

PENGARUH PROGRAM EDUKASI TERINTEGRASI TERHADAP PERILAKU PASIEN PASCA STROKE

Isnadi Agus^{1*}, Yulastri Arif², Reni Prima Gusti³

^{1,2,3}Fakultas Keperawatan, Universitas Andalas

*Email Korespondensi: isnadiagus12@gmail.com

Submitted: 08-10-2021, Reviewer: 22-10-2021, Accepted: 26-10-2021

ABSTRACT

Healthy living behavior in post-stroke patients is still relatively low so that the residual symptoms experienced by patients are quite varied. Integrated education is one of the efforts that can be given to improve patient's healthy behavior where education is provided by the collaboration of Caregiver Professionals (PPA) consisting of doctors, nurses, pharmacists and nutritionists so that patients can make the right decisions to optimize their health and improve patient safety, satisfaction patients and families. The purpose of this study was to see the effect of an integrated education program on the behavior of post-stroke patients. This type of research is a quantitative study with aresearch design Quasy Experimental Pre-Post Test One Group with a sample of 38 people. This research was conducted at Lubuk Sikaping Hospital. The data collection tool uses a questionnaire. Data analysis was carried out using thetest Wilcoxon. The results of the study illustrate that there is a significant difference between the knowledge, attitudes and actions of post-stroke patients before and after being given integrated education with p-values of 0.000 (knowledge), 0.000 (attitude) and 0.001 (action). It can be concluded that integrated education affects the behavior of post-stroke patients. The provision of integrated education toaccording to the clinical pathway patientsof the patient's illness requires a joint commitment to the field of nursing services in order to improve the quality of service in hospitals

Keywords: *Integrated Education, Knowledge, Attitude, Action*

ABSTRAK

Perilaku hidup sehat pada pasien pasca stroke masih tergolong rendah sehingga gejala sisa yang dialami pasien cukup bervariasi. Edukasi terintegrasi salah satu upaya yang dapat diberikan untuk meningkatkan perilaku sehat pasien dimana edukasi diberikan oleh kolaborasi Profesional Pemberi Asuhan (PPA) yang terdiri dari dokter, perawat, farmasi dan gizi sehingga pasien dapat mengambil keputusan yang tepat untuk mengoptimalkan kesehatannya dan meningkatkan keselamatan pasien, kepuasan pasien dan keluarga. Tujuan penelitian ini adalah melihat pengaruh program edukasi terintegrasi terhadap perilaku pasien pasca stroke. Jenis penelitian ini adalah penelitian kuantitatif dengan desain penelitian *Quasy Experimental Pre-Post Test One Group* dengan jumlah sampel 38 orang diambil dengan cara *convinience sampling*. Penelitian ini dilakukan di RSUD Lubuk Sikaping. Alat pengumpulan data menggunakan kuesioner. Analisis data dilakukan dengan uji *wilcoxon*. Hasil penelitian menggambarkan bahwa terdapat perbedaan yang signifikan antara pengetahuan, sikap dan tindakan pasien pasca stroke sebelum dan setelah diberikan edukasi terintegrasi dengan nilai *p value* masing masing 0.000 (pengetahuan), 0.000(sikap) dan 0.001 (tindakan). Disimpulkan bahwa edukasi terintegrasi berpengaruh terhadap perilaku pasien pasca stroke. Pemberian edukasi terintegrasi kepada pasien sesuai *clinical patway* penyakit pasien perlu komitmen bersama tim kesehatan agar meningkatkan mutu pelayanan di rumah sakit.

Kata Kunci: Edukasi Terintegrasi, Pengetahuan, Sikap, Tindakan

PENDAHULUAN

Data *World Stroke Organization* menunjukkan bahwa setiap tahunnya adalah 13,7% juta kasus baru stroke dan sekitar 5,5 juta kematian terjadi akibat penyakit stroke. Sekitar 70% penyakit stroke dan 87% kematian dan disabilitas akibat stroke terjadi di negara berpendapatan rendah dan menengah, lebih dari empat dekade terakhir kejadian stroke pada negara berpendapatan rendah dan menengah meningkat lebih dari dua kali lipat (Kemenkes RI, 2018)(Benjamin et al., 2019).

Sementara itu kejadian stroke menurun 42% pada negara berpendapatan tinggi, selama 15 tahun terakhir rata-rata stroke terjadi dan menyebabkan kematian lebih banyak pada negara berpendapatan rendah dan menengah dibandingkan dengan negara yang berpendapatan tinggi (Kemenkes RI, 2018). Stroke sebagian besar bagian dari penyakit kardiovaskuler yang digolongkan kedalam penyakit katastropik karena mempunyai dampak yang luas, sosial, ekonomi dan penyebab kecacatan permanen (Profil Kesehatan Indonesia, 2019)

Perlu perilaku hidup sehat terutama pada pasien pasca stroke guna mencegah terjadinya serangan berulang, komplikasi bahkan kematian. Perilaku pencegahan faktor resiko terutama perilaku gaya hidup sehat, dimana 1 dari 5 kasus stroke (26,1%) akibat obesitas, kurangnya aktifitas fisik, 1 dari 10 kasus stroke (36,3%) akibat merokok, 1 dari 4 kasus stroke (93,5%) akibat kurang konsumsi buah dan sayur, 1 juta kasus stroke (4,6%) akibat konsumsi alkohol. Perilaku pencegahan faktor resiko stroke dimana > 50 % kasus stroke terjadi akibat hipertensi, 1 dari 4 kasus stroke akibat hiperkolesterol dan 9% akibat gangguan irama jantung yang tidak teratur (Kemenkes RI, 2017). Banyak penyebab stroke diantaranya faktor resiko yang dapat dan yang tidak dapat diubah. (Sihombing et al., 2018; Boehme et al., 2017)

