

## PENGALAMAN *HOME CARE* PERAWAT PADA PASIEN PASCA STROKE DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS TAMAMAUNG KOTA MAKASSAR

Hayatun Nufus<sup>1\*</sup>

Program Studi Administrasi Kesehatan, Universitas Mbojo Bima<sup>1</sup>

\*Correspondence Author : hayatunnufusleo@gmail.com

### ABSTRAK

*Home care* adalah semua pelayanan yang diberikan pada klien di rumahnya untuk mempertahankan, memulihkan, atau meningkatkan kesehatan fisik, mental dan emosional. *Home care* ditujukan untuk mengoptimalkan tingkat kemandirian klien dan meminimalkan dampak kecacatan melalui pelayanan di luar institusi. Penelitian ini bertujuan untuk menggali pengalaman perawat dalam melakukan *home care* pada pasien pasca stroke di wilayah kerja Puskesmas Tamamaung Kota Makassar. Jenis penelitian yang digunakan adalah metode kualitatif dengan pendekatan fenomenologi. Sampel penelitian adalah perawat yang melaksanakan *home care* pasien pasca stroke dengan informan terdiri dari 3 orang perawat, 1 orang dokter, dan 1 orang keluarga pasien. Peneliti menggunakan *purposive sampling* dalam menentukan sampel yang dipilih berorientasi pada tujuan penelitian. Hasil penelitian menunjukkan bahwa perawat memiliki pemahaman yang baik tentang pelayanan *home care*. *Home care* dinilai bermanfaat dalam meningkatkan pengetahuan pasien dan keluarga pasien, serta dapat memantau kondisi pasien pasca stroke. Perawat merasakan kepuasan setelah memberikan pelayanan *home care*, meskipun disisi lain pelayanan *home care* memiliki kendala seperti waktu, mobilitas pasien yang terbatas. Perawat mendapatkan pengalaman yang baik selama memberikan pelayanan *home care* pada pasien pasca stroke. Dalam upaya menjaga dan mengoptimalkan layanan *home care*, petugas kesehatan harus mampu menjaga mutu pelayanan selama melakukan *home care* pasien pasca stroke dan pasien dengan jenis penyakit lainnya.

**Kata kunci** : pengalaman, *home care*, pasien, pasca stroke

### ABSTRACT

*Home care* is all services provided to clients in their homes to maintain, restore, or improve physical, mental, and emotional health. *Home care* is aimed to optimize the patient's level of independence and minimize the impact of disability through services outside the institution. This study aims to explore the experiences of nurses in providing *home care* for post-stroke patients in the Tamamaung Health Center work area, in Makassar City. The type of research used is a qualitative method with a phenomenological approach. The research sample was nurses who carried out *home care* for post-stroke patients with informants consisting of 3 nurses, a doctor, and a patient's family. The researcher used *purposive sampling* in determining the selected sample oriented toward the research objectives. The research results show that nurses have a good understanding of *home care* services. *Home care* is considered useful in increasing the knowledge of patients and the patient's family, as well as monitoring the patient's condition after a stroke. Nurses feel satisfaction after providing *home care* services, even though on the other hand *home care* services have constraints such as time and limited patient mobility. Nurses gain good experience while providing *home care* services to post-stroke patients. To maintain and optimize *home care* services, health workers must be able to maintain the quality of service while providing *home care* for post-stroke patients and patients with other types of diseases.

**Keywords** : experience, *home care*, patients, post-stroke

### PENDAHULUAN

Pelayanan kesehatan di rumah yang merupakan salah satu bentuk pelayanan kesehatan yang bertujuan untuk memulihkan kesehatan atau memaksimalkan tingkat kemandirian serta meminimalkan akibat dari penyakit. Meningkatnya penyakit kronis, paling banyak pada

populasi lansia, yang membutuhkan perawatan rutin dan jangka panjang membutuhkan perawatan yang dilakukan berbasis *home care* (Markkanen, 2008 dalam Prasetyo<sup>1</sup> & Djauhari<sup>2</sup>, 2016). Pelayanan kesehatan di rumah adalah semua pelayanan yang diberikan pada klien di rumahnya untuk mempertahankan, memulihkan, atau meningkatkan kesehatan fisik, mental dan emosional, ditujukan untuk mengoptimalkan tingkat kemandirian klien dan meminimalkan dampak kecacatan melalui pelayanan diluar institusi (Sahar, 2013). Pelayanan kesehatan di rumah pasien merupakan bentuk pelayanan pendampingan dan perawatan sosial lanjut usia di lingkungan keluarga/di rumah sebagai wujud perhatian terhadap lanjut usia dengan mengutamakan peran masyarakat berbasis keluarga” (Widyakusuma, 2013).

