

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Prevalensi penyakit tidak menular seperti kanker, penyakit ginjal kronis, diabetes mellitus, hipertensi dan stroke berdasarkan hasil Riskesdas tahun 2018 meningkat dibandingkan tahun 2013, prevalensi dari 7% menjadi 10,9%. (Kemenkes RI, 2018) Data *World Stroke Organization* menunjukkan bahwa setiap tahunnya adalah 13,7% juta kasus baru stroke dan sekitar 5,5 juta kematian terjadi akibat penyakit stroke. Sekitar 70% penyakit stroke dan 87% kematian dan disabilitas akibat stroke terjadi di negara berpendapatan rendah dan menengah, lebih dari empat dekade terakhir kejadian stroke pada negara berpendapatan rendah dan menengah meningkat lebih dari dua kali lipat (Kemenkes RI, 2018) (Benjamin et al., 2019)

Sementara itu kejadian stroke menurun 42% pada negara berpendapatan tinggi, selama 15 tahun terakhir rata-rata stroke terjadi dan menyebabkan kematian lebih banyak pada negara berpendapatan rendah dan menengah dibandingkan dengan negara yang berpendapatan tinggi (Kemenkes RI, 2018). Stroke sebagian besar bagian dari penyakit kardiovaskuler yang digolongkan kedalam penyakit katastrofik karena mempunyai dampak yang luas, sosial, ekonomi dan penyebab kecacatan permanen. Dampak biaya pelayanan kesehatan penyakit kesehatan dalam Jaminaan Kesehatan Nasional meningkat sekitar 4 triliun rupiah. Stroke penyakit dengan biaya tertinggi,

jumlah pasien setiap tahun meningkat sehingga biaya pelayanan kesehatan semakin meningkat (Profil Kesehatan Indonesia, 2019)

Kepatuhan pasien pasca stroke mengontrol kesehatan ke fasilitas pelayanan kesehatan berdampak pada kejadian stroke berulang, hasil Riskesdas tahun 2018 proporsi kepatuhan kontrol stroke ke fasilitas pelayanan kesehatan secara nasional yaitu penderita yang berobat rutin sebesar 39,4%, tidak rutin sebesar 38,7%, tidak pernah memeriksakan ulang sebesar 21,9% (Kemenkes RI, 2018)

Stroke berulang hampir 25% dari 800.000 stroke yang terjadi di Amerika yang disebabkan faktor resiko stroke iskemik, termasuk hipertensi, diabetes mellitus, hiperlipedemia, obesitas, dan modifikasi gaya hidup seperti penghentian tembakau, penurunan penggunaan alkohol, peningkatan aktifitas fisik dan penggunaan obat anti platelet dianjurkan untuk mengurangi stroke berulang (Oza et al., 2017). Penelitian Andersen (2015) memprediksikan kekambuhan stroke berulang (3,6%), kematian (0,5%) dan kejadian kardiovaskuler (6,7%) tahun pertama, pada pasien Atrial Fibrilasi dan serobrovaskuler, usia rata-rata 70,1, kejadian masing – masing dimana tingkat insiden , resiko kumulatif meningkat, skor resiko meningkat sekitar 0,55% untuk kekambuhan stroke tahun pertama dan kejadian kematian dan kardiovaskuler sekitar 0,67% (Oza et al., 2017 ; Andersen, 2015).

Sebagian besar pasien pasca stroke mengalami gejala sisa yang sangat bervariasi, dapat berupa gangguan motorik (mobilisasi), penglihatan, pendengaran, bicara dan gangguan emosional. Ullberg (2015) dari 28.683

