

**KAJIAN KEBUTUHAN PERAWATAN DIRUMAH
BAGI KLIEN DENGAN STROKE
DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH CIANJUR**

LAPORAN AKHIR PENELITIAN
PENELITIAN MUDA (LITMUD) UNIVERSITAS PADJADJARAN
TAHUN ANGGARAN 2009

Oleh :

Ketua : Hana Rizmadewi Agustina, S.Kp., MN
Anggota : 1. Ayu Prawesti Priambodo, S.Kep, Ners
2. Irman Somantri, S.Kp, M.Kep.

**LEMBAGA PENELITIAN
UNIVERSITAS PADJADJARAN**



**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS PADJADJARAN
TAHUN 2009
USULAN PENELITIAN**

SUMBER DANA: DIPA PNB
TAHUN ANGGARAN 2009

1.	a. Judul Penelitian b. Bidang Keilmuan c. Kategori Penelitian	: Kajian Kebutuhan Perawatan Dirumah Bagi Klien Dengan Stroke Di Rumah Sakit Umum Daerah Cianjur : Kesehatan : I
2.	Ketua Peneliti a. Nama lengkap dan gelar b. Jenis Kelamin c. Golongan, pangkat dan NIP d. Jabatan Fungsional e. Jabatan Struktural f. Fakultas / Jurusan g. Pusat Penelitian	: Hana Rizmadewi Agustina, S.Kp., MN. : Perempuan : III/a, Penata Muda, NIP.132295692 : Asisten Ahli : - : Fakultas Ilmu Keperawatan : Lembaga Penelitian UNPAD
3.	Jumlah Anggota Peneliti a. Nama Anggota Peneliti I b. Nama Anggota Peneliti II	: 2 Orang : Ayu Prawesti Priambodo, S.Kep., Ners. : Irman Somantri, S.Kp, M.Kep
4.	Lokasi Penelitian	: Rumah Sakit Umum Daerah Cianjur
5.	Kerjasama dengan Institusi Lain	: -
6.	Lama Penelitian	: 10 (Sepuluh) bulan
7.	Biaya yang diperlukan a. Sumber dari UNPAD b. Sumber lain	: Rp. 10.000.000,- : Rp. 10.000.000,- : -
	Jumlah	: Rp. 10.000.000,- (Sepuluh juta rupiah)

Bandung, 29 Januari 2009

Mengetahui,
Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan,

Ketua Peneliti,

Mamat Lukman, SKM, S.Kp, M.Si
NIP.

Hana Rizmadewi Agustina, S.Kp, MN
NIP 197708062001122001

Menyetujui,
Ketua Lembaga Penelitian/Pengabdian Masyarakat
Universitas Padjadjaran,

Prof. Dr. Oekan S. Abdullah, M.Sc
NIP.

I. Pendahuluan

1.1. Latar Belakang Penelitian

Stroke adalah terjadinya gangguan fungsional otak fokal maupun global secara mendadak dan akut, berlangsung lebih dari 24 jam yang diakibatkan oleh gangguan aliran darah. Penyebab dari stroke bisa diakibatkan karena penyumbatan pada arteri yang disebabkan oleh adanya thrombus dan embolus. Jumlah penderita stroke semakin meningkat dari hari ke hari, bukan hanya menyerang penduduk usia tua tapi juga dialami oleh kelompok usia muda dan produktif. Di Indonesia, insiden dan prevalensi stroke belum diketahui secara pasti. Diperkirakan 500.000 penduduk terkena stroke setiap tahunnya, sekitar 2.5% atau 125.000 orang meninggal, dan sisanya cacat ringan hampir setiap hari, atau minimal rata-rata minimal 3 hari sekali ada seorang penduduk Indonesia, baik tua maupun muda meninggal dunia karena serangan stroke (Suyono, 2005).

Stroke menyebabkan berbagai defisit neorologik, bergantung pada lokasi lesi (pembuluh darah mana yang tersumbat), ukuran, area yang perfusinya tidak adekuat, dan jumlah aliran darah kolateral (sekunder atau aksesori). Manifestasi klinis dari stroke diantaranya adalah kehilangan motorik, kehilangan komunikasi, gangguan persepsi, kerusakan fungsi kognitif dan efek psikologik, disfungsi kandung kemih. Penderita stroke pada awal terkena stroke perlu penanganan secara cepat dan tepat agar tidak menyebabkan keadaan yang lebih parah atau bahkan kematian. Pada fase lanjutan atau perawatan lanjutan, diperlukan penanganan yang tepat karena dapat menimbulkan komplikasi-komplikasi.

Seringkali ketika pulang, pasien pasca stroke masih mengalami gejala sisa, misalnya dengan keadaan : kehilangan motorik (hemiplegi) atau ada juga pasien yang pulang dengan keadaan bedrest total, kehilangan komunikasi atau kesulitan berbicara (*disatria*), gangguan persepsi, kerusakan fungsi kognitif dan efek psikologik, disfungsi kandung kemih, pemasangan alat Naso Gastrum Tube (NGT), sehingga perawatan yang diberikan harus secara terus menerus dilakukan agar kondisi klien membaik, penyakitnya terkontrol, risiko serangan stroke ulang menurun, tidak terjadi komplikasi atau kematian mendadak. Untuk itu perawat perlu mengkaji kebutuhan pasien dalam perawatan di rumah, sehingga setelah pasien kembali kerumah perawatan dapat dilakukan oleh keluarga pasien maupun pasien itu sendiri secara terus menerus sampai optimal dan mencapai keadaan fisik

maksimal. Adapun kebutuhan pasien pasca rawat dapat meliputi kebutuhan fisiologis, psikologis, sosial dan spiritual.

RSUD Cianjur merupakan satu-satunya rumah sakit rujukan di Kabupaten Cianjur dimana stroke termasuk kedalam lima besar penyakit yang banyak ditemukan dirumah sakit tersebut. Berdasarkan angka kejadian penyakit, jumlah kunjungan pasien yang berobat dengan stroke adalah sebanyak 586 dari bulan Juli s.d Desember 2008, dengan 330 kasus diantaranya adalah kasus yang baru. Angka kasus baru tersebut meningkat dalam setiap bulannya. Berdasarkan informasi dari pihak Rumah Sakit bahwa program penyuluhan kesehatan yang dilakukan mengenai perawatan pasca stroke dirumah telah dilakukan hanya hanya saja standard operasional prosedurnya belum dibuat secara spesifik.

Pada saat ini, RSUD Cianjur juga sedang berupaya untuk melakukan pembenahan manajemen khususnya yang terkait dengan pelayanan keperawatan baik pada fase hospitalisasi dan pasca hospitalisasi. Terkait dengan pasca hospitalisasi, saat ini pihak RS sedang merencanakan pembuatan unit *hospital based home care* yang nantinya akan memberikan pelayanan *home care* bagi masyarakat. Perawatan pasca stroke dirumah merupakan salah satu prioritas yang akan dikembangkan, namun pihak RS terbentur dengan keterbatasan belum adanya kajian awal terkait dengan identifikasi kebutuhan perawatan dirumah yang diperlukan oleh klien pasca perawatan stroke. Dengan demikian, berdasarkan informasi tersebut, maka peneliti tertarik lebih lanjut untuk mengkaji kebutuhan perawatan dirumah bagi klien yang menderita Stroke yang berobat ke RSUD Cianjur.

1.2 Perumusan Masalah

Rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “Bagaimana kebutuhan perawatan di rumah pada klien yang menderita Stroke di RSUD Cianjur ?”.

II. Tinjauan Pustaka

2.1. Kajian Kebutuhan Pasien Pasca Stroke

Menurut WHO (1989, dalam Price, 2004) Stroke adalah disfungsi neurologi akut yang disebabkan oleh gangguan aliran darah yang timbul secara mendadak dengan tanda dan gejala yang sesuai dengan daerah fokal pada otak

yang terganggu. Penyakit serebrovaskuler (CVD) atau stroke adalah setiap kelainan otak akibat proses patologi pada sistem pembuluh darah otak. Proses ini dapat berupa penyumbatan lumen pembuluh darah oleh trombosis atau emboli, pecahnya dinding pembuluh darah otak, perubahan permeabilitas dinding pembuluh darah dan perubahan viskositas maupun kualitas darah sendiri. Perubahan dinding pembuluh darah otak serta komponen lainnya dapat bersifat primer karena kelainan kongenital maupun degeneratif, atau sekunder akibat proses lain seperti peradangan, arteriosklerosis, hipertensi dan diabetes mellitus (Misbach, 1999).

Otak merupakan organ tubuh yang ikut berpartisipasi pada semua kegiatan tubuh, seperti bergerak, berfikir, berbicara, emosi, membaca, menulis, melihat, mendengar, dan sebagainya. Manifestasi klinik stroke sangat bergantung pada daerah otak yang terganggu aliran darahnya dan fungsi daerah otak yang mengalami kerusakan tersebut. Ada yang mengalami lumpuh separo badan, bicara menjadi pelo, sulit menelan, sulit bicara, pelupa, gerakan tidak terkoordinasi, mudah menangis atau tertawa, banyak tidur, bahkan ada juga yang koma (Lumbantobing, 2000, Ignatavicius, 2003).

Kebutuhan dasar manusia adalah hal-hal seperti makanan, air, keamanan, dan cinta yang merupakan hal yang penting untuk bertahan hidup dan kesehatan. Walaupun setiap orang mempunyai mempunyai sifat tambahan, kebutuhan yang unik, setiap orang mempunyai kebutuhan dasar manusia yang sama. Besarnya kebutuhan dasar yang terpenuhi menentukan tingkat kesehatan dan posisi pada rentang sehat sakit.

Ditinjau dari konsep holistik, kebutuhan manusia itu meliputi 4 (empat) unsur, yaitu kebutuhan fisik, psikologis, sosial dan spiritual. Kebutuhan fisiologis memiliki prioritas tertinggi dalam hirarki Maslow. Seorang individu yang memiliki beberapa kebutuhan yang tidak terpenuhi secara umum lebih dulu mencari pemenuhan kebutuhan fisiologis (Maslow, 1970). Kebutuhan fisiologis yang dimaksudkan adalah oksigenasi, cairan, nutrisi, eliminasi, mobilisasi, perawatan diri. Sedangkan dari aspek psikologis, kebutuhan manusia berkaitan denganantisipasi terhadap stress dan adaptasi terhadap lingkungan, konsep diri yang adekuat, *self-esteem*, dan aktualisasi diri.

2.2. Discharge Planning Bagi Pasien Stroke

Discharge Planning dimulai pada tahap awal rehabilitasi. Tujuan dari kegiatan ini adalah untuk membantu memelihara keberhasilan rehabilitasi setelah pasien pulang. Pasien biasanya dipulangkan setelah tujuan perawatan tercapai (<http://www.Strokecenter.org>, diakses pada 20 November 2009).

Beberapa hal tentang *discharge planning* mencakup :

1. Memastikan keamanan bagi pasien setelah pemulangan
2. Memilih perawatan, bantuan atau peralatan khusus yang dibutuhkan
3. Merancang untuk pelayanan rehabilitasi lanjut atau tindakan lainnya di rumah (misalnya kunjungan rumah oleh tim kesehatan)
4. Penunjukkan *health care provider* yang akan memonitor status kesehatan pasien
5. Menentukan pemberi bantuan yang akan bekerja sebagai partner dengan pasien untuk memberikan perawatan dan bantuan harian di rumah, dan mengajarkan tindakan yang dibutuhkan
6. Mendiskusikan hal yang berhubungan dengan seksual. Beberapa orang yang menderita stroke mempunyai riwayat seksual yang menyenangkan.

2.3. Perawatan Pasca Stroke Di Rumah

Sebelum meninggalkan rumah sakit atau fasilitas rehabilitasi lain, pasien dan orang yang merawat perlu menyadari semua tantangan dan tanggung jawab yang akan dihadapi. Meskipun sebagian besar pasien telah mengalami pemulihan yang cukup bermakna sebelum di pulangkan, sebagian masih memerlukan bantuan untuk turun dari tempat tidur, mengenakan pakaian, makan, dan berjalan. Perlu dipastikan bahwa Anda mengetahui tentang layanan komunitas lokal yang dapat memberikan bantuan, termasuk dokter keluarga, perawat kunjungan rumah, ahli fisioterapi, petugas sosial, ahli terapi wicara, dan layanan relawan. Anda dapat membuat sebuah catatan harian sederhana yang mencakup rincian obat pasien dan waktu-waktu perjanjian bertemu dengan berbagai dokter atau profesional kesehatan lain. Sebaiknya kemajuan pasien dicatat setiap hari atau setiap Minggu (Valery, 2006)

Berdasarkan statistik, pasien stroke yang bertahan hidup kemungkinan besar akan dirawat di rumah :

- Secara rata-rata, hingga 80 % pasien stroke kembali ke rumah dalam enam bulan.
- Sekitar 15% pasien, yang bertahan hidup melewati Minggu-minggu pertama setelah stroke, akhirnya akan dipindahkan ke unit rehabilitasi, di mana durasi menginap adalah sekitar 3 – 4 minggu.
- Sekitar separuh pasien yang bertahan hidup enam bulan setelah stroke akan mandiri secara parsial atau total untuk menjalani aktivitas sehari-hari seperti mandi, berpakaian, makan, dan bergerak.
- Ini mencakup sekitar 10% dari pasien yang memerlukan perawatan jangka panjang
- Sekitar sepertiga pasien yang bertahan hidup satu tahun tidak mampu memperoleh kembali kemandirian mereka, dan proporsi ini relatif tidak berubah setelah lima tahun.

