan (Promosi Kesehatan Rumah Sakit) PKRS yang dihubungkan pula dengan beban *caregiver*, maka peneliti tertarik untuk lebih meneliti pelaksanaan *discharge planning* oleh (Promosi Kesehatan Rumah

Sakit) PKRS yang dihubungkan dengan beban *caregiver* insan pasca stroke di Semarang.

C. Pertanyaan Penelitian

Pertanyaan penelitian dalam penelitian ini adalah apakah ada hubungan *discharge planning* dalam pelaksanaan (Promosi Kesehatan Rumah Sakit) PKRS RSUD Tugurejo Semarang dengan beban *caregiver* insan pasca stroke di Semarang?

D. Tujuan Penelitian

1. Tujuan umum

Penelitian ini bertujuan untuk memperoleh analisa mengenai hubungan *discharge planning* dalam pelaksanaan (Promosi Kesehatan Rumah Sakit) PKRS RSUD Tugurejo Semarang dengan beban *caregiver* insan pasca stroke di Semarang.

2. Tujuan khusus

- a. Untuk mengidentifikasi pelaksanaan *discharge planning* insan pasca stroke oleh PKRS (Promosi Kesehatan Rumah Sakit) RSUD Tugurejo Semarang di Semarang.
- b. Untuk mengidentifikasi beban *caregiver* insan pasca stroke di Semarang.
- c. Untuk menganalisa hubungan *discharge planning* sebagai pelaksanaan (Promosi Kesehatan Rumah Sakit) PKRS RSUD Tugurejo Semarang dengan beban *caregiver* insan pasca stroke di Semarang.

E. Manfaat Penelitian

1. Institusi terkait

Hasil penelitian ini diharapkan akan semakin mempertegas peran dan fungsi (Promosi Kesehatan Rumah Sakit) PKRS utamanya dalam *discharge planning*, juga peranaan setiap multidisiplin kesehatan dalam proses tersebut, serta perlunya proses evaluasi setelah pelaksanaan *discharge planning* di institusi pelayanan kesehatan, maupun evaluasi berupa kunjungan rumah.

2. Profesi keperawatan

Memberikan penambahan pemahaman salah satu peluang karir keperawatan komunitas pada ranah pelayanan kesehatan, yakni (Promosi Kesehatan Rumah Sakit) PKRS. Serta perlunya pemerhatian pada *caregiver* masalah kesehatan kronis dan akut di pelayanan komunitas, dalam proses transisi dari rumah sakit.

3. Penelitian selanjutnya

Diharapkan ada penelitian terkait dengan pembahasan (Promosi Kesehatan Rumah Sakit) PKRS lainnya, semisal metode atau strategi dalam kasus dengan diagnosis berbeda, maupun penatalaksanaan *coping* efektif yang dapat diajarkan perawat pada *caregiver* untuk meminimalkan *caregiver burden*.

F. Keaslian Penelitian

Penelitian serupa pernah juga dilakukan namun terdapat pembeda dengan penelitian ini, diantaranya :

Tabel 1.1 Keaslian Penelitian

NO	JUDUL PENELITIAN	PENELITI	TAHUN	DESIGN PENELITIAN	INTERVENSI	HASIL
1.	A qualitative study exploring patients' and carers' experiences of Early Supported Discharge services after stroke	Christine S Cobley, Rebecca J Fisher, Niki Chouliara, Micky Kerr and Marion F Walker	2013	Semi-structured interviews	Pelayanan awal pendukung perencanaan pulang	Partisipan tetap memiliki kesulitan meskipun sudah tersedia sejak awal petugas pendukung perencanaan pulang
2.	A Male Caregiver's Perceived Experience of Caring for a Wife with Stroke	Judy Dawson-Weiss, RN, BSN	2006	Literature review	Support intervensi untuk pasien stroke yang dilakukan oleh <i>caregiver</i> dan aplikasinya dalam <i>caregiver</i> laki-laki terhadap pasangannya yang stroke.	Intervensi ini akan sangat membantu dalam tahun pertama klien terdiagnosa stroke khususnya klien pasangan perempuan
3.	Stroke: The Increasing Complexity of Carer Needs	Chantal Ski; Bev O'Connell	2007	Longitudinal design dengan survey method	Wawancara terstruktur terhadap <i>caregiver</i> tentang pemahaman dukungan informasi yang dibutuhkan pasien stroke, untuk pasien post stroke adalah pengukuran kemampuan fisik, mental dan tingkat depresi.	Caregiver dan pasien post stroke memiliki kualitas hidup yang buruk dengan tingkat depresi yang tinggi.

- | | | | | | | |
|----|---|--|------|---|---|--|
| 4. | Discharge Planning Rounds to the Bedside: A Patient- and Family-Centered Approach | Diane M. Salentiny Wroblewski, M. Ellen Joswiak, Donna F. Dunn, Pamela M. Maxson, and Diane E. Holland | 2014 | A prospective, cross-sectional survey study | Discharge planning dilakukan di ruangan khusus (conference) dan discharge planning dilakukan di kamar pasien di sisi tempat tidur | Dari 120 pasien pada 3 unit kamar bedah dan didapatkan hasil tidak ada kecukupan waktu untuk pelaksanaan discharge planning pada ruang konferensi dan kamar pasien (ruang kegawatduran) sehingga terdapat pengulangan lagi informasi discharge planning. Informasi dan perencanaan pulang bermanfaat terhadap kemampuan keluarga dalam merawat pasien stroke tahap paska akut. |
| 5. | Pengalaman Caregiver Keluarga Dalam Konteks Asuhan Keperawatan Pasien Stroke Tahap Paska Akut Di RSUP Fatmawati | Winda Yuniarsih | 2009 | Fenomenologi deskriptif | Wawancara mendalam untuk memahami penyesuaian pemenuhan kebutuhan dasar caregiver keluarga, penyesuaian fungsi keluarga, perubahan kemampuan merawat akibat keterbatasan fisik, beban psikologis, dan menurunnya aktivitas spiritual, penyesuaian pemenuhan kebutuhan | |

dasar pasien,
perencanaan
pulang belum
terstruktur,
dan
informasi,
edukasi dan
perencanaan
pulang yang
dibutuhkan
dalam
pemenuhan
kebutuhan
dasar.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori

1. *Caregiver* Insan Pasca Stroke

a. Definisi

Caregiver didefinisikan sebagai pasangan, teman atau tetangga yang memiliki kedekatan secara pribadi dan bersedia menyediakan bantuan untuk orang lanjut usia atau seorang dewasa dengan penyakit kronis.²⁹ Pengasuh ini bisa pengasuh primer atau sekunder dengan atau tanpa tinggal bersama objek pengasuhan. Pengertian lain, *caregiver* adalah staff dari rumah sakit yang memang ditugaskan untuk perawatan insan pasca stroke.³⁰ *Caregiver* mempunyai tugas sebagai *emotional support*, merawat klien (memandikan, memakaikan baju, menyiapkan makan, mempersiapkan obat), mengatur keuangan, membuat keputusan tentang perawatan dan berkomunikasi dengan pelayanan kesehatan formal.³¹

b. Jenis *caregiver*

Caregiver ada 2 jenis, yaitu formal dan informal.³² *Caregiver* formal adalah perawatan yang disediakan oleh rumah sakit, psikiater, pusat perawatan ataupun tenaga profesional lainnya yang diberikan dan melakukan pembayaran. Sedangkan *caregiver* yang informal merupakan perawatan yang dilakukan di rumah dan tidak profesional

dan tanpa melakukan pembayaran. Misalnya dari keluarga penderita yaitu istri/suami, anak perempuan/laki-laki, dan anggota keluarga lainnya. *Caregiver* pada masyarakat Indonesia umumnya adalah keluarga, semisal pasangan, anak, menantu, cucu atau saudara yang tinggal satu rumah.³³

c. Fungsi *caregiver*

Fungsi *caregiver* diantaranya menyediakan makanan, membawa klien ke dokter, memberikan dukungan emosional, kasih sayang dan perhatian.³⁴ *Caregiver* juga membantu insan pasca stroke dalam mengambil keputusan atau pada stadium akhir penyakitnya, *caregiver* yang membuat keputusan. Keberadaan *family caregiver* sangat diperlukan utamanya sebagai penasehat klien.

d. Proses interaksi *caregiver* dan insan pasca stroke dipengaruhi beberapa faktor, antara lain³⁵:

1) Komitmen

Perawatan anggota keluarga dengan penyakit kronis memerlukan komitmen jangka panjang. Komitmen merupakan penanda suatu hubungan yang erat dengan seseorang, terutama hubungan antara insan pasca stroke dengan keluarga sebagai *caregiver*. Komitmen yaitu *caregiver* bertanggung jawab dalam menginspirasi perubahan hidup dan membuat klien menjadi prioritas. Komitmen merupakan panggilan jiwa bagi seorang *caregiver* untuk selalu ada memberikan dukungan meskipun mereka

tidak memiliki pengalaman yang sama, akan tetapi mempunyai hubungan kasih sayang dengan pasien. Komitmen menjadi seorang *caregiver* merupakan komitmen jangka panjang.

2) Harapan

Harapan berhubungan dengan pandangan klien dan keluarga di masa mendatang. Harapan terhadap kenyataan perlu dibangun oleh *caregiver* dalam membina hubungan *caregiver* dengan insan pasca stroke. Harapan akan membentuk *coping* dan akan sangat berperan dalam stress. Harapan merupakan proses dimana secara cukup intensif dan menetap menstimulasi potensi perubahan fisiologi serius. Harapan merupakan jembatan, sebagaimana perhatian dalam menangkal pengaruh buruk stress. Penelitian antara pengaruh putus asa (*hopelessness*) dengan keadaan tidak berdaya (*helplessness*) menunjukkan bahwa keadaan tidak berdaya memainkan peranan penting dalam etiologi depresi, tetapi harapan dapat tumbuh cepat bahkan dalam situasi tidak berdaya total.

3) Penentuan Peran

Proses merawat insan pasca stroke, keluarga akan menghadapi perawatan kompleks yang memerlukan pembagian tanggung jawab. Dalam hal tersebut *caregiver* memerlukan penentuan peran dalam merawatnya. Negosiasi peran akan terjadi saat kondisi klien mulai pulih dan saat klien menghadapi perawatan

kompleks yang memerlukan pembagian tanggung jawab. Hal ini diperlukan *caregiver* untuk menentukan tindakan yang memerlukan perhatian klien. Apabila peran diterima, maka akan terdapat kekuatan hubungan *caregiving*. Negosiasi peran terjadi sebagai tindakan yang ditentukan *caregiver* dengan memperhatikan pendapat klien dan jembatan komunikasi antara klien dengan pelayanan kesehatan. Ada lima dimensi negosiasi peran yaitu: (1) *pushing/ dorongan*, (2) *getting a handle on it/ mendapatkan pegangan*, (3) *sharing responsibilities/ berbagi tanggung jawab*, (4) *attending to patient voice/ mengikuti keinginan klien*, dan (5) *vigilant bridging/ kewaspadaan*

4) Hubungan *Caregiving*

Keberhasilan proses perawatan juga ditentukan dengan hubungan yang terjalin antara keluarga sebagai *caregiver* dengan insan pasca stroke. Hubungan *caregiver* dan klien saat ini adalah yang paling menonjol, tetapi berkesinambungan terhubung dengan masa lalu dan masa depan. Komitmen, manajemen ekspektasi, dan negosiasi peran menghubungkan *caregiver*, klien dan menggerakkan hubungan sepanjang waktu, menyediakan energi untuk aktifitas *caregiving*, sebagai perubahan hidup dalam proses *caregiving*.

e. Dampak dan komplikasi stroke pada insan pasca stroke³⁶

Dampak stroke yang bisa dialami, antara lain : kelumpuhan, gangguan berkomunikasi, perubahan mental, gangguan emosi,

hilangnya indra perasa, nyeri, kehilangan kemampuan dasar sebagai individu normal, kehilangan sensasi berkemih dan buang air besar, gangguan tidur, depresi, juga kesulitan mengunyah dan menelan makanan. Sedangkan untuk komplikasi stroke yang bisa dialami diantaranya : otot mengerut dan kaku sendi, darah beku, memar, nyeri di bagian pundak, radang paru-paru dan *fatigue*. Dampak dan komplikasi yang mungkin timbul pada insan pasca stroke akan terminimalisir melalui kegiatan rehabilitasi pasca akut oleh *caregiver* di rumah.

Merawat seseorang dengan diagnosa stroke adalah seperti membuat lingkaran stress yang tidak berujung, secara tidak langsung hal ini akan menimbulkan beban oleh seorang *caregiver*, baik dirasakan maupun tidak. Di negara berkembang, banyak keluarga yang tidak memahami tindakan apa yang seharusnya dilakukan untuk merawat insan pasca stroke, ketidaktahuan merupakan beban tersendiri yang dirasa *caregiver* insan pasca stroke.³⁷

f. Beban pada *caregiver*

Beban *caregiver* (*caregiver burden*) didefinisikan sebagai tekanan-tekanan mental atau beban yang muncul pada orang yang merawat lansia, penyakit kronis, anggota keluarga atau orang lain yang cacat.³⁸ Beban *caregiver* merupakan stress multidimensi yang tampak pada diri seorang *caregiver*. Pengalaman *caregiving*

berhubungan dengan respon yang multidimensi terhadap tekanan-tekanan fisik, psikologis, emosi, sosial dan finansial.

Terbagi atas dua, yaitu beban subjektif dan beban objektif.³⁴ Beban subjektif *caregiver* adalah respon psikologis yang di alami *caregiver* sebagai akibat perannya dalam merawat insan pasca stroke. Sedangkan beban objektif *caregiver* yaitu masalah praktis yang di alami oleh *caregiver*, seperti masalah keuangan, gangguan pada kesehatan fisik, masalah dalam pekerjaan, dan aktivitas sosial.³⁹

Faktor yang berpengaruh terhadap beban *caregiver* yaitu efek dalam kehidupan pribadi dan sosial *caregiver*, beban psikologis dan perasaan bersalah.⁴⁰ Efek pribadi dan sosial *caregiver*, *caregiver* harus memberikan sejumlah waktu, energi dan, uang. Tugas ini acapkali dirasakan tidak menyenangkan, menyebabkan stress psikologis dan melelahkan secara fisik. Beban psikologis antara lain rasa malu, marah, tegang, tertekan, lelah dan waktu yang tidak pasti. Faktor terakhir berhubungan dengan perasaan bersalah seperti seharusnya dapat melakukan lebih banyak, tidak dapat merawat dengan baik dan sebagainya.

Kecacatan pada insan pasca stroke akan menimbulkan beban tersendiri untuk *caregiver*, beberapa hal yang menyertai beban tersebut juga akan berimbas terhadap *quality life* dari seorang *caregiver* insan pasca stroke.⁴¹ Apalagi jika terdapat kekhawatiran proses perawatan di

rumah sakit berulang kembali dengan waktu yang lebih panjang dan insan pasca stroke meninggal. Hal ini secara umum menjadi ketakutan dan kecemasan tersendiri yang *caregiver* rasakan. Dikarenakan beberapa alasan diatas, maka evaluasi status kesehatan seorang *caregiver* menjadi penting untuk diperhatikan dengan tentunya menggunakan standar ukuran yang mampu mengidentifikasi *caregiver burden* insan pasca stroke.

- g. Kebutuhan *caregiver* insan pasca stroke³⁷
- 1) Informasi kesehatan (81,06%)
 - 2) Dukungan profesional (80,19%)
 - 3) Dukungan jejaring komunitas (76,62%)
 - 4) Dukungan peralatan (71,14%)
 - 5) Bantuan perawatan (68,18%)
 - 6) Dukungan emosi (64,63%)
- h. Faktor yang berpengaruh terhadap beban *caregiver* insan pasca stroke³⁷
- 1) Keuangan (51,14%)
 - 2) Hubungan *caregiving* (50,76%)
 - 3) Beban psikologis (43,75%)
 - 4) Tanggung jawab (42,52%)
 - 5) Harapan (32,14%)
 - 6) Perubahan peran (28,79%)
 - 7) Kehidupan pribadi & sosial *caregiver* (26,99%)

i. Instrumen evaluasi *caregiver burden*

Caregiver Role Strain (CRS) adalah salah satu standar pengukuran dengan berdasar NANDA-I taxonomy 1992 yang dapat digunakan untuk mengukur beban *caregiver* insan pasca stroke dengan 22 pertanyaan yang berisi tekanan secara umum, isolasi, kekecewaan, keterlibatan emosioal dan lingkungan, dengan nilai Alpha Croncbach's 0,70-0,87, namun instrumen ini lebih tepat sebagai indikasi klinis.⁴¹ Selanjutnya adalah *Barthel Index* (BI), *National Institute of Health Stroke Scale* (NIHSS), *Pittsburgh Sleep Quality Index* (PSQI), ketiga alat ukur ini juga lebih banyak diterapkan di pelayanan kesehatan.⁴²

Alat ukur lainnnya adalah FNQ (*Family Need Questionnaire*) untuk mengidentifikasi kebutuhan pengasuhan yang berbeda. CCL (*Coping Checklist*) untuk memilih jenis coping untuk beban yang dialami *caregiver*, WHOQoL-BREF (*World Health Organization Quality of Life-BREF*) untuk menentukan kesehatan *caregiver* agar bisa ditentukan kualitas hidupnya.³⁷

Ketiga instrumen diatas peneliti tidak gunakan dalam penelitian ini dengan alasan evaluasi ini adalah evaluasi kali pertama yang dilakukan, sehingga dengan instrumen ini selanjutnya akan tergambar kebutuhan pengasuhan mana dari *caregiver* yang perlu mendapatkan perhatian lebih (FNQ (*Family Need Questionnaire*)), karena kecukupan dalam pemenuhannya akan mendukung kesehatan *caregiver* (WHOQoL-BREF (*World Health Organization Quality of*

Life-BREF)), dan selanjutnya akan dapat pula didapatkan strategi *coping* mana yang dirasa paling efektif untuk masalah *caregiver* insan pasca stroke tersebut (CCL (*Coping Checklist*)).

