

LAPORAN AKHIR
PENELITIAN DASAR UNGGULAN PERGURUAN TINGGI (PDUPT)



**EFEKTIFITAS MODEL PEMBERDAYAAN KELUARGA DALAM
MENINGKATKAN KEMANDIRIAN KELUARGA
PASEN PASCA STROKE DI RUMAH**

Tahun Ke 1 dari Rencana 2 Tahun

Ketua Peneliti

Ali Hamzah
NIDN: 4019057001

Anggota Peneliti

H. Sugiyanto, SKM., M.Kep.
NIDN 4013106602
Dr. Anah Sasmita, SKp. M.Kep.
NIDN 4011096001

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BANDUNG
JURUSAN KEPERAWATAN BANFUNG
PROGRAM STUDI SARJANA TERAPAN KEPERAWATAN
NOVEMBER 2023**

HALAMAN PENGESAHAN

Judul : Efektifitas Model Pemberdayaan Keluarga Dalam Meningkatkan Kemandirian Keluarga Pasen Pasca Stroke Di Rumah.

Ketua Peneliti :
Nama Lengkap : Ali Hamzah, SKp. MNS
NIDN. : 4019057001
Jabatan Fungsional : Lektor Kepala
Program Studi : Sarjana Terapan Keperawatan
Nomor HP. : 081394008741
Alamat Surel : Program Studi Sarjana Terapan Keperawatan
Jurusan Keperawata Bandung
Jl. Dr. Otten No. 32 Bandung
alihamzahbandung@yahoo.co.id


Anggota Peneliti (1)
Nama Lengkap : H. Sugiyanto, SKM,. M.Kep.
NIDN. : 4013106602
Jabatan Fungsional : Lektor
Program Studi : Sarjana Terapan Keperawatan
Perguruan Tinggi : Poltekkes Kemenkes Bandung

Anggota Peneliti (2)
Nama Lengkap : Dr. Anah Sasmita, SKp., MKep
NIDN. : 4011096001
Jabatan Fungsional : Lektor Kepala
Program Studi : Program Studi D.III Keperawatan
Perguruan Tinggi : Poltekkes Kemenkes Bandung
Institusi Mitra (Jika ada) : RS Al Ihsan Provinsi Jawa Barat
Alamat : Jl. Kiastramanggala, Baleendah, Kec. Baleendah,
Penanggung Jawab : Kabupaten Bandung, Jawa Barat 40375
Tahun Pelaksanaan : Tahun ke 1 dari rencana 2 tahun
Biaya Tahun berjalan : Rp.54.301.600,-
Biaya Keseluruhan : Rp. 67.877.000,-


Mengetahui ;
Kepala Pusat Penelitian dan
Pengabdian Masyarakat
Poltekkes Kemenkes Bandung


Teguh Budi Prijanto SKM,. MKes
NIP. 196911061995031002

Bandung, 15 November 2023
Ketua Peneliti


Ali Hamzah, SKp. MNS
NIP. 197005191993031001

Direktur Poltekkes Kemenkes Bandung


Pujiono SKM,. MKes
NIP. 197511101999031002

Tuliskan secara ringkas latar belakang penelitian, tujuan dan tahapan metode penelitian, luaran yang ditargetkan, uraian TKT penelitian dan hasil penelitian yang diperoleh sesuai dengan tahun pelaksanaan penelitian..

RINGKASAN

Latar belakang penelitian:

Stroke merupakan penyakit tidak menular yang angka kejadian dan kematiannya terus meningkat setiap tahun dan menempati peringkat 5 besar baik di dunia maupun di Indonesia. Pasien stroke seringkali mengalami kelumpuhan, ketergantungan dan kecacatan pada pasien, serta memerlukan waktu yang cukup lama untuk proses pemulihannya, sehingga keluarga memegang peranan penting dalam melanjutkan penanganan pasien paska stroke di rumah. Saat ini dalam penanganan pasien paska stroke banyak keluarga yang tidak tahu, tidak mau dan tidak mampu melaksanakannya secara mandiri dan akhirnya menggunakan layanan homecare oleh petugas kesehatan. Tetapi layanan ini memerlukan biaya yang cukup besar dan membebani keluarga sehingga sebagian besar tidak mampu melanjutkannya kemudian melakukan penanganan kepada pasien dengan apa adanya tanpa didasari oleh pengetahuan, sikap dan keterampilan yang cukup. Akibatnya banyak pasien yang mengalami keterlambatan pemulihan bahkan mengalami komplikasi. Oleh karena itu keluarga perlu diberdayakan dengan menggunakan model yang dapat mendorong dan meningkatkan Kemandirian Keluarga Pasien Pasca Stroke Di Rumah.

Tujuan: Penelitian ini bertujuan untuk menemukan model pemberdayaan keluarga dalam bentuk layanan homecare yang dapat meningkatkan kemandirian keluarga dalam merawat pasien paska stroke di rumah.

Metode Penelitian: Metode yang digunakan adalah *research and development* (R & D) menggunakan 4 tahap yaitu *define, design, development dan dissemination*, dengan Pendekatan yang digunakan yaitu *mix methode*, dengan rancangan *convergent parallel mixed methods*. Sampai saat ini sudah dilakukan sampai dengan tahap development yaitu pembuatan model yang diberi judul model layanan homecare berbasis pembelajaran pasrtisipatif pada keluarga pasien paska stroke di rumah. Pembuatan model dilakukan saat ini melalui beberapa tahap yaitu: 1) mengidentifikasi kondisi awal layanan homecare yang saat ini berjalan pada lokus penelitian (*tahap define*), 2) Membuat draft model konseptual berdasarkan hasil kajian teoritis dan empiris fakta di lapangan, merumuskan model sesuai dengan masukan tim pakar (*tahap design*), dan 3) melakukan ujicoba model (*tahap development*). Sampel penelitian: pada tahap *define* sebanyak 56 orang anggota keluarga pasien stroke yang telah terpilih dengan *purposive sampling* untuk mengisi data kuantitatif, sedangkan untuk data kualitatif menggunakan 2 orang petugas homecare dan 2 orang anggota keluarga pasien yang berasal dari 2 unit layanan homecare rumah sakit yaitu RS Al Islam Bandung dan RSUD Al Ihsan Provinsi Jawa Barat. Selanjutnya untuk tahap *design* model dilaksanakan melalui kegiatan *focus group discussion* dengan meminta masukan/pendapat dari tim pakar yang terdiri dari: 1 orang ahli dalam bidang Pendidikan Masyarakat, 2 orang ahli dalam bidang keperawatan medikal bedah dan 1 orang praktisi pelaksana layanan homecare. Tahap *development* dengan melakukan ujicoba pada 9 orang perwakilan keluarga pasien paska stroke dari 2 lokus penelitian. Data kuantitatif dianalisis dengan rumus persentase, disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi dan uji paired T-test, sedangkan data kualitatif diolah dengan cara reduksi data, penyajian, dan penarikan kesimpulan. Analisa data terdiri dari analisis data kuantitatif dengan menggunakan rumus persentase distribusi frekuensi sedangkan analisis data kualitatif dengan proses reduksi, penyajian, dan penarikan kesimpulan.

Luaran yang ditargetkan: Model Pemberdayaan Keluarga untuk Pasen Paska Stroke, HAKI dan Jurnal nasional terakreditasi Sinta 2

TKT: Tingkat Ketercapaian terapan Teknologinya (TKT) telah dipenuhi pada level TKT dengan kisaran rata rata 80 % yang meliputi Level 1 : a) Penjelasan teoritis pemberdayaan keluarga, b) Kajian konsep dasar teori ilmiah yang mendasari pentingnya pemberdayaan keluarga bagi keluarga pasien paska stroke di rumah, c) Perumusan konsep dasar dan pembuktian secara teoritis, dan d) Survei awal kondisi layanan homecare pada pasien paska stroke di rumah. Level 2: a) Merumuskan kerangka pikir penelitian, menyusun hipotesis, dan merencanakan rancangan model yang akan dibangun untuk menemukan solusi permasalahan dengan perawatan pasien paska stroke di rumah. b) Pembuatan rancangan penelitian dan draft model konseptual sudah direview dan mendapatkan masukan dari tim pakar, dan c) Level 3: melaksanakan kajian awal, merumuskan model yang akan dihasilkan, dan melakukan ujicoba model dengan TKT sekitar 80 %.

