**PENGARUH *DISCHARGE PLANNING* DAN PERMBERDAYAAN KELUARGA MODEL *HOMECARE SERVICE* DENGAN**

**PENDEKATAN *CONTINIUTY OF CARE* (*HCS-COC)***

**TERHADAP KUALITAS HIDUP**

**PASIEN STROKE ISKEMIK**

Ledia Restipa 1, Yulastri Arif 2, Donisnita 3

1 Keperawatan, STIKes Alifah Padang, Jl. Khatib Sulaiman No. 52B, Padang, 25134, Indonesia

*Email: lediarestipa@gmail.com*

2 Keperawatan, Unand, Limau Manis, Padang, 250000, Indonesia, 25000, Indonesia

*Email: yulastri@gmail.com*

3 Keperawatan, RSUP Dr. Mjami Padangl,Jln. Jati, Padang, 25000, Indonesia

*Email: dorisnita@gmai.com*

**Abstrak**

Pasien pasca stroke iskemik cendrueng memiliki gejala sisa yang dapat mempengaruhi fungsi fisik dan aktifitas sehari-hari pada pasien. Penelitian ini bertujuan untuk mempengetahui pengararuh pemberian *Discharge Planning* dan pembedayaan keluarga model *home care service* dengan pendekatan *continuity of care* (*Hcs-Coc*) terhadap kualitas hidup pasien stroke iskemik. Desain penelitian *quasi experimental,non equivalent,control group pretest dan posttest design*. Pengambilan sampel *convenience sampling* yang berjumlah 24 orang. Sampel yaitu pasien stroke iskemik. Uji statistik yang digunakan *wilxocon signed test* dan *mann whitney* *test*. Hasil uji statistik dengan nilai p=0.042(<0.005), artinya adanya pengaruh pada intervensi *Discharge Planning* rumah sakit dan pemberdayaan keluarga model *home care service* dengan pendekatan *continuity of care* (*Hcs-Coc*) pada pasien stroke iskemik, sedangkan pada intervensi *Discharge Planning* rumah sakit nilai p=0.875 artinya tidak ada pengaruh antara sebelum dan sesudah pemberian intervensi. Disarankan bagi perawat agar dapat memberikan *disharge planning* dengan baik pada keluarga pasien dalam memberikan dukungan keluarga terhadap pasien pasca perawatan stroke selain itu *disharge planning* juga diberikan pada pasien untuk dapat meningkatkan motivasi dan semangat hidup yang tinggi sehingga pasien tidak mengalami depresi

*.*

**Kata Kunci *:*** Kualitas hidup, pemberdayaan keluarga, stroke iskemik

***Abstract***

Quality of life in the health field such as patients suffering from stroke aims to restore physical function and daily activities in these patients. To improve the quality of life required family empowerment model homecare service with continuity of care at. Design quasi experimental research, nonequivalent, control group pretest and posttest design. Convenience sampling sampling amounted to 24 people. The sample of patients ischemic stroke after inpati.Uji statistic used wilxocon signed test. The results of the statistical tests that have been carried out illustrate that there is a quality of life after being given intervention in the Discharge Planning group of the hospital with quality of life after being given intervention in Discharge Planning group and family empowerment model of home care service with countiniuty of care (Hcs-Coc) approach in stroke patients Ischemic in, because the value of sig <0.05 (0.009 <0.005), means there are differences in the quality of life of patients with ischemic stroke using both methods given, both methods performed by medical personnel and approaches used by families of patients at home

***Keywords:*** life quality, family empowerment, ischemic stroke

# PENDAHULUAN

Kualitas hidup merupakan suatu penilaian seseorang tentang kehidupanya. 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 hubunganya dengan ketergantungan ADL (*Activity Daily Living*) dengan kualitas hidup seseorang (Anderson *et al*, 2005).

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Karakteristik**  **Responden** | ***Discharge***  ***Planning* rumah sakit (n=12)** | ***Discharge***  ***Planning* rumah sakit dan**  ***Hcs-Coc* (n=12)** | | |
| **f** | **%** | **f** | **%** | |
| Jenis Kelamin  Laki-laki  Perempuan | 4  8 | 33.3  66.7 | 3  9 | 25.0  75.0 | |
| Tingkat Pendidikan  SD  SMP  SMU  PT | 2  1  8  1 | 16.7  8.3  66.7  8.3 | 2  5  5  0 | 16.7  41.7  41.7  0 | |
| Umur  45-55  56-65  66-80 | 7  0  5 | 58.33  0  41.66 | 2  3  7 | 16.66  25.00  58.33 | |

Penderita meninggal akibat stroke mencapai 50% dalam kurun waktu 3 tahun, laju pertambahan 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, porsinya 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.

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. 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.

# METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan desain penelitian quasy experiment dengan rancanagn non-equivalen control group desain. Sampel penelitian 40 orang dibagi menjadi 10 responden kelompok ekpreimen dan 10 responden kontrol. Kuesioner yang digunakan kuesioner kualitas hidup *short-Form*-36. Analisa yang digunakan adalah anailisa univariar untuk mengentahui distribusi ferkuemsi dan analisa univariat menggunakan uji *Mann Withney*.

