

PELAYANAN *HOME CARE* BERBASIS RUMAH SAKIT STUDI KASUS PELAYANAN *HOME CARE* BERBASIS RUMAH SAKIT SARDJITO YOGYAKARTA TERHADAP LANJUT USIA DENGAN STROKE

*HOSPITAL-BASED HOME CARE SERVICES
A CASE STUDY OF SARDJITO'S HOSPITAL-BASED HOME CARE SERVICES
IN YOGYAKARTA TO ELDERLY WITH STROKE*

Titik Endarwati¹, I Dewa Putu Pramantara S.¹, Mubasysyir Hasanbasri¹

¹Kebijakan dan Manajemen Pelayanan Kesehatan, Fakultas Kedokteran UGM Yogyakarta

Penulis korespondensi: Titik Endarwati, Departemen Kebijakan dan Manajemen Pelayanan Kesehatan, Fakultas Kedokteran, Universitas Gadjah Mada, Jalan Farmako, Sekip Utara, Yogyakarta, 55281

ABSTRACT

Background: Home care service that empowers family caregivers enhance the ability, making independent in the care of patients at home, reduce or prevent dependence on formal services. In contrast, business-oriented without empower family caregivers are part of the hospital health care industrialization.

Objective: to describe the characteristics of family caregiver's independence caring for elderly in post-stroke at home and empower family caregivers in the services of hospital-based home care from the perspective of family caregivers.

Methods: This study used a qualitative approach with exploratory case study design. The unit of analysis is the empowerment of family caregivers in the context before discharge from the hospital and after at home (home care context) based Sardjito's Hospital. Subjects in this study were 4 family caregivers, the husband, wife, and children from 3 elderly post-stroke patients Sardjito Hospital. The sampling method used is purposive sampling.

Results: Characteristics of the independence of family caregivers that have: 1) knowledge of the fulfillment of the needs of the elderly ADL; 2) confidence in meeting the needs of the elderly ADL; and 3) the ability to meet the needs of elderly ADL, fix the problem, seek the information needed, utilizing the nurses home visits, and provides tools and materials medical. Educating family caregivers, involving family caregivers in planning and decision-making, and assured the role of family caregivers is a strategy to empower family caregivers. An empowerment strategy done continuously that started at the hospital and continued at home.

Conclusions: Family caregiver empowerment strategy in hospital-based home care services increase the independence of family caregivers in caring for the elderly post-stroke.

Keywords: Empowerment, home care, family caregivers

ABSTRAK

Latar Belakang: Pelayanan *home care* yang memberdayakan pengasuh keluarga meningkatkan kemampuan, memandirikan dalam perawatan pasien di rumah, mengurangi atau mencegah ketergantungan terhadap pelayanan formal. Sebaliknya, yang berorientasi bisnis tanpa memberdayakan pengasuh keluarga adalah bagian dari industrialisasi pelayanan kesehatan Rumah Sakit.

Tujuan: untuk menggambarkan karakteristik kemandirian pengasuh keluarga dan pemberdayaan pengasuh keluarga dalam pelayanan *home care* berbasis Rumah Sakit dari perspektif pengasuh keluarga.

Metode: Penelitian ini merupakan penelitian dengan pendekatan kualitatif menggunakan rancangan studi kasus eksploratif, unit analisisnya pemberdayaan pengasuh keluarga dalam konteks Rumah Sakit dan perawatan di rumah (*home care*) berbasis Rumah Sakit Sardjito, subjek terdiri 4 pengasuh keluarga yang merawat 3 lansia pascastroke Rumah Sakit Sardjito, dan metode *sampling* yang digunakan adalah *purposive sampling*.

Hasil: Karakteristik kemandirian pengasuh keluarga yaitu memiliki: 1) pengetahuan tentang pemenuhan kebutuhan ADL lansia; 2) keyakinan dalam memenuhi kebutuhan ADL lansia; dan 3) kemampuan memenuhi kebutuhan ADL lansia, mengatasi masalah, mencari informasi yang dibutuhkan, memanfaatkan kunjungan rumah perawat, dan menyediakan alat dan bahan kesehatan. Mendidik pengasuh keluarga, melibatkan pengasuh keluarga dalam perencanaan dan pengambilan keputusan, dan meyakinkan peran pengasuh keluarga adalah strategi dalam memberdayakan pengasuh keluarga. Strategi pemberdayaan dilakukan secara berkesinambungan yaitu dimulai saat di Rumah Sakit dan dilanjutkan di rumah.

Kesimpulan: Strategi pemberdayaan pengasuh keluarga dalam pelayanan *home care* berbasis Rumah Sakit meningkatkan kemandirian pengasuh keluarga dalam merawat lansia pascastroke.

Kata kunci: Pemberdayaan, *home care*, pengasuh keluarga

PENDAHULUAN

Pengasuh keluarga adalah tulang punggung perawatan jangka panjang¹⁻⁴ dan sebagai sumber dukungan utama di semua masyarakat khususnya lanjut usia⁵. Pengasuh keluarga berperan ganda sebagai mitra pemberi perawatan formal dan klien dengan kebutuhan mereka sendiri sehingga membutuhkan layanan perawatan serta dukungan⁶ termasuk dukungan terhadap pengasuh keluarga stroke dalam peran pengasuhan mereka⁷.

Home care berbasis Rumah Sakit merupakan salah satu bentuk home care yang telah terbukti cost efektif^{8,9} dan meningkatkan kepuasan perawatan tanpa tambahan biaya¹⁰. Secara defacto, Rumah Sakit di Indonesia sudah bergeser dari lembaga sosial menjadi lembaga usaha yang berfungsi sosial dengan berbagai konsep bisnis¹¹. Pergeseran orientasi rumah sakit memungkinkan perkembangan home care berbasis Rumah Sakit sebagai salah satu unit strategis Rumah Sakit berorientasi bisnis (komersial) untuk mendapatkan keuntungan maksimal karena perawatan lanjut usia merupakan ceruk pasar yang menjanjikan keuntungan seiring dengan peningkatan permintaan home care sebagai dampak peningkatan populasi lanjut usia dengan kondisi kronik dan ketergantungannya seperti ungkapan Putters (2002) yaitu komersialisasi kesehatan terutama nampak pada institusi kesehatan yang fokus pada ceruk pasar¹².

