

SKRIPSI

**ANALISIS HUBUNGAN ANTARA KUALITAS INTERVENSI
KEPERAWATAN DENGAN LOS PASIEN STROKE
DI RUMAH SAKIT BAPTIS KEDIRI**

PENELITIAN *CROSS - SECTIONAL*

**Diajukan Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)
Pada Program Studi Ilmu Keperawatan
Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga**



Oleh :

WAHYU PUTRI SULISTYANING

NIM : 010531055 B

**PROGRAM STUDI SI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS AIRLANGGA**

SURABAYA

2007

SURAT PERNYATAAN

Saya bersumpah bahwa skripsi ini adalah hasil karya sendiri dan belum pernah dikumpulkan oleh orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di Perguruan Tinggi manapun.

Surabaya, 5 Pebruari 2007

Yang menyatakan,



Wahyu Putri Sulistyning
010531055B

LEMBAR PERSETUJUAN SKRIPSI

Skripsi Ini Telah Disetujui

Tanggal, 5 Pebruari 2007

Oleh

Pembimbing Ketua



Dr. Nursalam, M.Nurs (Hons)

NIP: 140238226

Pembimbing



Rizki Fitryasari P.K., S.Kep. Ners

NIP: 132318820

Mengetahui

a.n Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan

Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya

Wakil Ketua II



Dr.Nursalam, M.Nurs(Hons)

NIP:140238226

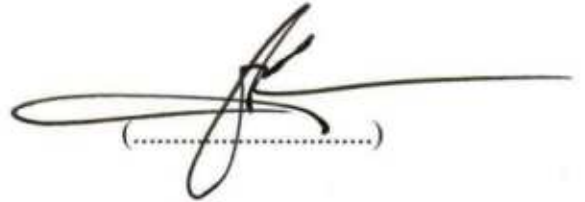
LEMBAR PENETAPAN PENGUJI

Telah diuji,

Pada tanggal, 7 Pebruari 2007

PANITIA PENGUJI

Ketua : Dr. Nursalam, M.Nurs (Hons)



(.....)

Anggota :1. Siti Guntarin, SKM



(.....)

2. Rizki Fitryasari P.K, S.Kep.Ns



(.....)

Mengetahui

a.n Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan

Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga

Wakil Ketua II



Dr. Nursalam, M.Nurs (Hons)
NIP:140238226

MOTTO

"But seek you first the kingdom of God and His righteousness, and everything will be added to you". (Matthew 6:33)

"Ananging kratone Allah lan kasampurnane iku padha upayanen dhisik nuli samubarang iku mau kabeh bakal diparingake marang sira". Mateus 6:33

UCAPAN TERIMA KASIH

Puji dan syukur kepada Tuhan Yesus Kristus atas segala kasih karunia yang telah dianugerahkan-Nya kepada saya sehingga saya dapat menyelesaikan skripsi dengan judul “Analisis Hubungan Antara Kualitas Intervensi Keperawatan dengan LOS Pasien Stroke di Rumah Sakit Baptis Kediri”. Skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep) pada Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga.

Berkenaan dengan ini, saya mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Prof. Dr. H. M. S. Wijadi, dr.Sp.THT selaku dekan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada kami untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan Program Studi S1 Ilmu Keperawatan.
2. Prof. Eddy Soewandoyo, dr., Sp.PD, KTI, selaku Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan yang telah memberikan kesempatan dan dorongan kepada kami untuk menyelesaikan Program Studi Sarjana Keperawatan.
3. Dr. Nursalam, M.Nurs (Hons), selaku Wakil Ketua II dan pembimbing ketua yang telah membimbing dan mengarahkan jalannya penelitian ini untuk mencapai hasil yang maksimal.
4. Rizki Fitryasari P.K., S.Kep.Ners, selaku pembimbing yang telah membantu mengarahkan penelitian ini dan memecahkan kesulitan-kesulitan yang ada.
5. dr. Soekoyo Suwandani, selaku Direktur Rumah Sakit Baptis Kediri yang telah memberikan izin untuk melaksanakan penelitian di Rumah Sakit Baptis Kediri.

6. Dra. Karmiatun, M.Kes, selaku Kepala Departemen Keperawatan Rumah Sakit Baptis Kediri yang telah memberikan kesempatan, dorongan dan saran untuk melaksanakan penelitian ini.
7. Keluarga saya terkasih, Bapak, Ibu, kakak-kakakku dan saudara-saudari atas dukungan yang luar biasa sehingga saya sanggup menyelesaikan tugas akhir ini.
8. Saudara-saudari yang banyak membantu saya di dalam doa dan menguatkan saya untuk terus bersandar Tuhan.
9. Perawat Bangsal III, Paviliun I dan Paviliun II Rumah Sakit Baptis Kediri yang telah bersedia menjadi subjek penelitian saya.
10. Pasien stroke di Rumah Sakit Baptis Kediri penelitian beserta keluarganya yang bersedia menjadi responden.
11. Teman-teman Angkatan B8, atas bantuan dan dukungannya.
12. Dan semua pihak yang secara langsung maupun tidak langsung memberikan dukungan dan bantuan dalam penyelesaian penelitian ini.

Kiranya Allah damai sejahtera mengaruniakan rahmat dan anugerah-Nya kepada semua pihak yang telah memberikan kesempatan, dukungan, dan bantuan dalam menyelesaikan skripsi ini.

Saya menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari sempurna, tetapi kiranya skripsi ini dapat bermanfaat bagi pembaca dan juga bagi keperawatan.

Surabaya, 5 Pebruari 2007

Penulis

ABSTRACT

CORRELATION BETWEEN LOS (LENGTH OF STAY) OF STROKE PATIENT AND QUALITY OF NURSING INTERVENTION

**Cross Sectional Study in Ward III, Pavilion I and Pavilion II
Kediri Baptist Hospital**

Wahyu Putri Sulistyning

Shortening or prolonging the hospital LOS may therefore increase the risk of not completing the evaluations and treatment needed and patient complication. Nursing intervention's needed to prevent both shortening or prolonging LOS.

The objective of the study was to prove the correlation between LOS of stroke patient and quality of nursing intervention in Ward III, Pavilion I and Pavilion II, Kediri Baptist Hospital.

This study used cross sectional design. The population was all nurses who worked in Ward III, Pavilion I and Pavilion II. Total sample was 38 persons, taken by purposive sampling. The independent variable was nursing intervention quality included independent intervention, dependent intervention, collaborative intervention, observation and health education. The dependent one was LOS of stroke patient. Data were collected by using structured questionnaire and respondent observation. Data were analyzed by using Spearman Rank Correlation with significant level $p < 0,05$.

The results showed that nursing observation as a part of nursing intervention had significant correlation with LOS of stroke patient which $p = 0,017$ and $r = 0,647$. The correlation between independent intervention, dependent intervention, collaborative intervention and health education were not present with $p > 0,05$.

In conclusions, the correlation between nursing intervention quality and LOS is not significant. Nursing observation is the one of nursing intervention that have significant correlation. It leads the nurse to increase their capability to do all of nursing intervention by following high education of nursing. Further studies are needed to prove the relationship between nursing problems and LOS of stroke patient.

Keywords: Quality of Nursing Intervention, LOS, Stroke Patient

DAFTAR ISI

Sampul Depan	i
Sampul Dalam dan Prasyarat Gelar	ii
Lembar Pernyataan	iii
Lembar Persetujuan	v
Lembar Penetapan Panitia Penguji	vi
Motto	vii
Ucapan Terima Kasih	viii
Abstract	ix
Daftar Isi	x
Daftar Tabel.....	xi
Daftar Gambar	xiii
Daftar Lampiran	xiv
Daftar Singkatan dan Istilah	xv
Bab 1 Pendahuluan	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penelitian	4
1.3.1 Tujuan Umum	4
1.3.2 Tujuan Khusus	4
1.4 Manfaat Penelitian	5
1.4.1 Manfaat Teoritis	5
1.4.2 Manfaat Praktis	5
Bab 2 Tinjauan Pustaka	6
2.1 Konsep Dasar Kualitas	6
2.1.1 Definisi Kualitas	6
2.1.2 Dimensi Kualitas	7
2.2 Konsep Dasar Intervensi Keperawatan	9
2.2.1 Definisi Intervensi Keperawatan	9
2.2.2 Tipe Intervensi	10
2.2.3 Pemilihan Intervensi	18
2.3 Konsep Dasar LOS (Length of Stay)	19
2.3.1 Definisi LOS	19
2.3.2 Faktor-faktor yang mempengaruhi	21
2.3.3 LOS Pasien Stroke	22
2.4 Konsep Dasar Stroke	22
2.4.1 Definisi Stroke	22
2.4.2 Insiden Stroke	23
2.4.3 Klasifikasi Stroke	23
2.4.4 Etiologi dan Faktor Resiko	25
2.4.5 Patofisiologi	27
2.4.6 Manifestasi Klinis	29
2.4.7 Defisit Neurologis pada Stroke	32
2.4.8 Asuhan Keperawatan pada Pasien Stroke	37
Bab 3 Kerangka Konseptual dan Hipotesis	44
Bab 4 Metode Penelitian	47
4.1 Desain Penelitian	47

4.2	Kerangka Kerja	47
4.3	Populasi, Sampel dan Sampling	49
4.3.1	Populasi	49
4.3.2	Sampel	49
4.3.3	Sampling	51
4.4	Identifikasi Variabel	52
4.4.1	Variabel Independen	53
4.4.2	Variabel Dependen	53
4.5	Definisi Operasional	54
4.6	Pengumpulan dan Pengolahan Data	55
4.6.1	Instrumen	55
4.6.2	Lokasi	55
4.6.3	Prosedur Pengumpulan Data	55
4.6.4	Cara Analisis Data	56
4.7	Etika Penelitian	57
4.7.1	Informed Consent	57
4.7.2	Anonimity	57
4.7.3	Confidentiality	57
4.8	Keterbatasan	57
Bab 5	Hasil dan Pembahasan	59
5.1	Hasil	59
5.1.1	Gambaran Umum Lokasi Penelitian	59
5.1.2	Data Umum	60
5.1.3	Data Khusus	66
5.2	Pembahasan	70
Bab 6	Kesimpulan dan Saran	77
6.1	Kesimpulan	78
6.2	Saran	78
	Daftar Pustaka	80
	Lampiran	82

DAFTAR TABEL

Tabel 4.1	Perhitungan banyak sampel perawat di ruang rawat inap RS Baptis Kediri	52
Tabel 4.2	Tabel distribusi jumlah sampel perawat di ruang rawat inap RS Baptis Kediri	52
Tabel 4.4	Definisi operasional hubungan antara kualitas intervensi keperawatan dengan LOS pasien stroke	53
Tabel 4.4	Tabel panduan interpretasi hasil uji hipotesis berdasarkan kekuatan korelasi, nilai p dan arah korelasi	56
Tabel 5.1	Tabel 5.1 Tabel LOS Pasien dan Diagnosa Medis Pasien Stroke di rumah Sakit Baptis Kediri tanggal 13 Januari 2007 sampai 22 Januari 2007	66
Tabel 5.2	Tabel rekapitulasi hubungan antara kualitas intervensi keperawatan dengan LOS pasien stroke di Rumah Sakit Baptis Kediri	68

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.4 Patofisiologi stroke	28
Gambar 3.1 Kerangka konseptual hubungan antara kualitas intervensi keperawatan dengan LOS pasien stroke	44
Gambar 4.1 Kerangka kerja hubungan antara kualitas intervensi keperawatan dengan LOS pasien stroke	48
Gambar 5.1 Gambar diagram pie karakteristik perawat berdasarkan kelompok umur di Bangsal III, Paviliun I dan Paviliun II Rumah Sakit Baptis Kediri	60
Gambar 5.2 Gambar diagram pie karakteristik perawat berdasarkan jenis kelamin di Bangsal III, Paviliun I dan Paviliun II Rumah Sakit Baptis Kediri	61
Gambar 5.3 Gambar diagram pie karakteristik perawat berdasarkan status pernikahan di Bangsal III, Paviliun I dan Paviliun II Rumah Sakit Baptis Kediri	61
Gambar 5.4 Gambar diagram pie karakteristik perawat berdasarkan pendidikan di Bangsal III, Paviliun I dan Paviliun II Rumah Sakit Baptis Kediri	62
Gambar 5.5 Gambar diagram pie karakteristik perawat berdasarkan masa kerja di Bangsal III, Paviliun I dan Paviliun II Rumah Sakit Baptis Kediri	62
Gambar 5.6 Gambar diagram pie karakteristik perawat berdasarkan status kepegawaian di Bangsal III, Paviliun I dan Paviliun II Rumah Sakit Baptis Kediri	63

Gambar 5.7	Gambar diagram pie karakteristik pasien berdasarkan kelompok umur di Bangsal III, Paviliun I dan Paviliun II Rumah Sakit Baptis Kediri	63
Gambar 5.8	Gambar diagram pie karakteristik pasien berdasarkan jenis kelamin di Bangsal III, Paviliun I dan Paviliun II Rumah Sakit Baptis Kediri.....	64
Gambar 5.9	Gambar diagram pie karakteristik pasien berdasarkan pekerjaan di Bangsal III, Paviliun I dan Paviliun II Rumah Sakit Baptis Kediri	64
Gambar 5.10	Gambar diagram pie karakteristik pasien berdasarkan riwayat penyakit di Bangsal III, Paviliun I dan Paviliun II Rumah Sakit Baptis Kediri	65
Gambar 5.11	Gambar diagram pie karakteristik pasien berdasarkan tempat dirawat di Bangsal III, Paviliun I dan Paviliun II Rumah Sakit Baptis Kediri	65
Gambar 5.12	Gambar diagram pie karakteristik pasien berdasarkan LOS di Bangsal III, Paviliun I dan Paviliun II Rumah Sakit Baptis Kediri	66
Gambar 5.13	Kualitas Intervensi Keperawatan dengan Penilaian Kuesioner di Rumah Sakit Baptis Kediri tanggal 13 Januari 2007 sampai dengan tanggal 22 Januari 2007.....	67
Gambar 5.14	Kualitas Intervensi Keperawatan dengan Penilaian Observasi di Rumah Sakit Baptis Kediri tanggal 13 Januari 2007 sampai dengan tanggal 22 Januari 2007.....	67

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Surat permohonan bantuan fasilitas penelitian	80
Lampiran 2	Surat izin melakukan penelitian di Rumah Sakit Baptis Kediri	81
Lampiran 3	Lembar Persetujuan Menjadi Responden	82
Lampiran 4	Kuesioner Kualitas Intervensi Keperawatan	83
Lampiran 5	Lembar Observasi Kualitas Intervensi Keperawatan	89
Lampiran 6	Data Pasien Stroke di Rumah Sakit Baptis Kediri	93
Lampiran 7	Data rekapitulasi penilaian kualitas intervensi keperawatan	95
Lampiran 8	Hasil analisis data dengan korelasi Spearman Rank	99
Lampiran 9	Prosedur tetap tindakan keperawatan	103

DAFTAR ISTILAH DAN SINGKATAN

AKS : Aktvitas Kehidupan Sehari-hari

AVPU: Awareness, Verbal responses, Pain responses, Unresponses

GCS: Glasgow Coma Scale

Kepmenkes : Keputusan Menteri Kesehatan

LOS : Length of Stay

MAV: Maljunction of Arterio Vena

PIS: Perdarahan Intra Serebral

PSA: Perdarahan Sub Arachnoid

RIND: Reversible Ischemic Neurological Deficit

ROM: Range of Motion

SAP: Satuan Acara Pembelajaran

SOP : Standar Operasional Prosedur

tPA: tissue Plasminogen Activator

Yastroki : Yayasan Stroke Indonesia

BAB 1
PENDAHULUAN

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Stroke merupakan penyakit degeneratif yang menjadi salah satu penyebab utama pasien masuk rumah sakit. Alasan utama pasien stroke dirawat di rumah sakit adalah karena mereka memerlukan tindakan diagnostik yang perlu diikuti dengan tindakan medis untuk mencegah terjadinya stroke ulang (*Wrongdiagnosis*, 2006). Kompleksnya masalah yang terjadi pada pasien stroke, membuat pasien tersebut harus menjalani masa rawat inap (*Length of Stay*) yang cukup lama sehingga diperlukan asuhan keperawatan yang berkualitas selama pasien dirawat di rumah sakit. Kualitas asuhan keperawatan adalah suatu keselarasan antara perawatan aktual dan kriteria yang telah dibentuk sebelumnya (Donabedian, 1970 dalam Marr, 2001) dan intervensi keperawatan merupakan bagian dari asuhan yang berperan penting dalam pencapaian kualitas tersebut. Kualitas intervensi keperawatan yang terlaksana dengan baik dapat membantu pasien dalam beralih dari tingkat kesehatan saat ini ke tingkat kesehatan yang diinginkan sesuai dengan hasil yang diharapkan (Gordon, 1994 dalam Potter & Perry, 2005) sehingga LOS pasien stroke berada pada kisaran normal. LOS (*Length of Stay*) merupakan salah satu tolok ukur efektifitas dan efisiensi layanan perawatan di suatu rumah sakit (Black & Pearson, 2006) yaitu menunjukkan kualitas suatu asuhan yang diberikan di suatu rumah sakit. Di Rumah Sakit Baptis Kediri, intervensi keperawatan sebagai bagian penting dari asuhan keperawatan sudah dilaksanakan tetapi belum optimal. Belum optimalnya intervensi keperawatan yang dilakukan perawat

tergambar dengan masih banyak perawat yang melakukan intervensi yang tidak sesuai dengan standar operasional, seperti alih posisi pasien imobil yang seharusnya dilakukan setiap 2 jam, dilakukan tiap 4 jam sekali atau bahkan tiap *shift* atau kurang memberikan latihan baik secara aktif maupun pasif. Kondisi-kondisi tersebut menunjukkan kualitas intervensi keperawatan yang diberikan kurang optimal dan mungkin akan memperpanjang LOS pasien stroke. Namun kemungkinan adanya hubungan antara kualitas intervensi keperawatan dengan LOS-pasien stroke belum diketahui dengan jelas.

Stroke terjadi bukan saja di negara berkembang tetapi juga di negara maju. Stroke menempati urutan ketiga sebagai penyebab kematian utama di Indonesia. Diperkirakan 500.000 orang per tahun terkena stroke dan 2.5 % diantaranya meninggal dunia (Yastroki, 2006). Dari semua penderita yang masuk RSUD Dr. Soetomo di Lab. Ilmu Saraf, stroke menempati urutan pertama (52.5%) dari seluruh penyakit saraf yang ada. Di Rumah Sakit Baptis Kediri, stroke merupakan penyakit non infeksi yang menduduki peringkat pertama pada angka kesakitan (40%) dari 25 jenis penyakit lainnya. Berdasarkan data dari bulan Januari sampai bulan Oktober 2006, sejumlah 311 pasien stroke dirawat di Rumah Sakit Baptis Kediri (Medical Record RS Baptis Kediri, 2006). Pada umumnya LOS pasien stroke berkisar antara 7-14 hari (Ruralstroke, 2006) dan di Rumah Sakit Baptis Kediri LOS pasien stroke berkisar antar 3-32 hari (pasien pulang hidup), yang menunjukkan LOS pasien stroke bervariasi. LOS pasien stroke yang pendek (< 7 hari) mungkin meningkatkan resiko akan tidak lengkapnya pengobatan, perawatan, evaluasi kondisi pasien dan kesiapan pasien untuk pulang sehingga pasien dipulangkan dalam kondisi yang tidak stabil yang dapat menyebabkan

pasien akan lebih cepat kembali masuk rumah sakit dalam keadaan yang lebih buruk dan memerlukan waktu perawatan yang lebih lama (Bmjjournal, 2006). Sebaliknya, LOS yang panjang seringkali merupakan suatu konsekuensi adanya komplikasi pada pasien (CDC, 2006) yang mengakibatkan pasien terpapar dengan infeksi nosokomial.

Kemampuan dan kesiapan perawatan pasien stroke khususnya selama fase akut dan fase rehabilitasi baik di rumah sakit, dalam keluarga maupun dalam masyarakat masih sangat terbatas (Yastroki, 2006). Keterbatasan tersebut menuntut suatu asuhan keperawatan yang berkualitas yang salah satu bagian pentingnya adalah intervensi keperawatan. Intervensi keperawatan ditentukan berdasarkan diagnosis keperawatan yang telah dibuat dan tujuan atau hasil yang diharapkan (Saba, 2003). Kepmenkes No. 1239/Menkes/SK/XI/2001 pasal 15 ayat (b) menyatakan bahwa tindakan keperawatan (intervensi keperawatan) meliputi intervensi keperawatan, observasi keperawatan dan pendidikan kesehatan. Intervensi keperawatan yang tidak optimal dapat mengakibatkan tertundanya peralihan tingkat kesehatan pasien ke arah yang lebih baik sehingga dapat mengurangi LOS atau memperpanjang LOS pasien stroke. Kedua kondisi tersebut menunjukkan kualitas asuhan keperawatan yang kurang yang dapat merugikan pasien karena pasien tidak dapat mencapai tingkat kesehatan yang optimal sehingga pasien harus mengeluarkan biaya yang lebih besar. Akibatnya kepercayaan pasien akan rumah sakit berkurang, BOR menurun dan rumah sakit mengalami kerugian.

Intervensi keperawatan dikatakan berkualitas apabila diterapkan secara efektif dan efisien, menyeluruh dan berkesinambungan sampai tercapai sesuai

hasil yang diharapkan. Intervensi keperawatan yang berkualitas pada pasien stroke akan membantu pasien mencapai tingkat kesehatan yang optimal sehingga LOS pasien stroke berada pada kisaran normal. Hal ini akan mengakibatkan pasien merasa puas karena telah memilih untuk menggunakan perawatan tersebut (Williamson, 1974 dalam Marr, 2001). Karena itu, peneliti tertarik untuk meneliti hubungan antara kualitas intervensi keperawatan dengan LOS pasien stroke di Rumah Sakit Baptis Kediri sehingga dapat digunakan untuk menghindari memendek atau memanjangnya LOS pasien stroke dan sebagai acuan untuk meningkatkan kualitas intervensi keperawatan pada pasien stroke selama dirawat di rumah sakit.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan pernyataan di atas, dapat dirumuskan suatu pertanyaan masalah sebaai berikut:

Apakah ada hubungan antara kualitas intervensi keperawatan dengan LOS pasien stroke di Rumah Sakit Baptis Kediri?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Menjelaskan hubungan antara kualitas intervensi keperawatan dengan LOS pasien stroke di Rumah Sakit Baptis Kediri.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi LOS pasien stroke di Rumah Sakit Baptis Kediri.
2. Mengidentifikasi kualitas intervensi keperawatan pada pasien stroke di Rumah Sakit Baptis Kediri

3. Mengidentifikasi hubungan antara intervensi keperawatan mandiri dengan LOS pasien stroke di Rumah Sakit Baptis Kediri.
4. Mengidentifikasi hubungan antara intervensi keperawatan tergantung dengan LOS pasien stroke di Rumah Sakit Baptis Kediri.
5. Mengidentifikasi hubungan antara intervensi kolaboratif dengan LOS pasien stroke di Rumah Sakit Baptis Kediri.
6. Mengidentifikasi hubungan antara observasi keperawatan dengan LOS pasien stroke di Rumah Sakit Baptis Kediri.
7. Mengidentifikasi hubungan antara pendidikan kesehatan dengan LOS pasien stroke di Rumah Sakit Baptis Kediri.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Diketahuinya hubungan antara kualitas intervensi keperawatan dengan LOS pasien stroke dapat digunakan sebagai referensi untuk penelitian manajemen keperawatan, terutama dalam penjaminan dan peningkatan kualitas asuhan keperawatan.

1.4.2 Manfaat Praktis

Adanya hubungan antara kualitas intervensi keperawatan dengan LOS pasien stroke di Rumah Sakit Baptis Kediri dapat digunakan sebagai acuan untuk merumuskan asuhan keperawatan pada pasien stroke dengan intervensi yang efektif dan efisien.

BAB 2
TINJAUAN PUSTAKA

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Bab ini menjelaskan konsep-konsep yang mendasari penelitian tentang hubungan antara kualitas intervensi keperawatan dengan LOS pasien stroke di Rumah Sakit Baptis Kediri yang meliputi 1) konsep kualitas; 2) konsep intervensi keperawatan; 3) konsep LOS dan 4) konsep stroke.

2.1 Konsep kualitas

2.1.1 Definisi

“Kualitas adalah faktor keputusan mendasar dari pelanggan. Kualitas adalah penentuan pelanggan, bukan ketetapan insinyur, pasar atau manajemen. Kualitas berdasarkan atas pengalaman nyata pelanggan terhadap produk dan jasa pelayanan, mengukurnya, mengharapkannya, dijanjikan atau tidak, sadar atau hanya dirasakan, operasional teknik atau subjektif sama sekali dan selalu menggambarkan target yang bergerak dalam pasar yang kompetitif (Feigenbaum, dalam Wijono, 1999)”. J.M. Juran, juga dalam Wijono, 1999 mengemukakan tentang kualitas sebagai berikut: “Banyak arti tentang kualitas, namun dua diantaranya sangat penting bagi manajer meskipun tidak semua pelanggan menyadarinya, yaitu:

- Kualitas sebagai keistimewaan produk

Di mata pelanggan, semakin istimewa suatu produk, semakin tinggi pula kualitasnya.

