

# BAB I PENDAHULUAN

## A. Latar Belakang

Stroke merupakan penyakit kronik yang dapat menurunkan kualitas hidup dan dapat terjadi secara berulang (Dye *et al.* dalam Facchinetti *et al.*, 2020). Data epidemiologi menyebutkan bahwa risiko untuk timbulnya serangan ulang stroke adalah 30% dan populasi yang pernah menderita stroke memiliki kemungkinan serangan ulang adalah 9 kali dibandingkan populasi normal (Misbach *et al.*, 2011). Yang *et al.* (2019) sekitar 51% pasien stroke akan mengalami kekambuhan kembali atau akan meninggal dunia dalam satu tahun, dengan rata-rata angka kematian satu tahun sebesar 18%. Mohan *et al.* (2011) menyatakan dari hasil sistematik reviewnya pada 13 penelitian yang melibatkan 9.115 pasien stroke berulang, mengungkapkan bahwa 3,1% terjadi pada serangan ulang setelah satu bulan, 11,1% pada 1 tahun pertama, 26,4% pada 5 tahun dan 39,2% pada 10 tahun setelah stroke awal.

Di Indonesia didapatkan dari hasil penelitian Wahyuni, Dwi dan Yasmara (2018) di Kabupaten Banyumas didapatkan periode kekambuhan stroke dari pasca serangan pertama pada periode > 12 bulan sebesar 45,20%. Data stroke berulang dari beberapa rumah sakit yang ada di Indonesia didapatkan di RS. Sutomo Surabaya (21,11%), sedangkan penelitian yang dilakukan di RS. Hasan Sadikin Bandung, kejadian stroke berulang 13,2 % (Siswanto, 2004). Berdasarkan data dari RS. Otak Dr. M.Hatta Bukittinggi bahwa stroke berulang pada pasien yang di rawat pada tahun 2018 sebesar 328 orang (7.49%) dan tahun 2019 sebanyak 246 orang (7.06%) (Medical Record RSO, M.Hatta, 2020). Durasi waktu berulangnya stroke pada pasien di RS Otak ini adalah 3 bulan sampai 5 tahun.

Stroke berulang merupakan suatu hal yang mengkhawatirkan, karena dapat memperburuk kondisi pasien artinya kondisi yang terjadi bisa lebih parah dari serangan pertama dan meningkatkan biaya perawatan (Putala, 2014; Siswanto dan Yuliadji, 2005). Menurut teori *Relapse Prevention* bahwa kekambuhan dapat terjadi karena adanya situasi yang berisiko tinggi, yang

disebabkan respon koping rendah dan efikasi diri menurun (Pender, Murdaugh dan Parsons, 2011). Oleh karena itu, adanya anggota keluarga yang stroke menimbulkan risiko untuk kekambuhan jika keluarga memiliki koping dan efikasi diri yang rendah dan selanjutnya akan mengakibatkan perawatan yang kurang pada anggota keluarga pasca stroke.



Kuumar, Kaur dan Reddema (2015) menyatakan bahwa caregiver mengalami tingkat beban yang lebih tinggi. Beban secara signifikan berkorelasi dengan strategi koping dan 42.56% caregivers menggunakan strategi koping yang rendah yaitu menyangkal. Hasil penelitian sistematik review yang dilakukan oleh Ramazanu, Loke dan Chiang (2020) pada pasangan pasien pasca stroke didapatkan kurangnya strategi koping pasangan pasien pasca stroke dimana strategi koping yang mereka lakukan adalah menghindari, bereaksi secara pasif dan ekspresi emosi. Hasil penelitian Pesantes *et al.* (2017) menyatakan hampir semua *caregiver* menyatakan perlu menemui tenaga kesehatan untuk meningkatkan kesehatan mental mereka. Keluarga mengalami beban yang cukup berat (Anderson, Linto dan Wynne. dalam Miler *et al.*, 2010).

Hasil penelitian Herliani (2019) berkaitan efikasi diri keluarga pasien infark miokard didapatkan skor rata-rata efikasi diri anggota keluarga untuk merawat pasien adalah 6,55 (SD = 1.81). Efikasi diri keluarga pasien infark miokard dalam penelitian ini ada dalam kategori menengah. Menurut Merluzzi *et al.* (2011) bahwa *self-efficacy* telah diidentifikasi berpotensi penting memprediksi kemampuan individu untuk mengatasi stresor dalam memberi perawatan.