# HASIL DAN PEMBAHASAN

**Tabel 1. Distribusi frekuensi reposnden berdasarkan karakteristik.**

Berdasarkan tabel didapatkan bahwa kelompok yang diberikan intervensi*Discharge Planning* rumah sakit yang berjenis kelamin perempuan adalah 8 orang (66.7%) responden, sedangkan menurut tingkat pendidikan yang tertinggi yaitu SMU sebanyak 8 orang (66.7%) responden berpendidikan SMU,menurut umur responden adalah 45-55 sebanyak 7 orang (58,33%), sedangkan pada kelompok yang diberikan intervensi *Discharge Planning* rumah sakit dan pemberdayaan Keluarga model *homecare* *service* dengan pendekatan *continuity of care* (*Hcs-Coc*) didapatkan hasil bahwa 9 orang (75%) responden berjenis kelamin perempuan, sedangkan menurut tingkat pendidikan yang tertinggi yaitu 5 orang (41%) responden berpendidikan SMU dan SMP. Responden yang usia 45-55 sebanyak 2 orang (16.66%), umur 66-80 sebanyak 6 orang (58.33%).

**Tabel 2. Distribusi frekuensi kualitas hidup pasien stroke iskemik sebelum diberikan intervensi *discharge plaaning* rumah sakit.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kualitas Hidup** | **Mean** | **Standar Deviasi** |
| Fungsi Fisik  Peranan Fisik  Rasa Nyeri  Kesehatan Umum  Fungsi Sosial  Vitalitas  Kesehatan Mental  Peranan Emosi  Ringkasan Fisik & Mental  Kualitas Hidup | 21.91  5.33  16.33  3.38  19.00  6.33  14.00  6.25  3.41  96.41 | 5.61  1.49  0.96  2.96  1.30  2.69  3.51  1.19  1.37  11.18 |

Berdasarkan tabel didapatkan hasil analisis bahwa fungsi fisik mean 21.91 (SD 5.61), peranan fisik mean 5.33 (SD 1.49), rasa nyeri mean 16.33 (SD 0.96), kesehatan umum mean 3.38 (SD 2.96), fungsi sosial mean 19.00 (SD 1.30), vitalitas mean 6.33 (SD 2.69), kesehatan mental mean 14.00 (SD 3.51), peranan emosi mean 6.25 (SD 1.19), ringkasan fisik dan mental mean 3.41 (SD 1.37) serta kualitas hidup pada responden dengan nilai mean 96.41 (SD 11.18).

**Tabel 3. Distribusi frekuensi kualitas hidup pasien stroke iskemik sebelum diberikan intervensi *discharge plaaning* rumah sakit dan pemberdayaan keluarga model home care service dengan pendekatan *continuity of care* (Hcs-Coc) pada pasien stroke iskemik.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kualitas Hidup** | **Mean** | **Standar Deviasi** |
| Fungsi Fisik  Peranan Fisik  Rasa Nyeri  Kesehatan Umum  Fungsi Sosial  Vitalitas  Kesehatan Mental  Peranan Emosi  Ringkasan Fisik & Mental  Kualitas Hidup | 19.66  5.25  15.66  3.50  17.75  6.53  13.25  6.58  4.00  92.25 | 1.96  1.42  0.66  1.23  0.66  2.56  3.46  0.90  0.73  7.07 |

Berdasarkan tabel didapatkan hasil analisis bahwa fungsi fisik mean 17.5 (SD 3.91), pernan fisik mean 4.58 (SD 0.90), rasa nyeri mean 6.50 (SD 0.65), kesehatan umum mean 7.66 (SD 0.88), fungsi sosial mean 18.33 (SD 1.37), viatalitas mean 7.83 (SD 2.63), kesehatan mental mean 15.08 (SD 1.46), peranan emosi mean 19.25 (SD 1.99), ringkasan fisik dan mental mean 3.66 (SD 6.21) serta kualitas hidup pada responden dengan nilai mean 98.14 (SD 5.93).

**Tabel 4. Distribusi frekuensi kualitas hidup pasien stroke iskemik sesudah diberikan intervensi *discharge plaaning* rumah sakit.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kualitas Hidup** | **Mean** | **Standar Deviasi** |
| Fungsi Fisik  Peranan Fisik  Rasa Nyeri  Kesehatan Umum  Fungsi Sosial  Vitalitas  Kesehatan Mental  Peranan Emosi  Ringkasan Fisik & Mental  Kualitas Hidup | 22.41  5.41  16.25  3.91  19.00  6.33  14.08  6.16  3.41  97.00 | 5.80  1.44  1.33  2.80  1.30  2.81  3.51  1.16  1.37  11.83 |

Berdasarkan tabel didapatkan hasil analisis bahwa fungsi fisik mean 22.41 (SD 5.80), pernan fisik mean 5.41 (SD 1.44), rasa nyeri mean 16.25 (SD 1.33), kesehatan umum mean 3.91 (SD 2.80), fungsi sosial mean 19.00 (SD 1.30), vitalitas mean 6.33 (SD 2.81), kesehatan mental mean 14.08 (SD 3.51), peranan emosi mean 6.16 (SD 1.16), ringkasan fisik dan mental mean 3.41 (SD 1.37) serta kualitas hidup pada responden dengan nilai mean 97.00 (SD 11.83).