pasien pasca stroke yang mengalami gangguan fungsional minimal atau ringan dalam pemenuhan kebutuhan sehari-hari di 3 bulan pasca stroke terjadi perburukan pada 12 bulan pasca serangan stroke sebanyak 16,3% mengalami ketergantungan total atau berat. Tingkat kecacatan pasien pasca stroke yang paling banyak adalah kecacatan berat yaitu 62% - 90,1%, kecacatan ringan sebanyak 44,1% - 20,5 % (Oyewele, 2012) selain itu kondisi emosional pasien pasca stroke sering berubah-ubah atau kondisi yang dikenal dengan *Emotional inkontinen*, sebanyak 11 % hingga 52% *emotional inkontinen* terjadi, ini sering ditunjukkan dengan perubahan mood, perasaan seperti marah, sedih, takut dan cemas, terkadang ditemui pasien pasca stroke manangis tanpa tau penyebab, merasa dirinya tidak berdaya dan berguna. Artinya dengan kondisi perubahan emosional pasien pasca stroke dengan ketergantungan fungsional maupun emosional yang tidak stabil sehingga pasien pasca stroke membutuhkan bantuan dan dukungan keluarga dalam merawat dan melakukan aktivitas sehari-hari dan dukungan terhadap psikologis pasien pasca stroke (Fang et al., 2017).

Perlu perilaku hidup sehat terutama pada pasien pasca stroke guna mencegah terjadinya serangan berulang, komplikasi bahkan kematian. Perilaku pencegahan faktor resiko terutama perilaku gaya hidup sehat, dimana 1 dari 5 kasus stroke (26,1%) akibat obesitas, kurangnya aktifitas fisik, 1 dari 10 kasus stroke (36,3%) akibat merokok, 1 dari 4 kasus stroke (93,5%) akibat kurang konsumsi buah dan sayur, 1 juta kasus stroke (4,6%) akibat konsumsi alkohol. Perilaku pencegahan faktor resiko stroke dimana > 50 % kasus stroke terjadi akibat hipertensi, 1 dari 4 kasus stroke akibat hiperkolesterol

dan 9% akibat gangguan irama jantung yang tidak teratur (Kemenkes RI, 2017). Banyak penyebab stroke diantaranya faktor resiko yang dapat dan yang tidak dapat diubah. Umur, jenis kelamin dan ras merupakan faktor yang tidak dapat diubah, dimana kejadian stroke pada perempuan (69,12%) lebih banyak dibandingkan laki-laki (30,86%) dan sebanyak (27,94%) berada di rentang usia 25-34 tahun. Untuk faktor resiko yang dapat diubah seperti hipertensi (52,94%) paling banyak, (61,77%) indeks masa tubuh normal (IMT < 25 kg/m²), sebagian kecil (10,3%) kebiasaan merokok, (97,06%) peningkatan kadar gula darah sewaktu, dan (44,11%) peningkatan kadar total kolesterol. Hipertensi , diabetes mellitus dan hiperkolesterolemia merupakan faktor resiko yang terbanyak sehingga diperlukan perilaku kesehatan untuk mengendalikan faktor resiko stroke (Sihombing et al., 2018; Boehme et al., 2017)

Perilaku yang diharapkan pada pasien pasca stroke adalah pengetahuan , sikap dan tindakan atau keterampilan. Pengetahuan pasien pasca stroke terkait dengan tanda gejala, penyebab dan faktor resiko sangat bervariasi. Bhat (2016) menyatakan bahwa mengontrol tekanan darah dapat mencegah stroke, otak merupakan organ yang terganggu sebanyak 69,1% dan jantung sebanyak 29,1%, artinya masih ada yang belum mengetahui bahwa organ yang terkena adalah otak. Untuk tingkat pengetahuan terkait faktor resiko seperti usia, jenis kelamin , tingkat pendidikan dan status ekonomi pengetahuan berkisar dari sedang sampai buruk. Persepsi pasien terkait dengan faktor resiko bahwa hipertensi , diabetes mellitus, hiperlipedemia merupakan faktor resiko yang banyak disebutkan , namun ada yang