Sebagian besar pasien pasca stroke akan dirawat di rumah oleh pengasuh keluarga dengan kemampuan terbatas (Creasy et al, 2015). Hasil penelitian Yaslina, Sahar dan Rekawaty (2011) pada keluarga pasien pasca stroke di Kota Bukittinggi didapatkan bahwa stroke hampir separoh keluarga (49,3%) dalam perawatan pasca stroke di rumah kurang. Penelitian lain berkaitan keterlibatan keluarga dalam perawatan pasca stroke didapatkan bahwa tingkat keterlibatan yang rendah dalam perencanaan perawatan (Monaghan, Channell, McDowell, dan Sharma, 2005) yang sering mengakibatkan berbagai macam kebutuhan yang tidak terpenuhi-seperti kurangnya informasi tentang proses pemulihan, gejala sisa, dan strategi untuk memenuhi kebutuhan pasien pasca pulang (Creasy et al., 2015).

Terjadinya kekambuhan stroke dapat dicegah. Menurut Marlatt dan George (1984) dalam Pender, Murdaugh dan Parsons, (2002) bahwa *Relapse Prevention* (RP) adalah program pengendalian diri yang dirancang untuk mengajarkan individu mencoba berubah perilaku mereka dengan mengantisipasi

dan mengatasi masalah kekambuhan. Persepsi dan penanganan keluarga terhadap masalahnya melalui pemanfaatan berbagai sumber dan strategi koping sangat penting bagi keberhasilan keluarga mengatasi tuntutan yang ada. Hasil penelitian Yu, Jie Hu dan Efird, (2013) bahwa strategi koping yang efektif meningkatkan kualitas hidup keluarga. Strategi koping keluarga berfungsi sebagai proses atau mekanisme vital yang memfasilitasi fungsi keluarga. Tanpa adanya koping keluarga yang efektif, fungsi afektif, sosialisasi, ekonomi, dan perawatan kesehatan tidak dapat dicapai secara adekuat (Friedman, Bowden, dan Jones, 2003). Bakas *et al.* (2014) menemukan dalam hasil penelitiannya bahwa dukungan penuh yang diberikan pada keluarga mengurangi depresi, meningkatkan koping dan fungsi keluarga. Merluzzi *et al.* (2011) adanya koping positif pada keluarga akan mempengaruhi terhadap keyakinan diri (efikasi diri) keluarga dan kemampuan keluarga dalam perawatan yang baik.

Berkenaan dengan perawatan, teori *self-efficacy* menyatakan bahwa individu yang memiliki *self-efficacy* tinggi akan lebih berhasil untuk melakukan tugas-tugas keluarga dan akan lebih berhasil dalam menyelesaikan tugas tersebut, lebih sedikit kejadian distres psikososial dan penyakit fisik, penurunan kelelahan, dan mempromosikan manfaat kesehatan yang lebih besar daripada mereka yang memiliki efikasi diri rendah. Penelitian menunjukkan bahwa efikasi diri memberikan efek positif pada keluarga yaitu kemampuan perawatan keluarga, dimana hasil penelitian Lulu *et al.* (2016) menyatakan bahwa efikasi diri keluarga berkorelasi positif dengan kemampuan perawatan pada keluarga pasca stroke. Kemampuan keluarga yang baik dalam melakukan perawatan pada anggota keluarga pasca stroke dapat menunjukkan adanya kemandirian keluarga.

Kemandirian keluarga diartikan sebagai kemampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga di rumah, melakukan tindakan untuk memenuhi kebutuhan fisik, psikologis, sosial, dan spiritual pada anggota keluarga (Friedman, Bowden, dan Jones, 2003). Kemandirian keluarga menjadi salah satu fokus pengkajian dalam asuhan keperawatan keluarga. Perawat dapat mengevaluasi kemandirian keluarga dengan mengacu pada pelaksanaan tugas kesehatan keluarga sebagai bagian dari upaya pencapaian keluarga sehat dengan komunikasi efektif, dan strategi koping keluarga (Hayati, 2018; Maglaya, 2009).