**Tabel 5. Distribusi frekuensi kualitas hidup pasien stroke iskemik sesudah diberikan intervensi *discharge plaaning* rumah sakit dan pemberdayaan keluarga model *homecare service* dengan pendekatan *continuity of care* (*Hcs-Coc*).**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Kualitas Hidup | Mean | Standar Deviasi |
| Fungsi Fisik  Peranan Fisik  Rasa Nyeri  Kesehatan Umum  Fungsi Sosial  Vitalitas  Kesehatan Mental  Peranan Emosi  Ringkasan Fisik & Mental  Kualitas Hidup | 17.25  4.8  16.50  7.66  18.33  7.83  15.08  19.25  3.66  98.14 | 3.91  0.90  0.65  0.88  1.37  2.63  1.46  1.99  6.21  5.93 |

Berdasarkan tabel didapatkan hasil bahwa fungsi fisik mean 17.25 (SD 5.91), pernan fisik mean 4.8 (SD 0.90), rasa nyeri mean 16.50 (SD 0.65), kesehatan umum mean 7.66 (SD 0.88), fungsi sosial mean 18.33 (SD 1.37), vitalitas mean 7.83 (SD 2.63), kesehatan mental mean 15.08 (SD 1.46), peranan emosi mean 19.25 (SD 1.99), ringkasan fisik dan mental mean 3.66 (SD 6.21) serta kualitas hidup pada responden dengan nilai mean 98.14 (SD 5.93).

**Tabel 6. Perbedaan kualitas hidup pasien stroke iskemik sebelum dan sesudah diberikan intervensi *discharge plaaning* rumah sakit dan pemberdayaan keluarga model *homecare service* dengan pendekatan *continuity of care* (*Hcs-Coc*).**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Variabel | Sebelm | Sesudah | | |  |
| Mean | Standar Mean  Deviasi | | Standar  Deviasi | | | P Value |  |
| Fungsi Fisik  Peranan Fisik  Rasa Nyeri  Kesehatan Umum  Fungsi Sosial  Vitalitas  Kesehatan Mental  Peranan Emosi  Ringkasan Fisik Mental  Kualitas Hidup | 21.91  5.33  16.33  3.38  19.00  6.33  14.00  6.25  3.41  96.41 | 3.91  0.90  0.65  0.88  1.37  2.63  1.46  1.99  1.37  5.93 | 22.41  5.41  16.25  3.91  19.00  6.33  14.08  6.16  3.41  97.00 | 5.80  1.44  1.33  2.80  1.30  2.81  3.51  1.16  1.37  11.8 | | | 0.832  0.891  0.836  0.944  0.877  0.942  0.046  0.464  1.000  0.875 | |

Berdasarkan tabel didapatkan hasil bahwa dimensi kesehatan mental mean 14.00 (SD 1.46) sebelum intervensi sedangkan mean 14.08 (SD 3.51) setelah diberikan intervensi dengan nilai p=0.046 artinya adanya perbedaan anatar sebelum dan sesudah intervensi. Secara umum kualitas hidup pasien stroke iskemik sebelum dan sesudah intervensi dengan uji statistik yang telah dilaksanakan dengan menggunakan uji *Mann-Whitney Test* mengambarkan tidak terdapat perbedaan kualitas hidup sesudah dan sebelum intervensi pasien stroke iskemik karena nilai sig > 005 (0.875>0,05) artinya kualitas hidup pasien tidak mengalami perubahan sebelum intervensi maupun sesudah diberikan intervensi *Discharge Planning* kepada pasien stroke iskemik.

**Tabel 7. Perbedaan kualitas hidup pasien stroke iskemik sebelum dan sesudah diberikan intervensi *discharge plaaning* rumah sakit dan pemberdayaan keluarga model *homecare service* dengan pendekatan *continuity of care* (*Hcs-Coc*).**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Variabel | Sebelm | Sesudah | | |  |
| Mean | Standar Mean  Deviasi | | Standar  Deviasi | | | P  Value |  |
| Fungsi Fisik  Peranan Fisik  Rasa Nyeri  Kesehatan Umum  Fungsi Sosial  Vitalitas  Kesehatan Mental  Peranan Emosi  Ringkasan Fisik Mental  Kualitas Hidup | 19,66  5,25  15,66  3,50  17,75  6,53  13,25  6,58  4,00  92.25 | 1,96  1.42  0.66  1.23  0.66  2.56  3.46  20.9  0.73  7,07 | 17,25  4,58  6,50  7,66  18,33  7,83  15,08  19,25  3,66  98,14 | 3,91  090  0,65  0,88  1,37  2,63  1,46  1,99  6.21  5,93 | | | 0.690  0.184  0.033  0.000  0.017  0.040  0.433  0.523  0.161  0.042 | |

Berdasarkan tabel didapatkan hasil bahwa kualitas hidup pasien stroke iskemik pada responden yaitu rasa nyeri mean 15.66 (SD 0.66) sebelun intervensi sedangkan sesudah intervensi mean 6.50 (SD 0.65) dengan nilai p=0,033 (p<0,05) terdapat perdedaan antara sebelum dan sesudah intervensi, terdapat perbedaan sebelum dan sesudah pada kelompok Intervensi dengan nilai p=0,000 pada kesehatan umum mean 3.50 (SD 1.23) sebelum intervensi sedangkan mean 7.66 (SD 0.88) sesudah intervensi. Pada fungsi sosial dengan nilai p=0,017 artinya adanya perbedaan sebelum dan sesudah pada kelompok Intervensi dengan mena sebelum intervensi 17.75 (SD 0.66) dan mean 18.33 (SD 1.37) sesudah intervensi, terdapat perbedaan vitalitas sebelum dan sesudah pada kelompok Intervensi secara bermakna p=0,040 (p<0,05) dengan mean sebelum 6.53 (SD 2.56) dan mean sesudah 7.83 (SD 2.63).