Perilaku yang diharapkan pada

pasien pasca stroke adalah pengetahuan, sikap dan tindakan atau keterampilan. Pengetahuan pasien pasca stroke terkait dengan tanda gejala, penyebab dan faktor resiko sangat bervariasi. Bhat (2016) menyatakan bahwa mengontrol tekanan darah dapat mencegah stroke, otak merupakan organ yang terganggu sebanyak 69,1% dan jantung sebanyak 29,1%, artinya masih ada yang belum mengetahui bahwa organ yang terkena adalah otak. Untuk tingkat pengetahuan terkait faktor resiko seperti usia, jenis kelamin

Pengetahuan tentang stroke dan perilaku kesehatan pribadi yang kurang optimal, sehingga menempatkan pasien pada resiko tinggi untuk terkena serangan berulang. Perilaku makan atau pola diet pada pasien pasca stroke yang buruk, dimana konsumsi garam yang berlebih, konsumsi gula yang tinggi, kurangnya konsumsi buah dan sayur serta rendahnya konsumsi biji-bijian dan tingginya asupan lemak (Virani et al., 2020; Murray et al., 2018). Rachmania, (2020) kurang patuhnya terhadap gaya hidup sehat terdiri dari pola diet, kurang konsumsi biji dan sayuran/serat, konsumsi alkohol, aktifitas fisik kurang, perokok menyebabkan 64% kematian akibat jantung dan 61% akibat *cerebrovascular disease*. Sementara perilaku pasien pasca stroke yang banyak ditemui adalah gaya hidup seperti perilaku merokok, konsumsi alkohol, kurangnya aktivitas fisik.

Upaya pencegahan melalui edukasi terintegrasi bertujuan agar ada perubahan perilaku pasien pasca stroke, dan untuk mengatasi terjadinya perburukan pasca stroke dengan menjalankan perilaku hidup sehat sejak dini (Khalid et al., 2016).

Menurut Maasland et al., (2011) edukasi kesehatan merupakan aspek penting karena dapat mendorong kepatuhan dan perilaku sehat dan meningkatkan pemahaman tentang stroke, pengetahuan pasien pasca stroke tentang etiologi dan tanda gejala yang sering disebut adalah hemiparesis dan faktor

resiko utama pada diri sendiri adalah hipertensi, hiperkolesterolemia dan merokok

Intervensi edukasi tentang stroke selama pasien di rawat inap merupakan kebutuhan bagi pasien dan keluarga, berguna untuk menambah pengetahuan pasien dan keluarga. Namun hasil pendidikan yang diberikan selama di rawat inap tidak bertahan lama atau rentannya buruk. Penelitian Johnson et al., (2018) edukasi selama pasien dirawat inap wajib diberikan, materi yang diberikan tentang tanda dan gejala, cara pencegahan, faktor resiko yang dimiliki, peneliti melihat ketahanan (retensi) terhadap pendidikan yang diberikan selama dirawat, pendidikan diberikan oleh tim dan ditindaklanjuti pada 3 bulan berikutnya, hasil yang didapatkan hanya 25% pasien dan keluarga mendapatkan skor 100% dari total peserta sebanyak 198 pasien dan keluarga, secara keseluruhan tentang tanda dan gejala, faktor resiko adalah buruk. Sementara Mendyk et al., (2018).

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

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

Materi edukasi yang diberikan sesuai yang tercantum di *clinical Pathway* stroke iskemik, contoh edukasi oleh perawat edukasi yang diberikan terkait dengan posisi dan aktivitas, pencegahan resiko jatuh, dan bantuan aktivitas tanpa merinci jenis aktivitas apa saja yang akan diberikan selama perawatan pasien. Untuk materi gizi terkait dengan penjelasan pemberian waktu makan bertahap sesuai dengan kemampuan menelan pasien. Preskripsi diet seperti kebutuhan energy pada fase akut, jumlah protein, lemak, karbohidrat, kolesterol, serat natrium belum secara khusus diberikan oleh profesi gizi dari wawancara pasien dan keluarga menanyakan jenis apa yang boleh dimakan dan tidak boleh, dan bagaimana cara menghitung jumlah makanannya, edukasi ini tidak diberikan karena hanya menjalankan berdasarkan yang sudah ada dalam alur klinis tanpa dilakukan terlebih dahulu identifikasi bentuhan belajarnya, pelaksanaan edukasi yang belum optimal sesuai dengan alur klinis yang ada sehingga pasien tidak merasakan manfaat akan edukasi yang diberikan selama dalam perawatan pasien

METODE PENELITIAN

Penelitian ini dilakukan di RSUD Lubuk Sikaping Kabupaten Pasaman

Timur. Penelitian ini merupakan penelitian dengan metode kuantitatif dengan menggunakan pendekatan *Quasy Experimental Pre-Post Test One Group*, alat pengumpulan data menggunakan koesioner pengetahuan, Sikap dan Tindakan yang dimodifikasi dari KARS yang terdiri dari 20 item pertanyaan pengetahuan, 20 item pernyataan sikap dan 20 item pernyataan untuk tindakan. Koesioner tersebut sudah melalui Uji Validitas Reliabilitas dengan nilai *Crobach's Alpha* pengetahuan (0,961), sikap (0,944) dan tindakan (0,964). Analisa data menggunakan wilcoxon test. Sampel pada penelitian berjumlah 38 orang sampel dengan pengambilan sampel teknik *convenience*

HASIL DAN PEMBAHASAN

Karakteristik Pasien Paska Stroke di RSUD Lubuk Sikaping

Pada Penelitian ini dapat dilihat tentang distribusi karakteristik responden yang mengalami Pasca Stroke yang dirawat di RSUD Lubuk Sikaping dengan jumlah 38 orang pasien, sebahagian besar responden berjenis kelamin laki-laki (81.6%), berusia 40 sampai dengan 59 tahun (76,3%), hampir sebagian responden tingkat pendidikan SMA (42.1%), Dilihat dari jenis stroke yang dialami responden lebih dari separo mengalami stroke iskemik (76,3%) dengan keadaan kelemahan (36.8 %) sebelah kiri