Beberapa hasil penelitian juga menyatakan bahwa pemberian intervensi melalui pelatihan, edukasi yang dilakukan perawat meningkatkan aspek positif terhadap psikososial keluarga pasien pasca stroke seperti coping, *self efficacy*, stres, beban dan menurunkan depresi. Chen *et al.* (2014) bahwa program intervensi harus dikembangkan untuk meningkatkan keterampilan keluarga dalam mengatasi anggota keluarga dengan stroke yang dirawat dan meningkatkan dukungan sosial pada keluarga sebagai strategi copingnya. Hasil penelitian Sit *et al.* (2007) didapatkan bahwa terjadinya efek perubahan positif selama tiga bulan melalui peningkatan pengetahuan dan keterampilan secara berkelanjutan pada pasien pasca stroke oleh perawat komunitas dalam kegiatan program pencegahan stroke. Penelitian lainnya didapatkan ada pengaruh kunjungan perawat dengan kemandirian keluarga pasca stroke (Yaslina, Deprimal dan Resti, 2014).

Keluarga memiliki peran yang besar dalam pemulihan anggota keluarga pasca stroke (Pate dan Andrews, 2015; McCullagh *et al.* 2005; Akosile *et al.* 2018). Perawat dalam memberikan asuhan keperawatan keluarga pasien pasca stroke, dapat berpusat pada keluarga atau keperawatan yang berpusat pada keluarga (*Family Centered Nursing*) sehingga keluarga mampu dalam mengatasi masalah kesehatannya (Friedman dan Bowden, 2018; Creasy *et al.*, 2015). Hasil penelitian Nayeri *et al.* (2014) menyatakan bahwa memberdayakan keluarga melalui program perawatan yang berpusat pada keluarga (*family of center*) memainkan peran penting dalam manajemen kesehatan fisik dan mental serta meningkatkan kepatuhan pasien pasca stroke.

Keluarga sebagai pusat perawatan juga dilakukan melalui adanya program pemerintah di Indonesia yaitu Program Indonesia Sehat-Pendekatan Keluarga (PIS-PK). Program Indonesia Sehat-Pendekatan Keluarga (PIS-PK) ini diatur dalam Permenkes Nomor 39 Tahun 2016 tentang Pedoman Penyelenggaraan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK). Program ini dilaksanakan oleh Puskesmas dengan ciri sebagai berikut: 1) Sasaran utama adalah Keluarga; 2) Mengutamakan upaya Promotif-Preventif, disertai penguatan upaya kesehatan berbasis masyarakat (UKBM); 3) Kunjungan rumah dilakukan Puskesmas secara aktif untuk peningkatan *outreach* dan total *coverage*; dan 4) Pendekatan siklus kehidupan atau *life cycle approach*



(<http://pispk.kemkes.go.id/id/2017/06/17/>). Namun kasus stroke belum termasuk dalam program ini.

Perawat komunitas juga memiliki peran penting pada pasien pasca stroke dalam melakukan perawatan diri (*self care*) sesuai dengan keadaan pasien dan keluarga tersebut. Di Indonesia perawat komunitas dapat berkerja di Puskesmas, Panti Jompo, Lembaga Permayarakatan dan Klinik Kesehatan Perusahaan atau Pabrik Industri. Pasien pasca stroke yang pulang dari rumah sakit dapat mengalami keterbatasan fungsional dan keterbatasan dalam perawatan diri (Lewis, Dirksen dan Bucher., 2014). Model konseptual *Self Care* Orem dapat digunakan sebagai landasan bagi perawat dalam memberikan bantuan perawatan diri baik kepada pasien dan keluarga pasca stroke.

Model perawatan diri (*self care*) Orem ini dibentuk oleh tiga teori yaitu teori perawatan diri, teori defisit perawatan diri dan teori sistem keperawatan. Teori sistem keperawatan yang didasari pada keyakinan bahwa pasien dapat melakukan perawatan diri secara mandiri (*Supportive educative system*), secara gabungan antara kemampuan pasien yang dibantu oleh perawat atau keluarga (*Partially compensatory system*), atau sepenuhnya perawatan diri dilakukan oleh perawat (*Wholly compensatory system*). Pasien pasca stroke yang dipulangkan ke rumah biasanya sudah mengalami proses pemulihan yang bermakna namun belum optimal. Pasien pasca stroke yang mengalami gejala sisa atau gangguan kemampuan fungsional yang ringan, perawat dapat mengajarkan dan mendemonstrasikan, memberikan dukungan kepadanya dalam perawatan diri, sedangkan pasien dengan gangguan kemampuan fungsional menengah maka perawat dan keluarga dapat membantu sebgai aktivitas perawatan diri pasien seperti mandi, berpakaian, berjalan, kemampuan dalam berpindah dan kemandirian dalam keterampilan yang lain seperti menggunakan telepon, menyiapkan makan dan mengurus rumah tangga (Potter *et al.*, 2013).