Pelayanan *home care* pertama kali dilaksanakan di Amerika Serikat sejak tahun 1800-an. Pelayanan *home care* dicetus oleh *The Boston Dispensary* pertama kali pada tahun 1996, dimana saat itu banyak penderita penyakit infeksi dengan angka kematian yang tinggi. Meskipun sudah banyak didirikan rumah sakit namun pemanfaatan terhadap rumah sakit masih sangat rendah. Hal ini dikarenakan masyarakat lebih menyukai perawatan di rumah. Kemudian pada tahun 1877 di *New York Society For Ethical Culture* telah dimulai menggunakan *home care*, dan timbul ide bahwa perawatan di rumah atau *home care* di bayar oleh klien. Pada tahun 1974 ada sekitar 2.237 agen pelayanan kesehatan rumah sehingga terjadi peningkatan sekitar 48% (Laror, 1975 dalam Stanhope, 1998).

*Home care* merupakan alternatif rawat inap yang dapat mengurangi permintaan dan lama rawat inap. Sebagai konsekuensinya, hal ini mengurangi biaya dan risiko komplikasi yang berkaitan dengan lingkungan rumah sakit. Selain itu, perawatan rumah juga dikenal sebagai lingkungan yang menguntungkan bagi perawatan yang inovatif dan unik, dengan potensi untuk menawarkan perawatan yang berpusat pada permintaan dan kebutuhan pengguna (Silvia KL *et al*, 2015).

Berdasarkan hasil identifikasi yang dilakukan di RS UMM pada tahun 2014-2015, masalah kesehatan masyarakat yang membutuhkan layanan *home care* yaitu perawatan luka dengan presentase tertinggi sebesar 48 %, disusul perawatan antenatal (meliputi perawatan tali pusat bayi dan perawatan ibu nifas) sebanyak 30%, perawatan rehabilitasi pasien pasca stroke sebesar 15%, dan sisanya kasus potensial lain yang membutuhkan layanan *home care* seperti kasus *paliatif* (kanker stadium lanjut) (Prasetyo & Djauhari, 2016).

Pelayanan dan asuhan keperawatan di rumah sangat penting dilakukan dengan beberapa alasan antara lain: menghemat biaya, memberikan efek terapeutik bagi anggota keluarga, pemberdayaan keluarga lebih optimal, dan waktu perawatan di rumah sakit dapat diperpendek. Pelayanan keperawatan berbasis keluarga didasari asumsi bahwa kesehatan berdampak pada seluruh anggota keluarga. Sehat dan sakit merupakan suatu peristiwa yang didalamnya keluarga juga turut mempengaruhi prosesnya (Kaakinen, Dkk, 2010). Keluarga berpengaruh secara bermakna terhadap kesehatan dan kesejahteraan anggota keluarganya. Sehingga perawat memiliki komitmen moral dan etik melibatkan keluarga di dalam asuhan keperawatan mereka (Wright dan & Leahey, 2009).

Metode dalam memberikan asuhan keperawatan belum sepenuhnya berorientasi pada upaya pemenuhan kebutuhan pasien, melainkan lebih berorientasi pada pelaksanaan tugas rutin seorang perawat. Berdasarkan penelitian Rivai (2008), tugas perawat lebih banyak pada tugas-tugas pendelegasian seperti menyuntik, memasang infus, melakukan pemeriksaan tanda vital, dan lain-lain. Sedangkan pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan yang dibuat sesuai dengan standar disetiap ruangan keperawatan masih sangat rendah sehingga tindakan asuhan keperawatan pada pasien tidak terpenuhi (Triwibowo, 2012)

Pada kasus-kasus penyakit degeneratif yang memerlukan perawatan yang relatif lama sehingga keterbatasan masyarakat untuk membiayai pelayanan kesehatan sehingga memerlukan tindak lanjut keperawatan di rumah. Pasien pasca stroke yang mengalami komplikasi kelumpuhan dan memerlukan pelayanan rehabilitasi yang membutuhkan waktu

relatif lama. Banyak orang merasakan bahwa perawatan di rumah sakit membatasi dalam menikmati kehidupan secara optimal dan terikat dengan aturan-aturan yang ditetapkan di rumah sakit. Sedangkan perawatan di lingkungan rumah ternyata dirasakan lebih nyaman di banding di rumah sakit sehingga mempercepat penyembuhan. Namun perawatan di rumah perlu di perhatikan terkait resiko lingkungan (Lang, 2011) dalam (Prasetyo & Djauhari, 2016).