Instrumen lainnya adalah ZBI (*Zarit Burden Interview*), instrumen ini merupakan alat yang digunakan untuk mengukur beban yang dialami *caregiver* karena kondisi kelemahan dan kecacatan yang dialami insan pasca stroke, ZBI dapat digunakan dalam *setting* klinis maupun di komunitas.⁴³ Terdapat lebih dari 3 pilihan jawaban, ada 5 skala dalam pemilihan jawaban yakni, tidak pernah, jarang, kadang-kadang, cukup sering, dan hampir selalu, yang dengan nilai Cronbach's Alpha > 0,70, yaitu 0,88-0,91 dengan *construct validity* $r=7,1$, instrumen ini juga akan memberikan penilaian tunggal terhadap dampak di kehidupan *caregiver* karena mengasuh insan pasca stroke.⁴⁴

j. *Zarit Burden Interview* (ZBI)

Zarit Burden Interview dipatenkan oleh Steven H. Zarit dari USA ditahun 1980, merupakan suatu alat ukur untuk mengukur beban *caregiver* secara subjektif dan lebih dikhususkan untuk permasalahan dementia (sindrom gangguan otak).⁴³ ZBI ini dapat digunakan dalam *setting* klinis maupun di komunitas.

Macam pertanyaan akan mengidentifikasi dari pengalaman *caregiver* dihubungkan dengan beban yang dirasa karena fungsi atau perilaku klien yang bermasalah karena kondisi disabilitas klien dengan diagnosa medis. Setiap pertanyaan memiliki penilaian dari 0-4,

terdapat 22 pertanyaan, yang pada awalnya terdiri dari 29 pertanyaan, dengan menggunakan skala likert. Penilaian skor untuk beban yang dirasakan *caregiver* dalam perawatan klien adalah adalah 0-20 : tidak ada beban, 21-40 : setengah membebani, >40 beban berat. Schreiner et. al., 2006 juga mendukung dengan pernyataan bahwa penilaian skor mulai 24-26 mengidentifikasi beban yang dirasakan *caregiver* akan beresiko menimbulkan depresi.

Beberapa penelitian yang dilakukan untuk membuktikan *reliable ZBI* adalah *Internal consistency reliability* dengan menggunakan *Cronbach's alpha*, 0,82 di negara Turki dan Singapore 0,93. Selanjutnya dilakukan *test-retest reliability*, *Intra-class correlation coefficient* (ICC), dengan waktu 2 minggu di Jepang dengan hasil 0,88 menjadi 0,89 di Singapore selama 2 minggu pula. Kesimpulan *report* ini adalah bahwa ZBI salah satu alat ukur untuk mengukur beban *caregiver* dengan anggota keluarga dari pasien yang usianya tua.⁴³

Daniel Lai dalam penelitiannya mendapatkan hasil bahwa pengasuh Cina memiliki pengalaman yang berbeda dalam memberikan perawatan.⁴⁵ Konsep beban dikarenakan terdapat tekanan jiwa; misal perasaan negatif seperti rasa malu, marah, dan ketidakpastian karena hilangnya proses kontrol dan kepedulian atas masa depan.

Penelitian selanjutnya dari Michel Bédard, et. al., memperoleh hasil bahwa dalam penggunaan model 29 pertanyaan maupun 22

pertanyaan terbukti tidak mengurangi pemaknaan dari hasil skor akhir penilaian beban *caregiver*.⁴⁶ Dengan 22 pertanyaan didapatkan keuntungan diantaranya kemudahan dalam proses administrasi kuesioner. Beberapa penjelasan diatas semakin menguatkan peneliti untuk menggunakan ZBI dalam pengukuran peran *caregiver* insan pasca stroke di Semarang.

2. *Discharge Planning* Insan Pasca Stroke

Perencanaan pulang yang terorganisir (*Integrated Discharge Planning* (IDP)) adalah sebuah proses, perencanaan dimulai ketika pasien stroke masuk, perawat bersama pasien 24 jam, 7 hari dalam seminggu.⁴⁷ Sehingga hal ini bisa dianggap elemen kunci dari efektifitas *discharge planning*, meskipun tanggungjawab utamanya adalah tim medis pasien stroke.

Keterlibatan perawat dalam *discharge planning*, terdiri dari 3 tingkatan, yaitu:⁴⁷

- a. *Discharge planning* adalah salah satu mata ajar dalam pendidikan keperawatan sehingga seorang perawat memiliki kompetensi untuk melakukan hal tersebut.
- b. Kriteria seseorang pasien stroke mendapatkan jenis/pilihan *discharge planning* adalah dari catatan harian perawat.

- c. Perawat memiliki kewenangan dan tanggungjawab dalam memberikan saran kapan akan dilakukan *discharge planning*, sesuai perkembangan dalam asuhan keperawatan pasien stroke.

Perencanaan awal dari pasien stroke mulai masuk akan sangat membantu tim manajemen pelayanan kesehatan. Hal ini dikarenakan apabila pasien stroke masuk berobat dengan adanya aplikasi *discharge planning* dari awal, maka ELOS (*Estimated Length Of Stay*) insan pasca stroke dapat diketahui.⁴⁸ Penilaian *discharge planning* dapat diukur melalui studi dokumentasi *healthcare record*. Sebelum pasien mendapatkan keputusan untuk pulang, perawat melakukan penilaian secara holistik berdasar pada standar *discharge planning*, dan apabila terdapat belum tercapainya standar dengan kondisi insan pasca stroke, maka perawat memiliki kewenangan untuk menghubungi tim medis yang berisi dari keanggotaan multidisiplin petugas kesehatan.

Formulir perencanaan pulang harus didokumentasikan bersama *healthcare record*, diperbaharui setiap hari untuk menilai kebutuhan kepulangan yang mungkin berubah, kemajuan dari *discharge planning* harus dikomunikasikan dengan insan pasca stroke maupun keluarga, dan pendokumentasian *discharge planning* harus dilakukan sebelum 24 jam dari kepulangan.⁴⁹

- a. Definisi *Discharge Planning* Insan Pasca Stroke

Discharge planning atau perencanaan pulang merupakan proses koordinasi multidisiplin yang memastikan insan pasca stroke

mendapatkan perencanaan untuk pelayanan berkelanjutan setelah meninggalkan pelayanan kesehatan tertentu. Proses ini membantu transisi insan pasca stroke dari satu lingkungan ke lingkungan yang lain.

Perencanaan pulang memberikan jaminan pelayanan berkelanjutan melalui proses yang sistematis dan melibatkan berbagai aspek ketika insan pasca stroke pulang atau selesai dari program pengobatan tertentu.

b. Prinsip-Prinsip *Discharge Planning* Insan Pasca Stroke

Prinsip-prinsip yang harus diperhatikan perawat dalam membuat perencanaan pulang adalah :

1) Dibuat pada saat pasien stroke masuk

Merencanakan pulang insan pasca stroke sejak awal juga akan menurunkan lama rawat, yang pada akhirnya akan menurunkan biaya perawatan.

2) Berfokus pada kebutuhan insan pasca stroke

Perencanaan pulang tidak hanya berfokus pada kebutuhan fisik insan pasca stroke, lebih luas, perencanaan pulang berfokus pada kebutuhan insan pasca stroke dan keluarga secara komperhensif terkait kesehatannya.

3) Melibatkan berbagai pihak yang terkait

Insan pasca stroke, keluarga, dan *caregiver* dilibatkan dalam membuat perencanaan, selain itu perencanaan pulang

juga membutuhkan kolaborasi yang terus menerus dari berbagai tenaga kesehatan.

c. Tahapan *Discharge Planning* Insan Pasca Stroke

1) Mengidentifikasi kebutuhan insan pasca stroke

Perawat harus tahu rencana klien stroke dalam merawat dirinya dan harapan-harapannya. Instruksi secara lisan dan tertulis tentang pengobatan, tindakan dan *follow up* harus diberikan pada insan pasca stroke. Insan pasca stroke juga harus diberikan pendidikan kesehatan tentang tanda dan gejala yang mengindikasikan adanya masalah atau komplikasi dan siapa yang harus dihubungi jika hal tersebut terjadi. Pada fase ini insan pasca stroke harus diberikan kesempatan untuk bertanya.

2) Mengantisipasi perubahan kebutuhan insan pasca stroke dan merencanakan terpenuhinya kebutuhan tersebut

Komunikasi dan interaksi keluarga dengan insan pasca stroke dapat berubah setelah pulang. Perawat harus peka terhadap perubahan tersebut dan menentukan kebutuhan keduanya.

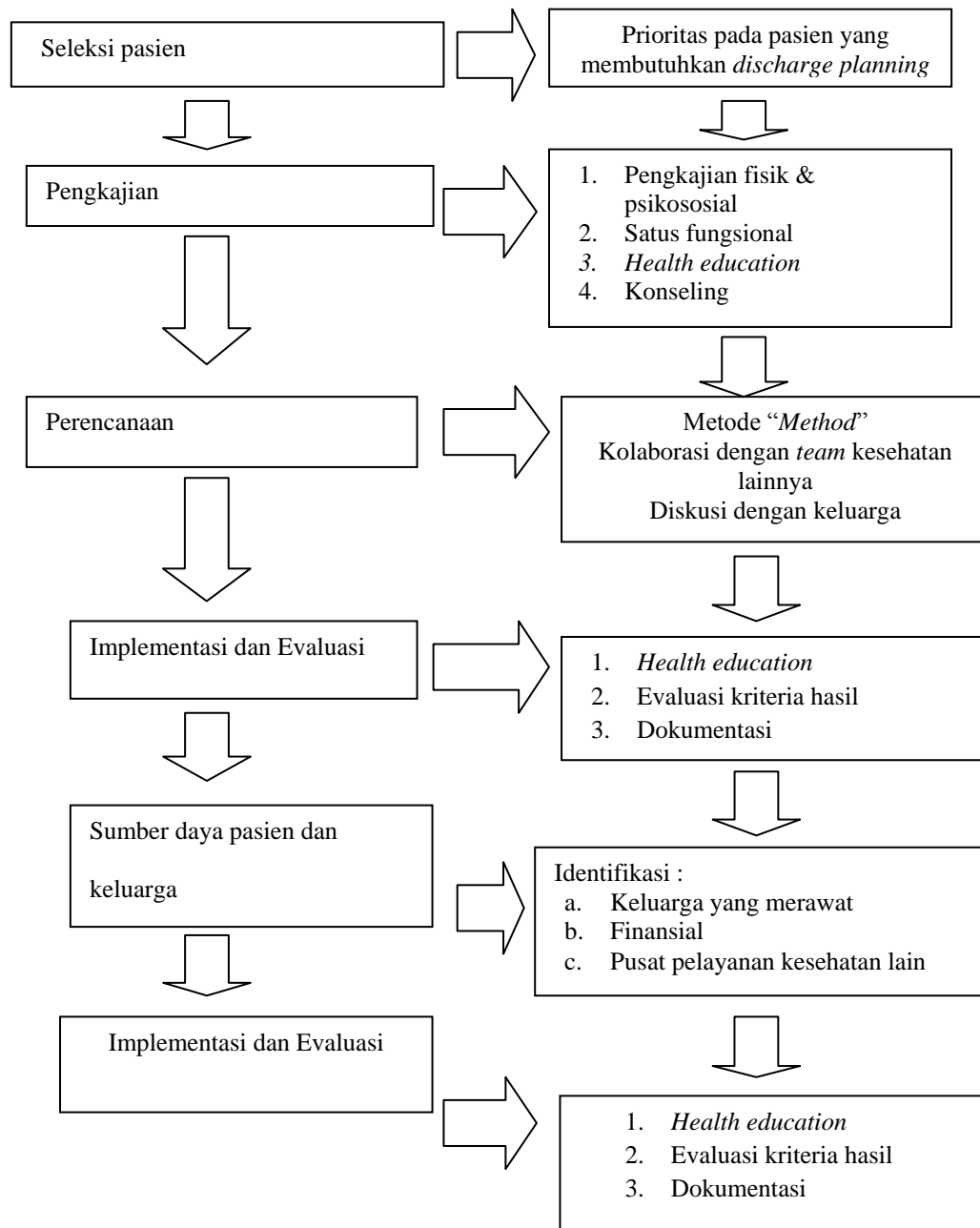
3) Memastikan pelayanan berkelanjutan

Setelah kebutuhan insan pasca stroke teridentifikasi dan perencanaan telah dibuat, perawat harus menyiapkan perawatan berkelanjutan melalui koordinasi pelayanan dengan insan pasca stroke dan tenaga pelayanan lain.

d. Manfaat *Discharge Planning* Insan Pasca Stroke⁵⁰

Manfaat *discharge planning* adalah untuk menurunkan jumlah kekambuhan, penurunan perawatan kembali ke rumah sakit, dan kunjungan keruang kedaruratan yang tidak perlu kecuali untuk beberapa diagnosa, membantu untuk memenuhi kebutuhan setelah perawatan, menurunkan biaya pengobatan, dan sebagai bahan pendokumentasian keperawatan. Dengan ini pula diharapkan terdapat kesinambungan perawatan dengan kerja yang kontinue ke arah tujuan dan pemantauan kebutuhan yang berubah.

Slevin, 1986 menerapkan model *discharge planning* yang dilakukan melalui 5 tahap model klinis dan digunakan dalam proses keperawatan dalam bagan berikut :



Skema 2.1. Model klinik *Discharge Planning* oleh Slevin (1986)

e. Faktor Yang Berpengaruh Dalam Penundaan Pelaksanaan *Discharge Planning* Insan Pasca Stroke⁵¹

Terdapat tiga faktor yang menjadi penyebab penundaan proses *discharge planning*, ketiga faktor tersebut adalah :

1) Faktor individu

Faktor ini terkait dengan penundaan dalam proses *discharge planning* yang beragam diantaranya karena; pilihan pribadi, usia, disposisi emosional dan dukungan pribadi dari keluarga dan teman-teman. Penelitian membuktikan usia lebih dari 65 tahun memiliki 4 kali lebih banyak mengalami perawatan ulangan di pelayanan kesehatan, dan 1,3% pasien usi 65-69 lebih memahami pemberian *discharge planning* ketimbang pasien usia 90 tahun keatas.

2) Faktor kesehatan

Kondisi suatu penyakit ataupun diagnosa medis memberikan kontribusi dalam penundaan *discharge planning*, beberapa penelitian menunjukkan jika usia 64 tahun keatas maka akan lebih membutuhkan perawatan lanjutan setelah keluar dari rumah sakit. Diagnosis tersering yang menimbulkan keterlambatan proses *discharge planning* adalah gangguan sistem saraf, peredaran darah, dan gangguan mental, studi lainnya memaparkan kasus terlama dalam hal ini adalah prosedur karena bedah toraks, infeksi paru, dan atrial fibrilasi.

3) Faktor organisasi

Faktor organisasi terkait dengan keterlambatan pelaksanaan *discharge planning*, termasuk kurangnya dukungan dari rumah (keluarga) untuk sembuh, dan tidak tersedianya fasilitas keperawatan untuk rehabilitasi. Kurangnya partisipasi perawat, partisipasi perawat dalam perencanaan pulang merupakan salah satu hal yang akan mempengaruhi proses *discharge planning*. Faktor utama yang menjadi penyebab adalah persepsi bahwa perencanaan pulang membutuhkan waktu dan komitmen yang lama dalam pelaksanaannya, sehingga terdapat kekhawatiran akan mengganggu kinerja keperawatan lainnya.

Dijelaskan pula bahwa terdapat keengganan perawat dalam melaksanakan *discharge planning* karena terdapat kekhawatiran hal tersebut adalah tanggung jawab perawat sendiri. Perawat sering enggan untuk menyuarakan pendapat mereka bahkan jika itu adalah "masalah hidup atau mati."

Terdapat juga paparan bahwa perawat sering menemukan kesulitan untuk menyajikan masalah klien yang relevan. Selanjutnya, perawat jarang memperkenalkan masalah baru dalam diskusi.

Keterlibatan klien dan keluarga, pemahaman faktor sensitivitas klien dan keluarga akan sangat berpengaruh terhadap keberhasilan *discharge planning*. Melalui komunikasi mendalam

perawat akan dapat mengumpulkan informasi yang dibutuhkan dalam perencanaan pulang pasien dan hal ini akan membuat perawat dapat mengajar dan membimbing pasien terhadap pengambilan keputusan terkait kesehatan.

3. Promosi Kesehatan Rumah Sakit (PKRS)

Promosi Kesehatan Rumah Sakit (PKRS) adalah upaya Rumah Sakit meningkatkan kemampuan pasien kelompok masyarakat agar dapat mandiri dalam mempercepat kesembuhan dan rehabilitasinya.⁵² Sebagaimana tercantum dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 004 Tahun 2012 Tentang Petunjuk Teknis Promosi Kesehatan Rumah Sakit, promosi kesehatan adalah upaya untuk meningkatkan kemampuan masyarakat melalui pembelajaran dari, oleh, untuk, dan bersama masyarakat, agar mereka dapat menolong diri sendiri.⁴

Menolong diri sendiri artinya masyarakat mampu menghadapi masalah-masalah kesehatan potensial (yang mengancam) dengan cara mencegahnya, dan mengatasi masalah-masalah kesehatan yang sudah terjadi dengan cara menanganinya secara efektif serta efisien. Dengan kata lain, masyarakat mampu berperilaku hidup bersih dan sehat dalam rangka memecahkan masalah-masalah kesehatan yang dihadapinya (*problem solving*), baik masalah kesehatan yang sudah diderita maupun

yang potensial (mengancam), secara mandiri (dalam batas-batas tertentu).⁵³

a. *Health Promotion Hospital* (HPH)

Rumah sakit adalah suatu organisasi khusus untuk upaya promosi kesehatan, memberikan pilihan pada pengunjung untuk sehat atau sakit, namun rumah sakit memiliki kekurangan dalam pemantauan kestabilan kondisi pasien.⁵⁴ Hal ini juga didukung Ottawa Charter, dengan eksplisit menjelaskan perlunya pembaharuan dalam pelayanan kesehatan, dan rumah sakit memiliki pengaruh besar dalam menyetatkan suatu populasi, sehingga dalam dua dekade ini WHO gencar mempromosikan HPH (*Health Promotion Hospital*).¹ Strategi WHO selanjutnya untuk pelaksanaan HPH adalah dengan membuat instrumen dalam penilaian HPH yang disebut sebagai *self-assessment tool for health promotion in hospitals*.⁵⁵

Kegiatan promosi kesehatan biasanya tidak mendapat pertimbangan dalam proses penilaian kualitas dalam mendapatkan akreditasi rumah sakit, sehingga perhatian terhadap hal ini hanya mendapat porsi sedikit.⁵⁵ Dalam mengisi kesenjangan dan mengevaluasi proses promosi kesehatan di rumah sakit, WHO mempromosikan lima standar indikator kerja dari promosi kesehatan di rumah sakit.