Koping keluarga, efikasi diri serta kemandirian keluarga pasien pasca stroke dapat ditingkatkan melalui adanya pelayanan perawatan berkelanjutan. Ghazzawi, Kuziemyky dan O'Sullivan (2016) menyatakan bahwa hubungan dengan penyedia kesehatan, dukungan informasional, dan kontinuitas dalam manajemen kasus semuanya mempengaruhi pengalaman merawat keluarga dan

pada akhirnya meningkatkan kualitas perawatan untuk pasien stroke, selama transisi ke rumah dari fasilitas rehabilitasi. Kesenambungan perawatan itu penting selama transisi antara pengaturan perawatan kesehatan, dengan kontinuitas yang baik memberikan manfaat termasuk meningkat kepuasan pasien, rawat inap lebih sedikit dan lebih sedikit kunjungan ke gawat darurat (WHO, 2018).

Perawatan berkelanjutan pasien pasca stroke belum mendapatkan perhatian yang sepenuhnya selama ini. WHO (2018) menyatakan bahwa kontinuitas dan koordinasi perawatan menjadi prioritas global reorientasi layanan kesehatan karena menjadi kebutuhan masyarakat. Pang *et al.* (2019) menyatakan bahwa keperawatan berkelanjutan mengacu pada pembentukan interaksi jangka panjang dan berkelanjutan antara seorang pasien dan penyedia perawatan yang melibatkan kontinuitas informasi, kontinuitas manajemen dan kontinuitas hubungan.

Beberapa penelitian telah menunjukkan bahwa perawatan berkelanjutan penting dan memberikan manfaat kepada pasien ataupun keluarga. Cameron *et al.* (2016) menyatakan bahwa kualitas transisi perawatan memberikan dampak langsung pada pasien dan keluarga seperti mencegah kekambuhan, pemulihan fungsional dan peningkatan coping. Hasil penelitian (Baker *et al.* 2020; Yang *et al.*, 2019) bahwa manfaat dari kesinambungan perawatan pasien pasca stroke pada pelayanan primer adalah penurunan mortalitas. Baker *et al.* (2020) merekomendasikan perlunya kebijakan yang tegas dari pemerintah dan tenaga kesehatan agar terjadinya perawatan yang berkesinambungan di pelayanan primer. Aller *et al.* (2013) menyatakan bahwa faktor yang terkait dengan pasien stroke dalam menjalani perawatan berkelanjutan adalah pelayanan kesehatan, karakteristik sosiodemografi (usia, jenis kelamin, pendidikan), persepsi status kesehatan, dan lamanya penyakit.

Fenomena yang peneliti amati selama ini bahwa pelaksanaan kesinambungan perawatan pada pasien stroke di Indonesia khususnya kota/kabupaten di beberapa rumah sakit di Sumbar seperti di Bukittinggi, Payakumbuh, Damasraya, Pasaman Timur dan Agam belum berjalan dengan optimal. Hal ini salah satunya terlihat dari proses pemulangan pasien dari rumah sakit ke komunitas (puskesmas), dimana pasien yang pulang dari rumah sakit

baru diberikan rujukan medis sedangkan untuk resume keperawatannya belum (Wawancara dengan bidang keperawatan dan lima perawat dari lima rumah sakit tersebut Agustus 2020). Kondisi tersebut dapat menunjukkan bahwa pelayanan antara rumah sakit dan komunitas masih terfragmentasi, belum terkordinasi dengan optimal. Berdasarkan standar akreditasi rumah sakit tahun 2017 didapatkan pada butir ARK.3 dinyatakan bahwa kesinambungan asuhan pasien setelah dirawat inap memerlukan persiapan dan pertimbangan khusus untuk sebagian pasien seperti perencanaan pemulangan pasien (P3)/*discharge planning*.

Kesinambungan pelayanan rumah sakit ke komunitas dapat dikaitkan dengan program perencanaan pulang. Hasil penelitian Wong *et al.* (2011) di Hongkong ditemukan ada beberapa hal yang menyebabkan kurangnya program perencanaan pulang pasien dari rumah sakit yaitu standar kebijakan dan kurangnya komunikasi serta koordinasi antara penyedia layanan kesehatan yang berbeda. Penelitian ini merekomendasikan bahwa peningkatan keterampilan komunikasi profesional kesehatan dan pengetahuan tentang kebutuhan pasien. Ratna (2017) dari hasil penelitiannya menemukan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan *discharge planning* di RS. Soetomo Surabaya adalah faktor demografi perawat (pendidikan, umur dan pengalaman kerja) dan beban kerja.