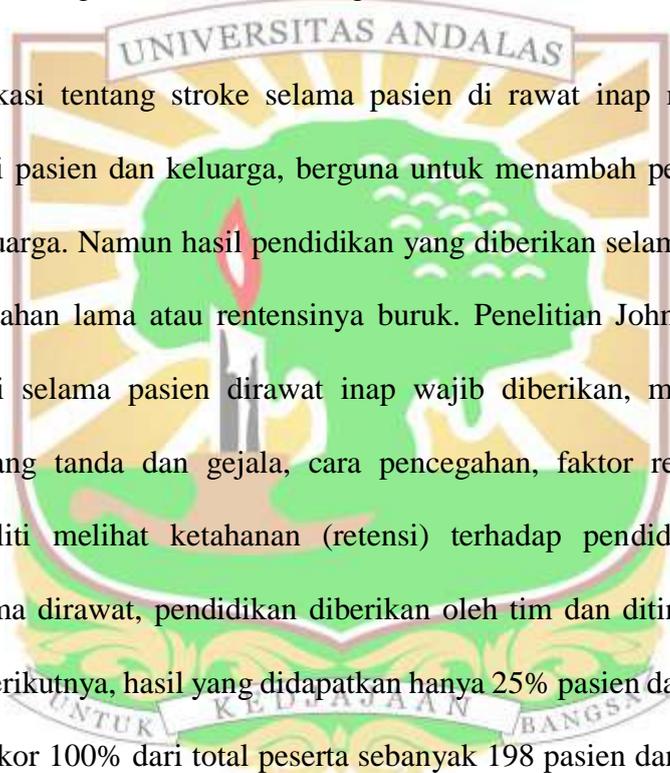
mempersiapkan bahwa perubahan cuaca juga merupakan faktor resiko stroke, di Uganda rokok tidak merupakan faktor resiko stroke. Mengenai perilaku kesehatan pribadi pasien pasca stroke , 28% pasien melaporkan ketidakpatuhan pengobatan, 26% tidak patuh terhadap kontrol kesehatan pada fasilitas pelayanan kesehatan dan 40% pasien tidak patuh terhadap pola diet khususnya pada pasien dengan diabetes mellitus atau hipertensi. (Alotaibi et al., 2017; Bhat et al., 2016; Sowtali et al., 2017; Kaddumukasa et al., 2015).

Pengetahuan tentang stroke dan perilaku kesehatan pribadi yang kurang optimal, sehingga menempatkan pasien pada resiko tinggi untuk terkena serangan berulang. Perilaku makan atau pola diet pada pasien pasca stroke yang buruk, dimana konsumsi garam yang berlebih, konsumsi gula yang tinggi, kurangnya konsumsi buah dan sayur serta rendahnya konsumsi biji- bijian dan tingginya asupan lemak (Virani et al., 2020 ; Murray et al., 2018). Rachmania, (2020) kurang patuhnya terhadap gaya hidup sehat terdiri dari pola diet, kurang konsumsi biji dan sayuran/serat , konsumsi alkohol , aktifitas fisik kurang ,perokok menyebabkan 64% kematian akibat jantung dan 61% akibat *cerebrovascular disease*. Sementara perilaku pasien pasca stroke yang banyak ditemui adalah gaya hidup seperti perilaku merokok, konsumsi alkohol, kurangnya aktivitas fisik. Penelitian Putri et al., (2018) tidak ada perbedaan yang signifikan antara perokok dan bukan perokok berkaitan dengan status neurologis pada 24 jam pertama serangan stroke, namun berpengaruh terhadap luaran fungsional dan disabilitas yang buruk pada penderita 3 bulan setelah onset.

Perilaku sehat dapat ditunjukkan dengan kepatuhan terhadap pengendalian faktor resiko pada pasien pasca stroke. Survei di Amerika sebanyak 16.818 orang mengungkapkan bahwa setidaknya ada 2 perilaku kesehatan yang tidak baik yang dimiliki oleh setiap individu seperti konsumsi alkohol yang berlebihan, merokok, kegemukan dan kurangnya aktifitas fisik pada orang dewasa (Uzhova et al., 2018) Bridges et al (2011) menyatakan individu yang memiliki 5 perilaku protektif (pola makan, aktifitas fisik, asupan alkohol, merokok dan indeks masa tubuh) memiliki seperempat beresiko terserang stroke dan cerebrovaskuler dibandingkan dengan mereka yang tidak memiliki perilaku protektif terhadap faktor resiko. Pengetahuan tentang stroke dan memiliki perilaku kesehatan pribadi yang kurang optimal sehingga memiliki resiko tinggi mengalami serangan stroke berulang (Role et al., 2020; Koenig et al., 2007)