Selanjutnya disusun instrumen *self-assessment tool* dan manual yang diuji cobakan kebeberapa rumah sakit, tujuan *self-*

assessment tool adalah untuk menentukan standar penilaian, apakah profesional kesehatan di rumah sakit mampu mengumpulkan informasi yang diperlukan untuk menilai kepatuhan standar dan apakah dokumentasi mendukung mereka dalam meningkatkan kualitas kegiatan promosi kesehatan.

Tujuan dari instrumen manual ini adalah untuk memberikan informasi secara komprehensif tentang latar belakang, bukti, proses pembangunan dan terminologi standar serta sebagai indikator untuk promosi kesehatan di rumah sakit.²

1) Standar 1, kebijakan manajemen rumah sakit (*hospital management policy*)

Kebutuhan rumah sakit untuk memiliki kebijakan tertulis tentang promosi kesehatan, kebijakan ini harus dilaksanakan sebagai bagian dari mutu organisasi untuk meningkatkan pelayanan kesehatan, kebijakan ini diperuntukkan untuk klien, keluarga klien, dan staff tenaga kesehatan rumah sakit tersebut.

2) Standar 2, penilaian pasien (*patient assessment*)

Kewajiban untuk memberikan penilaian pada klien sesuai dengan kebutuhan promosi kesehatan dalam rangka pencegahan penyakit dan rehabilitasi.

3) Standar 3, informasi dan intervensi (*information and intervention*)

Rumah sakit atau tempat pelayanan kesehatan harus menyediakan dan merencanakan informasi kepada klien tentang

faktor yang signifikan mengenai penyakit, kondisi kesehatan dan promosi kesehatan harus dibentuk di area pelayanan klien.

4) Standar 4, tempat kerja yang sehat (*a healthy workplace*)

Memberikan manajemen tanggung jawab untuk menetapkan kondisi dalam pengembangan rumah sakit sebagai tempat kerja yang sehat.

5) Standar 5, kontinuitas serta kerjasama dengan provider lain dari layanan promosi kesehatan (*continuity and cooperation with other providers of health promotion services*).

Penawaran dan kerjasama, menuntut pendekatan yang direncanakan untuk bekerja sama dengan sektor pelayanan kesehatan dan lembaga lainnya.

b. Standar Promosi Kesehatan Rumah Sakit (PKRS)⁵

1) Tujuan PKRS

Terciptanya masyarakat rumah sakit yang menerapkan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat melalui perubahan pengetahuan, sikap, dan perilaku pasien/klien RS serta pemeliharaan lingkungan RS dan termanfaatkannya dengan baik semua pelayanan yang disediakan RS.

2) Sasaran PKRS

Sasaran Promosi Kesehatan di Rumah Sakit adalah masyarakat di rumah sakit, yang terdiri dari : Petugas, klien,

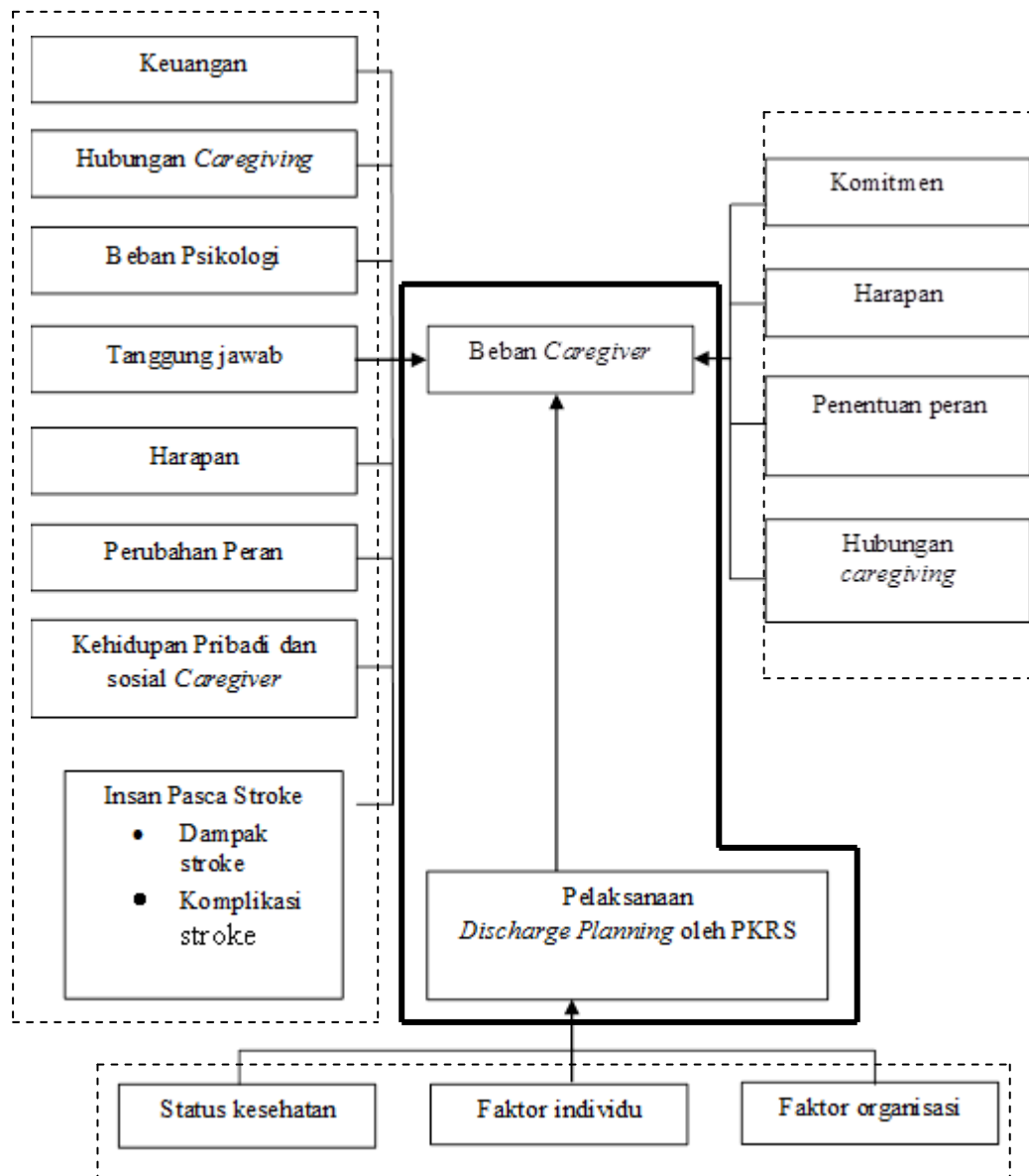
Keluarga klien, Pengunjung, Masyarakat yang tinggal atau berada di sekitar rumah sakit.

3) Strategi Promosi Kesehatan⁴

Sebagaimana disebutkan dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1193/Menkes/SK/X/2004 tentang Kebijakan Nasional Promosi Kesehatan dan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1114/Menkes/SK/VIII/2005 tentang Pedoman Pelaksanaan Promosi Kesehatan di Daerah, strategi dasar utama Promosi Kesehatan adalah :

- a) Pemberdayaan, yang didukung oleh
- b) Bina Suasana
- c) Advokasi serta dijiwai semangat
- d) Kemitraan.

B. Kerangka Teori



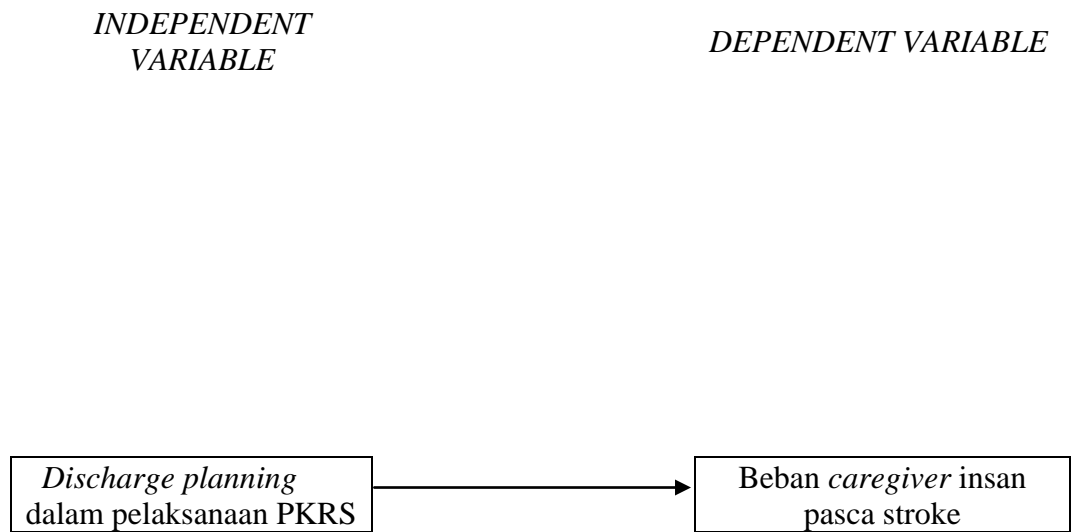
Ket.

..... = Tidak diteliti

_____ = Diteliti

Gambar 2.1. Kerangka Teori^{52,4,51,91,35,36}

C. Kerangka Konsep



Gambar 2.2 Kerangka Konsep

D. Hipotesis

Dalam penelitian ini digunakan dua macam hipotesa yakni, hipotesis nol (H_0) dan hipotesis kerja (H_a).

Hipotesis kerja (H_a)

Terdapat hubungan *discharge planning* dalam pelaksanaan (Promosi Kesehatan Rumah Sakit) PKRS RSUD Tugurejo Semarang terhadap beban *caregiver* insan pasca stroke di Semarang.

Hipotesis nol (H_0)

Tidak terdapat hubungan antara *discharge planning* dalam pelaksanaan (Promosi Kesehatan Rumah Sakit) PKRS RSUD Tugurejo Semarang terhadap beban *caregiver* insan pasca stroke di Semarang.

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode kuantitatif non eksperimental menggunakan pendekatan survei analitik dengan *design* penelitian *cross sectional study*, yaitu penelitian yang pengambilan data terhadap beberapa variabel penelitian dilakukan pada satu waktu.⁵⁶ Dengan pengertian bahwa setiap subjek penelitian hanya dilakukan observasi sekali saja dan pengukuran dilakukan terhadap status karakter atau variabel subjek disaat pemeriksaan.⁵⁷

B. Populasi Dan Sampel Penelitian

1. Populasi

Populasi penelitian ini atau subyek yang terpilih adalah seluruh *caregiver* dari insan pasca stroke yang pernah menjadi pasien rawat inap di RSUD Tugurejo Semarang dengan diagnosa stroke pada bulan Januari-Februari 2016. Usia insan pasca stroke antara 46-65 tahun yang dari hasil studi pendahuluan di peroleh data sebanyak 44 insan pasca stroke dengan *caregiver* yang berasal dari seluruh Semarang dan jangkauan pelayanan RSUD Tugurejo Semarang.⁵⁸

2. Sampel

Sampel merupakan bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi tersebut.⁵⁹ Sampel dalam penelitian ini adalah *caregiver* dari insan pasca stroke serangan pertama yang pernah menjadi pasien rawat inap di RSUD Tugurejo Semarang dengan diagnosa stroke pada bulan Januari-Februari 2016 yang memenuhi kriteria di bawah ini.

Kriteria pengambilan sampel berdasar pada :

a. Kriteria Inklusi :

- 1) *Caregiver* keluarga terdekat dari insan pasca stroke serangan pertama di RSUD Tugurejo Semarang yang tinggal serumah (pasangan, anak, orang tua, dan saudara).
- 2) *Caregiver* keluarga insan pasca stroke dengan diagnosa stroke hemoragik, non hemoragik, TIA, serangan pertama di RSUD Tugurejo Semarang.
- 3) *Caregiver* keluarga insan pasca stroke serangan pertama dengan pemanfaatan JKN/BPJS yang pulang rawat inap mulai bulan Januari-Februari 2016 di RSUD Tugurejo Semarang.
- 4) *Caregiver* keluarga dari insan pasca stroke serangan pertama yang di rawat di RSUD Tugurejo Semarang dengan usia 46-65 tahun dan riwayat pendidikan maksimal SLTA.
- 5) *Caregiver* keluarga dengan insan pasca stroke serangan pertama yang di rawat di RSUD Tugurejo Semarang dan bersedia menjadi responden penelitian.

b. Kriteria Eksklusi :

- 1) *Caregiver* keluarga dengan insan pasca stroke serangan pertama yang telah pulang dari perawatan RSUD Tugurejo Semarang bulan Januari-Februari 2016 tetapi pasien tersebut sudah meninggal, ataupun *caregiver* tidak berada ditempat dalam waktu lebih dari estimasi pengambilan sampel dalam proses pengambilan data.
- 2) *Caregiver* keluarga dengan insan pasca stroke serangan pertama yang telah pulang dari perawatan RSUD Tugurejo Semarang bulan Januari-Februari 2016 namun domisili di luar Semarang atau di luar jangkauan pelayanan RSUD Tugurejo Semarang.
- 3) *Caregiver* keluarga dengan insan pasca stroke serangan pertama yang telah pulang dari perawatan RSUD Tugurejo Semarang bulan Januari-Februari 2016 namun dalam waktu pengambilan data dirawat kembali karena serangan stroke.
- 4) *Caregiver* yang berasal dari pelayanan kesehatan berbayar, mandiri atau instansi pelayanan kesehatan

3. Besar Sampel

Berdasar Tabel Krecjie dengan taraf signifikansi α 0,05 (5%) dengan populasi 44 *caregiver* insan pasca stroke maka sampel yang mewakili sebanyak 40 *caregiver*, selanjutnya dalam penelitian ini, peneliti menggunakan teknik sampel *total sampling* dengan besar sampel adalah 36 *caregiver* dari insan pasca stroke serangan pertama yang pernah rawat inap di RSUD Tugurejo Semarang bulan Januari-Februari 2016.⁶⁰

C. Tempat Dan Waktu Penelitian

Penelitian ini berfokus pada *caregiver* keluarga dari insan pasca stroke serangan pertama yang pernah rawat inap di RSUD Tugurejo Semarang bulan Januari-Februari 2016 dan berdomisili di Semarang ataupun di daerah jangkauan layanan RSUD Tugurejo Semarang, penelitian ini dimulai pada bulan Agustus 2016.

D. Variabel Penelitian, Definisi Operasional Dan Skala Pengukuran

1. Variabel Penelitian⁵⁶

Variabel didefinisikan sebagai gejala yang bervariasi. Adapun gejala adalah objek penelitian sehingga variabel adalah objek peneliti yang bervariasi. Variabel ialah semua karakteristik umum yang dapat diukur dan yang berubah dalam keluasaan, intensitas, atau keduanya. Dalam penelitian ini terdapat dua jenis variabel diantaranya:

a. Variabel *independent*

Variabel *independent* (bebas) adalah variabel yang diduga menjadi penyebab atas beberapa perubahan dalam variabel *dependent*. Dalam penelitian ini variabel bebasnya adalah *discharge planning* dalam pelaksanaan PKRS insan pasca stroke RSUD Tugurejo Semarang.

b. Variabel *dependent*

Variabel *dependent* (tergantung) adalah respon yang dipengaruhi oleh sebuah variabel *independent*. Dalam penelitian ini

variabel terikatnya adalah beban *caregiver* insan pasca stroke di Semarang.

2. Definisi Operasional dan Skala Pengukuran

Tabel 3.1 Definisi operasional dan skala pengukuran hubungan *discharge planning* dalam pelaksanaan PKRS RSUD Tugurejo Semarang dengan beban *caregiver* insan pasca stroke di Semarang

No	Variabel penelitian	Definisi operasional	Cara ukur	Alat ukur	Hasil ukur	Skala pengukuran
1.	Variabel bebas <i>Discharge planning</i> dalam pelaksanaan PKRS	Adalah tindakan berupa pendidikan dan kesehatan dan pelatihan spesifik mengenai cara perawatan insan pasca stroke di rumah yang dipaparkan pada insan pasca stroke serangan pertama dan <i>caregiver</i> oleh tim PKRS RSUD Tugurejo Semarang selama proses perawatan yang dibuktikan dengan terisi lengkapnya <i>form discharge planning</i> berisi 12 item pertanyaan yang berada dalam catatan medis insan pasca stroke mengenai efek dari proses rawat inap klien dan keperluan yang dibutuhkan dalam perawatan lanjutan di rumah beserta lampiran dokumen SOP tindakan	Studi dokumentasi <i>form discharge planning</i> di catatan medis insan pasca stroke, dengan menggunakan skala gutmann dalam pengkodeannya	Data sekunder dari data di RSUD Tugurejo Semarang, berupa <i>form discharge planning</i> standar RSUD Tugurejo Semarang yang berada dalam catatan medis insan pasca stroke.	0 : <i>Form discharge planning</i> tidak lengkap terisi 1 : <i>Form discharge planning</i> terisi lengkap dalam catatan medis insan pasca stroke	Skala nominal

		<i>discharge planning</i> yang telah dilakukan.				
2.	Variabel terikat Beban <i>caregiver</i> insan pasca stroke	Tekanan fisik, psikologis, sosial, dan finansial terkait komitmen, harapan, penentuan peran, yang dirasakan oleh <i>caregiver</i> insan pasca stroke dari awal karena ayah, ibu, istri, suami, anak atau saudara terdiagnosa stroke hingga setelah serangan stroke akut	Digunakan kuesioner ZBI versi Indonesia yang telah dilakukan uji exper dan hasil diperoleh dari data primer yang didapat langsung dari <i>caregiver</i> keluarga insan pasca stroke, serta menggunakan skala likert dalam pengkodean	Kuesioner <i>Zarit Burden Interview</i> (ZBI), setiap pertanyaan memiliki penilaian dari 0-4, terdapat 22 pertanyaan, menggunakan skala likert. ⁴³	Tidak merasa beban = akumulasi skor ZBI adalah 0-20 Terbebani = akumulasi skor ZBI adalah 21- > 40	Skala nominal

E. Alat Penelitian Dan Cara Pengumpulan Data

Instrumen penelitian adalah suatu alat yang digunakan untuk mengukur fenomena alam maupun sosial alam yang diamati atau mengukur variabel dalam penelitian itu sendiri.⁵⁹ Dalam penelitian ini, peneliti menggunakan instrumen kuesioner *Zarit Burden Interview* (ZBI).