**Tabel 7. Perbedaan kualitas hidup pasien stroke iskemik sebelum dan sesudah diberikan intervensi *discharge plaaning* rumah sakit dan pemberdayaan keluarga model *homecare service* dengan pendekatan *continuity of care* (*Hcs-Coc*).**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Variabel | Sesudah Intervensi *Discharge Planning* rumah sakit | Sesudah Intervensi *Discharge Planning* rumah sakit dan Hcs-Coc | | |  |
| Mean Standar  Deviasi | Mean Standar  Deviasi | | P Value | | |  | |  |
| Fungsi Fisik  Peranan Fisik  Rasa Nyeri  Kesehatan Umum  Fungsi Sosial  Vitalitas  Kesehatan Mental  Peranan Emosi  Ringkasan Fisik Mental  Kualitas Hidup | 22.41 5.80  5.41 1.44  16.25 1.33  3.91 2.80  19.00 1.30  6.33 2.81  14.08 3.51  6.16 1.16  3.41 1.37  97.00 11.83 | 17,5  4,58  6,50  7,66  18,3  7,83  15,8  19,5  3,66  98,4 | 3,91  090  0,65  0,88  1,37  2,63  1,46  1,99  6.21  5,93 | 0.128  0.755  0.630  0.755  0.630  0.433  0.009  0.010  0.347  0.045 | | |  |

Berdasarkan tabel didapatkan hasil bahwa kualitas hidup pasien stroke iskemik pada responden yaitu kesehatan mental mean 14.08 (SD 3.51) sesudah intervensi *discharge planning* rumah sakit dan mean 15.08 (SD 1.46) sesudah intervensi *discharge planning* rumah sakit dan *Hcs-Coc* dengan nilai p=0.009 (<0.05) artinya terdapat perbedaan sesudah pada kedua kelompok intervensi, peranan emosi mean 6.16 (SD 1.16) sesudah intervensi *discharge planning* rumah sakit dan mean 19.25 (SD 1.90) sesudah intervensi *discharge planning* rumah sakit dan *Hcs-Coc* dengan nilai p=0.010 (<0.05) artinya terdapat perbedaan sesudah pada kedua kelompok intervensi.

Hasil uji statatistik *Mann-Whitney Test* Perbedaan Kualitas Hidup Sesudah dan Sesudah Intervensi Pasien Stroke Iskemik diperoleh hasil bahwa nilai sig˃0.05 yaitu 0,875 artinya tidak terdapat perbedaan kualitas hidup sesudah dan sesudah pada kelompok intervensi *discharge planning* rumah sakit pada pasien stroke iskemik, dengan memberikan *Discharge Planning* rumah sakit kepada pasien stroke Iskemik tidak merubah pola dan tingkah laku pasien stroke Iskemik.

Proses *Discharge Planning* harus dilakukan secara komprehensif dan melibatkan multidisiplin, mencakup semua pemberi layanan kesehatan yang terlibat dalam memberi layanan kesehatan kepada pasien (Perry & Potter, 2006). *Discharge Planning* tidak hanya melibatkan pasien tapi juga keluarga, teman-teman, serta pemberi layanan kesehatan dengan catatan bahwa pelayanan kesehatan dan sosial bekerja sama (The Royal Marsden Hospital, 2004). Proses *Discharge Planning* harus dilakukan secara komprehensif dan melibatkan multidisiplin, mencakup semua pemberi layanan kesehatan yang terlibat dalam memberi layanan kesehatan kepada pasien (Perry & Potter, 2006). *Discharge Planning* tidak hanya melibatkan pasien tapi juga keluarga, teman-teman, serta pemberi layanan kesehatan dengan catatan bahwa pelayanan kesehatan dan sosial bekerja sama (Nixon et al, 1998 dalam The Royal Marsden Hospital, 2004).

# Hasil penelitian yang berbeda ditemukan oleh Hariyati, 2004, dimana terdapat pengaruh yang signifikan antara dilakukan discharge planning dengan kualitas hidup pasien. (p= 0.018). berbeda juga dengan penelitian yang dilakukan oleh Upik rahmi, 2011 dimana ditemukan bahwa terdapat pengaruh yang signifikan antara dilakukan discharge planning dengan kualitas hidup pasien (p= 0.001). Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak ada pengaruh discharge planning yang dilakukan oleh perawat terhadap kesiapaan pasien stroke iskemik menghadapi pemulangan, oleh karena itu perlu dilakukan penelitian selanjutnya untuk mempersiapkan pasien menghadapi pemulangan khususnya pada pasien Operatif.