Tabel 1
Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden (n=38)

| Karakteristik Responden | Kategori | f | % |
|---------------------------------|------------------|----|------|
| Jenis Kelamin | Perempuan | 7 | 18,4 |
| | Laki -laki | 31 | 81,6 |
| Usia | 40 – 59 | 29 | 76,3 |
| | 60-79 | 9 | 23,7 |
| Tingkat Pendidikan | SD | 2 | 5,3 |
| | SMP | 5 | 13,2 |
| | SMU/SMK | 16 | 42,1 |
| | SARJANA | 15 | 39,5 |
| Jenis Stroke | Stroke Iskemik | 29 | 76,3 |
| | Stroke Hemoragik | 9 | 23,7 |
| Sisi mengalami Kelemahan | Kiri | 14 | 36,8 |
| | Kanan | 9 | 23,7 |
| | Kiri/kanan | 15 | 39,5 |
| Resiko Stroke | Resiko sedang | 23 | 60,5 |
| | Resiko Berat | 15 | 39,5 |

Jenis Kelamin

Berdasarkan tabel 1 yang dilakukan sebagian besar responden berjenis kelamin laki laki (81.6%), hal ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Mandala, Z pada tahun 2014 yang menyatakan bahwa pasien stroke laki-laki sebanyak 127 responden (50,8%) sedangkan perempuan sebanyak 123 responden (49,2%). Hasil yang sama juga didapatkan oleh Manurung pada

tahun 2015 yang menyatakan bahwa pasien stroke paling banyak adalah laki-laki dengan presentase 56,1 %. 22 Hubungan jenis kelamin dengan risiko stroke tergantung pada usia. Laki-laki memiliki risiko stroke 1,25- 2,5 kali lebih tinggi dari pada dibandingkan perempuan. Namun, angka ini berbeda pada usia lanjut.

Pendidikan

Tingkat pendidikan sebagai faktor sosial ekonomi memang tidak berkaitan langsung dengan kejadian stroke. Akan tetapi, tingkat pendidikan seseorang menentukan sikap orang tersebut terhadap perilaku sehat. Oleh karena itu, seseorang dengan tingkat pendidikan yang lebih tinggi diharapkan mampu memahami informasi kesehatan dan mengaplikasikannya dalam kehidupan sehari-hari (Patricia, 2015). Pendidikan mempengaruhi proses belajar, semakin tinggi pendidikan seseorang makin mudah orang tersebut untuk menerima informasi. Semakin banyak informasi yang masuk semakin banyak pula pengetahuan yang didapat. Hal ini sesuai dengan teori yang kemukakan oleh Notoatmodjo (2014) bahwa aspek pengetahuan merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya perilaku seseorang di mana semakin tinggi tingkat pengetahuan seseorang akan dapat mempengaruhi pola pikir dan sikap terhadap sesuatu hal ini akan mempengaruhi perubahan perilaku.

Usia

Usia responden pada penelitian ini 76,3 % berada pada rentan usia 40 sampai dengan 59 tahun. Penelitian AHA fokus pada individu berusia 35 hingga 70 tahun menemukan bahwa 40 % kematian disebabkan oleh *Cerebrovaskuler Disease* (CVD) terutama di negara berpenghasilan rendah. Resiko stroke dimulai pada usia 35 tahun, Kematian usia 22 dan 55 tahun meningkat lebih dari 10 % antara tahun 1990 dan 2016 (*the US Burden of Disease Collaborators*). Usia merupakan salah satu faktor yang tidak bisa diubah, bertambahnya usia menyebabkan penurunan fungsi sistem pembuluh darah. Menurut Feigin (2004), setelah mencapai usia 50 tahun, setiap penambahan usia tiga tahun resiko stroke meningkat sebesar 11-20%. Stroke meningkat dengan bertambahnya usia, dari 19,3% diantara

usia 20 hingga 39 tahun menjadi 37,7%, untuk yang berusia 40 hingga 59 tahun 54,9% (Virani et al., 2020)) Pada penelitian Jeong et al., (2015) seseorang yang mengalami peningkatan usia akan lebih mungkin mengalami stroke.

Karakteristik Stroke

Dari karakteristik responden pada penelitian ini jika dikelompokkan berdasarkan karakteristik stroke yang dialami dimana hampir keseluruhan pasien merupakan pasien yang mengalami stroke iskemik sebanyak 29 orang (76.3%), dimana 15 orang (39.5%) mengalami kelumpuhan sisi kanan / kiri, dan memiliki faktor resiko sedang sebanyak 23 orang (60.5%).

Sebagian besar pasien pasca stroke mengalami gejala sisa yang sangat bervariasi, dapat berupa gangguan motorik (mobilisasi), penglihatan, pendengaran, bicara dan gangguan emosional. Ullberg (2015) dari 28.683 pasien pasca stroke yang mengalami gangguan fungsional minimal atau ringan dalam pemenuhan kebutuhan sehari-hari di 3 bulan pasca stroke terjadi perburukan pada 12 bulan pasca serangan stroke sebanyak 16,3% mengalami ketergantungan total atau berat. Tingkat kecacatan pasien pasca stroke yang paling banyak adalah kecacatan berat yaitu 62% - 90,1%, kecacatan ringan sebanyak 44,1% - 20,5 % (Oyewe, 2012)

Perilaku pencegahan faktor resiko terutama perilaku gaya hidup sehat, dimana 1 dari 5 kasus stroke (26,1%) akibat obesitas, kurangnya aktifitas fisik, 1 dari 10 kasus stroke (36,3%) akibat merokok, 1 dari 4 kasus stroke (93,5%) akibat kurang konsumsi buah dan sayur, 1 juta kasus stroke (4,6%) akibat konsumsi alkohol. Perilaku pencegahan faktor resiko stroke dimana > 50 % kasus stroke terjadi akibat hipertensi, 1 dari 4 kasus stroke akibat hiperkolesterol dan 9% akibat gangguan irama jantung yang tidak teratur (Kemenkes RI, 2017).