Pelayanan home care yang memberdayakan pengasuh keluarga adalah mengutamakan kesehatan masyarakat dengan meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan pengasuh keluarga serta kemampuan mereka membantu penerima perawatan¹³ atau meningkatkan kemampuan keluarga dalam memberikan perawatan¹⁴; memandirikan keluarga dalam pemeliharaan kesehatan dan perawatan pasien di rumah sebagai hasil home care^{15,16}; serta pengurangan¹⁴ atau pencegahan¹⁶ ketergantungan terhadap pelayanan formal. Sebaliknya, pelayanan home care yang berorientasi bisnis tanpa memberdayakan pengasuh keluarga adalah bagian dari industrialisasi pelayanan kesehatan¹⁷ Rumah Sakit.

METODE

Penelitian ini merupakan penelitian dengan pendekatan kualitatif menggunakan rancangan studi kasus eksploratif. Penelitian ini dilakukan untuk mengeksplorasi pelayanan home care berbasis Rumah Sakit yang dilakukan perawat dalam konteks pemberdayaan pengasuh keluarga pada setting perawatan di Rumah Sakit dan perawatan di rumah serta kemandirian pengasuh keluarga pada setting perawatan di rumah. Lokasi penelitian di wilayah Yogyakarta. Unit analisisnya adalah pemberdayaan pengasuh keluarga dalam konteks Rumah Sakit dan perawatan di rumah (home care) berbasis Rumah Sakit Sardjito. Subyek dalam penelitian ini adalah 4 pengasuh keluarga yaitu suami, istri, dan anak dari 3 lansia pascastroke Rumah Sakit Sardjito. Metode pengambilan

sampel yang digunakan adalah purposive sampling dengan kriteria inklusi pemilihan sampel adalah pengasuh keluarga yaitu anak, suami atau istri lansia pascastroke usia 60 tahun ke atas yang paling terlibat dalam perawatan lansia sejak dirawat di Rumah Sakit hingga di rumah. Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara mendalam kepada pengasuh keluarga di rumah pengasuh keluarga menggunakan panduan wawancara mendalam.

HASIL

Kemandirian Pengasuh Keluarga Dalam Merawat Lansia Pascastroke

Hasil penelitian menggambarkan tema utama kemandirian pengasuh keluarga dalam merawat lansia pascastroke di rumah dari perspektif pengasuh keluarga terkait 3 aspek utama yaitu kemampuan, keyakinan, dan pengetahuan pengasuh keluarga.

1. Kemandirian terkait kemampuan

- a) Kemampuan pengasuh keluarga dalam memenuhi kebutuhan *Activity of Daily Living* (ADL) lansia

Pengasuh keluarga memenuhi sebagian besar kebutuhan ADL lansia tanpa memanfaatkan kunjungan rumah perawat. Pengasuh keluarga memenuhi kebutuhan tersebut dengan cara mencoba atau latihan sesuai dengan kemampuan.

- b) Kemampuan mengatasi masalah

Pengasuh keluarga mengatasi masalah konstipasi, lecet pada punggung, lecet pada pantat, dan ketidaknyamanan pada otot dengan cara dirawat sendiri bersama dengan anggota keluarga yang lain. Pengasuh keluarga mengatasi masalah konstipasi dengan cara memberikan lansia asupan buah pepaya, memberikan lansia obat pelunak feces, dan meregangkan area sekitar anus lansia agar lentur saat akan buang air besar (BAB). Pengasuh keluarga mengatasi masalah lecet pada punggung dengan cara membeli obat, memberikan obat pada luka lecet, dan mengatur posisi miring kanan dan kiri.

Pengasuh keluarga mengatasi masalah lecet pada pantat dengan cara memberikan pengalas sekali pakai dan mengobservasi feces dan urin pada popok sekali pakai. Pengasuh keluarga mengatasi ketidaknyamanan pada otot dengan cara memijit atau mencubit seluruh badan serta meletakkan kain hangat dan atau botol yang berisi air hangat pada bagian tubuh lansia yang "kemeng."

Pengasuh keluarga mengatasi masalah seperti pusing, diare, dan lecet pada alat kelamin dengan cara dirawat sendiri bersama dengan anggota keluarga yang lain dan perawat saat kunjungan rumah. Pengasuh keluarga mengatasi masalah

sonde lambung lepas dengan cara menghubungi perawat agar dilakukan kunjungan rumah dan masalah kateter bocor dengan cara meminta perawat agar melepas kateter saat kunjungan rumah.

- c) Kemampuan pengasuh keluarga mencari informasi yang dibutuhkan

Informasi yang dibutuhkan pengasuh keluarga yaitu tentang penyakit dan perkembangan kondisi kesehatan lansia, pemenuhan kebutuhan ADL lansia, alat bantu kesehatan, dan ketersediaan pelayanan *home care* Rumah Sakit. Pengasuh keluarga mencari informasi tersebut melalui cara berinteraksi dengan berbagai sumber informasi seperti buku, perawat, dokter, anggota keluarga yang lain, sesama pengasuh keluarga, dan tetangga. Pengasuh keluarga memanfaatkan interaksi dengan perawat selama di Rumah Sakit dan di rumah untuk melihat/memperhatikan, bertanya/berdiskusi, mendampingi dan atau membantu perawat dalam memenuhi kebutuhan ADL lansia.

- d) Kemampuan pengasuh keluarga memanfaatkan kunjungan rumah perawat

Pengasuh keluarga memanfaatkan kunjungan perawat untuk memenuhi beberapa kebutuhan lansia secara rutin dan insidental dengan alasan tertentu. Pemanfaatan kunjungan rumah perawat secara rutin dilakukan selama lansia menggunakan alat bantu seperti kateter tetap dan sonde lambung serta pada saat lansia mengalami luka lecet pada alat kelamin setelah beberapa kali penggunaan kondom kateter. Frekuensi pemanfaatan sekitar 1-2 minggu sekali dan menurun sesuai kondisi kesehatan lansia. Jumlah pemanfaatan lebih dari 3 kali kunjungan rumah. Pemanfaatan kunjungan rumah perawat secara insidental dilakukan pada saat lansia mengalami beberapa kondisi kesehatan yang tidak dapat diatasi sendiri oleh pengasuh keluarga misalnya saat sonde lambung lepas, kateter bocor, diare, dan pusing.