2.3.1. Posisi di Tempat Tidur dan Terapi Fisik

Tempat tidur yang ideal bagi pasien stroke adalah tempat tidur yang padat dengan bagian kepala cukup keras untuk menopang berat ketika disandarkan; tempat tidur tunggal memungkinkan orang yang merawat meraih pasien dari kedua sisi. Pada beberapa kasus, ahli terapi okupasional merancang tempat tidur fungsional khusus bagi pasien.

Pasien yang mengalami imobilisasi perlu diposisikan dan direposisi dengan benar di tempat tidur karena hal ini dapat membantu mencegah komplikasi seperti pembentukan bekuan darah, dekubitus, pneumonia, kontraktur sendi, dan nyeri bahu. Pada banyak kasus, pasien yang mengalami imobilisasi dirawat secara penuh di fasilitas perawatan, namun jika Anda merawatnya di rumah, Anda dianjurkan mengikuti prosedur berikut :

- Pastikan bahwa pasien memiliki kasur yang sesuai – bertanyalah kepada dokter atau ahli terapi okupasional jika perlu.
- Balikkan pasien dari satu sisi ke sisi lain setiap 2 – 3 jam sepanjang siang dan malam.

- Ubahlah posisi lengan dan tungkai setiap 1 – 2 jam sepanjang siang dan malam hari
- Pijatlah tungkai yang lumpuh sekali atau 2 kali sehari
- Gerakkan semua sendi di tungkai yang lumpuh secara lembut dan perlahan-lahan (yaitu, lurus dan menekuk) 5 – 7 kali. Tahanlah sendi di setiap posisi selama sekitar 30 detik. Gerakan sebaiknya tidak menimbulkan nyeri. Ulangi proses ini setiap empat jam. Jika mungkin, cobalah memberi semangat pasien untuk bekerja sama dengan gerakan dan meningkatkan mobilitas mereka karena ini akan membantu mempercepat pemulihan.
- Topanglah hemiplegik (lemah) dengan buah bantal. Jangan membaringkan pasien telentang atau menarik lengan yang lumpuh.

2.3.2. Membalik Pasien

Pasien yang mengalami imobilisasi perlu dibalik dan diposisikan secara reguler, bahkan pada malam hari. Tersedia beberapa seprai nilon (misalnya, *Slippery Sam*, *Slide Sheets*) yang mempermudah kita menggerakkan dan menggulingkan pasien. Untuk membalik pasien di tempat tidur, orang yang merawat harus menyelipkan lengan mereka di bawah tubuh pasien dan menarik pasien ke arah mereka. Jika pasien sudah terputar, bukalah dan kencangkan seprai di bawahnya

Punggung pasien juga harus juga diperiksa untuk melihat tanda-tanda dekubitus. Untuk mencegah timbulnya dekubitus, bersihkan kulit dengan air hangat, spons, dan sedikit antiseptik atau sabun paling tidak sekali sehari. Semua seprai yang basah harus langsung diganti (David, 2002. <http://www.strokebethesda.com>. Diakses tanggal 8 Mei 2008)

2.3.3. Bridging

Latihan ini dapat membantu pasien bergerak di tempat tidur. Pasien menekuk tungkai mereka yang kuat, dan orang merawat membantu dengan menekuk tungkai yang lemah dan menahannya dalam posisi yang dibutuhkan. Pasien kemudian mendorong kaki mereka ke tempat tidur, dan mengangkat

panggul sehingga panggul dapat dipindahkan ke salah satu sisi dan menurunkan panggul ke posisi yang baru (Valery, 2006)

2.3.4. Mencegah Pembentukan Bekuan Darah

Pemakaian obat anti – Pembekuan, aplikasi kompresi pneumatik intermiten, dan penggunaan kaus kompresi dapat membantu mencegah terbentuknya bekuan darah.

Dokter akan menjelaskan kapan tindakan ini diperlukan dan ia akan memberikan informasi yang Anda perlukan (Perdossi, 2007).

2.3.5. Duduk di Tempat Tidur

Berilah pasien semangat untuk duduk dan bersandar ke bagian kepala tempat tidur sesegera mungkin – sebagian besar pasien stroke yang bertahan hidup mampu melakukan ini sendiri dalam satu Minggu. Mereka sebaiknya menghabiskan lebih banyak waktu duduk dari pada tidur telentang. Duduk lebih kecil kemungkinannya menyebabkan tersedak dan mempermudah pasien bernafas dan menelan. Jika mobilitas pasien sangat terhambat, alat pengangkat dapat membantu mereka bergerak di tempat tidur dengan aman. Dapat digunakan bantal tambahan untuk menyumbangkan pasien dan memberikan topangan di sisi yang lumpuh. Pada awalnya, mungkin diperlukan satu atau dua orang untuk menegakkan pasien, tetapi sebagian besar orang segera mampu melakukannya sendiri. Saat duduk, gunakan bantal untuk menopang lengan yang lumpuh/ lemah (Thomas.D.J, 2000)

2.3.6. Perawatan kulit

Perawatan kulit yang cermat sangat penting untuk mencegah dekubitus (luka karena tekanan) dan infeksi kulit; adanya hal-hal ini menunjukkan bahwa perawatan pasien kurang optimal. Keduanya sebaiknya dicegah alih-alih diobati, karena dekubitus menimbulkan nyeri dan sembuhnya lama, dan jika terinfeksi, luka ini dapat mengancam nyawa. Pada pasien stroke, dekubitus dapat terjadi karena berkurangnya sensasi dan mobilitas. Inkontesia dan malnutrisi, termasuk

dehidrasi, juga meningkatkan risiko timbulnya dekubitus dan menghambat proses penyembuhan.

Orang yang tidak dapat bergerak harus sering di putar dan tereposisi, dan seprai mereka harus terpasang kencang. Bagi pasien yang hanya dapat berbaring atau duduk di kursi roda, bagian-bagian tubuh yang paling berisiko antara lain adalah punggung bawah (sakrum), pantat, paha, tumit, siku, bahu, dan tulang belikat (skapula). Sekali sehari, gunakan spons kering untuk membatasi titik-titik tekanan ini agar mencegah tertekanya saraf dan terbentuknya dekubitus. Ketika melakukan hal ini, periksalah ada tidaknya abrasi, lepuh, dan kemerahan kulit yang tidak hilang ketika ditekan karena hal-hal ini menunjukkan awal dekubitus. Kulit pasien harus di jaga kering dan diberi bedak

Untuk pasien dengan fraktur atau inkontinesia urine atau fases, mengalami malnutrisi atau dehidrasi dan memiliki riwayat dekubitus (jaringan parut lebih lemah daripada jaringan sehat), reposisi harus dilakukan lebih sering. Setiap kali dilakukan pembersihan terhadap inkontinesia, kulit di sekitar juga perlu diperiksa. Semua bagian yang tertutup perlu dibersihkan, misalnya lipatan kulit yang dalam di bawah skrotum atau di antara pantat

Sebagian pasien yang hanya dapat berbaring di tempat tidur mungkin memerlukan kasur khusus, misalnya kasur udara. Namun, perlu diingat bahwa meski telah menggunakan alat ini, orang yang merawat tetap harus membalik dan mereposisi pasien dan mengikuti semua rekomendasi yang diberikan di sini atau oleh profesional perawatan kesehatan

Jika terbentuk luka, terapi akan paling efektif jika dimulai pada tahap awal luka. Tunjukkan segala sesuatu yang mungkin mencemaskan anda kepada ahli terapi, perawat, atau dokter. Identifikasi dekubitus oleh orang yang merawat sangat penting agar terapi efektif karena masalah komunikasi atau karena mereka tidak menyadarinya.

2.3.7. Perawatan Mata dan Mulut

Pasien yang tidak dapat minum tanpa bantuan harus membersihkan mulutnya dengan sikat lembut yang lembab atau kapas penyerap sekitar satu jam.

Perawatan mulut yang teratur sangat penting, terutama untuk pasien yang sulit atau tidak dapat menelan.

Gunakan kain lembab yang bersih untuk membersihkan kelopak mata pasien jika diperlukan. Jika pasien yang mengantuk terus membuka mata dalam jangka panjang, mata mereka dapat mengering, yang bisa menyebabkan infeksi dan ulkus kornea. Untuk mencegah hal ini, dianjurkan penutupan mata dan penggunaan pelumas, salep, atau air mata buatan yang dapat di beli bebas (1 – 2 tetes setiap 3 – 4 jam)

2.3.8. Mencegah Nyeri Bahu

Nyeri bahu merupakan masalah yang sering terjadi pada pasien stroke, dialami oleh sekitar 1 dari 5 pasien dalam waktu enam bulan setelah stroke. Komplikasi ini disebabkan oleh peregangan dan peradangan sendi bahu yang melemah, dan sangat sering pada pasien dengan tungkai atas atau bawah yang lemah, atau mereka yang memiliki riwayat gangguan tungkai atas, diabetes melitus, dan tinggal sendiri di rumah.

Seperti pada banyak komplikasi stroke lain, nyeri bahu jauh lebih mudah dicegah daripada diobati. Pada kenyataannya, sekali terbentuk, nyeri ini cenderung menetap, sering kali semakin buruk, terutama jika tidak terapi dengan benar, dan dapat menyebabkan cacat yang signifikan. Tindakan pencegahan terbaik adalah penempatan posisi dan reposisi di tempat tidur menopang lengan yang lemah (lumpuh) dengan bantal atau sandaran tangan jika mungkin; menghindari peregangan sendi bahu, terutama oleh tarikan pada lengan lemah; dan menopang lengan yang lemah dengan lengan yang normal atau dengan menggunakan perban sportif saat berjalan sehingga lengan tersebut tidak terkulai ke bawah. Pasien stroke jangan ditarik di lengannya yang lumpuh.

2.3.9. Turun Dari Tempat Tidur Dan Bergerak

Segera setelah pasien mampu, bantulah mereka turun dari tempat tidur dan duduk di kursi yang nyaman untuk jangka pendek. Peningkatan mobilitas pasien harus lambat dan bertahap, dan jika mungkin, mengikuti rangkaian berikut :

bergerak di tempat tidur dengan tungkai ke bawah, berdiri di samping tempat tidur, berjalan ke kursi, duduk di kursi, berjalan di lantai yang rata.

Pasien harus perlu berupaya mencapai tingkat yang lebih tinggi. Hanya berbaring dan menunggu perbaikan sama artinya kehilangan kesempatan untuk pemulihan terbaik. Dalam hal ini, motivasi yang kuat, termasuk kepercayaan pada proses pemulihan, sangatlah penting. Semangati pasien untuk secara mental mencoba memerintahkan lengan atau tungkai mereka yang lumpuh untuk bergerak dan melakukan apa yang mereka inginkan. Mereka dapat melakukan apa yang mereka inginkan. Mereka dapat menggunakan lengan atau tungkai mereka yang sehat untuk membantu. Hal yang sama berlaku bagi fungsi lain yang hilang atau terganggu. Seperti yang telah disinggung, tidak seorang pun tahu apa yang menyebabkan suatu bagian otak mengambil alih sebagian dari fungsi yang hilang setelah stroke atau cedera otak lainnya, tetapi kapasitas otak untuk melakukan hal ini sangatlah besar. Oleh karena itu, pasien jangan pernah menyerah untuk mencoba pulih.