Perilaku (Pengetahuan, Sikap dan Tindakan) Pasien Paska Stroke Sebelum dan Setelah Diberikan Edukasi Terintegrasi

Tabel 2
Distribusi Frekuensi Perilaku (Pengetahuan, Sikap, Tindakan) Pasien Paska Stroke Sebelum dan Sesudah Diberikan Edukasi Terintegrasi (n=38)

| Variabel | Median | Min-Maks | 95 % CI |
|-------------|--------|----------|--------------|
| Pengetahuan | | | |
| Sebelum | 8.00 | 3-18 | 7.11-9.57 |
| Setelah | 16.50 | 5-19 | 12.89- 16.11 |
| Sikap | | | |
| Sebelum | 37.00 | 25-72 | 35.56- 41.81 |
| Setelah | 43.00 | 36-72 | 41.4– 47.01 |
| Tindakan | | | |
| Sebelum | 10.50 | 2-19 | 9.19- 12.39 |
| Setelah | 16.00 | 4-19 | 12.82-15.91 |

Hasil penelitian menunjukkan nilai median pada pengetahuan pasien paska stroke sebelum diberikan edukasi terintegrasi adalah 8.00 dengan nilai minimum 3 dan maksimum 18, sedangkan setelah edukasi terintegrasi menjadi 16.50 dengan rentang nilai minimum 5 dan maksimum 19. Dari hasil analisa koesioner responden, sebahagian besar pengetahuan responden sebelum diberikan edukasi terintegrasi tergolong rendah (57,8%) karena skor yang didapatkan dibawah nilai median. Setelah diberikan edukasi terintegrasi pengetahuan pasien yang dibawah nilai median, yang tergolong rendah hanya 39%.

Pengetahuan pasien sebelum diberikan edukasi terintegrasi dilihat dari analisa koesioner pengetahuan pada aspek defenisi stroke dan penyebab stroke yang terdiri dari 4 pertanyaan dimana hanya 48, 67 % yang dapat menjawab benar. Pada aspek pengetahuan terkait klasifikasi stroke, terapi obat, dan komplikasi yang terdiri dari 5 pertanyaan hanya 43,18 % yang mampu menjawab dengan benar. Pada Aspek pencegahan, psikologi dan faktor resiko yang terdiri dari 11 pertanyaan , responden hanya mampu menjawab benar 45,69 % mampu menjawab dengan benar. Setelah diberikan edukasi terintegrasi terlihat ada peningkatan pada aspek defenisi dan penyebab menjadi 75,67 %, pada aspek

klasifikasi, terapi obat dan komplikasi menjadi 78,4 % dan pada aspek pencegahan, psikologis dan faktor resiko menjadi 71,20 % yang mampu menjawab benar.

Pengetahuan pasien pasca stroke terkait dengan tanda gejala, penyebab dan faktor resiko sangat bervariasi. Bhat (2016) menyatakan bahwa mengontrol tekanan darah dapat mencegah stroke, otak merupakan organ yang terganggu sebanyak 69,1% dan jantung sebanyak 29,1%, artinya masih ada yang belum mengetahui bahwa organ yang terkena adalah otak. Mengenai pengetahuan pasien pasca stroke, 28% pasien melaporkan ketidaktahuan terkait dengan pengobatan, 26% tidak patuh dalam mengkonsumsi obat 40% pasien tidak patuh terhadap pola diet khususnya pada pasien dengan diabetes mellitus atau hipertensi. (Alotaibi et al., 2017; Bhat et al., 2016; Sowtali et al., 2017; Kaddumukasa et al., 2015).

Penelitian ini sejalan dengan penelitian Donni,dkk (2015) menunjukkan bahwa tingkat pengetahuan responden sebelum diberikan edukasi pada kelompok perlakuan sebagian besar berada dikategori cukup sebanyak 11 responden (55%). Hal ini sesuai dengan teori menurut Wawan dan Dewi (2011) yang mengatakan bahwa pengetahuan dipengaruhi oleh dua faktor, yaitu pendidikan formal dan pendidikan

non formal. Semakin tinggi pendidikan dan pengalaman seseorang maka semakin luas pula pengetahuannya. Hasil ini diperkuat oleh penelitian Pramana (2019) yang menyatakan bahwa sebelum perlakuan didapatkan pengetahuan kurang (90.9%) dan setelah perlakuan pengetahuan menjadi cukup (53.6%) pada penelitian dengan judul pengaruh Pendidikan Kesehatan menggunakan Audio visual terhadap perubahan perilaku penderita hipertensi dalam mencegah stroke.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa perilaku pasien yang digambarkan pada domain sikap, dimana nilai tengah dari skor sikap pasien sebelum dilakukan tindakan adalah 37.00 dengan nilai skor minimum 25 dan maksimum 72, Setelah diberikan edukasi terintegrasi nilai median skor sikap pasien adalah 43.00 dengan nilai skor minimum 36 dan maksimum 72. Dari hasil tersebut terlihat bahwa dari 38 orang responden sebelum diberikan edukasi terintegrasi, 18 (47.3%) orang tergolong memiliki sikap negatif dan setelah diberikan edukasi terintegrasi hanya 3 orang (7.8%) yang memiliki sikap negative

Hasil Penelitian ini sejalan dengan penelitian Donny, dkk (2015) menunjukkan bahwa sikap responden sebelum diberikan edukasi pada kelompok perlakuan dengan jumlah 19 responden berada pada kategori negatif (95%). Jumlah tersebut termasuk dalam kategori kurang, dikarenakan hampir semua responden memiliki sikap yang kurang baik sebelum dilakukan perlakuan. Hanya terdapat satu responden (5%) yang memiliki kategori sikap positif. Penelitian lain yang dilakukan oleh Febrianto (2013) menyatakan bahwa setelah diberikan pendidikan Kesehatan tentang pencegahan penyakit stroke dengan metode ceramah terjadi peningkatan nilai sikap, dimana semula sikap baik hanya 33 responden (33%) meningkat menjadi 97 responden (97%), sedangkan yang memiliki sikap kurang baik semula 67 responden (67%)

turun menjadi hanya 3 responden (3%). Dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan sikap responden sebelum dan setelah diberikan perlakuan.

