

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kualitas hidup merupakan suatu penilaian seseorang tentang kehidupannya. Menurut Fayers & Machin (2008) kualitas hidup adalah sehat fisik, mental dan sosial yang terlepas dari penyakit. Kualitas hidup dalam bidang kesehatan seperti pasien yang menderita stroke bertujuan untuk mengembalikan fungsi fisik dan aktifitas sehari-hari pada pasien tersebut. Carod, *et al* (2009) berpendapat pasien dengan stroke cenderung mengalami penurunan fungsi dan perubahan peran fisik, gangguan kognitif serta mengalami gangguan mood dan sosial. Ketidakmampuan fisik sangat erat hubungannya dengan ketergantungan ADL (*Activity Daily Living*) dengan kualitas hidup seseorang (Anderson *et al*, 2005).

Hasil Penelitian Exel, *et al* (2004) mengatakan adanya hubungan yang signifikan antara status fungsional dengan kualitas hidup pada fase akut setelah stroke, pasien dengan status fungsional yang jelek cenderung mempunyai kualitas hidup yang kurang baik. Menurut Feigin (2009), stroke merupakan penyebab kecacatan nomor 1 (satu) dan penyebab kematian nomor 3 (tiga) setelah penyakit jantung koroner dan penyakit kanker sehingga penyakit stroke telah menjadi masalah kesehatan yang mendunia dan semakin penting. Data dari *Australia Heart Association* (AHA) pada tahun 2005 terdapat 400.000 kasus stroke setiap tahunnya, sepertiganya meninggal pada fase akut, sepertiganya lagi mengalami stroke ulang dan dari sekitar 50% yang selamat mendapatkan hasil akhir (*outcome*) berupa kecacatan, yang dapat berupa

pembatasan fisik dan disfungsi psikososial dan pada akhirnya sangat mempengaruhi kualitas hidup.

Penderita meninggal akibat stroke mencapai 50% dalam kurun waktu 3 tahun, laju pertumbuhan penderita stroke berkisar antara 5-12 orang/1.000 penduduk (O'Brien, 2011). Dapat disimpulkan bahwa setiap 100 orang yang sehat, terancam berkemungkinan akan beresiko menderita stroke berkisar 1 sampai 2 orang, termasuk untuk orang Indonesia. Menurut Menteri Kesehatan R. Idalam sambutannya pada aksi peduli peringatan hari stroke sedunia di Bundaran Hotel Indonesia, Jakarta pada tanggal 29 Oktober 2011, stroke adalah penyebab kematian yang utama di Indonesia, persinya mencapai 15,4 % dari total penyebab kematian. Menurut data Yayasan Stroke Indonesia mengatakan bahwa penderita stroke di Indonesia terus bertambah dari tahun ke tahun sedangkan menurut Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2013 mendata kasus stroke dengan angka kejadian 12,1 per 1.000 penduduk sedangkan pada tahun 2007 angka kejadian pada pasien stroke iskemik 8 per 1.000 penduduk. Dari data diatas dapat diartikan terjadi peningkatan kejadian stroke di negara lain termasuk Indonesia disetiap tahunnya.

Berdasarkan data Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat 2015, penyakit stroke merupakan salah satu penyakit yang menyebabkan kematian terbanyak dimasyarakat Sumatera Barat karena perilaku individu seperti mengkonsumsi makanan siap saji yang mengandung kadar lemak jenuh tinggi, kebiasaan merokok, minum alkohol, kerja berlebihan, kurang olah raga dan stres, telah menjadi gaya hidup manusia terutama di perkotaan (Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat, 2015).

Kualitas hidup individu dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu faktor fisiologis, status gejala, status fungsional, persepsi kesehatan secara umum, karakteristik individu dan karakteristik lingkungan. Penelitian Carod,*et al* (2009) mengatakan bahwa pasien stroke iskemik akan terjadi perubahan fisik, gangguan mental, gangguan kognitif dan penurunan interaksi sosial sehingga pasien stroke iskemik perlu dilakukan pendampingan pada keluarganya.