Indikasi terbaik bahwa pasien siap bergerak ke tingkat mobilitas yang lebih tinggi adalah kemampuan menoleransi tingkat mobilitas yang telah mereka capai; jika pasien sudah merasa nyaman melakukan suatu aktivitas selama paling sedikit satu menit, mereka dapat bergerak ke tingkat selanjutnya. Demi alasan keamanan, sebaiknya ada satu atau dua orang asisten berdiri di samping pasien dan membantu pasien, terutama pada tahap-tahap awal. Ketika berdiri atau berjalan, pasien sebaiknya berupaya menggunakan tungkai mereka yang lumpuh dengan menopangkan berat badan mereka pada tungkai tersebut sebisa mungkin dan dengan memindahkan berat badan dari satu sisi tubuh ke sisi lainnya. Pada awalnya pasien harus mencoba hanya beberapa langkah kecil. Sesi latihan yang sering dan singkat, dengan peningkatan gerakan secara perlahan, merupakan cara yang paling aman dan efektif. Jika pasien telah yakin dapat berjalan di lantai yang datar, mereka dapat mulai naik tangga, tetapi pastikan bahwa susunan tangganya telah aman dan kuat.

Bahkan orang berusia muda yang sehat namun berbaring beberapa hari di tempat tidur akan mengalami sedikit masalah jika berdiri dengan cepat dan langsung berjalan. Orang yang mengalami stroke sering kali telah berusia lanjut

dan sistem kardiovaskular mereka sering terganggu, sehingga toleransi mereka terhadap peningkatan mobilitas dapat sangat berkurang. Petugas kesehatan sebaiknya memberitahu pasien apakah mereka boleh berusaha jalan dan apakah mereka dapat mencoba berjalan sendiri atau dengan bantuan.

Pasien mungkin perlu dibantu untuk turun dari tempat tidur atau berpindah dari tempat tidur ke kursi, terutama pada tahap-tahap awal setelah stroke. Letakkan sebuah kursi yang kuat dan tidak terlalu rendah dekat tempat tidur untuk membantu pemindahan (jika Anda menggunakan kursi roda, rem tangan harus terkunci untuk mencegahnya bergerak). Singkirkan semua keset yang dapat bergerak atau benda lain yang dapat menyebabkan pasien terpeleset, terantuk, atau jatuh.

Rangkaian tindakan berikut ini dapat digunakan untuk memindahkan pasien lumpuh dari kursi ke toilet. Sekali lagi, jika menggunakan kursi roda, pastikan bahwa rem tangan sudah terkunci.

1. Jelaskan proses pemindahan ke pasien, dengan menekankan posisi akhir.
2. Berdirilah di depan pasien dan peluklah mereka dengan lengan Anda melingkari punggung atau memegang tali pinggang.
3. Tahanlah tungkai atau kaki yang lemah, jika perlu, dan mulailah menghitung untuk mengangkat. Hal ini memungkinkan pasien mengetahui apa yang sedang terjadi sehingga ia dapat memberi bantuan yang maksimal.
4. Mintalah pasien untuk condong ke depan, kemudian angkatlah dan raihlah lengan kursi yang terletak paling jauh.
5. Mintalah pasien untuk melangkah berputar, jika mungkin, atau berputar sedemikian sehingga ia berada di depan kursi atau toilet. Pasien kemudian dapat duduk.

2.3.10. Menelan Dan Makan

Biasanya dokter atau perawat yang berpengalaman dalam menilai kemampuan menelan akan mengamati adanya tanda-tanda kesulitan makan atau minum. Tanda-tandanya antara lain adalah bicara pelo, suara yang basah dan serak, atau mengeluarkan liur di salah satu sisi mulut. Pasien dapat diberi sedikit air untuk memeriksa kemampuan mereka menelan, tetapi hal ini harus dilakukan

oleh petugas kesehatan. Jika tidak terdapat masalah yang nyata, pasien dapat diminta untuk mencoba makanan dan minuman yang dapat ditelan pasien dengan aman.

Kesulitan menelan sangat berbeda dari satu pasien ke pasien lain. Ahli terapi wicara akan memberi nasihat mengenai konsistensi makanan dan minuman yang sesuai. Anda mungkin dinasihati untuk menghindari makanan tertentu, misalnya makanan yang terlalu keras, kering, atau beremah-remah. Cairan dapat dikentalkan melalui beberapa cara. Makanan pengental dapat dibeli di apotek dan pasar swalayan (misalnya, bubuk puding instan). Anda dapat dengan mudah mengentalkan susu dengan pisang rebus yang ditumbuk bubuk/pure buah, atau produk susu yang kental, seperti yoghurt. Sup dapat dikentalkan dengan menambahkan bubuk *skim-milk*, kentang rebus lunak, atau sayuran bertepung lainnya. Apa pun metode yang Anda gunakan, makanan harus halus dan konsisten. Jika Anda mengalami kesulitan mengentalkan makanan, ahli terapi wicara atau ahli gizi dapat memberi bantuan.

Jika pasien stroke tidak mampu menyantap cukup makanan untuk tetap sehat, mereka perlu secara temporer diberi makan melalui selang, yang dimasukkan melalui hidung hingga ke lambung. Pasien yang sakit parah atau yang tidak dapat menoleransi adanya selang di hidung dapat diberi makan melalui selang yang menembus dinding perut ke dalam lambung gastroskopi endoskopik perkutis.

Pasien stroke memerlukan makanan yang memadai, lezat, dan seimbang dengan cukup serat, cairan (2 liter atau lebih sehari), dan miktonutrien. Jika nafsu makan pasien berkurang, mereka dapat diberi makanan ringan tinggi-kalori yang lezat dalam jumlah terbatas setiap 2-3 jam, bersama dengan minuman suplemen nutrisi. Untuk mencegah tersedak dan pneumonia aspirasi, semua makanan harus disantap dalam keadaan duduk, jangan berbaring.

Untuk mencegah tumpah, letakkan piring pada alas antiselip dan, paling tidak pada awalnya, mungkin sebaiknya digunakan piring yang cekung sehingga makanan tidak mudah tumpah. Terdapat alat-alat bantu untuk orang yang makan dengan satu tangan dan juga terdapat mangkuk telur yang dapat ditempelkan ke

meja. Ahli terapi okupasional biasanya menilai kebutuhan pasien akan alat-alat semacam ini.

2.3.11. Mengatasi Masalah Berbicara dan Menulis

Sekitar separuh dari pasien stroke akut mula-mula akan mengalami masalah bahasa, termasuk berbicara pelo, tetapi hanya sekitar sepertiga pasien stroke terus mengalami masalah ini di kemudian hari. Masalah bicara yang menetap paling sering terjadi pada pasien yang mengalami kelumpuhan di sisi kanan tubuh (atau kadang-kadang di sisi kiri dari orang kidal). Pasien mungkin tidak memahami pembicaraan orang lain atau mampu mengekspresikan diri mereka dengan jelas secara verbal, atau keduanya. Bentuk-bentuk lain masalah bicara adalah ketidakmampuan menemukan kata yang tepat; pemakaian kata-kata tanpa arti atau, pada kasus yang jarang, kata-kata kotor; ketidakmampuan berbicara meskipun secara fisik sanggup; ketidakmampuan memahami bahasa tulisan; dan ketidakmampuan menulis.

Orang dengan masalah bicara dan menulis mudah mengalami depresi atau frustrasi akibat kesulitan mereka. Karena itu, sangatlah penting untuk mendorong pasien berkomunikasi-menerima semua bentuk komunikasi (tulisan, tanda, bahasa tubuh, gambar, upaya berbicara) dan kemajuan, bahkan yang kecil sekalipun, untuk semakin mendorong pasien. Pasien jangan sering dikritik dan jangan memaksa bahwa setiap kata yang dihasilkan harus tepat. Cobalah memberi pasien cukup waktu untuk menanggapi pertanyaan Anda dan abaikan semua kesalahan.

Semangati pasien agar menjadi semandiri mungkin dan ikut serta dalam aktivitas normal, misalnya makan malam dengan keluarga atau tamu. Cobalah jangan mengabaikan pasien sewaktu mengobrol bersama-sama pasien perlu dilibatkan sebanyak mungkin dalam keputusan-keputusan keluarga dan tetap diberi informasi mengenai berbagai peristiwa yang penting. Pada saat yang sama, upayakan agar mereka tidak terbebani oleh masalah sehari-hari yang akan menyebabkan mereka lelah dan stres.

Orang yang mengalami kesulitan menemukan kata-kata yang tepat sebaiknya dibebaskan untuk menggunakan metode lain dalam menyampaikan maksud mereka. Pasien juga akan sangat terbantu jika mereka memvisualisasikan

benda yang mereka coba sebutkan (yaitu, membentuk gambaran mental dari benda itu).

Pasien stroke yang dapat membaca, menulis, dan memahami perkataan orang lain, tetapi kesulitan untuk mengutarakan kata-kata dengan jelas (pasien dengan disartria) dapat memperoleh manfaat dari melakukan latihan lidah dan bibir dua kali sehari seperti berikut ini.

2.3.12. Latihan Bibir Dan Lidah

Ulangi setiap gerakan sepuluh kali selama satu sesi.

1. Bentuklah bibir Anda menjadi seperti huruf “O”.
2. Tersenyumlah.
3. Berganti-ganti membentuk bibir seperti huruf “O” dan tersenyumlah, seolah-olah Anda mengucapkan “oo-ee”.
4. Bukalah mulut lebar-lebar, kemudian gerakkan bibir seolah-olah Anda hendak mencium.
5. Lemparkan ciuman.
6. Tutuplah bibir erat-erat seakan Anda berkata “mm”.
7. Ucapkan “ma ma ma ma” secepat mungkin.
8. Ucapkan “mi mi mi mi” secepat mungkin.
9. Katuplah bibir Anda rapat-rapat dan gembungkan pipi dengan udara; tahanlah udara di dalam pipi selama lima detik, dan kemudian keluarkan.
10. Cobalah sentuh dagu Anda dengan ujung lidah.
11. Cobalah sentuh hidung Anda dengan ujung lidah.
12. Julurkan lidah Anda sejauh mungkin, tahanlah selama tiga detik, dan kemudian tariklah kembali ke dalam mulut.
13. Sentuhlah sudut-sudut mulut Anda dengan lidah, gerakkan lidah Anda dengan cepat dari kanan ke kiri, dan kembali lagi.
14. Usapkan lidah Anda mengelilingi bibir Anda.
15. Ucapkan suara “ta ta ta” dengan kecepatan yang semakin meningkat.
16. Tekanlah lidah Anda ke gusi bagian atas, kemudian ke gusi bagian bawah.
17. “Sikat”-lah gigi Anda dengan lidah.
18. Doronglah lidah Anda sekuat mungkin ke pipi kanan dan kemudian pipi kiri.

Ketika berbicara dengan pasien, duduklah berhadapan secara langsung. Cobalah berbicara secara perlahan dan gunakan kalimat-kalimat pendek sederhana. Sikap dan ekspresi wajah yang suportif dapat membantu pasien. Ulangi perkataan Anda jika diperlukan dan hindari kesan tidak sabar atau terganggu. Matikan semua kebisingan yang mengganggu seperti radio, stereo, atau televisi. Pasien juga akan merasa lebih mudah jika orang lain yang ada di ruangan tidak berbicara secara bersamaan. Jangan berpura-pura memahami perkataan pasien jika sebenarnya tidak, dan jangan pernah menghina pasien dengan membicarakan mereka seolah-olah mereka tidak ada.

Sesi-sesi ini harus dilakukan sesering mungkin, tetapi juga jangan terlalu lama karena pasien dengan masalah bahasa mudah lelah. Ahli terapi wicara kadang merujuk orang yang mengalami masalah komunikasi untuk mengikuti sesi perorangan atau kelompok khusus, dan kadang-kadang seseorang yang pernah mengalami stroke dipasangkan dengan seorang relawan atau dapat ikut serta dalam suatu kelompok komunikasi.

2.3.13. Pengendalian Buang Air Kecil dan Besar

Meskipun masalah buang air kecil dan besar (inkontinensia atau retensi) relatif biasa pada minggu-minggu pertama setelah stroke, terutama pada pasien yang mengalami penurunan kesadaran atau kebingungan, sebagian besar pasien pulih sempurna pengendaliannya dalam beberapa minggu.

Saat mereposisi pasien, pembalut inkontinensia yang basah atau tercemar kotoran harus diganti. Sebagian pria dapat dijaga kering dengan menggunakan botol urine secara teratur. Jika perlu, letakkan penis pada semacam selang. Namun, pada sebagian kasus, mungkin perlu dipasang kateter (selang) ke dalam kandung kemih, dan selang ini akan secara otomatis mengeluarkan urine. Sebagian wanita yang mengalami inkontinensia dapat dijaga tetap kering dengan menggunakan pembalut inkontinensia, tetapi jika tidak dimungkinkan atau kurang efektif, kateter dapat dimasukkan ke dalam kandung kemih. Orang yang merawat perlu diajari

mengenai cara membersihkan kateter, tetapi yang memasangnya haruslah seorang perawat.

