



**MODUL KEPERAWATAN HOSPICE HOME CARE
(NSA 632)**



Universitas
Esa Unggul
YULIATI, SKp.,MM., MKep

**UNIVERSITAS ESA UNGGUL
TAHUN 2020**

PENERAPAN PELAYANAN HOSPICE HOME CARE

A. Kemampuan Akhir Yang Diharapkan

Setelah mempelajari modul ini, diharapkan mahasiswa mampu :

1. Memahami penerapan hospice home care
2. Mengidentifikasi faktor yang berpengaruh dalam meningkatkan kualitas hidup klien dan harapan klien selama mendapatkan asuhan keperawatan hospis atau *homecare*

B. Uraian

1. PERAWATAN KLIEN YANG DILAKSANAKAN DI RUMAH ATAU *HOME CARE*

- Apa yang disebut dengan **HOSPICE**

Hospice adalah perawatan klien terminal (stadium akhir) dimana pengobatan terhadap penyakitnya tidak diperlukan lagi (dokter sudah angkat tangan). Perawatan ini bertujuan meringankan penderitaan dan rasa tidak nyaman dari klien, berlandaskan pada aspek bio-psiko-spiritual.

HOSPICE HOME CARE

➔ merupakan pelayanan / perawatan klien kanker terminal (stadium akhir) yang dilakukan di rumah klien setelah dirawat di rumah sakit dan kembali ke rumah.

Tujuannya:

- Meringankan klien dari penderitaannya, baik fisik (misalnya rasa nyeri, mual, muntah, dll), maupun psikis (sedih, marah, khawatir, dll) yang berhubungan dengan penyakitnya.
- Memberikan dukungan moral, spiritual maupun pelatihan praktis dalam hal perawatan klien bagi keluarga klien dan perawat.
- Memberikan dukungan moral bagi keluarga klien selama masa duka cita.

KRITERIA KLIEN HHC

- Klien kanker stadium terminal (stadium ditentukan oleh dokter onkologi).
- Ada permintaan dari klien dan keluarga berdasarkan kebutuhan bio-psiko-sosial-spiritual.

- Ada perawat (care giver) di rumah klien.

TIM PELAKSANA HHC

Tim pelaksana HHC-YKI terdiri atas dokter, perawat, pekerja sosial dan relawan.

Anggota Tim Pelaksana HHC ini akan mengadakan kunjungan berkala ke rumah klien dan memberi petunjuk kepada perawat cara merawat klien. Mereka telah memiliki pengetahuan mengenai Hospice dan cara-cara perawatan klien sesuai bidang tanggung jawab masing-masing. Hospice care menurutnya adalah program paliatif yang efektif untuk klien sakit parah dan keluarga mereka. "Program hospice adalah pelayanan paliatif yang suportif dan terkoordinasi, bisa disiapkan di rumah atau RS dengan memberi pelayanan fisik, psikologis, sosial dan spiritual untuk klien yang menunggu ajal dan keluarganya.

Untuk meringankan penderitaan orang-orang yang divonis tak lagi berumur lama, berbagai fasilitas kesehatan menyediakan perawatan paliatif. Ada beberapa jenis perawatan paliatif, yang paling disarankan bagi klien dengan penyakit parah adalah hospice care, pada kebanyakan klien yang tak bisa disembuhkan saat diagnosis, pengobatan lebih bertujuan untuk memperpanjang harapan hidup daripada mengobati.

Kualitas hidup menjadi masalah penting dalam pengalaman para pengidap penyakit kanker yang telah berhasil mengendalikan penyakitnya dan memperpanjang masa hidup yang harus dilaluinya (Ersek, Ferrel, Dow, & Melancon, 1997). Ironisnya, tidak banyak yang peduli dengan tingkat kualitas hidup mereka selama menghabiskan sisa hidupnya (Stetz, 1998). Pengalaman lapangan menunjukkan banyak klien mengeluh dan mengemukakan harapan yang ingin didapatkan selama klien diberikan pelayanan. Dengan dilakukan penelitian ini diharapkan dapat dikembangkan model intervensi keperawatan yang dapat meningkatkan kualitas hidup klien pengidap kanker

Penurunan angka kematian akibat penyakit kanker dan sifat kronik dari penyakit ini telah menimbulkan kecenderungan banyak klien tidak dirawat di rumah sakit melainkan pada pelayanan hospis atau *homecare*. Perawatan hospis dan *home care* diberikan oleh tim multi disiplin kesehatan dimana seorang perawat menjadi koordinatornya. Para klien pengidap kanker yang dirawat di hospis atau *homecare* masih tetap menjadi populasi berisiko dimana kebutuhan akan kesehatannya memerlukan perhatian jangka panjang (Ferrel & Dow, 1997).