- e) Kemampuan pengasuh keluarga menyediakan alat dan bahan kesehatan

Pengasuh keluarga menyediakan beberapa alat bantu kesehatan terkait pemenuhan kebutuhan oksigenasi seperti tabung oksigen dengan cara membeli; eliminasi bab dan atau bak (buang air kecil) seperti pispot, kondom kateter, popok sekali pakai dengan cara membeli, dan toilet duduk dengan cara memodifikasi kursi besi; serta mobilisasi seperti kursi roda dan tongkat dengan cara membeli dan meminjam tetangga.

2. Pengetahuan pengasuh keluarga

Pengasuh keluarga memiliki pengetahuan yang benar tentang beberapa pemenuhan kebutuhan ADL lansia seperti *personal hygiene*

(cara memandikan di atas tempat tidur dan prinsip mencukur jenggot); eliminasi (cara memasang, mengganti kondom kateter, dan membersihkan selang kondom kateter; membuang urin dari kantung urin); dan mobilisasi (manfaat kursi roda untuk memindah lansia, dampak imobilisasi ekstremitas yaitu kekakuan) serta peran perawat.

3. Keyakinan pengasuh keluarga

Pengasuh keluarga memiliki keyakinan dalam memenuhi sebagian besar kebutuhan ADL lansia seperti mengganti popok, memasang pengalas, memasang gurita, memakai baju, menyelimuti; memindah dengan kursi roda; menggunakan alas dari kain. Pengasuh keluarga merasa yakin semua perawatan mampu dilakukan; merasa mudah melakukan sesuai kemampuan dan inisiatif sendiri; dan merasa tidak tergantung dukungan perawat saat lansia tidak menggunakan alat bantu kesehatan seperti sonde lambung.

Pemberdayaan Pengasuh Keluarga Dalam Pelayanan *Home Care* Berbasis Rumah Sakit

1. Mendidik pengasuh keluarga

- a) Mengajari pengasuh keluarga cara memenuhi kebutuhan ADL lansia

Selama di Rumah Sakit perawat mengajari pengasuh keluarga tentang keterampilan cara memenuhi kebutuhan ADL lansia seperti mobilisasi (cara melatih gerak ekstremitas, mengatur posisi miring saat mengganti popok), eliminasi (cara mengosongkan urin dari kantung urin), nutrisi (cara memberikan nutrisi per sonde), pengelolaan obat (cara dan frekuensi memberikan obat), dan *personal hygiene* (cara mengganti popok dan pengalas untuk menjaga kulit tetap kering dan bersih). Selama di rumah perawat mengajari pemenuhan kebutuhan mobilisasi (cara menggunakan kursi roda) dan eliminasi (cara mengosongkan urin dari kantung urin, menggunakan pispot setelah kateter dilepas).

- b) Mendorong pengasuh keluarga agar terlibat membantu perawat dalam memenuhi kebutuhan ADL lansia

Selama di Rumah Sakit, pengasuh keluarga didorong agar terlibat dalam membantu perawat memenuhi kebutuhan *personal hygiene* (membantu saat memakai baju saat memandikan di atas tempat tidur) dan mobilisasi (membantu mengatur posisi dari berbaring ke duduk), memperbaiki posisi selang sonde. Bentuk keterlibatan pengasuh keluarga saat di Rumah Sakit yaitu membantu perawat dalam memenuhi kebutuhan *personal hygiene* (mengganti pakaian, mengganti popok sekali pakai); mobilisasi (membantu mengatur posisi dari berbaring ke duduk, miring kanan dan kiri); mengatur

- posisi alas tempat tidur. Bentuk keterlibatan pengasuh keluarga saat di rumah yaitu membantu perawat dalam memenuhi kebutuhan *personal hygiene* (mengganti pakaian, mengganti popok sekali pakai); mobilisasi (membantu mengatur posisi dari berbaring ke duduk); mengatur posisi alas tempat tidur.
2. Melibatkan pengasuh keluarga dalam perencanaan dan pengambilan keputusan

Pengasuh keluarga dilibatkan perawat dalam perencanaan dan pengambilan keputusan melalui 3 bentuk kegiatan yaitu memberikan informasi, mendorong pengasuh keluarga agar memenuhi kebutuhan ADL lansia, dan mendorong pengasuh keluarga agar menyediakan alat dan bahan kesehatan.

- a) Memberikan informasi kepada pengasuh keluarga

Saat di Rumah Sakit, informasi yang diberikan kepada pengasuh keluarga tentang kesamaan jenis pemenuhan kebutuhan ADL lansia saat di Rumah Sakit dan di rumah. Saat di rumah, perawat memberikan informasi kepada pengasuh keluarga tentang kondisi kesehatan lansia, rencana tindak lanjut, dan solusi pemecahan masalah perawatan yang serius di rumah saat tidak ada kunjungan rumah. Kondisi kesehatan lansia mencakup hasil pemeriksaan fisik (tekanan darah) dan perkembangan kesehatan secara umum. Rencana tindak lanjut misalnya rencana tindakan melepas kateter. Informasi tentang solusi pemecahan masalah perawatan yang serius di rumah saat tidak ada kunjungan rumah yaitu didorong agar menghubungi perawat dan atau Rumah Sakit jika ada keluhan dan atau masalah yang serius. Misalnya agar menghubungi perawat untuk dilakukan tindakan pemasangan sonde lambung ketika asupan nutrisi tidak terpenuhi karena tidak mau makan.