1. Alat Penelitian

- a. Studi dokumentasi catatan medis *discharge planning* insan pasca stroke serangan pertama beserta lampiran dokumen SOP tindakan *discharge planning* yang berada dalam catatan medis dengan keterangan perawatan rawat inap di RSUD Tugurejo Semarang dari bulan Januari-Februari 2016.

b. Karakteristik responden

Pertanyaan dalam bahasan ini berupa, jenis kelamin, usia, tingkat pendidikan, hubungan dengan insan pasca stroke, status perkawinan, pekerjaan, penghasilan, lama merawat insan pasca stroke, pilihan jenis pelayanan insan pasca stroke.

c. Kuesioner *Zarit Burden Interview* (ZBI)

Terdiri dari 22 pertanyaan dengan skor penilaian 0-4, dengan hasil angka terendah 0 dan tertinggi 88 terkait dengan tekanan pribadi dan tekanan yang mengharuskan suatu pola *caregiver* dalam merawat klien disabilitas.⁶¹ Kuesioner tersebut di alih bahasakan oleh expert Bahasa Inggris, yakni Asih Nur Akhir, S.Pd. yang selanjutnya dilakukan modifikasi oleh peneliti disesuaikan dengan sumber daya klien dan keluarga insan pasca stroke.

2. Prosedur Pengumpulan Data

a. Melayangkan dan memperoleh balasan surat persetujuan/ijin kepada Kepala RSUD Tugurejo Semarang untuk pengambilan data primer insan pasca stroke serangan pertama yang berdomisili di Semarang dan jangkauan layanan RSUD Tugurejo Semarang yang telah pulang dari rawat inap pada bulan Januari-Februari 2016.

Usia insan pasca stroke 46-65 tahun dan untuk melakukan studi dokumentasi terhadap keberadaan dan kelengkapan *form discharge planning* di catatan medis insan pasca stroke serangan pertama yang

telah pulang dari rawat inap RSUD Tugurejo Semarang pada bulan Januari-Februari 2016.

- b. Melayangkan dan memperoleh balasan surat persetujuan/ijin dari Kesbanglinmas kota Semarang untuk melakukan kunjungan ke *caregiver* insan pasca stroke di rumah.
- c. Meninjau ulang pedoman standar PKRS dan *discharge planning*.
- d. Persetujuan secara tertulis (*written informed consent*) dimintakan sebelum pengumpulan data. Subjek selanjutnya diinformasikan tentang maksud dan kegunaan penelitian serta keterlibatannya yang bersifat sukarela, (peneliti melakukan kunjungan rumah insan pasca stroke yang sudah pulang rawat inap dari bulan Januari-Februari 2016 dari RSUD Tugurejo) dengan usia insan pasca stroke 46-65 tahun, bila *caregiver* setuju menjadi responden maka akan diberi lembar persetujuan.
- e. Responden dimohon mengisi kuesioner dengan memilih jawaban sesuai pertanyaan pada lembar kuesioner *Zarit Burden Interview* (ZBI) versi modifikasi *caregiver* insan pasca stroke.

F. Uji Validitas dan Reliabilitas

Uji validitas dalam penelitian ini dilakukan dengan menguji *content* kuesioner pada *expert*. Penentuan validitasnya dengan meminta pendapat pakar pada bidang yang sedang diteliti dan selanjutnya pakar tersebut akan menelaah instrumen dan menentukan apakah seluruh item pertanyaan telah mencakup isi dari konsep yang akan diteliti.⁵⁶

Peneliti melakukan *content validity* ini pada pakar dengan kepakaran spesialis keperawatan komunitas, yakni Ns. Muhammad Mu'in, S.Kep., M.Kep., Sp.Kom. kemudian uji validitas dilakukan dengan membandingkan antara skor setiap pernyataan dengan skor totalnya. Uji korelasi yang digunakan adalah *Person Product Moment*. Item dinyatakan valid jika nilai signifikansi r hitung kurang dari 0,05.

Uji coba instrumen yang telah di alih bahasakan, dimodifikasi sesuai sumber daya klien dan keluarga insan pasca stroke. Setelah selesai uji expert selanjutnya diujikan pada 30 orang *caregiver* insan pasca stroke di RS Panti Wilasa Dr. Cipto.

Reliabilitas menunjukkan pada suatu pengertian bahwa suatu instrumen cukup dapat dipercaya untuk digunakan sebagai alat pengumpulan data karena instrumen tersebut sudah baik.⁶² Instrumen yang baik akan bersifat tendensius mengarahkan responden untuk memilih jawaban-jawaban tertentu. Uji reliabilitas pada penelitian ini akan menggunakan rumus *Alpha Cronbach*. Kuesioner tersebut dikatakan reliabel jika nilai koefisien *Alpha Cronbach* > nilai koefisien pembanding 0,90.

G. Teknik Pengolahan dan Analisa Data

1. Pengolahan Data⁶³

Pengolahan data dilakukan setelah data primer dan sekunder yang diperlukan terkumpul dengan tahapan sebagai berikut:

a. *Editing*

Editing adalah memeriksa daftar pertanyaan yang telah diserahkan oleh pengumpul data. Tujuannya adalah mengurangi kesalahan atau kekurangan yang ada didaftar pertanyaan.

b. *Coding*

Coding adalah mengklasifikasikan jawaban daripada responden ke dalam kategori. Klasifikasi data merupakan usaha untuk menggolongkan, mengelompokkan dan memilah data berdasarkan klasifikasi tertentu. Kegiatan ini akan memudahkan dalam menguji hipotesis.

c. *Scoring*

Scoring adalah memberikan penilaian terhadap item-item yang perlu diberi penilaian atau skor.

d. *Tabulating*: menghasilkan rangkuman data

Tabulating adalah pekerjaan membuat tabel jawaban-jawaban yang telah diberi kode kemudian dimasukkan ke dalam tabel. Langkah terakhir dari penelitian ini adalah melakukan analisa data. Selanjutnya data dimasukkan ke komputer dan dianalisis secara statistik. Pegolahan data dilakukan untuk menguji hipotesis yang telah dilakukan atau menjawab pertanyaan penelitian yang telah dirumuskan.

2. Analisa Data

Setelah data terkumpul, data kemudian dianalisis agar hubungan antar variabelnya diketahui. Data dianalisis menggunakan prosedur statistik yang memungkinkan peneliti untuk menyimpulkan, mengorganisasi, mengevaluasi, menginterpretasi dan menyajikan informasi yang jelas dengan angka-angka

yang bermakna.⁶⁴ Setelah data terkumpul, peneliti melakukan tabulasi data ke program komputer untuk dilakukan analisa melalui komputerisasi. Analisis dilakukan secara bertahap untuk mengetahui hubungan *discharge planning* dalam pelaksanaan PKRS terhadap beban *caregiver* insan pasca stroke.

Tahapan dari analisis data sebagai berikut:

a. Analisis Univariat

Pada analisis univariat, data yang diperoleh dari hasil pengumpulan dapat disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi, ukuran tendensi sentral atau grafik.⁶³ Tujuan dari analisa univariat ini adalah untuk menjelaskan karakteristik dari masing-masing variabel yang diteliti. Data yang akan diproses dengan menggunakan analisa univariat dalam penelitian ini adalah pelaksanaan *discharge planning* insan pasca stroke oleh PKRS dan beban *caregiver*.

b. Analisis Bivariat

Analisis bivariat merupakan analisis untuk mengetahui interaksi dua variabel, baik berupa komparatif, asosiatif, maupun korelatif. Terdapat uji parametrik dan non parametrik pada analisis bivariat.⁶³ Dalam penelitian menggunakan analisa bivariat korelatif untuk mendapatkan hasil hubungan yang bermakna dan digunakan statistik non parametrik karena variabel *independent* dan variabel *dependent* berskala nominal dengan besar sampel 36.^{65,66}

Selanjutnya dalam penelitian ini analisis bivariat menggunakan teknik *chi square*. Variabel yang diujikan adalah *discharge planning*

dalam pelaksanaan (Promosi Kesehatan Rumah Sakit) PKRS terhadap beban *caregiver* pada insan pasca stroke di Semarang.⁵⁶

H. Etika Penelitian⁶⁴

1. *Inform Consent* yaitu sebelum lembar persetujuan diberikan kepada responden, terlebih dahulu responden diberikan penjelasan mengenai maksud dan tujuan penelitian yang dilakukan. Setelah mendapatkan penjelasan, maka responden dibebaskan mengambil keputusan. Jika responden bersedia, maka responden menandatangani lembar persetujuan. Jika responden tidak ingin menjadi sampel maka peneliti tidak memaksa.
2. *Confidentiality* yaitu kerahasiaan tentang data yang diperoleh dari subyek peneliti, dijamin oleh peneliti. Semua informasi yang dikumpulkan dalam penelitian tidak dibuka didepan publik.
3. *Right to Self- Determination* yaitu subyek penelitian mempunyai hak untuk ikut atau tidak menjadi responden. Subyek penelitian bebas memutuskan untuk bersedia menjadi responden ataupun tidak.
4. *Fairly Treatment*, yaitu setiap responden mendapatkan perlakuan yang sama terkait dengan penelitian.

BAB IV

HASIL PENELITIAN

Penyajian data dan analisis penelitian *discharge planning* dalam pelaksanaan Promosi Kesehatan Rumah Sakit (PKRS) RSUD Tugurejo Semarang dengan beban *caregiver* insan pasca stroke di Semarang akan disajikan dalam bab ini. Penelitian ini dilakukan selama 10 hari mulai tanggal 03-12 Agustus 2016 di seluruh wilayah jangkauan pelayanan RSUD Tugurejo Semarang. *Caregiver* insan pasca stroke yang pulang dari rawat inap bulan Januari-Februari 2016 dengan usia insan pasca stroke 46-65 tahun adalah responden dalam penelitian ini, dengan jumlah 36 responden.

A. Analisis Univariat

1. Pelaksanaan *discharge planning* insan pasca stroke oleh PKRS

Pelaksanaan *discharge planning* oleh PKRS di nilai berdasarkan terisi lengkap dan tidaknya *form discharge planning* di rekam medis dari pasien diagnosa stroke serangan pertama yang rawat inap usia 46-65 tahun di RSUD Tugurejo Semarang bulan Januari-Februari 2016.

Tabel 4.1
Distribusi Kelengkapan *Form Discharge Planning* Di Rekam
Medis Diagnosa Stroke RSUD Tugurejo Semarang
n=36

<i>Form discharge planning</i>	N	%
Lengkap terisi	22	61
Tidak terisi lengkap	14	39
Total	36	100

Tabel diatas memaparkan mengenai keberadaan dan kelengkapan *form discharge planning* di rekam medis RSUD Tugurejo Semarang. Total keseluruhan sampel adalah 36, sehingga data yang didapatkan dari *form discharge planning* tersebut adalah, *form* lengkap terisi (61%) atau 22 *form* dan *form* tidak terisi lengkap sebanyak (39%) 14 *form*.

2. Beban *caregiver* insan pasca stroke

Beban *caregiver* insan pasca stroke diperoleh dengan menyebarkan kuesioner ZBI (*Zarit Burden Interview*) pada responden.

Tabel 4.2
Distribusi Beban *Caregiver* Insan Pasca Stroke
n=36

Beban <i>caregiver</i>	n	%
Terbebani	20	56
Tidak merasa beban	16	44
Total	36	100

Tabel 4.2 memperlihatkan hasil dengan menggunakan kuesioner ZBI dalam mengukur beban *caregiver* sejumlah 36 orang. *Caregiver* yang terbebani dalam merawat insan pasca stroke (56%). Sebanyak 16 *caregiver* atau 44% dari total *caregiver* tidak merasa beban dalam merawat insan pasca stroke.

B. Analisis Bivariat

1. Hubungan *Discharge Planning* Dalam Pelaksanaan (Promosi Kesehatan Rumah Sakit) PKRS Dengan Beban *Caregiver* Insan Pasca Stroke

Tabel 4.3 Hubungan *Discharge Planning* Dalam Pelaksanaan (Promosi Kesehatan Rumah Sakit) PKRS Dengan Beban *Caregiver* Insan Pasca Stroke
n=36

<i>Discharge Planning</i>	Beban				Total		P	α
	Terbebani		Tidak merasa beban		f	%		
	f	%	F	%				
<i>Form discharge planning</i> lengkap terisi	8	36,4	14	63,6	22	100	0,004	0,05
<i>Form discharge planning</i> tidak lengkap terisi	12	85,7	2	14,3	14	100		
Jumlah	20	55,6	16	44,4	36	100		

Tabel 4.3 memperlihatkan bahwa ada hubungan *Discharge Planning* Dalam Pelaksanaan (Promosi Kesehatan Rumah Sakit) PKRS Dengan Beban *Caregiver* Insan Pasca Stroke dengan $p=0,004$ dan $\alpha=0,05$ dari total 36 *caregiver* insan pasca stroke serangan pertama yang pernah rawat inap di RSUD Tugurejo Semarang bulan Januari-Februari 2016. Jumlah total *caregiver* dengan *form discharge planning* lengkap terisi yaitu 22 *caregiver*, 36,4% atau sebanyak 8 orang terbebani dan 14 orang atau 63,6% tidak merasa beban. *Form discharge planning* tidak lengkap terisi berjumlah 14 *form*, *caregiver* yang terbebani adalah 12 *caregiver*, 85,7%, sedangkan *caregiver* yang tidak merasa beban sebanyak 2 *caregiver* atau 14,3%.

BAB V

PEMBAHASAN

Bab pembahasan ini berisi hasil penelitian, keterbatasan penelitian dan implikasi penelitian terhadap bidang keperawatan. Interpretasi dan hasil penelitian membahas tentang data yang diperoleh maupun kesenjangan dari hasil penelitian yang dilakukan dengan hasil penelitian sebelumnya disertai dengan tinjauan pustaka yang melatar belakangi. Keterbatasan penelitian membahas mengenai keterbatasan metodologi dan implikasinya terhadap dunia keperawatan, baik klinik dan teoritis.

A. Pelaksanaan *discharge planning* terhadap insan pasca stroke dan *caregiver* oleh PKRS (Promosi Kesehatan Rumah Sakit)

Hasil penelitian ini adalah 61% *caregiver* insan pasca stroke telah mendapatkan *discharge planning*, hal ini dibuktikan dengan lengkap terisinya *form discharge planning* beserta lampiran SOP tindakan yang telah dilakukan di rekam medis RSUD Tugurejo Semarang. *Discharge planning* memberikan efek yang berarti dalam menurunkan komplikasi penyakit, pencegahan kekambuhan, dan menurunkan angka kematian serta morbiditas.⁵⁰ Hal ini juga sesuai dengan prinsip *discharge planning*, yaitu dibuat saat klien dinyatakan rawat inap.⁶⁷

Karakteristik usia responden yang telah dilakukan *discharge planning* dalam penelitian ini didominasi pada usia dewasa, 19 *caregiver* (53%),

sesuai dengan itu, penelitian May H.L et., al. juga mendukung yang menyatakan bahwa usia *caregiver* terbanyak adalah lebih muda dibandingkan insan pasca stroke,⁶⁸ dimana dalam penelitian ini usia insan pasca stroke adalah 45-65 tahun.

Umur memengaruhi terhadap daya tangkap dan pola pikir seseorang. Semakin bertambah usia akan semakin berkembang pula daya tangkap dan pola pikirnya. Pada usia muda kemampuan intelektual, pemecahan masalah, dan kemampuan verbal dilaporkan hampir tidak ada penurunan.⁶⁹ Sehingga tindakan promosi kesehatan untuk insan pasca stroke bisa dipahami *caregiver*.

Diagnosis tersering yang menimbulkan keterlambatan proses *discharge planning* salah satunya adalah, gangguan sistem saraf. Berdasar paparan Misbach, bahwa stroke adalah sindrom neurologi, jadi bisa disimpulkan akan ada kemungkinan keterlambatan dalam proses *discharge planning*.¹⁶ Penatalaksanaan stroke terbagi menjadi fase akut dan rehabilitasi, rehabilitasi diartikan sebagai suatu proses kreatif yang dimulai segera dengan perawatan preventif pada tahap awal klien dinyatakan sakit.²⁶

Keberadaan 39% *form discharge planning* yang tidak lengkap dalam penelitian ini diperjelas Pirani dikarenakan kurangnya dukungan dari keluarga, tidak tersedianya fasilitas keperawatan untuk rehabilitasi dan kurangnya partisipasi perawat.⁵¹ Padahal, *discharge planning* merupakan komponen sistem perawatan berkelanjutan pada klien dan membantu

keluarga menemukan jalan pemecahan masalah yang baik, pada saat dan sumber yang tepat.⁷⁰

Kurangnya partisipasi keluarga dijelaskan Shyu dan rekan dalam hasil penelitiannya, bahwa keluarga dari pasien stroke sering merasa tidak cukup siap untuk memenuhi kebutuhan fisik, kognitif, dan emosional pasien stroke.⁷¹ Dukungan keluarga yang kurang juga dikarenakan stroke merupakan salah satu pemicu timbulnya stressor dalam keluarga, stressor ini merupakan agen pencetus/penyebab yang mengaktifkan proses stress.⁷²

Tidak serupa dengan paparan diatas, dalam penelitian ini terbanyak adalah sebagai pasangan (suami/istri), sebanyak 19 *caregiver* (53%), mereka berasumsi dalam studi pendahuluan bahwa kondisi ini adalah resiko rumah tangga. Hubungan ini menjadi salah satu dasar dalam merawat insan pasca stroke, kewajiban yang dirasakan oleh keluarga disebabkan adanya peran pemeliharaan anggota keluarganya yang sakit.⁷³ Caleb Ademola et. all juga menambahkan, bahwa adat/budaya mendasari pola merawat insan pasca stroke yang juga akan mempengaruhi proses *caregiving*.⁷⁴

Di RSUD Tugurejo Semarang, berdasar studi pendahuluan dengan beberapa perawat didapatkan opini perawat, bahwa perawat dalam pengisian *form* hanya beranggapan rutinitas, dan beberapa merasa beban. Penelitian oleh Candra Dewi, et.al (*unpublish*) menjelaskan bahwa kegiatan belum pernah dilakukan audit kualitas dokumentasi sehingga masih terlihat 75 % dokumentasi belum sesuai antara data, masalah keperawatan serta rencana tujuannya.⁷⁵

Bruvol dalam Winda Yuniarsih (2010) juga memperoleh data bahwa perawat lebih berfokus pada memberikan asuhan keperawatan kepada klien dan kurang memberdayakan keluarga, yang mana keluarga adalah bagian terpenting untuk mensukseskan intervensi keperawatan.²⁶ Pirani juga menjelaskan dalam temuannya, bahwa terdapat keengganan perawat dalam melaksanakan *discharge planning*, hal ini disebabkan kakhawatiran akan beban tanggungjawab dan masalah komunikasi yang terbatas antara perawat dan *caregiver*.⁵¹

Pentingnya *discharge planning* yang berfokus pada keluarga didapatkan dalam penelitian Slaganfall, Upik Rahmi (2011) yang menyatakan bahwa pemberian *discharge planning* akan meningkatkan pengetahuan, dan efektifnya perawatan dirumah sehingga mengurangi kunjungan ulang ke rumah sakit.⁵⁰ Mengenai pemberi *discharge planning* dalam pelayanan kesehatan ditambahkan Harsono (2000), prinsip rehabilitasi klien stroke adalah perawatan berlanjutan oleh perawat untuk mamantau keefektifan tindakan yang dilakukan, dan karena penderita stroke adalah subyek rehabilitasi, maka perawat diharuskan mengagendakan program *discharge planning* pada keluarga.