Data *World Health Organization* (WHO) tahun 2004 diperkirakan 15 juta orang tersebar di seluruh dunia menderita stroke, dimana kurang lebih 5 juta orang meninggal dan 5 juta orang mengalami cacat permanen. Setiap 3 menit terdapat 1 orang meninggal akibat penyakit stroke. Di Indonesia, stroke merupakan pembunuh nomer satu di Rumah Sakit Pemerintah di seluruh penjuru Indonesia (Fuady, Elly & Veni 2016). Kejadian stroke di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar dari catatan Instalansi Rekam Medik tahun 2010 sampai 2012 mencapai 1634 jiwa. Pada tahun 2010 penderita stroke mencapai 549 jiwa, dan pada tahun 2011 terjadi peningkatan yaitu mencapai 641 jiwa, dan tahun 2012 terjadi penurunan mencapai 444 jiwa (Sahmad, 2013) Berdasarkan wawancara awal yang dilakukan di Puskesmas Tamamaung Kota Makassar bahwa perawatan yang dilakukan di rumah pada pasien pasca stroke mendapatkan kesulitan karena kondisinya yang terbatas dalam melakukan aktivitas dan kesusahan dalam gerakan sehingga membutuhkan dua sampai tiga tenaga kesehatan. Data yang didapatkan di Puskesmas Tamamaung Kota Makassar pada tahun 2015-2016 masalah kesehatan masyarakat yang membutuhkan pelayanan kesehatan di rumah yaitu perawatan luka (19%), kasus pasca stroke (16%), hipertensi (14%), dan penyakit lainya (38%). Pelaksanaan pelayanan *home care* pasien di Puskesmas Tamamaung pertama kali dilakukan pada tahun 2015 dengan jumlah perawat 3 orang dan 2 orang dokter. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengalaman perawat puskesmas dalam melakukan *home care* pada pasien pasca stroke di wilayah kerja Puskesmas Tamamaung Kota Makassar.

## METODE

Jenis penelitian yang digunakan adalah metode kualitatif dengan pendekatan fenomenologi atau disebut dengan perspektif fenomenologi (Saryono & Anggraeni, 2013). Perspektif fenomenologi dapat memberikan deskripsi, refleksi, interpretasi, dan modus riset yang menyampaikan intisari dari pengalaman individu yang diteliti. Fenomenologi berkontribusi mendalami pemahaman berbagai perilaku, tindakan dan gagasan masing-masing individu dan diterima secara benar. Penelitian ini akan dilakukan di Puskesmas Tamamaung Kota Makassar pada tanggal bulan Agustus sampai September 2017.

Populasi yang digunakan dalam penelitian ini adalah perawat yang melaksanakan *home care* pasien pasca stroke di wilayah kerja Puskesmas Tamamaung Kota Makassar. Informan penelitian adalah satu orang keluarga pasien, tiga orang perawat dan satu orang dokter yang melakukan *home care* pasien pasca stroke. Peneliti menggunakan *purposiv sampling* dalam menentukan sampel dan dipilih berorientasi pada tujuan penelitian. Individu diseleksi atau dipilih secara sengaja karena memiliki pengalaman yang sesuai dengan fenomena yang diteliti. Sampel ini menetapkan melalui kriteria-kriteria inklusi yang telah ditetapkan sebelumnya.

Pendekatan terhadap informan dilakukan setelah izin penelitian didapatkan dari rumah sakit umum daerah Labuang Baji makassar. Peneliti menemui calon partisipan dengan bantuan dokter penanggung jawab atau tenaga spesialis keperawatan penanggung jawab untuk menjelaskan tujuan dan proses pelaksanaan penelitian, serta meminta kesediaan calon informan menjadi partisipan dalam penelitian dan menandatangani lembar persetujuan partisipan. Semua kegiatan wawancara direkam oleh peneliti dengan digital *recorder* atas persetujuan partisipan sebelumnya yang diletakkan di atas meja menghadap ke arah partisipan. Proses analisa data dilakukan dengan mengorganisasikan data yang telah diperoleh melalui catatan peneliti, hasil rekaman dan transkripsi wawancara dengan melakukan koding. Peneliti

menganalisis pernyataan-pernyataan spesifik dan mengkategorisasikan ke dalam kluster-kluster yang akan membentuk suatu tema untuk kemudian dianalisis sesuai tujuan penelitian. Peneliti melakukan uji keabsahan data dengan melalui uji Kredibilitas (*Credibility*), Transferabilitas (*Transferability*), Dependabilitas (*Dependability*), dan Konfirmabilitas (*Confortability*).