Hasil penelitian:

Kondisi layanan homecare yang terjadi pada 2 lokus penelitian menunjukkan hampir seluruh responden sudah mengetahui adanya layanan homecare, tetapi masih banyak keluarga yang belum mendapatkan layanan homecare kepada pasien paska stroke karena kekurangtahuan, ketidakmampuan dan ketidaksiapan menangani pasien paska stroke di rumah serta karena keterbatasan keluarga untuk membiayai jasa petugas homecare. Desain model konseptual layanan homecare berbasis pembelajaran partisipatif sudah disusun yang isinya terdiri dari rasional, asumsi, tujuan, prinsip, strategi, prosedur, kompetensi dan indikator keberhasilan dari model tersebut. Model konseptual ini merupakan hasil dari kajian literatur, studi pendahuluan dan pengamatan yang mendalam terhadap kondisi lapangan mengenai layanan homecare pada pasien paska stroke di rumah yang dilakukan selama ini baik yang dilakukan oleh keluarga maupun yang dilaksanakan oleh petugas Kesehatan (perawat). Hasil ujicoba Model layanan homecare berbasis pembelajaran partisipatif kepada 9 orang responden menunjukkan terbukti efektif dalam meningkatkan pengetahuan keluarga, sikap kemandirian keluarga dan keterampilan keluarga dalam melaksanakan tugas Kesehatan menangani pasien paska stroke di rumah.

Kata kunci: kemandirian keluarga, layanan homecare dan pembelajaran partisipatif

Pengisian poin C sampai dengan poin H mengikuti template berikut dan tidak dibatasi jumlah kata atau halaman namun disarankan ringkas mungkin. Dilarang menghapus/modifikasi template ataupun menghapus.

C. HASIL PELAKSANAAN PENELITIAN: Tuliskan secara ringkas hasil pelaksanaan penelitian yang telah dicapai sesuai tahun pelaksanaan penelitian. Penyajian meliputi data, hasil analisis, dan capaian luaran (wajib dan atau tambahan). Seluruh hasil atau capaian yang dilaporkan harus berkaitan dengan tahapan pelaksanaan penelitian sebagaimana direncanakan pada proposal. Penyajian data dapat berupa gambar, tabel, grafik, dan sejenisnya, serta analisis didukung dengan sumber pustaka primer yang relevan dan terkini.

Penelitian ini terdiri dari 3 tahapan yaitu:

1. Tahap 1 (*tahap define*): mengidentifikasi kondisi awal layanan homecare yang saat ini berjalan pada lokus penelitian), sampel penelitian pada tahap *define* sebanyak 56 orang anggota keluarga pasien stroke yang memenuhi kriteria sample telah bersedia menjadi subjek dalam penelitian ini dan mengisi instrumen data kuantitatif, sedangkan untuk data kualitatif menggunakan 2 orang petugas homecare dan 2 orang anggota keluarga pasien yang berasal dari 2 unit layanan homecare rumah sakit yaitu RS Al Islam Bandung dan RSUD Al Ihsan Provinsi Jawa Barat.
2. Tahap 2 (*tahap design*): Membuat draft model konseptual berdasarkan hasil kajian teoritis dan empiris fakta di lapangan dan merumuskan serta mendesain model sesuai dengan masukan tim pakar yang terdiri dari: 1 orang ahli dalam bidang Pendidikan Masyarakat, 2 orang ahli dalam bidang keperawatan medikal bedah dan 1 orang praktisi pelaksana layanan homecare terhadap draft rumusan model yang sudah dibuat, melalui kegiatan *focus group discussion*.
3. Tahap *development* dengan melakukan ujicoba model yang telah dibuat kepada 9 orang perwakilan keluarga pasien paska stroke dari 2 lokus penelitian. Data kuantitatif dianalisis dengan rumus persentase, disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi dan uji paired T-test, sedangkan data kualitatif diolah dengan cara reduksi data, penyajian, dan penarikan kesimpulan. Analisa data terdiri dari analisis data kuantitatif dengan menggunakan rumus persentase distribusi frekuensi sedangkan analisis data kualitatif dengan proses reduksi, penyajian, dan penarikan kesimpulan.

Hasil dari ketiga tahap penelitian tersebut akan dijelaskan sebagai berikut:

1. Gambaran kondisi awal layanan homecare untuk menangani pasien paska Stroke di Rumah

Hasil pengumpulan data yang dilakukan tanggal 16 April s.d 15 Mei 2023 dengan menggunakan kuisioner di unit layanan homecare rumah sakit Al Islam Bandung dan RSUD Al Ihsan Provinsi Jawa Barat dengan menggunakan 56 orang anggota keluarga yang memenuhi kriteria sampel diperoleh hasil sebagai berikut:

1) Gambaran Karakteristik Responden

Karakteristik responden pada penelitian ini meliputi: usia, Pendidikan, pekerjaan, hubungan dengan pasien dan pengalaman lamanya keluarga menangani/merawat pasien stroke di rumah. Hasilnya dapat dilihat pada tabel 1 di bawah ini:

Tabel 1: Gambaran Karakteristik Responden

No.	Karakteristik Responden	frekuensi	Prosentase
1.	Usia:		
	• 18-30 tahun	7	12.5 %
	• 31-45 tahun	13	23.2 %
	• 46-59 tahun	24	42.9 %
	• > 60 tahun	12	21.4 %
	Jumlah	56	100 %

2.	Pendidikan:		
	• Tidak lulus SD	1	1.8 %
	• Pendidikan Dasar (lulus SD dan atau SMP)	7	12.5 %
	• Pendidikan Menengah (Lulus MA/ SMA/SMK)	12	21.4 %
	• Pendidikan Tinggi (Lulus Diploma Sarjana/Magister/Doktor)	36	64.3 %
	Jumlah	56	100 %
3.	Pekerjaan:		
	• Aparatur negara	9	16.0 %
	• Wiraswasta	24	42.9 %
	• Buruh	8	14.3 %
	• Tidak bekerja (Ibu rumah tangga/ pensiunan)	15	26.8 %
	Jumlah	56	100 %
4.	Hubungan dengan Pasien:		
	• Suami/Istri	11	19.6 %
	• Orang Tua	30	53.6 %
	• Anak	3	5.4 %
	• Saudara (kakak/Adik)	4	7.1 %
	• Tidak memiliki hubungan saudara (pembantu)	8	14.3 %
	Jumlah	56	100 %
5.	Lama menangani/merawat pasien Stroke di rumah:		
	• < 1 tahun	20	35.7 %
	• 1-3 tahun	21	37.5 %
	• > 3 tahun	15	26.8 %
	Jumlah	56	100 %

Tabel 1 di atas menunjukkan karakteristik dari 56 orang responden yang berpartisipasi dalam penelitian ini menunjukkan hampir setengahnya (42.9 %) berada pada rentang usia 46 – 59 tahun, sebagian besar (64.3 %) dari mereka berpendidikan tinggi dan sebagian kecil berpendidikan menengah (21.4 %) dan lulus Pendidikan dasar (12.5 %) serta hampir setengahnya bekerja sebagai wiraswasta (42.9 %) dan sebagian kecil sebagai ibu rumah tangga (26.8 %). Kemudian lebih dari setengahnya (53.6 %) dari mereka memiliki hubungan keluarga dengan pasien sebagai orang tua dan sebagian kecil adalah sebagai pasangan (19.6 %) serta hampir sebagian sudah berpengalaman menangani/merawat pasien stroke di rumah selama 1 – 3 tahun (37.5 %) dan kurang dari 1 tahun (35.7 %).