Pasien stroke iskemik agar kualitas hidupnya lebih baik tergantung pada perawatan lanjutan sehingga dibutuhkan peran serta tenaga kesehatan yang handal dan keluarga yang memiliki pengetahuan tentang penyakit, cara penanganan dan perawatan serta adaptasi yang disusun dalam *discharge planning* (Almborg, 2009). *Discharge planning* sangat penting untuk dilakukan setiap rumah sakit. Menurut Kozier (2004) *discharge planning* sebagai proses mempersiapkan pasien untuk meninggalkan suatu unit pelayanan kepada unit yang lain didalam atau diluar rumah sakit.

Pemberian pelayanan perawatan yang baik di rumah sakit akan mempercepat proses penyembuhan pasien stroke iskemik. Lama standar minimal perawatan pasien stroke iskemik rata-rata 2 sampai 4 minggu (Perdossi, 2006). Setelah itu pasien stroke iskemik akan melakukan perawatan rawat jalan. Kondisi pasien yang diizinkan pulang secara medis sudah membaik namun dalam pemenuhan kebutuhan dan keperawatan masih sangat terbatas, sehingga diperlukan penanganan perawatan rumah paska rawat di rumah sakit.

Ketidaktahuan atau ketidakmampuan pasien dan keluarga mengenai cara perawatan di rumah berdampak pada masalah kesehatan atau

ketidaksiapan pasien menghadapi pemulangan setelah dirawat di rumah sakit. Tinjauan literatur mengindikasikan bahwa rumah sakit seringkali melakukan *discharge planning* pada pasien dengan perencanaan yang tidak mencukupi, instruksi yang buruk, informasi yang tidak cukup, kurang koordinasi diantara anggota tim layanan kesehatan dan komunikasi yang buruk antara rumah sakit dan komunitas(Dai, *et al* 2006).

Peneliti di Belanda menemukan bahwa 2 minggu setelah dipulangkan 93% pasien mengalami satu atau lebih masalah kesehatan. Masalah ini menghasilkan rawatan ulang yang tidak diperlukan, penyembuhan fungsional yang buruk dan kualitas hidup yang buruk (Potter dan Perry, 2006). Usaha memperoleh sumber daya dan *follow-up* di rumah penting bagi pasien yang mengalami masalah kesehatan atau sosial setelah pulang. Sebagai tambahan, koordinasi yang berkelanjutan dan standarprotokol dibutuhkan agar proses ini terlaksana dengan sukses. Program *Discharge planning* dikembangkan untuk menyelesaikan masalah ini dan meningkatkan kualitas layanan.

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Kelly-Hayes (2003) mengatakan *post discharge planning* selama 6 minggu penderita stroke mengalami perubahan fisik, koqnitif dan emisonal kearah yang lebih baik. Pemberian *Discharge planning* dapat meningkatkan pengetahuan pasien, efektifitas perawatan di rumah sakit, mengurangi kunjungan ulang ke rumah sakit serta dapat mengurangi biaya perawatan (Slaganfaal, 2004). Hal ini juga akan mempengaruhi mutu rumah sakit yaitu meningkatnya *Length Of Stay* (LOS) dan menurunnya *Bed Turn Over* (BTO).

Pada fase lanjutan atau perawatan lanjutan, diperlukan penanganan yang tepat karena dapat menimbulkan komplikasi-komplikasi. Seringkali ketika pasien pulang dari rumah sakit, pasien pasca stroke masih mengalami gejala sisa, misalnya dengan keadaan, kehilangan motorik (*hemiplegi/hemiparese*) atau pasien yang pulang dengan keadaan *bedrest* total, kehilangan komunikasi atau kesulitan berbicara (*disatria*), gangguan persepsi, kerusakan fungsi kognitif dan efek psikologik, sehingga akan berdampak pada aktivitas hidup sehari-hari (*Activitas Of DailyLiving* = ADL) dalam pemenuhan kebutuhan dasar manusia.