Kualitas hidup pasien stroke iskemik pada responden yaitu perana fisik tedapat perbedaan antar sesudah dan sesudah yaitu 0,184,terdapat perdedaan rasa nyeri antara sesudah intervensi *discharge planning* dan sesudah intervensi intervensi *discharge planning* dan pemberdayaan keluarga model home *care service* dengan pendekatan *continiuty of care* secara bermakna dengan nilai p=0,033 (p<0,05). Terdapat perbedaan kesehatan umum sesedah dan sesudah pada kelompok Intervensi secara bermakna berdasarkan dengan nilai p=0,000, terdapat perbedaan fungsi sosial sesudah dan sesudah pada kelompok Intervensi secara bermakna berdasarkan nilai p=0,017. Terdapat perbedaan vitalitas sesudah dan sesudah pada kelompok Intervensi secara bermakna p=0,040 (p<0,05), terdapat perbedaan kesehatan mental sesudah dan sesudah pada kelompok Intervensi secara bermakna berdasarkan nilai p=0,433 dan terdapat perbedaan ringkasan fisik sesudah dan sesduah pada kelompok Intervensi dengan nilai p=0,161

Hasil uji statatistik *Mann-Whitney Test* Perbedaan Kualitas Hidup Sesudah dan Sesudah pada Kelompok Intervensi Pasien Stroke Iskemik,diperoleh hasil bahwa nilai sig<0.05 (0.042<0.05) artinya terdapat perbedaan kualitas Hidup Sesudah dan Sesudah pada Kelompok Intervensi Pasien Stroke Iskemik, dengan memberikan perlakuan kepada pasien stroke Iskemik memberikan perubahan terhadap pola dan tingkah laku pasien stroke Iskemik.

Kualitas hidup:fungsi sosial (FS), pasien stroke iskemik, didapatkan bahwa sesudah intervensi mean 18,33 (SD1,37) sedangkan sesudah intervensi mean 17,75 (SD0,66) dengan nilai p=0,017 (p<0,05). Berkurangnya aktivitas waktu luang akan menyebabkan isolasi sosial, perubahan afek/mood, dan berpengaruh buruk terhadap hubungan antar pasien dengan keluarga, Gangguan psikologis non spesifik, depresi, kecemasan. Depresi mempunyai dimensi perubahan pada mood, afektif, kognitif, behavioral, neurovegetatif. Perubahan mood pada depresi berupa kesedihan daan kehilangan kemampuan untuk bergembira. Kecemasan sering didapatkan pada orang depresi.

Hasil analisis data berkaitan dengan perbedaan kualitas hidup sesudah intervensi *Discharge Planning* rumah sakit dan sesudah diberikan intervensi *Discharge Planning* dan pemberdayaan keluarga model *home care service* dengan pendekatan *continuity of care* (*Hcs-Coc*) pada pasien stroke iskemik, hasil uji statistik wilcoxon mengambarkan bahwa nilai sig<0.05 (0.045<0.05) terdapat perbedaan kualitas hidup sesudah dan sesudah diberikan intervensi *Discharge Planning* dan pemberdayaan keluarga model *home care service* dengan pendekatan *continuity of care* (*Hcs-Coc*) pada pasien stroke iskemik.

Hasil analisis diatas mengambarkan ada perbedaan kualitas hidup pasien stroke sesudah dan sesudah diberikan perlakuan, dengan adanya aturan-aturan yang jelas dan terstruktur sehingga pasien-pasien dapat menjalankan terapi tepat waktu dan prosedur yang jelas, tetapi di kelompok kontrol tidaknya terapi yang diberikan sehingga pasien di dalam mendapatkan perawat apa adanya karena tidak diterapkan metode-metode dalam pelaksanaan pengobatan. Hasil temuan ini memberikan suatu pandangan baru bahwa dengan melakukan intervensi kepada pasien stroke Iskemik dapat meningkatkan kualitas hidup, dan begitu juga dengan keluarga dirumah setelah pasien pulang keluarga dapat melakukan terapi sendiri dirumah, walaupun tenaga medis tidak ada yang mendampinggi, perawatan home care diberikan buku modul kepada keluarga yang merawat sehingga keluarga dapat mempedomani perawatan pasien di rumah sesuai dengan aturan dan prosedur yang ada di dalam modul yang telah disediakan

Perawatan kesehatan di rumah merupakan salah satu jenis perawatan jangka panjang (*long term care*) yang dapat diberikan oleh tenaga profesional maupun non profesional yang telah mendapatkan pelatihan. Perawatan di rumah merupakan salah satu bentuk pelayanan kesehatan adalah suatu komponen rentang pelayanan kesehatan yang berkesinambungan dan komperensif yang diberikan kepada individu dan keluarga di tempat tinggal mereka dengan tujuan meningkatkan, mempertahankan atau memulihkan kesehatan, serta memaksimalkan tingkat kemandirian dan meminimalkan akibat dari penyakit terminal.

Menurut Stuart (2005) menjabarkan perawatan kesehatan di rumah sebagai bagian dari proses keperawatan di rumah sakit, yang merupakan kelanjutan dari perencaan pulang (*discharge planning*), bagi klien yang sudah waktunya pulang dari rumah sakit. Sherwen (1991) mendefenisikan perawatan kesehatan di rumah sebagai bagian integral dari pelayanan keperawatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu individu, keluarga dan masyarakat mencapai kemandirian dalam menyelesaikan masalah kesehatan yang mereka hadapi.