Perawat di rumah sakit perlu menyiapkan pasien stroke dan keluarga sejak pasien dirawat di rumah sakit melalui edukasi, demonstrasi, mempraktikkan dan mengevaluasi kemampuan pasien dalam perawatan diri (Evans, Connis, Bishop, Hendricks dan Haselkorn, 1994 dalam Creasy *et al.*, 2015; Stephanie *et al.* 2015). Hasil penelitian kualitatif yang dilakukan oleh Pesantes *et al.* (2017) pada delapan informan di Peru didapatkan bahwa tidak ada satupun *caregiver* telah menerima pelatihan perawatan pasca stroke setelah pasien pulang dari rumah sakit.

Setiap pasien stroke yang dirawat di rumah sakit membutuhkan program pemulangan yang terencana dan sistematis (Potter *et al.* 2013). Agustina, H.R., Priambodo, A.P dan Somantri (2009) menyatakan bahwa program *discharge planning* yang diberikan oleh pihak rumah sakit merupakan suatu kebutuhan yang mutlak untuk dipenuhi pada pasien. Pasien pasca stroke yang pulang dari rumah sakit memerlukan pelayanan keperawatan dalam bentuk asuhan keperawatan yang



berkelanjutan saat berada di rumah. Perawat komunitas memiliki peranan yang penting dalam asuhan keperawatan berkelanjutan (Buijck dan Ribbers, 2018), hal ini juga sesuai dengan tugas dan fungsi perawat di puskesmas yaitu melakukan upaya kesehatan individu dan masyarakat termasuk keluarga.

Di Sumatera Barat sendiri juga terlihat belum berjalannya dengan baik kesinambungan asuhan keperawatan pasien pasca stroke dari rumah sakit ke puskesmas dan ke rumah. Hasil wawancara dengan dua perawat puskesmas di Bukittinggi menyatakan bahwa selama ini pasien pasca stroke yang datang ke puskesmas lebih banyak meminta rujukan atau melakukan penambahan obat, mereka mengatakan tidak mengetahui apa pelayanan keperawatan yang sudah didapatkan pasien di RS dan apa yang perlu dilanjutkan, masih terbatasnya intervensi keperawatan profesional yang dilakukan. Selanjutnya mereka juga mengatakan bahwa saat ini ada program pemerintah berkaitankeluarga yaitu Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS PK), namun kasus utama berkaitan yang terdapat pada program tersebut adalah hipertensi, Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) dan TBC untuk stroke tidak ada, walaupun demikian jika mereka menemukan pasien pasca stoke saat kunjungan keluarga akan tetap memberikan pelayanan walaupun belum optimal karena bukan prioritas utama (Yaslina, September 2020, di Bukittinggi).

Dalam praktik klinis, manajemen penyakit stroke harus mencakup komunikasi yang efektif antara anggota tim dan koordinasi perawatan di berbagai pengaturan perawatan kesehatan untuk meningkatkan perawatan keseluruhan penderita sakit kronik (Belmound, 2020). Dalam kenyataannya pelayanan keperawatan pada pasien penyakit kronik termasuk stroke layanan terintegrasi belum berjalan dengan baik. Berwick *et al.* dalam WHO (2016) mengidentifikasi perlunya integrasi dalam pelayanan kesehatan sebagai komponen penting dari model perawatan penyakit kronik. Friedman *et al.* (2003) menyatakan bahwa kordinasi merupakan inti dari manajemen kasus. Menurut (Alperin, 2014) bahwa manajemen kasus mengoptimalkan kemampuan perawatan diri individu dan keluarga serta kapasitas sistem dan komunitas untuk berkoordinasi dan memberikan layanan. Menurut (Mur 2003; Goodwin 2014) bahwa koordinasi

perawatan atau mengintegrasikan penyedia ke dalam jaringan organisasi yang bekerja sama secara sistematis, yang dapat meningkatkan perawatan.