Ironisnya, tidak banyak yang peduli dengan tingkat kualitas hidup mereka yang menghabiskan sisa hidupnya di hospis atau *homecare* ini (Stetz, 1998).

Kualitas hidup merupakan masalah yang penting dalam pengalaman para pengidap penyakit kanker yang telah berhasil mengendalikan penyakitnya dan memperpanjang masa hidup yang harus dilaluinya (Ersek, Ferrel, Dow, & Melancon, 1997). Masalah kualitas hidup bagi klien dengan penyakit kanker meliputi efek fisiologis, masalah keluarga dan sosial, pekerjaan atau aktifitas harian serta distress spiritual (Dow, Ferrel, Haberman, & Eaton, 1999). Kualitas hidup juga dilihat dari berbagai aspek dalam tujuh kategori yaitu gejala fisik seperti nyeri; kemampuan fungsional seperti aktifitas; kesejahteraan keluarga; kesejahteraan emosi; kepuasan akan terapi meliputi masalah finansial; seksualitas dan keintiman termasuk citra tubuh; dan fungsi sosial (Cella, 1998).

Perawatan klien yang dilaksanakan di rumah atau *homecare* adalah pelayanan kesehatan kepada klien pengidap kanker yang pada umumnya bersifat paliatif dan berfokus pada kesejahteraan klien. Pendekatan holistik merupakan aspek yang paling penting dalam pelayanan ini dimana tiga komponen individual yang terdiri dari tubuh, jiwa, dan semangat hidup saling mendukung. Oleh karena itu, jika salah satu komponen tubuh terganggu maka akan terjadi ketidak harmonisan pada dua komponen yang lain. Asuhan fisik adalah pelayanan yang diberikan untuk mempertahankan kesejahteraan fisik. Rasa nyeri, status cairan dan nutrisi merupakan dimensi penting dalam asuhan fisik dimana klien pengidap kanker sering mengalami gejala kanksia, dan serostomia sebagai akibat ketidak seimbangan status cairan dan nutrisi (Brant, 1998). Asuhan psikososial termasuk pelayanan untuk mempertahankan keseimbangan hubungan dan komunikasi dengan keluarga. Selain itu, terjadinya depresi sebagai manifestasi ketidak seimbangan psikososial termasuk dalam asuhan psikososial

Perawatan klien yang dilaksanakan di rumah atau *homecare* adalah pelayanan kesehatan kepada klien pengidap kanker yang pada umumnya bersifat paliatif dan berfokus pada kesejahteraan klien. Pendekatan holistik merupakan aspek yang paling penting dalam pelayanan ini dimana tiga komponen individual yang terdiri dari tubuh, jiwa, dan semangat hidup saling mendukung. Oleh karena itu, jika salah satu komponen tubuh terganggu maka akan terjadi ketidak harmonisan pada dua komponen tsb.

Asuhan fisik adalah pelayanan yang diberikan untuk mempertahankan kesejahteraan fisik. Rasa nyeri, status cairan dan nutrisi merupakan dimensi penting dalam asuhan fisik dimana klien pengidap kanker sering mengalami gejala kaheksia, dan serostomia sebagai akibat ketidak seimbangan status cairan dan nutrisi (Brant, 1998). Asuhan psikososial termasuk pelayanan untuk mempertahankan keseimbangan hubungan dan komunikasi dengan keluarga. Selain itu, terjadinya depresi sebagai manifestasi ketidak seimbangan psikososial termasuk dalam asuhan psikososial.

Perawatan di hospis atau *homecare* bertujuan untuk mempertahankan konsep paripurna dan individualistik meliputi perawatan fisiologis, psikologis, sosial, kultural, dan spiritual. Jenis pelayanan ini diharapkan dapat mempertahankan pola hidup klien sebelumnya sehingga dapat mempertahankan kondisi kualitas hidup klien sesuai dengan harapannya (McMillan & Weitzner, 2000). Pengukuran kualitas hidup sangat tergantung pada penelitiannya, namun pada umumnya, kualitas hidup diukur berdasarkan kepuasan klien terhadap domain kehidupan meliputi fisik, fungsional, sosial, spiritual, psikologis, dan ekonomi (Cohen et al, 1997). Di Indonesia, perawatan hospis atau *homecare* merupakan hal yang baru bagi klien pengidap kanker. Di Jakarta khususnya, pelayanan hospis telah diberikan pada klien pengidap kanker yang sedang menghadapi fase terminal namun masih menjadi suatu pengalaman yang jauh dari harapan klien itu sendiri. Hal ini terlihat pada kenyataan dimana klien mengeluh minimnya upaya untuk memenuhi harapan mereka.