2) Gambaran Kondisi Awal layanan Homecare untuk Menangani Pasien Paska Stroke di Kota dan Kabupaten Bandung

Gambaran kondisi awal layanan homecare dalam menangani pasien paska stroke di kota dan kabupaten Bandung dapat dilihat pada tabel 2 dibawah ini:

Tabel 2: Gambaran Kondisi Awal Layanan Homecare dalam Menangani Pasien Paska Stroke di 2 Lokus Tempat Penelitian

No.	Aspek yang ditanyakan	Jawaban				Jumlah	
		Ya		Tidak		f	%
		f	%	f	%		
1	Pengetahuan adanya layanan homecare untuk pasien paska stroke di rumah	45	80.4	11	19.6	56	100
2.	Manfaat dan pentingnya tentang layanan homecare yang dilakukan selama ini.	43	76.8	13	23.2	56	100
3.	Selama ini masih banyak keluarga yang belum melakukan layanan homecare kepada pasien paska stroke karena kekurangtahuan, ketidakmampuan dan ketidaksiapan menangani pasien paska stroke di rumah.	55	98.2	1	1.8	56	100
4.	Selama ini masih banyak pasien stroke yang belum mendapatkan layanan homecare karena keterbatasan keluarga untuk membiayai jasa petugas homecare	54	96.4	2	3.6	56	100
5.	Kesiapan keluarga membayar biaya tambahan apabila memanfaatkan layanan homecare.	28	50	28	50	56	100
6.	Perlu dan pentingnya diadakan layanan homecare untuk pasien paska stroke.	56	100	0	0	56	100

Tabel 2 diatas menunjukkan kondisi layanan homecare yang terjadi selama ini di Kota dan Kabupaten Bandung yaitu sebagian besar responden sudah mengetahui adanya layanan homecare (80,4 %), manfaat dan pentingnya dari layanan homecare (76,8 %), hampir seluruh (98,2 %) responden merasakan masih banyak keluarga yang belum melakukan layanan homecare kepada pasien paska stroke karena kekurangtahuan, ketidakmampuan dan ketidaksiapan menangani pasien paska stroke di rumah serta karena keterbatasan keluarga untuk membiayai jasa petugas homecare (96,4 %). Sebagian dari responden (50 %) menyatakan siap tetapi sebagian lagi menyatakan tidak siap untuk membayar biaya tambahan apabila memanfaatkan layanan homecare. Meskipun demikian seluruh (100 %) responden sepakat merasa perlu dan menganggap penting adanya layanan homecare untuk pasien paska stroke.

Data masih adanya keluarga pasien stroke yang belum memanfaatkan layanan homecare sesuai dengan hasil wawancara terhadap dua orang anggota keluarga pasien stroke (KP.1) dan (KP.2) yang menyatakan:

“.....Setahu saya, sampai saat ini belum semua orang terlayani homecare dan saya pun belum mengetahui apa itu layanan homecare....” (KP.1)

“.....Setahu saya selama ini belum semua orang terlayani home care, namun ketika kakak laki-lakinya terkena stroke selama 9 bulan, dia mendapat pelayanan home care dari petugas hanya sesuai kebutuhannya....” (KP.2)

Data tersebut sesuai dengan hasil wawancara dengan penanggung jawab homecare (Ns. M) di RSUD Al Ihsan (PH.1) pada awal bulan Maret 2023:

“.....Selama tahun 2022 jumlah pasien stroke yang berobat kontrol ke Poliklinik syaraf berjumlah 462 orang atau rata-rata 39 orang/bulan dan yang baru mendapatkan/memanfaatkan layanan home care berjumlah sekitar 15 orang/bulan atau hanya sekitar 38,4 %.

“.....Kurangnya pemanfaatan layanan homecare disebabkan karena jarak dan akses ke RSUD Al Ihsan yang cukup jauh dengan rumah pasien, sehingga menyulitkan bagi pasien dan keluarganya serta petugas kesehatannya. Oleh karena itu pemanfaatan layanan homecare bagi pasien paska stroke di rumah lebih banyak mengandalkan keluarganya

meskipun dengan segala keterbatasan dan kekurangannya sehingga ada beberapa pasien yang kontrol ke Poliklinik syaraf dengan membawa komplikasi seperti adanya luka pada daerah bokong (decubitus) dan kondisi tubuh yang kotor/tidak terawat. Hal ini terjadi karena keluarga kurang memahami, khawatir dan takut salah dalam melakukan penanganan pasien sehingga mereka takut disalahkan oleh anggota keluarga lain....”

“.....Saat ini layanan homecare di RSUD Al Ihsan belum dikelola dengan optimal, belum menjadi layanan tersendiri dan petugasnya hanya ada 1 orang sehingga jika ada yang membutuhkan jasa homecare biasanya meminta bantuan kepada perawat ruangan yang bersedia....karena kalau dikerjakan sendiri sangat kerepotan, oleh karena itu partisipasi active keluarga pasien stroke menjadi penting dan dibutuhkan....”

Informasi yang hampir sama disampaikan oleh penanggungjawab homecare di RS AL Islam Bandung (Ns. Y/PH.2) yang mengatakan bahwa...

“....selama tahun 2022 jumlah pasien stroke yang kontrol berobat ke Poliklinik stroke berjumlah 1366 orang atau rata-rata 114 orang/bulan dan yang baru mendapatkan layanan home care berjumlah 518 orang atau 44 orang/bulan sehingga baru dapat melayani sekitar 37,92 % dari jumlah pasien yang control dan memerlukan layanan home care. Seluruh keluarga pasien yang pernah dilibatkan dalam perawatan di rumah umumnya merasa senang dan terbantu bahkan ada yang berlanjut sampai pasien tersebut meninggal, meskipun diantara keluarga juga ada yang merasa kecapean, lelah, tidak bisa leluasa bepergian dan kurang bisa istirahat/tidur dengan tenang. Tetapi sebagian kecil dari mereka ada yang tidak melanjutkan layanan homecare oleh petugas karena keluarga memiliki keterbatasan biaya.”

“..... layanan homecare di RS Al Islam sudah terlaksana dengan cukup baik dimana selain ada petugas khusus yang diberi tugas mengelola yaitu sebanyak 3 orang, dalam pelaksanaannya melibatkan profesi Kesehatan lain seperti dokter, fisiotherapi dan terapi wicara serta apabila diperlukan bisa dibantu oleh perawat lain yang bekerja di ruangan setelah mereka selesai bekerja (*over time*)....”

“.....terkait tarif pembayaran; hal ini sudah diinformasikan dan disepakati dengan keluarga pada saat pasien akan pulang dan umumnya mereka menyetujui sehingga layanan homecare diberikan dengan cara mendatangi ke rumah pasien/keluarga. Tetapi apabila pasien/keluarga tidak mampu atau merasa keberatan maka keputusan untuk melanjutkan layanan homecare atau tidak dikembalikan kepada pihak pasien/keluarga tanpa ada paksaan....”

Hasil penelitian pada tabel 2 di atas menunjukkan bahwa sebagian besar responden sudah memiliki pengetahuan yang baik tentang adanya layanan homecare, manfaat dan pentingnya layanan homecare serta seluruhnya meyakini bahwa layanan homecare penting dan perlu untuk dilaksanakan pada pasien paska stroke. Hal ini tidak terlepas dari adanya beberapa karakteristik yang mendukung, yaitu faktor latar belakang pendidikan, usia dan pengalaman responden seperti terlihat pada tabel 1.

Tabel 1 menunjukkan sebagian besar dari responden memiliki latar belakang pendidikan tinggi, hampir sebagian berusia antara 46 – 59 tahun dan berpengalaman menangani/merawat pasien 1 s.d 3 tahun. Berdasarkan pada karakteristik responden yang sebagian besar memiliki latar belakang Pendidikan lulus perguruan tinggi, ini menunjukkan kemungkinan besar sangat mempengaruhi pada pada Tingkat pengetahuan responden tentang penyakit stroke dan layanan homecare. Responden yang memiliki latar belakang Pendidikan tinggi umumnya lebih luas wawasan, pemahaman dan kemampuannya untuk mencerna informasi yang diterima.

Notoatmodjo (2014) dalam Damayanti & Sofyan (2022:225) menyatakan bahwa faktor yang paling besar pengaruhnya terhadap pengetahuan adalah pendidikan, karena orang dengan

pendidikan tinggi dapat memberikan respons yang lebih rasional terhadap informasi yang diterima dan akan berpikir sejauh mana keuntungan yang diberikan seseorang terhadap perkembangan orang lain dalam mencapai cita-cita tertentu.