Sikap adalah perasaan atau pandangan yang disertai kecenderungan dalam bertindak sesuai dengan objek sikap, dimana sikap merupakan faktor psikologis yang mengkondisikan mental seseorang secara utuh yang melibatkan keyakinan dan kepercayaan serta disposisi untuk bertindak dengan cara tertentu, sikap ini juga dipengaruhi oleh komponen kognitif, afektif, dan konatif (Wawan & Dewi, 2012).

Hal ini dapat disebabkan karena beberapa faktor, seperti yang dapat mempengaruhi sikap adalah pengalaman pribadi, pengaruh orang lain yang dianggap penting, pengaruh kebudayaan, media massa, lembaga pendidikan dan lembaga agama serta faktor emosional. Hal tersebut didukung pula oleh penelitian Pakpahan (2013), dengan hasil seluruh responden mendapatkan skor sikap 36-48 sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan pada kelompok perlakuan yang berarti sikap responden dalam penelitian Pakpahan semua responden memiliki kategori sikap baik. Dapat diambil kesimpulan bahwa terdapatnya responden yang memiliki kategori sikap negatif pada kelompok perlakuan sebelum diberikan edukasi dikarenakan banyak faktor yang mempengaruhinya sikap.

Pada variabel tindakan, hasil penelitian menunjukkan bahwa perilaku pasien yang digambarkan pada domain tindakan dimana nilai median variabel tindakan pasien sebelum dilakukan edukasi terintegrasi adalah 10.50 dengan nilai minimum 2 dan maksimum 19, Setelah diberikan edukasi terintegrasi rata-rata tindakan pasien adalah 16.00 dengan nilai skor minimum 4 dan maksimum 19. Dari hasil penelitian tersebut didapatkan bahwa masih banyak responden yang belum mampu melakukan perawatan paska stroke, dari analisa koesioner sebanyak 19 responden (50%) belum mampu

melakukan tindakan perawatan paska stroke.

Dari hasil penelitian dapat dilihat bahwa tindakan pasien sebelum diberikan edukasi terintegrasi masih tergolong kurang baik karena rata-rata responden sudah melakukan lebih dari separo tindakan yang harus dilakukan pasien paska stroke. Namun jika dilihat dari nilai skor minimum masih terdapat responden yang belum melakukan tindakan perawatan pasca stroke dengan baik. Beberapa tindakan yang masih belum dilakukan oleh pasien, jika dilakukan analisa dari hasil koesioner yaitu pada aspek faktor resiko, aktifitas latihan olah raga, perilaku pencegahan dan minum obat. Beberapa tindakan yang masih banyak belum dilakukan antara lain latihan pergerakan sendi tangan dan kaki untuk pencegahan kekakuan sendi, teknik relaksasi nafas dalam saat merasakan nyeri kepala, Selain itu pengaturan emosi juga masih banyak responden belum melakukan tindakan tersebut dengan baik.

Tindakan menurut Weber merupakan faktor penyebab seseorang

melakukan sesuatu. Faktor pendukung untuk mewujudkan tindakan yang merupakan sebuah respon dari sikap. Faktor dukungan tindakan ini memiliki beberapa tingkatan yaitu persepsi mengetahui apa yang akan dilakukan dari sesuatu yang didapatkan, Respon terpimpin bisa melakukan kembali terhadap apa yang dicontohkan dengan benar, Mekanisme yaitu tindakan yang dilakukan yang sudah menjadi kebiasaan seseorang dan Adopsi yaitu praktik yang dilakukan seseorang yang sudah domodifikasi dan dikembangkan yang dapat dilakukan secara langsung melalui wawancara dan tidak langsung dengan observasi responden, (Purwoastuti & Swalyani, 2015). Rata-rata tindakan setelah diberikan edukasi naik hal ini bisa disimpulkan bahwa setelah diberikan edukasi pasien memiliki kesadaran yang tinggi dan pengetahuan yang meningkat sehingga meningkatkan persepsi terhadap tindakan yang akan dilakukan sehingga terjadi perubahan tindakan yang dilakukan pasien.

Pengaruh Edukasi Terintegrasi terhadap Perilaku (Pengetahuan, Sikap, Tindakan) Pasien Pasca Stroke

Tabel 3
Pengaruh Edukasi Terintegrasi Terhadap Perilaku (Pengetahuan, Sikap, Tindakan) Pasien Pasca Stroke (n=38)

| Variabel | | N | Mean reank | P Value |
|--|----------------|----|------------|---------|
| Pengetahuan Post Test - pengetahuan pre test | Negative Ranks | 0 | | |
| | Positive Ranks | 24 | 12,50 | 0,000 |
| | Ties | 14 | | |
| Sikap Post test - sikap pre test | Negative Ranks | 0 | | |
| | Positive Ranks | 21 | 11.00 | 0,000 |
| | Ties | 17 | | |
| Tindakan post test - Tindakan pre test | Negative Ranks | 0 | | |
| | Positive Ranks | 15 | 8,00 | 0,001 |
| | Ties | 23 | | |

Hasil dari masing masing sub variabel perilaku pasien paska stroke, dimana pada sub variabel pengetahuan didapatkan nilai *mean rank* 12,50 dengan nilai *p value* 0,000; tidak ada sampel yang

nilai posttest nya lebih kecil dari pada pretest, 24 orang sampel didapatkan nilai post testnya lebih besar dari pada nilai pretest dan 14 orang nilai posttest nya sama dengan nilai pretest.