# SIMPULAN

Kualitas hidup sesudah diberikan intervensi *discharge planning* dan pemberdayaan keluarga model *homecare service* dengan pendekatan *continuity of care* (*Hcs-Coc*) pada pasien stroke iskemik lebih baik dibandingkan dengan sebelum diberikan intervensi *discharge planning* dan pemberdayaan keluarga model *homecare service* dengan pendekatan *continuity of care* (*Hcs-Coc*) pada pasien stroke iskemik.Kualitas hidup sesudah diberikan intervensi *discharge planning*  ruamh sakit pada pasien stroke iskemik lebih baik dibandingkan dengan sesudah diberikan intervensi *discharge planning* dan pemberdayaan keluarga model *homecare service* dengan pendekatan *continuity of care* (*Hcs-Coc*) pada pasien stroke iskemik.

# UCAPAN TERIMAKASIH

# Pada kesempatan ini peneliti mengucapkan terima kasih kepada ketua STIKes Alifah padang, Direktur RSUP Dr. M, Djamil padang dan semua pihak yang terlibat dalam penelitian ini sehingga penelitian ini berjalan dengan lancer.

# DAFTAR PUSTAKA

Almborg. HA (2010). *Discharge after stroke-importan factor for health. Realeted Quality of Life. Journal of clinical nursing. 8*

Anderson, C, Laubscher, S & Burns, R. (2005) *Validation of the short form 36 (SF-36) health survey questionnaire among stroke patients*. Journal of Stroke.

Australian Health Outcomes Collaboration. (2005). *SF-36 Health Survey (Version 1.0)*. Instrument review. AHOC.

Brazier, J. E & Weslake, I. (1992). *Validating the SF-36 health survey questionnaire*: New outcome measure for primary care. British Medical Journal.

Carod, A. J. F & Egido, A. J. (2009). *Quality of life after stroke: The importance of a good recovery*. Department of Neurology Sarah Hospital, The Sarah Network of Rehabilitation Hospitals. Brasilia, Brazzil; Stroke Unit, Department of Neurology, San Carlos Hospital, Madrid, Spain.

Carod, A.J.F, Egido, & De Seijas, E.V. (2000). *Quality of life among stroke survivors evaluated 1 year after strok*. Experiences of stroke unit. *Journal of stroke*.

Carpenito, (2009). Diagnosis *Keperawatan Aplikasi pada Praktik Klinis*. Jakarta: EGC.

Cartlidge Alison & Ashley Hanna. (2009). *An introductory overview of ITIL v3*. The UK Chapter : SMF

Chin-Jung Lin. (2010). *Discharge Planning*. International Journal Of Gerontology.

Dahlan Sopiyudin, M. (2011). *Statistikuntuk Kedokteran dan Kesehatan: Deskriptif, Bivariat, dan Multivariat.*Edisi 5.Jakarta :SalembaMedika.

Dai Shifan. (2006). Longitudinal *Analysis of Changes in Indices of Obesity From Age 8 Years to Age 18 Years*.Project Heart Beat. American *Journal of Epidemiology*.

De Haan R & Van Crevel H. (2002). *Measuring quality of life in stroke*. Stroke.

Demet U & Selcuk M. (2008). *Comparison of SF-36 and WHO QOL-100 in patients with stroke*. Neurologic India. Vol 56

Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat. (2015). *Profil Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat*. Padang.

Depkes RI.(2002). *Pembangunan Kesehatan Masyarakat di Indonesia*. Jakarta: Depkes RI.

Depkes.RI. (2006). *Pedoman Penyelenggara Upaya Keperawatan Kesehatan Masyrakat di Puskesmas*. Jakarta.

Discharge Planning Association. (2008). *Discharge Planning.* Diakses dari <http://]ww.dischargeplanning.org.au/index.htm> pada tanggal 10 Desember 2016.

Driscoll A. (2000). *Managing post discharge care at home: on analysis of patients and their carers Perception of information received during their stay in hospital*. Journal of advanced Nursing*.*

Dorman HJD, Deans SG. (2000). *Antimicrobial agents from plants* : antibacterial activity of plant volatile oils.

Efendi. N. (2012). *Dasar-dasar Keperawatan Kesehatan Masyarakat,* Jakarta, Penerbit Buku Kedokteran EGC.

Exel van NJA & Koopmanschap MA. (2004). *Assesment of post-stroke quality of life cost-effectiveness studies:* The usefulness of Barthel Index and Euro QoL-5D.

Farquhar.M. (1995). *Definition of Quality of Life*. *Journal of Advanced Nursing*.

Fatimah, M.(2009). *Proses Terjadinya Serangan Jantung dan Stroke*. Jakarta : PT. Gramedia Pustaka Utama.

Fayers, Peter M dan Machin. Davin. (2007). *Quality Of Life*. Englang: John Wiley & Sons Ltd.

Feigin. V. (2009). *Stroke Panduan bergambar tentang pencegahan dan pemulihan stroke.* Jakarta: PT Buana Ilmu Populer.