## HASIL

### Analisis Tema

#### Tema 1 : Pemahaman Perawat Tentang *Home Care*

##### Pelayanan Kesehatan

Hasil dari wawancara kepada 3 partisipan maka ada 2 partisipan yang ungkapkan pelayanan kesehatan, ungkapkan partisipan sebagai berikut:

*"Home care pengertiannya secara umum itu pemberian pelayanan kesehatan oleh tim kesehatan"*(SP1)

*"Kalau menurut saya home care itu kegiatan yang membantu perawaran di masyarakat"*(SP2)

##### Tujuan *Home Care*

Hasil dari wawancara kepada tiga informan mengungkapkan tujuan *home care* sebagai berikut:

*"...agar pasien-pasien yang membutuhkan pelayanan kesehatan yang mungkin terbatas secara fisik untuk bisa datang ke puskesmas bisa terlayani"*(SP1)

*"...untuk melanjutkan diagnosa keperawatan di rumah"*(SP2)

*"...agar lapisan masyarakat bisa terjangkau dalam hal pelayanan kesehatan baik itu urgent ataupun tidak"*(SP3)

#### Tema 2 : Peran *Home Care*

##### Penyedia Pelayanan

Hasil wawancara dan ungkapan informan adalah sebagai berikut:

*"Peran home care itu memberikan pelayanan kepada pasien"*(SP1)

*"Peran home care itu membantu masyarakat pada kalangan yang kurang mampu maupun juga yang mampu yang tidak bisa menjangkau puskesmas"*(SP2)

*"Supaya semua masyarakat itu bisa merasakan pelayanan kesehatan, baik yang bisa menjangkau layanan kesehatan maupun yang tidak"*(SP3)

##### Pemberi Asuhan Keperawatan

Hasil dari wawancara kepada informan diketahui ungkapan partisipan sebagai berikut:

*"...nah gunanya tim home care itu kita mengunjungi pasien, memberikan pendidikan kesehatan pada pasien dan keluarga"*(SP1)

*"...memandirikan pasien dan keluarganya"* (SP2)

#### Tema 3 : Kendala *Home Care*

##### Waktu

Hasil dari wawancara kepada 3 informan, ungkapannya sebagai berikut:

*"Kendala ituuu biasanya kendala itu cuman masalah ini ji aaa biasa kalau pasien menelpon tengah malam"*(SP1)

*"...kalau menelpon itu pasien. Tengah malam sementara ya saya punya rumah kan jauh"*(SP3)

## **Mobilisasi**

Hasil dari wawancara kepada partisipan diungkapkan sebagai berikut:

“...paling susah itu pada saat pasien baringnya terlalu lama, dan bisa membuat luka baru” (SP2)

“...keterbatasan dalam mobilisasi itu kendala utama dari pasiennya” (SP3)

## **Tema 4 : Manfaat *Home Care***

### **Pengetahuan Pasien Meningkatkan**

Hasil wawancara dengan informan adalah sebagai berikut:

“...yang kurang pengetahuan yang penyakit stroke mereka jadi tau, yang dulunya tidak tau merawat pasien stoke. Pasien-pasien stroke setelah diberikan pelayanan *home care* mereka jadi tau, dan bisa mandiri” (SP1)

“keluarga jadi tahu cara merawat pasien” (SP3)

### **Keadaan Pasien Terpantau**

Hasil wawancara dengan informan adalah sebagai berikut:

“...dapat melihat keadaan pasien tanpa aaaa pasien datang ke puskesmas toh” (SP2)

“di pantau terus keadaannya baik dalam keadaan kesehatannya atau terus ketersediaan obat-obatan yang di konsumsi” (SP3)

### **Merasa Puas**

Tiga informan mengungkapkan rasa puas setelah melakukan *home care*.

“...ada kepuasan tersendiri” (SP1)

“...semacam eee kepuasan tersedirilah” (SP3)

## **Tema 5 : Jenis Petugas Pelayanan *Home Care***

### **Petugas Pelaksana *Home Care***

Hasil wawancara kepada informan adalah sebagai berikut:

“Dokter, perawat, sama supir satu” (SP1).