Saputra dan Lusmilasar (2017) mengemukakan bahwa integrasi antar fasilitas kesehatan sangat diperlukan sehingga tidak lagi terdapat layanan yang terfragmentasi. Integrasi layanan kesehatan dianggap penting dalam mencapai layanan yang efektif dan efisien untuk pasien pada umumnya dan untuk pasien jangka panjang dengan kondisi mereka yang memiliki beberapa morbiditas khususnya. Hasil penelitian ditemukan bahwa pasien stroke yang menerima perawatan integrasi pasca-akut memiliki angka kematian yang lebih rendah (Yang et al., 2019). Pemulangan tepat waktu dan berpusat pada pasien dari rumah sakit merupakan indikator utama kesuksesan perawatan terintegrasi di Irlandia (Donnelly dan O'Neill, 2018). Penelitian Gonzales *et al.* (2014) dalam meta reviewnya didapatkan bahwa perawatan terintegrasi memberikan efek terhadap pengurangan rawat ulang, peningkatan kepatuhan terhadap pengobatan, kualitas hidup, serta pengurangan biaya pada pasien diabetes mellitus, gagal ginjal dan asma. Berdasarkan fenomena yang peneliti dapatkan maka peneliti akan mencoba mengembangkan model integrasi untuk pelayanan keperawatan berkelanjutan di Kota Bukittinggi dan Agam. Intervensi yang dilakukan melalui perawatan berkelanjutan yang terintegrasi diharapkan dapat meningkatkan efikasi diri, koping dan kemandirian keluarga. Penelitian yang berkaitan dengan model perawatan berkelanjutan berkaitan stroke sudah dilakukan di beberapa negara di dunia, namun peneliti belum menemukan penelitian model berkaitan perawatan berkelanjutan di Indonesia khususnya model integrasi yang di prediksi berpengaruh terhadap terhadap tiga aspek yaitu koping, efikasi diri dan kemandirian keluarga dengan pasien pasca stroke.

Model integrasi yang dimaksud dalam penelitian ini adalah integrasi fungsional dan klinis dengan level integrasi adalah vertikal. Integrasi layanan dilakukan melalui proses pemulangan pasien pasca stroke yang dilanjutkan ke puskesmas melalui adanya catatan resume klien pulang, selanjutnya integrasi klinis dimana perawatan lanjutan dilakukan oleh perawat puskesmas bersama keluarga dengan menggunakan pendekatan Program Indonesia Sehat. Pedoman dan Standar asuhan keperawatan stroke di rumah dan perawat puskesmas. Kinerja

perawat di rumah sakit dan puskesmas dengan melibatkan keluarga dalam pelaksanaan perawatan berkelanjutan yang baik diprediksi akan berpengaruh terhadap efikasi diri, koping dan kemandirian keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan pasca stroke melalui model integrasi perawatan berkelanjutan ini.

Penelitian ini menurut peneliti penting untuk dilakukan karena stroke berulang dan komplikasi pada pasien yang dapat berdampak lebih berat pada keluarga serta pelayanan keperawatan berkelanjutan pada pasien pasca stroke belum optimal dilakukan. Peneliti belum menemukan penelitian berkaitan model integrasi dalam perawatan berkelanjutan keluarga pasien stroke khususnya di Indonesia yang diprediksi dapat meningkatkan terhadap koping, efikasi diri dan kemandirian keluarga.

## **B. Rumusan Masalah**

Stroke merupakan penyakit yang bersifat menahun dan dapat mengalami kekambuhan. Angka kekambuhan stroke dari tahun ketahun mengalami peningkatan dan resiko kekambuhan terjadi sekitar 30% pada pasien pasca stroke. Terjadinya stroke berulang tentunya berdampak tidak hanya kepada pasien, tetapi juga keluarga, masyarakat dan pemerintah. Pada pasien biasanya serangan stroke kedua lebih parah dari serangan stroke pertama, keluarga bisa mengalami permasalahan terhadap psikososial akibat merawat anggota keluarga dengan stroke, pada masyarakat dan pemerintah bahwa pasien pasca stroke dapat menimbulkan beban karena biaya pengobatan yang lama dan pasien biasanya tidak aktif lagi dalam berkerja.