Pemakaian kateter sesekali merupakan suatu pilihan bagi orang yang terus mengalami inkontinensia atau retensi. Namun jika kateter digunakan selama seminggu atau lebih, akan terjadi peningkatan risiko berjangkitnya infeksi saluran kemih, yang kadang-kadang menimbulkan komplikasi serius, misalnya sepsis (keracunan darah) yang dapat mematikan. Karena itu, sering dianjurkan pemasangan kateter temporer yang cukup sering sesekali disertai irigasi kandung kemih dengan antiseptik: Jika tetap terjadi infeksi saluran kemih, dokter biasanya meresepkan antibiotik untuk mengatasinya.

Seperti orang lain, pasien stroke perlu buang air besar secara teratur paling tidak sekali setiap 2-3 hari. Sembelit umumnya didefinisikan sebagai buang air besar yang jarang (kurang dari tiga kali seminggu) atau kesulitan mengeluarkan tinja. Sembelit adalah masalah yang umum dijumpai pada orang berusia lanjut dan pada orang yang mengalami stroke. Beberapa obat (misalnya, opioid) juga dapat menyebabkan sembelit. Konsekuensi sembelit adalah rasa tidak nyaman, berkurangnya kualitas hidup, dan, pada kasus yang parah, gangguan kesehatan, termasuk perforasi usus (usus berlubang) dan komplikasi kardiovaskular yang menyebabkan pasien perlu dirawat inap. Cara terbaik untuk mengatur buang air besar adalah makanan yang memadai dan seimbang serta banyak cairan (paling tidak dua liter sehari) dan serat (buah dan sayuran), serta aktivitas fisik yang cukup. Pelunak tinja (laksatif, pencahar), supositoria, dan enema dapat digunakan untuk sembelit yang terjadi sekali-sekali. Namun jika masalahnya menetap, pasien atau orang yang merawatnya perlu meminta nasihat dari dokter atau perawat yang biasa menangani hal ini.

2.3.14. Latihan Bernapas

Untuk pasien stroke yang tidak dapat bangun dari tempat tidur dan mereka yang mengalami hambatan besar dalam mobilitas, ventilasi paru perlu dijaga agar tetap cukup untuk mencegah infeksi dada. Hal ini dapat dilakukan dengan kombinasi latihan bernapas dalam, penempatan posisi yang benar, dan meludahkan

semua kelebihan lendir dari mulut. Jika pasien mengalami masalah bernapas, fisioterapi dada juga dapat membantu paru agar tetap bersih.

2.3.15. Mengatasi Masalah Sensorik

Stroke dapat memengaruhi kemampuan sensoris melalui sejumlah cara. Kehilangan sensasi di salah satu bagian tubuh, misalnya lengan atau tungkai, biasanya tidak memengaruhi kegiatan rutin pasien, tetapi mereka perlu berhati-hati agar tidak terluka saat bercukur atau memasak, atau mengalami luka bakar akibat air panas untuk mandi atau benda panas.

Pasien yang mengalami gangguan penglihatan separuh (*hemianopia*) atau menderita masalah orientasi spasial mungkin merasa frustrasi karena mereka sering tidak mengetahui benda-benda yang ada di sisi tubuh mereka yang sakit. Mereka mungkin, sebagai contoh, mengenakan atau menanggalkan baju hanya di satu sisi tubuh, makan hanya separuh piring, atau menulis hanya di satu sisi dari satu halaman. Pasien biasanya tidak belajar untuk menolehkan kepala mereka untuk melihat ke sisi yang terkena, sehingga mereka berisiko tersesat atau mengalami disorientasi. Mereka cenderung berjalan menuju objek di sisi mereka yang terkena stroke, dan mereka tidak melihat, atau menyadari, benda-benda bergerak yang datang dari arah tersebut, misalnya mobil. Selain tidak mampu mengendarai mobil, pasien mungkin membutuhkan bantuan untuk berjalan di jalan dan banyak aktivitas sehari-hari lainnya. Kadang gejala ini adalah satu-satunya akibat dari stroke, tetapi pasien tetap dianggap mengalami cacat berat.

Pasien dengan masalah orientasi ruang juga mungkin mengabaikan suara-suara yang datang dari kiri, mengabaikan atau mengingkari sisi kiri mereka, bahkan jika sisi tersebut mengalami lumpuh berat, atau mungkin tidak mampu mengenali wajah kerabat dekat atau pasangan. Bagi sebagian pasien, bahkan mereka yang tidak mengalami kelumpuhan, melakukan gerakan berurutan kompleks yang dibutuhkan untuk melakukan tugas tertentu, misalnya mengenakan pakaian atau membuat secangkir kopi, merupakan hal yang sangat sulit atau mustahil. Anggota keluarga perlu menyadari masalah ini dan memahami bahwa masalah tersebut adalah konsekuensi dari stroke dan bukan karena pasien bertingkah.

Ada beberapa hal yang dapat Anda lakukan untuk membantu mengatasi masalah ini. Sebagai contoh, cermin sepanjang tubuh akan membantu pasien melihat kedua sisi tubuhnya. Menyentuh sisi yang terkena dampak stroke untuk mengingatkan mereka tentang sisi itu dapat membantu mempercepat rehabilitasi. Saat berbicara dengan pasien, dianjurkan agar Anda berdiri di depan mereka atau di sisi sehat mereka. Juga letakkan piring makanan ke arah sisi yang sehat.

Sebagian kecil pasien stroke mengalami nyeri “sentral”, yang disebabkan oleh kerusakan di suatu daerah di otak tengah yang disebut talamus, yaitu suatu bagian dalam otak yang bekerja sebagai pusat pemancar sensoris. Nyeri ini adalah campuran sensasi, termasuk panas dan dingin, dan sering dijelaskan sebagai rasa terbakar, tersengat, atau tertusuk benda tajam di bagian tubuh yang lumpuh. Nyeri ini sering lebih terasa di tangan dan kaki, dan kadang-kadang dapat sedemikian parah. Nyeri dapat ditimbulkan atau diperparah hanya oleh gosokan ringan di bagian tubuh yang terkena, oleh gerakan, atau oleh perubahan suhu, terutama suhu dingin. Komplikasi stroke yang serius ini suhu diatasi, dan pasien perlu dikonsultasikan ke ahli neurologi.

2.3.16. Menangani Kehidupan Sehari-Hari

Setelah stroke, pasien perlu kembali melakukan aktivitas sebelumnya sebanyak mungkin. Mereka perlu mencoba keluar dan mulai melakukan hal-hal yang mereka sukai sebelum stroke segera setelah dokter mengizinkan. Kita perlu tetap berpikir positif mengenai pemulihan. Jika pemulihan sempurna tidak mungkin dicapai, paling tidak pemulihan parsial dapat dicapai.

Pastikan bahwa aktivitas harian pasien yang biasa tetap dapat dilakukan dengan aman dan buatlah penyesuaian yang diperlukan. Pertama-tama, sebagian aktivitas sebaiknya dilatih di bawah bimbingan ahli terapi atau perawat. Aktivitas ini mungkin berupa mengenakan baju, mandi, memasak, atau naik tangga. Dalam merawat seseorang yang mengalami stroke, upayakan agar harga diri mereka tidak terluka. Semangati mereka untuk melakukan sendiri hal-hal yang dapat mereka lakukan.

Pasien dengan masalah orientasi ruang atau apraksia sering membutuhkan bantuan untuk mengenakan busana karena mereka tidak mampu menggunakan

kedua lengan dengan benar, bahkan meskipun mereka tidak mengalami kelemahan yang nyata pada anggota badan. Mereka kadang-kadang mengenakan busana di bagian yang salah dan sering tidak dapat memasukkan kancing. Saat menolong pasien mengenakan baju, berhati-hatilah agar sendi yang lumpuh tidak teregang, terutama sendi bahu. Semangati pasien untuk mengenakan baju sendiri sebisa mungkin. Busana pasien mungkin perlu diadaptasi-belilah sepatu tanpa tali, baju dengan kancing *velcro*, dan sebagainya. Tetapi pastikan bahwa pasien merasa nyaman dengan adaptasi ini sebelum melanjutkannya. Ingatlah bahwa gigi palsu jangan dibiarkan terpasang pada malam hari, dan bahwa gigi tersebut perlu dibersihkan sebelum dipasang.

Jika timbul masalah spastisitas (kekakuan) otot setelah stroke, masalah ini dapat dikurangi dengan memanaskan atau mendinginkan atau dengan latihan peregangan pasif dan aktif pada rentang gerakan yang biasanya dilakukan oleh otot atau sendi yang terkena. Namun, jika Anda mencurigai bahwa pasien tidak dapat merasakan suatu gerakan tertentu, berhati-hatilah agar sendi tidak terlalu diregangkan atau mengalami cedera. Ahli fisioterapi pasien seharusnya mampu memberi Anda nasihat mengenai bagaimana melakukan latihan ini dengan aman. Jika tindakan ini kurang efektif, ahli fisioterapi dapat memberikan rangsangan listrik terhadap otot, memberikan pelemas otot (misalnya, baklofen, suntikan toksin botulinum), atau intervensi lainnya.

Jika pasien tidak mampu secara aman melakukan sendiri sebagian dari kegiatan sehari-harinya, tersedia bantuan dan layanan khusus yang dapat membantu, termasuk berbagai adaptasi yang dapat dilakukan di rumah pasien. Hal ini direkomendasikan oleh ahli fisioterapi, yang dapat membantu melakukan perjanjian yang diperlukan. Bantuan dari layanan sosial dan masyarakat dapat mengatasi sebagian dari perawatan personal, termasuk merawat rumah, menyiapkan tempat tidur pasien, menyiapkan makan di kursi roda, berbelanja, dan mengumpulkan resep.

Ketika seorang pasien stroke pergi keluar untuk pertama kali, ada baiknya jika ada orang lain yang menemani, paling tidak sampai pasien merasa percaya diri bahwa mereka dapat melakukannya sendiri. Jika dalam waktu 4 – 6 bulan setelah stroke pasien masih belum dapat berjalan tanpa bantuan atau merasa kurang

nyaman melakukannya, mereka dapat diberi tongkat berjalan atau alat bantu berjalan lainnya seperti kursi roda manual atau listrik sehingga sedikit banyak mereka mandiri. Juga, dapat dilakukan berbagai penyesuaian pada mobil pasien - bahkan tersedia mobil yang telah secara khusus diadaptasikan untuk orang dengan berbagai cacat. Namun, sebelum benar-benar membeli salah satu alat bantu ini, ada baiknya Anda menanyakan pendapat ahli fisioterapi atau ahli terapi okupasional mengenai tingkat mobilitas pasien yang paling mungkin dicapai dan, oleh karena itu, menemukan alat bantu yang paling cocok bagi mereka.

Jika pasien menggunakan kursi roda dan rumah mereka memiliki tangga, akan menolong jika di rumah tersebut dibangun jalan masuk landai dari kayu atau beton. Anda juga mungkin perlu memperlebar pintu-pintu rumah agar pasien dapat bergerak bebas di dalam rumah. Pemasangan kabel listrik yang aman, pegangan tangan di kamar mandi,, dan adaptasi rumah lainnya juga dapat membantu.

Aktivitas fisik, khususnya latihan yang meningkatkan kekuatan dan keseimbangan tungkai bawah, dapat membantu agar pasien tidak mudah jatuh. Jenis latihan ini perlu diajarkan dan diawasi oleh ahli fisioterapi atau perawat yang dilatih khusus. Sebagian pasien merasa mudah lelah selama siang hari, sehingga istirahat atau jeda yang reguler dapat mengatasi masalah ini.

2.3.17. Aktivitas Fisik Setelah Stroke

Olahraga yang aman dan menyenangkan setelah stroke penting bagi kesehatan secara umum dan untuk mengurangi risiko stroke di masa mendatang. Dalam merencanakan suatu program olahraga, perlu dipertimbangkan tingkat latihan yang dilakukan pasien sebelum stroke. Umumnya paling aman jika latihan/olahraga dimulai secara lambat, lalu jumlah dan intensitasnya ditingkatkan secara bertahap. Jenis aktivitas yang mungkin dilakukan bergantung pada efek stroke. Mereka yang tidak banyak mengalami masalah fisik dapat mencoba berjalan, menggunakan sepeda statis, dan melakukan aktivitas olahraga yang biasa mereka lakukan. Pasien yang masalahnya lebih berat, misalnya mereka yang mengidap hemiplegia, mungkin memerlukan bantuan ahli fisioterapi atau spesialis olahraga. Secara umum, seperti pada orang lain, sebaiknya pasien melakukan sekitar setengah jam aktivitas yang menyebabkan pasien merasa hangat, sedikit

terengah-engah, dan sedikit berkeringat, tiga kali seminggu atau lebih. Olahraga aerobik, misalnya berjalan atau bersepeda, biasanya sangat bermanfaat, serta pemakaian beban dan aktivitas penguatan otot berulang juga dapat membantu.