2. Pengembangan model pelayanan home care dengan mengukur kualitas hidup, adaptasi, penyesuaian, atau perubahan kehidupan sebagai hasil atau keluaran dari aspek psikososial (Zebrack, 2000).

Kualitas hidup merupakan konsep yang telah menarik perhatian para profesional pada beberapa tahun terakhir ini, namun belum ada kesepakatan tentang definisi yang baku dan pengukuran yang standar (King et al, 1997). Klien pengidap kanker pada umumnya menaruh harapan yang tinggi terhadap pelayanan kesehatan yang diterimanya dan akan memberikan dampak positif terhadap penyakitnya. Namun, pada penelitian ini ditemukan jumlah klien yang menaruh harapan tinggi sama besarnya dengan jumlah klien yang menyatakan memiliki harapan yang rendah terhadap pelayanan yang diterimanya. Hal ini menunjukkan bahwa kondisi penyakit yang didap klien tidak memiliki kepastian akan hasil pelayanan yang diterimanya. Hasil riset temuan John (2001) yang menjelaskan klien penerima terapi

radiologik yang bersifat kuratif memiliki harapan tinggi terhadap dampak pelayanan yang diterimanya.



Pekerjaan mempengaruhi kualitas hidup disamping faktor stadium penyakit. Hasil ini menunjukkan bahwa klien kanker yang memiliki pekerjaan masih mempersepsikan kehidupannya berkualitas. Demikian pula faktor stadium penyakit. Pada stadium yang lebih rendah diasumsikan masih dapat melakukan berbagai kegiatan dalam kehidupan dan masih lebih baik dibandingkan dengan stadium yang lebih tinggi. Stadium yang lebih tinggi memiliki kemampuan yang lebih rendah untuk melakukan kegiatan hariannya. Dukungan dan keberadaan keluarga memegang peranan penting dan sangat diperlukan oleh seseorang pengidap kanker dalam menjalani sisa-sisa hidupnya. Klien pengidap kanker menyatakan harapan yang tinggi terhadap pelayanan kesehatan sama besarnya dengan yang menyatakan harapan yang rendah. Harapan klien terhadap model asuhan dan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada klien pengidap kanker adalah hospis atau *homecare*.

Untuk meningkatkan pelayanan hospice care perlu adanya kebijakan pelayanan dari pusat tentang pengembangan konsep pelayanan hospis atau *homecare* khususnya yang terkait dengan intervensi keperawatan. Hal ini karena kecenderungan sifat pelayanan di rumah sakit pada saat ini dan ke masa depan akan lebih bermakna perannya dalam penanganan penyakit yang bersifat akut, emergensi, dan kegawat darurat. Sedangkan bagi mereka

yang telah didiagnosis dengan penyakit kronis maupun terminal lebih memerlukan kebijakan pelayanan yang bersifat individual yang berfokus pada upaya mempertahankan dan meningkatkan kualitas hidup klien baik di tatanan pelayanan maupun di rumah. Dengan demikian sifat pelayanan berkelanjutan sejak di rumah sakit sampai ke rumah dan komunitas dapat dipertahankan. (TG)

C. Latihan

1. Pelayanan hospice care digunakan untuk merawat klien yang tidak bisa disembuhkan jelaskan pernyataan tersebut ?
2. Bagaimana cara meningkatkan pelayanan hospice care di Indonesia ?

Kunci Jawaban

1. Untuk meringankan penderitaan orang-orang yang divonis tak lagi berumur lama, berbagai fasilitas kesehatan menyediakan perawatan paliatif. Ada beberapa jenis perawatan paliatif, yang paling disarankan bagi klien dengan penyakit parah adalah hospice care, pada kebanyakan klien yang tak bisa disembuhkan saat diagnosis, pengobatan lebih bertujuan untuk memperpanjang harapan hidup daripada mengobati.