Pada sub variabel sikap didapatkan nilai *mean rank* 11,00 dengan nilai *p value* 0,000; tidak ada sampel yang nilai posttest nya lebih kecil dari pada pretest, 21 orang sampel didapatkan nilai post testnya lebih besar dari pada nilai pretest dan 17 orang nilai posttest nya sama dengan nilai pretest. Subvariabel tindakan didapatkan nilai *mean rank* 8,00 dengan nilai *p value* 0,001; tidak ada sampel yang nilai posttest nya lebih kecil dari pada pretest, 15 orang sampel didapatkan nilai post testnya lebih besar dari pada nilai pretest dan 23 orang nilai posttest nya sama dengan nilai pretest. Ketiga subvariabel perilaku didapatkan nilai *p value* < 0.05, dapat disimpulkan ada pengaruh edukasi terintegrasi terhadap perilaku pasien pasca stroke.

Interprofesional kolaborasi atau ditatanan pelayanan di rumah sakit disebut dengan asuhan pasien terintegrasi yang merupakan konsep pelayanan yang berfokus pada pasien dan keluarga. Paradigma asuhan sudah bergeser yang awalnya adalah berfokus pada medis, saat ini berubah pada pelayanan yang berpusat pada pasien dan keluarga, untuk dapat melaksanakan asuhan tersebut diperlukan suatu asuhan yang berkolaborasi semua Professional Pemberi Asuhan (PPA). Asuhan yang berkolaborasi dan saling berkoordinasi maka akan terjalin suatu asuhan yang berkualitas dan menjamin kualitas asuhan yang berkelanjutan dan menjamin keselamatan pasien.

Jika dalam memberi asuhan semua PPA harus menyadari dan dapat menjalani setiap elemen interkolaborasi akan memberikan maka akan memberikan manfaat diantaranya efisiensi *lag of Stay* (LOS) efisiensi biaya rawatan dapat dikurangi, memperjelas peran dan tanggung jawab masing-masing PPA, dimana PPA memahami peran dan tanggung jawabnya, dan jika koordinasi yang baik dapat dilakukan maka komunikasi berjalan baik antara PPA sehingga terjadi kesinambungan asuhan

dan meningkatkan kualitas pelayanan dan keselamatan pasien.

Untuk mengintegrasikan pelayanan asuhan yang berpusat pada pasien diperlukan suatu kiat atau cara, dimana masing-masing PPA memiliki suatu standar, jika standar yang diberikan tanpa ada kolaborasi dan koordinasi akan menyebabkan pelayanan tersebut tidak terkoordinasi dengan baik dan menyebabkan pasien tidak puas. Untuk itu diperlukan koordinasi dan kolaborasi dalam memberikan pelayanan yang berpusat pada pasien dengan membuat alur pelayanan klinis atau yang disebut *Clinical Pathway*. Di dalam *clinical pathway* sudah mengintegrasikan pelayanan sesuai standar asuhan masing-masing PPA, salah satu bagian dalam alur pelayan klinis adalah Edukasi Terintegrasi oleh masing-masing PPA dimana didalam edukasi tersebut telah membagi apa yang perlu didedukasi berdasarkan pendekatan diagnosa medis sehingga para PPA sudah jelas peran dan tanggung jawabnya dalam memberi edukasi khususnya pada pasien pasca stroke dan jika pelaksanaan edukasi terlaksana sesuai dengan elemen interkolaborasi maka akan meningkatkan Outcome indikasi kesehatan salah satunya adalah peningkatan perilaku pasien pasca stroke yaitu pengetahuan, sikap dan keterampilan pasien dan keluarga.

Menurut Dhomiri, H (2020), edukasi kesehatan merupakan aspek penting karena dapat mendorong kepatuhan dan perilaku sehat dan meningkatkan pemahaman tentang stroke, pengetahuan pasien pasca stroke tentang etiologi dan tanda gejala yang sering disebut adalah hemiparesis dan faktor resiko utama pada diri sendiri adalah hipertensi, hiperkolesterolemia dan merokok

Menurut Kyu et al., (2018) pendidikan berkelanjutan dirumah sakit secara komprehensif dan terintegrasi berfokus pada pasien dengan mengeksplorasi hubungan edukasi berkelanjutan dengan kompetensi

komunikasi dapat meningkatkan pengetahuan pasien, menurunkan tingkat *readmission* penurunan lama di rawat dirumah sakit dan meningkatkan kepuasan (Kyu et al., 2018; Sukarip et al., 2019)

Hal ini sesuai dengan penelitian Lestari (2018) bahwa ada perubahan pengetahuan keluarga dari sebelum dan setelah diberikan pendidikan kesehatan tentang mobilisasi pasien stroke. Hal ini sesuai dengan penelitian Kholidiyah (2020) mengenai pengaruh pendidikan *pre-hospital life support* terhadap pengetahuan dan *self-efficacy* keluarga dengan pasien resiko stroke dimana didapatkan hasil yang bermakna dengan *p value* 0.002, artinya terdapat pengaruh pendidikan *pre-hospital life support* terhadap pengetahuan keluarga. Hal ini juga sejalan dengan penelitian Bakri (2020) yang menyatakan bahwa ada pengaruh pendidikan kesehatan tentang perawatan pasien stroke di rumah terhadap tingkat pengetahuan keluarga.

Hal ini menunjukkan bahwa pentingnya pemberian edukasi kesehatan oleh perawat baik kepada pasien maupun keluarga pasien karena dapat meningkatkan pengetahuan baik pasien maupun keluarga. Pada penelitian ini pendidikan kesehatan yang diberikan disesuaikan dengan *clinical pathway* pasien stroke. Proses pemberian edukasi sesuai dengan waktu pada *clinical pathway* stroke iskemik, lamanya edukasi minimal 15 menit untuk setiap edukasi yang diberikan, dilakukan evaluasi terhadap kemampuan pasien dalam menerima edukasi yang telah diberikan. Pola ini di payungi oleh WHO *Conceptual Framework integrated people-centered health service (WHO global strategy on integrated people centered health servise 2016-2026*, Juli (2015).