“...petugasnya itu ada dokter, dan juga perawat di tim kami...” (SP3)

### **Tugas Perawat**

Hasil wawancara kepada informan tentang tugas perawat:

“...misalnya hipertensi, nah saya berikan asuhan keperawatannya yang berhubungan dengan hipertensi” (SP1)

“...kalau kami perawat cuman melaksanakan asuhan keperawatannya dan TTV nya” (SP2)

“perawat lebih kepada membantu saja dalam hal askep” (SP3)

### **Tugas Dokter**

Hasil dari wawancara kepada informan:

“...dokter memberikan obat farmakologinya” (SP1)

“...kalau dokter memberikan obat dan memeriksa pasiennya” (SP2)

“...Kalau dokter lebih kepada pemeriksaanya” (SP3)

## **PEMBAHASAN**

### **Tema 1 : Pemahaman Tentang *Home Care***

Pemahaman perawat tentang *home care* adalah memberikan pelayanan kesehatan oleh tim kesehatan yang dapat membantu masyarakat. *Home care* bertujuan agar pasien yang

membutuhkan pelayanan kesehatan dan terbatas secara fisik untuk bisa datang ke puskesmas bisa terlayani di rumah, atau pasien dapat melanjutkan diagnosa dan asuhan keperawatan.

*Home care* adalah sistem pelayanan kesehatan dan pelayanan sosial yang diberikan di rumah orang-orang yang cacat atau orang-orang yang harus tinggal di rumah karena kondisi kesehatannya (Neis & Mc.Ewen, 2001 dalam Triwibowo, 2012). Sedangkan tujuan pelayanan *home care* menurut Direktorat Bina Pelayan Keperawatan Departemen Kesehatan RI dalam makalahnya pada seminar nasional 2007 tentang *Home Care* adalah “Bukti Kemandirian perawat” menyebutkan bahwa tujuan umum dari pelayanan kesehatan di rumah adalah untuk meningkatkan kualitas hidup pasien dan keluarganya. Menurut Stanhope (1996), tujuan utama dari pelayanan kesehatan *home care* adalah untuk mencegah terjadinya suatu penyakit dan meningkatkan kesehatan pasien.

Dari hasil penelitian ini peneliti dapat menyimpulkan bahwa pemahaman perawat tentang pelayanan kesehatan dirumah adalah pemberian pelayanan kesehatan di rumah oleh tim kesehatan dan sangat membantu masyarakat dalam mengakses kesehatan terutama bagi kalangan yang tidak mampu, dan sangat membantu masyarakat dalam hal transportasi dan khususnya pada pasien pasca stroke. Tujuan *home care* adalah membantu pasien yang tidak mampu datang berobat kerumah sakit dan mempermudah masyarakat dalam menjangkau pelayanan kesehatan

## **Tema 2 : Peran *Home Care* pada Pasien Pasca Stroke**

Hasil penelitian menunjukkan perawat memahami peran *home care* pada pasien pasca stroke sebagai upaya memberikan pelayanan kepada pasien, membantu masyarakat pada kalangan yang kurang mampu maupun yang mampu yang tidak bisa menjangkau pelayanan puskesmas. Perawat juga memahami peran *home care* adalah pemberian asuhan keperawatan, memberikan pendidikan kesehatan pada pasien dan keluarga guna mencapai kemandirian pasien dan keluarga. Triwibowo (2012) menyampaikan bahwa peran pemberian *home care* adalah penyediaan pelayanan profesional perawat bagi pasien dan keluarga di rumah untuk menjaga kesehatan, edukasi, pencegahan penyakit, diagnosis dan penanganan penyakit, terapi palitif, dan rehabilitatif.

Pelayanan kesehatan di rumah lazimnya menyediakan pelayanan yang ditujukan untuk pasien dan masyarakat lanjut usia yang tidak dapat menolong diri sendiri, namun tidak dapat mendapatkan pelayanan di rumah sakit sehingga pasien mengharapkan tetap tinggal di rumah. Selain itu, pelayanan kesehatan di rumah ditujukan pula bagi pasien yang baru saja dipulangkan dari rumah sakit dan menjalankan fase pemulihan. Oleh karena itu, tidak dapat disangkal bahwa *home care* merupakan bagian dari *continuum of care* yang mempunyai tingkat pertumbuhan yang cukup besar.

Dari hasil penelitian ini peneliti dapat menyimpulkan bahwa peran *home care* dalam menangani pasien pasca stroke itu sebagai penyedia pelayanan kesehatan yang sangat membantu di semua kalangan masyarakat baik yang ekonomi rendah maupun ekonomi menengah ke atas. Pelayanan ini sangat dibutuhkan oleh masyarakat dalam memenuhi kebutuhan primer sebagai manusia dalam hal kesehatan pasien. Selain sebagai penyedia pelayanan kesehatan juga sebagai pemberi asuhan keparawatan pada pasien maupun keluarga pasien pasca stroke seperti dalam hal memberikan pendidikan kesehatan bagaimana menghindari resiko, menghindari menjadi pantangan untuk pasien dan juga keluarga pasien dalam mendukung kemandirian pasien secara total tanpa membutuhkan tenaga kesehatan lagi. Sehingga hal tersebut dapat meminimalkan pembiayaan. Keluarga juga dapat secara mandiri membantu meningkatkan kesehatan pasien maupun anggota keluarga itu sendiri.