Pasien stroke yang juga memiliki masalah jantung perlu memastikan kondisi jantung mereka stabil sebelum mengubah tingkat aktivitas yang biasa. Dalam hal ini, pasien sebaiknya memeriksakan diri ke dokter dan membahas tingkat aktivitas yang direncanakan.

2.3.18. Mengatasi Masalah Emosional

Hampir 70% pasien stroke sedikit banyak mengalami masalah emosional, misalnya reaksi sedih, mudah tersinggung, tidak bahagia, murung, atau depresi. Terdapat bukti bahwa orang yang menderita depresi pasca stroke memiliki kemungkinan tiga kali lebih besar meninggal dalam 10 tahun dibandingkan dengan pasien stroke tanpa depresi ini mencakup Kematian akibat bunuh diri. Namun, jika pasien dan orang yang merawatnya menyadari masalah ini, biasanya ada hal-hal yang dapat dikerjakan untuk mengatasi masalah tersebut.

Sebagian masalah emosional muncul segera setelah stroke, sebagai akibat kerusakan di otak. Sebagai contoh, ketidakmampuan seseorang untuk mengekspresikan dirinya sendiri akibat masalah bahasa dapat menimbulkan sikap mudah marah. Masalah emosional lain timbul pada tahap lebih belakangan, misalnya sewaktu pasien akhirnya menyadari dampak penuh stroke atas kemandirian mereka.

Perlu diingat bahwa orang yang pernah mengalami stroke sangat rentan terhadap perubahan dalam situasi mereka, terutama jika mereka akan meninggalkan rumah sakit atau saat mereka pertama kali keluar rumah untuk berjalan-jalan. Ini merupakan reaksi fisiologis normal, dan pasien harus didorong untuk membahas kekhawatiran mereka akan karier serta anggota keluarga sehingga masalah tersebut dapat diatasi sebanyak mungkin.

Pada sebagian besar kasus, masalah emosional mereda seiring waktu, tetapi ketika terjadi, masalah itu dapat menyebabkan pasien menolak terapi atau kehilangan motivasi untuk menjalani proses rehabilitasi, yang dapat memengaruhi pemulihan pasien. Masalah emosional reaktif ini sering dapat dikurangi secara

substansial dengan mendorong pasien membicarakan ketakutan dan kemarahan mereka. Pasien harus merasa bahwa mereka adalah anggota keluarga yang berharga. Tidak dapat dianggap remeh tentang pentingnya lingkungan rumah yang suportif, yang mendorong timbulnya perhatian terhadap orang lain dan aktivitas waktu luang, misalnya membaca, memasak, berjalan-jalan, berbelanja, bermain, dan berbicara. Pasien stroke yang keluarganya atau orang yang merawatnya tidak suportif dan yang memiliki kehidupan keluarga yang tidak berfungsi cenderung memiliki prognosis lebih buruk dibandingkan dengan pasien lain. Sebagian pasien stroke mungkin merasa nyaman jika mereka berbagi pengalaman mereka dengan pasien stroke lain (daftar kelompok pendukung stroke dapat diperoleh dari organisasi layanan masyarakat lokal Anda). Jika diperlukan, masalah emosional dapat diatasi dengan konseling individual atau terapi kelompok. Psikoterapi juga dapat membantu sebagian pasien, misalnya mereka yang mengalami apati berat, depresi, tak tertarik atau menentang pengobatan. Jika masalahnya menetap, terutama depresi, dokter mungkin menganjurkan obat antidepresan (misalnya, fluoksetin dan amitriptilin) atau berkonsultasi dengan psikiater atau ahli psikologi klinis. Konsultasi dini biasanya dianjurkan untuk pasien yang mengalami depresi berat, terutama mereka yang mungkin ingin bunuh diri.

Beberapa pengidap stroke, terutama yang berusia lanjut dan menderita beberapa kali stroke, memperlihatkan letupan emosi yang tidak terkendali, seperti tertawa, menangis, atau memperlihatkan sikap mudah marah, tanpa alasan yang jelas. Pasien dan keluarganya perlu menyadari bahwa sebagian besar masalah perilaku yang timbul sebagai akibat langsung dari stroke tidak bertahan lama dan bahwa masalah-masalah tersebut sering tidak mencerminkan perasaan pasien yang sebenarnya.

2.3.19. Mengatasi Masalah Kognitif

Masalah kognitif mencakup kesulitan berpikir, memusatkan perhatian, mengingat, membuat keputusan, menggunakan nalar, membuat rencana, dan belajar. Hal-hal ini sering menjadi komplikasi stroke, mengenai sekitar 64% dari pasien yang selamat dan menyebabkan demensia pada 1 dari 5 pasien stroke usia yang lebih lanjut. Namun, bagi banyak pasien stroke, masalah kognitif yang ringan

cenderung akan mereda seiring dengan waktu, dan kemampuan mereka akan pulih sepenuhnya.

Jika pasien mengalami masalah daya ingat dan sedang mengonsumsi sejumlah obat jangka panjang, sebaiknya obat tersebut sudah dikemas di apotek. Tersedia beberapa kemasan komersial, di mana pil dibagi-bagi dan dilabeli dengan jelas sehingga pasien dapat melihat apakah mereka sudah minum jatah hari itu atau belum. Jika pasien tidak dapat mengikuti instruksi di obat resep, orang yang merawat perlu menjamin bahwa pasien minum obat dalam jumlah dan saat yang tepat. Terdapat bukti bahwa berbagai alat bantu mengingat dapat meningkatkan kemampuan pasien untuk mengonsumsi obatnya secara teratur. Ada baiknya dibuat bagan atau tabel tentang aktivitas harian, obat, dan kemajuan pasien pada selembar kertas.

Pasien stroke dengan gangguan kognitif yang parah, misalnya demensia, jarang pulih sempurna dan dapat bertambah buruk seiring dengan waktu. Hal ini terutama berlaku pada orang berusia lanjut yang pernah mengalami beberapa kali stroke serta mengidap penyakit-penyakit lain.

Sebagian pasien stroke tidak menyadari masalah kognitif mereka, sehingga mereka rentan mengalami kecelakaan atau tersesat. Anggota keluarga dan orang yang merawat perlu menyadari hal ini dan melakukan tindakan pencegahan, misalnya menyembunyikan benda-benda yang berpotensi membahayakan dan menyertai pasien jika mereka pergi keluar. Konsultasi dengan psikolog klinis atau psikiater juga dapat membantu. Jika keamanan pasien di rumah menjadi masalah, perlu dipertimbangkan agar pasien dipindahkan ke fasilitas perawatan residensial.

Meskipun belum ada terapi spesifik yang efektif untuk demensia vaskular, perkembangan atau kemajuan penyakit dapat dipengaruhi oleh pengendalian faktor risiko stroke, terutama hipertensi dan sumber embolus.

2.3.20. Mencegah Jatuh

Faktor risiko yang mempermudah pasien jatuh antara lain masalah ayunan langkah dan keseimbangan, obat-obat sedatif, kesulitan melakukan aktivitas sehari-hari, inaktivitas, inkontinensia, gangguan penglihatan, dan berkurangnya kekuatan tungkai bawah.

Terdapat beberapa cara nonfarmakologis untuk mengurangi risiko jatuh.

1. Orang berusia lanjut dan mereka yang menderita pusing bergoyang, sensasi kepala terasa ringan, sikap yang tak-mantap, atau masalah penglihatan ketika menggerakkan kepala atau tubuh (terutama saat bangun dari tidur dan berdiri) perlu berhati-hati saat bergerak dan menghindari perubahan posisi tubuh atau kepala secara terburu-buru. Turunlah dari tempat tidur secara perlahan dan bertahap: mula-mula bergeserlah sehingga Anda berbaring menyamping di tepi tempat tidur, kemudian duduklah, lalu ayunkan tungkai Anda memutar sehingga menjejak lantai, kemudian berdirilah, dan akhirnya mulai berjalan. Hindari gerakan kepala yang cepat, misalnya saat bercukur atau menyisir rambut, dan hindari menekuk kepala dalam posisi yang ekstrem.
2. Banyak orang berusia lanjut terjatuh karena dehidrasi sehingga asupan cairan yang memadai merupakan hal yang sangat penting. Biasanya dua liter sehari memadai, kecuali jika dokter memberi nasihat lain.
3. Aktivitas fisik, terutama olahraga yang meningkatkan kekuatan tungkai bawah dan keseimbangan, dapat mencegah jatuh. Jenis olahraga ini perlu diajarkan dan diawasi oleh ahli fisioterapi atau perawat terlatih.

Ada baiknya pasien yang berisiko diajari bagaimana jatuh dengan aman oleh ahli fisioterapi, seandainya tindakan pencegahan tersebut gagal. Untuk semakin mengurangi risiko jatuh, sebagian orang memerlukan bantuan untuk turun dari tempat tidur atau berpindah dari tempat tidur ke kursi.

Orang yang berisiko tinggi jatuh dan tinggal sendirian dapat meminta bantuan jika mereka memiliki alarm 24 jam yang terhubung ke stasiun monitor profesional atau terhubung langsung ke layanan ambulans. Alat alarm ini dapat dikenakan seperti jam tangan, kalung, atau dijepitkan ke baju, dan diaktifkan dengan menekan sebuah tombol. Alat ini memiliki pengeras suara dan mikrofon sensitif sehingga saat dilakukan hubungan dapat tercipta komunikasi dua arah *bands-free*. Sebagian alat memiliki detektor jatuh *built-in* yang secara otomatis memicu panggilan meminta bantuan jika gerakan pemakai mengindikasikan bahwa mungkin mereka terjatuh.

2.3.21. Hubungan Seks Setelah Serangan Stroke

Untuk sebagian besar penderita stroke tidak terdapat alasan mengapa kegiatan seks perlu di tinggalkan. Hubungan seks tidak akan memperbesar risiko untuk mendapatkan serangan stroke berikutnya. Namun, perubahan peranan mungkin diperlukan untuk mengatasi permasalahan cacat atau kelumpuhan yang diderita penderita dan juga dan juga mungkin terdapat problem-problem kejiwaan yang perlu diatasi yang perlu diatasi terlebih dahulu.

III. Tujuan dan Manfaat Penelitian

3.1. Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk mendapatkan gambaran bagaimana kebutuhan untuk perawatan di rumah bagi pasien yang menderita Stroke di RSUD Cianjur.

3.2. Tujuan Khusus

Mengidentifikasi kebutuhan perawatan di rumah bagi klien yang menderita stroke di RSUD Cianjur, yang meliputi aspek pemenuhan kebutuhan fisiologis, psikososial dan spiritual.

IV. Manfaat Penelitian

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi bagi praktik keperawatan, pendidikan keperawatan dan pengembangan penelitian lebih lanjut :

1. Bagi rumah sakit dapat menjadi sumber informasi mengenai gambaran kebutuhan perawatan pasien pasca stroke di rumah dalam penyusunan program *discharge planning* yang sesuai bagi klien dan keluarga.
2. Untuk praktek keperawatan dapat menjadi masukan dalam memberikan asuhan keperawatan yang sesuai bagi pasien dan keluarga.

V. Metode Penelitian

5.1. Jenis Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode *explanatory descriptive*. Dalam penelitian ini, metode ini ditujukan untuk menggambarkan kebutuhan perawatan pasien stroke di rumah yang dilihat dari aspek kuantitatif dan kualitatif.

5.2. Variabel Penelitian

Variabel adalah simbol atau lambang yang menunjukkan lambang atau bilangan dari konsep atau sesuatu yang bervariasi (Notoatmodjo, 2002). Variabel dalam penelitian ini adalah kebutuhan perawatan pasien yang menderita stroke di rumah. Sub variabel adalah pemenuhan kebutuhan fisiologis, psikologis, sosial dan spiritual serta ADL (*Activity Daily Living*).

5.3. Definisi Operasional

5.3.1. Kebutuhan perawatan pasien yang menderita stroke di rumah

Adalah aspek yang diperlukan oleh pasien stroke setelah proses pemulangan dari rumah sakit.

5.3.2. Pemenuhan kebutuhan fisiologis

Adalah segala kebutuhan yang berbentuk peningkatan kualitas hidup dari fisiknya

5.3.3. Pemenuhan kebutuhan Psikologis

Adalah segala kebutuhan non fisik pasien yang berhubungan dengan konsep diri, kecemasan dan aktualisasi diri pasien

5.3.4. Pemenuhan sosial dan spiritual

Adalah segala kebutuhan yang berhubungan dengan pemenuhan mencakup kebutuhan untuk berhubungan dengan orang lain, kepercayaan dan kekuatan yang lebih besar dari dalam dirinya

5.3.5. Pemenuhan ADL (*Activity Daily Living*)

Adalah pemenuhan yang berhubungan dengan aktifitas sehari-hari yang dapat dilakukan pasien pasca perawatan di rumah sakit

5.4. Populasi Penelitian

Populasi adalah semua nilai yang mungkin, baik hasil menghitung maupun pengukuran, kualitatif maupun kuantitatif, dari karakteristik tertentu mengenai sekumpulan objek yang lengkap dan jelas (Sujana, 1992). Dalam penelitian ini, populasi yang digunakan adalah seluruh pasien stroke yang dirawat inap di RSUD Cianjur.