2. Perlu adanya kebijakan pelayanan dari pusat tentang pengembangan konsep pelayanan hospis atau *homecare* khususnya yang terkait dengan intervensi keperawatan. Hal ini karena kecenderungan sifat pelayanan di rumah sakit pada saat ini dan ke masa depan akan lebih bermakna perannya dalam penanganan penyakit yang bersifat akut, emergensi, dan kegawat darurat. Sedangkan bagi mereka yang telah didiagnosis dengan penyakit kronis maupun terminal lebih memerlukan kebijakan pelayanan yang bersifat individual yang berfokus pada upaya mempertahankan dan meningkatkan kualitas hidup klien baik di tatanan pelayanan maupun di rumah. Dengan demikian sifat pelayanan berkelanjutan sejak di rumah sakit sampai ke rumah dan komunitas dapat dipertahankan. (TG)

3. Kualitas Hidup Pasien Stroke dalam Perawatan *Homecare*

Salah satu penerapan pelayanan *homecare* adalah pemberian asuhan pada pasien stroke. Manifestasi klinis yang dapat muncul dari aspek fisik, psikologis dan sosial memerlukan penanganan secara cepat dan tepat pada fase rehabilitasi yang berdampak pada kualitas hidup.

Pasien stroke yang memiliki keterbatasan fisik, kognitif dan sosial dapat menyebabkan menurunnya kualitas hidup. Penilaian kualitas hidup pada pasien *pasca* stroke penting dalam praktek klinis, penelitian dan kebijakan kesehatan klinis serta evaluasi program. Oleh karena itu, salah satu tujuan dari rehabilitasi stroke adalah untuk meningkatkan kualitas hidup terkait kesehatan sehingga dapat mencapai tujuan dan kesejahteraan hidup pasien dan keluarga dengan perawatan *homecare*.

Pelayanan *homecare* di Indonesia sangat pesat, hal ini dikarenakan semakin kompleksnya dan bergesernya trend masalah kesehatan dari penyakit infeksi menjadi penyakit degenerative dan kronik, tingginya kebutuhan masyarakat akan akses pelayanan kesehatan terjangkau, terbatasnya sumber pelayanan kesehatan, pentingnya pelayanan kesehatan berkelanjutan serta sudah lama berkembang di negara maju dan didukung oleh pemerintah.

Peran perawat dalam perawatan *homecare* di fokuskan dalam pencegahan komplikasi dan mengurangi terjadinya stroke berulang, memberikan pendidikan kesehatan terkait perubahan gaya hidup dan pemberdayaan keluarga. Keluarga sebagai *caregiver* merupakan pendamping pasien dalam pemberian pelayanan perawatan kesehatan yang kompleks selama perawatan pasien pasca stroke. Dukungan untuk keluarga pasien harus diberikan melalui sebuah usaha interdisiplin, yang melibatkan perawat, dokter, pasien dan keluarga serta pemerintah untuk dapat memberikan asuhan keperawatan yang holistik. Melihat berbagai fenomena terkait dengan kualitas hidup pasien yang diberikan layanan *homecare*, peneliti tertarik untuk mengeksplorasi lebih dalam bagaimana kualitas hidup pasien stroke dalam perawatan *homecare*. Masalah utama yang dihadapi pasien stroke yaitu bagaimana keluarga, lingkungan dan tenaga medis mampu memberikan dan memenuhi kebutuhan perawatan pasien stroke dalam perawatan *homecare*, karena membutuhkan pendampingan untuk meningkatkan kemampuan dirinya walaupun dalam keterbatasan, sehingga kualitas hidupnya menjadi bermakna. Perawatan yang diberikan dapat dilakukan secara berkesinambungan, dengan perawatan *homecare* yang berkualitas. Maka kondisi pasien dengan stroke dapat memberikan efek membaik pada fisik maupun psikologisnya. Perawat sangat berperan dalam meningkatkan kualitas hidup pasien stroke.

Kualitas Hidup Domain Fisik

Kualitas hidup domain fisik antara lain aktivitas, pola makan, memori dan konsentrasi, mobilitas fisik, bicara, nyeri, tidur dan istirahat. domain fisik mengalami peningkatan pada perubahan pola makan, dimana kondisi ini dilihat dari perubahan selama pasca perawatan di

rumah sakit dan di lakukan perawatan *Palliative homecare*, pasien mengalami perubahan pola makan dari fase akut, dimana makan dibantu dengan alat karena pasien mengalami gangguan menelan, maka untuk perawatan di rumah pasien sudah mampu menelan. Penelitian ini didukung oleh teori bahwa disfungsi motor yang paling umum adalah *hemiplegia* (kelumpuhan satu sisi tubuh, atau bagian dari itu) yang disebabkan oleh lesi dari sisi yang berlawanan dari otak, *hemiparesis* atau kelemahan dari salah satu sisi tubuh, atau bagian dari itu atau tanda lain kelemahan pada wajah dan termasuk gangguan menelan. Pada awal tahap stroke, awal gambaran klinis mungkin *placid paralysis* dan kehilangan atau penurunan dalam sepuluh reflex tendon.