- b) Mendorong pengasuh keluarga agar memenuhi kebutuhan ADL lansia

Selama di Rumah Sakit, pengasuh keluarga didorong agar memenuhi kebutuhan ADL lansia seperti mobilisasi (agar sering melatih gerak aktif ekstrimitas atas setiap pagi setelah memandikan lansia); *personal hygiene* (agar memandikan lansia di atas tempat tidur selama di rumah sakit, menjaga kebersihan lansia saat di rumah; dan nutrisi (agar memberikan makan dan minum lansia tepat waktu); dan melakukan pemenuhan kebutuhan ADL lansia di rumah dengan sabar dan berhati-hati. Selama di rumah, pengasuh keluarga didorong agar memenuhi kebutuhan ADL lansia seperti mobilisasi (agar melatih lansia berjalan, melatih lansia bangun sendiri dari tempat tidur dengan berpegangan kursi roda);

personal hygiene (agar menjaga kulit tetap kering dan bersih saat lansia mengompol dengan mengganti alas), dan nutrisi (agar memberikan lansia makan dengan porsi yang banyak).

- c) Mendorong pengasuh keluarga agar menyediakan alat dan bahan kesehatan

Selama di rumah, pengasuh keluarga didorong agar menyediakan alat dan bahan kesehatan untuk memenuhi kebutuhan ADL lansia seperti eliminasi (agar menyediakan pispot setelah kateter dilepas); mobilisasi (agar menyediakan kursi roda).

3. Meyakinkan peran pengasuh keluarga

Perawat meyakinkan pengasuh keluarga dengan 2 cara yaitu memberikan informasi tentang kunjungan rumah dan memberikan *feedback* positif terhadap pemecahan masalah yang telah dilakukan pengasuh selama tidak ada kunjungan rumah. Informasi tentang kunjungan rumah meliputi yaitu ketersediaan 24 jam, keterjangkauan biaya, dan kemudahan dihubungi. Informasi tersebut diharapkan menciptakan rasa aman atau mengurangi kekhawatiran kepada pengasuh keluarga karena mereka dapat menerima kunjungan rumah 24 jam baik yang sudah direncanakan sebelumnya secara rutin atau dalam situasi darurat (bersifat insidental), sewaktu waktu bisa menghubungi jika membutuhkan, dan biaya yang terjangkau. Perawat memberikan *feedback* positif terhadap pemecahan masalah yang telah dilakukan pengasuh keluarga sebelumnya pada saat tidak ada kunjungan rumah perawat dengan menyatakan bahwa tindakan yang telah dilakukan pengasuh keluarga sudah baik.

PEMBAHASAN

1. Strategi Pemberdayaan Pengasuh Keluarga

Strategi pemberdayaan pengasuh keluarga dalam penelitian ini sejalan dengan Stadjuhar et al.(2011) yaitu: 1) mendidik pengasuh keluarga, 2) melibatkan pengasuh keluarga dalam perencanaan dan pengambilan keputusan, dan 3) meyakinkan peran pengasuh keluarga¹⁴. Strategi dalam penelitian ini digambarkan dalam *setting* saat di Rumah Sakit dilanjutkan pada saat di rumah lansia.

Cheney & Osher (1997) menyatakan bahwa mendidik pengasuh keluarga dapat digunakan sebagai strategi utama dalam pemberdayaan seperti yaitu mendidik pengasuh keluarga cara mencari sumber daya¹⁸, mendidik dengan cara diskusi kelompok, melatih ketrampilan, *booklet*, dan *follow up* telepon¹⁹. Mendidik juga dapat digunakan bersama dengan strategi yang lain²⁰ yaitu mendidik dan konseling melalui 1) peningkatan pengetahuan dengan memberikan informasi tentang penyakit dan penggunaan sumber daya sosial yang tepat dilanjutkan dengan 2) *follow up* tele-

pon²⁰; mendidik, melatih, dan membantu pengasuh keluarga; serta mendorong agar bertanggung jawab merawat²¹.

2. Adanya Kesenambungan dalam Strategi Pemberdayaan Pengasuh Keluarga

Proses pemberdayaan pengasuh keluarga dalam penelitian ini dilakukan perawat secara berkesinambungan dimulai pada saat lansia masih dirawat di Rumah Sakit dilanjutkan dengan kunjungan rumah. Adanya kesinambungan dalam strategi pemberdayaan adalah penting karena: 1) situasi yang dihadapi pengasuh keluarga saat di Rumah Sakit dan di rumah tidak sama sehingga mengajari pengasuh keluarga tidak hanya dalam konteks perencanaan pulang namun juga di rumah pasien dalam konteks *home care*²²; 2) pengasuh keluarga membutuhkan pengajaran keterampilan pemenuhan ADL dimulai sejak fase persiapan yaitu sebelum pasien pulang ke rumah dilanjutkan setelah pasien pulang ke rumah²³; 3) pengajaran adalah inti praktik keperawatan dalam segala *setting* yaitu Rumah Sakit, di rumah, rawat jalan²⁴; dan kunjungan rumah perawat memainkan peran penting dalam melanjutkan perawatan medis di rumah bagi pasien dengan ketergantungan teknologi medis dan pengasuh mereka²⁵. Penelitian ini hanya menggambarkan kesinambungan strategi pemberdayaan pada lansia yang sebelumnya dirawat di Rumah Sakit Sardjito saja sehingga tidak dapat menggambarkan bagaimana strategi pemberdayaan jika sebelumnya dirawat oleh Rumah Sakit lain.

3. Penjelasan Tentang Cara yang Digunakan dalam Memberdayakan Pengasuh Keluarga

- a. Memberdayakan dengan mendidik melalui pemberian informasi, mengajari, dan melibatkan

Beberapa peneliti menyatakan secara eksplisit bahwa adalah salah satu cara dalam memberdayakan pengasuh keluarga^{26,20,27,14}.

Pemberian informasi dalam penelitian ini terintegrasi dengan cara pemberdayaan melalui melibatkan dalam perencanaan dan pengambilan keputusan serta meyakinkan peran pengasuh keluarga¹⁴.