Hasil penelitian ini menunjukkan adanya kesesuaian dengan studi Damayanti & Sofyan, (2022:225) yang menyimpulkan terdapat hubungan bermakna antara tingkat pendidikan terhadap tingkat pengetahuan ($p = 0,000$) dimana semakin tinggi tingkat pendidikan maka semakin tinggi pula tingkat pengetahuan yang dimiliki, dan sebaliknya.

Pengetahuan yang baik dari responden juga tidak terlepas dari faktor usia dan pengalaman dalam menangani dan merawat pasien paska stroke di rumah. Hampir sebagian responden (42,9 %) berada pada rentang usia 46 – 59 tahun yang pada umumnya pada rentang usia tersebut seseorang sudah berada pada tingkat kematangan dan memiliki pengalaman yang hidup yang cukup untuk memahami berbagai hal yang pernah dialaminya. Ditambah lagi dengan sebagian besar (64,3 %) responden memiliki pengalaman sudah menangani pasien paska stroke lebih dari 1 tahun. Peneliti meyakini bahwa selama 1 – 3 tahun menangani/merawat pasien di rumah keluarga sudah banyak mendapatkan informasi terkait dengan penyakit stroke dari tim Kesehatan dan pengalaman nyata dalam menangani pasien. Hal ini tentu akan semakin memperkaya wawasan pengetahuan dari responden dalam menjawab pertanyaan peneliti pada kuisioner.

Vera & Hambali, (2021:70) dan Wahana, (2016:149) menjelaskan salah satu sumber dari pengetahuan adalah pengalaman, dengan mengacu pada pendapat kaum empirisme. Menurut pendapat kaum empirisme pengalaman merupakan satu-satunya sumber pengetahuan yang bisa diterima kebenarannya karena merupakan hasil dari pengamatan dan pengolahan dari panca indra. Semakin banyak orang mendapatkan pengalaman dalam hidupnya maka pengetahuannya akan semakin bertambah banyak dan akan semakin baik dalam berperilaku. Artinya pengalaman yang dilihat, didengar, dirasakan dan dialami oleh responden selama menangani pasien paska stroke menjadi sumber pengetahuan bagi responden dan hal itu menambah semakin baiknya pengetahuan mereka tentang stroke dan layanan home care.

Hasil penelitian ini sejalan dengan temuan dari studi yang dilakukan oleh Rosmary & Handayani, (2020:32) yang mengidentifikasi Hubungan Pengetahuan Keluarga dan Perilaku Keluarga pada Penanganan Awal Kejadian Stroke yang menyimpulkan terdapat hubungan antara pengetahuan dan perilaku dengan kekuatan korelasi antar kedua variabel kuat dan menunjukkan arah korelasi positif dimana semakin tinggi pengetahuan maka semakin baik perilaku keluarga dalam melakukan penanganan awal kejadian stroke.

Temuan penelitian ini juga menguatkan hasil studi Syamsuddin & Yunus, (2016:6) yang menyatakan bahwa kemampuan keluarga melakukan perawatan lanjutan dirumah pada pasien pasca stroke di wilayah kerja Puskesmas Tilamuta Kabupaten Boalemo berhubungan erat dengan pengetahuan.

Tabel 2 diatas juga menunjukkan bahwa meskipun hampir seluruh responden sudah mengetahui dengan baik tentang layanan homecare tetapi hampir seluruh responden merasakan masih banyak keluarga yang belum melakukan layanan homecare kepada pasien paska stroke karena kekurangtahuan, ketidakmampuan dan ketidaksiapan menangani pasien paska stroke di rumah.

Hasil ini juga ada kaitannya dengan karakteristik responden yang sebagian kecil dari mereka memiliki latar belakang Pendidikan sama atau dibawah Pendidikan dasar dan hampir sebagian memiliki pengalaman merawat pasien stroke di rumah kurang dari 1 tahun. Sebagaimana dijelaskan sebelumnya bahwa pengetahuan sangat dipengaruhi oleh Pendidikan dan pengalaman sehingga dengan Pendidikan yang rendah dan pengalaman yang kurang menyebabkan banyak diantara responden yang tidak tahu, tidak mampu dan tidak mau untuk

melaksanakan layanan homecare akibatnya banyak pasien paska stroke tidak mendapatkan layanan homecare oleh keluarganya.

Konsekwensi logis dari ketidaktahuan, ketidakmampuan dan ketidakmauan keluarga akan berdampak kepada ketidaksiapan mereka untuk melakukan penanganan pasien paska stroke di rumah. Akibatnya pasien ditangani dengan seadanya dan hanya berdasarkan insting semata yang akhirnya banyak diantara pasien paska stroke tersebut mengalami komplikasi seperti pengecilan otot, kekakuan sendi dan perlukaan pada daerah bokong.

Selain itu pada tabel 2 juga menunjukkan bahwa hampir seluruh responden belum mendapatkan layanan homecare karena keterbatasan keluarga untuk membiayai jasa petugas homecare dan sebagian dari responden juga menyatakan tidak siap apabila harus membayar biaya jika menggunakan jasa layanan homecare. Hal ini pun tidak terlepas dari karakteristik penyakit stroke sendiri yaitu merupakan penyakit yang memerlukan waktu cukup lama untuk proses penyembuhannya sehingga akan membebani ekonomi keluarga.

Ketidakmampuan dan ketidaksiapan untuk membayar biaya jasa layanan homecare kepada petugas Kesehatan dipicu juga oleh karakteristik responden yang hampir setengahnya bekerja sebagai wiraswasta dan sebagian kecil tidak bekerja atau hanya sebagai ibu rumah tangga biasa. Sebagai pekerja wiraswasta, pada umumnya responden bekerja pada sektor informal yang tidak memiliki pendapatan/penghasilan tetap, berbeda dengan mereka yang bekerja pada sektor formal seperti ASN, TNI/Polri dan pekerja di BUMN yang memiliki penghasilan pasti dan menetap setiap bulan.

Meskipun pada pekerja wiraswasta yang sudah berpengalaman, mapan dan sukses mereka tentu akan memiliki penghasilan yang tinggi bahkan dapat melebihi pendapatan pada orang yang bekerja pada sektor formal sehingga tentu akan mampu dan siap membayar biaya tambahan untuk jasa layanan homecare. Tetapi pada mereka yang masih belum lama dan penghasilannya masih belum stabil maka biaya yang harus ditanggung untuk menangani pasien stroke di rumah sakit dan penanganan lanjutan di rumah tentu akan sangat memberatkan mereka sehingga ada sebagian responden yang menyatakan tidak siap untuk membayar jasa petugas homecare. Apalagi bagi responden yang tidak bekerja atau hanya sebagai ibu rumah tangga biasa, hal ini menyebabkan mereka tidak dapat memanfaatkan jasa layanan homecare dan pasti tidak siap untuk membayarnya jika menggunakan jasa petugas homecare.

Disisi lain, hubungan responden dengan pasien juga turut berpengaruh pada kesiapan untuk membiayai perawatan paska stroke di rumah. Pada penelitian ini sebagian besar responden memiliki hubungan dengan pasien sebagai orang tua (ayah atau ibu), artinya responden sendiri sebagai anak sudah berkeluarga dan memiliki tanggung jawab membiayai keluarganya. Maka dengan keberadaan pasien yang berada di rumah responden hal ini akan menambah biaya hidup mereka dan pada titik tertentu responden menyatakan ketidaksiapannya jika harus menggunakan jasa petugas homecare.

Terkait dengan hasil penelitian di atas maka peningkatan pengetahuan keluarga menjadi sangat penting karena hal itu akan berimbas pada sikap dan perilaku keluarga dalam menangani pasien paska stroke di rumah. Untuk itu perlu dilakukan edukasi yang melibatkan peran serta aktif keluarga dalam proses edukasi tersebut mulai dari tahap perencanaan pembelajaran sampai dengan tahap evaluasi atau dengan penerapan model pembelajaran partisipatif yang dipayungi oleh pendekatan pembelajaran orang dewasa.

Hasil studi (Khatiban et al., 2014:243) menyimpulkan bahwa pemberian edukasi kepada keluarga pasien stroke dapat meningkatkan pengetahuan, perhatian dan harga diri dari pasien dan keluarga ($p= 0.001$). Demikian juga dengan temuan Oupra et al., (2010:10) menyatakan bahwa pemberian edukasi dan dukungan kepada family caregiver pasien paska stroke dapat mengurangi ketegangan antara keluarga dengan pasien dan meningkatkan kualitas hidup mereka.