- Kualitas berarti bebas dari kekurangan (defisiensi)

Di mata pelanggan, semakin sedikit kekurangan, semakin baik kualitasnya. Keistimewaan produk akan berdampak pada penjualannya, dalam arti semakin tinggi kualitas suatu produk berdampak pada semakin tingginya nilai jual produk tersebut. Produk yang bebas dari kekurangan (defisiensi) berdampak pada biaya, yaitu semakin rendahnya biaya yang dikeluarkan.

Dalam dunia perawatan kesehatan, konsep kualitas tidak mudah didefinisikan. Lee dan Jones (1933) mendefinisikan kualitas asuhan sebagai penerapan dari seluruh pelayanan pengobatan ilmiah modern yang diperlukan untuk memenuhi kebutuhan seluruh masyarakat (Marr, 2001). Apabila dihubungkan dengan proses evaluasi, kualitas asuhan didefinisikan sebagai keselarasan antara perawatan aktual dan kriteria yang telah ditetapkan sebelumnya (Donabedian, 1970 dalam Marr, 2001). Definisi kualitas keperawatan yang berorientasi pada proses dan hasil adalah, "Derajat dipenuhinya standar profesi atau *standard operating procedure* dalam pelayanan pasien dan terwujudnya hasil-hasil atau *outcomes* seperti yang diharapkan oleh profesi maupun pasien yang menyangkut pelayanan, diagnosa, terapi, prosedur atau tindakan pemecahan masalah klinis" (Wijono, 1999). Asuhan keperawatan yang berkualitas meliputi asuhan keperawatan yang dilaksanakan secara menyeluruh dan berkesinambungan dan dapat mencapai hasil yang telah ditetapkan.

2.1.2 Dimensi Kualitas

Kualitas sebagai suatu fenomena yang komprehensif dan multi facet perlu dijaga berdasarkan beberapa dimensi. Dimensi tersebut menurut Donabedian (1966) meliputi tiga aspek yaitu aspek teknik, aspek interpersonal dan organisasi dari perawatan. Masing-masing aspek memiliki atribut, yaitu (Marr, 2001):

Tabel 2.1 Dimensi Kualitas Menurut Donabedian

Dimensi Kualitas (Donabedian, 1966)		
Kinerja teknik	Perawatan interpersonal	Aspek-aspek organisasi
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Efektifitas ▪ Keahlian ▪ Kemampuan ▪ Keamanan ▪ Kehati-hatian ▪ Indikator-indikator dari keperawatan dan pengobatan 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Menghormati orang lain ▪ Kerahasiaan ▪ Penyediaan informasi yang mencukupi ▪ Pembentukan suatu hubungan ▪ Minat personal ▪ Otonomi klien ▪ Kesetaraan 	Aspek-aspek lingkungan seperti <ul style="list-style-type: none"> ▪ Keamanan ▪ Kenyamanan ▪ Perlengkapan ▪ Kesenambungan ▪ Efisiensi

Dimensi kualitas pelayanan kesehatan menurut Garvin (1988):

- 1) Penampilan (*performance*)
- 2) Gambaran atau keistimewaan (*features*)
- 3) Ketahanan (*reliability*)
- 4) Kesesuaian (*conformity*)
- 5) Lama bertahan (*durability*)
- 6) Kemampuan pelayanan (*serviceability*)
- 7) Estetika (*aesthetics*)
- 8) Mutu yang dirasakan (*perceived quality*)

Dimensi kualitas menurut Lori Di Prete Brown, *et al*:

- 1) Kompetensi teknis (*technical competence*)
- 2) Akses terhadap pelayanan (*access to service*)
- 3) Efektifitas (*effectiveness*)
- 4) Efisiensi (*efficiency*)
- 5) Kontinuitas (*continuity*)
- 6) Keamanan (*safety*)

7) Hubungan antar manusia (*interpersonal relation*)

8) Kenyamanan (*amenities*)

Dimensi kualitas dapat digunakan untuk membantu pola pikir dalam menetapkan masalah dan menganalisa masalah yang ada untuk mengukur pencapaian standar program atau standar pelayanan kesehatan. Pencapaian dimensi kualitas menunjukkan pencapaian kualitas itu sendiri. Semakin lengkap dimensi kualitas yang dilaksanakan semakin tinggi pula kualitasnya.

2.2 Konsep Intervensi Keperawatan

2.2.1 Definisi

Intervensi keperawatan adalah semua tindakan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien beralih dari status kesehatan saat ini ke status kesehatan yang diuraikan dalam hasil yang diharapkan (Gordon, 1994 dalam Potter & Perry, 2005). Intervensi keperawatan didefinisikan sebagai suatu tindakan keperawatan meliputi aktivitas, prosedur dan penatalaksanaan keperawatan yang dirancang untuk mencapai hasil terhadap diagnosis baik keperawatan maupun medis sesuai dengan batas kewenangan perawat (Saba, 2003) dan perawat menggunakan pendekatan metodis dan sistematis didasarkan pada riset untuk merencanakan dan memilih intervensi yang sesuai (Bulechek & McCloskey, 1995). Intervensi keperawatan merupakan bagian integral dari asuhan keperawatan yang sangat penting karena berkaitan dengan tindakan yang diberikan kepada pasien secara langsung yang ditentukan setelah tujuan/kriteria hasil ditetapkan. Metoda pemilihan intervensi keperawatan selalu sama tetapi tipe intervensi yang ditentukan berbeda tergantung kebutuhan masing-masing

individu. Intervensi keperawatan harus spesifik dan dinyatakan dengan jelas sehingga dapat menurunkan lamanya hari perawatan (*Length of Stay*) dan memfasilitasi pemulangan lebih dini. Pemilihan intervensi keperawatan yang tidak spesifik dapat mengakibatkan asuhan keperawatan menjadi tidak lengkap atau tidak akurat, kurang kontinuitas antar pemberi perawatan dan memperburuk penggunaan sumber-sumber di rumah sakit.

2.2.2 Tipe Intervensi Keperawatan

Terdapat tiga kategori dalam intervensi keperawatan yang dalam pemilihannya didasarkan atas kebutuhan klien. Satu klien mungkin memerlukan seluruh tipe intervensi keperawatan sementara klien lainnya mungkin hanya membutuhkan intervensi yang diprakarsai perawat dan dokter. Dalam Kepmenkes No. 1239/Menkes/SK/XI/2001 pasal 15 ayat (b) tertulis: tindakan keperawatan sebagaimana tersebut pada ayat (a) meliputi: intervensi keperawatan, observasi keperawatan dan pendidikan kesehatan.

2.2.2.1 Intervensi keperawatan

1. Tindakan Mandiri/*Independent*/Intervensi perawat

Merupakan respon perawat terhadap kebutuhan perawatan kesehatan dan diagnosa keperawatan klien yaitu suatu tindakan otonom berdasarkan rasional ilmiah yang dilakukan untuk keuntungan klien dengan cara yang diprediksi berhubungan dengan diagnosa keperawatan dan kebutuhan klien. Intervensi ini tidak membutuhkan supervisi atau arahan dari pihak lain seperti dokter atau profesi lainnya karena bersifat otonomi. Perawat berwenang secara legal atas pengkajian yang dibuat dan respon keperawatannya. Tindakan perawat tersebut meliputi:

- 1) Membantu melaksanakan aktivitas kehidupan sehari-hari (*AKS/Activity Daily of Living*) meliputi makan, mandi/higiene, berpakaian/berdandan, toileting dan instrumental (Carpenito, 1999).
 - 2) Melaksanakan dukungan nutrisi yaitu intervensi untuk memodifikasi dan mempertahankan status nutrisi.
 - 3) Penatalaksanaan eliminasi yaitu menetapkan dan mempertahankan eliminasi pola defekasi dan urine yang teratur dan mengatasi komplikasi yang terjadi akibat perubahan pola.
 - 4) Penatalaksanaan imobilitas yaitu intervensi untuk mengatasi gerakan tubuh yang terbatas dan akibatnya.
 - 5) Intervensi untuk mempertahankan suhu tubuh dalam batasan normal.
 - 6) Intervensi untuk mengoptimalkan sirkulasi darah dan cairan ke jaringan.
 - 7) Intervensi untuk memberikan bantuan langsung jangka pendek dalam krisis psikologi atau fisiologi.
 - 8) Intervensi untuk mengatur keseimbangan elektrolit/asam basa dan mencegah komplikasi.
 - 9) Meningkatkan kenyamanan lingkungan fisik.
 - 10) Meningkatkan patensi jalan nafas dan pertukaran gas.
 - 11) Intervensi untuk mempertahankan atau memulihkan fungsi kulit.
 - 12) Intervensi untuk memfasilitasi pengiriman dan penerimaan pesan verbal dan non verbal.
2. Tindakan Tidak Mandiri/ tergantung (*Dependent*)

Dapat disebut juga intervensi dokter yang didasarkan pada respon dokter terhadap diagnosa medis dan perawat menyelesaikan instruksi tertulis dari dokter

(Bulechek & McCloskey, 1994 dalam Potter, 2005). Intervensi ini tidak selalu berada dalam praktik legal keperawatan dan dapat dipadukan dengan rencana keperawatan sehingga instruksi tersebut dapat dilaksanakan dengan aman dan efisien. Contoh-contoh dari intervensi dokter ini antara lain memberikan medikasi, mengimplementasikan suatu prosedur invasif, mengganti balutan dan menyiapkan klien untuk pemeriksaan diagnostik. Setiap intervensi dokter membutuhkan tanggung jawab keperawatan yang spesifik dan pengetahuan keperawatan tentang teknik yang spesifik pula. Misalnya dalam memberikan obat-obatan perawat bertanggungjawab untuk mengetahui klasifikasi obat, kerja fisiologisnya, dosis normal, efek samping dan intervensi keperawatan yang berhubungan dengan kerja obat atau efek sampingnya. Pada prosedur invasif atau mengganti balutan perawat bertanggung jawab untuk mengetahui kapan prosedur tersebut dilaksanakan, keterampilan klinis yang diperlukan dan hasil yang diharapkan serta kemungkinan terjadinya efek samping. Untuk pemeriksaan diagnostik, perawat bertanggung jawab atas penjadwalan, persiapan klien, nilai normal dan implikasi perawatan yang berkaitan dengan pemeriksaan tersebut. Selain itu, perawat juga bertanggung jawab atas persiapan yang adekuat dan komunikasi yang sesuai tentang hasilnya.

3. Tindakan kolaboratif (*Interdependent*)

Tindakan ini adalah aktivitas yang dilaksanakan atas kerja sama dengan pihak lain atau tim kesehatan lain (Kusnanto, 2004). Tindakan ini membutuhkan pengetahuan, keterampilan dan keahlian dari berbagai profesional perawatan kesehatan. Tindakan kolaboratif digambarkan oleh *American Nurses Association* sebagai kerja sama sejati yang berarti didalamnya terdapat kesamaan kekuatan dan nilai-nilai dari kedua belah pihak, dengan pengakuan dan penerimaan terpisah

serta kombinasi dari lingkup aktivitas dan pertanggungjawaban bersama-sama, saling melindungi kepentingan setiap bagian dan bersama-sama mencapai tujuan yang telah disepakati oleh setiap bagian. Akan tetapi, bukan berarti permintaan dari tim kesehatan lain dapat diikuti secara membuta, perawat berdasarkan pengetahuannya yang kuat dapat mengenali medikasi atau prosedur yang tidak sesuai untuk diberikan kepada pasien. Misalnya seorang pasien stroke dengan hemiplegi mengalami masalah yang berhubungan dengan kerusakan sensasi dan mobilisasi, dan tidak mampu menyelesaikan aktivitas kehidupan sehari-harinya secara mandiri sehingga untuk mempertahankan tingkat kesehatannya saat ini perawatan klien ini membutuhkan koordinasi intervensi kolaboratif dari berbagai disiplin ilmu seperti fisioterapis, ahli gizi, ahli terapi okupasi dan lainnya untuk mencapai tujuan. Dalam hal ini perawat berperan penting untuk mengkoordinasikan masalah pasien tersebut, membuat rencana berdasarkan hasil kolaborasi, mengimplementasikan terapi dan mencatatnya dalam status pasien. Mengklarifikasi pesanan adalah praktik keperawatan yang kompeten dan praktik tersebut dapat melindungi klien dan anggota sistem pelayanan kesehatan. Perawat yang melakukan intervensi keperawatan yang tidak sesuai atau tidak tepat kesalahannya sama dengan orang yang menuliskan atau memindahkan instruksi dari tim kolaboratif lain.

Tindakan kolaboratif ini meliputi tindakan konsultasi. Konsultasi ini diperlukan ketika perawat lebih mungkin untuk mengidentifikasi masalah yang membutuhkan pengetahuan, keterampilan atau sumber daya lainnya (Lund, 1994). Konsultasi adalah proses dimana keahlian dari seorang ahli (spesialis) dicari untuk mengidentifikasi cara-cara untuk mengatasi masalah dalam penatalaksanaan klien

atau dalam merencanakan dan mengimplementasikan program. Konsultasi dilakukan jika perawat sudah mengidentifikasi suatu masalah tetapi tetap tidak dapat mengatasinya dengan menggunakan pengetahuan, keterampilan dan sumber-sumber pribadi. Dalam konsultasi, masalah pasien harus diidentifikasi dengan spesifik, kemudian konsultasi harus diarahkan kepada profesional yang tepat, baik perawat lain yang lebih ahli atau tim kesehatan lain. Informasi yang disampaikan kepada konsultan harus tepat dan sesuai dengan masalah yang ada, bukan informasi yang bias, selain itu perawat harus selalu siap untuk mendiskusikan temuan-temuan, hasil konsultasi dan rekomendasi. Meskipun perawat memfasilitasi konsultan untuk bertemu dengan pasien tetapi bukan berarti perawat boleh meninggalkannya dalam arti bukan berarti masalah pasien tersebut dilimpahkan kepada konsultan. Dan pada akhirnya, perawat memadukan hasil konsultasi dengan rencana keperawatan yang dibuat.

2.2.2.2 Observasi keperawatan

Observasi keperawatan adalah tindakan pemantauan dan pencatatan perkembangan pasien (Direktorat Pelayanan Keperawatan Dirjen Pelayanan Medik, Depkes RI, 2001). Dalam observasi, perawat mengumpulkan data dan menganalisisnya didalam status pasien. Data yang dikumpulkan diperoleh dari hasil mengamati kondisi pasien selama masa dirawat, pengukuran tanda dan gejala dengan tehnik inspeksi, perkusi, palpasi dan auskultasi seperti tanda-tanda vital, skala nyeri, gas darah arteri, pola napas, kedalaman napas, berat badan, tinggi badan dan lain sebagainya dengan dibantu beberapa alat/instrumen lainnya (Potter,2005). Observasi keperawatan merupakan dasar untuk menentukan intervensi keperawatan lain.

2.2.2.3 Pendidikan kesehatan

1. Pengertian

Pendidikan kesehatan adalah pengembangan pemberian instruksi dan pengalaman pembelajaran untuk memfasilitasi perkembangan adaptasi tingkah laku yang mendukung kesehatan individu, keluarga, kelompok dan komunitas (Direktorat Pelayanan Keperawatan Dirjen Pelayanan Medis Depkes RI, 2001). Pendidikan kesehatan menyajikan prinsip, prosedur dan teknik yang tepat tentang perawatan kesehatan klien dan menginformasikan status kesehatan klien (Potter, 2005). Pendidikan kesehatan berfokus pada pertumbuhan intelektual atau mendapatkan pengetahuan atau keterampilan psikomotor yang baru (Redman, 1993). Pendidikan ini diarahkan pada kegiatan meningkatkan, mempertahankan dan memulihkan status kesehatan, mencegah penyakit dan membantu individu untuk mengatasi efek sisa penyakit. Dalam pemberian pendidikan kesehatan ini, perawat bertanggung jawab untuk mengkaji kebutuhan pembelajaran pasien dan bertanggung gugat atas kualitas edukasi yang diberikan.

Perawat melaksanakan perannya sebagai pendidik melalui pemberian pengetahuan yang terkait dengan keperawatan dan tindakan medik yang diterima sehingga klien/keluarga dapat menerima tanggung jawab terhadap hal-hal yang diketahuinya. Individu berhak untuk memilih akan belajar atau tidak, tetapi perawat bertanggung jawab menyampaikan informasi yang akan memotivasi individu untuk menyadari kebutuhan akan belajar. Karena setiap pasien berhak untuk memperoleh pelayanan yang paripurna termasuk didalamnya pendidikan kesehatan, maka perawat perlu menekankan pemberian pendidikan kesehatan ini dalam praktik/tindakan mandiri perawat sehingga tercapai tujuan keperawatan.

Pendidikan kesehatan dapat membantu pasien untuk beradaptasi dengan penyakitnya, belajar untuk mengatasi masalah ketika menghadapi situasi baru (Brunner & Suddarth).

2. Faktor-faktor yang berpengaruh pada pendidikan kesehatan.

Pendidikan kesehatan bertujuan untuk mengajarkan orang hidup dalam kondisi terbaik yaitu berusaha keras untuk mencapai tingkat kesehatan yang maksimum (Potter, 2005). Salah satunya adalah mendorong orang agar mematuhi program terapeutik. Tetapi, diterimanya pendidikan kesehatan oleh seseorang dipengaruhi oleh beberapa hal seperti latar belakang pengetahuan seseorang yang akan dibangun, faktor fisik seperti usia, pendengaran, kemampuan menginterpretasi informasi, metode pemberian pendidikan kesehatan yang dipakai, suasana pembelajaran, keinginan dan kesiapan individu untuk menerima informasi.

3. Proses Pendidikan Kesehatan

Dalam melaksanakan pendidikan kesehatan kepada pasien, perawat harus memperhatikan langkah-langkah penting, yaitu pengkajian terhadap kebutuhan pasien/keluarga akan informasi, perencanaan dengan menggunakan SAP (Satuan Acara Pembelajaran), mengimplementasikan rencana pendidikan kesehatan dalam SAP dan mengevaluasi jalannya proses pembelajaran dan pencapaian hasil sesuai tujuan yang ditetapkan dalam SAP.

4. Teknik Pengajaran

Teknik/metode yang dipilih akan mendukung proses pembelajaran dan pemilihan didasarkan atas kebutuhan individual. Metode tersebut antara lain (Potter, 2005):

1) Penjelasan langsung

Merupakan metode pengajaran yang umum digunakan, tetapi dalam pendidikan kesehatan metode ini harus disertai dengan diskusi. Diskusi penting karena memberikan peserta didik kesempatan untuk mengekspresikan perasaannya dan kekhawatiran pribadi, dapat mengajukan pertanyaan dan untuk menerima klarifikasi atas segala informasi dan pengertian yang salah.

2) Pengajaran berkelompok

Diberikan kepada kelompok yang beranggotakan orang-orang yang memiliki kebutuhan yang sama. Namun dalam kelompok ini, pengkajian dan tindak lanjut untuk setiap individu penting untuk memastikan bahwa masing-masing telah mendapat pengetahuan dan keterampilan yang dibutuhkan.

3) Peragaan dan praktik

Merupakan unsur penting terutama untuk mempelajari keterampilan. Keterampilan diperagakan terlebih dahulu kemudian peserta didik dibiarkan untuk memperoleh kesempatan yang cukup untuk mempraktekkan keterampilan tersebut. Keterampilan tersebut meliputi peralatan khusus seperti penggunaan spuit insulin, alat aerosol, kantung kolostomi, mengganti balutan, cara merawat luka, cara memandikan pasien, cara ambulasi dan transfer, dan sebagainya.

4) Alat bantu pengajaran

Alat bantu pengajaran ini digunakan untuk meningkatkan penerimaan akan informasi yang diberikan. Alat bantu ini meliputi buku-buku, gambar-gambar, film, audio dan video tape, model, modul, leaflet dan lainnya.

5) Penguatan dan tindak lanjut

Dengan memberi waktu yang cukup untuk belajar dan penguatan terhadap yang telah dipelajari akan membuat strategi belajar berhasil. Tindak lanjut diberikan karena satu sesi pembelajaran saja tidak cukup, tindak lanjut ini adalah untuk mengevaluasi kemajuan individu dan untuk merencanakan pembelajaran tambahan yang diperlukan. Tindak lanjut juga memastikan bahwa klien mampu mentransfer hal yang telah dipelajari di rumah sakit ke dalam lingkungan rumah.

2.2.3 Pemilihan intervensi keperawatan

Dalam memilih intervensi, perawat harus menggunakan keterampilan untuk mengambil keputusan klinis. Keputusan klinis tersebut merujuk pada enam faktor yaitu (Bulechek & McCloskey, 1994):

2.2.3.1 Karakteristik diagnosa keperawatan

1. Intervensi harus diarahkan pada perubahan etiologi atau tanda dan gejala yang berkaitan dengan label diagnostik.
2. Intervensi diarahkan pada perubahan atau menghilangkan faktor-faktor resiko yang berkaitan dengan diagnosa keperawatan "faktor resiko".

2.2.3.2 Hasil yang diperkirakan

Hasil dinyatakan dalam istilah yang dapat diukur dan digunakan untuk mengevaluasi keefektifan intervensi. Hasil yang diharapkan ini dibuat sebelum melakukan intervensi sesuai dengan diagnosa keperawatan pasien.

2.2.3.3 Dasar pengetahuan keperawatan untuk intervensi

1. Berdasarkan tinjauan riset keperawatan klinis yang berhubungan dengan label diagnostik dan masalah klien.

2. Berdasarkan tinjauan artikel yang menguraikan penggunaan temuan riset dalam situasi dan lingkungan klinis yang serupa.

2.2.3.4 Penerimaan klien

1. Rencana tindakan harus sejalan dengan tujuan dan nilai perawatan kesehatan klien.
2. Tujuan keperawatan diputuskan secara mutual.
3. Klien harus mampu melakukan perawatan diri atau mempunyai orang yang dapat membantunya dalam perawatan kesehatan tersebut.

2.2.3.5 Kompetensi perawat

1. Berpengetahuan banyak tentang rasional ilmiah intervensi.
2. Memiliki keterampilan fisiologis dan psikomotor yang diperlukan untuk menyelesaikan intervensi.
3. Memiliki kemampuan untuk berfungsi dalam lingkungan dan dapat secara efektif dan efisien menggunakan sumber perawatan kesehatan.

Perawat perlu menelaah rencana asuhan yang sudah distandarkan, kebijakan atau Standar Operasional Procedur (SOP), literatur keperawatan dan perawatan kesehatan yang terkait. Semakin bertambahnya pengalaman perawat dalam mengambil keputusan untuk memilih intervensi maka intervensi yang dipilih akan semakin efektif dan efisien.

2.3 Konsep Length of Stay (LOS)

2.3.1 Definisi

LOS adalah suatu jangka waktu yang sering digunakan untuk mengukur lama pasien dirawat dalam satu episode (Wikipedia, 2006). Hari pasien tersebut

dihitung dengan mengurangi hari pada saat pasien keluar dari Rumah Sakit dengan hari saat pasien masuk Rumah Sakit. LOS merupakan salah satu pengukuran penting yang digunakan untuk mengendalikan biaya dan merupakan kunci pengukuran efisiensi suatu rumah sakit dan pada umumnya digunakan untuk mengindikasikan kualitas perawatan yang diberikan dan juga merupakan variabel yang digunakan untuk membandingkan tampilan layanan antar Rumah Sakit (Qualitymeasures, 2006).

Hampir seluruh biaya dikeluarkan pasien selama masa perawatan ini, sehingga LOS yang berada pada kisaran normal dapat membantu menghemat biaya yang dikeluarkan. Akan tetapi, memahami kondisi pasien, melakukan penyelidikan akan kesehatan pasien, melakukan pengkajian dan memilih tindakan yang diperlukan sesuai dengan kondisi pasien membutuhkan waktu yang cukup panjang sehingga efektifitas dan efisiensi dalam melakukan tindakan-tindakan tersebut sangat diperlukan. Dalam perawatan pasien LOS mungkin memanjang atau memendek. Pendeknya LOS mungkin menunjukkan tingginya resiko terhadap tidak lengkapnya perawatan dan pengobatan yang diterima, tidak adekuatnya evaluasi sehingga pasien dipulangkan dalam kondisi yang tidak stabil. Hal tersebut akan berakibat pada kemungkinan pasien tersebut kembali dirawat di rumah sakit dalam kondisi yang lebih buruk dan memerlukan perawatan yang lebih lama sehingga mengeluarkan biaya yang lebih banyak. Sebaliknya, jika pengkajian dan perawatan telah selesai diberikan dengan lengkap, tidak ada keuntungan tambahan yang diperoleh dari memperpanjang LOS pasien. Memanjangnya LOS pasien mungkin mengindikasikan adanya komplikasi pada pasien dan membuat pasien terpapar dengan infeksi nosokomial (BMJ, 2006).

2.3.2 Faktor-faktor yang mempengaruhi LOS

Panjang pendeknya LOS pasien sangat bervariasi. LOS berbeda dari ALOS yang hanya menyatakan rerata lamanya pasien di rawat di suatu rumah sakit. LOS menunjukkan lama pasien tinggal di rumah sakit dan LOS bergantung pada beberapa hal yaitu (Australheathreview, 2004) :

2.3.2.1 Faktor internal

Faktor internal meliputi faktor internal pasien dan faktor internal perawat.