Pengajaran yang diberikan perawat dalam penelitian ini menunjukkan bahwa perawat telah melakukan perannya sebagai pendidik²⁸ karena pengajaran adalah salah satu kegiatan utama dalam mendidik atau salah satu proses dalam mendidik²⁹. Terkait dengan pengajaran sebagai peran perawat dalam konteks perawatan di rumah^{30,31}, perawat yang mengajari pengasuh keluarga tentang keterampilan cara memenuhi kebutuhan ADL lansia seperti mobilisasi, eliminasi, nutrisi, pengelolaan obat, dan *personal hygiene* (saat di Rumah Sakit) dan mobilisasi, eliminasi (saat di rumah) sejalan dengan ciri-ciri pemberdayaan menurut Stadjuhar et al. (2011) yaitu

mengajari keterampilan kepada pengasuh keluarga¹⁴ dan Funk et al. (2011) yaitu mengajari untuk melakukan tugas-tugas pemberian perawatan¹⁶.

Pemberdayaan dengan cara mengajari cara memenuhi kebutuhan ADL lansia menunjukkan bahwa pemberdayaan lebih difokuskan pada kesejahteraan lansia. Beberapa jenis ketrampilan pengajaran yang difokuskan untuk memenuhi kebutuhan pasien seperti penelitian Tyrell (2010) tentang ketrampilan cara pindah posisi/tempat, berjalan, berpakaian, makan, melakukan aktifitas rutin sehari-hari³²; dan cara menggunakan peralatan yang kompleks di rumah³³. Sedangkan jenis ketrampilan untuk memenuhi kebutuhan pengasuh keluarga seperti pemecahan masalah^{34,35}; perawatan diri dalam mengatasi stress, meningkatkan komunikasi, menghindari emosi negatif, dan membuat keputusan pengasuhan yang sulit³⁶ tidak semuanya diajarkan kepada pengasuh keluarga. Pengasuh keluarga diajari pemecahan masalah dengan diberikan informasi agar menghubungi perawat atau Rumah Sakit jika lansia mengalami masalah yang serius.

Penelitian ini menggambarkan pengajaran dalam *setting* di Rumah Sakit dan di rumah lansia. Mengajari pengasuh keluarga tidak hanya dalam konteks perencanaan pulang namun juga di rumah pasien dalam konteks *home care* karena situasi yang dihadapi pengasuh keluarga saat di Rumah Sakit dan di rumah tidak sama²².

Dalam penelitian ini perawat meluangkan waktunya untuk mengajari pengasuh keluarga. Menurut (London, 2009) waktu perawat untuk mengajari pasien dan pengasuhnya sering bersaing dengan tugas-tugas serta tanggung jawab perawat yang lain meskipun mengajari sebagai bentuk layanan yang paling bernilai untuk pasien dan pengasuhnya baik di rumah sakit, klinik, rumah, dan fasilitas perawatan jangka panjang³⁷.

Adanya keterlibatan pengasuh keluarga dalam membantu perawat memenuhi kebutuhan ADL lansia saat di Rumah Sakit dan di rumah dalam penelitian ini menunjukkan bahwa pengasuh keluarga dilibatkan perawat dalam proses memenuhi kebutuhan ADL lansia. Dalam proses pengajaran, pengasuh keluarga harus terlibat dalam proses³⁸ karena kunci pengajaran yang efektif adalah melibatkan pembelajar dalam proses yaitu menggabungkan pengajaran keluarga (dan pasien) ke dalam setiap interaksi dengan keluarga³⁷. Adanya interaksi antara perawat dan pengasuh keluarga saat pengasuh keluarga terlibat membantu

perawat dalam memenuhi kebutuhan ADL lansia adalah saat yang tepat untuk memberikan pengajaran. Menurut London (2009), saat yang tepat untuk mengajar ketika pembelajar terbuka terhadap informasi yang baru misalnya saat mengajukan pertanyaan, saat melakukan keterampilan atau memberikan pengobatan, saat mengungkapkan perlunya perubahan, saat mengeluh kurangnya dukungan, saat muncul ketertarikan, dan saat memberikan informasi yang salah tentang suatu topik³⁷. Pelibatan sejalan dengan ciri-ciri pemberdayaan menurut Stadjuar *et al.* (2011) yaitu *men-transfer* keterampilan kepada pengasuh keluarga¹⁴ dan menyerahkan tanggung jawab perawatan kepada pengasuh⁹.

- b. Memberdayakan dengan melibatkan pengasuh keluarga dalam perencanaan dan pengambilan keputusan

Mendorong keterlibatan keluarga dalam *home care* lanjut usia sangat penting diperhatikan untuk menciptakan kemandirian pasien dan keluarga misalnya dengan memberikan informasi yang tepat waktu, lengkap, dan akurat agar secara efektif terlibat dalam pengambilan keputusan⁴⁰. Informasi yang diberikan saat di rumah dalam penelitian ini yaitu tentang kondisi kesehatan lansia (hasil pemeriksaan fisik dan perkembangan kesehatan secara umum); rencana tindak lanjut (rencana melepas kateter); dan solusi mengatasi masalah. Potensi masalah dalam penelitian ini menurut perawat adalah masalah yang serius misalnya lansia tidak bersedia makan. Informasi tentang solusi mengatasi masalah yang diberikan perawat selama di rumah dalam penelitian ini sejalan dengan mendorong keluarga untuk mengidentifikasi potensi masalah serta solusinya¹⁴.

Sedangkan selama di Rumah Sakit hanya memberikan informasi bahwa pemenuhan kebutuhan ADL di rumah sama dengan di Rumah Sakit. Pemberian informasi selama di Rumah Sakit dalam penelitian ini tidak sesuai dengan dukungan informasi menurut Cameron & Gignac (2007) pada fase persiapan (sebelum pulang) yaitu tentang ketersediaan dan bagaimana mengakses sumber daya masyarakat²³. Pemberian informasi selama di rumah tentang kondisi kesehatan lansia, rencana tindak lanjut, dan solusi mengatasi masalah tidak sesuai dengan kebutuhan dukungan informasi yang sering dihadapi penderita stroke dan pengasuhnya setelah keluar dari Rumah Sakit pada fase implementasi menurut (Cameron dan Gignac, 2007) yaitu informasi tentang manajemen aktifitas sehari-hari, potensi dampak pengasuhan

terhadap kehidupan dan kesehatan pengasuh²³.