Melalui pembelajaran partisipatif, keluarga diyakini akan lebih terlibat dan berpartisipasi secara aktif karena pembelajarannya dirancang sesuai dengan hasil identifikasi kebutuhan mereka, sehingga akan lebih efektif dan sesuai dengan harapan keluarga. Keluarga pasien paska stroke akan lebih termotivasi untuk bisa melakukan beberapa keterampilan khususnya yang berkaitan dengan pemenuhan kebutuhan dasar pasien, sehingga hal ini menghilangkan ketergantungan keluarga kepada petugas Kesehatan dan sekaligus mengurangi biaya yang harus ditanggung oleh keluarga.

Penelitian tentang penerapan pembelajaran partisipatif dalam bidang Kesehatan meskipun sangat sedikit sekali tetapi sudah dilaksanakan oleh Kusparlina (2016) dengan topik yang berkaitan dengan kesehatan ibu dan anak (KIA). Hasilnya menyimpulkan bahwa pengembangan model pembelajaran partisipatif efektif dan berpengaruh positif pada pencapaian peran sebagai bidan pendidik dalam program Kesehatan ibu, kesehatan anak dan pelayanan KB/kesehatan reproduksi.

Proses edukasi keluarga pasien paska stroke menggunakan model pembelajaran partisipatif dilakukan dengan tujuan untuk meningkatkan pengetahuan, sikap dan keterampilan keluarga dalam melakukan penanganan lanjutan pasien di rumah, sehingga keluarga akan memiliki bekal pengetahuan, sikap dan keterampilan serta kemampuan yang cukup dalam menangani pasien paska stroke di rumah.

Rekomendasi dari hasil studi Sheha et al., (2020:65); menegaskan bahwa Penyedia layanan kesehatan harus terus mendukung dan meningkatkan pengetahuan dan keterampilan *family caregiver* dalam merawat pasien pasca stroke dan memberikan kontak tindak lanjut mengenai kondisi pasien dan dukungan berkelanjutan di rumah diperlukan untuk pemulihan yang baik. Megawaty et al., (2020:57) menekankan perlunya memberdayakan caregiver dalam merawat pasien stroke dengan tujuan terjadi peningkatan pemulihan fisik, mental serta menurunkan angka kematian.

Hal ini sejalan dengan temuan Kosasih et al., (2018) yang mengungkapkan temuannya bahwa edukasi kesehatan terbukti berpengaruh dalam meningkatkan tingkat pengetahuan pasien dan keluarganya mengenai stroke, kesiapan, peran keluarga pengasuh pasien stroke, dukungan psikologis, dan persiapan perawatan pasien stroke di rumah, serta meningkatkan pemahaman mereka tentang resiko terjadinya stroke ulang dan tantangan akan timbulnya ketergantungan dari pasien kepada keluarga ¹².

2. Desain Model Konseptual Pemberdayaan Keluarga dalam bentuk Layanan Homecare Berbasis Pembelajaran Partisipatif untuk Menangani Pasien Paska Stroke di rumah.

Rancangan desain model konseptual pemberdayaan keluarga dalam bentuk layanan homecare berbasis pembelajaran partisipatif pada keluarga pasien paska stroke di rumah dibuat dan disusun oleh peneliti yang mencakup: rasional, asumsi, tujuan, prinsip, strategi, prosedur, kompetensi dan indikator keberhasilannya. Pembuatan model pemberdayaan keluarga dalam bentuk Layanan *Homecare* Berbasis Pembelajaran Partisipatif ini merupakan hasil dari kajian literatur, studi pendahuluan dan pengamatan yang mendalam terhadap kondisi lapangan mengenai layanan homecare pada pasien paska stroke di rumah yang dilakukan selama ini baik yang dilakukan oleh keluarga maupun yang dilaksanakan oleh petugas Kesehatan (perawat) sebagai upaya untuk meningkatkan kemandirian keluarga dalam menangani pasien paska stroke di rumah.

Beberapa landasan teori telah dikaji, diidentifikasi dan dianalisa secara mendalam sebagai dasar dalam pembuatan model ini. Kajian diawali dengan mempelajari dan memahami konsep penanganan pasien paska perawatan stroke di rumah sakit, dampak adanya anggota keluarga yang sakit stroke pada ketahanan, peran dan tugas keluarga dalam merawat dan menangani anggota

keluarga yang sakit di rumah, konsep layanan homecare, konsep Pendidikan Masyarakat, konsep pembelajaran orang dewasa dan konsep pembelajaran partisipatif. Selanjutnya dilakukan literatur review atas hasil-hasil penelitian sebelumnya yang terkait dengan keluarga sebagai *caregiver* dalam menangani dan merawat pasien paska stroke di rumah, pelayanan *homecare* bagi pasien paska stroke oleh petugas Kesehatan khususnya perawat dan penggunaan pembelajaran partisipatif pada berbagai *setting* penelitian.

Usulan desain model konseptual tersebut kemudian dilakukan validasi oleh tim Pakar dengan metode *Focus Group Discussion* (FGD) pada hari Rabu, tanggal 22 November 2023 mulai pukul 09.30 s.d 11.30 WIB bertempat di ruang kelas Prodi Pendidikan Masyarakat, Fakultas Ilmu Pendidikan Universitas Pendidikan Indonesia. Tim Pakar yang hadir terdiri dari 4 orang yaitu: 1) Prof. Dr. Jajat S. Ardiwinata, M.Pd (Guru Besar UPI), 2) Prof. Dr. Hotma Rumahorbo, SKp. M.Epid (Guru Besar Poltekkes Kemenkes Bandung), 3) Dr. Anah Sasmita, SKp. MKep. (Dosen/akademisi Poltekkes Kemenkes Bandung), dan 4) Evi Nurjanah, S.Kep. Ners., M.Kep. (Praktisi Homecare Yayasan Green Care Bandung). Beberapa masukan dari tim pakar telah dirangkum dan hasilnya terlihat pada tabel 3 dibawah ini:

Tabel 3: Masukan/saran dan Koreksi saat Validasi Model melalui kegiatan FGD

No.	Nama Tim Pakar	Masukan/Saran yang Disampaikan	Perbaikan yang Dilakukan
1.	Prof. Dr. Jajat S. Ardiwinata, M.Pd	Asumsinya lebih baik apabila ditambahkan statement bahwa Stroke bisa disembuhkan	Ditambahkan pada komponen asumsi
		Pada asumsi perlu ditambahkan mengenai penjelasan andragogi dalam proses pembelajaran partisipatif yang diyakini menjadi salah satu solusi bagi penanganan pasca stroke.	Ditambahkan pada komponen asumsi
		Perlu ditambahkan siapa sasaran dan penerima manfaat nya dari model ini.	Ditambahkan komponen tujuan, sasaran dan manfaat
		Perlu ditambahkan dengan perangkat yang nanti akan menjadi instrumen dalam penerapan model.	Ditambahkan dan dilengkapi pada penyusunan kisi-kisi dan instrument.
2.	Prof. Dr. Hotma Rumahorbo, SKp., M.Epid	Sebaiknya model ini dikombinasikan dengan salah satu model keperawatan yang berhubungan dengan pemenuhan kebutuhan pasien stroke, misalnya: teori Orem	Ditambahkan pada komponen asumsi dan kerangka model
		Agar lebih disistematiskan, yaitu asumsi yang perlu ditambahkan literturnya, untuk menjawab apakah stroke bisa disembuhkan dan Apakah pasien pasca stroke masih bisa mandiri dan produktif?	Ditambahkan komponen asumsi