5.5.Sampel Penelitian

Adapun sampel dalam penelitian ini, diambil menggunakan metode *purposive sampling*. Dengan kriteria :

1. Pasien Stroke dewasa yang dalam keadaan sadar
2. Pasien yang kooperatif dan tidak menunjukkan gangguan mental
3. Pasien stroke yang direncanakan untuk pulang
4. Bersedia menjadi responden

5.6.Instrumen Penelitian

Untuk mengetahui jenis kebutuhan fisiologis terkait dengan ADL (*Activity Daily Living*) yaitu dengan menggunakan *Barthel Index* yang berisi 10 item pernyataan yang perlu untuk diobservasi. Terdapat dua kategori tingkat kebutuhan yaitu: dengan bantuan dan mandiri.

Kuesioner tertutup yang berisi tentang kebutuhan fisiologis lainnya yaitu: oksigenasi, nutrisi, cairan/elektrolit, serta eliminasi urine dan fecal. Kuesioner ini terdiri dari dua item jawaban “ya” dan “tidak”. Sedangkan untuk menggali informasi terkait dengan kebutuhan psikologis, sosial, dan spiritual dari sudut pandang klien maka telah dilakukan wawancara dengan menggunakan pertanyaan terbuka (*open questionnaires*)

5.7.Uji Validitas

Untuk menjaga instrumen yang digunakan dapat mengukur, maka dilakukan uji validitas secara isi yaitu dengan menerjemahkan kuisisioner yang sudah ada dan dicoba kepada beberapa ahli bahasa untuk mengetahui bahwa bahasa yang digunakan dapat dimengerti oleh responden.

5.8.Teknik Pengumpulan Data

Setelah responden diseleksi dan menyatakan kesediaannya untuk menjadi berpartisipasi, responden diminta untuk mengisi surat persetujuan (*Informed Consent*). Dalam pengisiannya, responden didampingi peneliti dalam menjawab pertanyaan, bila terdapat pertanyaan yang kurang dimengerti oleh responden, diberikan kesempatan kepada responden untuk bertanya.

5.9. Waktu dan Tempat Penelitian

Penelitian dilaksanakan selama 1 bulan yaitu Bulan Oktober 2009 di Rumah Sakit Umum Daerah Cianjur.

5.10. Analisa Data

5.10.1. Data Kuantitatif

Untuk mengetahui gambaran kebutuhan pasca rawat pasien dengan dengan stroke di RSUD Cianjur, pada kebutuhan pasien, skor jawaban "ya" atau "tidak" pada seluruh item dalam satu tahap dijumlahkan. Kemudian hasil analisa dari *Index Barthel* dikelompokkan menjadi dua yaitu: mandiri dan dengan bantuan. Kemudian data yang telah dikelompokkan tersebut kemudian dipresentasikan menggunakan rumus :

$$P = \frac{f}{N} \times 100\% \quad (\text{Arikunto, 1998})$$

Keterangan :

P = Persentasi

f = Jumlah skor jawaban "ya"

N = Jumlah skor maksimal atau skor seluruh item

Setelah data yang didapatkan dari perhitungan diatas ditabulasi, data hasil perhitungan tersebut kemudian diinterpretasikan dengan menggunakan skala sebagai berikut :

0 %	: tidak satupun responden yang membutuhkan
1 % - 25 %	: sebagian kecil responden yang membutuhkan
26 % - 49 %	: kurang dari setengah responden yang membutuhkan
50 %	: setengah dari responden membutuhkan
51 % - 75 %	: lebih dari setengah responden membutuhkan
76 % - 99 %	: sebagian besar responden membutuhkan
100:	semua responden membutuhkan

5.10.2. Data Kualitatif

Setelah dilakukan wawancara semi struktur, maka semua data yang didapatkan kemudian dianalisa dengan menggunakan pendekatan *content analysis* untuk mendapatkan tema yang sesuai dengan yang diungkapkan oleh responden. Setelah didapatkan tema yang jelas, kemudian dilakukan koding dan selanjutnya dilakukan perhitungan secara kuantitatif yaitu dengan melihat distribusi frekuensi dari masing-masing tema yang muncul.

VI. HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

6.1. Hasil Penelitian

Hasil penelitian yang diperoleh berupa karakteristik responden klien dan keluarga, kemudian skor perhitungan indeks Barthel, *content analysis* dari wawancara dengan klien dan keluarga ditampilkan dalam bentuk tabel sebagai berikut :

Tabel 1. Deskripsi Karakteristik Klien dan Keluarga

Karakteristik Klien	n = 17	Karakteristik Keluarga	n =17
Umur		Umur	
50 – 70 tahun	12	30 – 50 tahun	13
> 70 tahun	5	>50 tahun	4
Waktu Terkena Stroke		Pekerjaan	
1 kali	15	PNS	4
>1 kali	2	Swasta	4
		Pensiunan	2
		Tidak Bekerja	7
Bantuan dari Pihak Lain		Hubungan dengan Klien	
Ya	17	Pasangan (suami/istri)	7
Tidak	0	Anak	10
Tingkat Pendidikan		Pengalaman merawat	

Pendidikan Dasar	8	sebelumnya	
Pendidikan Menengah	6	Ya	2
Pendidikan Tinggi	3	Tidak	15

Dari tabel di atas dapat diketahui bahwa sebagian besar responden yang menderita stroke berada pada rentang usia 50 – 70 tahun, dimana sebagian besar dari mereka baru mengalami serangan stroke untuk pertama kalinya, sedangkan hanya sebagian kecil saja yang mengalami serangan ulang. Seluruh responden menyatakan bahwa mereka mendapatkan bantuan dari pihak lain jika membutuhkan perawatan lanjutan di rumah pasca hospitalisasi. Untuk tingkat pendidikan responden sebagian besar mereka mempunyai latar belakang pendidikan lulusan SD dan SMP, kemudian hampir sebagian dari mereka merupakan lulusan SMA dan hanya sebagian responden yang merupakan lulusan perguruan tinggi. Kemudian untuk karakteristik keluarga yang bertugas untuk merawat responden, sebagian besar berada pada kelompok usia 30 – 50 tahun, dimana sebagian besar diantara mereka adalah anak responden. Adapun jenis pekerjaan mereka yaitu PNS, wiraswasta dan pensiunan yang masing-masing menunjukkan proporsi yang hampir sama. Hampir setengahnya dari keluarga yang diambil adalah berprofesi sebagai ibu rumah tangga. Sehubungan dengan pengalaman merawat orang sakit, sebagian besar mereka menyatakan belum pernah mempunyai pengalaman untuk merawat anggota keluarganya yang terkena stroke.

Tabel 2. Deskripsi Skor Perhitungan Indeks Barthel

Skor	n = 17	Kategori	n = 17
0 – 20	0	Mandiri	0
20 – 40	2	Dengan Bantuan	17
40 – 60	5		
60 – 80	10		
80 – 100	0		

Dari deskripsi di atas ditemukan bahwa sebagian besar responden yang dirawat di rumah sakit mempunyai Indeks Barthel dengan range skor antara 40 – 60 , kemudian hampir sebagian dari mereka yang mempunyai jumlah skor yang lebih tinggi antara 60 – 80, hanya sebagian kecil saja dari mereka yang menunjukkan skor yang lebih rendah. Dari hasil perhitungan tersebut dapat diidentifikasi bahwa seluruh responden termasuk kategori klien yang memerlukan bantuan lebih lanjut ketika mereka sudah pulang ke tempat tinggalnya masing-masing.

Tabel 3. Deskripsi Kebutuhan Dasar Klien Selama Perawatan di Rumah Sakit

Jenis Kebutuhan	n = 17
Oksigenasi	4
Nutrisi	
• Parenteral	3
• Enteral	5
Eliminasi	
• Kateter	12
• Kondom	2
• Huknah	0
• Obat pencahar	0
Mobilisasi	
• ROM Aktif	15
• ROM Pasif	2

Dari tabel di atas sebagian kecil dari responden yang mempunyai masalah dengan pemenuhan kebutuhan dasar manusia yang meliputi: bantuan oksigen, nutrisi parenteral, nutrisi enteral, eliminasi melalui pemasangan kateter urine serta kondom kateter. Untuk kebutuhan eliminasi tidak ditemukan klien yang mengalami permasalahan yang berarti dengan sistem pencernaan, sedangkan untuk aspek mobilisasi fisik, sebagian besar dari klien menunjukkan permasalahan dengan fungsi pergerakan anggota tubuh mereka secara mandiri, dimana rata-rata

dari responden mempunyai kelemahan dalam menggerakkan tangan atau tungkai kaki atau bahkan tidak bisa kedua-duanya.

Tabel 4. Persepsi Klien dan Keluarga Terhadap Kebutuhan Perawatan Pasca Stroke di Rumah

Jenis Bantuan yang dibutuhkan	Klien (n = 17)			Keluarga (n = 17)		
	SB	B	F	SB	B	F
Pengaturan Nutrisi		X	12	X		13
Bantuan untuk BAK/BAB		X	10	X		10
Pergerakan tubuh	X		12	X		12
Pemberian Obat-obatan	TD			X		14
Perawatan diri	X		10	X		10
Komunikasi	X		7		X	7
Bimbingan Beribadah		X	5	TD		
Bergaul dengan orang lain		X	5	TD		
Motivasi dari tenaga kesehatan	X		14		X	12
Dukungan dari orang terdekat	X		17			15
Kunjungan tenaga kesehatan	X		13	X		15
Tanggung jawab pekerjaan	X		5	TD		
Lingkungan yang aman		X	10		X	9

Keterangan :

F = Jumlah responden yang memberikan pendapat

SB = Sangat Dibutuhkan

B = Dibutuhkan sebagian

TD = Tidak disebutkan dalam kelompok responden ini

Dari hasil wawancara dengan klien terkait dengan aspek-aspek yang dibutuhkan sepulangnya mereka dari rumah sakit, untuk kebutuhan fisik sebagian besar mereka mengungkapkan bahwa mereka membutuhkan bantuan dalam hal pengaturan nutrisi, perawatan diri, membantu dalam hal pemasangan kateter urine, serta bantuan untuk melatih bicara bagi sebagian klien yang mengalami gangguan bicara pasca serangan stroke. Disamping itu, klien membutuhkan

adanya bantuan dari pihak lain untuk memulihkan anggota tubuh yang mengalami disfungsi pergeakan.

Kemudian dari aspek non fisik, sebagian klien mengungkapkan bahwa dukungan orang terdekat dalam hal ini adalah pasangan dan keluarganya sangat dibutuhkan ketika mereka kembali ke rumah. Selain itu, kunjungan ke rumah serta motivasi yang diberikan oleh tenaga kesehatan dianggap sangat dibutuhkan untuk dipenuhi bagi sebagian besar klien. Untuk aspek interaksi sosial, hanya sebagian kecil klien yang mengungkapkan bahwa mereka memerlukan bantuan untuk bergaul dengan orang lain serta beradaptasi dengan perubahan tanggung jawab di rumah atau pekerjaan yang mungkin mereka temukan setelah kembali ke rumah. Untuk aspek lingkungan, klien mengungkapkan keutuhan terhadap penyesuaian keadaan tempat tinggal mereka terutama tata letak ruangan yang membuat mereka merasa aman dan nyaman.

Dari sisi keluarga klien, anggota keluarga yang dilibatkan dalam penelitian ini semuanya mengungkapkan kebutuhan terhadap informasi yang jelas dari pihak rumah sakit khususnya dari tenaga kesehatan tentang cara perawatan klien di rumah. Adapun kebutuhan yang banyak diungkapkan terkait dengan perawatan di rumah lebih diprioritaskan untuk pemenuhan kebutuhan fisik. Untuk kebutuhan fisik secara spesifik, keluarga mengharapkan ada bantuan dari tenaga kesehatan untuk memberitahukan tentang pengaturan jenis dan jumlah makanan yang harus diberikan kepada klien, cara pemberian obat-obatan dan efek sampingnya serta bantuan tentang cara perawatan diri terutama bagaimana cara memandikan klien di tempat tidur. Bagi klien yang mengalami gangguan fungsi eliminasi, keluarga juga membutuhkan bantuan dari tenaga kesehatan untuk mengganti kateter atau kondom kateter di rumah. Keluarga juga mengharapkan adanya bantuan untuk melatih pergerakan anggota tubuh yang mengalami kelumpuhan agar nantinya klien bisa mengalami perbaikan yang signifikan. Terkait dengan adanya masalah komunikasi verbal, pihak keluarga membutuhkan adanya bantuan tentang teknik latihan bicara yang benar supaya kemampuan bicara klien segera membaik.