Faktor internal pasien:

1. Sosiodemografi: umur, jenis kelamin, kelompok etnis, sosioekonomi.
2. Riwayat penyakit: riwayat penyakit dahulu, riwayat penyakit sekarang, riwayat hospitalisasi, riwayat penerimaan tindakan medis.
3. Jenis penyakit yang dialami
4. Berat penyakit

2.3.2.2 Faktor eksternal

1. Kebijakan rumah sakit
2. Sumber rujukan
3. Sarana dan prasarana
4. Tim medis: keperawatan dan kedokteran termasuk didalamnya adalah faktor internal personal yang meliputi usia, pendidikan, tanggung jawab dan pengalaman masing-masing individu dalam lapangan pekerjaan mereka.
5. Tim kesehatan lain yang meliputi fisioterapis, *speech therapist*, ahli gizi, ahli terapi okupasi dan ahli lain yang berkaitan dalam memperbaiki kualitas hidup dan rehabilitasi pasien stroke.

2.3.3 LOS pasien stroke

LOS pasien stroke normalnya berkisar antara 7-14 hari tanpa komplikasi serius dan tidak memerlukan alasan medis khusus untuk lebih lama dirawat. Jika pasien mengalami komplikasi dan memiliki alasan medis khusus maka LOS pasien stroke bisa memanjang sampai 25 hari.

2.4 Konsep Stroke

2.4.1 Definisi

Stroke adalah serangan otak yang timbul secara mendadak akibat tersumbatnya atau pecahnya pembuluh darah otak (Yastroki, 2006). Stroke merupakan salah satu manifestasi neurologik yang umum, yang mudah dibedakan dengan penyakit neurologik yang lain karena onsetnya mendadak (Sidharta, 1999). Menurut WHO stroke adalah manifestasi klinik dari gangguan fungsi serebral, baik fokal maupun menyeluruh (global), yang berlangsung dengan cepat, berlangsung lebih dari 24 jam, atau berakhir dengan maut tanpa ditemukan penyebabnya selain karena gangguan vaskuler (Aliah, 2003). Stroke menggambarkan terjadinya kehilangan fungsi otak yang diakibatkan oleh berhentinya suplai darah ke otak yang seringkali merupakan kulminasi penyakit pembuluh darah selama beberapa tahun. Berhentinya atau menurunnya suplai darah ke otak dapat mengakibatkan iskemia otak yaitu suatu keadaan kurangnya oksigen dalam jaringan. Stroke merupakan pembunuh nomor tiga didunia dengan laju mortalitas 18% sampai 37 % untuk stroke yang pertama kali terjadi dan 62 % untuk stroke ulang. Di Indonesia, stroke juga menduduki urutan ketiga dengan perkiraan sekitar 500.000 orang terkena stroke setiap tahunnya, 2.5 % diantaranya

meninggal dunia dan sisanya cacat ringan atau berat. Kecacatan yang terjadi pada pasien stroke secara langsung berakibat pada kesulitan pasien untuk memenuhi aktivitas harian mereka sehingga besar pengaruhnya terhadap penurunan produktivitas seseorang.

2.4.2 Insiden Stroke

Stroke bisa mengenai semua umur, tetapi secara keseluruhan mulai meningkat pada usia dekade ke-5 (50 tahun). Insiden stroke berbeda tergantung dari jenis stroke. Stroke perdarahan sudah mulai timbul pada usia 30 tahun sampai 80 tahun dan rata-rata terjadi pada usia 55 tahun, sedangkan stroke infark atau non hemoragik pada umumnya muncul pada usia 20 tahun sampai 60 tahun dan semakin berkurang pada usia yang lebih tua.

2.4.3 Klasifikasi Stroke

2.4.3.1 Stroke Iskemik atau Non Hemoragik

Stroke non hemoragik ini dapat dijumpai dalam 4 bentuk klinis:

1) Serangan Iskemik Selintas (*Transient Ischemic Attack*)

Disebut selintas karena hanya berlangsung sementara waktu, beberapa detik hingga beberapa jam (umumnya antara 10-20 menit), tetapi tidak lebih dari 24 jam. SIS ini disebabkan karena faktor hemovaskuler yaitu tromboemboli dan faktor hemodinamika yaitu hipotensi, aritmia jantung dan *heartblock*.

2) Defisit Neurologis Iskemik Sepintas (*Reversible Ischemic Neurological Deficit/RIND*)

Gejala neurologik yang timbul akan menghilang dalam waktu lebih lama dari 24 jam, tetapi tidak lebih dari satu minggu.

3) Stroke Progresif

Gejala neurologik makin lama makin berat.

4) Stroke Komplit

Gejala klinis sudah menetap.

Iskemia otak yang terjadi pada stroke non hemoragik ini dianggap sebagai kelainan gangguan suplai darah ke otak yang membahayakan fungsi neuron tanpa memberi perubahan yang menetap. Jika iskemia ini berlangsung terus maka dapat terjadi infark otak dengan perubahan fungsi dan struktur otak yang ireversibel. Infark serebri erat hubungannya dengan aterosklerosis dan arteriolosklerosis yang dapat menimbulkan macam-macam manifestasi klinis dengan cara menyempitkan lumen pembuluh darah dan mengakibatkan insufisiensi aliran darah, oklusi mendadak pembuluh darah karena trombus atau perdarahan aterom, emboli dan membuat dinding pembuluh darah lebih rentan terhadap terjadinya robekan.

Terjadinya stroke non hemoragik disebabkan gangguan aliran darah ke otak yang dipengaruhi oleh keadaan pembuluh darah yang sempit, kekentalan darah, tekanan darah intrinsik dan kelainan jantung seperti fibrilasi, blok jantung dan lepasnya emboli.

2.4.3.2 Stroke Hemoragik

Dalam International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem 10th Revision, stroke hemoragik dikategorikan menjadi 2 yaitu Perdarahan Intra Serebral (PIS) dan Perdarahan Sub Arakhnoid (PSA).

1. Perdarahan Intra Serebral (PIS)

Adalah perdarahan primer yang berasal dari pembuluh darah dalam perenkim otak dan bukan disebabkan oleh trauma. PIS dibedakan menjadi 3 menurut cepatnya gejala klinis memburuk:

- 1) Akut dan cepat memburuk dalam 24 jam
- 2) Subakut, dengan krisis yang terjadi antara 3-7 hari
- 3) Subkronis bila terjadi lebih dari 7 hari

Angka kematian PIS cukup tinggi yaitu 60-90%, 10% diantaranya meninggal sebelum 3 hari dan 72% setelah 7 hari. Penyebab terbanyak adalah hipertensi.

2. Perdarahan Sub Arakhnoid (PSA).

Adalah suatu keadaan masuknya darah ke dalam ruang subarakhnoid, yang terbagi menjadi 2 kategori yaitu primer dan sekunder. PSA primer terjadi secara spontan, bukan karena trauma ataupun PIS. PSA sekunder terjadi bila perdarahan berasal dari luar subarakhnoid seperti PIS atau tumor otak. Pada umumnya disebabkan oleh aneurisma pecah, MAV pecah, PIS dan idiopatik. Paling sering terjadi di usia 40-60 tahun.

2.4.4 Etiologi dan faktor resiko

2.4.4.1 Etiologi

1. Iskemia

Iskemia serebral adalah perubahan hemodinamik yang mengakibatkan penurunan aliran darah ke otak dan jika dibiarkan terus menerus akan berakibat pada kerusakan otak yang permanen/menetap.

Iskemia serebral terdiri dari dua jenis, yaitu iskemia global dan iskemia fokal/lokal.

1) Iskemia global

Secara klasik berkaitan dengan kejadian-kejadian seperti henti jantung yang mengakibatkan hipoperfusi organ yang multipel termasuk otak

2) Iskemia fokal/lokal Iskemia

Iskemia yang menunjukkan adanya oklusi pada arteri distal sampai lingkaran Willis seperti pada arteri di otak tengah. Iskemia ini disebabkan oleh 2 hal yaitu trombosis dan emboli.

– Trombosis

Adanya bekuan darah di dalam pembuluh darah leher atau otak sehingga menurunkan aliran darah dan menyebabkan iskemia otak. Merupakan penyebab yang paling umum terjadi pada stroke.

– Emboli

Emboli disebabkan lepasnya bekuan darah (trombus) dan mengikuti aliran darah menuju ke otak sehingga menyumbat salah satu pembuluh darah di otak.

2. Hemoragik

Disebabkan karena pecahnya pembuluh darah serebral dengan perdarahan ke dalam jaringan otak atau ruang sekitar otak baik karena aneurisma, MAV (Maljunction Arteri Vena). Perdarahan otak mengakibatkan defisit neurologik yang lebih hebat dibandingkan dengan pada kejadian iskemia.

2.4.4.2 Faktor resiko

Faktor resiko pada pasien stroke meliputi:

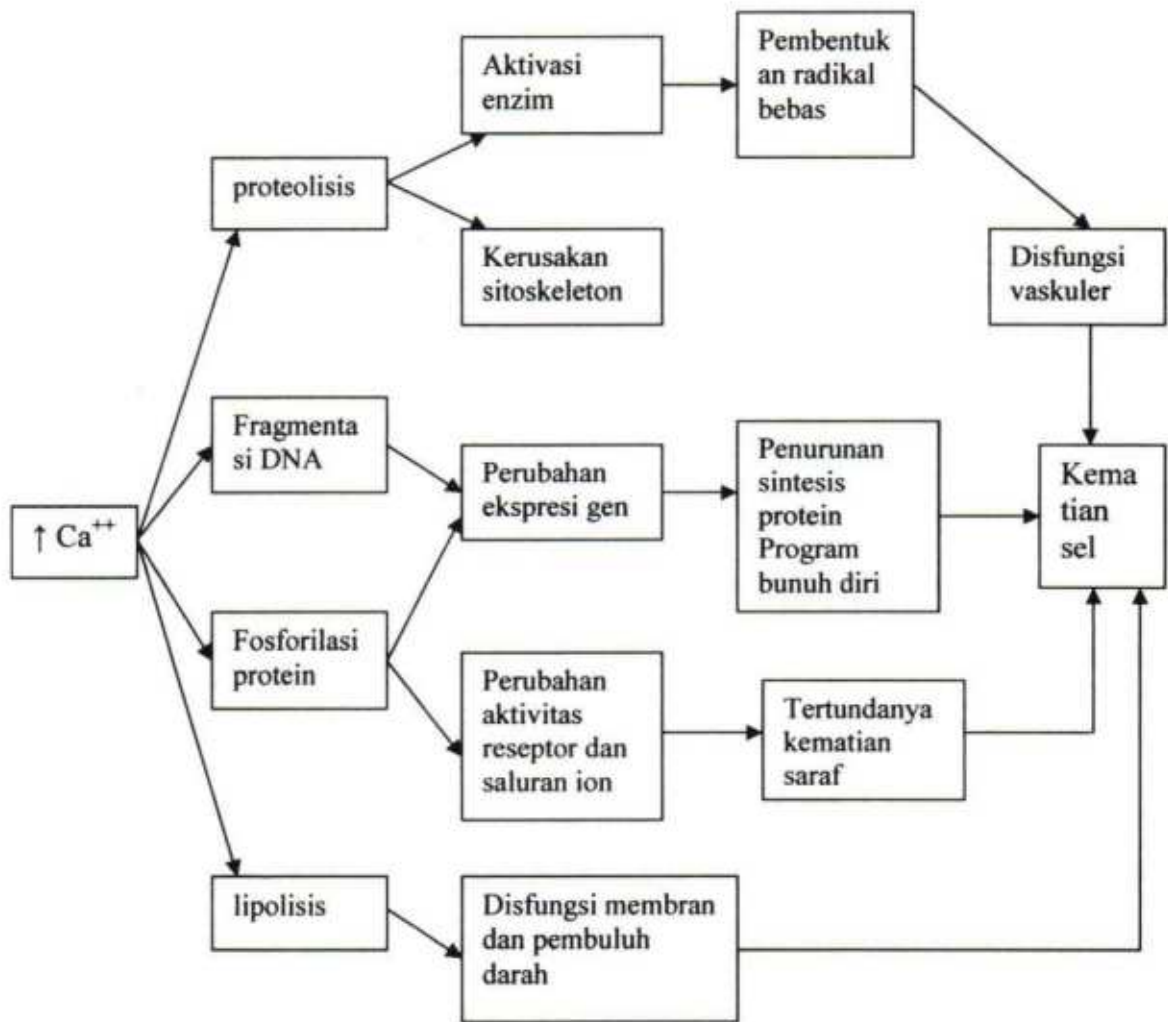
1. Hipertensi –faktor resiko utama. Pengendalian hipertensi yang baik adalah kunci pencegahan stroke.

2. Penyakit kardiovaskuler-embolisme serebral berasal dari jantung seperti pada penyakit arteri koronaria, gagal jantung kongestif, hipertrofi ventrikel kiri, fibrilasi atrium dan penyakit jantung kongestif
3. Kolesterol tinggi
4. Obesitas
5. Peningkatan hematokrit yang berkaitan dengan peningkatan infark serebral karena viskositas darah meningkat
6. Diabetes terkait dengan aterosclerosis terakselerasi
7. Kontrasepsi oral khususnya disertai dengan hipertensi, merokok dan kadar estrogen tinggi
8. Merokok
9. Penyalahgunaan obat (khususnya kokain)
10. Konsumsi alkohol

2.4.5 Patofisiologi

Otak adalah jaringan lunak yang sangat sensitif dengan adanya kekurangan aliran darah. Kurangnya aliran darah serebral dapat mengakibatkan iskemia yang apabila dibiarkan terus menerus akan menjadi infark otak yang permanen. Infark otak akan menetap setelah terjadi anoksia selama 3-10 menit. Pada daerah iskemik didapati tekanan perfusi yang rendah, PO_2 yang menurun, PCO_2 meningkat dan asam laktat tertimbun. Kondisi tersebut memicu peningkatan Ca^{++} yang berfungsi melayani regulasi berbagai fungsi intraseluler sehingga terjadi metabolisme anaerob dan mengakibatkan terjadinya kematian sel-sel otak yang menyebabkan kerusakan pada tingkat organ dan pada akhirnya menimbulkan defisit neurologik. Defisit neurologis tersebut tergantung kerusakan yang terjadi. Kerusakan yang

disebabkan oleh iskemia tersebut tergantung pada letak dan besarnya kerusakan yang terjadi, sedangkan kerusakan otak akibat perdarahan tergantung letak dan besarnya darah yang menggumpal dan memenuhi ruang-ruang otak. Defisit neurologis yang terjadi pada pasien stroke dapat bersifat sementara jika segera diketahui dan dilakukan penatalaksanaan stroke yang tepat atau menetap jika terlambat diketahui dan terlambat ditangani. Ditinjau berdasarkan tingkat seluler, terjadinya kematian sel otak dapat digambarkan sebagai berikut.



Gambar 2.4 Patofisiologi stroke

2.4.6 Manifestasi Klinis

2.4.6.1 Manifestasi Klinis Stroke Non Hemoragik

Munculnya manifestasi klinis tergantung dari penyebabnya, letak lesi, luasnya area dengan suplai darah yang tidak adekuat dan jumlah aliran darah kolateral. Stroke karena trombosis pada umumnya timbul pada waktu tidur atau sesaat setelah bangun tidur, iskemia terjadi secara bertahap sehingga manifestasi klinis yang muncul lebih lambat berkembang dibandingkan dengan yang disebabkan oleh emboli atau perdarahan dan tingkat kesadaran pada umumnya baik. Pada stroke akibat emboli pola waktu terjadinya tidak jelas dan tidak terkait dengan aktivitas. Manifestasi klinis terjadi dengan cepat kurang lebih dalam 10-30 detik dan tanpa tanda-tanda awal, tidak nyeri kepala, mungkin berkembang dengan cepat. Tingkat kesadaran pada umumnya baik dan tekanan darah dapat normal. Gejala-gejala pada stroke non hemoragik timbul sesuai dengan letak lesi/sumbatan.

1. Gejala penyumbatan sistem karotis

1) Penyumbatan pada arteri karotis interna

- Buta mendadak (amaurosis fugaks)
- Disfasia bila gangguan disisi dominan
- Hemiparesis kontra lateral

2) Penyumbatan arteri serebri anterior

- Jika sumbatan dipangkal arteri terjadi hemiparesis yang sama
- Hemihipestesia
- Gangguan fungsi luhur pada korteks hemisfer yang dominan seperti afasia motorik/sensorik

3) Gangguan pada kedua sisi

Disebabkan karena sklerosis di banyak tempat

- Hemiplegi dupleks
- Sukar menelan
- Gangguan emosional mudah menangis

2. Gejala gangguan sistem vertebro-basiler

1) Sumbatan arteri serebri posterior

- Hemianopsia homonimus kontralateral dari sisi lesi
- Hemiparesis kontralateral
- Hilangnya rasa nyeri, suhu, sensorik, proprioseptif (termasuk rasa getar) kontralateral (hemianestesia)

Bila salah satu talamik tersumbat maka akan timbul sindrom talamikus yang meliputi nyeri talamik yaitu suatu rasa nyeri terus menerus dan sukar dihilangkan; anestesia pada pemeriksaan raba tetapi terasa nyeri saat tes tusukan (anestesia dolorosa) dan hemikhorea disertai hemiparesis (Sindrom Dejerine Marie)

2) Sumbatan pada arteri vertebralis

Gejala terjadi bila sumbatan mengenai sisi dominan.

3) Sumbatan pada arteri serebri posterior inferior

- Ataksia serebular pada lengan dan tungkai di sisi yang sama, gangguan nervus optalmikus, refleks kornea hilang
- Disfagia
- Nistagmus
- Hemihipestesia alternans

4) Sumbatan pada cabang kecil arteri basilaris

Paresis nervi kranialis dan hemiparesis kontralateral

3. Sindrom di batang otak

1) Mesensefalon

Hemiplegia kontralateral, hemiplegi dupleks, *bulbar pals.*

2) Pons

Hemiparesis kontralateral, paresis N.VII ipsilateral

3) Medula Oblongata

- Vertigo, muntah, cegukan, analgesi dan termoenestesi wajah homolateral dan pada anggota sisi kontralateral, disfagia
- Gejala serebelar ataksia, hipotoni dan nistagmus homolateral

2.4.6.2 Manifestasi Klinis Stroke Hemoragik

Stroke hemoragik seringkali terjadi pada waktu pasien beraktivitas, tanpa gejala prodromal atau dengan gejala prodromal seperti nyeri kepala yang hebat, kaku kuduk, hemiplegi komplit yang terjadi dengan cepat dalam beberapa menit sampai satu jam, dan pada umumnya disertai defisit neurologi yang komplit dan sulit pulih. Kesadaran biasanya menurun dan cepat mengarah pada kondisi koma (65% terjadi kurang dari setengah jam, 23% terjadi antara setengah sampai 2 jam dan 12 % terjadi setelah 2 jam sampai 19 hari). Gejala-gejala neurologik fokal tergantung letak lesi seperti pada stroke non hemoragik tetapi stroke hemoragik seringkali disertai dengan gangguan fungsi saraf otonom seperti demam mulai demam ringan sampai tinggi, muntah, berkeringat, menggigil, dan bila berat dapat terjadi stres ulser, peningkatan kadar gula darah dan perubahan pada EKG.

2.4.6.3 Gejala-gejala dan tanda-tanda umum pada stroke yang mudah dipahami masyarakat antara lain (Yastroki, 2006):

1. Rasa bebal atau mati mendadak atau kehilangan rasa dan lemas pada muka, tangan atau kaki, terutama pada satu bagian tubuh saja
2. Rasa bingung yang mendadak, sulit bicara atau sulit mengerti
3. Satu mata atau kedua mata mendadak kabur sulit untuk melihat.
4. Mendadak sukar berjalan, terhuyung dan kehilangan keseimbangan mendadak merasa pusing dan sakit kepala tanpa diketahui sebab musababnya
5. Selain itu harus dijelaskan pula kemungkinan munculnya tanda-tanda ikutan lain yang mungkin bisa timbul dan atau harus diwaspadai, yaitu: Rasa mual, panas dan sering muntah-muntah, pingsan mendadak, atau merasa hilang kesadaran secara mendadak dan kemudian tersadar lagi.

2.4.7 Defisit neurologis pada stroke

Defisit neurologis dapat diketahui dengan pasti sebagai akibat stroke jika telah menetap lewat dari 24 jam. Defisit tersebut tergantung dari penyebab dan area yang terkena, yaitu area serebri dominan atau yang tidak dominan. Defisit neurologis tersebut antara lain:

1. Hemiparese dan hemiplegi

Hemiparese (kelemahan) dan hemiplegi (kelumpuhan) satu sisi tubuh yang terjadi setelah stroke. Hemiplegia dihasilkan dari kerusakan area motorik pada kortek atau serat traktus piramidal. Infark pada hemisfer kanan mengakibatkan hemiplegia kiri karena serat saraf menyilang. Tetapi pada torak dan abdomen tidak terjadi paralisis karena keduanya diinervasi oleh kedua hemisfer serebri.

Ketika kendali otot volunter rusak, maka otot fleksor lebih kuat daripada ekstensor. Kondisi tersebut dapat mengakibatkan deformitas yang serius.

2. Kinestesia

Adalah perubahan sensasi yang terjadi pada sisi yang terkena meliputi:

- 1) Hemihipestesia atau hemiparestesia, lengan dan tungkai sisi hipestetik sama beratnya seringkali diartikan sebagai rasa kebas/bebal dan kesemutan.
- 2) Hemianestesia, kehilangan sensasi rasa bisa berupa termoanestesia, anestesia dolorosa.
- 3) Kehilangan rasa pada sendi otot.

3. Apraksia

Apraksia adalah suatu kondisi dimana klien dapat menggerakkan bagian tubuh yang terkena tetapi tidak dapat menggunakannya secara maksimal seperti berjalan terhuyung-huyung, bicara tidak jelas, atau sulit memasukkan kancing baju.

4. Afasia

Adalah kegagalan untuk menggunakan dan menginterpretasikan simbol-simbol bahasa. Afasia mungkin melibatkan semua aspek dari penggunaan bahasa seperti bicara, membaca, menulis dan memahami bahasa verbal.

Afasia dapat dikategorikan sebagai berikut:

- 1) Afasia sensorik (afasia reseptif), mempengaruhi pemahaman seseorang terhadap pembicaraan.
- 2) Afasia motorik (afasia ekspresif atau afasia eksekutif) yaitu afasia yang mempengaruhi produksi bicara.
- 3) Global (menyeluruh) yang meliputi keduanya, baik sensorik maupun motorik.

5. Disartria

Adalah artikulasi yang tidak sempurna sehingga mengakibatkan kesulitan berbicara. Hal yang perlu diperhatikan adalah harus dapat membedakan antara afasia dengan disartria. Pada disartria, pasien mampu memahami dan mengucapkan bahasa tetapi lafalnya tidak jelas (*pele*). Disartria disebabkan oleh disfungsi saraf kranial yang menyebabkan kelemahan atau kelumpuhan pada otot bibir, lidah dan laring sehingga selain sulit melafalkan kata pasien tersebut juga mengalami kesulitan mengunyah dan menelan.

6. Disfagia

Kesulitan menelan karena terganggunya saraf-saraf kranial ke V dan IX, sehingga saliva mengalir keluar.

7. Perubahan visual

Terutama terjadi bila terdapat lesi pada lobus temporal dan parietal. Perubahan visual ini meliputi:

1) Homonimus hemianopsia

Kehilangan setengah lapang pandang, bisa terjadi pada satu mata atau kedua mata.

2) Sindrom Horner

Kelumpuhan saraf simpatetik yang menuju mata, menyebabkan bola mata tenggelam (masuk ke dalam).

3) Agnosia

Gangguan untuk menginterpretasikan pandangan, taktil atau informasi sensorik lainnya.

8. Nyeri bahu

Sering terjadi pada pasien stroke. Jika sangat berat dapat mempengaruhi keseimbangan dan hilangnya ROM (*Range of Motion*) yang dapat membatasi mobilitas dan perawatan diri.

9. Emosi Labil

Disebabkan karena adanya kerusakan pada bagian otak yang terjadi setelah stroke dengan gejala bingung, pelupa, frustrasi, distres dan akhirnya depresi. Kadang-kadang mereka bisa tertawa atau menangis tanpa sebab. Jenis kelabilan emosi tergantung daerah serebri yang terkena.

10. Inkontinensia

Tidak selalu terjadi pada stroke, tetapi sering terjadi setelah stroke karena gangguan memori, tidak perhatian, faktor emosional, sulit berkomunikasi dan mungkin adanya infeksi.

11. Defisit kognitif

Kehilangan memori jangka pendek atau panjang, perhatian menurun, sulit berkonsentrasi, perubahan penilaian.

2.4.8 Penatalaksanaan Stroke

2.4.8.1 Stroke Non Hemoragik

1. Fase Akut (48-72 jam pertama)

Sasaran pengobatan: menyelamatkan neuron yang menderita jangan sampai mati dan agar proses patologik lainnya yang menyertai tak mengganggu/mengancam fungsi otak. Tindakan dan obat yang diberikan haruslah menjamin perfusi darah ke otak tetap cukup, tidak justru berkurang. Sehingga harus diperhatikan kebersihan jalan napas pasien, pernapasan, oksigenasi dan

sirkulasi. Penatalaksanaan yang dapat dilakukan selama fase akut adalah dengan pemberian:

- 1) Dextran atau *plasma expander* untuk memudahkan reperfusi dan hemodilusi
- 2) Trombolitik/*tPA (tissue Plasminogen Activator agent)* untuk membalik oklusi
- 3) Diuretik untuk mengurangi edema serebral yang memuncak setelah 3-5 hari pasca infark.
- 4) Penyekat saluran kalsium untuk menurunkan tekanan darah dan mencegah vasospasme serebral.