Pada aplikasi menurut teori Roy, penemuan ini dapat dilihat bahwa pasien mengalami proses kontrol kedalam sub sistem *stabilizer* dimana mengalami gangguan menelan dan perubahan pola makan akibat *placid paralysis* yang dialami, tidak mampu untuk makan sehingga dibantu dengan alat bantu makan yaitu NGT. Pemenuhan pola makan dibantu oleh *caregiver* dan keluarga. Sub sistem *regulator* dari pasien mengalami untuk kestabilan menjaga kemampuan beraktivitas fisik yang ditandai dengan latihan menelan dan proses belajar dengan kondisi yang ada. Sub sistem *innovator* berhubungan dengan sub sistem *cognator* yang berfokus pada kemampuan pasien dalam beradaptasi dengan kondisi yang sekarang dan mengalami perubahan dan peningkatan yaitu pasien mampu menelan dan mau makan. Kualitas hidup pasien domain fisik mengalami peningkatan pada perubahan mobilisasi fisik dibandingkan saat terjadi stroke pada fase akut, dimana kondisi ini terjadi peningkatan kemampuan pasien dalam melakukan mobilisasi fisik selama rehabilitasi.

Pada aplikasi menurut teori Roy, dapat dilihat bahwa pasien dengan model adaptasi fisiologi berfokus pada cara manusia berinteraksi dengan lingkungan melalui proses fisiologi khususnya pasien telah mengalami perubahan fisik yaitu kemampuan mobilisasi fisik dengan mampu duduk dan berlatih jalan sesuai tahap penyembuhan dan kemampuan fisik pasien. Kualitas hidup pasien pada domain fisik mengalami peningkatan pada perubahan bicara dibandingkan saat terjadi stroke pada fase akut, dimana kondisi ini terjadi peningkatan kemampuan pasien dalam melakukan bicara selama rehabilitasi. Penelitian ini didukung oleh teori bahwa setelah stroke pasien mengalami masalah kognitif, perilaku dan penurunan emosi akibat kerusakan otak. Kadang derajat fungsi yang penting dapat kembali pulih karena tidak semua daerah otak rusak bersama- sama, beberapa yang tersisa lebih utuh dan berfungsi daripada yang lain.

Kualitas Hidup pada Domain Psikologis

Domain psikologis antara lain gambaran diri, motivasi hidup, perasaan bahagia dan perasaan sedih. kondisi psikologis merupakan kemampuan psikologis untuk berfungsi secara optimal sehingga dapat melakukan kepuasan hidup dan pencapaian tujuan hidup untuk memenuhi kebutuhan hidupnya. Pasien stroke yang dilakukan perawatan *homecare* dengan keadaan psikologis mengalami gangguan dampaknya akan semakin kompleks mempengaruhi kondisi yang lainnya. Perubahan psikologis yang dialami pasien stroke yang dirawat *homecare* adalah gambaran diri, motivasi hidup, perasaan bahagia dan perasaan sedih, menurunnya gangguan memori dan konsentrasi, nyeri dan kemampuan tidur dan istirahat pasien, sehingga akan menjadi pengaruh pada domain psikologis. Kualitas hidup pada domain sosial antara lain perubahan sosial antara lain perubahan fungsi sosial dan perubahan peran. domain psikologis mengalami penurunan khususnya pada tema gambaran diri.