		Perlu diperjelas siapa sasaran nya dari model ini: keluarga, atau pemberi layanan homecare?	Ditambahkan pada komponen tujuan,sasaran dan penerima manfaat.
		Perlu diperjelas fokus dari <i>need asesment</i> , yang dimaksud yang mana? Sebaiknya lebih dispesifikan, misalnya: <i>need assesment</i> terkait dengan pemenuhan kebutuhan <i>activity daily living</i> .	Ditambahkan pada komponen tujuan
3.	Dr. Anah Sasmita, SKp., MKep	Berikan penegasan dalam rasional bahwa Pendidikan merupakan upaya perubahan perilaku termasuk dalam bidang Kesehatan.	Ditambahkan dalam penjelasan pada komponen rasional.
		Perlu ditambahkan dengan konsep interprofesional collaboration.	Ditambahkan pada komponen asumsi
		Sebaiknya digabungkan dengan teori <i>selfcare</i> dalam keperawatan yang salah satu tindakannya adalah <i>supportive educative</i> yang dipadukan dengan metode pembelajaran partisipatif.	Ditambahkan pada komponen asumsi dan kerangka model
4.	Evi Nurjanah, S.Kep. Ners., M.Kep	Pada dasarnya model ini sangat sesuai dengan kebutuhan layanan homecare saat ini, sehingga sangat ditunggu kapan <i>launching</i> modelnya.	Model ini akan <i>launching</i> setelah mendapatkan Hak Kekayaan atas Intelektual (HAKI)

Memperhatikan masukan dari tim pakar tersebut maka rumusan model konseptual emberdayaan Keluarga dalam bentuk Layanan Homecare Berbasis Pembelajaran Partisipatif untuk Menangani Pasien Paska Stroke di rumah, adalah sebagai berikut:

a. Rasional

Pendidikan merupakan aspek penting dalam kehidupan dan menjadi tolak ukur kemajuan suatu bangsa karena melalui pendidikan dapat terjadi perubahan perilaku manusia kearah yang lebih baik, membentuk karakter manusia yang berakhlak dan bertanggung jawab, serta menjadikan manusia bermanfaat untuk semua makhluk. Menurut Depdiknas (2013: 326), pendidikan diartikan sebagai proses perubahan sikap dan tata laku seseorang atau kelompok orang dalam usaha mendewasakan manusia melalui upaya pengajaran dan latihan, proses perbuatan, cara mendidik (Hidayat et al., 2019).

Oemar Hamalik (2001: 79) dalam (Hidayat et al., 2019) menjelaskan bahwa “Pendidikan adalah suatu proses dalam rangka mempengaruhi siswa agar dapat menyesuaikan diri sebaik mungkin terhadap lingkungan dan dengan demikian akan menimbulkan perubahan dalam dirinya yang memungkinkannya untuk berfungsi secara kuat dalam kehidupan masyarakat”.

Hal ini diperkuat dengan bunyi pasal 1 ayat 1 Undang-Undang No. 20 tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional, Pendidikan adalah usaha sadar dan terencana untuk mewujudkan suasana belajar dan proses pembelajaran agar peserta didik secara aktif mengembangkan potensi dirinya untuk memiliki kekuatan spiritual keagamaan,

pengendalian diri, kepribadian, kecerdasan, akhlak mulia, serta keterampilan yang diperlukan dirinya, masyarakat, bangsa dan negara. Bertujuan untuk berkembangnya potensi peserta didik agar menjadi manusia yang beriman dan bertakwa kepada Tuhan Yang Maha Esa, berakhlak mulia, sehat, berilmu, cakap, kreatif, mandiri, dan menjadi warga negara yang demokratis serta bertanggung jawab¹⁴.

Merujuk pada Undang-undang Pendidikan tersebut salah satu tujuan dari Pendidikan adalah membentuk manusia Indonesia yang sehat dan mandiri. Sehat merupakan suatu keadaan kondisi fisik, mental, dan kesejahteraan sosial yang merupakan satu kesatuan dan bukan hanya bebas dari penyakit atau kecacatan (WHO, 2008). Undang-undang No.17 tahun 2023 tentang Kesehatan pasal 1 ayat 1 memberikan batasan tentang kesehatan yaitu keadaan sehat seseorang, baik secara fisik, jiwa, maupun sosial dan bukan sekadar terbebas dari penyakit untuk memungkinkannya hidup produktif¹⁵.

Pernyataan yang tertulis pada Undang-undang Pendidikan No. 20 tahun 2003 dan Undang-undang Kesehatan No. 17 tahun 2023 memiliki relevansi yang sangat erat, dimana kedua undang-undang ini saling melengkapi satu sama lain, bahwa salah satu tujuan dari Pendidikan adalah untuk membentuk manusia Indonesia sehat dan mandiri. Sehat dalam arti kondisi yang sempurna baik secara fisik, mental, spiritual maupun sosial dan ekonomis atau dengan kata lain orang yang sehat merupakan orang yang mandiri dan terbebas dari penyakit atau kecacatan.

Kemandirian seseorang dapat terganggu oleh berbagai sebab terutama apabila terkena sakit yang mengakibatkan kecacatan, diantaranya stroke. Stroke adalah penyakit yang menyerang system syaraf pusat manusia, disebabkan oleh karena adanya kerusakan/gangguan aliran darah ke otak sehingga menimbulkan kerusakan fungsi syaraf yang ditandai dengan kelumpuhan/kelemahan fisik, hilangnya kesadaran, gangguan/kesulitan bicara (rero), ketidakmampuan makan/minum dan menahan buang air kecil (BAK)/buang air besar (BAB), nyeri kepala hebat, kehilangan fungsi kognitif dan kehilangan produktifitas serta kemandirian (Widagdo, Suharyanto dan Aryani, 2021).

Stroke termasuk ke dalam kelompok penyakit tidak menular yang sudah menjadi masalah kesehatan masyarakat; menimbulkan kesakitan, kecacatan, dan kematian yang tinggi, serta menimbulkan beban pembiayaan kesehatan sehingga perlu dilakukan penyelenggaraan penanggulangan yaitu dengan melaksanakan Gerakan Masyarakat Sehat (Germas) yang mengedepankan perubahan perilaku tidak sehat yang memicu terjadinya penyakit tidak menular, seperti kurang aktivitas fisik, kurang konsumsi buah dan sayur, merokok, dan kurangnya kesadaran masyarakat akan pentingnya cek kesehatan secara teratur, dan lain-lain. (Permenkes No. 5 tahun 2017, dalam MUAFAIAH, 2019).

Sakit stroke mengakibatkan pasien yang menderitanya kehilangan produktifitas dalam melaksanakan perannya dan hal ini akan mengakibatkan dampak lanjutan pada kehidupan ekonomi pasien dan keluarga. Padahal pada saat yang sama pasien dan keluarga memerlukan biaya yang banyak mengingat proses perbaikan pasien stroke memerlukan waktu yang lama dan bertahap, sehingga memerlukan program lanjutan paska perawatan di rumah sakit¹⁷. Untuk melanjutkan penanganan pasien stroke paska perawatan di rumah sakit umumnya dilaksanakan oleh keluarga sehingga keluarga memiliki peran vital dan memikul tanggung jawab yang besar.

Keluarga menurut Rogers dalam (Supriyono et al., 2015 : 9) sebagai *one or more persons living in the same household who are related by birth, marriage, or adoption* atau dalam sosiologi Indonesia disebut sebagai lembaga perkawinan atau yang biasa disebut sebagai keluarga inti yang merupakan unit terkecil masyarakat, dan berfungsi sebagai satuan pendidikan di luar sekolah dan oleh Roger Keluarga secara konvensional dinilai sebagai

lembaga sosial tertua, terkecil namun terlengkap status dan peran yang ditunaikannya. Sedangkan Rollin dan Galligan (1978) dalam Sudiapermana (2009:12) mendefinisikan keluarga sebagai suatu sistem interaksi semi tertutup di antara orang-orang yang bervariasi umur dan jenis kelaminnya, di mana interaksi tersebut terorganisasi dalam arti hubungan posisi social dengan norma dan peranan yang ditentukan, baik oleh individu yang berinteraksi maupun oleh masyarakat sebagai kekhasan dari sistem tersebut.

Keluarga diyakini memiliki kemauan dan kemampuan untuk mengatasi masalah yang dihadapinya. Keluarga dapat berperilaku dan mampu menangani anggota keluarga yang sakit apabila diarahkan oleh tenaga Kesehatan dan melakukan berbagai upaya yang sesuai dengan kebutuhan dalam memilih intervensi untuk menyembuhkan kondisi anggotanya yang sakit stroke²⁰. Pelibatan keluarga pasien dalam menangani pasien paska stroke di rumah pada dasarnya merupakan upaya untuk memberdayakan keluarga dalam mengatasi permasalahan yang timbul yang pada gilirannya akan mendorong kemandirian keluarga.