Untuk aspek non fisik, adanya bantuan dari tenaga kesehatan untuk melakukan kunjungan rumah secara periodik merupakan kebutuhan yang prioritas.

Disamping itu, mereka juga mengungkapkan adanya dukungan motivasi dari petugas kesehatan kepada klien sangat diharapkan supaya klien tetap bersemangat serta tidak bosan untuk melanjutkan upaya pemulihan di rumah nanti. Namun dalam kelompok ini tidak terungkap adanya kebutuhan yang terkait dengan bimbingan klien secara personal untuk beribadah, kemudian bantuan untuk berinteraksi dengan orang lain dan adaptasi terhadap tanggung jawab pekerjaan. Keluarga memandang bahwa kebutuhan yang berhubungan dengan aspek psikologis klien merupakan hal yang penting namun belum menjadi prioritas utama untuk dipenuhi untuk saat ini.

6.2. Pembahasan

Dari hasil penelitian tampak bahwa sebagian besar klien yang mengalami serangan stroke untuk pertama kalinya yang kemudian dirawat di rumah sakit berada pada rentang usia 50 – 70 tahun, dimana pada rentang usia tersebut secara fisiologis mulai terdapat penurunan fungsi eshubungan dengan proses penuaan. Elastisitas pembuluh darah mulai berkurang sehingga jika terjadi perubahan tekanan darah, dengan demikian risiko untuk terjadi stroke itu semakin meningkat. Disamping itu pula, jika tekanan darah tidak terkontrol maka kelompok ini mempunyai risiko untuk terkena stroke ulangan yang mempengaruhinya bisa jauh lebih buruk bagi klien. Kerusakan otak dan jaringan tubuh lainnya akan jauh lebih berat dibandingkan pada serangan pertama sehingga memerlukan masa pemulihan yang lebih lama bahkan seringkali klien tidak bisa pulih seperti sedia kala.

Klien yang dirawat di RSUD Cianjur dirawat karena berbagai kondisi akibat stroke, sehingga dengan demikian hasil observasi dengan menggunakan Barthel Index pun mengalami variasi. Lama rawat inap klien di beberapa unit yang menerima pasien stroke bervariasi antara 7 – 20 hari tergantung dari berat ringannya kondisi yang menyertai klien pada saat awal masuk. Dari hasil observasi selama satu bulan, sebagian besar klien menunjukkan perbaikan kondisi fisiknya terlihat dari rentang skor Barthel Index yang berada pada kisaran 40 -80 menjelang dipulangkan atas instruksi medis atau bahkan atas inisiatif sendiri (pulang paksa).

Berdasarkan perhitungan, skor tersebut menunjukkan bahwa klien yang akan dipulangkan masih belum mandiri untuk memenuhi kebutuhan dasar yang terdapat dalam item observasi. Menurut Lewinter, et al (1995) seperti yang dikutip oleh Talbot et al (2003), bahwa klien yang mengalami serangan stroke membutuhkan bantuan yang bersifat rehabilitasi untuk meningkatkan perbaikan fungsi fisik dan psikologisnya serta latihan untuk meningkatkan kemandirian dalam melakukan aktifitas sehari-hari. Dari hasil observasi juga ditemukan bahwa klien yang dipulangkan sesuai instruksi medis mempunyai skor Barthel yang lebih tinggi daripada klien yang pulang paksa. Hal ini mungkin dikaitkan dengan adanya waktu pengobatan dan perawatan yang lebih lama sehingga gejala-gejala akibat serangan stroke menjadi lebih minimal. Namun berbeda dengan kondisi klien yang pulang paksa karena kondisinya dianggap tidak menunjukkan perbaikan yang cukup berarti, kemudian juga keluarga menghadapi permasalahan lain. Kondisi pada saat pemulangan untuk kelompok ini tampaknya membutuhkan perhatian yang lebih banyak terutama ketika sudah berada di tempat tinggal masing-masing. Sehingga dengan demikian maka pemenuhan kebutuhan pasca perawatan di rumah sakit akan berbeda satu sama lainnya.

Kebutuhan yang dipersepsikan oleh klien meliputi berbagai aspek. Untuk aspek fisik, klien lebih membutuhkan bantuan untuk mengatur diet makanan yang diperbolehkan untuk dimakan ketika pulang nanti. Selain itu sebagian klien yang diobservasi masuk menunjukkan masalah dengan fungsi menelan. Dalam hal ini, pemasangan sonde merupakan intervensi yang harus diberikan selama klien masih mengalami masalah makan, disamping itu klien membutuhkan bantuan untuk mengatasi gangguan buang air kecil, dimana masih ada sebagian klien yang menggunakan kateter urine. Penggunaan kateter urine dapat meningkatkan risiko infeksi saluran perkemihan jika tidak dilakukan penggantian secara teratur oleh tenaga kesehatan yang kompeten serta jika tidak ditunjang oleh perawatan personal hygiene yang baik. Bagi klien yang sudah tidak menggunakan kateter lagi, maka latihan pengosongan kandung kemih secara manual (*bladder training*) harus dilakukan sehingga refleks berkemih klien bisa kembali normal. Dari hasil perhitungan Barthel Index masih ditemukan klien yang mengalami kelumpuhan anggota gerak sehingga mereka membutuhkan

bantuan untuk melakukan perawatan diri yang meliputi : mandi, gosok gigi, keramas, serta mengganti baju. Terkait dengan komunikasi verbal, klien mengungkapkan keinginannya agar mereka mendapatkan bantuan untuk melatih kemampuan bicaranya.

Secara umum, kebutuhan yang dipersepsikan oleh pihak keluarga yang merupakan prioritas utama untuk dipenuhi yaitu adanya program bantuan rehabilitasi klien di rumah. Dalam kelompok ini pemenuhan kebutuhan untuk rehabilitasi fisik lebih prioritas dibandingkan aspek lainnya. Misalnya untuk pengaturan diet, pihak keluarga menginginkan adanya penjelasan dari pihak rumah sakit atau tenaga kesehatan tentang bagaimana memilih dan menyiapkan makanan yang sehat baik ditinjau dari jenis dan jumlah yang harus diberikan. Selain itu, bagi klien yang mengalami gangguan fungsi menelan, keluarga menginginkan adanya bantuan dari tenaga kesehatan yang siap dipanggil ke rumah jika membutuhkan penggantian sonde atau Nasogastrik Tube (NGT). Dalam hal ini, mereka juga perlu diajarkan tentang bagaimana cara memberikan makanan melalui NGT yang benar agar tidak terjadi aspirasi pada saluran pernafasan klien.

Demikian juga dengan bantuan untuk eliminasi urine, klien yang masih menggunakan kateter untuk mengeluarkan urine perlu mendapat perhatian yang seksama. Penggantian kateter secara periodik harus dilakukan oleh tenaga kesehatan yang kompeten mengingat risiko tinggi terjadinya cedera jika hal tersebut tidak dilakukan dengan benar. Disamping itu, risiko terjadinya infeksi saluran kemih juga lebih meningkat pada klien tersebut. Dengan demikian, pihak keluarga harus mengetahui cara perawatan perineal (*perineal care*) agar risiko yang disebutkan diatas bisa diminimalkan. Menjaga hidrasi adekuat serta konsumsi vitamin C dapat juga membantu untuk meminimalkan masalah tersebut.

Dalam studi ini, pihak keluarga mengungkapkan perlunya bantuan bagaimana cara melatih anggota tubuh yang mengalami kelumpuhan agar tidak terjadi komplikasi kaku sendi atau kontraktur. Selain itu, klien juga biasanya mengalami gangguan keseimbangan akibat penglihatan yang menurun pasca stroke sehingga risiko untuk jatuh itu semakin meningkat. Keluarga juga dituntut

harus memiliki pengetahuan yang cukup untuk meminimalkan risiko jatuh. Penjelasan serta latihan untuk memobilisasi klien dari satu posisi ke posisi tertentu secara benar. Klien dengan imobilisasi juga mempunyai risiko tinggi untuk mengalami luka tekan (*pressure ulcers*) dimana kejadian ini paling sering terjadi ketika klien dirawat di rumah tanpa adanya pengawasan yang baik dari pihak keluarga.

Aspek fisik lainnya yang juga sangat dibutuhkan oleh keluarga adalah pemberian obat-obatan terutama penjelasan tentang bagaimana pemberian obat dengan prinsip pemberian yang benar. Efek samping dari obat-obatan juga harus diberitahukan kepada pihak keluarga agar secepatnya bisa melaporkan kepada tenaga kesehatan jika menemukan permasalahan tersebut di rumah. Bantuan untuk perawatan diri (*personal hygiene*) juga dipandang sebagai kebutuhan yang penting untuk dipenuhi saat ini, meliputi; cara memandikan dan menkeramasi rambut klien di tempat tidur, menjaga kebersihan gigi dan mulut, serta mencegah kulit dari kekeringan atau terlalu lembab di area-area tertentu. Untuk mencegah kekeringan pada kulit tubuh, klien bisa diberikan lotion yang tidak mengandung parfum dan bahan yang menimbulkan alergi. Pijatan yang lembut dan terarah terutama di daerah tubuh yang mengalami penekanan pada posisi terlentang juga dapat membantu melancarkan sirkulasi darah, sehingga risiko untuk terjadinya gangguan integritas kulit bisa dihindarkan.

Terkait dengan aspek komunikasi verbal yang terganggu, pihak keluarga mengungkapkan kekhawatiran jika anggota keluarga yang sakit tersebut tidak bisa berbicara lagi dengan normal. Dalam hal ini, mereka membutuhkan adanya bantuan untuk terapi bicara bagi klien post stroke, serta mereka juga ingin dilibatkan secara aktif agar ketika pulang ke rumah masih bisa tetap melaksanakan anjuran yang sudah diberikan sebelumnya. Stimulasi kognitif juga bisa dilakukan oleh anggota keluarga lainnya untuk melatih kembali fungsi memori serta kemampuan berfikir pada klien.

Untuk aspek hubungan interpersonal, pihak keluarga belum memandang bahwa bantuan untuk memfasilitasi klien bergaul dengan orang lain adalah merupakan suatu kebutuhan yang harus dipenuhi. Mungkin dalam hal ini antara klien dan keluarga mempunyai persepsi yang berbeda tentang memaknai

hubungan dengan orang lain. Bagi klien sendiri, kemampuan untuk bergaul dengan orang lain dianggap sebagai suatu kebutuhan terutama bagi klien yang membutuhkan aktualisasi diri yang besar. Dengan adanya perubahan kondisi yang tidak seperti sebelumnya maka kemungkinan klien dapat mengalami hambatan untuk berinteraksi dengan orang lain. Hal ini mungkin berkaitan dengan kepercayaan diri yang menurun drastis sehingga klien bisa langsung menarik diri dari pergaulan karena merasa dirinya berbeda dengan orang lain. Untuk hal ini dukungan emosi dari pihak keluarga menjadi sangat penting adanya.

Selain itu, untuk aspek pemenuhan kebutuhan spiritual klien, pihak keluarga juga belum menjadikan hal tersebut menjadi suatu kebutuhan yang penting untuk dipenuhi. Salah satu aspek spiritual yang diangkat dalam studi ini adalah keinginan untuk mendapatkan bimbingan dalam beribadah. Hal ini memang sering luput dari pengamatan keluarga dan bahkan di kalangan tenaga kesehatan itu sendiri, dimana kondisi ini sering ditandai dengan belum optimalnya pemberian asuhan keperawatan yang menyentuh aspek spiritual. Namun pihak keluarga menyadari bahwa motivasi dari tenaga kesehatan serta dukungan dari orang terdekat dengan klien merupakan kebutuhan yang harus dipenuhi agar dapat membantu klien untuk lebih bersemangat dalam menjalani program pengobatan dan rehabilitasi terutama jika ditemukan kecacatan yang menetap. Hal ini terlihat dari hampir semua keluarga memunculkan hal tersebut pada saat wawancara.