2. Pasca akut

Pemberian agens dibawah ini sangat diperlukan untuk mengembalikan perfusi otak, yaitu:

- Antikoagulansia
- Agens anti agregasi trombosit seperti aspirin/aspilet 80-300 mg/hari
- Agens antispasmodik untuk paralisis spastik
- Obat-obat untuk meningkatkan perfusi otak seperti piracetam atau sitikolin.

Selain pengobatan tersebut diatas, terapi fisik dan program rehabilitasi harus segera dimulai untuk mencegah terjadinya komplikasi yang lebih serius. Meskipun pasien dalam keadaan tidak sadar latihan renatng gerak harus tetap dilakukan secara teratur untuk mencegah terjadinya kontraktur yang dapat menghalangi restorasi fisik.

2.4.8.2 Stroke Hemoragik

Sama seperti stroke non hemoragik, penatalaksanaan pada stroke hemoragik juga didasarkan pada fase akut dan fase pasca akut. Pada fase akut harus

diperhatikan jalan napas harus bebas, tekanan darah harus dijaga tetap cukup tinggi untuk mengalirkan darah ke otak dan menjaga komposisi otak yaitu oksigen, Hb dan glukosa, mencegah edema otak dan timbulnya kejang dengan pemberian manitol/glisierol/kortikosteroid. Selain itu balans cairan, kondisi ginjal, saluran kemih, gastrointestinal, nutrisi dan fungsi defekasi juga harus diperhatikan. Apabila fase akut telah lewat segera dilakukan angiografi untuk mencari letak lesi dan bila ditemukan dapat segera dilakukan operasi bedah saraf. Penatalaksanaan keperawatan sama seperti pada stroke non hemoragik hanya disesuaikan dengan kebutuhan pasien.

2.4.9 Asuhan Keperawatan pada pasien stroke.

2.4.9.1 Pengkajian

Pengkajian awal pada pasien stroke meliputi:

1. Perubahan tingkat kesadaran atau responsivitas yang dibuktikan oleh gerakan, menolak terhadap perubahan posisi dan berespon terhadap rangsang; berorientasi terhadap orang, tempat dan waktu (dinilai dengan GCS untuk memudahkan pengkajian.)
2. Ada atau tidak adanya gerakan volunter atau involunter dari ekstremitas; tonus otot; postur tubuh dan posisi kepala.
3. Kekakuan dan flaksiditas leher
4. Pembukaan mata, ukuran pupil dan reaksinya terhadap cahaya, dan posisi okular (isokor/anisokor)
5. Warna wajah dan ekstremitas, suhu dan kelembaban kulit
6. Kualitas dan frekuensi nadi dan pernapasan; gas darah arteri jika diperlukan/sesuai dengan indikasi, suhu tubuh dan tekanan arteri.

Apabila fase akut telah terlewati maka perawat perlu mengkaji status mental (memori, lapang perhatian, persepsi, orientasi, afek, bicara/bahasa), sensasi, kontrol motorik dan fungsi kandung kemih. Selanjutnya pengkajian berfokus pada gangguan fungsi pasien dalam melakukan aktivitas sehari-hari.

2.4.9.2 Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan ditentukan berdasarkan data-data yang diperoleh melalui pengkajian. Diagnosa yang sering muncul pada pasien stroke adalah:

1. Perubahan perfusi serebral yang berhubungan dengan menurunnya aliran darah ke otak sekunder terhadap adanya trombus.
2. Kerusakan mobilitas fisik yang berhubungan dengan hemiparesis, kehilangan keseimbangan dan koordinasi dan cedera otak.
3. Kerusakan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan fungsi otot yang memproduksi bicara.
4. Perubahan persepsi sensori visual berhubungan dengan kerusakan pada saraf penglihatan.
5. Inkontinensia berhubungan dengan kandung kemih flaksid, ketidakstabilan destrusor dan kesulitan dalam berkomunikasi.
6. Kurang perawatan diri (higiene, toileting, berpindah, makan) yang berhubungan dengan gejala sisa.
7. Resiko terhadap kerusakan integritas kulit yang berhubungan dengan penurunan mobilitas.
8. Resiko terjadinya kontraktur berhubungan dengan peningkatan kontraksi otot (ekstensor lebih kuat daripada fleksor).

9. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kesulitan menelan sekunder terhadap stroke.
10. Nyeri berhubungan dengan peningkatan sensasi (hiperestesi).

2.4.9.3 Perencanaan

Setelah diagnosa keperawatan ditetapkan berdasarkan data-data melalui pengkajian, kemudian perawat merencanakan intervensi keperawatan sesuai masalah yang ada. Intervensi keperawatan tersebut antara lain:

1. Intervensi perawat (mandiri)
 - 1) Memberikan oksigen sesuai kebutuhan pasien untuk memperbaiki perfusi jaringan otak.
 - 2) Meningkatkan patensi jalan nafas dan pertukaran gas dengan melakukan *suction* jika ditemukan gargling atau mengatur posisi kepala agar tidak fleksi sehingga lidah tidak menutupi jalan napas.
 - 3) Intervensi untuk mengoptimalkan sirkulasi darah dan cairan ke jaringan dengan mengatur jumlah cairan yang masuk dan keluar.
 - 4) Membantu melaksanakan aktivitas kehidupan sehari-hari(AKS/*Activity Daily of Living*) meliputi makan, mandi/higiene, berpakaian/berdandan, toileting dan instrumental (Carpenito, 1999).
 - 5) Melaksanakan dukungan nutrisi yaitu intervensi untuk memodifikasi dan mempertahankan status nutrisi seperti membuat suasana makan menjadi menyenangkan, menyuapi pasien dan memasang *feeding tube* jika perlu.
 - 6) Penatalaksanaan eliminasi yaitu menetapkan dan mempertahankan eliminasi pola defekasi dan urine yang teratur dan mengatasi komplikasi yang terjadi akibat perubahan pola.

- 7) Penatalaksanaan imobilitas yaitu intervensi untuk mengatasi gerakan tubuh yang terbatas dan akibatnya seperti membantu pasien melakukan latihan pasif-aktif diatas tempat tidur, membantu pasien duduk, berdiri, berpindah, berjalan atau menggunakan kursi roda, mencegah kontraktur dengan memasang *footboard*, *trochanter roll*, penyokong kaki, mengubah posisi setiap 2 jam dan mengatur posisi sesuai keperluan, jika miring maka miring ke arah yang tidak sakit.
- 8) Intervensi untuk mempertahankan suhu tubuh dalam batasan normal dengan mengatur pertukaran udara yang baik dan meminimalkan penggunaan pakaian yang tebal.
- 9) Intervensi untuk memberikan bantuan langsung jangka pendek dalam krisis psikologi seperti konseling untuk membantu klien mengenali dan menangani stres dan memperbaiki hubungan interpersonal antara klien, keluarganya dan tim kesehatan dengan menggunakan proses pemecahan masalah sehingga pasien mapu beradaptasi dengan kondisinya dan juga melakukan tindakan langsung pada kegawatan fisiologis seperti jika pasien tersedak dan mengalami kesulitan bernapas maka segera diberikan bantuan napas .
- 10) Intervensi untuk mengatur keseimbangan elektrolit/asam basa dan mencegah komplikasi.
- 11) Meningkatkan kenyamanan lingkungan fisik dengan merapikan lingkungan pasien dan membuatnya bersih (kesatuan pasien).
- 12) Intervensi untuk mempertahankan atau memulihkan fungsi kulit dengan melakukan masase ringan pada punggung, tulang-tulang yang menonjol dan mengusapkan lotion lembut untuk mencegah kerusakan kulit, mengganti linen

yang basah dan menjaganya tidak terlipat sehingga dapat menekan kulit pasien.

13) Intervensi untuk memfasilitasi pengiriman dan penerimaan pesan verbal dan nonverbal dengan menggunakan bahasa yang mudah dimengerti, dengan bahasa isyarat, atau dengan alfabet.

2. Intervensi dokter (tergantung)

Meliputi memberikan medikasi yang sesuai dengan instruksi dokter, melakukan tindakan invasif seperti memasang infus dan kateterisasi, mengganti balutan dan sebagainya. Mengkomunikasikan kondisi pasien yang memerlukan tindakan invasif atau pengobatan medis kepada dokter dan melakukan instruksi dokter dengan tepat, dan juga mengklarifikasi kemungkinan kesalahan pemberian obat atau dosis yang kurang tepat. Memberikan obat sesuai prinsip 5 tepat yaitu tepat pasien, tepat cara pemberian, tepat waktu pemberian, tepat dosis pemberian dan tepat jenis obat yang diberikan.

3. Intervensi Kolaboratif

Merencanakan dan melakukan kerja sama secara kolaboratif dengan tim kesehatan lain seperti fisioterapis, radiologi dan tim kesehatan lainnya. Menelaah rencana tindakan dari tim kesehatan lain berdasarkan pengetahuan dan keterampilan perawat dan memadukannya ke dalam rencana perawatan pasien yang sesuai dengan kondisi pasien, mengawasi jalannya tindakan jika tim lain perlu bertemu dengan pasien.

4. Observasi

Melakukan pemantauan secara menyeluruh dan berkesinambungan seperti:

- 1) Memantau kesadaran dengan AVPU (Awareness, Verbal responses, Pain responses, Unresponses) atau GCS.
- 2) Memantau kemungkinan adanya gangguan pernapasan seperti dispnea, rales, ronki, penurunan PO₂, aspirasi.
- 3) Memantau tingkat kemampuan mobilisasi dengan skala AKS dan penilaian kekuatan otot.
- 4) Memantau tanda-tanda vital seperti tekanan darah, suhu, nadi, nafas, peningkatan tekanan intrakranial.
- 5) Memantau pola makan, intake makanan, kemampuan menghisap dan menelan, dan berat badan.
- 6) Memantau peningkatan kemampuan verbal.
- 7) Memantau kemampuan untuk melihat (lapang pandang), kesimetrisan pupil, reflek cahaya dan ukuran pupil.
- 8) Memantau keadaan kulit selama dilakukan perawatan, mengawasi kemungkinan terjadinya dekubitus
- 9) Memantau kondisi psikologis selama dirawat
- 10) Memantau intake cairan yang masuk ke dalam tubuh pasien dan haluarannya.
- 11) Memantau hasil-hasil laboratorium yang berkaitan dengan kondisi pasien seperti albumin, Hct, Hb untuk mengetahui status nutrisi, saturasi oksigen, gas darah arteri jika diperlukan, darah lengkap, dan pemeriksaan lain yang dianggap perlu.

5. Pendidikan kesehatan

Diberikan kepada pasien dan keluarga secara terencana dan terstruktur baik secara formal maupun nonformal tentang penyakit, prognosis, perawatan yang diperlukan, rencana tindakan, keuntungan dan kekurangan tindakan yang dilakukan, rencana perawatan lanjutan dan lain sebagainya sesuai dengan kebutuhan pasien dan keluarganya. Dalam pendidikan kesehatan perawat harus memperhatikan prosedur pelaksanaan pendidikan kesehatan yang didahului dengan pengkajian akan kebutuhan informasi, perencanaan dengan SAP (Satuan Acara Pembelajaran), mengimplementasikan SAP tersebut dan memantau hasil dari pembelajaran serta menindaklanjuti hasil yang dicapai sesuai dengan keperluan pasien.

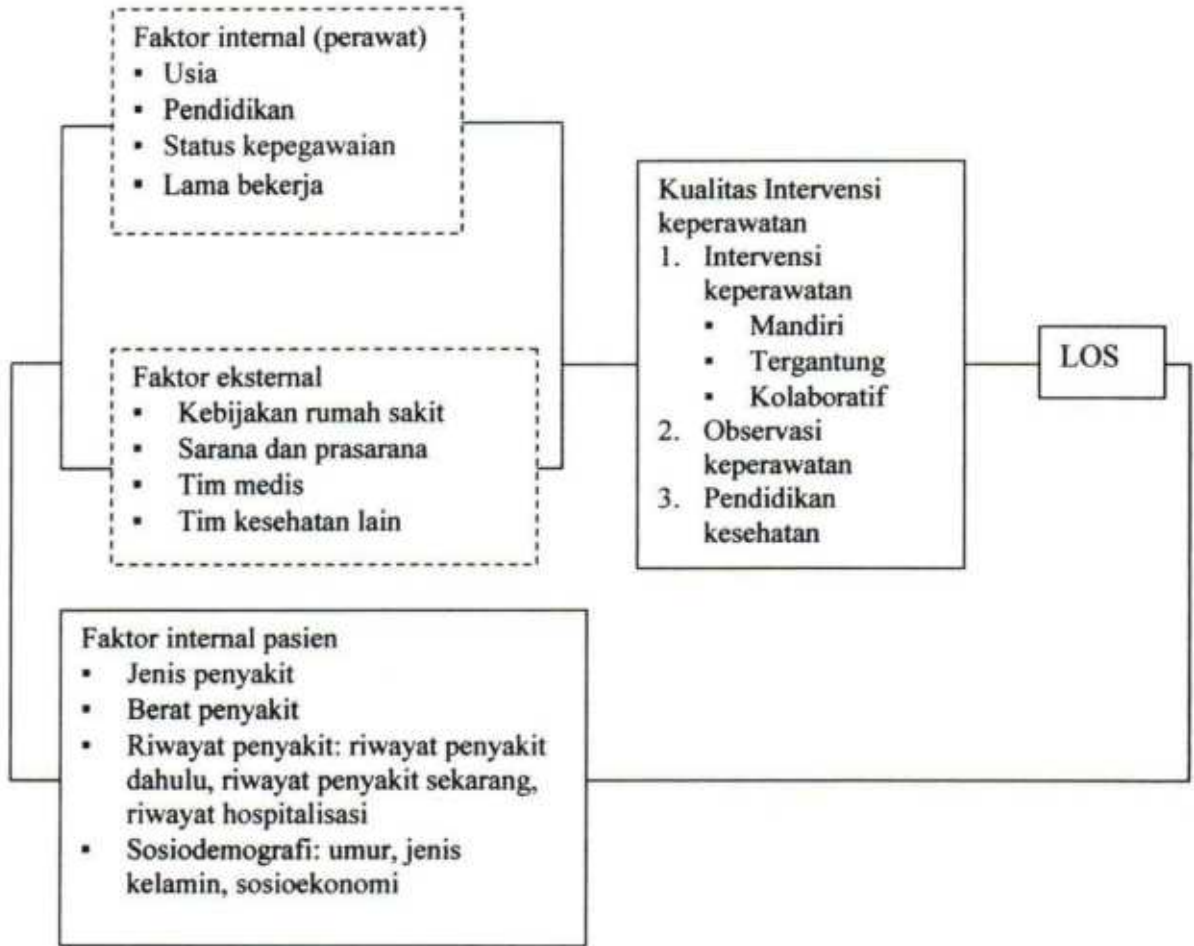
BAB 3

**KERANGKA KONSEPTUAL DAN
HIPOTESIS PENELITIAN**

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1 Kerangka konseptual



Keterangan:

- : diukur
- : tidak diukur

Gambar 3.1 Kerangka konseptual hubungan antara kualitas intervensi keperawatan dengan LOS pasien stroke di Rumah Sakit Baptis Kediri.

Penjelasan kerangka konseptual:

Intervensi keperawatan dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor, baik faktor internal maupun faktor eksternal. Faktor internal yang mungkin berpengaruh terhadap intervensi keperawatan antara lain adalah faktor internal perawat yang meliputi usia, pendidikan, status kepegawaian dan lama bekerja. Faktor eksternal yang berpengaruh terhadap intervensi keperawatan antara lain kebijakan rumah sakit, sarana dan prasarana, tim medis dan tim kesehatan lain, keduanya baik faktor internal maupun faktor eksternal secara tidak langsung mempengaruhi LOS pasien stroke. Pasien stroke yang masuk rumah sakit menerima asuhan keperawatan yang didalamnya termasuk intervensi keperawatan. Intervensi keperawatan yang diberikan meliputi intervensi perawat yaitu intervensi mandiri, intervensi tergantung (intervensi dokter) dan intervensi kolaboratif, observasi keperawatan, dan pendidikan keperawatan. Kualitas intervensi keperawatan yang dilaksanakan oleh perawat tersebut mungkin berhubungan dengan lama tidaknya LOS pasien stroke.

3.2 Hipotesis Penelitian

1. Ada hubungan antara intervensi keperawatan mandiri dengan LOS pasien stroke di Rumah Sakit Baptis Kediri.
2. Ada hubungan antara intervensi keperawatan tergantung dengan LOS pasien stroke di Rumah Sakit Baptis Kediri.
3. Ada hubungan antara intervensi kolaboratif dengan LOS pasien stroke di Rumah Sakit Baptis Kediri.

4. Ada hubungan antara observasi keperawatan dengan LOS pasien stroke di Rumah Sakit Baptis Kediri.
5. Ada hubungan antara pendidikan kesehatan dengan LOS pasien stroke di Rumah Sakit Baptis Kediri.

BAB 4
METODE PENELITIAN

BAB 4

METODE PENELITIAN

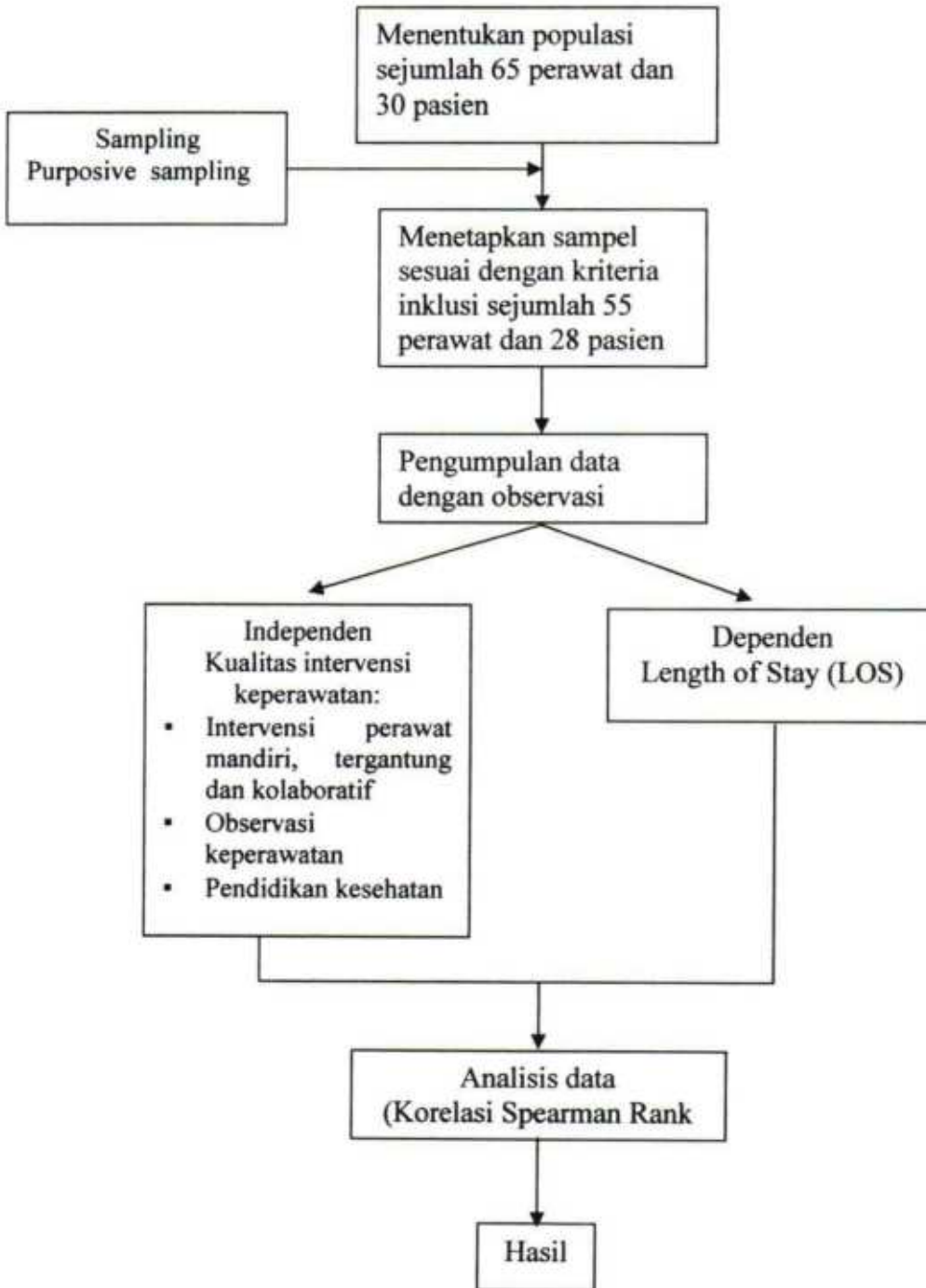
Metode penelitian adalah suatu rencana pelaksanaan penelitian dengan menggunakan metode ilmiah. Metode penelitian meliputi desain penelitian, subjek penelitian, definisi operasional, instrumen dan metode pengumpulan data dan analisis data.

4.1 Desain Penelitian

Desain penelitian merupakan hasil akhir dari suatu tahap keputusan yang dibuat oleh peneliti berhubungan dengan bagaimana suatu penelitian dapat diterapkan (Nursalam, 2003). Pada hakekatnya desain penelitian merupakan suatu strategi untuk mencapai tujuan penelitian yang telah ditetapkan dan berperan sebagai pedoman atau penuntun peneliti dan seluruh penelitian. Penentuan desain penelitian yang benar sangat mempengaruhi hasil penelitian. Penelitian ini menggunakan desain *cross sectional* karena mencari hubungan antara variabel bebas dengan variabel tergantung dan menjelaskan hubungan yang ditemukan dengan melakukan pengukuran sesaat atau dinilai satu kali saja tidak diikuti dengan pengukuran lanjutan (Ghazali, 1999 dalam Sastroasmoro, 1999).

4.2 Kerangka Operasional

Kerangka operasional/kerangka kerja adalah pentahapan/langkah-langkah dalam aktivitas ilmiah, mulai dari penetapan populasi, sampel dan seterusnya yaitu kegiatan yang dilakukan sejak awal penelitian (Nursalam, 2003).



Gambar 4.1 Kerangka kerja hubungan antara kualitas intervensi keperawatan dengan LOS pasien stroke di Rumah Sakit Baptis Kediri.

4.3 Populasi, Sampel dan *Sampling*

4.3.1 Populasi

Populasi dalam penelitian adalah setiap subjek yang memenuhi karakteristik yang ditentukan (Sastroasmoro, 1999). Populasi dalam penelitian ini adalah populasi terjangkau yaitu seluruh perawat dan seluruh pasien stroke Rumah Sakit Baptis Kediri. Populasi perawat di Rumah Sakit Baptis Kediri sejumlah 65 dan pasien stroke 30 pasien.

4.3.2 Sampel

Sampel adalah bagian (subset) dari populasi yang dipilih dengan cara tertentu hingga dianggap mewakili populasinya (Sastroasmoro, 1999). Dalam penelitian ini, sampel diambil dari perawat dan pasien di Rumah Sakit Baptis yang memenuhi kriteria pemilihan yaitu kriteria inklusi dan kriteria eksklusi.

4.3.2.1 Kriteria inklusi

Kriteria inklusi merupakan karakteristik umum subjek penelitian dari suatu populasi terjangkau yang akan diteliti (Nursalam, 2003). Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah:

Kriteria inklusi untuk perawat:

1. Perawat pelaksana di ruang rawat inap di Bangsal III, Paviliun I dan Paviliun II Rumah Sakit Baptis Kediri
2. Perawat *full shift*

Kriteria inklusi untuk pasien

1. Pasien stroke non hemoragik
2. Pasien yang baru dirawat pertama kali (bukan stroke ulang)
3. Pasien berusia antara 20-60 tahun

4.3.2.2 Kriteria eksklusi

Merupakan kriteria untuk mengeluarkan subjek yang memenuhi kriteria inklusi dari penelitian karena pelbagai sebab (Nursalam, 2003). Kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah:

Kriteria eksklusi untuk perawat:

1. Perawat yang menolak untuk diteliti
2. Kepala ruangan/wakil kepala ruangan

Kriteria eksklusi untuk pasien:

1. Pasien menolak untuk diteliti
2. Pasien meninggal ditengah perawatan

4.3.3 Besar Sampel

Besar sampel adalah jumlah seluruh subjek yang akan diteliti. Besar sampel dipengaruhi oleh tersedianya subjek dan desain yang dipilih. Pada penelitian ini besar sampel dihitung dengan menggunakan rumus:

$$n = \frac{N}{1 + N(d^2)}$$

Keterangan

n = besar sampel

N = besar populasi

d = tingkat signifikansi (p)

(Zainudin, 2000 dalam Nursalam, 2003).

Untuk memperoleh jumlah sampel yang dikehendaki maka dilakukan penghitungan pada perawat sebagai berikut:

$$n = \frac{65}{1 + 68(0,05^2)}$$

$$n = \frac{65}{1,17} = 55 \text{ perawat}$$

Dan perhitungan jumlah sampel untuk pasien adalah:

$$n = \frac{30}{1 + 30(0,05^2)}$$

$$n = \frac{30}{1,075}$$

$$n = 27,9$$

$$n = 28 \text{ pasien}$$

4.3.4 Sampling

Sampling adalah proses menyeleksi porsi dari populasi untuk dapat mewakili populasi (Nursalam, 2003). Metode pengambilan sampel yang digunakan dalam penelitian ini baik untuk perawat maupun pasien adalah *purposive sampling* yaitu suatu tehnik penetapan sampel dengan cara memilih sampel diantara populasi sesuai yang dikehendaki peneliti dalam tujuan penelitiannya, sehingga sampel tersebut dapat mewakili karakteristik populasi yang dikenal sebelumnya (Nursalam, 2003).