Proses pendidikan keluarga dimulai dengan melakukan serangkaian kegiatan edukasi melalui penerapan berbagai model yang salah satunya adalah model pembelajaran partisipatif. Pembelajaran partisipatif menurut Sudjana (2005:155) dalam Ahmad Muslim (2017) didefinisikan sebagai upaya pendidik mengikutsertakan peserta didik dalam kegiatan pembelajaran dan menekankan bahwa peserta didik atau warga belajar adalah pemegang peran atau sebagai pusat dalam proses keseluruhan kegiatan pembelajaran, sedangkan pendidik atau pendamping lebih diarahkan untuk memfasilitasi peserta didik dalam melakukan kegiatan pembelajaran. Keunggulan dari model pembelajaran partisipatif diantaranya adalah materi yang disampaikan sesuai dengan apa yang dibutuhkan keluarga sebagai peserta didik/warga belajar dan keluarga bisa langsung ikut berpartisipasi dalam proses edukasi tersebut dari mulai tahap persiapan pembelajaran sampai dengan tahap evaluasi sehingga melalui tahapan tersebut keluarga akan terlibat sejak awal dan hal ini akan dapat mempercepat kemandirian keluarga²².

Penelitian tentang penerapan pembelajaran partisipatif dalam bidang Kesehatan sudah dilaksanakan oleh Kusparlina (2016) dengan topik yang berkaitan dengan kesehatan ibu dan anak (KIA). Hasilnya menyimpulkan bahwa pengembangan model pembelajaran partisipatif dapat diterapkan sebagai upaya meningkatkan pencapaian peran bidan sebagai pendidik pada program Kesehatan ibu, kesehatan anak dan pelayanan KB/kesehatan reproduksi.

Kajian terhadap penelitian sebelumnya pada bidang keperawatan juga dilakukan yaitu dengan mencari model layanan homecare yang mempergunakan konsep atau pendekatan Pendidikan masyarakat, hasilnya menunjukkan bahwa sampai saat ini belum ada penelitian yang melakukan study tentang model yang mengkombinasikan atau mengintegrasikan layanan homecare dengan pendekatan Pendidikan Masyarakat yang berbasis pada pembelajaran partisipatif.

Model pembelajaran partisipatif memberikan keleluasaan dalam menetapkan *content* (isi) dari kegiatan pembelajarannya pada hal-hal yang relevan dengan kebutuhan warga belajar. Dalam hal ini berkaitan erat dengan pengetahuan dan keterampilan yang dibutuhkan oleh keluarga pasien paska stroke pada saat memenuhi kebutuhan dasar sehari-hari pasien (*activity daily living*) di rumah, seperti: cara memberi makan dan minum, cara membersihkan bekas buang air besar/buang air kecil pasien (*toileting*), cara memandikan dan mengganti pakaian serta melakukan latihan pergerakan sendi dan berjalan (mobilisasi) secara sederhana (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2013; Handayani et al., 2019; Yaslina et al., 2019).

Hasil studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti kepada keluarga pasien paska stroke menunjukkan bahwa pengetahuan keluarga terkait dengan jenis komplikasi yang sering dialami pasien stroke, perlunya penanganan lebih lanjut pada pasien paska stroke di rumah dan perlunya pasien stroke mendapatkan penanganan lanjutan di rumah: seluruh responden (100 %) sudah mengetahui dengan baik dan benar. Kemudian hampir seluruh responden (85 %) merasakan dampak yang dialaminya selama menangani pasien stroke di rumah, seperti: cape, Lelah, bosan dan cemas, sehingga sebagian (50 %) dari mereka menyatakan siap untuk melanjutkan menangani/merawat pasien paska stroke di rumah dan sebagian lagi menyatakan tidak siap dengan berbagai alasan. Disamping itu masih ada sebagian kecil (21,7 %) dari responden yang tidak mengetahui adanya layanan homecare dan sebagian kecil (25 %) dari yang sudah memanfaatkan layanan homecare selama ini juga tidak mengetahui manfaat layanan homecare serta merasa tidak puas atas jasa layanan homecare yang diterima selama ini.

Berdasarkan dimensi sikap keluarga, hasil studi pendahuluan menunjukkan bahwa keluarga pada dasarnya sudah menyadari bahwa layanan homecare itu penting dilakukan untuk pasien paska stroke di rumah. Seluruh (100 %) reponden juga menyadari perlunya keterlibatan aktif keluarga dalam menangani pasien paska stroke di rumah dan hampir seluruhnya (96,7 %) menyadari pentingnya peran keluarga dalam mendukung penanganan pasien paska stroke di rumah. Meskipun menganggap penting terhadap layanan homecare bagi pasien paska stroke di rumah tetapi sebagian (50 %) dari mereka menyatakan tidak siap untuk untuk melanjutkan penanganan pasien paska stroke di rumah dan juga tidak siap membayar biaya tambahan apabila memanfaatkan jasa layanan homecare.

Terkait dengan hal itu peneliti mempertimbangkan untuk mengembangkan sebuah model edukasi yang dapat melibatkan keluarga berpartisipasi secara aktif dalam menangani pasien paska stroke di rumah yaitu salah satunya dengan menggunakan model pembelajaran partisipatif. Hasil studi pendahuluan terkait dengan pengetahuan keluarga mengenai Rasional alasan praktis dan teoritis perlunya model layanan homecare berbasis pembelajaran partisipatif untuk dikembangkan menunjukkan bahwa seluruh (100 %) responden sepakat menyatakan perlu dikembangkannya model layanan homecare berbasis pembelajaran partisipatif. Kemudian hampir seluruh responden (98,2 %) menyatakan selama ini masih banyak keluarga yang belum melakukan layanan homecare kepada pasien paska stroke karena kekurangtahuan, ketidakmampuan dan ketidaksiapan menangani pasien paska stroke di rumah dan hampir seluruhnya (96,4 %) menyatakan masih banyak pasien stroke yang belum mendapatkan layanan homecare karena keterbatasan keluarga untuk membiayai jasa petugas homecare, serta hampir sebagian (48,2 %) dari responden memiliki kemampuan dan kemauan untuk berpartisipasi secara aktif dalam menangani pasien paska stroke di rumah dan sebagian lagi (51,8 %) menyatakan tidak memiliki kemampuan dan kemauan untuk berpartisipasi aktif.

Data tersebut sejalan dengan hasil wawancara dengan petugas homecare (Ns. M) dari RSUD Al Ihsan Provinsi Jawa Barat yang mengatakan:

“...sampai saat ini belum semua pasien terlayani dengan homecare karena ada yang mampu dan banyak juga yang tidak mampu untuk membayar biayanya. Selain itu karena jarak rumah yang jauh/sulit dijangkau oleh petugas homecare.....”

“.....cobi bayangeun upami abdi kedah ka Ciwidey kanggo ngarawatan mung saurang pasien, waktosna oge seep di jalan.....samentawis abdi oge kedah midamel padamelan sanes.....”