Upaya pencegahan melalui edukasi terintegrasi bertujuan agar ada perubahan perilaku pasien pasca stroke, dan untuk mengatasi terjadinya perburukan pasca stroke dengan menjalankan perilaku hidup sehat sejak dini (Khalid et al., 2016). Namun 80% kejadian pasca stroke dapat dicegah dengan memodifikasi faktor resiko melalui intervensi medis dan perilaku. Menurut Maasland et al., (2011) edukasi kesehatan merupakan aspek penting karena dapat mendorong kepatuhan dan perilaku sehat dan meningkatkan pemahaman tentang stroke, pengetahuan pasien pasca stroke tentang etiologi dan tanda gejala yang sering disebut adalah hemiparesis dan faktor resiko utama pada diri sendiri adalah hipertensi, hiperkolesterolemia, dan merokok (Maasland, 2011). Menurut Hill & Towfighi, (2017) bahwa program

managemen diri pasien pasca stroke berpengaruh secara signifikan terhadap kesadaran diri dimana mampu mengendalikan faktor resiko medis khususnya ketidakkepatuhan dalam kontrol pengobatan, tekanan darah, gula darah dan basal metabolisme indeks. Ketidakpatuhan merupakan perilaku individu dan atau pemberi asuhan tidak mengikuti rencana perawatan atau pengobatan yang disepakati dengan tenaga kesehatan, sehingga menyebabkan pengobatan tidak efektif, komplikasi penyakit, tingginya angka *readmission* dan serangan berulang. (PPNI, 2017 ; Bridgwood et al., 2018)

The logo of Universitas Andalas is a shield-shaped emblem. At the top, a banner reads "UNIVERSITAS ANDALAS". The central part of the shield features a green tree with a red flame-like shape at its base. Below the tree, a banner reads "UNTUK KEDAJARAN BANGSA".

Intervensi edukasi tentang stroke selama pasien di rawat inap merupakan kebutuhan bagi pasien dan keluarga, berguna untuk menambah pengetahuan pasien dan keluarga. Namun hasil pendidikan yang diberikan selama di rawat inap tidak bertahan lama atau retensinya buruk. Penelitian Johnson et al., (2018) edukasi selama pasien dirawat inap wajib diberikan, materi yang diberikan tentang tanda dan gejala, cara pencegahan, faktor resiko yang dimiliki, peneliti melihat ketahanan (retensi) terhadap pendidikan yang diberikan selama dirawat, pendidikan diberikan oleh tim dan ditindaklanjuti pada 3 bulan berikutnya, hasil yang didapatkan hanya 25% pasien dan keluarga mendapatkan skor 100% dari total peserta sebanyak 198 pasien dan keluarga, secara keseluruhan tentang tanda dan gejala, faktor resiko adalah buruk. Sementara Mendyk et al., (2018) program pelatihan tentang cara mengukur tekanan darah, mengukur gula darah, tanda gejala, faktor resiko, pengobatan, selama pasien dirawat dan dilakukan dimonitor setiap 3 bulan selama 2 tahun via telpon dengan hasil menunjukkan pencegahan sekunder pasien baik dimana tekanan darah, gula darah terkontrol dengan baik, artinya

berhasilnya suatu pendidikan kesehatan menjadi tanggung jawab pribadi dan manajemen diri pasien dan keluarga merupakan tujuan yang sangat penting.