Untuk aspek lingkungan, pihak keluarga mengungkapkan adanya kebutuhan tentang bagaimana tata letak ruangan yang sekiranya aman bagi klien. Dari beberapa klien terungkap keingintahuan mereka tentang bagaimana pengaturan ruangan kamar yang seharusnya, penggunaan kamar mandi serta area-area umum lainnya di rumah serta kemudahan klien untuk menjangkau barang-barang yang dibutuhkan tanpa meningkatkan risiko cedera bagi klien. Pengaturan ruangan serta tata letak barang-barang yang akan dipergunakan sehari-hari oleh klien hendaknya disesuaikan dengan kondisi fisik klien terutama bagi mereka yang mengalami kelumpuhan anggota gerak atau mengalami penurunan fungsi indera pasca serangan stroke. Untuk ini, pihak keluarga perlu dibekali dengan kemampuan untuk mengkaji kondisi klien ketika berada di

rumah, kemudian dibekali dengan pengetahuan dan keterampilan yang adekuat untuk mengatasi permasalahan yang mungkin timbul.

Klien pasca stroke dengan keadaan imobilisasi sangat tergantung kepada pihak lain dalam hal ini keluarganya. Jadi dengan demikian, pihak keluarga dituntut untuk memiliki keterampilan dan pengetahuan yang adekuat tentang perawatan ini. Dalam hal ini, pendidikan kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan serta latihan yang terstruktur dapat dilaksanakan dalam program *discharge planning* yang spesifik untuk penyakit Stroke. Secara keseluruhan, pihak klien dan keluarga mempunyai harapan yang hampir sama terkait dengan kebutuhan apa saja yang harus dipenuhi ketika klien pulang dari rumah sakit dan langsung kembali ke rumah masing-masing. Namun ada beberapa aspek yang memang tidak muncul disatu kelompok tetapi di kelompok lainnya muncul. Mungkin hal ini memang prioritas kebutuhan itu ternyata dipersepsikan berbeda satu sama lainnya. Kenyataan ini mengindikasikan bahwa memang konsep manusia sebagai makhluk yang utuh dan unik tetap tidak terpatahkan sehingga dengan demikian diharapkan tindakan yang akan diberikan pun harus mempertimbangkan hal tersebut.

Terkait dengan kebutuhan yang muncul tersebut, dari hasil studi menunjukkan bahwa program *discharge planning* yang diberikan oleh pihak rumah sakit merupakan suatu kebutuhan yang mutlak untuk dipenuhi. Dalam hal ini, program *discharge planning* dilakukan berdasarkan identifikasi kebutuhan yang menyeluruh dari sisi klien dan keluarga. *Early discharge planning* dapat dilakukan dari mulai klien masuk ke unit perawatan. Pada tahap ini, partisipasi keluarga secara aktif dapat mulai dibangun sehingga di akhir masa perawatan atau sebelum klien dipulangkan ke rumah, maka sebagian informasi dan keterampilan perawatan di rumah dapat muncul sehingga akan mempermudah tenaga kesehatan untuk mengevaluasi sejauhmana efektifitas dari program tersebut.

VII. KESIMPULAN DAN SARAN

7.1. Kesimpulan

Pada kelompok klien, kebutuhan yang bersifat fisik dan non fisik merupakan merupakan kebutuhan yang sangat penting untuk dipenuhi. Dalam aspek fisik, adanya bantuan dari pihak lain untuk pemenuhan kebutuhan dari mulai pengaturan nutrisi, bantuan eliminasi, pergerakan tubuh, perawatan diri. Untuk aspek emosional, adanya dukungan dari orang terdekat dalam hal ini keluarga merupakan kebutuhan yang dianggap sangat berperan dalam proses pemulihan kondisi klien. Selain itu kunjungan rumah dari petugas kesehatan serta motivasi yang diberikan mereka untuk klien juga dianggap sebagai kebutuhan yang sangat penting.

Sedangkan untuk aspek spiritual, klien mengungkapkan adanya bimbingan dalam beribadah serta bantuan untuk beradaptasi kembali dengan lingkungan sekitarnya. Bagi klien yang bekerja, bantuan untuk bisa beradaptasi kembali dengan tanggung jawab pekerjaan yang sempat ditinggalkan merupakan kebutuhan lain yang diharapkan dapat terfasilitasi. Untuk aspek lingkungan, klien memandang lingkungan rumah yang aman dan nyaman merupakan kebutuhan lainnya yang penting untuk dipenuhi. Sedangkan dipihak keluarga, menambahkan bahwa untuk mendukung pemulihan klien, pihak keluarga membutuhkan bantuan tentang cara dan efek samping pengobatan serta penanganan masalah yang membutuhkan rujukan ke institusi pelayanan kesehatan.

7.2. Saran

Dari hasil studi ini beberapa saran yang dapat diberikan adalah sebagai berikut :

1. Pihak rumah sakit sebagai institusi pelayanan kesehatan yang menjadi rujukan bagi masyarakat umum, diharapkan dapat meningkatkan kualitas pelayanan terutama dalam program *early discharge planning* bagi klien stroke yang dilengkapi dengan *standard operating procedure* yang jelas.
2. Pihak rumah sakit diharapkan dapat menyediakan informasi yang selengkap-lengkapnyanya tentang perawatan stroke di rumah sakit berupa papan informasi atau leaflet yang bisa dibawa oleh klien dan keluarganya ke rumah.

3. Untuk memfasilitasi adanya kebutuhan untuk *follow up* klien, maka *Hospital based-home care* merupakan salah satu alternatif bagi klien stroke di rumah tinggalnya. Dengan adanya layanan ini, diharapkan kondisi klien bisa terus dipantau oleh pihak rumah sakit melalui kunjungan dokter/perawat secara berkala sehingga bisa membantu meminimalkan risiko komplikasi yang membahayakan klien. Selain itu, dengan adanya layanan ini, komunikasi dan koordinasi perawatan klien antara pihak keluarga dengan pihak rumah sakit bisa terjaga dengan lebih optimal.

VIII. Daftar Pustaka

- Arikunto, S. (1996). *Dasar-dasar Evaluasi Pendidikan*, Jakarta: Bumi Aksara
- Clark, M.J.D, (1999). *Nursing in the Community*, Connecticut: Appleton and lange.
- Dempsey & Patricia Ann, (2002). *Riset Keperawatan; Buku Ajar dan Latihan*, Jakarta: EGC.
- Friedman, M (1998). *Keperawatan Keluarga Teori dan Praktek*. Edisi 3. Jakarta: EGC
- Guyton, Arthur C. (1997) *Buku Ajar Fisiologi Kedokteran*, Arthur C. Guyton, John E. Hall; editor Bahasa Indonesia : Irawati Setiawan- ed 9-Jakarta: EGC.
- Henderson. (2002). *Stroke Panduan Perawatan*. Jakarta: Arcan
- Iskandar. 2003. *Panduan Praktis Pencegahan dan Pengobatan Stroke*. Jakarta: PT. Bhuana Ilmu Populer
- Kang, Hyun Sook . Need Assessment for Home Nursing of Stroke Patients. Diakses pada <http://www.annalsoflongtermcare.com/article/9026>
- Kathy Henley Haugh. *Long-Term Care for the Stroke Patient in Family Home Care*; 16 (8): Diakses pada <http://www.annalsoflongtermcare.com/article/9026>
- Luckman & Sorensen's, (1993). *Medical Surgical Nursing; A Psychophysiologic Approach*, Philadelphia: W.B Saunders Company
- Machio D. (2008). *Stroke Rehabilitation* 2002. Diakses pada <http://www.strokebethesda.com/>.
- Mahoney, F.L & Barthel, D.W, Functional Evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 1965: 14:56-61. Diakses pada <http://www.findarticles.com>.
- PERDOSSI. (2007). *Guideline Stroke* Ed Revisi.
- Recovering After a Stroke: A Patient and Family Guide* diakses pada <http://www.Strokecenter.org>, 20 November 2009
- Shimada, T; Takemasa, S; Ueba, Y; Hidaka, M; Furui, T; Matsumoto, M; Yamauchi, K. Relationship between Disablement and Socio-economic Status of Post

Stroke Patients Who Need a Long-term Home Care. *Buletin of Allied Medical Sciences*, 1992; 8: 33-39.

Smeltzer & Suzane, C. (2001). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*, Brunner & Suddarth / editor, Jakarta: EGC

Thomas.D.J. (2000). *Stroke Dan Pencegahannya*. Cetakan IV. Bandung: Arcan.

Valery, F. (2006) *Pencegahan dan Pemulihan Stroke*. Jakarta: Buana Ilmu Populer.

White, L & Duncan, G, (2002). *Medical Surgical Nursing; An Integrated Approach*, 2nd edition, USA, Delmar.

LAMPIRAN:

RIWAYAT HIDUP KETUA PENELITI

1. Nama Lengkap : Hana Rizmadewi Agustina, S.Kp., MN.
2. NIP : 132 295 692
3. Pangkat, Golongan : Penata Muda, III/a
4. Jabatan Fungsional : Asisten Ahli
5. Jabatan Struktural : -
6. Unit Kerja : Fakultas Ilmu Keperawatan UNPAD
7. Alamat dan telepon rumah : Jln. Saparako Tengah, Gg Uwes No. 2 Majalaya
Tilp. 022 - 5950412
8. Alamat Kantor : Jln. Raya Bandung Sumedang, Km. 21 Jatinangor
Tilp. 022 – 7795596
9. Riwayat Pendidikan : S1 - PSIK FK UNPAD
S2 - Monash University Australia
10. Riwayat Pekerjaan : 2001 – sekarang, Staf edukatif FIK UNPAD
11. Pengalaman Penelitian :
 - * Pengalaman Spiritual Penderita Kanker Payudara di Ruang II RSHS Bandung (DIPA 2006)
 - * Pengalaman Perawat Dalam Merawat Penderita HIV AIDS di RSHS Bandung (DIPA 2007)
 - * Pengetahuan tentang pencegahan Stroke pada klien yang mempunyai faktor resiko terserang Stroke di Poli Penyakit Dalam RSUD Garut (DIPA 2007)

Bandung, 29 Januari 2009

Hana Rizmadewi Agustina
NIP. 132295692

RIWAYAT HIDUP ANGGOTA PENELITIAN

1. Nama Lengkap : Ayu Prawesti Priambodo, S.Kep., Ners.
2. NIP : 132320672
3. Pangkat, Golongan : Penata Muda, III/a
4. Jabatan Fungsional : Asisten Ahli
5. Jabatan Struktural : -
6. Unit Kerja : Fakultas Ilmu Keperawatan UNPAD
7. Alamat dan telepon rumah : Suryalaya Tengah No. 26 Bandung ,
Tilp. 022 - 7307481
8. Alamat Kantor : Jln. Raya Bandung Sumedang, Km. 21 Jatinangor
Tilp. 022 – 7795596
9. Riwayat Pendidikan : S 1 – PSIK FK UNPAD
10. Riwayat Pekerjaan : 2006 – sekarang, Staf edukatif FIK UNPAD
11. Pengalaman Penelitian : * Gambaran Interaksi Perawat – Klien pada
Pelaksanaan Asuhan Keperawatan di ruang
Rawat Inap RSUD Cianjur

Bandung, 29 Januari 2009

Ayu Prawesti Priambodo
NIP. 132320672

RIWAYAT HIDUP ANGGOTA PENELITI

1. Nama Lengkap : Irman Somantri, S.Kp. M.Kep.
2. NIP : 132325789
3. Pangkat, Golongan : Penata Muda TK I, III/b
4. Jabatan Fungsional : Asisten Ahli (Kopertis)
5. Jabatan Struktural : -
6. Unit Kerja : Fakultas Ilmu Keperawatan UNPAD
7. Alamat dan telepon Rumah : Jl. Margakencana IV No. 92A Rt 011/09
Cijawura Buah Batu Bandung
8. Riwayat Pendidikan : S2 – FIK UI
9. Riwaya Pekerjaan : 1997 – 2004 : Akper Jend. A. Yani Cimahi
2004 – 2008 : Stikes A. Yani Cimahi
2008 – sekarang, staf edukatif FIK UNPAD
10. Pengalaman Penelitian :
 - a. Persepsi Orang Tua Tentang Harga Diri Anak dengan Thalasemia di RSUPN Cipto Mangunkusumo Tahun 1999
 - b. Hubungan Persepsi Perawat Pelaksana Tentang Gaya Kepemimpinan dan Tipe Kepribadian Kepala Ruangan yang Dipersepsikan oleh Perawat Pelaksana dengan Kepuasan Kerja (Studi di Rumah Sakit Dokter Salamun Bandung 2006): ISSN : 1907-3879
 - c. Hubungan Karakteristik Biografi dengan Tingkat Nyeri pada Dismenorea (Studi di SMAN 1 Sukaresmi Cianjur 2007) : ISSN : 1907-3879
 - d. Hubungan Faktor Pribadi Klien dengan Kepuasan Terhadap Kualitas Asuhan keperawatan Perawat Pelaksana : ISSN : 1907-3879

Bandung 29 Januari 2009

Irman Somantri, S.Kp. M.Kep.