Tabel 4.1 Perhitungan banyak sampel perawat di ruang rawat inap Rumah Sakit Baptis Kediri.

Bangsal Perawatan	Jumlah perawat	
	kontrak	tetap
BIII	10	16
PI	7	10
PII	8	14
Jumlah	25	40
	65	

Berdasarkan jumlah perawat diatas maka estimasi jumlah sampel perawat tiap ruangan adalah:

$$\text{Bangsal III: } \frac{26}{65} \times 55 = 22 \text{ perawat}$$

$$\text{Paviliun I : } \frac{17}{65} \times 55 = 14 \text{ perawat}$$

$$\text{Paviliun II : } \frac{22}{65} \times 55 = 18.6 \\ = 19 \text{ perawat}$$

Tabel 4.2 Tabel distribusi jumlah sampel

NO	Ruangan	Σ Sampel Perawat
1.	Bangsal III	22
2.	Paviliun I	14
3.	Paviliun II	19
	Jumlah	55

4.4 Identifikasi Variabel

Variabel adalah karakteristik subjek penelitian yang berubah dari satu subjek ke subjek lainnya, bukan subjek itu sendiri (Sastroasmoro, 1999). Dalam konteks penelitian terdapat beberapa variabel diantaranya adalah variabel bebas (independen) dan variabel tergantung (dependen).

4.4.1 Variabel bebas (independen)

Adalah variabel yang nilainya menentukan variabel lain (Nursalam, 2003), yaitu jika variabel ini berubah maka akan mengakibatkan perubahan pada variabel lain (Sastroasmoro,1999). Variabel bebas biasanya dimanipulasi, diukur dan diamati untuk diketahui hubungannya dengan variabel lain. Dalam penelitian ini, variabel bebasnya adalah kualitas intervensi keperawatan.

4.4.2 Variabel tergantung (dependen)

Adalah variabel yang berubah akibat perubahan variabel bebas (Nursalam, 2003). Variabel tergantung dalam penelitian ini adalah LOS pasien stroke.

4.5 Definisi Operasional

Definisi operasional adalah definisi berdasarkan karakteristik yang diamati dari sesuatu yang didefinisikan tersebut (Nursalam, 2003).

Tabel 4.3 Tabel Definisi Operasional

Variabel	Definisi operasional	Parameter	Alat ukur	Skala pengukuran	Skor
Independen: Kualitas intervensi keperawatan	Tindakan yang dilakukan perawat untuk mencapai tujuan yang diharapkan	<ul style="list-style-type: none"> - Intervensi mandiri:1-21 - Intervensi tergantung:22-25 - Intervensi kolaboratif:26-33 - Observasi keperawatan: 34-44 - Pendidikan kesehatan: 45-52 	Observasi terstruktur	Ordinal	<p>4= bila telah dilakukan sepenuhnya dengan tepat 3= bila dilakukan sepenuhnya namun tidak tepat 2= bila dilaksanakan hanya sebagian 1= bila hanya sedikit yang dilaksanakan 0= bila tidak dikerjakan sama sekali (Nursalam, 2003, 138) Selalu = 2 Kadang-kadang= 1 Tidak pernah = 0</p> <p>Kriteria: Baik : 76-100% Sedang=55-75% Kurang=25-55% (Arikunto, 1998; 246)</p>
			Kuesioner	Ordinal	
Dependen: LOS pasien stroke	Lama pasien dirawat di rumah sakit dalam satu episode	<ul style="list-style-type: none"> < 7 hari 7-14 hari > 14 hari 	Penghitungan LOS= Waktu keluar - hari masuk	Ordinal	<p>< 7=1 7-14 hari= 2 > 14 hari: 3 Kriteria: Baik : 76-100% Sedang=55-75% Kurang=25-55% (Arikunto, 1998; 246)</p>

4.6 Pengumpulan dan pengolahan data

4.6.1 Instrumen

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah *checklist*/lembar observasi dan kuesioner yang dibuat berdasarkan teori intervensi keperawatan dari Black, PPNI, dan Brunner & Suddarth yang dimodifikasi oleh peneliti dan penghitungan LOS pasien stroke dari rekam medis atau status pasien.

4.6.2 Lokasi dan waktu penelitian

Lokasi penelitian ini adalah di Bangsal III, Paviliun I dan Paviliun II. Waktu penelitian adalah 13 Januari 2007 sampai dengan 22 Januari 2007.

4.6.3 Prosedur Pengumpulan Data

Sebelum melakukan penelitian, peneliti mengajukan permohonan izin kepada Direktur Rumah Sakit Baptis Kediri untuk mendapatkan persetujuan melakukan penelitian. Pengumpulan data pertama yang dilakukan adalah mengumpulkan data berdasarkan pendapat perawat dengan kuesioner, kemudian peneliti melakukan observasi intervensi keperawatan yang meliputi intervensi mandiri, intervensi tergantung dan intervensi kolaboratif, observasi keperawatan dan pendidikan kesehatan pada pasien stroke di Bangsal III, Paviliun I dan Paviliun II Rumah Sakit Baptis Kediri yang dilakukan perawat yang memenuhi kriteria inklusi dengan *checklist*/lembar observasi. Masing-masing perawat diobservasi sebanyak 3 kali (shift pagi, siang atau malam). Observasi dilakukan oleh peneliti dengan mengawasi subjek penelitian di masing-masing unit secara bergantian. Hasil observasi dicatat dalam lembar observasi sesuai dengan kode perawat yang diobservasi, kemudian dikelompokkan berdasarkan ruangan perawatan dan dinilai. Pengumpulan data LOS dilakukan jika pasien akan pulang.

Jika pasien yang dirawat selama >14 hari belum pulang maka dimasukkan ke dalam penilaian >14 hari. Data diambil dari rekam medis atau menghitungnya dari status pasien dengan mengurangi waktu keluar dengan waktu masuk pasien (Wikipedia.com).

4.6.4 Analisis Data

Setelah data terkumpul, dilakukan pemilihan, kodifikasi (*coding*) dan dilakukan skoring. Data yang telah diperoleh kemudian disajikan dengan tabulasi antara kedua variabel dan dianalisis dengan menggunakan teknik korelasi Spearman Rank dengan SPSS 11.5 for Windows. Bila $p < 0.05$ maka H_1 diterima dan H_0 ditolak, menyatakan adanya hubungan antara kualitas intervensi keperawatan dengan LOS pasien stroke di Rumah Sakit Baptis Kediri. Bila $p > 0.05$ maka H_1 ditolak dan H_0 diterima, menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna antara kualitas intervensi keperawatan dengan LOS pasien stroke di Rumah Sakit Baptis Kediri dan kekuatan korelasi dilihat berdasarkan nilai r sesuai dengan panduan interpretasi.

Tabel 4.4 Panduan interpretasi hasil uji hipotesis berdasarkan kekuatan korelasi, nilai p dan arah korelasi.

No	Parameter	Nilai	Interpretasi
1	Kekuatan korelasi	0,00-0,199 0,20-0,399 0,40-0,599 0,60-0,799 0,80-1,000	Sangat lemah Lemah Cukup/sedang Kuat Sangat kuat
2	Nilai p	$p < 0,05$ $p > 0,05$	Terdapat korelasi yang bermakna antara dua variabel yang diuji Tidak terdapat korelasi yang bermakna antara dua variabel yang diuji
3	Arah korelasi	Positif Negatif	Searah. Semakin besar nilai satu variabel, semakin besar pula nilai variabel lainnya Berlawanan arah. Semakin besar nilai satu variabel semakin kecil nilai variabel lainnya.

4.7 Etika Penelitian

Dalam melakukan penelitian ini, peneliti mengajukan permohonan izin kepada Direktur Rumah Sakit Baptis Kediri dengan tembusan Kepala Departemen Perawatan. Kemudian penelitian ini dilakukan dengan menekankan:

4.7.1 *Informed Consent* (Lembar Persetujuan Kepada Responden)

Dengan tujuan supaya subjek memahami maksud dan tujuan penelitian yang akan dilakukan. Jika subjek bersedia maka subjek harus menandatangani lembar persetujuan. Subjek juga harus mengerti bahwa jika subjek tidak bersedia diteliti maka peneliti tidak akan memaksa subjek dan tetap menghormati subjek.

4.7.2 *Anonimity* (Tanpa Nama)

Untuk menjaga kerahasiaan responden maka peneliti menggunakan nomor kode tertentu tanpa mencantumkan nama responden sebagai subjek yang diteliti.

4.7.3 *Confidentiality* (Kerahasiaan)

Kerahasiaan informasi yang diberikan oleh subyek penelitian dijamin oleh peneliti.

4.8 Keterbatasan

Keterbatasan adalah kelemahan atau hambatan dalam penelitian (Burns & Grove, 1991 dalam Nursalam, 2001). Dengan terbatasnya waktu peneliti mengalami kesulitan untuk melakukan observasi dengan lebih detail sehingga mempengaruhi hasil penelitian. Keterbatasan tersebut adalah:

1. Instrumen yang digunakan adalah kuesioner dan lembar observasi hasil modifikasi peneliti berdasarkan teori intervensi keperawatan yang belum pernah diujikan sebelumnya sehingga kurang akurat.

2. Kuesioner yang digunakan bersifat subjektif sehingga dapat menimbulkan bias karena mungkin tidak sesuai dengan hasil observasi.
3. Perawat kontrak yang diteliti memiliki tanggung jawab yang berbeda dengan perawat tetap sehingga intervensi yang dilakukan juga berbeda karena seluruh perawat kontrak adalah perawat Akper RS Baptis yang baru saja menyelesaikan pendidikannya.
4. Kapasitas tempat tidur di Bangsal III lebih banyak bila dibandingkan dengan Paviliun II sehingga beban kerja perawat Bangsal III lebih besar daripada Paviliun I atau Paviliun II yang berakibat pada intervensi keperawatan yang diberikan kepada pasien stroke kurang jika dibandingkan dengan pasien yang di Paviliun.
5. Kesulitan untuk melakukan observasi karena subjek yang diteliti berada di ruangan yang berbeda, dengan shift yang berbeda.

BAB 5
HASIL DAN
PEMBAHASAN

BAB 5

HASIL DAN PEMBAHASAN

Berikut ini akan diuraikan hasil penelitian yang telah dilaksanakan di Bangsal III, Paviliun I dan Paviliun II Rumah Sakit Baptis Kediri mulai tanggal 13 Januari 2007 sampai 22 Januari 2007. Hasil penelitian ini meliputi gambaran umum tempat pengambilan data, gambaran karakteristik responden, gambaran kualitas intervensi keperawatan dan LOS pasien stroke.

Untuk membuktikan adanya hubungan antara kualitas intervensi keperawatan dengan LOS pasien stroke diuji dengan uji statistik korelasi yaitu dengan uji korelasi Spearman (Spearman Rank) dengan fasilitas komputer SPSS 11.5 dengan tingkat kemaknaan $p \leq 0.05$, maka H_1 diterima dan H_0 ditolak. Apabila $p > 0.05$ maka H_1 ditolak dan H_0 diterima (Sugiyono, 2000).

5.1 Hasil

5.1.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

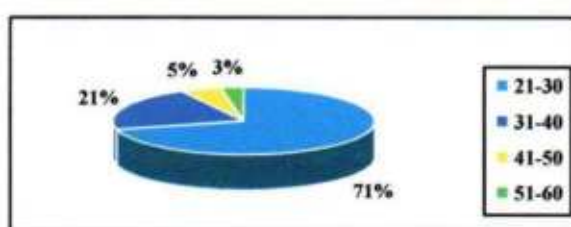
Penelitian ini dilaksanakan di Rumah Sakit Baptis Kediri, suatu rumah sakit swasta di Kediri yang pada awalnya merupakan bagian pelayanan para misionaris dari Yayasan Baptis. Rumah Sakit Baptis Kediri adalah Rumah Sakit Baptis pertama yang berdiri di Indonesia yang kemudian diikuti dengan Rumah Sakit Baptis Lampung dan Batu. Rumah Sakit Baptis Kediri terletak di Jl. I.B.H. Pranoto (Jl. Mauni) No 1-7. Rumah Sakit Baptis Kediri saat ini memiliki 7 ruang rawat inap yang dibagi berdasarkan kelas yaitu Bangsal III, Bangsal V, Bangsal Obstetri, Paviliun I, Paviliun II, ICU dan VVIP dengan sub bagian penyakit dalam

dan penyakit bedah pada unit umum. Masing-masing ruangan melaksanakan model asuhan keperawatan secara tim. Dalam memberikan asuhan keperawatan perawat terbagi menjadi tiga *shift* yaitu pagi, siang dan malam.

Penelitian ini berfokus pada ruang rawat inap dewasa yaitu Bangsal III dengan BOR 82%, Paviliun I dengan BOR 56% dan Paviliun II dengan BOR 77% selama Anuari- Oktober 2006 silam. Kapasitas Bangsal III adalah 39 tempat tidur, Paviliun I 20 tempat tidur dan Paviliun II 29 tempat tidur. Selain itu penelitian ini juga difokuskan pada perawatan pasien stroke. Di Rumah Sakit Baptis Kediri, stroke merupakan penyakit degeneratif yang menempati posisi tertinggi dalam daftar penyakit non infeksi dengan jumlah pasien stroke rata-rata dalam satu bulan berkisar antara 30 orang yang memerlukan perawatan yang komprehensif dan berkesinambungan. Penelitian dilakukan pada perawat Bangsal III sejumlah 16 orang, Paviliun I sejumlah 9 orang dan Paviliun II sejumlah 13 orang dan pasien stroke non hemoragik yang dirawat di masing-masing unit, Bangsal III sejumlah 5 orang, di Paviliun I sejumlah 1 orang dan di Paviliun II sebanyak 7 orang pasien.

5.1.2 Data Umum

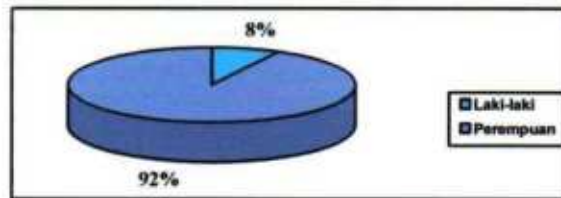
5.1.2.1 Karakteristik Demografi Perawat Berdasarkan Kelompok Umur



Gambar 5. 1 Diagram pie karakteristik perawat berdasarkan kelompok umur di Bangsal III, Paviliun I dan Paviliun II Rumah Sakit Baptis Kediri pada tanggal 13 Januari 2007 sampai 22 Januari 2007.

Data tersebut menunjukkan bahwa dari 38 responden perawat sebagian besar perawat berusia antara 21-30 tahun, diikuti 31-40 tahun dan paling sedikit berusia antara 51-60 tahun.

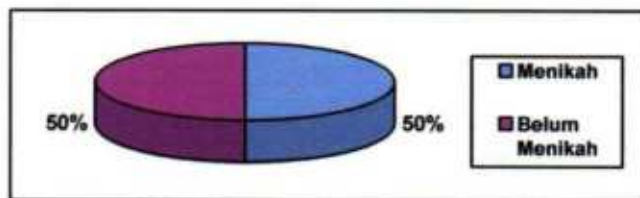
5.1.2.2 Karakteristik Perawat Berdasarkan Jenis Kelamin



Gambar 5.2 Diagram pie karakteristik perawat berdasarkan jenis kelamin di Bangsal III, Paviliun I dan Paviliun II Rumah Sakit Baptis Kediri pada tanggal 13 Januari 2007 sampai 22 Januari 2007.

Gambar diatas menunjukkan bahwa perawat di Bangsal III, Paviliun I dan Paviliun II mayoritas adalah perempuan.

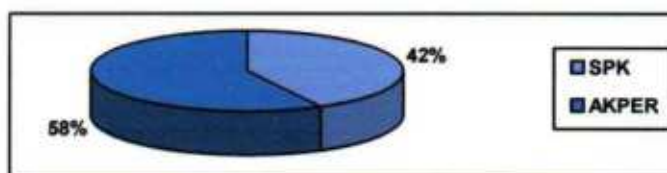
5.1.2.3 Karakteristik Perawat Berdasarkan Status Pernikahan



Gambar 5.3 Diagram pie karakteristik perawat berdasarkan status pernikahan di Bangsal III, Paviliun I dan Paviliun II Rumah Sakit Baptis Kediri pada tanggal 13 Januari 2007 sampai 22 Januari 2007.

Berdasarkan status pernikahan responden dapat diketahui dari gambar diatas bahwa perbandingan jumlah antara perawat yang belum menikah dan sudah menikah adalah sama.

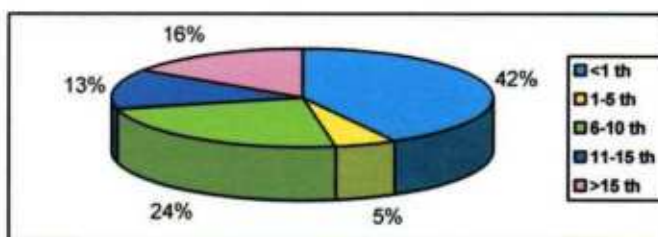
5.1.2.4 Karakteristik Perawat Berdasarkan Pendidikan



Gambar 5.4 Diagram pie karakteristik perawat berdasarkan pendidikan di Bangsal III, Paviliun I dan Paviliun II Rumah Sakit Baptis Kediri pada tanggal 13 Januari 2007 sampai 22 Januari 2007.

Mayoritas latar belakang pendidikan perawat adalah Akper dan sebagian lainnya adalah SPK.

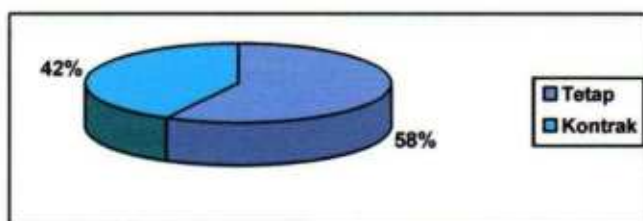
5.1.2.5 Karakteristik Perawat Berdasarkan Masa Kerja



Gambar 5.5 Diagram pie karakteristik perawat berdasarkan masa kerja di Bangsal III, Paviliun I dan Paviliun II Rumah Sakit Baptis Kediri pada tanggal 13 Januari 2007 sampai 22 Januari 2007.

Gambar diatas menunjukkan bahwa hampir setengah dari responden perawat memiliki pengalaman bekerja kurang dari 1 tahun, kemudian diikuti yang bekerja antara 6-10 tahun, lebih dari 15 tahun, antara 11-15 tahun dan paling sedikit bekerja antara 1-5 tahun.

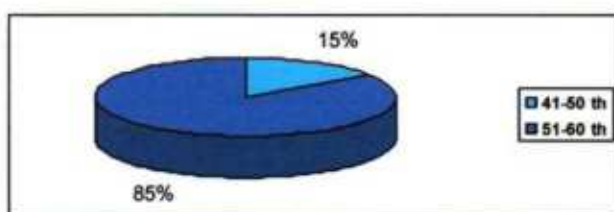
5.1.2.6 Karakteristik Perawat Berdasarkan Status Kepegawaian



Gambar 5. 6 Diagram pie karakteristik perawat berdasarkan status kepegawaian di Bangsal III, Paviliun I dan Paviliun II Rumah Sakit Baptis Kediri pada tanggal 13 Januari 2007 sampai 22 Januari 2007.

Diagram pie diatas menunjukkan bahwa sebagian besar perawat adalah pegawai tetap dan sebagian lagi pegawai kontrak yang baru saja lulus dari Akademi Keperawatan.

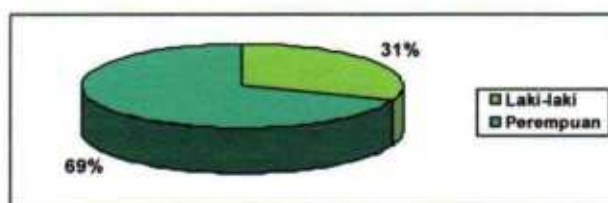
5.1.2.7 Karakteristik Pasien Berdasarkan Kelompok Umur



Gambar 5. 7 Diagram pie karakteristik pasien berdasarkan kelompok umur di Bangsal III, Paviliun I dan Paviliun II Rumah Sakit Baptis Kediri pada tanggal 13 Januari 2007 sampai 22 Januari 2007.

Gambar diatas menunjukkan bahwa pada pasien stroke yang dirawat di Rumah Sakit Baptis Kediri mayoritas berusia antara 51-60 dan sebagian kecil berusia antara 41-50 tahun.

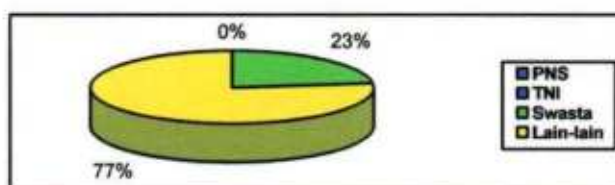
5.1.2.8 Karakteristik Pasien Berdasarkan Jenis Kelamin



Gambar 5. 8 Diagram pie karakteristik pasien berdasarkan jenis kelamin di Bangsal III, Paviliun I dan Paviliun II Rumah Sakit Baptis Kediri pada tanggal 13 Januari 2007 sampai 22 Januari 2007.

Diagram diatas menunjukkan bahwa kebanyakan pasien stroke yang dirawat di Rumah Sakit Baptis Kediri adalah laki-laki.

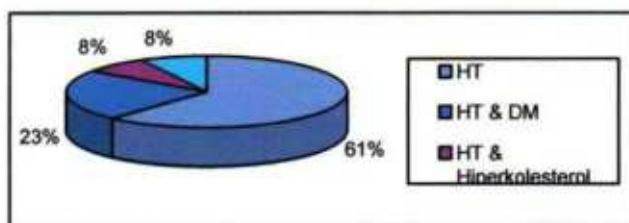
5.1.2.9 Karakteristik Pasien Berdasarkan Pekerjaan



Gambar 5. 9 Diagram pie karakteristik pasien berdasarkan pekerjaan di Bangsal III, Paviliun I dan Paviliun II Rumah Sakit Baptis Kediri pada tanggal 13 Januari 2007 sampai 22 Januari 2007.

Berdasarkan gambar diatas dapat diketahui bahwa mayoritas pasien stroke memiliki pekerjaan selain PNS, TNI dan Swasta yaitu tani, buruh dan berdagang, diikuti pekerjaan swasta dan tidak ada pasien yang memiliki pekerjaan PNS dan TNI.

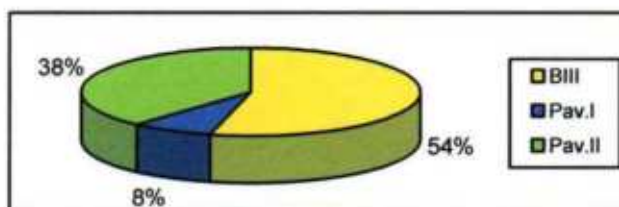
5.1.2.10 Karakteristik Pasien Berdasarkan Riwayat Penyakit



Gambar 5. 10 Diagram pie karakteristik pasien berdasarkan riwayat penyakit di Bangsal III, Paviliun I dan Paviliun II Rumah Sakit Baptis Kediri pada tanggal 13 Januari 2007 sampai 22 Januari 2007.

Dari gambar diatas dapat diketahui bahwa kebanyakan pasien stroke memiliki riwayat penyakit hipertensi/tekanan darah tinggi, diikuti dengan riwayat penyakit hipertensi yang disertai dengan diabetes mellitus, dan paling sedikit memiliki riwayat hipertensi dan hiperkolesterol.

5.1.2.11 Karakteristik Pasien Berdasarkan Tempat Dirawat

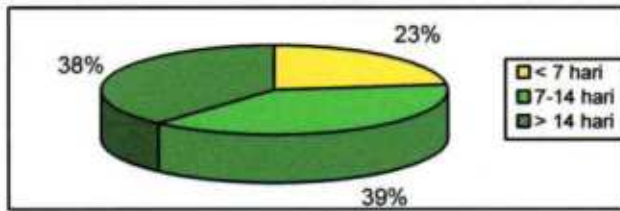


Gambar 5. 11 Diagram pie karakteristik pasien berdasarkan tempat dirawat di Bangsal III, Paviliun I dan Paviliun II Rumah Sakit Baptis Kediri pada tanggal 13 Januari 2007 sampai 22 Januari 2007.

Diagram diatas menunjukkan bahwa pasien stroke paling banyak dirawat di Bangsal III, sebagian besar lain dirawat di Paviliun II dan sisanya yaitu paling sedikit dirawat di Paviliun I.

5.1.3 Data Khusus

5.1.3.1 LOS Pasien



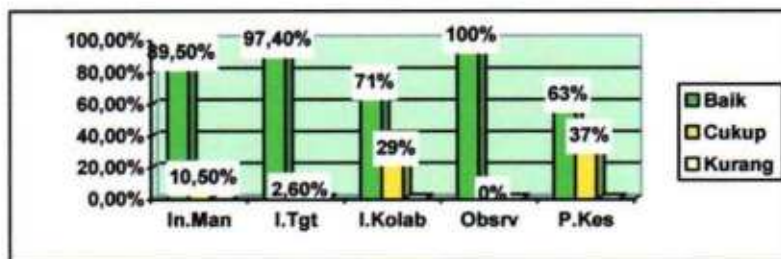
Gambar 5.12 Diagram pie karakteristik pasien berdasarkan LOS di Bangsal III, Paviliun I dan Paviliun II Rumah Sakit Baptis Kediri pada tanggal 13 Januari 2007 sampai 22 Januari 2007.