Elemen pendidikan pasien dan keluarga sekarang tertuang dalam Manajemen Komunikasi Edukasi (MKE). Manajemen edukasi menitik beratkan optimalisasi pemberian edukasi kepada pasien dan keluarga. Melibatkan pasien dalam proses asuhan sehingga terjadinya peningkatan kepatuhan professional pemberi asuhan dalam melakukan edukasi sesuai kebutuhan, diharapkan mampu menurunkan angka *readmission* *reta*, pasien dan keluarga mendapatkan pemahaman terkait kondisi dan perawatan lanjutannya yang merupakan hak pasien (KARS, 2019). Menurut Kyu et al., (2018) pendidikan berkelanjutan dirumah sakit secara komprehensif dan terintegrasi berfokus pada pasien dengan mengeksplorasi hubungan edukasi berkelanjutan dengan kompetensi komunikasi dapat meningkatkan pengetahuan pasien, menurunkan tingkat *readmission* penurunan lama di rawat dirumah sakit dan meningkatkan kepuasan (Kyu et al., 2018; Sukarip et al., 2019)

Pada paradigma lama praktik klinik masih didominasi oleh praktik kedokteran saat ini masuk kedalam era *patient center care* atau asuhan yang berpusat pada pasien dan keluarga serta *integrated* kolaborasi *interprofesional*. Upaya yang dilakukan untuk mendapatkan asuhan yang berpusat pada pasien diperlukan suatu interkolaborasi dari semua Professional Pemberi Asuhan (PPA). Apabila pemberi asuhan berkolaborasi dan saling berkoordinasi, maka akan terjaminlah suatu proses yang berkualitas, meningkatkan kesinambungan asuhan pasien, kepuasan pasien serta mengurangi lama rawat dan angka kematian, program edukasi pasien oleh

multidisiplin ilmu secara signifikan mampu meningkatkan pengetahuan tentang penyakitnya (Stuart, 2016; Gilbert et al., 2010; Nielsen et al., 2008).

Integrated kolaborasi dapat dilaksanakan diperlukan suatu kiat, salah satunya adalah bagaimana mengintegrasikan pelayanan asuhan keperawatan, asuhan gizi, asuhan farmasi, yang disusun kedalam panduan praktik klinik berupa alur klinis (*Clinical Pathway*) memberikan rencana tata laksana hari demi hari dengan standar pelayanan yang dianggap sesuai. Di dalam *clinical pathway* salah satu poin di dalamnya adalah edukasi terintegrasi yang diberikan oleh Profesional Pemberi Asuhan terdiri dari dokter, perawat, nutrisionis, dan farmasi. Penelitian Sukarip et al. (2019) faktor keberhasilan edukasi terintegrasi di rumah sakit antara lain budaya organisasi, pengetahuan, pemahaman setiap individu, dukungan pimpinan serta tersedianya fasilitas, kepatuhan setiap unit rawatan untuk melakukan edukasi terintegrasi sehingga peran kepala ruangan sangat penting dalam terlaksannya program edukasi di rumah sakit. (Sukarip et al. 2019 ; M, 2017 ; Pinzon, 2016

; Prusaczyk et al., 2019; KARS, 2019)

Penelitian Findyartini et al., (2019) tentang praktek kolaborasi interprofesional dalam layanan kesehatan, melihat persepsi, hambatan dan tantangan praktek kolaborasi dilayanan kesehatan. Penilaian terhadap persepsi praktek kolaborasi yang dirasakan baik oleh para professional kesehatan. Namun hambatan dan tantangan dalam penerapan praktek kolaborasi interprofesional belum optimal, diantaranya ketidak sesuaian antara kompetensi professional kesehatan, keterampilan kerjasama tim yang

buruk, keterampilan pimpinan yang lemah dan masalah yang lain diantara professional kesehatan (Reeves et al., 2010 ; Findyartini et al., 2019)

Keterampilan kerjasama tim menjadi pilar penting untuk meningkatkan pelayanan kesehatan. Salah satu kompetensi yang dimiliki tim adalah komunikasi antara profesional, manajemen konflik, kepemimpinan yang berfokus pada pasien. Kesesuaian antara kompetensi professional kesehatan dimana terkadang tenaga kesehatan tidak mengerjakan pekerjaan sesuai dengan kompetensinya, banyaknya pekerjaan yang harus dikerjakan sehingga kolaborasi menjadi tidak bias dihindari. Dalam kontek kesehatan, edukasi oleh tim kesehatan yang diberikan oleh Profesional Pemberi Asuhan (PPA), memberikan edukasi yang terintegrasi kepada pasien dan keluarga sehingga pasien dapat mengambil keputusan yang tepat untuk mengoptimalkan kesehatannya dan meningkatkan keselamatan pasien, kepuasan pasien dan keluarga (Soemantri et al., 2019 ; Gilbert et al., 2010 Findyartini et al., 2019 ; Donahue & Yen, 2011).