Hal ini terjadi karena pasien dalam kondisi menurun secara aspek fisik khususnya pada gangguan fungsional neurologis seperti gangguan memori dan konsentrasi, nyeri dan kemampuan tidur dan istirahat pasien, sehingga akan menjadi pengaruh pada domain psikologis. Perubahan ini dapat menyebabkan pasien menjadi mudah frustrasi selama rehabilitasi. Depresi adalah umum dan dapat dibesar-besarkan oleh respon alami pasien untuk peristiwa ini. Emosi labil, frustrasi, dendam, kurangnya kerjasama, dan masalah psikologis lainnya dapat terjadi. Kualitas hidup pasien stroke berdasarkan domain psikologis mengalami peningkatan khususnya pada tema motivasi hidup. Hal ini terjadi karena pasien dalam kondisi meningkat secara aspek fisik khususnya pada gangguan fungsional neurologis seperti gangguan aktivitas, pola makan, mobilisasi fisik dan bicara, sehingga akan menjadi pengaruh pada domain psikologis. Kualitas hidup berdasarkan domain psikologis mengalami peningkatan khususnya pada tema perasaan bahagia. Gangguan psikologis non spesifik yang dialami pasien stroke seperti, depresi, kecemasan. Kualitas hidup pasien stroke domain psikologis mengalami penurunan pada perasaan sedih, dimana ada beberapa faktor yang mempengaruhi diantaranya menurunnya gangguan memori dan konsentrasi, nyeri dan kemampuan tidur dan istirahat pasien, sehingga akan menjadi pengaruh pada domain psikologis.

Kualitas Hidup pada Domain Sosial

Kualitas hidup berdasarkan domain sosial pasien mengalami peningkatan pada perubahan fungsi sosial selama di rumah. Perubahan sosial yang dialami oleh pasien, dimana pasien memiliki keluarga atau caregiver yang mendampingi selama perawatan di rumah, didukung

oleh tim medis dan sosial worker yang melakukan kunjungan dan pelayanan medis secara kontinu, sehingga terjadi peningkatan fungsi sosial. Kualitas hidup yang rendah dilihat dari perubahan peran yaitu perbedaan peran dan tugas pasien dalam keluarga. Pada gangguan fungsional dilihat kualitas hidup rendah dimana saling bergantung dengan aspek yang lain terutama pasien yang mewakili gejala depresi (perasaan sedih). Gardiner mengamati bahwa partisipasi dalam rehabilitasi stroke pasien dibentuk oleh sikap yang menguntungkan, motivasi, jaminan finansial dan penyediaan informasi. Kepatuhan terhadap pengobatan lebih baik antara pasien yang merasakan pelayanan dan komunikasi terapeutik menjadi tinggi. Namun, informasi dan pelayanan perawatan *Palliative homecare* tidak dapat diberikan secara adil, meninggalkan orang-orang dengan kesulitan sosial ekonomi dengan kurangnya penjelasan, pengobatan dan kepatuhan pengobatan.

Berbagai domain kualitas hidup pada perubahan fungsi sosial mengalami peningkatan khususnya terkait dengan peningkatan dukungan keluarga dan lingkungan, perubahan fisik dengan gejala sisa yang dialami. Kualitas hidup yang rendah dilihat dari perubahan peran yaitu ketidakmampuan pasien dalam pemenuhan peran dan tugas dalam keluarga yang berpengaruh terhadap lingkungan dan adaptasi terhadap kondisi kesehatan selama perawatan *homecare*.



cara mencegah stres bagi para caregiver? Menurut Dr Dharmawan, setiap harinya seorang caregiver harus punya waktu sebentar saja untuk menyepi atau mengambil jarak dari rutinitasnya. Hal ini bertujuan agar caregiver bisa melepas ketegangan sekaligus mengambil

jeda untuk menentukan langkah selanjutnya. Berikut langkah-langkah bagi para caregiver untuk mencegah stres:

1. Meminta bantuan home care Untuk merawat orang sakit, kata Dharmawan, butuh bantuan home care atau perawat pendukung yang disediakan di rumah. Layanan kesehatan di rumah semacam ini akan sangat membantu tugas caregiver dalam merawat pasien. Melansir Hello Sehat, jenis penyakit yang bisa mengambil pelayanan home care, mulai dari penyakit sederhana seperti demam tifoid hingga penyakit yang berat seperti gangguan pernapasan kronik dengan ketergantungan pada alat respirator. Home care juga dibutuhkan untuk pasien yang sedang sakit atau sedang dalam proses penyembuhan seperti stroke hingga pasien dalam fase kronis seperti kanker stadium lanjut. Adanya home care sangat membantu dalam memberikan rasa nyaman secara psikologis bagi pasien serta keluarga. Dengan adanya layanan ini, tugas caregiver menjadi lebih ringan sehingga bisa mengambil jeda untuk beristirahat atau melepas ketegangan.