Pasien stroke biasanya di rawat di rumah sakit dan selanjutnya perawatan dilanjutkan di rumah. Proses perawatan dan pemulihan pasien pasca stroke memerlukan waktu yang lama dan perawatan berkelanjutan diperlukan. Selama ini proses perawatan berkelanjutan pasien pasca stroke belum terlaksana dengan baik. Selama ini pelaksanaan kesinambungan perawatan pada pasien stroke di dari rumah sakit ke puskesmas belum berjalan dengan baik. Kondisi tersebut ditunjukan dengan pelayanan antara rumah sakit dan komunitas masih terfragmentasi, belum terkordinasi dengan optimal. Pasien pasca stroke yang pulang dari rumah sakit biasanya hanya datang ke rumah sakit ataupun puskesmas

untuk melakukan kontrol ulang berkaitan dengan pengobatan, sementara pendampingan pasca rawat inap oleh perawat puskesmas kepada keluarga belum dilakukan dengan baik, walaupun ada belum melakukan asuhan keperawatan secara komprehensif. Pasien dan keluarga saat akan pulang dari rumah sakit kadang tidak mendapatkan informasi yang cukup terhadap kelanjutan perawatan di rumah.

Keluarga pasien pasca stroke dapat mengalami ketidaksiapan dalam perawatan lanjutan keluarga di rumah karena keterbatasan pengetahuan, keterampilan, dukungan, sumber daya di keluarga. Keluarga pasien pasca stroke sering mengalami permasalahan berkaitan dengan aspek psikososial seperti depresi, ketidakberdayaan, koping, efikasi diri dan kemandiriannya. Keluarga yang memiliki koping yang negatif, efikasi diri yang rendah dan kemandirian keluarga yang rendah tentunya dapat mempengaruhi dalam perawatan pasien pasca stroke. Perawatan pasien pasca stroke bertujuan mencegah terjadinya komplikasi seperti kecacatan dan kekambuhan. Oleh karena itu perawatan berkelanjutan penting bagi pasien pasca stroke yang ditenggarai dapat meminimalisir terjadinya resiko kekambuhan. Faktor resiko terjadinya stroke pertama sama dengan stroke berulang. Selama ini penelitian berkaitan perawatan berkelanjutan sudah banyak dilakukan, namun perawatan berkelanjutan yang terintegrasi yang berdampak terhadap koping, efikasi diri dan kemandirian keluarga pasien pasca stroke belum penulis temukan. Oleh karena itu penelitian ini ingin meneliti **“apakah model integrasi perawatan berkelanjutan dapat meningkatkan koping, efikasi diri, dan kemandirian keluarga dalam mencegah kekambuhan”**.

### **C. Pertanyaan Penelitian**

Apakah Model Integrasi Perawatan Berkelanjutan (INPERLAT) berpengaruh terhadap peningkatan koping, efikasi diri dan kemandirian keluarga dengan pasien pasca stroke dalam mencegah kekambuhan?

### **D. Tujuan Penulisan**

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

Membuktikan pengaruh Model Integrasi Perawatan Berkelanjutan (INPERLAT) terhadap peningkatan coping, efikasi diri dan kemandirian keluarga dengan pasien pasca stroke dalam mencegah kekambuhan.

## **2. Tujuan Khusus**

Tujuan khusus penelitian ini adalah:

- a. Menemukan faktor-faktor yang berhubungan dengan terjadinya kekambuhan pasien pasca stroke (pasien, keluarga) :
  - 1) Menemukan faktor-faktor kekambuhan stroke dari pasien yang meliputi : Usia, jenis kelamin, riwayat keluarga, pengetahuan, kepatuhan dalam pengendalian
  - 2) Menemukan faktor-faktor kekambuhan stroke dari keluarga yang meliputi : perilaku keluarga, dukungan keluarga, beban keluarga, coping, efikasi diri dan kemandirian keluarga
  - 3) Menemukan faktor-faktor kekambuhan stroke dari pelayanan kesehatan yang bersumber dari pasien yang meliputi : kualitas program pemulangan dan kepuasan layanan kesehatan
  - 4) Menemukan pengalaman perawat dalam program pemulangan bagi pasien pasca stroke di rumah sakit.
- b. Dikembangkan Model Integrasi Perawatan Berkelanjutan terhadap peningkatan coping, efikasi diri dan kemandirian keluarga pasien pasca stroke dalam mencegah kekambuhan dengan:
  - 1) Disusunnya Model Integrasi Perawatan Berkelanjutan
  - 2) Diperoleh masukan pakar terkait Model Integrasi Perawatan Berkelanjutan
  - 3) Diperolehnya masukan terkait Model Integrasi Perawatan Berkelanjutan melalui uji keterbacaan
- c. Tervalidasinya model dan modul integrasi perawatan berkelanjutan dengan didapatkannya :
  - 1) Perbedaan rerata coping keluarga sebelum dan sesudah intervensi model Integrasi Perawatan Berkelanjutan pada kelompok perlakuan dan kontrol