- c. Memberdayakan dengan meyakinkan peran pengasuh keluarga

Peningkatan keyakinan pengasuh keluarga dalam merawat adalah salah satu efek yang diharapkan dari pemberdayaan^{21,41}. Pengasuh keluarga diyakinkan perawat dengan diberikan rasa aman dalam merawat melalui pemberian informasi tentang ketersediaan, keterjangkauan, dan kemudahan mengakses kunjungan rumah. Terciptanya rasa aman pengasuh keluarga karena dapat menerima kunjungan rumah sesuai kebutuhan^{42,14}. Materi informasi yang diberikan perawat tentang kunjungan rumah tersebut sesuai dengan dukungan informasi yang dibutuhkan pengasuh keluarga saat di Rumah Sakit sebelum pasien pulang tentang ketersediaan sumber daya masyarakat²³.

Pengasuh keluarga diyakinkan perawat dengan memberikan *feedback* positif bahwa pemecahan masalah yang telah dilakukan saat tidak ada kunjungan perawat sudah baik. *Feedback* dapat meyakinkan pengasuh keluarga atas kemampuannya merawat lansia¹⁴. *Feedback* yang dibutuhkan pengasuh keluarga saat di Rumah Sakit adalah *feedback* terhadap kegiatan dalam mendukung ADL, sedangkan saat di rumah adalah *feedback* terhadap cara pengelolaan di rumah²³. *Feedback* perawat terhadap tindakan yang dilakukan pengasuh keluarga menciptakan keyakinan terhadap kemampuannya dalam memberikan perawatan⁴¹.

4. Kemandirian Pengasuh Keluarga

Hasil dari strategi pemberdayaan pengasuh keluarga dalam penelitian ini adalah kemandirian pengasuh keluarga dengan ciri-ciri memiliki kemampuan merawat lansia di rumah¹⁴ yaitu memenuhi kebutuhan ADL lansia, mengatasi masalah, mencari informasi, memanfaatkan kunjungan rumah, dan menyediakan alat dan bahan kesehatan; memiliki pengetahuan yang benar tentang beberapa pemenuhan kebutuhan ADL lansia²⁵; dan memiliki keyakinan dalam memenuhi kebutuhan ADL lansia¹⁴.

- a. Memiliki kemampuan memenuhi kebutuhan ADL lansia

Pengasuh keluarga memenuhi sebagian besar kebutuhan ADL lansia (*personal hygiene*, eliminasi, nutrisi, mobilitasi, keamanan, dan menata tempat tidur) tanpa memanfaatkan kunjungan perawat dengan cara mencoba atau latihan sesuai kebutuhan.

Kemampuan melakukan sebagian besar perawatan sederhana dengan metoda mencoba atau latihan melakukan perawatan sendiri terkait dengan keyakinan bahwa semua perawatan mampu dilakukan dan merasa mudah melakukan sesuai kemampuan dan inisiatif sendiri.

Pengasuh keluarga tidak melakukan sebagian kecil pemenuhan kebutuhan *personal hygiene* terkait dengan tidak memiliki pengetahuan yang benar tentang pentingnya pemenuhan kebutuhan tersebut. Tidak melakukan sebagian kecil pemenuhan kebutuhan mobilisasi terkait dengan ketidakpercayaan (khawatir keamanan lansia) dan tidak memiliki pengetahuan yang benar tentang cara memenuhi kebutuhan tersebut. Tanpa keyakinan, pengasuh keluarga akan takut atau khawatir dan dapat menolak untuk memberikan perawatan atau mungkin meminta bantuan lebih sering¹⁴.

b. Memiliki kemampuan mengatasi masalah

Pengasuh keluarga mengatasi masalah dengan cara diatasi sendiri bersama keluarga (konstipasi, lecet pada punggung dan pantat, ketidaknyamanan otot); terlebih dahulu diatasi sendiri bersama keluarga dan minta bantuan perawat *home care* (pusing, diare, lecet pada alat kelamin); dan hanya minta bantuan perawat (sonde lambung lepas dan kateter bocor). Ketika menghadapi kesulitan²², pengasuh keluarga menilai apakah situasi itu dapat dikelola atau tidak. Jika merasa mampu mengelola itu maka mereka akan mencoba cara mereka sendiri lebih dulu misalnya observasi, menghibur pasien secara lisan, dan *trial-and-error*²². Namun ketika cara mereka tidak berjalan dengan baik maka mereka akan meminta bantuan atau informasi dari orang lain seperti anggota keluarga mereka sendiri, ahli, orang awam, dan media atau informasi yang tercetak²². Jika pengasuh keluarga menganggap situasi di luar jangkauan pengelolaan mereka, mereka meminta bantuan dari penyedia layanan kesehatan atau mengirim penderita stroke mereka ke ruang gawat darurat segera²².

Pemanfaatan kunjungan rumah secara rutin selama lansia menggunakan alat bantu kesehatan sonde lambung terkait dengan pengetahuan bahwa tindakan memasang dan melepas sonde lambung dan pemasangan infus harus dilakukan perawat profesional.

c. Memiliki kemampuan mencari informasi yang dibutuhkan

Kemampuan pengasuh keluarga aktif mencari berbagai informasi melalui berinteraksi dengan berbagai sumber informasi (buku, perawat, dokter, sesama pengasuh keluarga saat di rumah sakit, saudara, dan tetangga) dengan metoda seperti bertanya, melihat, mendampingi dan atau membantu perawat perawat selama di Rumah Sakit serta melakukan sendiri perawatan terhadap lansia dengan metode seperti mencoba (*trial and error*) menunjukkan bahwa pengasuh keluarga

mengalami proses belajar menjadi pengasuh keluarga²².

Informasi yang dibutuhkan pengasuh keluarga tentang penyakit dan perkembangan kondisi kesehatan lansia, pemenuhan kebutuhan ADL lansia, alat bantu kesehatan, dan ketersediaan pelayanan *home care* rumah sakit. Perilaku pencarian informasi muncul sebagai konsekuensi dari kebutuhan yang dirasakan untuk memenuhi kebutuhan tersebut dan membuat tuntutan pada sumber informasi formal atau informal atau jasa sehingga mengakibatkan keberhasilan atau kegagalan untuk menemukan informasi yang relevan⁴³. Jika berhasil, individu akan memanfaatkan informasi yang ditemukan baik sepenuhnya atau sebagian untuk memenuhi kebutuhan dan bila gagal harus mengulangi proses pencarian⁴³. Bagian dari perilaku mencari informasi mungkin melibatkan orang lain melalui pertukaran informasi dan bahwa informasi yang dianggap berguna dapat ditularkannya kepada orang lain, serta digunakan oleh orang itu sendiri⁴³.