Clinical Pathway di buat untuk memberikan rincian apa yang harus dilakukan pada kondisi tertentu. *Clinical pathway* memberikan rencana tatalaksana hari-demi hari dengan standar pelayanan yang dianggap sesuai. *Clinical Pathway* bersifat multidisplin sehingga semua pihak

yang terlibat dalam pelayanan dokter/dokter gigi, perawat, fisiotherapi, nutrisisionis/dietisen, apoteker dan lain-lain dapat menggunakan format yang sama. Kelebihan format ini adalah perkembangan pasien dapat dimonitor setiap hari baik intervensi atau *outcome*-nya. Salah satu unsur yang ada dalam format *clinical pathway* adalah edukasi terintegrasi . Edukasi Terintegrasi adalah suatu kegiatan yang dilaksanakan oleh multidisplin untuk mengidentifikasi kebutuhan edukasi dan peningkatan pengetahuan, keterampilan dan sikap dalam kesehatan (KARS, 2015).

SIMPULAN

Karakteristik responden yang mengalami pasca stroke yang dirawat di RSUD Lubuk Sikaping dengan jumlah 38 orang pasien, sebahagian besar responden berjenis kelamin laki-laki (81.6%), berusia 40 sampai dengan 59 tahun (76,3%), tingkat pendidikan SMA (42.1%), tingkat ekonomi sedang (50%), bersuku mandailing (47.4%) dan sudah menikah (73.7%). Dilihat dari jenis stroke yang dialami responden lebih dari separo mengalami stroke iskemik (76,3%) dengan keadaan kelemahan (36.8 %) sebelah kiri.

Perilaku pasien pasca stroke sebelum dan setelah edukasi terintegrasi adalah nilai median pengetahuan pasien paska stroke sebelum dan setelah diberikan edukasi terintegrasi adalah 8.00 menjadi 16.50. Pada Variabel sikap pasien paska stroke diperoleh nilai median sikap sebelum dan setelah diberikan edukasi terintegrasi adalah 37.00 menjadi 43.00. Hasil penelitian tindakan pasien paska stroke diperoleh data rata rata tindakan sebelum diberikan edukasi terintegrasi adalah 10.50 dan tindakan setelah diberikan edukasi terintegrasi adalah 16.00. Pengaruh edukasi terintegrasi pada perilaku (pengatahuan, sikap, tindakan) pasien paska stroke dapat dilihat dari nilai

P value pengetahuan 0.000, sikap 0.000 dan tindakan 0.001. Artinya ada pengaruh edukasi terintegrasi terhadap perilaku pasien paska stroke.

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan kepada pelayanan keperawatan di rumah sakit untuk mampu mengelola keperawatan untuk memberikan penguatan kepada perawat dalam memberikan edukasi menggunakan modul edukasi yang sudah diberikan melalui penelitian ini sehingga perawat mampu berkolaborasi dan koordinasi dalam memberikan edukasi kepada pasien dan keluarga, perawat diharapkan terus meningkatkan kompetensi diri ditatanan pelayanan kesehatan sehingga meningkatkan asuhan keperawatan kepada pasien. Bagi Penelitian selanjutnya penelitian ini diharapkan dapat dikembangkan lagi dengan metode pemberian edukasi yang lebih membantu pasien stroke untuk lebih memahami perawatan stroke dalam jangka waktu lama dengan mengembangkan media edukasi audio visual yang langsung mengajarkan pasien melalui simulasi latihan latihan yang harus diketahui oleh pasien stroke

REFERENSI

- Alotaibi, M., Alotaibi, F., AlKhodair, Y., Falatah, E., & AlMutairi, H. (2017). Knowledge and attitude of stroke among Saudi population in Riyadh, Kingdom of Saudi Arabia. *International Journal of Academic Scientific Research*, 5(1), 149–157.
- Benjamin, E. J., Muntner, P., Alonso, A., Bittencourt, M. S., Callaway, C. W., Carson, A. P., Chamberlain, A. M., Chang, A. R., Cheng, S., Das, S. R., Delling, F. N., Djousse, L., Elkind, M. S. V., Ferguson, J. F., Fornage, M., Jordan, L. C., Khan, S. S., Kissela, B. M., Knutson, K. L., ... Virani, S. S. (2019). Heart Disease and Stroke Statistics-2019 Update: A Report From the American Heart Association. In *Circulation* (Vol. 139, Issue 10). <https://doi.org/10.1161/CIR.00000000000000659>
- Bhat, A. B., Ahmed, K. I., Sharna, R. N., & Barman, S. (2016). Knowledge, Attitude and Practice Regarding Stroke amongst the Close Relatives of Stroke Victims at a Tertiary Care Hospital in Bangladesh. *International Journal of Cardiovascular and Cerebrovascular Disease*, 4(3), 35–40. <https://doi.org/10.13189/ijccd.2016.040302>
- Boehme, A. K., Esenwa, C., & Elkind, M. S. V. (2017). Stroke Risk Factors, Genetics, and Prevention. *Circulation Research*, 120(3), 472–495. <https://doi.org/10.1161/CIRCRESAH.A.116.308398>
- Jeong, Y., Ph, D., Myong, J., Ph, D., Koo, J., & Ph, D. (2015). The modifying role of caregiver burden on predictors of quality of life of caregivers of hospitalized chronic stroke patients. *Disability and Health Journal*, 8(4), 619–625. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2015.05.005>
- Johnson, B., Handler, D., Urrutia, V., & Alexandrov, A. W. (2018). Retention of Stroke Education Provided during Hospitalization: Does Provision of Required Education Increase Stroke Knowledge? *Interventional Neurology*, 7(6), 471–478. <https://doi.org/10.1159/000488884>
- Kaddumukasa, M., Kayima, J., Kaddumukasa, M. N., Ddumba, E., Mugenyi, L., Pundik, S., Furlan, A. J., Sajatovic, M., & Katabira, E. (2015). Knowledge, attitudes and perceptions of stroke: A cross-sectional survey in rural and urban Uganda. *BMC Research Notes*, 8(1), 1–7. <https://doi.org/10.1186/s13104-015-1820-6>
- Kemenkes RI. (2017). Kebijakan dan