Rumah Sakit Umum Daerah Lubuk Sikaping adalah rumah sakit tipe C dengan kapasitas tempat tidur sebanyak 186 tempat tidur. RSUD Lubuk Sikaping lulus akreditasi Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) edisi 1 dengan hasil Paripurna. RSUD memiliki ruang rawat inap, rawat jalan, gawat darurat ruang rawatan intensif, di ruang rawat inap terdapat ruang neurologi dengan jumlah kasus stroke yang dirawat inap di tahun 2020 sebanyak 388 orang . karakteristik pasien yang dirawat inap alah rentang usia 35 tahun sampai 86 tahun dimana dari 388 orang terdapat 41% jenis kelamin laki-laki dan 58,5% perempuan jumlah yang terbanyak dirawat di raung

rawat inap neurologi, dan kejadian stroke berulang di tahun 2020 sebanyak 9,02 % kasus.

Observasi dan wawancara yang dilakukan diruang rawat inap dan rawat jalan pasien dengan stroke dari 10 yang diwawancarai dan observasi pasien 5 diantaranya memiliki riwayat hipertensi, saat diwawancara pasien mengatakan ada diberi edukasi oleh dokter, perawat namun, tidak mengerti dengan edukasi yang diberikan di karenakan terlalu cepat memberikan edukasinya, informasi diberikan hanya sekali dan tidak ada pengulangan, pemberian informasi tidak menyediakan waktu khusus dimana edukasi yang diberikan bersamaan dengan visite.

Wawancara mengenai faktor resiko yang dimiliki adalah hipertensi, diabetes mellitus, aktifitas fisik seperti olah raga teratur jarang sekali dilakukan, tentang penyakit hipertensi, pasien tahu bahwa hipertensi yang menyebabkan stroke namun diabetes mellitus tidak sebagai penyebab stroke, kepatuhan minum obat khususnya hipertensi pasien mengatakan tidak teratur minum obat penurunan tekanan darah dan hanya meminum saat tengkuk terasa berat dan tegang dan bawaan mau marah saja dan untuk kebiasaan makanan di rumah biasa saja tidak ada pembatasan garam, gula dan lemak tetap makan yang bersantan dan berminyak, selama perawatan pasien mengatakan makan yang disediakan di rumah sakit tidak pernah dihabiskan dengan alasan tidak ada rasa, dan pasien makan-makanan dari rumah atau dibeli.

Perilaku merokok, dari 10 yang diwawancarai mengatakan merokok tidak menjadi faktor yang menyebabkan stroke, bahkan keluarga mengatakan

setelah pulang dari rumah sakit pasien masih tetap merokok. Untuk aktifitas fisik pasca stroke pasien sejak dirumah pasien tidak pernah melakukan aktifitas fisik seperti latihan rentang gerak , berjalan atau berjemur, pasien lebih banyak tidur-tiduran saja. Untuk kontrol tekanan darah pasca stroke, kontrol hanya kerumah sakit saja setiap bulan saja saat obat habis, tidak pernah mengukur tekanan darah secara rutin dirumah.

Edukasi terintegrasi pada pasien pasca stroke merupakan suatu kegiatan yang dilaksanakan oleh PPA untuk mengidentifikasi kebutuhan edukasi pasien stroke, sehingga edukasi yang diberikan kepada pasien sesuai dengan yang dibutuhkan. Selama ini edukasi yang diberikan di RSUD Lubuk Sikaping sudah berjalan, dimana identifikasi kebutuhan belajar yang ada pada format edukasi terintegrasi bersifat umum tanpa merinci kebutuhan belajar dari masing-masing PPA. Pada format edukasi terintegrasi kebutuhan belajar untuk asuhan medis, asuhan keperawatan, asuhan gizi dan asuhan farmasi hanya menayakan apakah butuh asuhan tersebut, tanpa merinci kebutuhan edukasi secara jelas.