Meskipun pengasuh keluarga mendapatkan informasi dari berbagai sumber, namun peran perawat dalam memberdayakan pengasuh keluarga sangat penting karena peluang pengasuh keluarga untuk belajar dengan perawat serta peluang perawat untuk mengajari pengasuh keluarga adalah pada saat berinteraksi dengan perawat misalnya saat kunjungan rumah atau interaksi per telepon^{44,45}. Kesempatan interaksi antara pengasuh keluarga dan perawat lebih banyak terjadi pada saat pasien masih dirawat di Rumah Sakit, namun mengajari pengasuh keluarga dalam konteks perencanaan pulang dan di rumah pasien dalam konteks *home care* karena situasi yang dihadapi pengasuh keluarga saat di Rumah Sakit dan di rumah tidak sama²².

KESIMPULAN

Karakteristik kemandirian pengasuh keluarga yaitu memiliki: 1) pengetahuan tentang pemenuhan kebutuhan ADL lansia; 2) keyakinan dalam memenuhi kebutuhan ADL lansia; dan 3) kemampuan memenuhi kebutuhan ADL lansia, mengatasi masalah, mencari informasi yang dibutuhkan, memanfaatkan kunjungan rumah perawat, dan menyediakan alat dan bahan kesehatan. Karakteristik pemberdayaan dalam penelitian ini yaitu mendidik pengasuh keluarga, melibatkan pengasuh keluarga dalam perencanaan dan pengambilan keputusan, dan meyakinkan peran pengasuh keluarga adalah strategi dalam memberdayakan pengasuh keluarga. Dan Strategi pemberdayaan pengasuh keluarga dilakukan secara berkesinambungan yaitu dimulai saat di Rumah Sakit dan dilanjutkan di rumah.

Untuk itu perlu dibangun sistem dukungan bagi pengasuh keluarga yang dapat memandirikan pengasuh keluarga yaitu dapat mengakses dan menyerap informasi yang diperlukan baik selama lansia dirawat di Rumah Sakit atau setelah pulang ke rumah. Dan sebaiknya perawat agar memandirikan pengasuh keluarga dengan mendidik pengasuh keluarga, melibatkan dalam pengambilan keputusan, dan meyakinkan pengasuh keluarga.