**Tema 3 : Kendala Saat Melakukan *Home Care* pada Pasien Pasca Stroke**

Hasil dari penelitian ini diketahui kendala dalam melakukan *home care* pada pasien pasca stroke yaitu kendala waktu yang biasanya pasien menghubungi petugas kesehatan pada tengah malam, dan jarak yang jauh dengan lokasi kunjungan serta mobilisasi pasien yang terbatas.

Menurut Triwibowo (2012), terdapat beberapa kendala dalam melakukan pemberian *home care* antara lain: Pertolongan yang diberikan kepada pasien masih terbatas, panggilan kunjungan yang tidak di perlukan, ketergantungan penderita dan atau keluarga pada petugas kesehatan. Namun kendala-kendala tersebut dapat diatasi dengan penyediaan sarana dan prasarana yang cukup seperti menyewakan peralatan seperti di rumah sakit, melakukan *assesment* awal dan membuat rencana penanganan sekaligus target yang diharapkan melalui edukasi yang jelas dan pembuatan program serta pelaksanaan program yang terpadu dan terarah.

Dari hasil penelitian disimpulkan bahwa terdapat beberapa yang menjadi kendala yang di alami pada saat memberikan pelayanan kesehatan di rumah pada pasien pasca stroke adalah kunjungan di luar jam kerja atau kunjungan tengah malam. Hal ini dapat mengancam keselamatan petugas kesehatan karena belum ada jaminan dari pemerintah terkait dengan keselamatan petugas saat pelayanan *home care*. Berdasarkan pernyataan perawat, hal ini sangat sulit karena disisi lain mereka harus memberikan pelayanan kesehatan dan juga keselamatan petugas. Kendala perawat dalam memberikan *home care*, khusus pada pasien pasca stroke, adalah kondisi pasien yang belum bisa banyak bergerak, terbatas dalam mobilisasi. Perawat mengatakan terdapat beberapa kondisi pasien yang ditemukan seperti hemipareses, lemas, timbul luka baru akibat tirah baringnya yang terlalu lama.

**Tema 4 : Pemanfaatan *Home Care* Dalam Menangani Pasien Pasca Stroke**

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pelayanan *home care* pada pasien pasca stroke dapat meningkatkan pengetahuan pasien dan keadaan pasien dapat terpantau. Perawat merasakan kepuasan setelah melakukan kunjungan *home care*.

Menurut Triwibowo (2012), manfaat pelayanan *home care* bagi pasien antara lain adalah: 1) Pelayanan akan lebih sempurna, holistik dan komprehensif, 2) Pelayanan lebih profesional, 3) Pelayanan keperawatan mandiri bisa diaplikasikan dibawah naungan legal dan etik keperawatan, 4) Kebutuhan pasien akan dapat terpenuhi sehingga pasien akan lebih nyaman dan puas dengan asuhan keperawatan yang profesional.

Pelayanan *home care* merupakan bagian integral dari pelayanan keperawatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu individu, keluarga, dan masyarakat mencapai kemandirian dalam menyelesaikan masalah kesehatan yang mereka hadapi (Sherwen, 1991 dalam Maryani 2014).

Hasil penelitian ini dapat disimpulkan bahwa pemanfaatan pemberian *home care* dalam menangani pasien pasca stroke adalah pengetahuan pasien dan keluarga meningkat. Pengetahuan pasien dan keluarga sangat membantu dalam meningkatkan kesehatan pasien dan mengurangi risiko pada pasien pasca stroke. *Home care* dapat meningkatkan kemandirian pasien dan keluarga pasca perawatan. *Home care* dapat memberi manfaat dalam memantau keadaan pasien tanpa pasien datang ke puskesmas sehingga pasien dan keluarga tidak sulit dalam mengakses pelayanan kesehatan. Pasien, keluarga maupun perawat merasa puas dan senang setelah pelayanan *home care*.