Permasalahan lainnya yang timbul dalam penilaian *discharge planning* adalah indikator keberhasilan. Jurnal Austria *Health Promoting Hospitals – Assessing developments in the network* memaparkan bahwa tidak adanya sistem evaluasi menyeluruh yang kompeten untuk menilai keberlangsungan HPH.¹ Di Indonesia berdasar PMK No. 004 tentang Juknis

Promosi Kesehatan RS, monitoring dan evaluasi PKRS menggunakan indikator masukan, proses, keluaran, dan indikator dampak.⁴

Proses monitoring dan evaluasi di RSUD Tugurejo mengenai indikator dampak dan keluaran belum optimal terlaksana. Hal ini dari studi pendahuluan pada beberapa tenaga kesehatan dinyatakan sebabnya adalah tidak semua tenaga kesehatan berkomitmen sebagai anggota PKRS, padahal tim PKRS adalah tim multidisiplin kesehatan sedangkan proses evaluasi adalah evaluasi proses dengan post test (bertanya ulang sesuai materi yang disampaikan) dan tanya jawab.

B. Beban yang dirasakan *caregiver* insan pasca stroke

Penelitian ini memperoleh hasil bahwa 20 *caregiver* (56%) terbebani dengan statusnya sebagai *caregiver* insan pasca stroke. Penelitian serupa didukung pula oleh Christine S. Copley et. al. yang meneliti juga mengenai *caregiver* insan pasca stroke dengan hasil bahwa perasaan terbebani disebabkan pengalaman pertama sebagai *caregiver*, kurangnya dukungan keluarga, pendidikan yang tidak memadai, pemahaman yang kurang dan salah saat dilakukannya *discharge planning*, serta *caregiver* yang kurang motivasi.³⁰

Perhatian harus juga diberikan pada keluarga klien karena anggota keluarga akan sangat mempengaruhi respon klien terhadap penyakit yang dideritanya, keluarga juga sangat berperan terhadap keberhasilan dan kegagalan upaya pemulihan.¹⁶ *Caregiver* insan pasca stroke dari perawatan RSUD Tugurejo Semarang sebagian besar berasumsi bahwa menjadi

caregiver adalah suatu beban, dan kadang terbersit rasa bosan dengan rutinitasnya.

Hasil penelitian memperoleh data bahwa 23 *caregiver* (64%) telah merawat insan pasca stroke lebih dari 6 bulan, data ini tidak didukung dengan penjelasan Misbach, bahwa waktu untuk menjadi *caregiver* insan pasca stroke minimal 6 bulan. Kebosanan yang dirasa *caregiver* dalam penelitian Rahmat disebabkan beban psikologis, kekurangpahaman mengenai defisit psikologis yang dialami insan pasca stroke menjadi salah satu penyebabnya.

Didukung pula penelitian Chantal Ski, et.al, dan Winda Yuniarsih yang memaparkan bahwa beban yang dirasa dikarenakan *caregiver* mengalami kekurangpahaman dalam program rehabilitasi di rumah setelah kepulangan dari pelayanan kesehatan dan hal ini berkaitan dengan pendidikan *caregiver*.^{26,76} Dalam penelitian ini, karakteristik pendidikan responden terbanyak adalah SLTA (44%), meskipun pendidikan terbanyak setelah itu adalah SD (39%).

Status sebagai *caregiver* juga menjadi beban, ini diperoleh dari penelitian di Brazil berangka tahun 2015, bahwa 77,2% *caregiver* stroke lansia terbebani karena statusnya sebagai *caregiver*.⁷⁷ Serupa dengan itu, dinyatakan bahwa 40% dari insan pasca stroke juga memerlukan bantuan dalam melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari.²⁶

Sedangkan *caregiver* di Semarang berpendapat meskipun beban dengan statusnya *caregiver* namun tetap bisa menjalankan status yang lain

yang berdasarkan karakteristik responden terbanyak adalah sebagai pasangan. Hasil ini serupa dengan penelitian Judy-Dawson bahwa pasangan insan pasca stroke sebagai *caregiver* juga tetap bisa menjalankan status lainnya, misal tetap menjadi pekerja ataupun kepala rumah tangga.⁷⁸

Sebagian besar *caregiver* tidak dipersiapkan pada kondisi imbas dari stroke, kebanyakan insan pasca stroke mengalami kelemahan bahkan kecacatan kondisi fisik dan menurunnya kesehatan mental.⁷⁹ Serupa dengan diatas, Rajesh Kumar dalam penelitiannya memperoleh hasil bahwa *caregiver* juga tidak mendapatkan penjelasan menyeluruh, mengenai sifat, penyebab, konsekwensi dari stroke serta ketersediaan layanan kesehatan.⁸⁰

Permasalahan pada *caregiver* RSUD Tugurejo Semarang yang diperoleh dari studi pendahuluan adalah tindakan *discharge planning* tidak sesuai dengan masalah yang dihadapi *caregiver*, antara di rumah sakit dan di rumah. Berbeda dengan RSUD Tugurejo Semarang, Unit Stroke RS Dr. Cipto Mangunkusumo telah mengembangkan *transition care program* dengan implikasinya adalah *stroke corner* sejak tahun 1994 dan perawat memiliki peran sentral dalam tim ini, dibuktikan dengan sertifikat kompetensi keahlian khusus yang terprogram.¹⁶

Permasalahan yang menjadi beban bagi *Caregiver* insan pasca stroke RSUD Tugurejo Semarang selanjutnya dari kuesioner karakteristik responden adalah penghasilan perbulan *caregiver* insan pasca stroke. Karakteristik *caregiver* dalam penelitian ini terbanyak (22 *caregiver*) memiliki pendapatan di bawah UMR kota Semarang (Rp. 1.800.000),

sehingga merasa tidak optimal dalam merawat insan pasca stroke. Beban semakin bertambah pula jika pencari nafkah utama adalah insan pasca stroke, ataupun karena statusnya sebagai *caregiver* maka tidak bisa bekerja lagi.⁸¹ Kondisi ini serupa dengan hasil penelitian *caregiver* di Jakarta, bahwa salah satu beban yang dialami *caregiver* di komunitas adalah pemasalahan ekonomi.⁸²

Perawatan dan efek kesudahannya yang dialami insan pasca stroke membutuhkan kebutuhan finansial yang tidak sedikit. Ditambah pula dengan kecacatannya menjadikan insan pasca stroke tidak dapat beraktifitas bekerja, selanjutnya *caregiver* sebagai penyedia waktu terbanyak dengan berat hati melepaskan pekerjaannya.⁸¹

Hasil penelitian ini yaitu sebagian besar *caregiver* adalah perempuan dengan status hubungan sebagai pasangan, sehingga serangan stroke pada suami dan pencari nafkah utama dalam keluarga akan terasa membebani *caregiver*. Selanjutnya tidak adanya penghasilan *caregiver*, akan memberikan dampak *caregiving* terhadap insan pasca stroke.⁸³ Keterbatasan fisik dan mental mengharuskan insan pasca stroke menjadi bergantung pada orang lain, setidaknya untuk sementara waktu hingga kondisi mental dan fisiknya membaik. Selama menghadapi kondisi ini seorang *caregiver* dituntut berkomitmen dari awal dengan statusnya.³⁶

Beban selanjutnya yang dialami *caregiver* adalah aspek-aspek perawatan fisik untuk insan pasca stroke, berupa kekakuan, kesulitan dalam ambulasi dan bergerak insan pasca stroke. Permasalahan ini akan berdampak

pada kesehatan *caregiver* sehingga dimungkinkan *caregiver* akan menjadi pasien kedua di dalam keluarga.⁸⁴ *Caregiver* yang dominan mengalami masalah kesehatan berkaitan dengan statusnya dalam penelitian ini adalah jenis kelamin perempuan, mereka beralasan usia yang tidak muda, memiliki tanggung jawab mengurus anak, beberapa dengan status pekerja rumahan, dan tidak adanya tempat berkeluh kesah untuk beban yang di rasa.

Beban diatas dikarenakan penentuan peran yang tidak jelas dalam statusnya sebagai *caregiver* insan pasca stroke. Penelitian Pierce dan kawan berbeda dengan hasil penelitian ini, bahwa meskipun statusnya sebagai *caregiver* insan pasca stroke untuk istrinya, namun sang suami melaksanakan peran pemeliharaan untuk merawat istrinya dan mengambil alih tanggung jawab merawat anak-anak mereka.⁸⁵

Sebagian besar insan pasca stroke akan mengalami gejala sisa yang bervariasi setelah serangan akut, dapat berupa gangguan mobilisasi, gangguan penglihatan, gangguan emosi, gangguan bicara dan gangguan lain sesuai lokasi otak yang mengalami infark.¹⁶ Segala keterbatasan sebagai akibat serangan stroke akut menjadi beban bagi *caregiver* dan insan pasca stroke, beban selanjutnya adalah menerima kemunduran neurologis dan memunculkan harapan masa depan lebih baik bagi insan pasca stroke oleh *caregiver*. Harapan dalam penelitian ini adalah dibuktikan dengan pilihan layanan kesehatan lanjutan yang didominasi ke pelayanan kesehatan pemerintah atau swasta (81%) dengan pengharapan kesehatan insan pasca stroke lebih terjamin.

Komitmen, harapan, dan penentuan peran yang dimiliki *caregiver* akan membantu dalam pelaksanaan hubungan *caregiving*.⁴⁰ Penelitian ini membuktikan bahwa selama lebih dari 6 bulan selesai perawatan dari RSUD Tugurejo Semarang, hanya 1 insan pasca stroke dari jumlah total sampel yang melakukan rawat ulangan karena serangan stroke ulangan, dan 6 klien meninggal, sehingga target awal dengan 44 *caregiver* menjadi 36 *caregiver* insan pasca stroke.

C. Hubungan *discharge planning* dalam pelaksanaan Promosi Kesehatan Rumah Sakit (PKRS) RSUD Tugurejo Semarang dengan beban *caregiver* insan pasca stroke

Penelitian ini memperoleh hasil $p = 0,004$ $\alpha = 0,05$, dimana pelaksanaan *discharge planning* oleh PKRS RSUD Tugurejo Semarang memiliki hubungan dengan beban *caregiver* insan pasca stroke di Semarang. Ini karena *discharge planning* bertujuan untuk mempersiapkan klien dan keluarga untuk dipulangkan ke rumah, menyediakan informasi tertulis dan verbal, memfasilitasi proses perpindahan, serta meningkatkan tahap kemandirian kepada klien dan keluarga.⁸⁶

Keberadaan *discharge planning* juga sesuai dengan standar ke 5 dalam HPH (*Health Promotion Hospital*) yaitu keberlanjutan layanan kesehatan ke provider lain, ini dimaksudkan ada tangan panjang rumah sakit untuk mengoptimalkan kesehatan klien sepulangnya dari layanan rumah sakit.² Kondisi insan pasca stroke sepulangnya dari pelayanan rumah sakit dengan kelemahan akibat serangan stroke akan membuatnya bergantung

pada *caregiver*. Pada tahap ini sebagian *caregiver* merasa tidak siap menerima tanggung jawab ini, sehingga menimbulkan *caregiver burden*.³⁷

Prosentase perbedaan yang tidak terlampau banyak antara jumlah *caregiver* yang terbebani dan merasa tidak terbebani dalam merawat insan pasca stroke di rumah dalam penelitian ini didukung dengan penjelasan Caleb Ademola et al,⁷⁴ karena tidak terpenuhinya kebutuhan berupa peralatan untuk mendukung keseharian insan pasca stroke di rumah, keadaan fisik, kemunduran neurologis dan kognitif.⁸⁷ Hasil penelitian berdasar karakteristik responden, bahwa 34 (94%) *caregiver* memiliki penghasilan di bawah UMR kota Semarang sehingga *caregiver* terkendala dengan biaya, semisal membeli peralatan yang mendukung kesembuhan.

Delapan *caregiver* yang tetap merasa terbebani meskipun telah dilakukan *discharge planning* dengan bukti lengkap terisinya *form discharge planning* beserta SOP dalam rekam medis RSUD Tugurejo Semarang dari penelitian didapatkan bahwa hal ini karena *caregiver* tetap melakukan aktivitas bekerja, sebanyak 22 *caregiver*. Selain itu permasalahan yang timbul lainnya dikarenakan permasalahan yang dirasa *caregiver* RSUD Tugurejo Semarang tidak tampak saat dilakukannya pengkajian *discharge planning* seperti item pertanyaan 6, 7 dan 8 dalam *form discharge planning*.

Hal ini dimungkinkan karena teknik HPH yang digunakan dalam menyelesaikan masalah, beberapa teknik berbeda yang bisa di pilih diantaranya, *Control Group Departement (CGD)*, *Clinical Health Promotion (CHP)*, *Intervension Group Departement (IGD)*, *SF-36 (The Short Form*

Health Survey with 36-items for patient-reported of patient health), WHO standards.⁸⁸ RSUD Tugurejo Semarang dalam pengaplikasian promosi kesehatan dengan cara penyuluhan dan pelatihan spesifik, hal ini dibuktikan dengan lampiran dokumen SOP dalam *form discharge planning* klien insan pasca stroke dalam rekam medis RSUD Tugurejo Semarang.

Jumlah total dari *caregiver* yang didapatkan *form discharge planning* yang tidak lengkap adalah 14 *caregiver*, dan terdapat 2 *caregiver* yang tidak merasa beban karena ketidaklengkapan *form discharge planning*. Hal ini bisa disebabkan karena perubahan *lifestyle*, insan pasca stroke merasakan ketidaknyamanan akibat stroke sehingga merubah kebiasaan hidupnya untuk lebih sehat.⁸⁹

Sebanyak 62% insan pasca stroke mengalami stroke susulan dalam kurun waktu 5 tahun setelah serangan pertama. Sama seperti stroke sebelumnya pernah terjadi, stroke susulan umumnya disebabkan karena faktor yang sama, klien dengan kondisi kebiasaan yang tidak sehat, seperti pola makan yang tidak sehat dan pola gerak terbatas akan berpotensi tinggi mengalami stroke susulan.³⁶

Kelalaian petugas kesehatan dalam melakukan *discharge planning* dapat menjadikan beban pada *caregiver* insan pasca stroke.⁵¹ Perencanaan pulang memberikan jaminan pelayanan berkelanjutan melalui proses yang sistematis yang melibatkan berbagai aspek ketika pasien pulang atau selesai dari pengobatan tertentu.

Pelaksanaan perencanaan pulang yang dibuat dengan baik berdasar proses kolaborasi, maka akan menurunkan dampak negatif seperti komplikasi, rehospitalisasi, dan stress tidak akan terjadi dan *cost* terhadap pelayanan kesehatan akan menurun.⁶⁷ Namun tidak serupa dengan itu, Rajesh Kumar memperoleh hasil penelitian, bahwa setelah satu bulan *caregiver* mendapatkan *discharge planning* di rumah sakit, sekembalinya di komunitas tetap merasakan beban, dan beban terbanyak berkaitan dengan permasalahan finansial (51,16%).³⁷

RSUD Tugurejo Semarang telah dilengkapi dengan PKRS sejak 3 tahun yang lalu, dengan optimalisasi pada keempat strateginya dan salah satu aplikasinya adalah strategi pemberdayaan, *discharge planning*. PKRS RSUD Tugurejo Semarang berharap beban *caregiver* bisa diturunkan dengan tindakan *discharge planning*, hal ini juga didukung jurnal *Clinical Health Promotion* mengenai HPH *Contitusion*, bahwa tujuan dari promosi kesehatan rumah sakit adalah untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan, dengan adanya hubungan kerjasama antara rumah sakit dengan semua pihak yang terkait dan pelayanan kesehatan lanjutan di komunitas.⁹⁰

D. Keterbatasan penelitian

Keterbatasan penelitian ini diantaranya adalah karena keterbatasan sampel, sampel awal yang peneliti rencanakan adalah dengan menggunakan seluruh sampel dari *caregiver* insan pasca stroke usia 46-65 tahun yang merupakan pasien dengan diagnosa stroke serangan pertama yang dirawat dari bulan Januari-Februari 2016. Saat dilakukan penelitian, didapatkan

bahwa 6 pasien telah meninggal, 1 orang pindah ke rumah anak yang tidak diketahui alamatnya dan 1 orang dirawat ulang karena serangan stroke ke 2 pada periode pengambilan sampel, sehingga jumlah sampel yang didapat menjadi 36 responden.

Permasalahan yang dihadapi selanjutnya adalah mengenai waktu, perjanjian dan kontrak waktu acap kali tidak ditaati *caregiver* maupun keluarga, hal ini berakibat pada responden selanjutnya yang juga mengalami kemunduran waktu berkunjung ataupun membuat jadwal ulang kunjungan, namun seluruh *caregiver* dapat dikunjungi selama proses penelitian meskipun hingga larut malam.

Keterbatasan terakhir adalah pengenalan lokasi alamat tempat tinggal *caregiver*, ada beberapa alamat yang telah mengalami perubahan nama, namun di alamat rekam medis maupun ketika melakukan kontrak waktu via telepon, *caregiver* mengiyakan alamat tersebut ataupun beberapa *caregiver* memiliki nama panggilan yang berbeda dengan nama asli yang terdapat dalam rekam medis insan pasca stroke.

E. Implikasi Keperawatan Komunitas

1. Ilmu Keperawatan Komunitas

Penelitian ini mengidentifikasi beban yang dirasa *caregiver* lebih besar walaupun telah dilakukan *discharge planning*. Ke 12 item instrumen *form discharge planning* rumah sakit belum dapat menggambarkan beban *caregiver* di komunitas.

Beban *caregiver* belum dilakukan pengukuran di rumah sakit, sehingga program *discharge planning* tidak dapat menyelesaikan masalah utamanya di komunitas. Hal-hal yang seharusnya mendapatkan perhatian dalam pengukuran beban belum nampak. Oleh sebab itu perlunya dilakukan kajian spesifik untuk mengetahui beban *caregiver* dan keterkaitannya dengan proses merawat insan pasca stroke.