2. Meditasi Untuk menghindari kelelahan saat menjadi seorang caregiver, Dharmawan menyarankan kita untuk tak segan meminta bantuan kepada orang lain agar bisa menyediakan waktu merenung. "Seorang caregiver harus punya waktu untuk menyepi atau mengambil jarak sebentar saja agar bisa melihat dengan jelas langkah-langkah apa yang bisa diambil selanjutnya," ucap dia. Salah satu cara yang bisa kita ambil adalah meditasi. Meditasi bisa menjadi jalan bagi para caregiver untuk melepas stres. Menurut Mayo Clinic, meditasi dapat memberi kita perasaan tenang, damai dan seimbang. Tentunya, ini sangat bermanfaat bagi kesejahteraan emosional kita. Meditasi juga dapat membantu kita lebih tenang sepanjang hari dan dapat membantu mengelola gejala kondisi medis tertentu. Baca juga: Viral Istri Pukul Suami Penderita Stroke, Ini Komentar Para Psikolog

3. Lakukan "me time" Salah satu hal lain yang bisa dilakukan untuk mencegah stres saat menjadi caregiver adalah dengan "me time". "Minimal setiap harinya seorang caregiver harus punya waktu sebentar saja untuk menyepi atau mengambil jarak diri," kata Dharmawan. Menyediakan waktu berkualitas untuk diri sendiri atau "me time" sangat bermanfaat bagi kesehatan mental kita. "Me time" juga berfungsi untuk menurunkan stres, membuat kita lebih produktif dan memulihkan energi yang terkuras. "Me time" juga bisa kita manfaatkan untuk menghargai diri sendiri sehingga kita bisa menikmati hidup sepenuhnya dan merasa lebih mudah puas dengan kehidupan yang kita miliki. Ketika kita telah berhasil menghargai diri sendiri, kita akan lebih mudah menghargai orang lain dan hubungan sosial yang kita miliki.

Pentingnya home care karena beberapa sebab di antaranya: lanjut usia berhak hidup di tengah-tengah keluarga dan/atau kerabatnya, memberikan kenyamanan dan rasa nyaman kepada lanjut usia untuk tetap tinggal di lingkungannya, perubahan dari keluarga besar menjadi keluarga inti yang menyebabkan lanjut usia tinggal sendiri, terbatasnya panti sebagai penyedia pelayanan sosial lanjut usia, budaya setempat yang kurang menerima penempatan lanjut usia dalam panti, tingginya biaya pengasuhan di panti, biaya perawatan di rumah sakit cukup tinggi.

Pelayanan dalam program Home Care dilakukan dalam bentuk: perawatan sosial, pendampingan, pemenuhan kebutuhan dasar lanjut usia, pelayanan perawatan sosial bagi lansia, pelayanan kegiatan sehari-hari, perawatan medis/kesehatan bagi lansia di rumah (merawat lanjut usia yang menderita sakit, penyandang cacat, lanjut usia yang uzur/*bedridden*), konsultasi dan konseling, pendampingan lanjut usia di rumah, pelayanan intervensi krisis dan rujukan, advokasi hukum lansia di rumah, pelayanan dalam menyatukan (reunifikasi) lanjut usia dengan keluarganya, pelayanan melalui telepon, pelayanan informasi, pelayanan berupa pemberian kebutuhan dasar seperti pakaian dan kelengkapan pangan yaitu berupa kebutuhan permakanan seperti nasi, lauk pauk, susu, buah-buahan, makanan ringan, dan lainnya yang berkaitan dengan tambahan gizi bagi lanjut usia.

Layanan home care telah berkembang pesat dalam beberapa tahun terakhir. Perkembangan ini diikuti dengan keberagaman pelayanan dan perawatan sosial yang diberikan kepada lanjut usia sesuai dengan kebutuhan serta masalah yang ditemukan di lapangan. Peningkatan kualitas dan profesionalisme pendampingan dan perawatan sosial lanjut usia di rumah tersebut diyakini akan dapat melengkapi alternatif model pelayanan lain yang telah diberikan kepada lanjut usia selama ini. Hal ini karena pendampingan dan perawatan sosial lanjut usia di rumah/home care bermanfaat untuk membantu memenuhi kebutuhan lanjut usia yang mempunyai hambatan fisik, mental, sosial, dan spiritual termasuk pelayanan untuk hidup mandiri tanpa bergantung kepada orang lain, dan senantiasa nyaman di rumah maupun lingkungannya.