Data diatas menunjukkan jumlah pasien stroke yang dirawat di Rumah Sakit Baptis dirawat selama > 14 hari sama dengan jumlah pasien yang dirawat selama 7-14 hari dan paling sedikit dirawat < 7 hari.

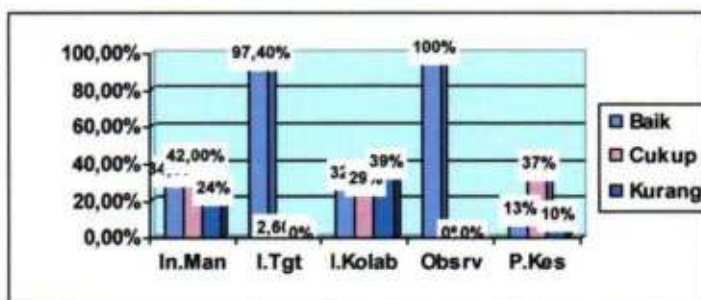
Tabel 5.1 Tabel LOS Pasien dan Diagnosa Medis Pasien Stroke di rumah Sakit Baptis Kediri tanggal 13 Januari 2007 sampai 22 Januari 2007.

No	Kode	Dx. Medis	LOS	
1	BIII1	Stroke, HT	9 hari	2
2	BIII2	Stroke, HT,	10 hari	2
3	BIII3	Stroke, HT, Sakit jantung	17 hari	3
4	BIII4	Stroke, HT	7 hari	2
5	BIII5	Stroke, HT, DM	19 hari	3
6	PI1	Stroke, HT, hiperkolesterolemia	25 hari	3
7	PI11	Stroke, HT, DM	20 hari	3
8	PII2	Stroke, HT,	8 hari	2
9	PII3	Stroke, HT	5 hari	1
10	PII4	Stroke, HT, AF cepat	16 hari	3
11	PII5	Stroke, HT	8 hari	2
12	PII6	Stroke, HT, demensia	5 hari	1
13	PII7	Stroke, HT	6 hari	1

5.1.3.2 Penilaian Kualitas Intervensi Keperawatan Berdasarkan Kuesioner dan Observasi



Gambar 5.13 Kualitas Intervensi Keperawatan dengan Penilaian Kuesioner di Rumah Sakit Baptis Kediri tanggal 13 Januari 2007 sampai dengan tanggal 22 Januari 2007.



Gambar 5.14 Kualitas Intervensi Keperawatan dengan Penilaian Observasi di Rumah Sakit Baptis Kediri tanggal 13 Januari 2007 sampai dengan tanggal 22 Januari 2007.

Tabel di atas menunjukkan bahwa berdasarkan penilaian dengan kuesioner mayoritas perawat dapat melaksanakan intervensi mandiri dengan baik, pada intervensi tergantung hampir seluruh perawat melaksanakan intervensi tersebut dengan baik, dan pada intervensi kolaboratif sebagian besar perawat juga melaksanakannya dengan baik. Pada observasi keperawatan seluruh perawat dengan baik melaksanakan intervensi tersebut. Pendidikan kesehatan sebagian besar dilaksanakan dengan baik oleh perawat dan sebagian kecil cukup baik.

Berdasarkan penilaian observasi jumlah perawat yang melaksanakan intervensi mandiri dengan baik kurang dari yang melaksanakannya dengan cukup baik, dan sebagian kecil melaksanakan tindakan tersebut dengan kurang baik. Dalam intervensi keperawatan tergantung mayoritas perawat melaksanakan dengan baik dan sisanya cukup baik. Pada intervensi kolaborasi jumlah perawat yang melaksanakan intervensi dengan baik lebih sedikit dari pada yang kurang baik melaksanakannya dan bagian paling kecil melaksanakannya dengan cukup baik. Observasi keperawatan dilaksanakan oleh seluruh perawat dengan baik dan sebagian besar perawat melaksanakan pendidikan kesehatan dengan cukup baik, diikuti dengan kurang baik dan sedikit yang melaksanakannya dengan baik.

5.1.3.3 Hubungan Antara Kualitas Intervensi Keperawatan dengan LOS Pasien Stroke di Rumah Sakit Baptis Kediri.

Tabel 5.2 Tabel Rekapitulasi Hubungan Antara Kualitas Intervensi Keperawatan dengan LOS Pasien Stroke di Rumah Sakit Baptis Kediri di Rumah Sakit Baptis Kediri tanggal 13 Januari 2007 sampai dengan tanggal 22 Januari 2007.

Intervensi Keperawatan	Kuesioner		Observasi	
	p	r	p	r
Intervensi Mandiri	0.617	0.153	0.864	-0.053
Intervensi Tergantung	0.638	0.144	0.625	0.150
Intervensi Kolaborasi	0.158	0.415	0.977	0.009
Observasi Keperawatan	0.019	0.638*	0.017	0.647*
Pendidikan Kesehatan	0.571	-0.173	0.359	-0.277

p = tingkat kemaknaan

r = koefisien korelasi

* = bermakna

Berdasarkan tabel di atas dapat diketahui bahwa dari hasil kuesioner tidak ada hubungan yang bermakna antara intervensi mandiri dengan LOS pasien stroke di Rumah Sakit Baptis Kediri dengan $p=0.617$ maka H_1 ditolak dengan kekuatan korelasi yang sangat lemah yaitu $r = 0.153$. Intervensi keperawatan tergantung

memiliki nilai $p=0.638$ maka H_1 ditolak yang berarti tidak ada hubungan yang bermakna antara intervensi keperawatan tergantung dengan LOS pasien stroke di Rumah Sakit Baptis Kediri dengan kekuatan korelasi yang sangat lemah yaitu $r=0.144$. Antara intervensi kolaborasi dengan LOS pasien stroke diperoleh nilai $p=0.158$ sehingga H_1 ditolak yang berarti tidak ada hubungan antara keduanya dengan kekuatan korelasi yang cukup kuat dengan nilai $r=0.415$. Antara observasi keperawatan dengan LOS pasien stroke diperoleh nilai $p=0.019$ yang berarti H_1 diterima, berarti ada hubungan yang bermakna antara keduanya dengan kekuatan korelasi positif yang kuat ($r=0.638$) dan pada intervensi pendidikan kesehatan nilai $p=0,571$ maka H_1 ditolak yaitu tidak ada hubungan yang bermakna antara pendidikan kesehatan dengan LOS pasien stroke dengan kekuatan korelasi negatif yang lemah ($r=-0,277$).

Tetapi berdasarkan penilaian dengan observasi peneliti, antara intervensi mandiri dengan LOS pasien stroke di Rumah Sakit Baptis Kediri tidak didapati hubungan yang bermakna karena nilai $p=0.864$ yang berarti H_1 ditolak dengan kekuatan korelasi negatif yang sangat lemah ($r=-0.053$). Nilai $p=0.625$ diperoleh pada intervensi keperawatan tergantung yang menunjukkan H_1 ditolak yaitu tidak ada hubungan yang bermakna antara intervensi keperawatan tergantung dengan LOS pasien stroke di Rumah Sakit Baptis Kediri dengan kekuatan korelasi positif yang sangat lemah. Intervensi keperawatan kolaboratif menunjukkan nilai $p=0,977$ maka H_1 ditolak yaitu tidak ada hubungan yang bermakna antara intervensi keperawatan kolaboratif dengan LOS pasien stroke di Rumah Sakit Baptis Kediri dengan kekuatan korelasi positif yang sangat lemah ($r=0.009$). Antara observasi keperawatan dengan LOS pasien stroke didapati nilai $p=0.017$,

maka H1 diterima yang berarti ada hubungan yang bermakna antara observasi keperawatan dengan LOS pasien stroke di Rumah Sakit Baptis Kediri dengan kekuatan korelasi positif yang kuat ($r=0.647$). Nilai $p=0.359$ diperoleh pendidikan kesehatan berarti H1 ditolak yang berarti tidak ada hubungan antara pendidikan kesehatan dengan LOS pasien stroke di Rumah Sakit Baptis Kediri dengan kekuatan korelasi negatif dan lemah ($r = -0.277$).

5.2 Pembahasan

Berdasarkan data khusus diatas, dapat diketahui tentang ada tidaknya hubungan yang bermakna antara kualitas intervensi keperawatan dengan LOS pasien stroke di Rumah Sakit Baptis Kediri dan juga kekuatan korelasi antara variabel satu dengan yang lainnya.

LOS pasien stroke di Rumah Sakit Baptis Kediri berkisar antara 5-25 hari. Jumlah pasien yang dirawat lebih dari 14 hari sama jumlahnya dengan pasien yang dirawat antara 7-14 hari, dan yang dirawat <7 hari hanya sedikit. Kebanyakan pasien yang dirawat berusia antara 51-60 tahun dengan riwayat penyakit tekanan darah tinggi (hipertensi) dan penyakit penyerta lainnya seperti diabetes melitus dan hiperkolesterolemia. Pasien stroke dengan LOS >14 hari kebanyakan karena mengalami penyakit penyerta lebih dari satu dan mengalami infark yang lebih luas dibandingkan yang lainnya. Pada pasien stroke dengan LOS < 7 hari, diperbolehkan pulang karena pada umumnya pasien dalam kondisi yang lebih stabil dengan kasus medis yang ringan dan keluarga merasa mampu merawat pasien di rumah dengan syarat kembali periksa tepat waktu. Pada pasien stroke dengan LOS antara 7-14 hari yang merupakan kisaran normal pada umumnya

mengalami gangguan yang cukup serius tetapi mengalami perbaikan kondisi secara progresif siap dipulangkan dalam keadaan baik.

Menurut Liu (2004) lama tidaknya LOS bervariasi tergantung dari banyak faktor baik faktor internal maupun faktor eksternal. Faktor seperti sosiodemografi, riwayat penyakit, jenis penyakit yang dialami dan berat penyakit. Faktor eksternal meliputi kebijakan rumah sakit tentang pembiayaan, sumber rujukan, sarana prasarana, tim medis dan tim kesehatan lain. Memendeknya LOS beresiko terhadap terjadinya perawatan yang tidak lengkap sehingga pasien belum siap untuk pulang dan mungkin akan kembali ke rumah sakit lebih cepat dari yang direncanakan. Sebaliknya, memanjangnya LOS mungkin mengindikasikan adanya komplikasi yang dapat mengakibatkan semakin tingginya jumlah biaya yang dikeluarkan oleh pasien. Oleh karena itu, rumah sakit dituntut untuk memberikan pelayanan yang menyeluruh sehingga LOS pasien dapat berada dalam kisaran normal dan pasien tidak merasa dirugikan dengan pulang lebih cepat dan siap untuk melanjutkan perawatan di rumah.

LOS pasien stroke di Rumah Sakit Baptis Kediri yang bervariasi cenderung dipengaruhi oleh berat penyakit pasien karena pasien stroke dengan infark yang luas memiliki LOS yang lebih panjang daripada pasien stroke dengan infark sedikit, riwayat penyakit dan penyakit penyerta yang sudah ada ketika pasien masuk rumah sakit seperti Diabetes Mellitus dan hiperkolesterolemia. Selain itu kesiapan finansial keluarga pasien juga merupakan faktor yang tidak dapat diabaikan karena pasien yang dirawat < 7 hari 2 diantara 3 pasien karena tidak memiliki cukup biaya untuk melanjutkan perawatan sehingga keluarga

Hampir seluruh perawat di Rumah Sakit Baptis Kediri melaksanakan kualitas intervensi keperawatan dengan baik menurut penilaian dengan kuesioner. Tetapi berdasarkan observasi peneliti terlihat bahwa masih ada beberapa intervensi yang dilaksanakan kurang maksimal, seperti intervensi mandiri, intervensi kolaborasi dan pendidikan kesehatan.

Donabedian (1970 dalam Marr, 2001) menyatakan bahwa kualitas keperawatan adalah keselarasan antara perawatan aktual dengan kriteria yang telah ditetapkan sebelumnya. Asuhan keperawatan dapat dikatakan berkualitas apabila dilaksanakan secara menyeluruh dan berkesinambungan.

Intervensi keperawatan di Rumah Sakit Baptis Kediri cukup berkualitas karena intervensi belum dilaksanakan secara menyeluruh dan berkesinambungan. Hal ini mengacu pada masih banyak perawat dengan latar belakang pendidikan dari SPK. Peningkatan keterampilan dan pengetahuan melalui mengikuti pendidikan tinggi sangat diperlukan untuk membuka wawasan perawat mengenai asuhan keperawatan yang berkualitas sehingga perawat termotivasi untuk meningkatkan diri dalam memberikan asuhan keperawatan yang berkualitas.

Berdasarkan penilaian baik dengan kuesioner maupun dengan observasi peneliti, diperoleh hasil yang menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara intervensi keperawatan mandiri dengan LOS pasien stroke di Rumah Sakit Baptis Kediri dengan kekuatan korelasi yang sangat lemah, bedanya jika berdasarkan kuesioner kekuatan korelasinya positif dan dengan observasi kekuatan korelasinya negatif.

Intervensi mandiri merupakan respon perawat terhadap kebutuhan pasien sesuai dengan diagnosa keperawatan yang telah ditetapkan. Intervensi ini adalah suatu tindakan yang otonom berdasarkan rasio ilmiah yang dilakukan untuk

keuntungan pasien. Intervensi ini tidak membutuhkan supervisi atau arahan dari tim kesehatan lain karena bersifat otonomi. Perawat berwenang secara legal melakukan intervensi ini sesuai dengan kebutuhan pasien. Intervensi ini meliputi membantu pasien untuk melaksanakan AKS (Aktivitas Kehidupan Sehari-hari), melaksanakan dukungan nutrisi, mempertahankan suhu tubuh normal, dan tindakan lain yang berhubungan dengan pengkajian yang telah dibuat perawat sebelumnya (Potter, 2005).

Tidak adanya hubungan yang bermakna antara intervensi mandiri dengan LOS pasien stroke mungkin disebabkan karena berat penyakit pasien stroke yang berbeda sehingga meskipun intervensi mandiri dilaksanakan dengan cukup baik tetapi karena perjalanan penyembuhan penyakit saraf bersifat lambat maka semakin luas derajat infark semakin lama pula proses pemulihannya. Hal tersebut mengacu pada LOS akan tetap memanjang meskipun intervensi mandiri tetap dilaksanakan dengan baik.

Berdasarkan analisis data didapati tidak ada hubungan yang bermakna antara intervensi keperawatan tergantung dengan LOS pasien stroke di Rumah Sakit Baptis Kediri dengan kekuatan korelasi yang sangat lemah. Perawat melaksanakan intervensi keperawatan tergantung dengan baik.

Intervensi keperawatan tergantung adalah intervensi yang merupakan tindakan perawat terhadap instruksi dokter berdasarkan diagnosa medis yang telah ditetapkan oleh dokter (Bulecheck, 1994). Intervensi ini memerlukan tanggungjawab yang besar dan tehnik keterampilan yang cukup memadai sehingga perawat dapat melakukannya dengan aman. Intervensi ini meliputi tindakan invasif seperti pemasangan infus, kateterisasi, pemberian medikasi baik

per oral, parenteral atau intra vena dan tindakan lain yang berada di bawah wewenang dokter yang didelegasikan kepada perawat.

Seluruh perawat di Rumah Sakit Baptis Kediri melaksanakan intervensi ini dengan baik karena perawat hanya perlu melakukan tindakan sesuai dengan instruksi dokter, melakukan klarifikasi jika diperlukan dan melaksanakannya sesuai dengan SOP (Standar Operasional Prosedur). Namun tidak adanya hubungan dapat disebabkan karena intervensi tergantung (intervensi dokter) dilakukan perawat untuk memenuhi kebutuhan pasien akan pengobatan dan tindakan medis lain sehingga meskipun tindakan ini dilaksanakan dengan baik jika faktor-faktor lain yang mempengaruhi tidak dihilangkan maka sulit bagi LOS pasien untuk berada dalam kisaran normal.

Berdasarkan kuesioner sebagian besar perawat melaksanakan intervensi kolaborasi dengan baik dan sebagian kecil melaksanakan dengan cukup baik. berdasarkan penilaian dengan observasi jumlah perawat yang melaksanakan dengan baik lebih sedikit jika dibandingkan dengan yang kurang baik. Analisis data di atas menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara intervensi keperawatan kolaboratif dengan LOS pasien stroke di Rumah Sakit Baptis Kediri namun memiliki kekuatan korelasi yang cukup kuat.

Intervensi kolaboratif merupakan intervensi yang dilaksanakan atas kerjasama dengan pihak lain atau tim kesehatan lain. Intervensi keperawatan kolaboratif memerlukan pertanggungjawaban secara bersama-sama oleh anggota tim. Namun bukan berarti permintaan dari tim kesehatan tersebut dapat diikuti secara membuta. Perawatan berdasarkan pengetahuannya yang kuat harus dapat mengenali medikasi atau prosedur yang tidak sesuai dengan kondisi pasien.

Perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan yang paripurna memerlukan koordinasi dari berbagai disiplin ilmu lainnya untuk mencapai tujuan. Klarifikasi merupakan bagian penting dalam pelaksanaan intervensi kolaboratif karena berguna untuk melindungi klien dan anggota sistem pelayanan kesehatan (Potter, 2005). Konsultasi merupakan salah satu bagian dari intervensi kolaborasi yang diperlukan jika perawatan membutuhkan disiplin ilmu lainnya dalam mengidentifikasi masalah pasien (Lund, 1994).

Tidak ada hubungan yang bermakna antara intervensi keperawatan kolaboratif dengan LOS pasien stroke di Rumah Sakit Baptis Kediri dapat disebabkan oleh kurangnya kemampuan perawat dalam melaksanakan intervensi tersebut dengan baik. Hal ini mungkin sekali mengingat dasar pendidikan perawat di Rumah Sakit Baptis Kediri yaitu SPK dan Akper dengan jumlah yang hampir sama. Selain itu, sarana dan prasarana yang dimiliki rumah sakit dalam hubungannya dengan peningkatan rehabilitasi pasien stroke masih sangat terbatas yaitu hanya ada rehabilitasi medik, fisioterapi dan gizi membuat perawat kesulitan mengaplikasikan tindakan ini dengan benar. Tetapi, LOS pasien stroke juga lebih dipengaruhi oleh faktor internal pasien sehingga meskipun intervensi keperawatan kolaboratif dilakukan dengan baik kemungkinan hubungannya sangat kecil karena kekuatan korelasi keduanya sangat lemah.

Pada observasi keperawatan seluruh perawat dapat melaksanakannya dengan baik. Berdasarkan penilaian kuesioner dan observasi terdapat hubungan yang bermakna antara keduanya dengan kekuatan korelasi yang kuat.

Observasi keperawatan adalah tindakan pemantauan dan pencatatan perkembangan pasien (Depkes RI, 2001). Perawat mengumpulkan data dengan

mengamati atau mengobservasi kondisi pasien selama pasien dirawat dengan melakukan pengukuran dengan ataupun tanpa alat. Hasil dari observasi kemudian dianalisis dan dipergunakan sebagai acuan untuk menentukan intervensi keperawatan yang diperlukan oleh pasien. Pengambilan data ini meliputi inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi.

Hubungan yang bermakna antara observasi keperawatan dengan LOS pasien stroke di Rumah Sakit Kediri karena observasi keperawatan merupakan dasar dari penentuan suatu tindakan, dasar dari bagian intervensi keperawatan lain seperti intervensi mandiri, intervensi tergantung, intervensi kolaboratif dan pendidikan kesehatan, juga dasar untuk menentukan kesiapan pasien untuk pulang, kemampuan pasien dan keluarga untuk melanjutkan perawatan di rumah dan sarana untuk memahami kesulitan yang dialami pasien dalam masa perawatan. Observasi keperawatan merupakan kelanjutan pengkajian data pasien yang berkesinambungan. Pelaksanaan observasi yang kurang dapat mengakibatkan kemungkinan terjadinya kesalahan memutuskan suatu tindakan dilakukan bagi pasien, kesalahan interpretasi terhadap kondisi pasien dan jika observasi keperawatan dilaksanakan dengan tepat, akan memungkinkan perawat dan tim kesehatan lain untuk menentukan tindakan yang tepat baik yang berkaitan dengan kondisi kesehatan pasien maupun kondisi lain yang berkaitan dengan memendek atau memanjangnya LOS.

Hasil penelitian terutama berdasarkan observasi peneliti menunjukkan bahwa hanya sebagian kecil perawat yang mampu melaksanakan pendidikan kesehatan dengan baik sesuai dengan standar kualitas. Analisis data menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara pendidikan kesehatan dengan

LOS pasien stroke di Rumah Sakit Baptis Kediri dengan kekuatan korelasi negatif yang lemah.

Pendidikan kesehatan berguna untuk memfasilitasi perkembangan adaptasi tingkah laku yang dapat mendukung kesehatan individu. Pendidikan kesehatan diarahkan pada kegiatan meningkatkan, mempertahankan dan memulihkan status kesehatan, mencegah komplikasi penyakit dan membantu individu mengatasi efek sisa penyakit. Perawat perlu melaksanakan perannya sebagai seorang pendidik dengan memberikan pengetahuan atau informasi yang tepat terkait dengan keperawatan atau tindakan media yang diterima pasien. Meskipun pasien berhak untuk memilih akan belajar atau tidak, tetapi perawat bertanggungjawab untuk menyampaikan informasi dan mendorong pasien atau keluarganya untuk menyadari kebutuhan akan belajar (Potter, 2005).

Keberhasilan pendidikan kesehatan akan besar pengaruhnya justru pada kesiapan pasien pulang, tetapi terhadap LOS mungkin akan sangat kecil pengaruhnya karena meskipun keluarga telah siap merawat pasien di rumah, jika pasien dalam kondisi yang tidak memungkinkan untuk pulang maka pasien perlu dirawat di rumah sakit yang berarti LOS tetap akan memanjang sampai pasien benar-benar siap untuk pulang dalam kondisi yang stabil.

BAB 6
KESIMPULAN DAN SARAN

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

6.1 Kesimpulan

1. LOS pasien stroke di Rumah Sakit Baptis Kediri berkisar antara 5-25 hari.
2. Kualitas intervensi keperawatan secara keseluruhan meliputi intervensi keperawatan mandiri, intervensi keperawatan tergantung, intervensi keperawatan kolaborasi dan pendidikan kesehatan tidak berhubungan dengan LOS pasien stroke di Rumah Sakit Baptis Kediri.
3. Bagian intervensi keperawatan yang berhubungan dengan LOS pasien stroke di Rumah Sakit Baptis Kediri adalah intervensi observasi keperawatan.

6.2 Saran

1. Perlu peningkatan jenjang pendidikan perawat pelaksana dari SPK ke DIII Keperawatan dan dari DIII Keperawatan ke sarjana keperawatan untuk meningkatkan sumber daya manusia dalam memenuhi standar asuhan keperawatan.
2. Kualitas intervensi keperawatan secara keseluruhan perlu ditingkatkan terutama pada observasi keperawatan sehingga pasien stroke menerima asuhan keperawatan yang paripurna.
3. Perlu disusun suatu NIC (*Nursing Intervention Classification*) atau Standar Asuhan Keperawatan tentang pasien stroke untuk mencapai tujuan yang

diharapkan sehingga dapat mencegah LOS yang memanjang atau memendek.

4. Dalam memberikan *job training* pada tenaga kontrak perlu dikembangkan model *preceptorship* sehingga perawat baru memiliki tanggung jawab yang sejajar dengan perawat lama dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien.
5. Perlu diadakan penelitian lebih lanjut tentang hubungan masalah keperawatan yang timbul dengan LOS pasien stroke.

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR PUSTAKA

- _____. (2006). Data LOS. Depkes Republik Indonesia. www.depkesri.com. 21 November 2006. 7:41 am
- _____. (2006). Medical Record Rumah Sakit Baptis Kediri.
- _____. (1999). *Keperawatan dan Praktek Keperawatan*. Dewan Pimpinan Pusat PPNI. Jakarta. Hal.8-9.
- _____. (2003). *Yastroki Tangani Masalah Stroke di Indonesia*. www.yastroki.com. 7 Desember 2006. 1:26 pm.
- _____. (2006). Brief Abstract of LOS. www.qualitymeasure.ahrq.gov. 15 November 2006. 7:16 am.
- _____. (2006). *Length of Stay*. www.wikipedia.com. 1 November 2006. 8:32 am.
- Ahya, *et al.* (2001). *The Washington Manual of Medical Therapeutics*. 30th Department of Medicine. Washington University School of Medicine. Washington. Hal. 523-526.
- Black and Pearson. (2002). *Average Length of Stay, Delayed Discharge and Hospital Congestion*. www.bmj.com. 12 April 2006. 8:32 am.
- Black, M. & Jacob. (1999). *Medical Surgical Nursing*. 4th ed. W. B. Saunders Co. Philadelphia. Hal.784-806.
- Brunner & Suddarth. (2002). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Volume 1. Edisi 8. Penerbit Buku Kedokteran EGC. Jakarta. Hal 40-54, 2130-2144.
- Dahlan, S. (2004). *Statistik untuk Kedokteran dan Kesehatan Uji Hipotesis dengan Menggunakan SPSS Program 12 Jam*. Bina Mitra Press. Jakarta. Hal. 169-170.
- Harsono. (2003). *Kapita Selekta Neurologi*. Edisi II. Gadjah Mada University Press. Yogyakarta. Hal. 79-103
- Kossovsky, M. P. (2002). *Original Article: Relationship between Hospital Length of Stay and Quality of Care in Patients with Congestive Heart Failure*. Geneva University. www.bmjjournal.com. 15 November 2006. 11:10 am.
- Kusnanto. (2004). *Pengantar Profesi dan Praktik Keperawatan Profesional*. EGC. Jakarta. Hal. 88-89.