Materi edukasi yang diberikan sesuai yang tercantum di *clinical Pathway* stroke iskemik, contoh edukasi oleh perawat edukasi yang diberikan terkait dengan posisi dan aktivitas, pencegahan resiko jatuh, dan bantuan aktivitas tanpa merinci jenis aktivitas apa saja yang akan diberikan selama perawatan pasien. Untuk materi gizi terkait dengan penjelasan pemberian waktu makan bertahap sesuai dengan kemampuan menelan pasien. Preskripsi diet seperti kebutuhan energy pada fase akut, jumlah protein, lemak, karbohidrat,

kolesterol, serat natrium belum secara khusus diberikan oleh profesi gizi dari wawancara pasien dan keluarga menanyakan jenis apa yang boleh dimakan dan tidak boleh, dan bagaimana cara menghitung jumlah makanannya, edukasi ini tidak diberikan karena hanya menjalankan berdasarkan yang sudah ada dalam alur klinis tanpa dilakukan terlebih dahulu identifikasi kebutuhan belajarnya, pelaksanaan edukasi yang belum optimal sesuai dengan alur klinis yang ada sehingga pasien tidak merasakan manfaat akan edukasi yang diberikan selama dalam perawatan pasien.

1.2 Rumusan Masalah

Sebagian besar pasien pasca stroke mengalami gejala sisa yang sangat bervariasi, dapat berupa gangguan motorik (mobilisasi), penglihatan, pendengaran, bicara dan gangguan emosional. Perilaku hidup sehat yang dijalani pasien pasca stroke masih sangat rendah sehingga diperlukan intervensi kepada pasien untuk meningkatkan perilaku pasien. Pemberian Edukasi terintegrasi antara tim kesehatan yang terdiri dari dokter, perawat, farmasi dan gizi dapat memberikan informasi yang komplit dan lengkap kepada pasien. Rumusan masalah pada penelitian ini adalah “Apakah ada pengaruh program edukasi terintegrasi terhadap perilaku pasien pasca stroke”

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Mengetahui pengaruh program edukasi terintegrasi terhadap perilaku pasien pasca stroke yang dirawat di RSUD Lubuk Sikaping

1.3.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus penelitian ini untuk mengetahui :

- 1321 Mengetahui gambaran karakteristik responden pasien stroke (umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, serangan stroke, status ekonomi, budaya, status perkawinan, berat stroke, tipe stroke, faktor resiko stroke)
- 1322 Mengetahui distribusi frekuensi perilaku pasien pasca stroke (pengetahuan, sikap dan tindakan) sebelum dan sesudah edukasi terintegrasi
- 1323 Mengetahui pengaruh edukasi terintegrasi terhadap perilaku (pengetahuan, sikap, tindakan) pasien pasca stroke

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Pelayanan Keperawatan di rumah sakit

Hasil penelitian ini dapat bermanfaat dalam meningkatkan efisiensi dan efektifitas dalam pelaksanaan program edukasi terintegrasi pasien pasca stroke sehingga meningkat perilaku pasien dan keluarga dan meningkatkan mutu pelayanan di rumah sakit dan meningkatkan profesionalisme para professional pemberi asuhan di rumah sakit

1.4.2 Manfaat perkembangan ilmu keperawatan

Hasil penelitian diharapkan dapat digunakan sebagai bahan pengembangan ilmu pengetahuan bidang keperawatan medikal bedah mengenai intervensi edukasi terintegrasi dalam tatanan pelayanan kesehatan khususnya di rumah sakit

1.4.3 Manfaat bagi Peneliti

Memperkaya bahan referensi bagi peneliti selanjutnya yang ingin mengkaji masalah yang sama dengan variabel dan tempat yang berbeda pada waktu lain untuk mengembangkan dan meningkatkan pelayanan keperawatan kedepan.