Ferrans CE & Powers MJ (2001). Quality of life index: development and psychometric properties. *Advances in Nursing Science, 8(1),* 15-24.

Friedman, Marilyn. (2010)*. Keperawatan Keluarga*. Jakarta. Yayasan Bina Pustaka.

Harmaini, F. (2006). *Uji Keandalan dan Kesahihan Formulir European Quality of Life-5 Dimensions (EQ-5D) untuk Mengukur Kualitas Hidup Terkait Kesehatan pada Usia* Lanjut di RSUPNCM. Indonesia. Universitas Indonesia. Tesis

Harsono. (1999). *Buku Ajar Neurologi Klinis*. Yogyakarta. Penerbit Gajah Mada University Press

Hariyati, dkk. 2004. *Pengaruh Manajemen Stres Terhadap Kesiapan Pasien Stroke Dan Keluarga Dalam Merencanakan Perilaku Adaptif Pasca Perawatan Di Rumah Sakit.*Jurnal.

Hart And Stroke Foundation. (2010). *A Perfect Strom Of Heart Disease Looming On Our Horizon*. 8 Desember 2015.www.heartndarstroke.com

Hermann BP. (2001). *Developing a model of quality of life in epilepsy* : the contribution of neuropsychology. Epilepsia. 34 (suppl),: 14-21

Hellen W. (2007). *Altered living: coping, hope and quality of life after stroke*. British Journal of Nursing. Vol 16 No.20

Jones, L, & Morris, R. (2012). *Experiences of adult stroke survivors and their parent carers: A* qualitative *study. Clinical Rehabilitation* Journal, 27(3), 272–280, DOI: 10.1177/0269215512455532

Jaracz K & Kozubski W .(2003). *Quality of Life in stroke patients. Acta Neurologica Scandinavica*. Volume 107, Issue 5. Pages 311–386

Junaidi, I, (2004), *Panduan Praktis Pencegahan dan Pengobatan Stroke*, PT Bhuana Ilmu Populer Kelompok Gramedia, Jakarta.

Karen A, Grimer, John RM, & Tiffani KG. (2000). *Discharge planning quality from the carer perspective*. Quality of research*.* 9: 1005-1013

Kellet, N, Drummond, A. ER, Palmer, T, Munshi, S.,Lincoln, N.B. (2014). *Impact of transient ischemic attack and minor stroke on daily life*. International Journal of Therapy and Rehabilitation. 21(7); 318-323.

Kelly-Hayes M, Beiser A, Kase CS, Scarramucci A, DA Gustino RB, & Wolf PA. (2003). *The influence of gender and age on disability following ischemic stroke, the framingham study.* Journal Stroke cerebrovascular*.* 12: 119-126

Kumar, P, & Clark, M. L. (2006). *Clark's Clinical Medicine* (6th Edition ed.). *Elsevier*.

Kozier, B., et.al. (2004). *Fundamental of Nursing: Concepts, Process, and Practice*. 7th Ed. New Jersey: Pearson Education.

King RB. (2000). *Quality of life after stroke.* 27 : 1467-1472.

Lewis. (2007). *Medical surgical nursing.* 7 the edition. St. Louis Missouri. Mosby Year Book. Inc

Lu, M.C, Yu, S., Chen, I.J, Wang, K.W, Wu, H.F, Tang, F.I. (2011). *Nurses' knowledge of high-alert medications:* A randomized controlled trial*.* Nurse Education To day 33 24–30. doi:10.1016/j.nedt.2011.11.018

Marlina, Yuli. (2010). *Gambaran Faktor Risiko pada Penderita Stroke Iskemik di RSUP H. Adam Malik Medan*, Tersedia: http:// repository. usu. ac.id/handle/ 123456789/31212

Medical Mutual of Ohio. (2008). *Discharge Planning Guidlines.*Diakses darihttp://www.medmutual.com/proviver/resources/hospitalservices/dischargeplanning.aspx

Misbach J. (2011). *Stroke, Aspek Diagnostik, Patofisiologi, Manajemen*. Jakarta. Badan Penerbit FKUI

Notoadmodjo, Soekidjo. (2003). *Ilmu Kesehatan masyarakat*. Jakarta : PT. Rineka Cipta

Nursalam. (2007). *Konsep Manajemen Keperawatan: aplikasi dalam praktik keperawatan*.Edisi 2, Jakarta : Salemba Medika

O’Brien, James A. (2011). *Introduction to Information System*. Edisi ke-11. Mc Graw Hill Companies, Inc

Owolabi, OM. (2009). *Which is more valid for stroke patients: Generic or stroke‑  
specific quality of life measures Neuro epidemiology*;34(1):8-12.

Ostwald, S.K., Hearsch, G., Kelley, C., & Godwin, K.M. (2008). *Evidence-Based Educational Guidelines for Stroke Survivors After Discharge Home. Journal NeurosciNurs,*40(1),173.191.http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2743441/pdf/nihms-07369.pdf.

Pearsons, Talcot. (2004). The Social System. Routledge is an imprint of Taylor & Francis, an informa company

Perdossi. (2013). *Standar pelayanan medik*. Jakarta: Perdossi. Tersedia dari: http://kniperdossi.org/ (Diakses 18 September 2016).