2. Pelayanan kesehatan

Hasil penelitian adalah *discharge planning* yang telah dilakukan di pelayanan kesehatan ternyata belum optimal dalam mengatasi beban *caregiver* insan pasca stroke. Beban yang teridentifikasi dalam penelitian ini bisa digunakan dalam kajian evaluasi pelaksanaan *discharge planning* terlebih di area komunitas.

Penelitian ini mendapatkan hasil bahwa proses perpindahan insan pasca stroke ke komunitas dengan menyiapkan layanan kompeten pendukung proses rehabilitasi belum terealisasi, padahal hal ini sebagai layanan lanjutan *discharge planning* dikarenakan setelah kepulangan dari rumah sakit, *caregiver* di komunitas juga mengalami beban. Kemudian petunjuk peralihan tanggung jawab atau rujukan perawatan insan pasca stroke dari rumah sakit ke pelayanan kesehatan komunitas dengan dukungan profesional dibidangnya belum ada.

3. Penelitian Keperawatan Komunitas

Beban *caregiver* memberikan gambaran pemilihan dalam pemanfaatan strategi *coping* yang belum optimal. Penelitian ini juga

menyisakan beban secara objektif dari *caregiver* yang tidak bisa digali melalui instrumen ZBI, dimana instrumen tersebut fokus pada beban subyektif dari *caregiver* insan pasca stroke. Penelitian ini memperlihatkan bahwa penggunaan metode dalam *discharge planning* rumah sakit belum dapat menyelesaikan masalah *caregiver* utamanya beban.

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

Bab ini berisi kesimpulan dari penelitian yang dituliskan pada bab sebelumnya dan juga saran bersifat operasional yang terkait dengan penelitian ini.

A. Kesimpulan

1. Pelaksanaan *discharge planning* oleh PKRS di nilai berdasarkan lengkap terisi dan tidak lengkap terisinya *form discharge planning* beserta dokumen tindakan SOP di rekam medis dari pasien diagnosa stroke serangan pertama yang rawat inap usia 46-65 tahun di RSUD Tugurejo Semarang bulan Januari-Februari 2016, dominan *form discharge planning* lengkap terisi 22 (61%) dan *form* yang tidak lengkap terisi sebanyak 14 (39%).
2. Beban *caregiver* insan pasca stroke diperoleh dengan menyebarkan kuesioner ZBI (*Zarit Burden Interview*) pada responden dan terbanyak adalah *caregiver* merasa terbebani dalam merawat insan pasca stroke 20 (56%), sedangkan *caregiver* yang tidak merasa terbebani dalam merawat insan pasca stroke sebanyak 16 (44%).
3. Terdapat hubungan antara Pelaksanaan *Discharge Planning* Oleh PKRS Terhadap Beban *Caregiver* Insan Pasca Stroke dengan hasil $p=0,004$ dan $\alpha=0,05$.

B. Saran

1. Pengidentifikasian *caregiver burden* dan instrumen alat ukur beban *caregiver* dimasukkan dalam asuhan keperawatan insan pasca stroke.
2. Pemanfaatan dan penggunaan *form discharge planning* yang telah dilakukan verifikasi dan pemilahan sesuai dengan kasus kelolaan.
3. Dilakukannya evaluasi *discharge planning*, baik secara proses maupun hasil.
4. Rumah sakit melalui tim PKRS menyiapkan SDM yang kompeten untuk fasilitas *transition care program*.
5. Mewacanakan *intermediate care* sebagai penerus program transisi perawatan dari institusi pelayanan kesehatan.
6. Perawat komunitas diharapkan mengaktualisasikan layanan rumah sakit di rumah yang dapat berupa layanan istirahat di rumah yang diawasi perawat dan tim respon cepat agar meminimalkan rawatan baru atau ulang di rumah sakit.
7. Penelitian selanjutnya disarankan untuk dapat melakukan penelitian lanjutan terkait dengan strategi dan metode paling efektif untuk pelaksanaan *discharge planning*, dan mengenai *coping caregiver* dalam mengatasi *caregiver burden* di ranah komunitas

DAFTAR PUSTAKA

1. Pelikan JM. Health Promoting Hospitals – Assessing Developments in The Network Of Public. *Ital J.* 2007;4(4):261–70.
2. WHO Workshop. Report on 4 [Internet]. Barcelona, Spain; 2003. Available from: <http://www.euro.who.int/healthpromohosp/>
3. Susihar. Pendidikan Pasien Dan Keluarga. 2015.
4. Menteri Kesehatan. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 004 Tahun 2012 Tentang Petunjuk Teknis Promosi Kesehatan Rumah Sakit. 2012.
5. Kementerian Kesehatan RI. Standar Promosi Kesehatan Di Rumah Sakit (PKRS). Indonesia; 2010.
6. Komisi Akreditasi Rumah Sakit. Instrumen Akreditasi Rumah Sakit Standar Akreditasi Versi 2012. Indonesia; 2012.
7. Lumenta NA. Discharge Planning. 2012.
8. Hakim, Lukmanul H, Fauzi. Analisis Manajemen Dan Intervensi Bagi Pasien Terhadap Upaya Promosi Kesehatan Rumah Sakit (PKRS) Di Rumah Sakit Umum Pusat Haji Adam Malik Medan Tahun 2012. 2012;1–10.
9. Lubis Y.F., Syarifah RKR. Gambaran Perilaku Petugas Rawat Inap Dalam Pelaksanaan Promosi Kesehatan Rumah Sakit (PKRS) Di Rumah Sakit Umum Daerah Tanjung. 2012;18(July):1074–88.
10. Yuniarti, Shaluhiah Z. WB. Kinerja Petugas Penyuluh Kesehatan Masyarakat dalam Praktek Promosi Kesehatan di Dinas Kesehatan Kabupaten Pati. *Promosi Kesehat Indones.* 2012;7.
11. Sukardjo. Perbedaan Efektivitas Metode PKM-RS dengan Diskusi dan Problem Solving dalam Peningkatan Pengetahuan dan Sikap dari Pasien DM Tipe II di RSUD Sunan Kalijaga Kabupaten Demak. *Promosi Kesehat Indones.* 2007;2.
12. Dewey HM. Acute Stroke Patients Early Hospital Management. 2007;36(11).
13. WHO. Global Status Report On Noncommunicable Diseases 2014 [Internet]. Switzerland; 2014. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf
14. Kompas/ADH. Penyakit Stroke Salah Satu Penyebab Utama Kematian di Indonesia. 2014; Available from: <http://nationalgeographic.co.id/berita/2014/07/penyakit-stroke-salah-satu-penyebab-utama-kematian-di-indonesia>
15. Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah. Buku saku kesehatan triwulan 3 tahun 2014. 2014; Available from: http://www.dinkesjatengprov.go.id/dokumen/2014/SDK/Mibangkes/Buku_Saku2014/UPWEB_3/BS_Tw_3_2014.pdf
16. Misbach, J. Stroke, Aspek Diagnostik, Patologi, Manajemen. Jakarta: Badan Penerbit FKUI; 2011.
17. Wirawan RP. Rehabilitasi Stroke pada Pelayanan Kesehatan Primer. 2009.
18. Adrian J. Goldszmidt, MD & Louis R. Caplan M. Stroke Esensial. In 2013.
19. Brunner&Suddart S. Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Alih Bahasa

- Hartono, dkk. 6th ed. EGC, editor. Jakarta; 2002.
20. Harsono. *Kapita Selekta Neurologi*. Yogyakarta: Gajah Mada University Press; 2000.
 21. Friedemann M-L. *An Instrument To Evaluate Effectiveness In Family*. West J Nurs Res. 2016;(MAY 1991).
 22. Carol A.M. *Nursing Care Of Older Adults: Theory and Practice*. Philadelphia. New York; 1999.
 23. Feigin V. *Stroke*. Jakarta: Bhuana Ilmu Populer; 2006.
 24. Neufeld, Harrison, Kim & Schulz, Sullivan-Bolyai, Deatrick, Gruppuso, Tamborlane & G. *Caregiver*. 2009.
 25. Rosamond, et all. *Heart Disease and Stroke Statistics—2007* [Internet]. 2007. Available from: <http://circ.ahajournals.org/cgi/content/full/CIRCULATIONAHA.106.179918>
 26. Yuniarsih W. *Pengalaman Caregiver Keluarga Dalam Konteks Asuhan Keperawatan Pasien Stroke Tahap Paska Akut di RSUP Fatmawati*. 2009.
 27. Van E. et all. *Burden Of Informal Caregiving For Stroke Patients. Identification Of Caregivers At Risk Of Adverse Health Effects*. 2006; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>
 28. Metkono N.B.S et. all. *Hubungan Tingkat Pengetahuan Dan Beban Caregiver Dengan Perilaku Caregiver Dalam Merawat Pasien Relaps Skizofrenia Di Poli Klinik Psikiatri Rumah Sakit Dr. H. Marzoeki Mahdi, Bogor* 2014. *Statew Agric L Use Baseline* 2015. 2015;1:1–20.
 29. Alliance FC. *Caregiver Assessment: Principles, Guidelines and Strategies for Change*. 2006.
 30. Cobley S.C. et. all. *A Qualitative Study Exploring Patients' And Carers' Experiences Of Early Supported Discharge Services After Stroke*. SAGE. 2013;27:750–7.
 31. Kung W. W. *Chinese American Help Seeking For Emotional Distres*. SAGE. 2006;243–50.
 32. Sarafino EP. *Health Psychology : Biopsychosocial Interactions*. Fifth Edition. 2006;5.
 33. Allender, J.A. & Spradley BW. *Community Health Nursing, Promoting And Protecting The Hublic's health*. 6th ed. Wilkins lippincott W&, editor. Philadelphia. New York; 2005.
 34. Tantonno H, Siregar IMP HZ. *Beban Caregiver Lanjut Usia Suatu Survey Terhadap Caregiver Lanjut Usia Di Beberapa Tempat Sekitar Kota Bandung*. *Maj Psikiatri*. 2006;
 35. Fatmadona. *Pengalaman Caregiver Keluarga Dalam Merawat Pasien Kanker*. 2013; Available from: etd.repository.ugm.ac.id/downloadfile/.../S2-2015-338455-chapter1.pdf
 36. Lingga L. *All About Stroke Hidup Sebelum Dan Pasca Stroke*. 2013.
 37. Kumar R, Kaur S, Reddemma K. *Needs , Burden , Coping and Quality of Life in Stroke Caregivers A Pilot Survey*. *Nurs Midwifery Res J*. 2015;11(2).
 38. Rigby H, Gubitz G, Phillips S. *Topical Review A Systematic Review Of Caregiver Burden Following Stroke*. *Int J Stroke*. 2009;4:285–92.
 39. Natalingrum S. *Optimalisasi Peran Caregiver Dalam Penatalaksanaan Pasien*

- Skizofrenia. 2009;
40. Rahmat LAE. Penentuan Validitas dan Reliabilitas The Zarit Burden Interview untuk Menilai Beban Caregiver dalam Merawat Usia Lanjut dengan Disabilitas. 2009;
 41. Ana et. all. Clinical Indicators Of “Caregiver Role Strain” In Caregivers Of Stroke Patients. Content Manag Pty Ltd. 2013;44:215–24.
 42. Kwon C., et. all. Factors Affecting The Burden on Caregivers of Stroke Survivors in South Korea. Arch Phys Med Rehabil. 2006;86(5):1043–8.
 43. Nan L. Eighth Family Research Network (FRN) Forum : Measuring Family Member’s Caregiving Burden Using The Zarit Burden Interview. 2012.
 44. Family Caregiver Alliance: National Center on Caregiving in Collaboration with Benjamin Rose Institute on Aging and The Margaret Blenkner Institute. Selected Caregiver Assessment Measures : A Resource Inventory for Practitioners. Cognit Ther Res [Internet]. 2012;(December):1–79. Available from:
https://www.caregiver.org/sites/caregiver.org/files/pdfs/SelCGAssmtMeas_ResInv_FINAL_12.10.12.pdf%5Cnhttp://caregiver.org/sites/fca.huang.radicaldesigns.org/files/pdfs/SelCGAssmtMeas_ResInv_FINAL_12.10.12.pdf
 45. Lai DWL. Validation of the Zarit Burden Interview for Chinese Canadian Caregivers. 2006;
 46. Birney et. all. Identification And Analysis Of Functional Elements In 1% Of The Human Genome By The ENCODE Pilot Project. Nature. 2007;447(7146):799–816.
 47. Natasha et. all. Factors That Predict Discharge Destination For Patients In Transitional Care : A Prospective Observational Cohort Study. 2012;(March):430–6.
 48. Elaine T. Discharge Planning - A Priority in the Care Delivery Process. 2013;
 49. Kumar S. et. all. A Synthesis Of The Secondary Literature On Effectiveness Of Hospital Avoidance and Discharge Planning. ProQuest. 2007;31:34.
 50. Rahmi U, Keperawatan FI, Magister P, Keperawatan I, Keperawatan K, Bedah M. Pengaruh Discharge Planning Terstruktur Terhadap Kualitas Hidup Pasien Stroke Iskemik di RSUD Al-Ihsan Bandung. 2011;1–6.
 51. Pirani SS. Preventing Delay in The Patient Discharge Process: An Emphasis On the Nursing Role. Can J. 2007;3(4):1–24.
 52. Departemen Kesehatan. Profil Kesehatan Indonesia. Jakarta; 2008.
 53. Mentri Kesehatan. Pedoman Pelaksanaan Kesehatan di Daerah. In 2005.
 54. Manurung S., Ngatimin RM. Implementation of Health Promotion Program in General Hospital of Labuang Baji Makassar, 2015. Int J Sci Basic Appl Res [Internet]. 2015;23:80–7. Available from:
<http://gssrr.org/index.php?journal=JournalOfBasicAndApplied>
 55. Groene O, Alonso J, Klazinga N. Development And Validation Of The WHO Self-Assessment Tool For Health Promotion In Hospitals: Results Of A Study In 38 Hospitals In Eight Countries. Health Promot Int. 2010;25(2):221–9.
 56. Dharma KK. Metodologi Penelitian Keperawatan. Jakarta: Trans Info Media; 2011.
 57. Notoatmodjo S. Metodologi Penelitian Kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta;

- 2010.
58. Satroasmoro S. *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis* [Internet]. 5th ed. Jakarta: Sagung Seto; 2014. Available from: admsagung@sagung.co.id
 59. Sugiyono PD. *Metode Penelitian Pendidikan Pendekatan Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*. Bandung: Alfabeta; 2013.
 60. Sugiyono. *Metode Penelitian Kuantitatif Dan Kualitatif*. Bandung: Alfabeta; 2009.
 61. Association AP. *Zarit Burden Interview* [Internet]. Washington; 2016. Available from: <http://www.apa.org/pi/about/publications/caregivers/practice-settings/assessment/tools/zarit.aspx>
 62. Arikunto S. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: Rineka Cipta; 2010.
 63. Saryono. *Metodologi Penelitian Keperawatan*. Purwokerto: Unsoed; 2011.
 64. Nursalam. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta; 2008.
 65. Dahlan MS. *Statistik Untuk Kedokteran Dan Kesehatan*. 2013. 47-56 p.
 66. Sujarweni VW. *SPSS Untuk Paramedis*. 2012. 31-35 p.
 67. Departemen Kesehatan. *Model Pelayanan Keperawatan Keluarga di Rumah*. In 2008.
 68. Lui MHL, Ross FM, Thompson DR. Supporting Family Caregivers in Stroke Care A Review of the Evidence for Problem Solving. 2006;2514–23.
 69. Notoatmodjo S. *Promosi Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta; 2005.
 70. Doengoes E.M, Moorhouse. *Rencana Asuhan Keperawatan: Pedoman untuk Perencanaan dan Pendokumentasian Perawatan Pasien*. In: 3. 3rd ed. Jakarta: EGC; 2000.
 71. Shyu Y-IL. A Family Caregiver-Oriented Discharge Planning Program For Older Stroke Patients And Their Family Caregivers. *J Clin Nurs*. 2008;17:2497–508.
 72. Friedman M. *Family nursing, research, theory & practice*. 4th ed. California; 1998.
 73. Friedemann M-L. *The framework of systemic organization*. 2005; Available from: <http://www.angelfire.com/ak3/Friedemann/Framework11.htm>
 74. Gbiri CA, Olawale OA, Isaac SO. Stroke Management: Informal Caregivers' Burdens and Strains of Caring For Stroke Survivors. *Ann Phys Rehabil Med* [Internet]. Elsevier Masson SAS; 2015;58(2):98–103. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2014.09.017>
 75. Dewi, Candra et al. *Laporan Aplikasi Keperawatan Konsentrasi Manajemen Tahun 2014* (not publisher). Semarang;
 76. Connell O. *Stroke : The Increasing Complexity of Carer Needs*. 2007;
 77. Tatiana F.C. *Burden Over Family Caregivers Of Elderly People With Stroke*. Esc Anna Nery [Internet]. 2015;19. Available from: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145-20150048>
 78. Judy D. *A Male Caregiver's Perceived Experience of Caring for a Wife with Stroke*. 2006;
 79. Nahid D. et all. *Investigating The Effects Of A Family-Centered Care Program On Stroke Patients' Adherence To Their Therapeutic Regimens*. 2014;47(1):88–96.

80. Lawes CM, Hoon V. RA. Global Burden of Blooisease. PubMed [Internet]. 2008; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18456100>
81. Jullamate et. all. Thai Stroke Patient caregivers : who they are and what they need. 2006;
82. Widyastuti RH. Pengalaman Keluarga Merawat Lansia Dengan Dimensia. *Jumal Ners Indones* Vol1, No 2. 2011;
83. Festen H, Centre R, Port D. Reproducibility of the Caregiver Strain Index and the Caregiver Reaction Assessment in partners of stroke patients living in the Dutch community. 2007;1050–5.
84. Drummond K. Young Female Perceived Experience of Caring For Husband With Stroke. *Online J Nurs Informations*. 2008;2:11.
85. Pierce, L.L, et.all. Percieved Experience of Caring for a Wife With Stroke. ncbi. 2010;
86. The Royal Marsden. Discharge Planning [Internet]. The Royal Marsden.Org. 2004. Available from: www.royal-marsden.org
87. Yuniardi Y. Intervensi Pada Stroke Non-Hemoragik. 2010;31(3):153–5.
88. Tonnesen, Hanne et. all. The WHO-HPH Recognition Project : Fast-Track Implementation Of Clinical Health Promotion-A Protocol For Multi-Center RCT. *Clin Heal Promot* [Internet]. 2016;6(13–20). Available from: www.clinhp.org
89. Kerr P. Stroke Rehabilitation And Discharge Planning. 2012;27(1):35–40.
90. Zoratti, Raffaele et all. Importance a Global trategy For The International Network Of Health Promotion Hospital and Health Services (HPH). *Clin Heal Promot* [Internet]. 2016;6(1):3–4. Available from: www.clinhp.org
91. American Heart Assosiation ASA. Caregiver Guide To Stroke. 2005.