Penelitian Almbrg, *et al* (2009), melaporkan bahwa 58,82% dari pasien stroke iskemik yang dirawat merupakan kategori pasien yang membutuhkan perawatan berkelanjutan (*continuity of care/Coc*) pasca perawatan di rumah sakit. Pasien stroke iskemik pasca perawatan di rumah sakit memerlukan suatu lembaga pelayanan keperawatan berbasis *homecare service* (pelayanan kesehatan di rumah untuk proses rehabilitasi jangka panjang).

Model pelayanan *homecare* merupakan tindak lanjut dari proses pelayanan pasien stroke iskemik pasca rawat di rumah sakit. Menurut Permenkes no 279 tahun 2006, pelayanan kesehatan yang bersifat promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif dilaksanakan dalam bentuk rawat jalan, rawat inap, pelayanan satu hari (*one day care*) atau *home care*. Program *home care* adalah program multidisipliner, yang artinya diperlukan kolaborasi yang baik dari semua bidang tenaga kesehatan. Salah satu keberhasilan program *home care* dapat dilihat dari peningkatan kualitas hidup pasien.

Pelayanan *home care* juga meliputi konseling yang bermanfaat meningkatkan kepatuhan pasien dalam penggunaan obat, sehingga angka kematian dan kerugian (baik biaya maupun hilangnya produktivitas) dapat ditekan (Schnipper, 2006). Selanjutnya dalam hal ini keluarga dapat berkolaborasi dengan perawat komunitas yang mempunyai andil atau kontribusi terhadap pelayanan kesehatan di tingkat individu, keluarga di rumah (*home care*) sehingga keluarga memiliki pengetahuan dan keterampilan dalam merawat anggota keluarga dengan pasca stroke di rumah.

Penelitian Jones (2012), menjelaskan bahwa pasien stroke iskemik yang mendapatkan pelayanan *homecare service*, memperlihatkan peningkatan kesejahteraan subjektif dan kualitas hidup yang lebih baik. Artinya perawatan pasien dengan *homecare service* sangat dibutuhkan sebagai salah satu sarana penyembuhan dan peningkatan kualitas hidup pasien stroke iskemik paska rawat inap. Perawat yang melakukan pelayanan keperawatan di rumah (*home care*) mempunyai peran untuk meningkatkan kemampuan keluarga untuk mencegah penyakit dan pemeliharaan kesehatan. Dalam penerapan proses keperawatan di rumah terjadi proses alih peran dari perawat kepada klien dan keluarga (sasaran) secara bertahap dan berkelanjutan untuk mencapai kemandirian klien dan keluarga sasaran dalam menyelesaikan masalah kesehatannya (Depkes, 2006). Peningkatan kualitas hidup adalah tujuan utama yang diharapkan dalam perawatan pasien stroke iskemik iskemik paska rawat inap.

Rumah Sakit Umum Pusat (RSUP) Dr.M.Djamil merupakan rumah sakit umum dengan tipe A yang merupakan rumah sakit rujukan nasional bagi

di wilayah kerja Sumatera bagian tengah. RSUP mempunyai kunjungan rawat jalan poliklinik syaraf pada tahun 2013 sebanyak 8945 orang, sedangkan pada tahun 2014 sebanyak 6960 orang dan pada tahun 2015 sebanyak 4965 orang. Data tersebut menunjukkan masih tingginya angka kunjungan di Poliklinik RSUP tersebut setiap tahunnya (Rekam Medik RSUP Dr. M.Djamil Padang, tahun 2015).

Berdasarkan wawancara dengan 7 orang pasien dan keluarganya paska rawat inap di RSUP M. Djamil Padang, 4 orang pasien atau 57% mengatakan ketidaktahuan pasien dan keluarga akan perawatan pasien selama di rumah, 3 orang pasien atau 43% menyatakan bahwa pasien dan keluarganya kurang mendapatkan informasi mengenai rencana perawatan yang dilakukan, ini merupakan bukti gagalnya informasi yang disampaikan petugas kesehatan saat *discharge planning*. *Discharge planning* merupakan perencanaan keputusannya dengan memberikan informasi kepada klien dan keluarganya tentang hal-hal yang perlu dihindari dan dilakukan sehubungan dengan kondisi penyakitnya.