- Strategi Pencegahan dan Pengendalian Stroke di Indonesia. *Kementerian Kesehatan Republik Indonesia*, 20–23.
- Kemendes RI. (2018). *Stroke Dont Be The One* (p. 10).
- Kemendes RI. (2018). Laporan Riskesdas 2018. *Laporan Nasional Riskesdas 2018*, 53(9), 154–165.
- Khalid, W., Rozi, S., Ali, T. S., Azam, I., Mullen, M. T., Illyas, S., un-Nisa, Q., Soomro, N., & Kamal, A. K. (2016). Quality of life after stroke in Pakistan. *BMC Neurology*, 16(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12883-016-0774-1>
- Komisi Akreditasi Rumah Sakit. (2015). *Pedoman Penyusunan Panduan Praktis dan Clinical Pathway dalam Asuhan Terintegrasi sesuai Standar Akreditasi Rumah Sakit 2012* (1st ed.).
- Komisi Akreditasi Rumah Sakit. (2019). *Instrumen Survei Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1.1* (M. K. DR.dr Sutoto (ed.); DR.dr Suto). Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS).
- Kyu, H. H., Abate, D., Abate, K. H., Abay, S. M., Abbafati, C., Abbasi, N., Abbastabar, H., Abd-Allah, F., Abdela, J., Abdelalim, A., Abdollahpour, I., Abdulkader, R. S., Abebe, M., Abebe, Z., Abil, O. Z., Aboyans, V., Abrham, A. R., Abu-Raddad, L. J., Abu-Rmeileh, N. M. E., ... Murray, C. J. L. (2018). Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 359 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 195 countries and territories, 1990-2017: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*, 392(10159), 1859–1922. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32335-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32335-3)
- Maasland, L., Brouwer-Goossensen, D., Den Hertog, H. M., Koudstaal, P. J., & Dippel, D. W. J. (2011). Health education in patients with a recent stroke or transient ischaemic attack: A comprehensive review. *International Journal of Stroke*, 6(1), 67–74. <https://doi.org/10.1111/j.1747-4949.2010.00541.x>
- Mendyk, A., Duhamel, A., Bejot, Y., Leys, D., Derex, L., Dereeper, O., Detante, O., Garcia, P., Godefroy, O., Montoro, F. M., & Neau, J. (2018). *Controlled education of patients after stroke*. 1–8.
- Murray, C. J. L., Mokdad, A. H., Ballestreros, K., Echko, M., Glenn, S., Olsen, H. E., Mullany, E., Lee, A., Khan, A. R., Ahmadi, A., Ferrari, A. J., Kasaeian, A., Werdecker, A., Carter, A., Zipkin, B., Sartorius, B., Serdar, B., Sykes, B. L., Troeger, C., ... Murray, C. J. L. (2018). The state of US health, 1990-2016: Burden of diseases, injuries, and risk factors among US states. *JAMA - Journal of the American Medical Association*, 319(14), 1444–1472. <https://doi.org/10.1001/jama.2018.0158>
- Profil Kesehatan Indonesia. (2019). 濟無No Title No Title. In *Journal of Chemical Information and Modeling* (Vol. 53, Issue 9).
- Rachmania, N., Sholihat, N. K., & Utami, E. D. (2020). Hubungan Karakteristik Pasien dengan Kepatuhan Minum Obat dan Kualitas Hidup Pasien Rawat Jalan Strok Iskemik di RSUD Banyumas. *Acta Pharmaciae Indonesia : Acta Pharm Indo*, 8(1), 16. <https://doi.org/10.20884/1.api.2020.8.1.2359>
- Sihombing, R. M., Sembel, S., & Siburian, A. (2018). *Screening of Stroke Risk Factors Among Church Congregation and Community Around Church X in Padang, West Sumatera*. 2(2), 59–67.
- Sowtali, S. N., Yusoff, D. M., Harith, S., & Mohamed, M. (2017). Comparison

- of knowledge, attitude and practice on stroke knowledge in Malaysia and other nations: A review of literature. *International Medical Journal*, 24(2), 168–173.
- Sukarip, S., Haryati, T. S., Lestari, A., Purnamaria, M., Dja'afara, C., Nonaria, L., Mulyadi, M., & Gautami, E. (2019). Peningkatan Pendidikan Pasien dan Keluarga dengan Penguatan Peran Interpersonal Champion Promosi Kesehatan dengan Pendekatan Peplau. *The Journal of Hospital Accreditation*, 1(1), 9–12. <https://doi.org/10.35727/jha.v1i1.15>
- Ullberg, T., Zia, E., Petersson, J., & Norrving, B. (2015). Changes in functional outcome over the first year after stroke: An observational study from the Swedish stroke register. *Stroke*, 46(2), 389–394. <https://doi.org/10.1161/STROKEAH.A.114.006538>
- Virani, S. S., Alonso, A., Benjamin, E. J., Bittencourt, M. S., Callaway, C. W., Carson, A. P., Chamberlain, A. M., Chang, A. R., Cheng, S., Delling, F. N., Djousse, L., Elkind, M. S. V., Ferguson, J. F., Fornage, M., Khan, S. S., Kissela, B. M., Knutson, K. L., Kwan, T. W., Lackland, D. T., ... Heard, D. G. (2020). Heart disease and stroke statistics—2020 update: A report from the American Heart Association. In *Circulation*. <https://doi.org/10.1161/CIR.00000000000000757>
- Wawan, A., & Dewi, M. (2012). *Teori dan Pengukuran Pengetahuan, Sikap, dan Perilaku Manusia* (2nd ed.). Nuha Medika.