Demikian juga dengan penelitian yang dilakukan oleh Copley CS *et al* (2013) bahwa pasien dan pengasuhnya menyatakan kepuasan yang besar menerima rehabilitasi di lingkungan rumah. Hal ini memungkinkan pasien untuk menikmati manfaat hidup di rumah mereka sendiri sambil menerima rehabilitasi yang terfokus pada tujuan fungsional dan dapat dicapai. Pasien merasa lebih mampu melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari dan mencapai kembali partisipasi bermakna dalam peran hidup yang mereka pilih. Temuan ini juga didukung

penelitian yang dilakukan oleh Hillier S *et al* (2010) bahwa terapi domisili adalah hal yang nyaman, lebih nyaman, dan memungkinkan pasien dalam memilih/mengambil keputusan dan memahami terapi dengan lebih baik.

### **Tema 5 : Jenis Petugas Pelayanan *Home Care***

Petugas yang memberikan pelayanan *home care* pada pasien pasca stroke terdiri dari dokter, perawat yang memiliki tugas dan tanggungjawab masing-masing. Perawat dapat melaksanakan asuhan keperawatannya, dan dokter dapat melakukan pemeriksaan dan memberikan obat.

Menurut (triwibowo 2012) jenis petugas pemberi pelayanan *home care* meliputi: dokter, perawat, *physical therapist*, *occupational therapist*, *speech pahologist*, dan *sosial worker* (pekerja sosial). Pemberian *home care* harus berada di bawah perawatan dokter. Dokter harus sudah menyetujui rencana perawatan sebelum perawatan diberikan kepada pasien.

Lingkup praktik keperawatan di rumah meliputi asuhan keperawatan perinatal, asuhan keperawatan neonantal, asuhan keperawatan anak, asuhan keperawatan dewasa, asuhan keperawatan maternitas, asuhan keperawatan jiwa yang dilaksanakan sesuai dengan wewenang dan tanggung jawabnya. Keperawatan yang dapat dilakukan dengan langsung (*direct care*) yang meliputi pengkajian bio-psiko-sosio- spiritual dengan pemeriksaan fisik secara langsung, melakukan observasi, dan wawancara langsung. Pelayanan juga menentukan masalah keperawatan, membuat perencanaan, dan melaksanakan tindakan keperawatan tertentu yang sesuai kebutuhan. Mendokumentasikan setiap tindakan pelayanan yang diberikan kepada klien juga diperlukan sebagai pertanggungjawaban dan tanggung gugat untuk perkara hukum dan sebagai bukti untuk jasa pelayanan keperawatan yang diberikan. Sedangkan kegiatan koordinasi dengan tim yang lain harus dilakukan jika praktik dilakukan secara berkelompok. Apabila diperlukan untuk tindak lanjut ke rumah sakit sebagai pendukung pasien dalam memenuhi kebutuhan asuhan keperawatan serta memastikan terapi yang didapatkan sesuai dengan standart dan pembiayaan terhadap klien serta menentukan frekwensi dan lamanya keperawatan kesehatan di rumah.

Perawat dan dokter umum dalam penelitian kami menekankan pentingnya kolaborasi erat dan dukungan emosional bagi pasien dan keluarga serta perlunya fleksibilitas dan ketersediaan. Disisi lain, meskipun perawat berdedikasi pada pekerjaan mereka, keterlibatan keluarga merupakan hal yang sangat penting dalam memberikan waktu lebih banyak bagi pasien di rumah. Dalam pelayanan perlu fleksibilitas dalam rencana shift dan daftar kerja apabila *home care* dilakukan dalam kelompok keperawatan. Para perawat saling mengenal dengan baik dan dapat mengandalkan kompetensi masing-masing dan dapat mengatur fleksibilitas dalam rencana shift (Danielsen BV *et al*).

### **KESIMPULAN**

Pemahaman perawat bahwa *home care* merupakan pemberian pelayanan kesehatan di rumah oleh tenaga kesehatan dengan tujuan membantu pasien yang tidak mampu datang berobat ke rumah sakit atau mempermudah masyarakat dalam menjangkau pelayanan kesehatan. Informan menyebutkan beberapa kendala yang dialami dalam melakukan *home care* pada pasien pasca stroke apabila dapat kunjungan di luar jam kerja atau kunjungan tengah malam dan kondisi pasien terbatas dalam mobilisasi. *Home care* bermanfaat dalam menangani pasien pasca stroke seperti pengetahuan pasien dan keluarga meningkat, keadaan pasien terpantau oleh tenaga, dan adanya kepuasan perawat dalam memberi bantuan. Petugas pelayanan *home care* pada pasien pasca stroke meliputi perawat pemberi asuhan keperawatan, dan dokter sebagai petugas yang memberikan obat-obat farmakologi dan pemeriksaan pasien pasca stroke.