Potter & Perry. (2006). *Buku Ajar fundamental Keperawatan, konsep, Proses, dan praktik*. Edisi 4. Jakarta : EGC

Pradanasari Rosiana. (2011). *Rehabilitasi Stroke pada Pelayanan KesehatanPrimer*. Universitas Indonesia Diambil dari internet dengan alamat dihttp:// repository.l ibrary. uksw. edu/bitstream /handle/123456789/2751/T1123432.htm Diambil pada tanggal 9 April 2015.

Price, S. A. dan Wilson, L. M. (2006), *Patofisiologi : Konsep Klinis Proses-roses* *Penyakit,* Volume ke-2, Edisi 6, Penerbit Buku Kedokteran, EGC

RAND. (2009). *Scoring instructionfor the 36 itemSF-36*. http:// www rand. org/ health/ survey\_tools/\_mos/mos.core36itemscoring.htm. 15 Oktober 2016.

Rahmi. Upik. (2011). *Pengaruh Discharge Planing Terstruktur Terhadap Kualitas Hidup Pasien Stroke Skemik di RSUD AL Ihsan Dan RS Al Islam Bandung*. *Tesis.* Universitas Indonesia

Ramlah. (2011). Hubungan Pelaksanaan Tugas kesehatan dan Dukungan Keluarga dengan Pengabdian Lansia di Wilayah Kerja Puskemas Kassi-kasii Makasar. Tesis. Universitas Indonesia

Riskesdas Indonesia. (2013). Jakarta: Kementerian Kesehatan.

Ronning MO. Knut Stavem, (2006). *Determinants of change in quality of life from 1 to 6 month following acute stroke*. Helse Ost Health Services Research Centre,Department of Neurology, and Medical Department, Akershus University Hospital, Lørenskog, Norway

Rosdiana, N. (2012). *Pengaruh Latihan Ns.-OMTs:Blowing Pipe terhadap Kemampuan Komunikas Verbal Pasien Stroke Dengan Dysarthria di RSUD Banjar, Ciamis dan Tasikmalaya.* Tesis.Depok.Fakultas Ilmu Keperawatan. Universitas Indonesia

Rodwell CM. (2006). *An analysis of the concept of empowerment*.J. Adv. Nurs. 23(2):305-313.

Schnipper. (2006). *Role of Pharmacist Counseling in Preventing Adverse Drug Events After* Hospitalization*,*Arch. Intern. Med, 166:565-571.

Smeltzer, S.C & Bare, B.G. (2002). *Buku Ajar KeperawatanMedikalBedah Brunner danSuddarth*.Volume3.Jakarta : EGC

Sherwen, L.N., et al. (1991). *Nursing Care of the Childbering Family*. Second edition.Norwalk Connechout

Slaganfall. (2004). *The Swedish council on technology assessment in health care*

Shinohara Y (2010) *Factors Affecting health-related quality of life assessed with the SF-36 health survey in outpatients with chronic-stage ischemic stroke in japan*. *Cerebrovasc Dis. ;29(4):361-71.*

Shyu LYI, Chen MC, Chen CS, Wang SP, & Shao JH. (2008). *A family caregiver-oriented discharge planning program for older stroke patients and their family caregivers*. *Journal of Clinical Nursing. 17: 2497-2508*

Sofyandi, Herman. (2001). *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Penerbit: Graha Ilmu, Yogyakarta.

Sommerfeld KD. (2001). *Disability test 10 days after hall acute stroke to predict early discharge home in patients 65 years and older*. Clinical Rehabilitation. 15:528-534

Stuart, Gavil & Lariaci. (2005). *The principle and practice of pyschiatric nursing ed 8*. Elsevier Mosby, Louis Missouri

Susilaningsih, F.S. (2008). *Hospital. Based Home Care Sebagai Model Keutuhan dan Kesinambungan Pelayanan Kesehatan RS Komunitas*, http:// franciscasri. wordpress. com/2008/08/02/hospital%E2%80%93-based-home-care-sebagai-model-keutuhan-dan-kesinambungan pelayanan-kesehatan-rs-komunitas/

Swansburg, R.C. (2000). *Kepemimpinan dan manajemen keperawatan untuk perawat klinis*,Alih Bahasa Suharyati Samba. Jakarta: EGC.

The Royal Marsden Hospital manual of clinical nursing procedures Material Type Book Language English .004 Edition 6th ed. Physical Description xxvi, 870 p

Utami, P. (2009). *Solusi Sehat Mengatasi Stroke*. Jakarta : Agromedia Pustaka.

Wahl N. (2006). Orthodontic in 3 Millenia .Chapter 7 : *Facial Analysis before the Advent ofFacial Esthetics in Adolescent*, Am J Orthod Dentofac Orthop , 127 :293-8

Ware JE, Sherbourne CD. (2006). *The MOS 36-item short-form health survey (SF36)*:1. Conceptual framework and item selection. Med Care :30:473-83.

WHO.(2007). *Development of The Wold Health Organization Quality of Life Instrument (The WHOQOL)*.

WHO. (2005). *WHO STEPS Stroke manual*. diunduh 2 April2015 dari http:// www. who. *int*/chp/steps/Manual.pdf.

Williams LS. (2000). *Health-related quality of life outcomes in stroke.* Neuroepidemiology: 17;116-20