Discharge planning terkoordinasi dan tercapai dengan baik maka kegiatan ini dapat memenuhi kebutuhan pasien, pasien dapat merasakan bahwa dirinya adalah bagian dari proses perawatan, menyadari hak mendapatkan informasi tentang penyakitnya telah terpenuhi, merasa nyaman untuk kelanjutan dan support akan perawatannya sebelum timbulnya masalah, adanya informasi tentang pilihan prosedur perawatannya, mengerti apa yang terjadi pada dirinya dan mengetahui siapa yang dapat dihubungi.

Menurut Depkes, R.I (2002) *home care* adalah pelayanan kesehatan yang berkesinambungan dan komprehensif diberikan kepada individu, keluarga ditempat tinggal mereka yang bertujuan untuk meningkatkan, mempertahankan,memulihkan kesehatan atau memaksimalkan kemandirian dan meminimalkankecacatan akibat dari penyakit. Layanan diberikan sesuai dengan kebutuhanpasien atau keluarga yang direncanakan, dikoordinir, oleh pemberi layananmelalui staff yang diatur berdasarkan perjanjian bersama. Pelayanan keperawatandi rumah merupakan pelayanan keperawatan yang diberikan di tempat tinggalklien dan keluarga, sehingga klien tetap memiliki otonomi untuk memutuskan hal-hal yang terkait dengan masalah kesehatannya.

Pada saat wawancara dengan beberapa anggota keluarga pasien stroke iskemik paska rawat inap di RSUP M.Djamil Padang menyatakan belum ada pelayanan *home care* didaerah mereka masing-masing bahkan ada yang tidak mengetahuai tentang pelayanan *Home Care*. Beberapa pasien stroke iskemik lainnya juga menyatakan bahwa keluarga kurang dalam memotivasi dan memberikan dukungan untuk merawat anggota keluarga stroke dikarenakan kurangnya pengetahuan dan keterampilan tentang cara merawat anggota keluarga yang mengalami stroke sehingga tidak terpenuhi kebutuhan dasar pasien antara lain kurangnya perawatan diri, kurangnya intake cairan dan nutrisi, tidak dilakukan mobilisasi dan muncul beberapa komplikasi dan belum ada perawat melatih dan mengajarkan pada keluarga tentang cara merawat pasien stroke iskemik, sehingga keluarga belum bisa secara mandiri melakukan perawatan kesehatan pada anggota keluarga dengan stroke.

Berdasarkan fenomena atau kondisi tersebut, peneliti sangat tertarik untuk melakukan penelitian tentang “Pengaruh *Discharge Planning* dan Pemberdayaan keluarga Model *Home Care Service* dengan pendekatan *Countinty of care (Hcs-Coc)* terhadap Kualitas Hidup Pasien stroke iskemik di RSUP Dr. M.Djamil Padang tahun 2017.

B. Rumusan Masalah

Discharge planning yang diberikan kepada pasien stroke iskemik sangat penting karena masa perawatan dan pemulihan terhadap tingkat kecacatan serta gejala sisa ditimbulkan cukup berat dan memerlukan waktu lama. Ini bertujuan untuk dapat mempengaruhi perilaku pasien sebagai upaya peningkatan kemandirian dan kualitas hidup serta serangan stroke tidak berulang. Perawatan pasien dengan *homecare service* sangat dibutuhkan sebagai salah satu sarana penyembuhan dan peningkatan kualitas hidup pasien stroke iskemik paska rawat inap.