REFERENSI

1. Lane P, McKenna H, Ryan A, Fleming P. The Experience of the Family Caregivers' Role: A Qualitative Study. *Res Theory Nurs Pract* 2003; 17(2):137-51. <https://doi.org/10.1891/rtnp.17.2.137.53173>
2. Aghangu NP. Nursing Support to Families During Children's Palliative Care and After Bereavement of the Child. Thesis. 2012.
3. Oupra R, Griffiths R, Pryor J. Effect of A Community Based Rehabilitation Program on Outcomes for Stroke Survivors in Thailand. *J Health Science* 2008; 2(2).
4. Stadjuhar KI, Funk L, Wolse F, Crooks V, Roberts D, Williams AM, et al. Core Aspects of "Empowering" Caregivers as Articulated by Leaders in Home Health Care: Palliative and Chronic Illness Contexts. *Can J Nurs Res* 2011; 43(3):78-94.
5. Rastegar DA. Health Care Becomes An Industry. *Ann Fam Med* 2004; 2(1):79-83.
6. Levine C, Halper D, Peist A, Gould DA. Bridging Troubled Waters: Family Caregivers, Transitions, and Long-term Care. *Health Aff* 2010; 29(1):116-24. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2009.0520>
7. Depkes. Panduan Pelayanan Keperawatan di Rumah. 2006.
8. Goodman S, Rabow M, Folkman S. *Orientation to Caregiving-A Handbook for Family Caregivers of Patients with Serious Illness*. Caregivers Project/Osher Center for Integrative Medicine University of California, San Francisco: 2009.
9. Nomura M, Makimoto K, Kato M, Shiba T, Matsuura C, Shigenobu K, et al. *Empowering Older People with Early Dementia and Family Caregivers: A Participatory Action Research Study*. *Int J Nurs Stud* 2009; 46(4):431-41. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2007.09.009>
10. Anderson GF, Hussey PS. *Population Aging: A Comparison Among Industrialized Countries*. *Health Aff* 2000; 19(3):191-203. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.19.3.191>
11. Won CW, Fitts SS, Favaro S, Olsen P, Phelan EA. Community-based "Powerful Tools" Intervention Enhances Health of Caregivers. *Arch Gerontol Geriatr* 2008; 46(1):89-100. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2007.02.009>
12. Eisenberg A, Zeleznik J. *Care Planning for Pressure Ulcers in Hospice: The Team Effect*. *Palliat Support Care* 2004; 2(3):283-9. <https://doi.org/10.1017/s1478951504040374>
13. Hatter RA, Williford M, Dickens K. Nurturing and Working in Partnership with Parents During Transition. 2000.
14. Lowenstein AJ, May LF, Romano J. *Teaching Strategies for Health Education and Health Promotion: Working with Patient, Families, and Communities*. Jones and Bartlett Publishers 2009.
15. Petty M. Supporting Caregivers in Caring: Empowered to Disempowered and Back Again. *Creat Nurs* 2015; 21(2):69-74. <https://doi.org/10.1891/1078-4535.21.2.69>
16. Houts PS, Nezu AM, Nezu CM, Bucher JA. The Prepared Family Caregiver: A Problem-solving Approach to Family Caregiver Education. *Patient Educ Couns* 1996; 27(1):63-73. [https://doi.org/10.1016/0738-3991\(95\)00790-3](https://doi.org/10.1016/0738-3991(95)00790-3)
17. Cameron JI, Shin JL, Williams D, Stewart DE. A Brief Problem-solving Intervention for Family Caregivers to Individuals with Advanced Cancer. *J Psychosom Res* 2004; 57(2):137-43. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(03\)00609-3](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(03)00609-3)
18. Saeui W, Chintanadilok N, Sriussadaporn P, Sanasuttipun W. The Effects of An Empowerment Program on the Competence of Caregivers in Caring for Preschool Children with Acute Leukemia Undergoing Chemotherapy. *J Nurs Sci* 2009; 27(2):8-17.
19. Feinberg LF. *Family Caregivers: The Backbone of Long term Care*. National Center on Caregiving. 2001.
20. Triantafyllou J, Naiditch M, Repkova K, Stiehr K, Carretero S, Emilsson T, et al. *Informal Care in the Long-term Care System*. European Overview Paper 2010.
21. Cummings JE, Hughes SL, Weaver FM, Manheim LM, Conrad KJ, Nash K, et al. Cost-effectiveness of Veterans Administration Hospital-based Home Care. A Randomized Clinical Trial. *Arch Intern Med* 1990; 150(6):1274-80.
22. Friss BB, Norberg H, Strong P. Cost Analysis and Ethical Aspects of Hospital-based Home Care for Terminal Cancer Patient. *Scand J Prim Health Care* 1991; 9:259-64.
23. Bastable SB. *Nurse as Educator-Principles of Teaching and Learning for Nursing Practice*. Third Edition. Jones and Bartlett Publishers, Inc 2008.
24. Schumacher KL, Stewart BJ, Archbold PG, Dodd MJ, Dibble ZL. *Family Caregiving Skill: Development of the Concept*. *Res Nurs Health* 2000; 23(3):191-203. [https://doi.org/10.1002/1098-240x\(200006\)23:3<191::aid-nur3>3.0.co;2-b](https://doi.org/10.1002/1098-240x(200006)23:3<191::aid-nur3>3.0.co;2-b)
25. Wu CM. *Learning to be A Family Caregiver for Severely Debilitated Stroke Survivors during the First Year in Taiwan*. Dissertation, University of Iowa. 2009.
26. Moressi M. *Supporting Family Caregivers through Educational Training and Information Services from an Empowerment Perspective: A Literature Review*. Thesis 2010.
27. Bates B, Choi JY, Duncan PW, Glasberg JJ, Graham GD, Katz RC, et al. *Veterans Affairs/Department of Defense Clinical Practice Guideline for the Management of Adult Stroke Rehabilitation Care: Executive Summary*. *Stroke* 2005; 36(9):2049-56. <https://doi.org/10.1161/01.STR.0000180432.73724.AD>
28. Kovacs PJ, Bellin MH, Fauri DP. Family-centered Care: A Resource for Social Work in End-of-life and Palliative Care. *J Soc Work End Life Palliat Care* 2006; 2(1):13-27. https://doi.org/10.1300/J457v02n01_03
29. Hughes SL, Cummings J, Weaver F, Manheim L, Braun B, Conrad K. A Randomized Trial of the Cost Effectiveness of A Hospital-based Home Care for the Terminally Ill. *Health Serv Res* 1992; 26(6):801-17.
30. Noelker LS. *The Backbone of the Long Term Care Workforce Generations*; Spring, 25, 1, Academic Research Library 2001; 85.
31. Parellangi. *Pengaruh Pelayanan Home Care terhadap Tingkat Kemandirian Keluarga dalam Merawat Anggota Keluarga dengan Pascastroke di Kota Samarinda Provinsi Kalimantan Timur*. [Thesis] Program Pasca-Sarjana Universitas Padjadjaran Bandung 2012.
32. Tyrrell EF. *Nursing Contribution to the Rehabilitation of Older Patients: Patient and Family Perspectives*. Thesis 2010.
33. Talley RC, Crews JE. Framing the Public Health of Caregiving. *Am J Public Health* 2007; 97(2):224-8. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2004.059337>
34. Honkenstad MC, Kendall KA. *Gerontological Social Work: International Perspectives*. Haworth Press, Inc. 1988.
35. Trisnantoro L. *Memahami Penggunaan Ilmu Ekonomi dalam Manajemen Rumah Sakit*. Gajah Mada University Press. 2006.
36. Penrod JD, Kane RL, Finch MD, Kane RA. Effects of Post-hospital Medicare Home Health and Informal Care on Patient Functional Status. *Health Serv Res* 1998; 33(3 Pt 1):513-29.
37. London F. *No Time to Teach: The Essence of Patient and Family Education for Healthcare Providers*. Pritchett & Hull Associates, Inc. 2009.
38. Furuse M, Saeki K. The Supporting Process of Visiting Nurses in Japan for Facilitating the Independence of Family Caregivers in Caring for Medical Technology-dependent Relatives. *Journal of the Tsuruma Health Sci. Med. Kanazawa Univ* 2005; 29(2).

39. Funk LM, Stajduhar KL, Purkis ME. An Exploration of empowerment discourse within home-care nurses' accounts of practice. *Nurs Inq* 2011; 18(1):66-76. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1800.2010.00502.x>
40. Cameron JI, Gignac MAM. "Timing It Right": A Conceptual Framework for Addressing the Support Needs of Family Caregivers to Stroke Survivors from the Hospital to the Home. *Patient Educ Couns* 2008; 70(3):305-14. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2007.10.020>
41. Finkelman AW. *Psychiatric Home Care*, Aspen Publisher In 1997.
42. Perroca MG, Ek AC. Swedish Advanced Home Care: Organizational Structure and Implications of Adopting This Care Model in Brazilian Health Care System. *Rev Lat Am Enfermagem* 2004; 12(6):851-8. <https://doi.org/10.1590/s0104-11692004000600002>
43. Wilson TD. Models in Information Behavior Research. *Journal of Documentation* 1999; 55(3):249-70.
44. Schulz R, Sherwood PR. Physical and Mental Health Effects of Family Caregiving. *Am J Nurs* 2008; 108(9 Suppl):23-7.
45. Leeuwen MRV. *The Commercialisation of the Healthcare Sector: What is the Opinion of People towards the New System*. [Thesis] Erasmus University Rotterdam 2011.