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS DIPONEGORO
FAKULTAS KEDOKTERAN

Jalan Prof. H. Soedarto, SH, Tembalang Semarang 50275
Telp. (024) 76928010 Fax : (024) 76928011 email : dean_fmdu@undip.ac.id

Nomor : 9150 /UN7.3.4/D1/PP/2016
Perihal : Permohonan Ijin Penelitian

22 AUG 2016

Yth.
Direktur RSUD Tugurejo
di-
Semarang

Sehubungan dengan pelaksanaan kegiatan penelitian mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan Jurusan Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Tahun Akademik 2015/2016, maka kami mohon kiranya Saudara dapat membantu mahasiswa tersebut di bawah ini :

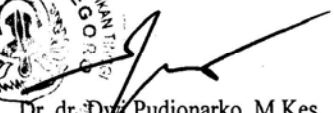
Nama : Kartika Setia Purdani

NIM : 22020114410033

Judul : Hubungan *Discharge Planning* dalam Pelaksanaan Promosi Kesehatan Rumah Sakit (PKRS) RSUD Tugurejo Semarang dengan Beban *Caregiver* Insan Pasca Stroke di Semarang

Untuk melakukan penelitian di RSUD Tugurejo Semarang.

Demikian permohonan kami, atas perhatian dan kerjasama yang baik diucapkan terima kasih

Dekan
Dekan Akademik dan Kemahasiswaan,

Dr. dr. Dya Pudjonarko, M.Kes., Sp.S(K)
NIP. 196607201995121001

Tembusan :

1. Dekan FK UNDIP (sebagai laporan)
2. Ka. Diklat RSUD Tugurejo
3. Kabid. Keperawatan RSUD Tugurejo
4. Ketua Jurusan Keperawatan FK Undip
5. Ka. Prodi Magister Keperawatan Jurusan Keperawatan FK Undip
6. Peringgal



PEMERINTAH PROVINSI JAWA TENGAH
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH TUGUREJO
Alamat Kantor : Jl. Raya Tugurejo – Semarang Telp. 7605378,7605297 Fax.7604398
Email : tugurejo@jatengprov.go.id Website : www.rstugurejo.com

Semarang, 1 September 2016

Nomor : 423.A/5670
Lampiran : -
Perihal : Ijin Penelitian

Kepada Yth.
Dekan Fakultas Kedokteran
Universitas Diponegoro (UNDIP)

di-


SEMARANG

Menindaklanjuti surat Saudara nomor : 9150/UN7.3.9/DI/PP/2016 tanggal 22 Agustus 2016 perihal tersebut pada pokok surat, pada dasarnya kami **tidak keberatan dan memberi ijin** untuk melaksanakan Penelitian di RSUD Tugurejo Provinsi Jawa Tengah kepada mahasiswa yang Saudara ajukan :

NAMA : Kartika Setia Purdani
NIM : 22020114410033
Prodi : **Magister Keperawatan**
JUDUL : " Hubungan *Discharge Planning* dalam Pelaksanaan Promosi Kesehatan Rumah Sakit (PKRS) RSUD Tugurejo Semarang dengan Beban *Caregiver* Insan Pasca Stroke di Semarang " .

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.

an.DIREKTUR RSUD TUGUREJO
PROVINSI JAWA TENGAH
Wadiv Umum dan Keuangan



Dra. RETNO SUDEWI, Apt., MSi, MM
Pembina Tingkat I
NIP. 19681124 199310 2 001

TEMBUSAN :
1. Direktur RSUD Tugurejo (sebagai laporan)

SURAT PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Semarang, Agustus 2016

Kepada:

Yth. Responden Penelitian

di tempat

Dengan hormat,

Saya yang bertanda tangan dibawah ini Mahasiswa Konsentrasi Keperawatan Komunitas Jurusan Magister Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro:

Nama : Ns. Kartika Setia Purdani, S.Kep

NIM : 2202014410033

akan mengadakan penelitian tentang “Hubungan *Discharge Planning* dalam Pelaksanaan PKRS RSUD Tugurejo Semarang dengan Beban *Caregiver* Insan Pasca Stroke di Semarang”.

Untuk tujuan tersebut, saya mohon kesediaan Ibu/Bapak/Saudara/i untuk bersedia berpartisipasi sebagai responden dalam penelitian saya. Saya akan menjamin kerahasiaan identitas Ibu/Bapak/Saudara/i. Partisipasi Ibu/Bapak/Saudara/i dalam penelitian ini sangat saya hargai dan atas partisipasinya saya sampaikan terimakasih.

Hormat saya,

Ns. Kartika Setia Purdani, S.Kep

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertandatangan dibawah ini :

Nama :

Alamat :

Setelah mendapatkan penjelasan dan mengerti tentang tujuan penelitian

Judul : “Hubungan *Discharge Planning* dalam Pelaksanaan PKRS RSUD
Tugurejo Semarang dengan Beban *Caregiver* Insan Pasca Stroke
di Kota Semarang”.

Peneliti : Ns. Kartika Setia Purdani, S.Kep

Bahwa saya diminta untuk berperan serta menjadi responden dalam penelitian tersebut. Sebelumnya saya sudah diberikan penjelasan mengenai maksud dan tujuan penelitian ini dan saya mengerti bahwa peneliti akan menjaga kerahasiaan diri saya. Bila saya merasa tidak nyaman, maka saya berhak untuk mengundurkan diri. Demikian secara sadar, sukarela dan tidak ada unsur paksaan dari siapapun, saya berperan serta dalam penelitian ini dan bersedia menandatangani lembar persetujuan ini.

Responden

(_____)

Discharge Planning Rencana Pemulangan Ps	RENCANA PEMULANGAN PASIEN <i>Discharge Planning</i>	h. 1/2
LABEL PASIEN		
Nama Pasien : _____ Tgl. Lahir/Jenis Kel. : _____ No. RM : _____ Alamat : _____		Ruang : _____ Tanggal : _____ Jam : _____
SAAT MASUK RUMAH SAKIT		
Masuk Rumah Sakit : Tanggal _____ Jam _____ Alasan Masuk Rumah Sakit : _____ Diagnosa Medis : _____ Estimasi / Rencana tanggal pemulangan pasien : _____		
KETERANGAN RENCANA PEMULANGAN		
1. Pengaruh rawat inap terhadap : - Pasien dan keluarga pasien <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, _____ - Pekerjaan / sekolah <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, _____ - Keuangan <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, _____		
2. Antisipasi terhadap masalah saat pulang : <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, Jelaskan _____		
3. Bantuan diperlukan dalam hal : <input type="checkbox"/> menyiapkan makanan <input type="checkbox"/> makan <input type="checkbox"/> diet <input type="checkbox"/> menyiapkan obat <input type="checkbox"/> minum obat <input type="checkbox"/> mandi <input type="checkbox"/> berpakaian <input type="checkbox"/> transportasi <input type="checkbox"/> edukasi kesehatan <input type="checkbox"/> _____		
4. Adakah yang membantu keperluan diatas : <input type="checkbox"/> Ada <input type="checkbox"/> Tidak, Jelaskan _____		
5. Apakah pasien tinggal sendiri setelah keluar dari rumah sakit ? <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, Jelaskan orang yang akan merawat _____		
6. Apakah pasien menggunakan peralatan medis di rumah setelah keluar rumah sakit ? (cateter, NGT, double lumen, oksigen, dll) <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, Jelaskan _____		
7. Apakah pasien memerlukan alat bantu setelah keluar dari rumah sakit ? (tongkat, kursi roda, walker, dll) <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, Jelaskan _____		
8. Apakah memerlukan bantuan / perawatan khusus di rumah setelah keluar dari rumah sakit ? (homecare, home visit) <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, Jelaskan _____		
9. Apakah pasien bermasalah dalam memenuhi kebutuhan pribadinya setelah keluar dari rumah sakit ? (makan, minum, BAB/BAK, dll) <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, Jelaskan _____		
10. Apakah pasien memiliki nyeri kronis dan kelelahan setelah keluar dari rumah sakit ? <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, Jelaskan _____		
11. Apakah pasien dan keluarga memerlukan edukasi kesehatan setelah keluar dari rumah sakit ? (obat-obatan, efek samping obat, nyeri, dll, mencari pertolongan, follow up, dll) <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, Jelaskan _____		
12. Apakah pasien dan keluarga memerlukan keterampilan khusus setelah keluar dari rumah sakit ? (perawatan luka, injeksi, perawatan bayi, dll) <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, Jelaskan _____		
Surakarta, _____		Jam : _____ Perawat
Kode RM : 2012 03 4 60 01 Rev.2		(_____) Tanda tangan & nama terang

The Zarit Burden Interview

- 0: NEVER
 1: RARELY
 2: SOMETIMES
 3: QUITE FREQUENTLY
 4: NEARLY ALWAYS

Please circle the response the best describes how you feel.

Question	Score
1 Do you feel that your relative asks for more help than he/she needs?	0 1 2 3 4
2 Do you feel that because of the time you spend with your relative that you don't have enough time for yourself?	0 1 2 3 4
3 Do you feel stressed between caring for your relative and trying to meet other responsibilities for your family or work?	0 1 2 3 4
4 Do you feel embarrassed over your relative's behaviour?	0 1 2 3 4
5 Do you feel angry when you are around your relative?	0 1 2 3 4
6 Do you feel that your relative currently affects our relationships with other family members or friends in a negative way?	0 1 2 3 4
7 Are you afraid what the future holds for your relative?	0 1 2 3 4
8 Do you feel your relative is dependent on you?	0 1 2 3 4
9 Do you feel strained when you are around your relative?	0 1 2 3 4
10 Do you feel your health has suffered because of your involvement with your relative?	0 1 2 3 4
11 Do you feel that you don't have as much privacy as you would like because of your relative?	0 1 2 3 4
12 Do you feel that your social life has suffered because you are caring for your relative?	0 1 2 3 4

Lampiran 6

Question	Score
13 Do you feel uncomfortable about having friends over because of your relative?	0 1 2 3 4
14 Do you feel that your relative seems to expect you to take care of him/her as if you were the only one he/she could depend on?	0 1 2 3 4
15 Do you feel that you don't have enough money to take care of your relative in addition to the rest of your expenses?	0 1 2 3 4
16 Do you feel that you will be unable to take care of your relative much longer?	0 1 2 3 4
17 Do you feel you have lost control of your life since your relative's illness?	0 1 2 3 4
18 Do you wish you could leave the care of your relative to someone else?	0 1 2 3 4
19 Do you feel uncertain about what to do about your relative?	0 1 2 3 4
20 Do you feel you should be doing more for your relative?	0 1 2 3 4
21 Do you feel you could do a better job in caring for your relative?	0 1 2 3 4
22 Overall, how burdened do you feel in caring for your relative?	0 1 2 3 4

Interpretation of Score:

- 0 - 21 little or no burden
- 21 - 40 mild to moderate burden
- 41 - 60 moderate to severe burden
- 61 - 88 severe burden

Patient last name:
 Patient first name:

Date of birth:/...../.....
 Date:/...../.....

SURAT KETERANGAN PENTERJEMAHAN

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : ASIH NURAKHIR
Alamat : Jl. Lamongan Barat III No. 39, Perumahan Veteran,
Sampangan, Gajah Mungkur Semarang
CP / Email : 081390699794 / a.nurakhir@gmail.com
Pendidikan : S1 dan S2 Pendidikan Bahasa Inggris

menyatakan telah melakukan penerjemahan instrumen penelitian (kuesioner) dari bahasa asli (Bahasa Inggris) ke Bahasa Indonesia sesuai dengan kemampuan saya sebagai penerjemah tanpa ada maksud untuk merubah isi atau tujuan instrumen yang bersangkutan. Adapun judul instrumen yang dimaksud adalah **Zarit Burden Interview (ZBI) by Steven H. Zarit (1980)**

Instrumen ini akan digunakan untuk penelitian mahasiswa atas nama:

Nama : KARTIKA SETIA PURDANI
NIM : 022020114410033

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Semarang, 18 Mei 2016

Penerjemah,

ASIH NURAKHIR

KUESIONER A
DATA DEMOGRAFI

PETUNJUK PENGISIAN :

LINGKARI JAWABAN YANG SESUAI DENGAN KONDISI SAUDARA SAAT INI.

1. Jenis kelamin Anda
 - a. Laki-laki
 - b. Perempuan
2. Usia Anda saat ini
 - a. < 26 tahun
 - b. 26-35 tahun
 - c. 36- 45 tahun
 - d. 46 - 55 tahun
 - e. 56-65 tahun
 - f. > 65 tahun
3. Pendidikan terakhir Anda
 - a. SD
 - b. SLTP
 - c. SMA/SMK
 - d. Perguruan Tinggi
4. Status perkawinan
 - a. Sudah menikah
 - b. Belum menikah
5. Pekerjaan
 - a. Pelajar/mahasiswa
 - b. IRT
 - c. PNS
 - d. Tidak bekerja
 - e. Swasta
 - f. Buruh
 - g. Pensiun
6. Penghasilan perbulan
 - a. Rp 500.000- Rp 1.000.000
 - b. Rp 1.000.000- Rp 1.800.000
 - c. > Rp 1.800.000,00
7. Hubungan dengan insan pasca stroke
 - a. Orang tua
 - b. Anak
 - c. Suami/istri
 - d. Kakek/nenek
 - e. Saudara
8. Lama merawat insan pasca stroke
 - a. < 6 bulan
 - b. > 6 bulan
 - c. 6 bulan
9. Pilihan jenis pelayanan kesehatan untuk insan pasca stroke
 - a. Praktik dokter
 - b. Puskesmas
 - c. Rumah sakit
 - d. Pengobatan Alternatif

KUESIONER B***ZARIT BURDEN INTERVIEW (ZBI)*****PETUNJUK PENGISIAN :**

SILAHKAN LINGKARI NOMOR PADA KOLOM YANG TERSEDIA PADA SETIAP PERTANYAAN, SESUAI YANG SAUDARA RASAKAN SEBAGAI PENGASUH INSAN PASCA STROKE, DENGAN KETERANGAN PILIHAN JAWABAN.

Lingkari jawaban yang paling menggambarkan perasaan Anda.	Tdk Pernah	Jarang	Kadang-kadang	Cukup Sering	Hampir Selalu
1. Apakah Anda merasa bahwa insan pasca stoke meminta bantuan lebih dari yang ia butuhkan?	0	1	2	3	4
2. Apakah Anda merasa tidak mempunyai waktu untuk mengurus diri sendiri karena merawat insan pasca stroke?	0	1	2	3	4
3. Apakah Anda merasa stres antara merawat insan pasca stroke atau mencoba melakukan kewajiban lain untuk keluarga atau pekerjaan Anda?	0	1	2	3	4
4. Apakah Anda merasa malu karena kelemahan insan pasca stroke?	0	1	2	3	4
5. Apakah Anda merasa marah saat bersama insan pasca stroke?	0	1	2	3	4
6. Apakah Anda merasa bahwa kondisi insan pasca stroke mempengaruhi hubungan Anda dengan anggota keluarga lain atau teman menjadi kurang baik?	0	1	2	3	4
7. Apakah Anda merasa khawatir dengan masa depan insan pasca stroke?	0	1	2	3	4
8. Apakah Anda merasa insan pasca stroke bergantung pada diri Anda?	0	1	2	3	4
9. Apakah Anda merasa tegang saat bersama insan pasca stroke?	0	1	2	3	4
10. Apakah Anda merasa kesehatan Anda dikorbankan karena keterlibatan Anda dengan insan pasca stroke?	0	1	2	3	4
11. Apakah Anda merasa tidak mempunyai privasi seperti yang Anda inginkan karena insan pasca stroke?	0	1	2	3	4

Lampiran 8

12. Apakah Anda merasa kehidupan sosial Anda dikorbankan karena merawat insan pasca stroke?	0	1	2	3	4
13. Apakah Anda merasa tidak nyaman mengajak teman Anda ke rumah karena keberadaan insan pasca stroke?	0	1	2	3	4
14. Apakah Anda merasa bahwa insan pasca stroke mengharapkan Anda merawatnya seolah-olah Anda adalah satu-satunya orang tempat ia bergantung?	0	1	2	3	4
15. Apakah Anda merasa tidak mempunyai cukup uang untuk merawat insan pasca stroke, selain untuk pengeluaran pribadi Anda?	0	1	2	3	4
16. Apakah Anda merasa bahwa Anda tidak mampu lagi merawat insan pasca stroke lebih lama lagi?	0	1	2	3	4
17. Apakah Anda merasa kehilangan kendali atas hidup Anda semenjak keberadaan insan pasca stroke?	0	1	2	3	4
18. Apakah Anda berharap untuk bisa menyerahkan perawatan insan pasca stroke pada orang lain?	0	1	2	3	4
19. Apakah Anda merasa tidak yakin dengan apa yang harus dilakukan pada insan pasca stroke?	0	1	2	3	4
20. Apakah Anda merasa bahwa Anda harus melakukan sesuatu yang lebih untuk insan pasca stroke?	0	1	2	3	4
21. Apakah Anda merasa bahwa Anda dapat melakukan hal yang lebih baik lagi dalam merawat insan pasca stroke?	0	1	2	3	4
22. Secara umum, apakah Anda merasa beban dalam merawat insan pasca stroke?	0	1	2	3	4

WASSALAM

TERIMAKASIH



KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN (KEPK)
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS DIPONEGORO
DAN RSUP dr KARIADI SEMARANG
Sekretariat : Kantor Dekanat FK Undip Lt.3
Jl. Dr. Soetomo 18, Semarang
Telp/Fax. 024-8318350



ETHICAL CLEARANCE
No. 829/EC/FK-RSDK/2016

Komisi Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro-RSUP. Dr. Kariadi Semarang, setelah membaca dan menelaah Usulan Penelitian dengan judul :

**HUBUNGAN DISCHARGE PLANNING DALAM PELAKSANAAN PKRS
RSUD TUGUREJO SEMARANG DENGAN BEBAN CAREGIVER
INSAN PASCA STROKE DI SEMARANG**

Peneliti Utama : *Kartika Setia Purdani*

Pembimbing : 1. Dr. Fery Agusman MM, SKM., M.Kep., Sp.Kom
2. Ns. Nurullya Rachma, S.Kep.,M.Kep.,Sp.Kom

Penelitian : Dilaksanakan di Wilayah Kerja RSUD Tugurejo Semarang

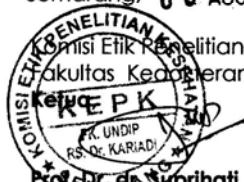
Setuju untuk dilaksanakan, dengan memperhatikan prinsip-prinsip yang dinyatakan dalam Deklarasi Helsinki 1975, yang diamended di Seoul 2008 dan Pedoman Nasional Etik Penelitian Kesehatan (PNEPK) Departemen Kesehatan RI 2011

Peneliti harus melampirkan 2 kopi lembar Informed Consent yang telah disetujui dan ditanda tangani oleh peserta penelitian pada laporan penelitian.