Berdasarkan latar belakang diatas, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah bagaimanakah Pengaruh *Discharge Planning* dan Pemberdayaan Keluarga Model *homecare service* dengan pendekatan *countinty of care (Hcs-Coc)* terhadap Kualitas Hidup Pasien stroke iskemik di RSUP Dr. M.Djamil Padang Tahun 2017.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Tujuan umum penelitian ini adalah untuk mengetahui Pengaruh Pemberian *Discharge Planning* dan Pemberdayaan Keluarga Model

Homecare Service dengan Pendekatan *Countinity of Care (Hcs-Coc)* terhadap Kualitas Hidup Pasien stroke iskemik di RSUP Dr. M.Djamil Padang Tahun 2017.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi gambaran karakteristik pasien stroke iskemik : usia, jenis kelamin, pendidikan di RSUP Dr. M.Djamil Padang.
- b. Mengidentifikasi gambaran karakteristik keluarga yang merawat pasien stroke iskemik : usia, jenis kelamin, pendidikan di RSUP Dr. M.Djamil Padang
- c. Mengidentifikasikualitas hidup sebelum diberikan intervensi *Discharge Planning* rumah sakit pada pasien stroke iskemik diRSUP Dr. M.Djamil Padang.
- d. Mengidentifikasikualitas hidup sesudah diberikan intervensi *Discharge Planning* rumah sakit pada pasien stroke iskemik diRSUP Dr. M.Djamil Padang.
- e. Mengidentifikasi perbedaan kualitas hidup sebelum dan sesudah diberikan intervensi *Discharge Planning* rumah sakit pada pasien stroke iskemik diRSUP Dr. M.Djamil Padang.
- f. Mengidentifikasikualitas hidup sebelum diberikan intervensi *Discharge Planning* dan pemberdayaan keluarga model *homecare service* dengan pendekatan *countinity of care (Hcs-Coc)* pada pasien stroke iskemik diRSUP Dr. M.Djamil Padang.
- g. Mengidentifikasikualitas hidup sesudah diberikan intervensi *Discharge Planning* dan pemberdayaan keluarga model *homecare service* dengan

pendekatan *countinty of care (Hcs-Coc)* pada pasien stroke iskemik diRSUP Dr. M.Djamil Padang.

h. Mengidentifikasi perbedaan kualitas hidup sebelum dan sesudah diberikan intervensi *Discharge Planning* dan pemberdayaan keluarga model *homecare service* dengan pendekatan *countinty of care (Hcs-Coc)* pada pasien stroke iskemik diRSUP Dr. M.Djamil Padang

i. Mengidentifikasi perbedaan kualitas hidup sesudah diberikan intervensi pada kelompok *Discharge Planning* rumah sakit dengan kualitas hidup sesudah diberikan intervensi pada kelompok *Discharge Planning* dan pemberdayaan keluarga model *homecare service* dengan pendekatan *countinty of care (Hcs-Coc)* pada pasien stroke iskemik diRSUP Dr. M.Djamil Padang.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Aplikatif

Penelitian ini dapat dipergunakan sebagai masukan untuk memperbaiki pelayanan keperawatan khususnya tentang *Discharge Planning* sehingga pelayanan yang diberikan kepada pasien dan keluarga lebih berkualitas, serta dapat meningkatkan pemberdayaan keluarga dengan *metode countinty of care* dalam mengoptimalkan kesembuhan dan peningkatan kualitas hidup pasien stroke iskemik.

2. Manfaat Keilmuan

Penelitian ini bermanfaat dalam pengembangan ilmu dan meningkatkan pengetahuan peneliti tentang pengaruh *Discharge*

Planning terhadap kemandirian dan kualitas hidup pada pasien stroke iskemik dan menerapkan ilmu yang telah dipelajari selama mengikuti pendidikan.

3. Manfaat Metodologi

Diharapkan penelitian ini bisa dijadikan sebagai bahan masukan pentingnya *Discharge Planning* dalam pelayanan keperawatan dan dapat bermanfaat untuk mengembangkan model pemberdayaan keluarga terkait kualitas pelayanan keperawatan, terutama perawatan *Homecare service*.