C. Latihan

1. Penerapan pelayanan home care pada pasien stroke memerlukan pengetahuan perawat yang sangat baik tentang kualitas hidup. Jelaskan kualitas hidup pasien stroke yang dilakukan pelayanan home care
2. Pada domain sosial untuk penilaian kualitas hidup pasien stroke apa yang harus dipahami oleh perawat home care ?

Jawaban

1. Kualitas hidup pasien stroke dalam perawatan *homecare* harus dilihat 3 domain yaitu domain fisik, domain psikologis dan domain sosial. Penelitian ini menggambarkan kualitas hidup pasien stroke dalam perawatan *Palliative homecare* yang menunjukkan bahwa pasien memiliki gangguan fungsional terkait dengan peningkatan kualitas hidup di sejumlah domain fisik, adalah aktivitas, pola makan, mobilisasi fisik dan bicara.
2. Kualitas hidup berdasarkan domain sosial pasien mengalami peningkatan pada perubahan fungsi sosial selama di rumah. Perubahan sosial yang dialami oleh pasien, dimana pasien memiliki keluarga atau caregiver yang mendampingi selama perawatan di rumah, didukung oleh tim medis dan sosial worker yang melakukan kunjungan dan pelayanan medis secara kontinu, sehingga terjadi peningkatan fungsi sosial. Kualitas hidup yang rendah dilihat dari perubahan peran yaitu perbedaan peran dan tugas pasien dalam keluarga. Pada gangguan fungsional dilihat kualitas hidup rendah dimana saling bergantung dengan aspek yang lain terutama pasien yang mewakili gejala depresi (perasaan sedih). Gardiner mengamati bahwa partisipasi dalam rehabilitasi stroke pasien dibentuk oleh sikap yang menguntungkan, motivasi, jaminan finansial dan penyediaan informasi. Kepatuhan terhadap pengobatan lebih baik antara pasien yang merasakan pelayanan dan komunikasi terapeutik menjadi tinggi. Namun, informasi dan pelayanan perawatan *Palliative homecare* tidak dapat diberikan secara adil, meninggalkan orang-orang dengan kesulitan sosial ekonomi dengan kurangnya penjelasan, pengobatan dan kepatuhan pengobatan

Daftar Pustaka

- Badaru U, Ogwumike O, Adeniyi A. Quality of life of Nigerian Stroke Survivors and Its Determinants. *African J Biomed Res.* 2015;18(1):1–5.
- Brant, J. M. (1998). The art of palliative care: Living with hope, dying with dignity. *Oncology Nursing Forum*, 25 (6), 995-1004).
- Campbell M. Nurse to Nurse Perawatan Paliatif. Jakarta: Salemba Medika; 2012.
- Cella, D. (1998). Quality of life. Dalam Holland, J.(Ed). *Psycho-oncology*, p. 1135-1146. New York: Oxford University Press.
- Ersek, M., Ferrel, B., Dow, K. H., Melancon, C. (1997). An exploration of the quality of life of women with ovarian cancer. *Western Journal of Nursing Research*, 19, 334-350.
- Ferrel, B. R., & Dow, K. H. (1997). Quality of life among long-term cancer survivors. *Oncology*, 11, 565-571.
- Gardiner C, Harrison M, Ryan T, Jones A. Provision of palliative and end-of-life care in stroke units: a qualitative study. *Palliat Med* [Internet]. 2013 Oct;27(9):855–60. Available from: [http:// www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23579262](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23579262).
- Hinkle JL, Cheever KH. No Title Brunner & Suddarths Textbook of Medical Surgical Nursing 13 th Edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2014.
- King, C.R., Haberman, M., Berry, D. L., Bush, N., Butler, L., Dow, K. H., Ferrel, B., Grant, M., Gue, D., Hinds, P., Kreuer, J., Padilla, G., & Underwood, S. (1997). Quality of life and the cancer experience: The state - of-the-knowledge. *Oncology Nursing Forum*, 24 (1), 27-41.
- McMillan, S. C., & Weitzner, M. (2000). How problematic are various aspects of quality of life in patients with cancer at the end of life? *Oncology Nursing Forum*, 27 (5), 817- 823.
- Stetz, K. (1998). Quality of life in families experiencing cancer. Dalam King, C. R., & Hinds, P. S. (Eds). *Quality of life: From nursing and patients perspectives* (p. 157-175). Sudbury, MA: Jones and Bartlett.
- Zebrack, B. (2000). Cancer survivors and quality of life: A critical review of the literature. *Oncology Nursing Forum*, 27 (9), 1395-1401).