- Limburg. (1996). *Length of Hospital Stay and Discharge Delays in Stroke Patients*. www.wrongdiagnosis.com. 23 November 2006. 7:15 am.
- Liu, Phillips, and Codde. (2004). *Factors Influencing Patient's Length of Stay*. www.aushealthreview.com.au. 15 November 2006. 8:55 am.
- Marr, Heather. (2001). *Penjaminan Kualitas Dalam Keperawatan: Konsep, Metode dan Studi Kasus*. EGC. Jakarta. Hal. 6-12, 20-22.
- Nettina, S.M. (2002). *Pedoman Praktik Keperawatan*. EGC. Jakarta. Hal. 88-92.
- Nursalam. (2003). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pedoman Skripsi, Thesis dan Instrumen Penelitian*. Salemba Medika. Jakarta. Hal. 56-128.
- Potter & Perry. (2005). *Dasar-dasar Keperawatan: Konsep, Teori dan Praktek*. Volume 1. EGC. Jakarta. Hal. 185-200.
- Saba, V.K. (2003). *Nursing Intervention*. www.sabacare.com. 7 Desember 2006. 1:27 pm.
- Sastroasmoro, S & Ismael, S. (1999). *Dasar-dasar Metodologi Penelitian Klinis*. Binarupa Aksara. Jakarta. Hal. 21-57.
- Shuaib, Ashfaq & Goldstein, Larry. (1999). *Management of Acute Stroke*. Marcell Dekker, Inc. New York.
- Sidharta, P. (1999). *Neurologi Klinis Dalam Praktek Umum*. Dian Rakyat. Jakarta.
- Sugiyono. (2001). *Statistik Non Parametris*. Penerbit Alfabeta. Bandung. Hal.106-117.
- Taylor, Carol. (1997). *Fundamental of Nursing: The Art of Nursing Care*. Lippincot Publisher. Hal. 301-327.
- Wijono, D. (1999). *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan*. Volume 1. Airlangga University Press. Surabaya. Hal. 1-38, 586.
- Wijono, D. (1999). *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan*. Volume 2. Airlangga University Press. Surabaya. Hal.873.

LAMPIRAN



DEPARTEMEN PENDIDIKAN NASIONAL
UNIVERSITAS AIRLANGGA
FAKULTAS KEDOKTERAN
PROGRAM STUDI S.1 ILMU KEPERAWATAN
Jalan Mayjen Prof. Dr. Moestopo 47 Surabaya Kode Pos : 60131
Telp. / Fax. (031) 5012496 - 5014067

Surabaya, 8 Januari 2007

Nomor : 51 /J03.1.17/PSIK/ 2007
Lampiran : 1 (satu) berkas
Perihal : Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian
Mahasiswa PSIK - FK Unair

Kepada Yth.

Direktur RS Baptis Kediri

di -

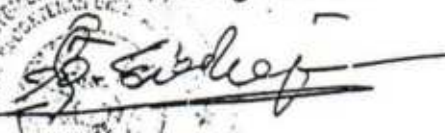
Surabaya Kediri

Dengan hormat,

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Program Studi S1 Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini mengumpulkan data sesuai dengan tujuan penelitian yang telah ditetapkan. Adapun Proposal Penelitian terlampir.

Nama : Wahyu Putri Sulistyaning
NIM : 010531055 B
Judul Penelitian : Analisis Hubungan Antara Kualitas Intervensi Keperawatan dengan LOS Pasien Stroke di Rumah Sakit Baptis Kediri
Tempat : Bangsal III, Pav. I dan II RS Baptis Kediri

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.

Ketua Program Studi

Prof. H. Eddy Soewandojo, dr., SpPD, KTI
NIP. 130 325 831



Rumah Sakit Baptis

Kotak Pos 1, Jl. Brigjen Pol. I.B.H. Pranoto (Jl. Mauni) No. 1-7
Telepon (0354) 682170 - 683578 - 684172 Fax (0354) 681173

KEDIRI 64102 INDONESIA

SURAT KETERANGAN

Nomor : 007/13-I/K.Dir/S.Ket/RSBK/2007

Yang bertanda tangan di bawah ini :

N a m a : dr. Sukoyo Suwandani
N I P : 140 092 462
Pangkat/ Gol : Pembina – IV/a
Jabatan : Direktur RS. Baptis Kediri

dengan ini menerangkan bahwa :

N a m a : Wahyu Putri Sulistyning
N I M : 010531055 B
Status : Mahasiswa S 1 Ilmu Keperawatan
Program Studi : S.1 Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran - Universitas
Airlangga Surabaya.

kepada mahasiswa tersebut telah diberi izin melakukan pengambilan data sesuai dengan tujuan penelitian yang telah ditetapkan dengan judul penelitian :

*“ Analisis Hubungan Antara Kualitas Intervensi Keperawatan
dengan LOS Pasien Stroke di Rumah Sakit Baptis Kediri “*

tempat di Bangsal III, Pav. 1 dan Pav. 2 RS. Baptis Kediri.

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dipergunakan seperlunya.

Lampiran 3

Kediri, 13 Januari 2007

Direktur RS. Baptis Kediri

RUMAH SAKIT BAPTIS
KEDIRI
Sukoyo Suwandani

RUMAH SAKITKU, KEBANGGAANKU, TANGGUNGJAWABKU

C 270056

Lampiran 3 **PERNYATAAN PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN****ANALISIS HUBUNGAN ANTARA KUALITAS INTERVENSI
KEPERAWATAN DENGAN LOS PASIEN STROKE
DI RUMAH SAKIT BAPTIS KEDIRI**

Oleh : Wahyu Putri Sulistyning

Saya adalah mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan (PSIK) Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya. Penelitian ini digunakan sebagai salah satu persyaratan menyelesaikan tugas akhir PSIK Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk menjelaskan apakah ada hubungan antara kualitas intervensi keperawatan dengan LOS (Length of Stay) pasien stroke di Rumah Sakit Baptis Kediri.

Saya mengharapkan jawaban yang jujur dari saudara karena peran serta saudara akan sangat bermanfaat dalam penelitian ini. Hasil dari penelitian ini akan dipergunakan untuk pengembangan Ilmu Keperawatan, dan tidak dipergunakan untuk maksud-maksud yang lain. Saya menjamin kerahasiaan identitas dan data saudara.

Apabila saudara bersedia sebagai peserta dalam penelitian ini, silahkan saudara menandatangani surat persetujuan ini. Terima kasih atas partisipasi saudara.

No :

Tanggal :

Tanda tangan:

Lampiran 4

Nomor Kode **KUESIONER PERAWAT**

Petunjuk pengisian :

1. Beri tanda *check list* (✓) pada kotak/kolom yang sesuai dengan jawaban yang Anda pilih.
2. Kotak/kolom kode mohon untuk tidak diisi

I. DATA DEMOGRAFI**KODE**

A. Umur

 20-30 tahun 41-50 tahun 31-40 tahun 51-60 tahun

B. Jenis Kelamin

 Laki-laki Perempuan

C. Status Perkawinan

 Menikah Belum menikah

D. Pendidikan profesi

 SPK Akademi Keperawatan

E. Masa Kerja

< 1 tahun 11-15 tahun

1-5 tahun > 15 tahun

6-10 tahun

F. Status Kepegawaian

Pegawai tetap

Pegawai kontrak

II. Intervensi Keperawatan Pada Pasien Stroke

Petunjuk pengisian:

Berilah tanda “√” pada kotak-kotak yang sesuai dengan jawaban yang Anda pilih.

Keterangan:

SLL: selalu

KDG: kadang-kadang

TDK: tidak pernah

NO	PERNYATAAN	SLL	KDG	TDK	KODE
	Intervensi Keperawatan Mandiri				
1.	Memberikan oksigen sesuai keperluan pasien				
2.	Memasang mayo (air way tube) pada pasien yang lidahnya menutupi jalan napas				
3.	Melakukan suctioning jika sekret saluran napas menutupi jalan napas.				
4.	Menyiapkan lingkungan yang nyaman dengan membersihkan lingkungan sekitar pasien (kesatuan pasien).				
5.	Merapikan TT pasien sehingga linen tidak terlipat.				

6.	Mengganti linen yang basah dengan segera.			
7.	Membantu pasien dalam aktivitas sehari-hari seperti mandi, gosok gigi, menyisir rambut, dan berpakaian.			
8.	Menentukan jenis diet pasien sesuai dengan kemampuan pasien			
9.	Mengatur posisi saat makan 90 °, kemudian mempertahankan posisi 75°-80° sampai 30 menit setelah makan untuk mencegah aspirasi/refluks			
10.	Memasang slang lambung jika pasien sulit menelan			
11.	Memberikan makan per sonde dengan posisi kepala 15-30° lebih tinggi untuk mencegah aspirasi			
12.	Memasang kateter kondom bila pasien mengompol			
13.	Mengubah posisi pasien tiap 2 jam			
14.	Melakukan latihan gerak aktif dan pasif di atas tempat tidur di luar jadwal fisioterapis			
15.	Membantu pasien berpindah dari TT ke kursi/kursi roda dan sebaliknya			
16.	Memasang penyangga kaki, gulungan handuk di bawah pinggul dan bantal di bawah tangan yang sakit untuk mencegah kontraktur			
17.	Menjaga suhu pasien normal dengan kompres, kipas angin, pakaian tipis			
18.	Melakukan masase ringan pada punggung setiap selesai mandi			
19.	Mengoleskan losion pada kulit, terutama pada bagian tulang yang menonjol			
20.	Membatasi atau meningkatkan intake cairan			

21.	<p>sesuai dengan keperluan pasien</p> <p>Membantu pasien untuk memahami pesan-pesan baik secara verbal maupun nonverbal.</p> <p>Intervensi tergantung</p>				
22.	<p>Melaporkan masalah pasien kepada dokter yang berwenang sesuai dengan kondisi pasien</p>				
23.	<p>Memberikan pengobatan sesuai dengan instruksi dokter dengan prinsip 5 tepat</p>				
24.	<p>Mengklarifikasi kemungkinan kesalahan/ketidaktepatan pemberian pengobatan</p>				
25.	<p>Melakukan tindakan invasif seperti memasang infus, slang kateter atau lavement sesuai dengan instruksi dokter.</p> <p>Intervensi kolaboratif</p>				
26.	<p>Mengkomunikasikan masalah pasien yang memerlukan keahlian non keperawatan kepada tim kesehatan yang sesuai dengan masalah pasien</p>				
27.	<p>Menginformasikan masalah pasien dengan jelas</p>				
28.	<p>Memfasilitasi pertemuan antara pasien dengan tim kesehatan yang diperlukan tersebut</p>				
29.	<p>Menemani pasien saat bersama dengan tim kesehatan lain tersebut dan membantu kebutuhannya</p>				
30.	<p>Menelaah rencana tindakan tim kesehatan lain dengan pengetahuan yang dimiliki dan mengeluarkannya dari rencana perawatan jika tidak sesuai</p>				
31.	<p>Berkonsultasi pada disiplin ilmu lain jika masalah pasien tidak bisa diatasi sendiri oleh</p>				

	perawat berdasarkan ilmu keperawatan				
32.	Mengklarifikasi rencana tindakan yang dibuat oleh tim kesehatan lain				
33.	Mendiskusikan hasil konsultasi/kolaborasi dengan teman sejawat				
	Observasi Keperawatan				
34.	Memantau kesadaran dengan AVPU (Awareness, Verbal responses, Pain responses, Unresponses) atau GCS.				
35.	Memantau kemungkinan adanya gangguan pernapasan seperti dispnea, rales, ronki, penurunan PO ₂ , aspirasi				
36.	Memantau tingkat kemampuan mobilisasi dengan skala AKS dan penilaian kekuatan otot.				
37.	Memantau tanda-tanda vital seperti tekanan darah, suhu, nadi, nafas, dan adanya peningkatan tekanan intrakranial				
38.	Memantau pola makan, intake makanan, kemampuan menghisap dan menelan, dan berat badan				
39.	Memantau peningkatan kemampuan verbal				
40.	Memantau kemampuan untuk melihat (lapang pandang), kesimetrisan pupil, reflek cahaya dan ukuran pupil.				
41.	Memantau keadaan kulit selama dilakukan perawatan, mengawasi kemungkinan terjadinya dekubitus				
42.	Memantau intake cairan yang masuk ke dalam tubuh pasien dan haluarannya.				
43.	Memantau kondisi psikologis selama dirawat				
44.	Memantau hasil-hasil laboratorium yang berkaitan dengan kondisi pasien				

	Pendidikan Kesehatan				
45.	Mengkaji kebutuhan belajar pasien/keluarga				
46.	Merencanakan SAP beserta alat peraga yang digunakan				
47.	Memberikan pendidikan kepada pasien/keluarga sesuai keperluan				
48.	Mendorong keluarga menjelaskan kembali informasi yang telah diberikan				
49.	Mendemonstrasikan tindakan yang perlu dilakukan secara mandiri oleh pasien/keluarga seperti cara mencegah luka dekubitus, menggosok punggung, memindahkan pasien dari dan ke tempat tidur, latihan rentang gerak baik aktif maupun pasif				
50.	Mengawasi pasien/keluarga dalam mendemonstrasikan kembali tindakan yang telah dilakukan				
51.	Mengklarifikasi pemberian informasi dengan pertanyaan terbuka				
52.	Mengevaluasi hasil pembelajaran baik secara verbal maupun redemonstrasi.				

Lampiran 5

Nomor Kode

LEMBAR OBSERVASI INTERVENSI KEPERAWATAN**Diisi peneliti**

Nomor Perawat (Kode) :
 Penilai (Kode) :
 Jabatan Penilai :
 Ruang :
 Hari/tanggal :
 Pasien yang dirawat :

Petunjuk Pengisian

4= Bila telah dilakukan sepenuhnya dengan tepat

3= Bila dilakukan sepenuhnya namun tidak tepat

2= Bila dilaksanakan hanya sebagian

1= Bila hanya sedikit yang dilaksanakan

0= Bila tidak dikerjakan sama sekali

NO	PERNYATAAN	0	1	2	3	4
	Intervensi Keperawatan Mandiri					
1.	Memberikan oksigen sesuai keperluan pasien					
2.	Memasang mayo (air way tube) pada pasien yang lidahnya menutupi jalan napas					
3.	Melakukan suctioning jika sekret saluran napas menutupi jalan napas					
4.	Menyiapkan lingkungan yang nyaman dengan membersihkan lingkungan sekitar pasien (kesatuan pasien).					
5.	Merapikan TT pasien sehingga linen tidak terlipat.					
6.	Mengganti linen yang basah dengan segera.					
7.	Membantu pasien dalam aktivitas sehari hari seperti mandi, gosok gigi, menyisir rambut, dan berpakaian.					
8.	Menentukan jenis diet pasien sesuai dengan kemampuan pasien					

9.	Mengatur posisi saat makan 90°, kemudian mempertahankan posisi 75°-80° sampai 30 menit setelah makan untuk mencegah aspirasi/refluks				
10.	Memasang slang lambung jika pasien sulit menelan				
11.	Memberikan makan per sonde dengan posisi kepala 15-30° lebih tinggi untuk mencegah aspirasi				
12.	Memasang kateter kondom bila pasien mengompol				
13.	Mengubah posisi pasien tiap 2 jam				
14.	Melakukan latihan gerak aktif dan pasif di atas tempat tidur di luar jadwal fisioterapis				
15.	Membantu pasien berpindah dari TT ke kursi/kursi roda dan sebaliknya				
16.	Memasang penyangga kaki, gulungan handuk di bawah pinggul dan bantal di bawah tangan yang sakit untuk mencegah kontraktur				
17.	Menjaga suhu pasien normal dengan kompres, kipas angin, pakaian tipis				
18.	Melakukan masase ringan pada punggung setiap selesai membantu pasien mandi				
19.	Mengoleskan losion pada kulit, terutama pada bagian tulang yang menonjol				
20.	Membatasi atau meningkatkan intake cairan sesuai dengan keperluan pasien				
21.	Membantu pasien untuk memahami pesan-pesan baik secara verbal maupun nonverbal.				
	Intervensi tergantung				
22.	Melaporkan masalah pasien kepada dokter yang berwenang sesuai dengan kondisi pasien				
23.	Memberikan pengobatan sesuai dengan instruksi dokter dengan prinsip 5 tepat				
24.	Mengklarifikasi kemungkinan kesalahan/ ketidaktepatan pemberian pengobatan				

25.	Melakukan tindakan invasif seperti memasang infus, slang kateter atau lavement sesuai dengan instruksi dokter. Intervensi kolaboratif				
26.	Mengkomunikasikan masalah pasien yang memerlukan keahlian non keperawatan kepada tim kesehatan yang sesuai dengan masalah pasien				
27.	Menginformasikan masalah pasien dengan jelas				
28.	Memfasilitasi pertemuan antara pasien dengan tim kesehatan yang diperlukan tersebut				
29.	Menemani pasien saat bersama dengan tim kesehatan lain tersebut dan membantu kebutuhannya				
30.	Menelaah rencana tindakan tim kesehatan lain dengan pengetahuan yang dimiliki dan mengeluarkannya dari rencana perawatan jika tidak sesuai				
31.	Berkonsultasi pada disiplin ilmu lain jika masalah pasien tidak bisa diatasi sendiri oleh perawat berdasarkan ilmu keperawatan				
32.	Mengklarifikasi rencana tindakan yang dibuat oleh tim kesehatan lain				
33.	Mendiskusikan hasil konsultasi/kolaborasi dengan teman sejawat Observasi Keperawatan				
34.	Memantau kesadaran dengan AVPU (Awareness, Verbal responses, Pain responses, Unresponses) atau GCS.				
35.	Memantau kemungkinan adanya gangguan pernapasan seperti dispnea, rales, ronki, penurunan PO ₂ , aspirasi				
36.	Memantau tingkat kemampuan mobilisasi dengan skala AKS dan penilaian kekuatan otot.				
37.	Memantau tanda-tanda vital seperti tekanan darah, suhu, nadi, nafas, dan adanya peningkatan tekanan intrakranial				
38.	Memantau pola makan, intake makanan, kemampuan				

<p>menghisap dan menelan, dan berat badan</p> <p>39. Memantau peningkatan kemampuan verbal</p> <p>40. Memantau kemampuan untuk melihat (lapang pandang), kesimetrisan pupil, reflek cahaya dan ukuran pupil.</p> <p>41. Memantau keadaan kulit selama dilakukan perawatan, mengawasi kemungkinan terjadinya dekubitus</p> <p>42. Memantau intake cairan yang masuk ke dalam tubuh pasien dan haluarannya.</p> <p>43. Memantau kondisi psikologis selama dirawat</p> <p>44. Memantau hasil-hasil laboratorium yang berkaitan dengan kondisi pasien</p> <p>Pendidikan Kesehatan</p> <p>45. Mengkaji kebutuhan belajar pasien/keluarga</p> <p>46. Merencanakan SAP beserta alat peraga yang digunakan</p> <p>47. Memberikan pendidikan kepada pasien/keluarga sesuai keperluan</p> <p>48. Mendorong keluarga menjelaskan kembali informasi yang telah diberikan</p> <p>49. Mendemonstrasikan tindakan yang perlu dilakukan secara mandiri oleh pasien/keluarga seperti cara mencegah terjadinya luka dekubitus, menggosok punggung, memindahkan pasien dari dan ke tempat tidur, latihan rentang gerak baik aktif maupun pasif</p> <p>50. Mengawasi pasien/keluarga dalam mendemonstrasikan kembali tindakan yang telah dilakukan</p> <p>51. Mengklarifikasi pemberian informasi dengan pertanyaan terbuka</p> <p>52. Mengevaluasi hasil pembelajaran baik secara verbal maupun redemonstrasi.</p>						
--	--	--	--	--	--	--

Lampiran 6

Nomor Kode **DATA PASIEN**

Petunjuk pengisian :

1. Beri tanda *check list* (✓) pada kotak/kolom yang sesuai dengan jawaban yang Anda pilih.
2. Kotak/kolom kode mohon untuk tidak diisi

I. Data Demografi**KODE**

A. Umur

 20-30 tahun 41-50 tahun 31-40 tahun 51-60 tahun

B. Jenis Kelamin

 Laki-laki Perempuan

C. Pekerjaan

 PNS TNI Swasta Lain-lain

D. Pendidikan pasien

 SD SLTA/SMU SLTP/SMP Sarjana

II. Riwayat Penyakit

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Tekanan darah tinggi | <input type="checkbox"/> Sakit jantung |
| <input type="checkbox"/> Stroke | <input type="checkbox"/> Kencing Manis |
| <input type="checkbox"/> Kolesterol tinggi | |

III. Riwayat Hospitalisasi

A. Sekarang dirawat di ruang

- | |
|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bangsal III |
| <input type="checkbox"/> Paviliun I |
| <input type="checkbox"/> Paviliun II |

IV. Diisi oleh peneliti/observer

A. Diagnosa Medis

B. Lama Dirawat (LOS)

- | |
|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> < 7 hari |
| <input type="checkbox"/> 7-14 hari |
| <input type="checkbox"/> >14 hari |

DATA DEMOGRAFI PERAWAT

No	Umur	Jns Kel.	St. Nikah	Pend.	Ms Kerja	St Peg.
Bangsai III						
1	1	2	1	1	3	2
2	1	2	2	1	1	1
3	2	2	1	1	4	2
4	2	2	1	1	4	2
5	4	2	1	1	5	2
6	2	1	1	1	4	2
7	2	2	1	1	5	2
8	1	2	1	1	3	2
9	1	2	1	1	3	2
10	1	2	2	2	1	1
11	1	2	2	2	1	1
12	1	2	2	2	1	1
13	1	2	2	2	1	1
14	1	2	2	2	1	1
15	1	2	2	2	1	1
16	1	1	2	2	1	1
Paviliun I						
1	1	2	1	2	3	2
2	1	2	1	1	3	2
3	3	2	1	1	5	2
4	2	2	1	1	4	2
5	1	2	1	2	3	2
6	1	2	1	1	3	2
7	1	2	2	2	1	1
8	1	2	2	2	1	1
9	1	2	2	2	1	1

Keterangan
 Jns Kel. = Jenis Kelamin
 St. Nikah = Status Pernikahan
 Pend. = Pendidikan
 Ms Kerja = Masa Kerja
 St. Peg = Status Kepegawaian

Kode

Umur

1	21-30 th
2	31-40 th
3	41-50 th
4	51-60 th

Masa Kerja

1	< 1 th
2	1-5 th
3	6-10 th
4	11-15 th
5	> 15 th

Jenis Kelamin

1	L
2	P

Status Kepegawaian

1	Kontrak
2	Tetap

Status Pernikahan

1	Menikah
2	Blm.Menikah

Pendidikan

1	SPK
2	Akper

DATA DEMOGRAFI PERAWAT

No	Umur	Jns Kel.	St. Nikah	Pend.	Ms Kerja	St Peg.
Paviliun II						
1	2	2	1	1	5	2
2	1	2	2	2	3	2
3	2	2	1	1	5	2
4	2	2	1	1	4	2
5	1	2	1	2	2	2
6	1	2	2	2	3	2
7	3	2	1	1	5	2
8	1	2	2	2	2	2
9	1	2	2	2	1	1
10	1	1	2	2	1	1
11	1	2	2	2	1	1
12	1	2	2	2	1	1
13	1	2	2	2	1	1

DATA DEMOGRAFI PASIEN STROKE

No	Umur	Jns Kel.	Pekerjaan	Pend.	Riw. Peny.	Ruang	LOS
1	4	2	1	1	1	3	2
2	4	2	1	1	1 & 2	3	2
3	4	2	1	1	1 & 4	3	3
4	4	1	3	3	2	3	2
5	3	2	3	3	1 & 4	3	3
1	4	1	3	4	1	2	3
1	4	2	4	1	1	1	3
2	4	2	4	1	1	1	1
3	4	2	4	1	1	1	2
4	3	2	4	2	1 & 4	1	3
5	4	2	4	1	1	1	2
6	4	1	4	1	1	1	1
7	4	1	4	2	1	1	1

Kode:

Umur

1	21-30
2	31-40
3	41-50
4	51-60

Jenis Kelamin

1	L
2	P

Pekerjaan

1	PNS
2	TNI
3	Swasta
4	Lain2

Pendidikan

1	SD
2	SMP
3	SMU
4	PT

LOS

1	< 7 hari
2	7-14 hari
3	> 14hari

Riw. Penyakit

1	HT
2	Kolesterol Tinggi
3	Sakit jantung
4	DM

Ruang Rawat

1	Bangsas III
2	Paviliun I
3	Paviliun II

DATA PENILAIAN KUALITAS INTERVENSI KEPERAWATAN

No	Penilaian Kuesioner					Ttl	Penilaian Observasi					Ttl
	I.Mdr	I.Tgt	I.Kolab	Obs	PKes		I.Mdr	I.Tgt	I.Kolab	Obs	Pkes	
Bangsal III												
1	90,5	100	93,75	90,9	81,25	90,3	83,3	100	78,57	90,9	66,7	81,25
2	90,5	87,5	81,25	90,9	81,25	87,5	57,1	75	37,5	86,8	52	50,6
3	83,3	100	87,5	81,8	81,25	84,6	76,6	100	78,57	81,8	75	79,76
4	90,5	100	81,25	86,4	68,75	85,57	73,1	100	80	86,36	60	77,4
5	90,5	100	87,5	90,9	75	88,46	55,4	100	48,75	90,9	45	58
6	90,5	100	93,75	95,5	81,25	91,3	70,5	100	3,43	95,45	75	80,16
7	83,3	87,5	93,75	95,5	93,75	89,42	61,8	93,8	56,25	95,45	37,5	59,1
8	73,8	100	75	81,8	68,75	80	76,7	100	68,75	81,8	81,3	78,75
9	71,4	10	68,75	86,4	81,25	76,9	76,7	100	78,57	86,36	75	79,76
10	90,5	100	81,25	95,5	68,75	86,53	56,6	87,5	40	95,45	50	58,2
11	88,1	100	93,75	90,9	87,5	91,34	48,3	83,3	37,5	90,9	60	56,8
12	88,1	100	87,5	81,8	93,75	88,46	50	93,8	40	81,8	55	57,5
13	90,5	87,5	81,25	86,4	87,5	87,5	57,1	92,2	37,5	86,36	57,5	56,4
14	92,5	100	68,75	81,8	75	84,6	50	91,7	37,5	81,8	56,7	56,88
15	83,3	100	93,75	90,9	81,25	87,5	54,4	87,5	50	90,9	60	58,66
16	90,5	100	87,5	81,8	93,75	88,46	46,6	87,5	60	81,8	50	57,12
Paviliun I												
1	90,5	100	93,75	95,5	81,25	91,34	85,7	100	71,42	96	60	85
2	88,1	100	87,5	95,5	87,5	90,38	73,2	100	6,75	95,45	60	80,14
3	90,5	100	81,25	81,8	68,75	84,6	75	100	89,28	82	79,2	83,3
4	83,3	87,5	81,25	86,4	81,25	83,6	76,8	100	68,75	86,36	81,3	78,75
5	8,09	100	75	90,9	68,75	84,6	76,7	100	79,16	91	70,8	78,84
6	90,5	100	93,75	81,8	93,75	90,38	73,1	100	80	81,8	60	77,14
7	90,5	87,5	68,75	81,8	75	82,6	67,3	87,5	50	81,8	50	62,8
8	85,7	87,5	75	86,4	87,5	84,6	64,3	87,5	37,5	87	40	60,71
9	85,7	100	93,75	86,4	81,25	87,5	61,5	81,3	50	86,36	45	60,6
Paviliun II												
1	69	87,5	87,5	81,8	81,25	77,8	76,7	100	68,75	82	81,3	78,75
2	90,5	100	93,75	95,5	81,25	91,34	51,7	100	70,83	95,45	75	70
3	92,8	100	75	90,9	93,75	90,38	76,7	100	79,16	90,9	70,8	78,84
4	83,3	100	81,25	77,3	62,5	79,8	75	100	89,2	78	79,2	83,3
5	90,5	100	81,25	95,5	68,75	87,5	83,3	100	70,8	95,45	60	80,92
6	90,5	100	93,75	90,9	81,25	90,3	83,3	100	79,57	90,9	66,7	81,25
7	73,8	87,5	93,75	81,8	75	79,8	80	100	75	81,8	70,8	80,48
8	78,6	100	81,25	90,9	81,25	83,65	76,7	100	78,57	90,9	75	79,76
9	88,1	87,5	56,25	81,8	81,25	80,76	58,9	87,5	62,5	82	55	57,5
10	85,7	87,5	62,5	81,8	68,76	78,8	51,6	87,5	50	81,8	57	53,9
11	88,1	75	62,5	77,3	62,5	76,92	58,3	87,5	48,5	77,27	56	62
12	88,1	87,5	75	86,4	75	83,65	52,3	91,6	50	86	52	54,54
13	73,8	100	87,5	90,9	93,75	84,6	51,9	83,3	51	90,9	50	53,12

PENILAIAN BERDASARKAN MASING-MASING INTERVENSI**PENILAIAN KUESIONER**

No	Kriteria	Unit	Penilaian Kuesioner				
			Intv.Mand	Intv.Tgt	Intv.Kolab	Observ.	PenKes
1	Baik 76-100%	BIII	100%	100%	81,25%	100%	68,75%
		PI	100%	100%	66,70%	100%	66,70%
		PII	84,60%	92%	61,50%	100%	53,80%
2	Sedang 55-75%	BIII	12,50%	0%	18,75%	0%	31,25%
		PI	0%	0%	33,30%	0%	33,30%
		PII	15,40%	7,70%	38,50%	0%	46,13%
3	Kurang <55%	BIII	0%	0%	0%	0%	0%
		PI	0%	0%	0%	0%	0%
		PII	0%	0%	0%	0%	0%

PENILAIAN OBSERVASI

No	Kriteria	Unit	Penilaian Observasi				
			Intv.Mand	Intv.Tgt	Intv.Kolab	Observ.	PenKes
1	Baik 76-100%	BIII	25%	94%	93,75%	31%	6,25%
		PI	33%	100%	33,30%	33%	22,22%
		PII	46,15%	100%	30,77%	46%	15,40%
2	Sedang 55-75%	BIII	43,75%	6%	10,41%	38%	62,50%
		PI	67%	0%	33,30%	67%	44,50%
		PII	23,00%	0,00%	38,46%	31%	69,20%
3	Kurang <55%	BIII	31%	0%	50%	31%	31%
		PI	0%	0%	33%	0%	33%
		PII	31%	0%	31%	23%	15%

DATA NILAI RESPONDEN PERAWAT**Total Nilai Perawat**

No	Kriteria	Unit	Nilai Kue	Nilai Obs	Total
1	Baik 76-100%	BIII	100%	37,50%	52,85%
		PI	100%	67,00%	
		PII	100%	54,00%	
2	Sedang 55-75 %	BIII	0%	56,25%	37,40%
		PI	0%	33,00%	
		PII	0%	23,00%	
3	Kurang <55 %	BIII	0%	6,25%	9,75%
		PI	0%	0%	
		PII	0%	23,00%	
Total Nilai Perawat					100%

Lampiran 8

Berdasarkan Penilaian dengan Kuesioner

Nonparametric Correlations

Correlations

			Intervensi mandiri	LOS
Spearman's rho	Intervensi mandiri	Correlation Coefficient	1,000	,153
		Sig. (2-tailed)	.	,617
		N	38	13
	LOS	Correlation Coefficient	,153	1,000
		Sig. (2-tailed)	,617	.
		N	13	13

Nonparametric Correlations

Correlations

			Intervensi tergantung	LOS
Spearman's rho	Intervensi tergantung	Correlation Coefficient	1,000	,144
		Sig. (2-tailed)	.	,638
		N	38	13
	LOS	Correlation Coefficient	,144	1,000
		Sig. (2-tailed)	,638	.
		N	13	13

Nonparametric Correlations

Correlations

			Intervensi kolaborasi	LOS
Spearman's rho	Intervensi kolaborasi	Correlation Coefficient	1,000	,415
		Sig. (2-tailed)	.	,158
		N	38	13
	LOS	Correlation Coefficient	,415	1,000
		Sig. (2-tailed)	,158	.
		N	13	13

Nonparametric Correlations

Correlations

			Observasi	LOS
Spearman's rho	Observasi	Correlation Coefficient	1,000	,638*
		Sig. (2-tailed)	.	,019
		N	38	13
	LOS	Correlation Coefficient	,638*	1,000
		Sig. (2-tailed)	,019	.
		N	13	13

*. Correlation is significant at the .05 level (2-tailed).

Nonparametric Correlations**Correlations**

			Pend.Kes ehatan	LOS
Spearman's rho	Pend.Kesehatan	Correlation Coefficient	1,000	-,173
		Sig. (2-tailed)	.	,571
		N	38	13
	LOS	Correlation Coefficient	-,173	1,000
		Sig. (2-tailed)	,571	.
		N	13	13

Nonparametric Correlations**Correlations**

			Intervensi keperawatan	LOS
Spearman's rho	Intervensi keperawatan	Correlation Coefficient	1,000	,197
		Sig. (2-tailed)	.	,519
		N	38	13
	LOS	Correlation Coefficient	,197	1,000
		Sig. (2-tailed)	,519	.
		N	13	13

Berdasarkan Penilaian dengan Observasi
Nonparametric Correlations

Correlations

			Intervensi mandiri	LOS
Spearman's rho	Intervensi mandiri	Correlation Coefficient	1,000	-,053
		Sig. (2-tailed)	.	,864
		N	38	13
	LOS	Correlation Coefficient	-,053	1,000
		Sig. (2-tailed)	,864	.
		N	13	13

Nonparametric Correlations

Correlations

			Intervensi tergantung	LOS
Spearman's rho	Intervensi tergantung	Correlation Coefficient	1,000	,150
		Sig. (2-tailed)	.	,625
		N	38	13
	LOS	Correlation Coefficient	,150	1,000
		Sig. (2-tailed)	,625	.
		N	13	13

Nonparametric Correlations

Correlations

			Intervensi kolaborasi	LOS
Spearman's rho	Intervensi kolaborasi	Correlation Coefficient	1,000	,009
		Sig. (2-tailed)	.	,977
		N	38	13
	LOS	Correlation Coefficient	,009	1,000
		Sig. (2-tailed)	,977	.
		N	13	13

Nonparametric Correlations

Correlations

			Observasi	LOS
Spearman's rho	Observasi	Correlation Coefficient	1,000	,647*
		Sig. (2-tailed)	.	,017
		N	38	13
	LOS	Correlation Coefficient	,647*	1,000
		Sig. (2-tailed)	,017	.
		N	13	13

*. Correlation is significant at the .05 level (2-tailed).

Nonparametric Correlations**Correlations**

			Pend. Kes ehatan	LOS
Spearman's rho	Pend. Kesehatan	Correlation Coefficient	1,000	-,277
		Sig. (2-tailed)	.	,359
		N	38	13
	LOS	Correlation Coefficient	-,277	1,000
		Sig. (2-tailed)	,359	.
		N	13	13

RUMAH SAKIT BAPTIS KEDIRI
PROTAP
3.3. PERAWATAN KATETER

Tujuan

1. Mencegah terjadinya infeksi pada saluran perkemihan.
2. Memberi rasa nyaman.
3. Mempertahankan kelancaran kateter dalam mengeluarkan produk urine

Prosedur Tindakan*1. Persiapan alat*

- a. Baki + alas (perlak)
- b. Bethadine 1:8
- c. Kapas steril dan mangkok kapas
- d. Sarung tangan steril
- e. Bengkok

2. Persiapan klien

Memberitahu klien dan keluarga terhadap prosedur perawatan kateter.

3. Langkah-langkah

- a. Mencuci tangan dan menyiapkan alat secara lengkap.
- b. Membawa alat-alat ke samping tempat tidur dan pasang tirai atau sketsel di samping tempat tidur klien.
- c. Buka pakaian bawah seperlunya dan atur posisi klien.

Wanita :

- d. Mengatur posisi dorsal recumbent dan memasang perlak di bawah pantat.
- e. Menyiapkan dan membuka alat-alat steril.
- f. Memakai kaos tangan steril.
- g. Membuka labia mayora dengan tangan kiri sampai tampak vestibulum.
- h. Membersihkan labia mayora, labia minora, vestibulum, kateter sekitar vestibulum masing-masing dengan kapas bethadine 1 x pakai.

Pria :

- i. Mengatur posisi tidur telentang dan pasang perlak/ alas di bawah pantat.
- j. Menggunakan sarung tangan steril.

- k. Membersihkan glans penis, perisium uretra dan kateter sekitar perisium uretra dengan kapas bethadine masing-masing sekali pakai.
- l. Membuang kapas bethadine ke dalam bengkok.
- m. Merapikan alat-alat dan klien.
- n. Mencuci tangan dan mendokumentasikan tindakan ke dalam lyst klien.

III. Hal-hal yang perlu diperhatikan

- 1. Bila pada perisium uretra terdapat darah/ perdarahan dari dalam dapat ditutup dengan kasa steril.
- 2. Perawatan kateter diberikan pagi dan sore sehabis klien mandi.
- 3. Perhatikan keluhan-keluhan klien terhadap tindakan pemasangan kateter, amati tanda-tanda iritasi dan infeksi.
- 4. Jaga agar kateter tidak tertekuk atau tertindih agar urine dapat dikeluarkan secara lancar.

RUMAH SAKIT BAPTIS KEDIRI

PROTAP

1.1. PEMBERIAN OKSIGEN (INHALASI O₂)

Pengertian

Memasukkan O₂ ke dalam paru melalui saluran nafas dengan menggunakan alat khusus.

Tujuan

1. Membantu menambah kekurangan O₂.
2. Pengobatan.
3. Mencegah hipoksia.

I. Indikasi

1. Klien hipoksia, dispneu, cyanosis, apnoe, koma.
2. Klien dengan kelumpuhan organ pernafasan.
3. Klien selama narkose umum.
4. Klien yang mendapat trauma paru.

7. Cara Kerja

1. *Persiapan alat-alat*

- a. Tabung O₂ dengan manometer
- b. Pengukur aliran (flowmeter)
- c. Botol pelembab (humidifier) yang sudah diisi dengan aquades
- d. Selang O₂
- e. Kanul (nasal prong), kateter hidung, masker, alat resusitasi otomatis
- f. Plester + gunting

2. *Persiapan klien*

Klien diberitahu dengan seksama, bila klien sadar, antara lain :

- a. Jelaskan bahwa tindakan pemasangan slang O₂/ masker tidak sakit dan tujuannya untuk memberikan oksigen tambahan agar kadar O₂ dalam tubuh terpenuhi dengan baik.

b. Klien diharap tenang, bila sesak/ tidak nyaman segera memberitahu perawat.

Pelaksanaan

a. Yakinkan dulu apakah jalan nafas betul-betul sudah bebas, bila belum bebaskan dulu obstruksi jalan nafas, misal bila ada lendir atau muntahan maka bersihkan dulu dengan jalan menghisap/ suction.

b. Alat didekatkan dan klien disiapkan dalam sikap semifowler/ sesuai KU klien.

c. Isi tabung diperiksa dan dicoba.

d. Slang O₂ dihubungkan dengan masker/ kanula hidung.

➤ **Nasal Kateter :**

- Mengukur jarak dari lubang hidung ke telinga dan beri tanda.
- Melumasi kateter dengan jelly/ vaselin.
- Memasukkan kateter sampai batas tanda.

➤ **Kanula Hidung Ganda :**

- Ujung kanula dimasukkan ke dalam kedua lubang hidung, tali diikatkan di belakang kepala.

➤ **Masker :**

- Masker dipasang/ ditutup pada mulut dan hidung, tali diikatkan di belakang kepala.

c. Flowmeter dibuka dengan ukuran yang sesuai dengan kebutuhan.

f. Klien ditanya apakah sesaknya berkurang.

g. Alat yang tidak digunakan dikembalikan ke tempat semula.

h. Pemberian O₂ ini dapat diteruskan, selang-seling, atau dihentikan tergantung pada program terapi.

i. Apabila terapi O₂ tidak diperlukan lagi, masker/ kanula hidung ganda diangkat, saluran O₂ ditutup.

j. Klien dirapikan dan alat-alat dibereskan.

Perhatian

Perhatikan reaksi klien, sebelum dan sesudah pemberian O₂.

Hati-hati dalam bekerja.

3. Bila menggunakan nasal kateter, pemakaian > 24 jam, kateter dibersihkan dan dipindahkan ke lubang hidung yang lain.
4. Amankan alat O₂ dengan plester.
5. Berikan kelembaban pada pemberian O₂.
6. Jauhkan dari hal-hal yang membahayakan, misal : api, rokok (kebakaran).
7. Dokumentasikan tindakan di lyst klien.

WATAN SELAMA PROSEDUR TERAPI O₂

Kaji klien adanya tanda hipoksemia.

Pertahankan patensi jalan nafas.

Kaji dan ajarkan klien untuk mempertahankan posisi yang baik yang sesuai agar ekspansi paru optimal, bagian kepala ditinggikan 45°- 90° dari tempat tidur.

Atur dan pertahankan kecepatan aliran serta konsentrasi O₂ dengan kelembaban sesuai pesanan; siapkan tabung O₂ portable dan/ atau selang panjang bila O₂ digunakan secara kontinue.

Pantau tanda-tanda vital tiap 15 menit-4 jam, kemudian tiap 2-4 jam bila stabil.

Kaji tingkat kesadaran tiap 15 menit-4 jam pertama, lapor dokter bila bunyi nafas hilang atau ronchi.

Lakukan hygiene oral dan nasal 2 kali per hari.

Bantu dan ajarkan klien nafas dalam dan batuk efektif tiap 4 jam sekali.

Beri dukungan emosional, tetaplh bersama klien bila klien gelisah.

Lanjutkan fungsi keperawatan lainnya yang dibutuhkan untuk proses penyakit utama.

Hindari kecepatan aliran dan konsentrasi O₂ yang tinggi untuk klien PPOM.

Pantau gas darah arteri (Arteri Blood Gas) sesuai instruksi.

WATAN PERALATAN O₂

Kateter nasal

- Periksa kepatenan kateter sebelum dipasang.
- Oleskan kateter dengan pelumas larut dalam air.
- Hindari melipat/ memutar selang.
- Posisikan kateter sehingga tidak terlihat ketika lidah klien ditekan.

- Letakkan dengan aman pada hidung.
- Lepas kateter tiap 6-8 jam.
- Masukkan kateter baru pada lubang hidung yang lain (prn).
- Kaji klien terhadap distensi abdomen.

• **Nasal kanul (prong)**

- Pastikan posisi yang tepat, hindari lipatan atau pemutaran yang dapat menghambat O₂.
- Beri jelly larut dalam air di lubang hidung.
- Evaluasi klien terhadap tekanan di lubang hidung/ iritasi.
- Bersihkan peralatan tiap hari.

• **Masker O₂ sederhana**

- Lepaskan masker secara periodik selama beberapa detik dan keringkan wajah klien.
- Sebelumnya pilih ukuran yang tepat untuk klien.
- Observasi untuk area mulut dan hidung.
- Ganti dengan selang hidung untuk bisa digunakan klien waktu makan.
- Dapat digunakan untuk memberi nafas buatan pada klien tidak sadar.

RUMAH SAKIT BAPTIS KEDIRI
PROTAP
5.1. PERAWATAN ULCUS DICUBITUS

Definisi

Ulcus Dicubitus adalah luka pada bagian tubuh/ kulit yang tertekan dalam waktu yang lama, penekanan jaringan ini mengakibatkan iskemia jaringan dan akhirnya terjadi nekrosis.

Indikasi

1. Pada klien yang imobilisasi di tempat tidur dalam waktu lama.
2. Klien dengan keadaan umum lemah dan istirahat di tempat tidur dalam waktu yang lama.

1. Prosedur Tindakan

1. Persiapan alat

- a. Air hangat dan air dingin
- b. Sabun
- c. Handuk kecil
- d. Alkohol
- e. Talk
- f. Bantal angin
- g. Zalf (sesuai program)
- h. Larutan garam fisiologis
- i. Acepto
- j. Gauze steril

2. Persiapan klien

Menjelaskan prosedur perawatan ulcus dicubitus.

3. Langkah-langkah

- a. Tingkat I
 - Kulit kemerah-merahan.

Perawatan :

- Perhatikan daerah yang potensial terkena (terutama daerah yang tertekan dan menonjol).
- Kulit yang merah bersihkan dengan air hangat dan sabun.
- Gosoklah dengan alkohol kemudian diberi talk.
- Klien dirubah posisi tidur selang-seling tiap 2 jam.
- Pasang bantal angin pada tempat yang tertekan.

b. Tingkat II

- Kulit biru kehitaman.

Perawatan :

- Gosok dengan air dingin pada daerah yang terkena.
- Kemudian diganti dengan uap panas atau air panas untuk merangsang peredaran darah.

c. Tingkat III

- Timbul lepuh-lepuh pada kulit.
- Lepuh berisi cairan kuning yang mudah terkelupas.
- Bila terkelupas terjadi luka.

Perawatan :

- Sama dengan tingkat II.
- Jaga lepuh jangan sampai lengket.
- Bila perlu diberi zalp sesuai program dokter.

d. Tingkat IV

- Terjadi necrosis jaringan.
- Timbul ulcus.
- Mudah timbul infeksi sekunder.
- Kuman mudah masuk.

Perawatan :

- Jaga agar luka cukup mendapat udara.
- Jika memakai balutan jangan sampai terlalu tebal.
- Jika luka kotor, pus, nekrosis, dicuci dengan larutan garam fisiologis dikompres.
- Jika diperlukan dapat dengan perawatan irigasi luka.
- Beri zalp sesuai dengan indikasi.

RUMAH SAKIT BAPTIS KEDIRI
PROTAP

9.1. PEMASANGAN NGT

I. Pengertian

Memasang selang plastik lunak melalui nasofaring klien ke dalam lambung dengan tujuan pembuangan sekret gastrik dan pemasukan larutan ke dalam lambung.

II. Tujuan

1. Pembuangan sekret gastrik/ kubah lambung.
2. Pemasukan larutan ke dalam lambung untuk pemeriksaan diagnostik.
3. Pemasukan nutrisi dan cairan.

III. Indikasi

1. Klien dengan gangguan menelan.
2. Klien dengan malnutrisi berat.
3. Klien dengan gangguan kesadaran.
4. Klien dengan keracunan makanan yang kurang dari 2 jam.
5. Klien yang akan dilakukan tindakan barium enema dengan tujuan foto diagnostik.

IV. Cara Kerja

1. Persiapan alat

- a. Pipa lambung (ukuran disesuaikan dengan usia)
- b. Xylocain jelly
- c. Stetoscope
- d. Sduit 10 cc
- e. Bengkok
- f. Handuk (alas kepala)
- g. Penutup pipa lambung
- h. Plester dan gunting
- i. Spatel
- j. Tissue

2. *Persiapan klien*

- a. Menjelaskan perasat yang akan dilakukan.
- b. Memasang tabir.
- c. Mengatur posisi tidur klien (telentang dengan bantal/ posisi semi fowler).

3. *Pelaksanaan*

- a. Mencuci tangan.
- b. Meletakkan handuk di bawah kepala klien.
- c. Mengukur panjangnya slang lambung dari pangkal hidung ke telinga lalu ke prosesus xipoides.
- d. Memberi batas panjang slang lambung yang telah diukur dengan plester.
- e. Memberi xylocain jelly pada slang lambung sepanjang 7,5-10 cm.
- f. Memasukkan slang lambung ke salah satu lubang hidung :
 - Posisi kepala ekstensi bila pipa sudah sampai oropharing, posisi kepala flexi.
 - Bila klien batuk-batuk berhenti memasukkan pipa lambung dan klien dianjurkan nafas dalam.
 - Setelah klien relaks dilanjutkan memasukkan pipa lambung.
- g. Mengecek apakah pipa lambung sudah masuk lambung dengan menghisap cairan lambung/ masukkan udara 5-10 cc dan didengar dengan stetoscope pada perut kiri kwadran atas.
- h. Plester pipa lambung ke ujung hidung.
- i. Menutup pipa lambung/ menyambung pipa lambung dengan plastik penampung.
- j. Merapikan klien dan lingkungannya.
- k. Membereskan alat-alat dan cuci tangan.
- l. Mencatat :
 - Jam pemasangan.
 - Jumlah dan warna cairan lambung.

RUMAH SAKIT BAPTIS KEDIRI
PROTAP

9.2. MEMBERI MAKAN LEWAT SLANG LAMBUNG

Pengertian

Memberikan makanan kepada klien dengan menggunakan slang lambung.

Tujuan

Memasukkan makanan ke dalam lambung.

Indikasi

1. Klien yang tidak dapat makan/ gangguan menelan.
2. Klien gangguan kesadaran.
3. Klien yang tidak ingin makan (psikosa).
4. Klien yang tidak dapat mempertahankan nutrisi oral dengan adekuat (kanker, sepsis, trauma, koma).
5. Bayi premature.

Cara Kerja

1. *Persiapan alat*

- a. Cairan/ makanan saring sesuai diit
- b. Gelas ukur dan sendok
- c. Asepto/ corong sonde/ spuit 50 cc
- d. Air putih untuk membilas
- e. Alas/ handuk
- f. Bengkok
- g. Tissue

2. *Persiapan klien*

- a. Menjelaskan perasat yang akan dilakukan.
- b. Memasang tabir.
- c. Mengatur posisi tidur klien posisi semi fowler.

3. *Pelaksanaan*

- a. Mencuci tangan.

- b. Mencocokkan diit dengan daftar diit klien.
- c. Meletakkan alas/ handuk di bawah kepala.
- d. Membuka penutup slang lambung.
- e. Menghisap sisa lambung dengan asepto/ spuit.
- f. Membuang sisa lambung ke dalam bengkok dan mengukurnya.
- g. Membilas asepto/ spuit dengan air pembilas.
- h. Memasukkan diit sesuai pesanan dengan posisi asepto lebih tinggi.
- i. Mengalirkan cairan diit perlahan-lahan dan mencegah masuknya udara ke dalam selang.
- j. Membilas selang lambung dengan air putih.
- k. Menutup pipa lambung.
- l. Merapikan alat-alat, mengatur posisi klien semi fowler/ memiringkan kepala klien dan cuci tangan.
- m. Mencatat :
 - Jumlah sisa lambung dan warnanya.
 - Jumlah intake/ cairan yang masuk.