Peneliti diwajibkan menyerahkan :

- Laporan kemajuan penelitian (*clinical trial*)
- Laporan kejadian efek samping jika ada
- ✓ Laporan ke KEPK jika penelitian sudah selesai & dilampiri Abstrak Penelitian

Semarang, 08 AUG 2016



Prof. Dr. R. Suprihati, M.Sc, Sp.THT-KL(K)
NIP. 19500621 197703 2 001

UJI EXPERT

KUESIONER HUBUNGAN *DISCHARGE PLANNING* DALAM
 PELAKSANAAN PKRS RSUD TUGUREJO SEMARANG DENGAN
 BEBAN *CAREGIVER* INSAN PASCA STROKE DI KOTA SEMARANG

1. KUESIONER DEMOGRAFI

NO	PERTANYAAN	NILAI CONTENT VALIDITY EXPERT				REKOMENDASI
		1	2	3	4	
1.	Jenis kelamin saudara				✓	
2.	Usia Anda saat ini			✓		
3.	Pendidikan terakhir Anda			✓		
4.	Pekerjaan			✓		
5.	Penghasilan perbulan				✓	
6.	Hubungan dengan insan pasca stroke				✓	
7.	Lama merawat insan pasca stroke			✓		
8.	Pilihan jenis pelayanan kesehatan untuk insan pasca stroke				✓	

2. ZARIT BURDEN INTERVIEW (ZBI)

NO	PERTANYAAN	NILAI CONTENT VALIDITY EXPERT				REKOMENDASI
		1	2	3	4	
1.	Apakah Anda merasa bahwa karena waktu yang Anda habiskan waktu merawat keluarga Anda, Anda tidak mempunyai waktu untuk mengurus diri sendiri?				✓	
2.	Apakah Anda merasa bahwa karena waktu yang Anda habiskan untuk merawat keluarga Anda, Anda tidak mempunyai waktu untuk mengurus diri sendiri?			✓		<i>Di persingkat</i>

Lampiran 10

3.	Apakah Anda merasa tertekan antara merawat keluarga Anda atau mencoba melakukan kewajiban lain untuk semua keluarga atau pekerjaan Anda?			✓	
4.	Apakah Anda merasa malu karena perilaku keluarga Anda?			✓	
5.	Apakah Anda merasa marah saat bersama keluarga Anda?			✓	
6.	Apakah Anda merasa bahwa keluarga Anda mempengaruhi hubungan Anda dengan anggota keluarga lain atau teman dalam arti yang negatif?			✓	
7.	Apakah Anda merasa khawatir dengan masa depan keluarga Anda?			✓	
8.	Apakah Anda merasa keluarga Anda bergantung pada diri Anda?		✓		
9.	Apakah Anda merasa tegang saat bersama keluarga Anda?		✓		
10.	Apakah Anda merasa kesehatan Anda dikorbankan karena keterlibatan Anda dengan keluarga Anda?			✓	
11.	Apakah Anda merasa tidak mempunyai privasi seperti yang Anda inginkan karena keluarga Anda?			✓	
12.	Apakah Anda merasa kehidupan sosial Anda dikorbankan karena merawat keluarga Anda?			✓	
13.	Apakah Anda merasa tidak nyaman mengajak teman Anda berkunjung ke rumah karena keluarga Anda?			✓	
14.	Apakah Anda merasa bahwa keluarga Anda mengharapkan Anda merawatnya seolah-olah Anda adalah satu-satunya orang tempat ia bergantung?			✓	
15.	Apakah Anda merasa tidak mempunyai cukup uang untuk merawat keluarga Anda, selain untuk pengeluaran yang lain?			✓	lebih & pengeluaran
16.	Apakah Anda merasa bahwa Anda tidak mampu lagi merawat keluarga Anda lebih lama lagi?			✓	
17.	Apakah Anda merasa kehilangan kendali atas hidup Anda semenjak keluarga Anda sakit?			✓	

18.	Apakah Anda berharap untuk bisa menyerahkan perawatan keluarga Anda pada orang lain?					✓
19.	Apakah Anda merasa tidak yakin dengan apa yang harus dilakukan pada keluarga Anda?					✓
20.	Apakah Anda merasa bahwa Anda harus melakukan sesuatu yang lebih untuk keluarga Anda?					✓
21.	Apakah Anda merasa bahwa Anda dapat melakukan hal yang lebih baik lagi dalam merawat keluarga Anda?					✓
22.	Secara umum, bagaimana beban yang Anda rasakan dalam merawat keluarga Anda?					✓

Keterangan :

- 1 : Tidak relevan
- 2 : Cukup relevan
- 3 : Relevan
- 4 : Sangat relevan

Semarang, 14 Juni 2016

Validator,



Ns. Muhammad Mu'in, S.Kep., M.Kep., Sp.Kom.



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS DIPONEGORO
FAKULTAS KEDOKTERAN

Jalan Prof. H. Soedarto, SH, Tembalang Semarang 50275
Telp. (024) 76928010 Fax : (024) 76928011 email : dean_fmdu@undip.ac.id

Nomor : 4937 /UN7.3.4/D1/PP/2016
Perihal : Permohonan Ijin Validitas dan Reliabilitas
Instrumen Penelitian

17 JUN 2016

Yth.
Direktur RS Panti Wilasa Dr. Cipto
di-
Semarang

Sehubungan dengan pelaksanaan kegiatan penelitian mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan Jurusan Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Tahun Akademik 2015/2016, maka kami mohon kiranya Saudara dapat membantu mahasiswa tersebut di bawah ini :

Nama : Kartika Setia Purdani

NIM : 22020114410033

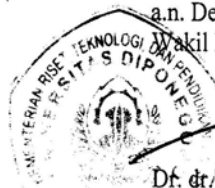
Judul : Hubungan *Discharge Planning* dalam Pelaksanaan PKRS RSUD Tugurejo Semarang dengan Peran *Caregiver* Inisan Pasca Stroke di Kota Semarang

Untuk melakukan uji validitas reliabilitas terhadap instrumen penelitian.

Demikian permohonan kami, atas perhatian dan kerjasama yang baik diucapkan terima kasih.

a.n. Dekan

Makil Dekan Akademik dan Kemahasiswaan,



Df. dr. Dwi Pudjonarko, M.Kes., Sp.S(K)✓
NIP. 196607201995121001

Tembusan :

1. Dekan FK UNDIP (sebagai laporan)
2. Ketua Jurusan Keperawatan FK Undip
3. Ka. Prodi Magister Keperawatan Jurusan Keperawatan FK Undip
4. Pertinggal



Nomor : 670/RSPWDC/LP/SDM/VII/2016
Perihal : Jawaban Ijin Validitas & Reliabilitas
Instrumen Penelitian
Lampiran : 3 (tiga) lembar

20 Juli 2016

Kepada Yth.
Dekan
Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro
Jl. Prof. Sudarto, SH Tembalang
SEMARANG - 50275

Dengan hormat,
Menjawab Surat tertanggal 10 Juni 2016 dari Wakil Dekan Bidang Akademik dan Kemahasiswaan, Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang No : 4937/UN7.3.4/DI/PP/2016 perihal Permohonan Ijin Validitas & Reliabilitas Instrumen Penelitian atas nama mahasiswa sebagai berikut :

Nama : Kartika Setia Purdani
NIM : 22020114410033
Prodi : Magister Keperawatan Jurusan Keperawatan
Judul Penelitian : Hubungan *Discharge Planning* dalam Pelaksanaan PKRS RSUD Tugurejo Semarang dengan Peran *Caregiver* Insan Pasca Stroke di Kota Semarang.

Kami sampaikan hal sebagai berikut :

1. Pada prinsipnya kami memberikan Ijin Validitas & Reliabilitas Instrumen Penelitian bagi mahasiswa tersebut, sesuai ketentuan yang berlaku di RS Panti Wilasa "Dr. Cipto".
2. Secara teknis mahasiswa :
 - a. Mengisi Biodata & Pakta Integritas Penelitian / Pengambilan Data (bermeterai Rp. 6.000,-) di RS Panti Wilasa "Dr. Cipto"
 - b. Berkoordinasi dengan Manajer Keperawatan untuk teknis pelaksanaan, pada jam kerja.
 - c. Berkoordinasi dengan Unit SDM untuk administrasinya.
3. Surat Keterangan Penelitian baru dapat diterbitkan setelah mahasiswa menyerahkan hasil penelitian ke rumah sakit melalui Unit SDM.
4. Menyerahkan hasil penelitian ke Unit SDM setelah selesai kegiatan.

Demikian disampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.

Direktur,
Wakil Pelayanan,
dr. Yoseph Chandra, M.Kes

Tembusan :

1. Manajer Keperawatan RS. PWDC
2. Arsip

Alamat : Jalan Dr. Cipto No. 50 Semarang 50126 Telp. 024 - 3546040 (Hunting) Fax. 024 - 3546042

e-mail : rspwdc@indo.net.id; rspwdc@pantiwilasa.com website : www.pantiwilasa.com



PEMERINTAH KOTA SEMARANG
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK

Jl. Pemuda No. 175 Semarang Telp. 3584045 Hunting: 3584077 Pws. 2601,2602,2603,2604,2605,2606 Fax. 3584045

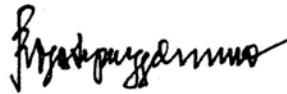
SURAT REKOMENDASI SURVEY / RISET

Nomor : 070/1552/VIII/2016

- I. DASAR : 1. Peraturan Daerah Pemerintah Kota Semarang Nomor 13 tahun 2008, Tanggal 7 Nopember 2008 tentang Pembentukan Organisasi dan Tata Kerja Lembaga Teknis Daerah Kota Semarang.
2. Peraturan Walikota Semarang Nomor 44 Tahun 2008 Tanggal 24 Desember 2008 tentang Penjabaran Tugas dan Fungsi Badan Kesatuan Bangsa, Politik dan Perlindungan Masyarakat Kota Semarang.
- II. MEMBACA : Surat dari Wakil Dekan Akademik Dan Kemahasiswaan Fakultas Kedokteran UNDIP
Nomor : 9149/UN7.3.4/D1/PP/2016
Tanggal : 22 Agustus 2016
- III. Pada Prinsipnya kami **tidak keberatan / dapat menerima** atas pelaksanaan penelitian / survey di Kota Semarang.
- IV. Yang dilaksanakan oleh :
1. Nama : **Kartika Setya Purdani**
2. Kebangsaan : **Indonesia**
3. Alamat : **Jl. Girirejo Rt.024 Kel. Lempake Kec. Samarinda Utara Kota Samarinda Kalimantan Tmur**
4. Pekerjaan : **Mahasiswa**
5. Penanggung jawab : **Dr. dr. Dwi Pudjonarko, M.Kes.,Sp.S(K)**
6. Judul Penelitian : **" Hubungan Discharge Planning Dalam Pelaksanaan Promosi Kesehatan Rumah Sakit (PKRS) RSUD Tugurejo Semarang Dengan Beban Caregiver Insan Paca Stroke Di Semarang"**
7. Lokasi : **Kota Semarang**
- V. **KETENTUAN SEBAGAI BERIKUT:**
1. Sebelum melakukan kegiatan terlebih dahulu melaporkan kepada Pejabat Setempat/Lembaga Swasta yang akan dijadikan obyek lokasi untuk mendapatkan petunjuk seperlunya dengan menunjukkan Surat Pemberitahuan ini.

2. Pelaksanaan survey / riset tidak disalahgunakan untuk tujuan tertentu yang dapat mengganggu kestabilan pemerintahan. Untuk penelitian yang mendapat dukungan dana sponsor baik dari dalam negeri maupun luar negeri, agar dijelaskan pada saat mengajukan perijinan. Tidak membahas masalah Politik dan atau Agama yang dapat menimbulkan terganggunya stabilitas keamanan dan ketertiban.
 3. Surat rekomendasi dapat dicabut dan dinyatakan tidak berlaku apabila pemegang Surat Rekomendasi ini tidak mentaati / mengindahkan peraturan yang berlaku atau obyek penelitian menolak untuk menerima Peneliti.
 4. Setelah survey / riset selesai supaya menyerahkan hasilnya kepada Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kota Semarang
- VI. Surat rekomendasi penelitian / riset ini berlaku dari :
Tanggal 31 Agustus 2016 s/d 28 Februari 2017
- VII. Demikian rekomendasi ini di buat untuk dipergunakan seperlunya.

Semarang, 31 Agustus 2016
A.n Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik
Kota Semarang
Sekretaris



Drs. R. DJATI PRIJONO, MSi
Pembina Tk. I
NIP 19610214 198603 1 009

Lampiran 14

```
RELIABILITY
/VARIABLES=p1 p2 p3 p4 p5 p6 p7 p8 p9 p10 p11 p12 p13 p14 p15 p16 p17 p18 p
19 p20 p21 p22
/SCALE('ALL VARIABLES') ALL
/MODEL=ALPHA
/SUMMARY=TOTAL.
```

Reliability

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	30	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,918	22

Lampiran 14

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Pertanyaan 1	22,40	254,455	,507	,915
Pertanyaan 2	23,37	256,585	,533	,915
Pertanyaan 3	23,20	251,269	,716	,911
Pertanyaan 4	23,90	258,300	,544	,915
Pertanyaan 5	23,47	248,740	,720	,911
Pertanyaan 6	23,77	257,702	,533	,915
Pertanyaan 7	22,97	261,068	,364	,919
Pertanyaan 8	23,03	247,344	,684	,911
Pertanyaan 9	23,17	248,557	,680	,912
Pertanyaan 10	23,17	250,557	,580	,914
Pertanyaan 11	23,67	255,816	,655	,913
Pertanyaan 12	23,47	246,947	,733	,910
Pertanyaan 13	24,00	261,241	,533	,915
Pertanyaan 14	22,60	247,628	,640	,912
Pertanyaan 15	22,60	249,834	,497	,917
Pertanyaan 16	23,93	264,478	,443	,916
Pertanyaan 17	23,63	251,895	,784	,911
Pertanyaan 18	23,83	261,247	,492	,916
Pertanyaan 19	23,63	265,757	,369	,918
Pertanyaan 20	22,53	253,292	,471	,917
Pertanyaan 21	22,60	262,869	,324	,919
Pertanyaan 22	23,47	256,326	,618	,913

Lampiran 14

```

CROSSTABS
  /TABLES=X1 BY X2
  /FORMAT=AVALUE TABLES
  /STATISTICS=CHISQ CC PHI RISK
  /CELLS=COUNT EXPECTED ROW TOTAL
  /COUNT ROUND CELL.
  
```

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
DP * BEBAN	36	100,0%	0	0,0%	36	100,0%

DP * BEBAN Crosstabulation

			BEBAN		Total
			TIDAK BAIK	BAIK	
DP	TIDAK DITEMUKAN	Count	4	2	6
		Expected Count	3,3	2,7	6,0
		% within DP	66,7%	33,3%	100,0%
		% of Total	11,1%	5,6%	16,7%
	DITEMUKAN	Count	16	14	30
		Expected Count	16,7	13,3	30,0
		% within DP	53,3%	46,7%	100,0%
		% of Total	44,4%	38,9%	83,3%
Total	Count	20	16	36	
	Expected Count	20,0	16,0	36,0	
	% within DP	55,6%	44,4%	100,0%	
	% of Total	55,6%	44,4%	100,0%	

Lampiran 14

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,360 ^a	1	,549		
Continuity Correction ^b	,023	1	,881		
Likelihood Ratio	,368	1	,544		
Fisher's Exact Test				,672	,446
Linear-by-Linear Association	,350	1	,554		
N of Valid Cases	36				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,67.

b. Computed only for a 2x2 table

Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,100	,549
	Cramer's V	,100	,549
	Contingency Coefficient	,100	,549
N of Valid Cases		36	

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for DP (TIDAK DITEMUKAN / DITEMUKAN)	1,750	,277	11,049
For cohort BEBAN = TIDAK BAIK	1,250	,648	2,412
For cohort BEBAN = BAIK	,714	,216	2,359
N of Valid Cases	36		

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
DISCHARGE PLANNING * BEBAN	36	100,0%	0	0,0%	36	100,0%

DISCHARGE PLANNING * BEBAN Crosstabulation

			BEBAN		Total
			BEBAN	TIDAK BEBAN	
DISCHARGE PLANNING	TIDAK DITEMUKAN	Count	12	2	14
		Expected Count	7,8	6,2	14,0
		% within DISCHARGE PLANNING	85,7%	14,3%	100,0%
		% of Total	33,3%	5,6%	38,9%
	DITEMUKAN	Count	8	14	22
		Expected Count	12,2	9,8	22,0
		% within DISCHARGE PLANNING	36,4%	63,6%	100,0%
		% of Total	22,2%	38,9%	61,1%
Total		Count	20	16	36
		Expected Count	20,0	16,0	36,0
		% within DISCHARGE PLANNING	55,6%	44,4%	100,0%
		% of Total	55,6%	44,4%	100,0%

Lampiran 15

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	8,439 ^a	1	,004		
Continuity Correction ^b	6,559	1	,010		
Likelihood Ratio	9,137	1	,003		
Fisher's Exact Test				,006	,004
Linear-by-Linear Association	8,205	1	,004		
N of Valid Cases	36				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,22.

b. Computed only for a 2x2 table

Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,484	,004
	Cramer's V	,484	,004
	Contingency Coefficient	,436	,004
N of Valid Cases		36	

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for DISCHARGE PLANNING (TIDAK DITEMUKAN / DITEMUKAN)	10,500	1,860	59,270
For cohort BEBAN = BEBAN	2,357	1,303	4,264
For cohort BEBAN = TIDAK BEBAN	,224	,060	,842
N of Valid Cases		36	