- 2) Perbedaan rerata efikasi diri keluarga sebelum dan sesudah intervensi Model Integrasi Perawatan Berkelanjutan pada kelompok intervensi dan kontrol
- 3) Perbedaan rerata kemandirian keluarga sebelum dan sesudah intervensi Model Integrasi Perawatan Berkelanjutan pada kelompok intervensi dan kontrol

## **E. Manfaat Penelitian**

### **1. Manfaat Teoritis**

Model pengembangan integrasi yang disusun ini diharapkan akan memiliki manfaat yang besar dalam meningkatkan kinerja perawat komunitas dalam memberikan perawatan berkelanjutan pada pasien dan keluarga pasca stroke. Model ini juga dapat diharapkan sebagai bahan dalam proses pembelajaran untuk mata ajar keperawatan komunitas dan keluarga.

### **2. Manfaat Aplikatif**

Model ini diharapkan dapat menjadi acuan dalam peningkatan perawatan berkelanjutan untuk peningkatan kemandirian pada pasien dan keluarga pasca stroke dengan cara melakukan kordinasi antara perawat komunitas dan rumah sakit, melakukan kerjasama dan melibatkan keluarga serta pasien pasca stroke. Melalui model ini diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan, sikap dan keterampilan keluarga. Juga dapat dilakukan oleh perawat komunitas sebagai integrasi dengan pelaksanaan program Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS PK).

### **3. Manfaat Bagi Pembangunan**

Model yang dikembangkan ini diharapkan dapat menjadi dasar kebijakan dalam kordinasi RS dan Puskesmas pada pasien pasca stroke yang dipulangkan dan sebagai rujukan atau percontohan yang menghasilkan kebijakan dan standar dalam perawatan berkelanjutan pasien pasca stroke di komunitas khususnya di Kota Bukittinggi dan Agam serta Sumbar secara umum dalam implementasi PIS PK yang terintegrasi dalam model ini.

## **F. Novelty**

Penelitian ini menghasilkan suatu model integrasi dalam perawatan berkelanjutan pasien pasca stroke. Pada model ini intervensi melalui perawatan berkelanjutan yang terintegrasi diharapkan dapat meningkatkan koping, efikasi diri dan kemandirian keluarga yang diprediksi dapat mencegah terjadinya stroke berulang. Pada model ini adanya integrasi manajemen layanan dari rumah sakit ke komunitas dan asuhan keperawatan keluarga berbasis individu dengan integrasi pada program PIS PK. Penelitian ini menghasilkan teori baru, modul, resume keperawatan pasien pulang, format asuhan keperawatan keluarga berbasis individu pada pasien pasca stroke di komunitas yang digunakan oleh perawat puskesmas..

Menurut Philips dan Pugh (2005) dalam Sastroasmoro (2010), penelitian ini dapat dianggap orisinal karena idenya telah dilakukan di luar negeri tetapi belum pernah dilakukan di Indonesia. Selain itu, metode dan pendekatan yang digunakan dalam penelitian ini tidak sama dengan metode yang digunakan di luar negeri. Untuk menilai keoriginalitas dan kebaruan penelitian ini, ada lima elemen yang dipertimbangkan, yaitu :

- a. Aspek pertama adalah kebaharuan, karena selama ini belum ada terlaksananya integrasi dalam pelayanan keperawatan antara rumah sakit dan puskesmas khususnya dalam pemberian asuhan keperawatan keluarga berbasis pasien pasca stroke dengan adanya format resume keperawatan pasien pasca stroke
- b. Aspek kedua adalah bahwa isi materi intervensi berkaitan kebutuhan keluarga dalam rangka menurunkan beban dengan meningkatkan koping, efikasi diri dan kemandirian keluarga
- c. Aspek ketiga sasaran intervensi keperawatan dalam model integrasi yaitu pasien dan keluarganya
- d. Aspek keempat indikator keberhasilan intervensi integrasi keperawatan berkelanjutan yang dimodifikasi, yaitu terhadap upaya meningkatkan koping, efikasi diri dan kemandirian keluarga, sehingga menghasilkan

modul untuk keluarga, perawat dan format asuhan keperawatan keluarga pasien pasca stroke di rumah, format resume keperawatan

- e. Aspek kelima bahwa model integrasi keperawatan berkelanjutan digunakan sebagai kerangka teoritis untuk penerapan intervensi.