## UCAPAN TERIMAKASIH

Peneliti menyampaikan terima kasih kepada semua pihak yang telah memberikan bantuan dan dukungan dalam menyelesaikan penelitian ini. Secara khusus ucapan terima kasih kepada Kepala Puskesmas Tamamaung yang telah memberi ijin penelitian serta semua informan yang telah bersedia berpartisipasi hingga penelitian ini selesai.

## DAFTAR PUSTAKA

- Cobley CS, Fisher RJ, Chouliara N, Kerr M, Walker MF. (2013). A qualitative study exploring patients' and carers' experiences of Early Supported Discharge services after stroke. *Clinical Rehabilitation*.
- Danielsen BV, Sand AM, Rosland JH, Førland O. (2018). Experiences and challenges of home care nurses and general practitioners in home-based palliative care - a qualitative study. *BMC Palliat Care*.
- Darmawan, R. (2013). *Pengalaman , Usability , dan Antarmuka Grafis : sebuah penelusuran teoritis*, 4, 95–102.
- Handayani, N. (2014). *Pengalaman perawat pada pertolongan pertama penatalaksanaan epistaksi menggunakan tamponade epinephrine di ruang intensif care unit rumah sakit panti Waluyo Surakarta*. Skripsi di publikasikan. Stikes kusuma husada surakarta
- Hillier S, English-Jassiem G. (2010). Rehabilitation for community-dwelling people with stroke: home or centre based? A systematic review.
- Imami & Afyanti. (2014). *Metodelogi penelitian kualitatif dalam riset keperawatan*. Jakarta : RajaGrafindo Persada.
- Kaakinen, J.R., Gedaly-Duff, V., Coehlo, D.P., dan Hanson, S. M. . (2010). *Family health care nursing: Theory, practice and reserach*, 4th.ed, Philadelphia: F.A Davis, Co
- Lang, A. (2011). *There's no place like home: research, practice and policy perspectives regarding safety in homecare*. *International Journal for Quality in Health Care*, 22,75–77
- Laror, C. (2001). *community health nursing*. bandung: Assama bandung
- Mack, N. (2005). *qualitative research methods: A Data Collector"s field Guide*, USAID, USA.
- Makatumpias, S., dkk. (2017). *Peran kepala PUSKESMAS dalam meningkatkan kinerja aparatur sipil Negara*.
- Markkanen, P. (2008). *Studying home health care nurses and aides: research design and challenges*. *Journal of Research In Nursing*, 13, 480 – 495
- Martha, E. & Sudarti, K. (2016). *Metodologi Penelitian Kualitatif Untuk bidang kesehatan*. Jakarta: Rajawali Pers
- Maryani, D.S. (2014). *ilmu keperawatan komunitas*. Bandung: CV YRAMA WIDYA
- Nurul Fuady F.A1, Elly L. Sjattar, V. H. (2016). Pengaruh Pelaksanaan Discharge Planning Terhadap Dukungan Psikososial Keluarga Merawat Pasien Stroke Di Rsup Dr. Wahidin Sudirohusodo, 6(2), 172–178.
- Pertamita, D.M., (2017). *Hubungan Efikasi Diri Dengan Kemandirian Aktivitas Sehari-Hari Pada Pasien Stroke Di Rsud Tugurejo Semarang Dan Rsud K.R.M.T Wongsonegoro*. Universitas Diponegoro
- Prasetyo, Y. B., Thontowi, D., Sri, S. I. W. (2016). *Porensi layanan home care di RS UMM di dasarkan pada analisis kasus penyakit ,ekonomik dan sosial masyarakat*, 7, 70–78.
- Saryono & Anggraeni. (2013). *Metodologi penelitian kualitatif dan kuantitatif dalam bidang kesehatan*. Yogyakarta: Nuha Medik
- Silva KL, Sena RR, Seixas CT, Feuerwerker LCM, Merhy EE. (2010). Home care as change of the technical-assistance model.
- Taukhit. (2015). *Pengalaman perawat dalam membuka praktik mandiri keperawatan di*

*kabupaten bandung provinsi bali. Tesis di publikasikan. Universitas diponegoro semarang*  
Triwibowo, C. (2012). *Home Care Konsep Kesehatan Masa Kini*. Yogyakarta: Nuha Medika  
Widyakusuma, N. (2013). *Peran pendamping dalam program pendampingan dan perawatan sosial lanjut usia di lingkungan keluarga (home care): Studi tentang pendamping di yayasan pitrah sejahtera, kelurahan cilicing, kecamatan cilicing jakarta utara, 18, 211–224.*  
Wright, L., & Leahey, M. (2009). *Nurses and families: A guide to family assessment and intervention*, 5th.edn, Philadelphia: F.A Davis, Co.