Demikian juga hasil wawancara dengan Ns. Y petugas homecare RS Al Islam yang menyatakan:

“.....kira-kira masih ada 10 % pasien dan keluarga yang tidak menggunakan layanan homecare dengan alasan karena merasa kasihan/tidak tega, faktor biaya dan ketidaksiapan keluarga serta karena memiliki pembantu sendiri yang dapat ditugaskan menjaga pasien di rumah sedangkan sebagian besar dari mereka sudah mendapatkan layanan homecare”

“.....Kanggo keluarga anu mampuh biasana sok miwarangan pembantu kanggo ngabantosan ngarawatan pasien....atanapi aya oge anu langsung nyuhunkeun bantosan tanagi ka Yayasan anu melayani Homecare....nanging kanggo keluarga anu teu mampuh mah biasana keluarga satiasa-tiasa ngarawatan nyalira....sehingga sering kajantenan decubitus sareng anu sanes na, numawi keluarga peryogi pisan dilibatkeun... kumargi masih aya keluarga terutami anu teu mampuh kanggo mayar petugas homecare, janten ku ayana keluarga dilibatkeun saatos dipasihkeun terang cara-carana tangtos bakal masihan pengaruh positip ka pasien....”

b. Asumsi Model

Stroke merupakan kondisi penurunan atau hilangnya fungsi otak yang terjadi secara tiba-tiba yang disebabkan karena kurangnya suplai darah ke otak melalui pembuluh darah arteri. Kurangnya suplai darah ke otak dalam waktu yang relative lama akan menyebabkan sel-sel syaraf (neuron) yang berada didalam otak akan mengalami kerusakan dan kehilangan fungsi sehingga menimbulkan deficit neurologis yang ditandai dengan penurunan kesadaran, kelumpuhan pada sebagian tubuh, wicara rero dan gejala deficit neurologis lainnya bahkan mengakibatkan kecacatan (*sequele*) sehingga berdampak pada berbagai aspek yaitu fisik, mental, sosial dan spiritual pasien.

Sehubungan dengan itu penanganan pasien stroke harus dilakukan secara cepat dan tepat agar proses perbaikannya dapat berjalan dengan optimal. Proses perbaikan (penyembuhan) stroke tergantung pada beberapa faktor diantaranya: luas area otak yang terkena, tingkat keparahan dan kecepatan penanganan awal saat terjadinya serangan. Penanganan awal stroke harus berada pada masa *golden periode* atau waktu periode emas yaitu paling lambat 3 jam setelah serangan awal, apabila penanganannya dilakukan pada *golden periode* ini maka kemungkinan untuk sembuh kembali akan lebih besar dan resiko kecacatannya (*sequele*) dapat diminimalkan. Sebaliknya apabila penanganannya terlambat maka resiko kesembuhan totalnya makin kecil dan bisa menimbulkan kecacatan (*sequele*)⁴

Kecacatan menetap dapat terjadi apabila pasien tidak dilakukan penanganan paska stroke di rumah dengan baik, antara lain disebabkan karena keluarga sering kali memanjakan pasien dengan membantu secara berlebihan dan membiarkan pasien terbaring pasif menunggu kondisinya menjadi lebih baik (Sundah, dkk, 2014) dalam²⁶. Untuk itu pasien pasca stroke perlu diberikan berbagai upaya dengan cara membimbing dan melatih pasien supaya mandiri dalam pemenuhan kebutuhan sehari-harinya (*activity daily living*) seperti mobilitas fisik, makan, mandi, menggunakan pakaian, dan lain sebagainya dengan melibatkan keluarga agar keluarga juga tidak salah dalam memperlakukan pasien dan pada saat yang sama dapat menumbuhkan semangat bagi pasien stroke serta akan meringankan tugas anggota keluarga.

Salah satu teori keperawatan yang memiliki relevansi sangat erat dengan pemenuhan kebutuhan dasar pasien akibat adanya ketidakmampuan dalam memenuhinya adalah teori *selfcare* yang dikemukakan oleh Dorothea E. Orem tahun 1971 dimana dia mempublikasikannya dengan judul "*Nursing Concepts of Practice Self Care*". Model ini pada awalnya berfokus pada individu, kemudian edisi kedua tahun 1980 dikembangkan pada multi

person's unit (keluarga, kelompok dan komunitas). Menurut teori Orem, pada dasarnya semua manusia mempunyai kebutuhan untuk melakukan perawatan diri dan mempunyai hak untuk melakukan perawatan diri secara mandiri (*selfcare*). Hal ini bisa tidak dapat dilakukan jika seseorang tidak mampu atau mengalami defisit perawatan diri (*selfcare deficit*) akibat kemampuan/kapasitas diri (*selfcare capacity*) orang tersebut lebih rendah dari tuntutan kebutuhannya (*selfcare demand*) atau dengan kata lain *selfcare demand* melebihi *selfcare capacity*²⁷.

Teori Orem menegaskan bahwa defisit perawatan diri (*selfcare deficit*) terjadi bila agen keperawatan sebagai *nursing agency* atau orang yang memberikan perawatan diri baik pada diri sendiri tidak dapat memenuhi kebutuhan perawatan dirinya. Teori defisit perawatan diri Orem juga menjelaskan bukan hanya saat keperawatan dibutuhkan saja, melainkan cara membantu orang lain dengan menerapkan lima metode bantuan, yakni memandu, mengajarkan, mendukung dan menyediakan lingkungan yang dapat meningkatkan kemampuan individu untuk memenuhi kebutuhan perawatan diri²⁸. Oleh karena itu jenis system bantuan yang tepat dilakukan untuk memandirikan pasien paska stroke dan keluarga salah satunya adalah *supportive educative* melalui pemberdayaan keluarga (*family empowerment*) agar pasien dan keluarga tidak tergantung pada orang lain dan oleh sebab itu keluarga memiliki peran penting dalam perawatan pasien paska stroke²⁹.

Di samping itu, pemulihan dan kesembuhan pasien stroke juga dipengaruhi oleh faktor psikologis berupa motivasi dan keyakinan yang kuat dari pasien sendiri (*self-efficacy*) untuk sembuh. Hasil penelitian Ismatika & Soleha, (2018) menunjukkan bahwa semakin kuat keyakinan diri (*self-efficacy*) pasien stroke untuk sembuh maka potensi kesembuhannya juga semakin tinggi. Faktor lain adalah dukungan sosial terutama dari keluarga. Dukungan keluarga berupa dukungan emosi, penghargaan, informasi dan instrumental merupakan hal yang sangat dibutuhkan oleh pasien stroke. Temuan Syamsuddin & Yunus, (2016) yang diperkuat oleh Okwari et al., (2019) dan Vihandayani et al., (2019) menyatakan terdapat hubungan yang sangat bermakna antara dukungan keluarga dengan motivasi pasien dengan melaksanakan program lanjutan penanganan stroke dan rehabilitasi untuk mencapai kesembuhan dan meningkatkan kualitas hidupnya.

Merujuk pada penjelasan diatas, terdapat beberapa asumsi yang menjadi landasan dalam membuat model layanan homecare berbasis pembelajaran partisipatif pada keluarga pasien paska stroke di rumah ini, terutama didasari oleh permasalahan keluarga pasien paska stroke yang harus mengambil peran dan tanggung jawab untuk melanjutkan penanganan pasien di rumah paska perawatan di rumah sakit.

Faktanya tidak semua keluarga siap dan mampu untuk melakukan itu karena keterbatasan pengetahuan, sikap, dan keterampilan serta adanya kekurangan finansial apabila penanganan pasien paska stroke dilaksanakan oleh petugas homecare. Untuk itu keluarga perlu diberdayakan secara optimal dengan memberikan penguatan kemampuan melalui penerapan model edukasi yang dapat mendorong keluarga terlibat penuh dan berpartisipasi secara aktif dalam kegiatan pembelajaran (edukasi) dari mulai proses perencanaan, pelaksanaan sampai dengan evaluasi. Melalui penerapan pembelajaran partisipatif diharapkan keluarga menjadi mandiri dalam melakukan penanganan pasien paska stroke di rumah.

Asumsi model ini merujuk pada hasil kajian terkait dengan penanganan pasien stroke di rumah, layanan homecare, peran dan tugas keluarga sebagai *family caregiver*, pola pembelajaran orang dewasa dan konsep pembelajaran partisipatif, serta kemandirian keluarga dalam bidang kesehatan dengan ringkasannya adalah sebagai berikut:

Kesatu: Keluarga memiliki peran yang sangat penting dan vital dalam aspek Pendidikan. Pada keluarga awal ditanamkannya nilai-nilai (*values*), norma, moral, agama, bahasa, komunikasi dan berbagai aspek kehidupan lainnya melalui pendidikan yang dilakukan oleh keluarga dan lingkungan berbentuk kegiatan belajar secara mandiri atau pendidikan informal³³. Keluarga juga memiliki peran yang sangat penting dalam aspek kesehatan, mengingat kondisi sakit (masalah kesehatan) yang dialami oleh anggota keluarga berpengaruh dan berdampak pada keluarga secara keseluruhan dan sebaliknya kondisi keluarga akan berpengaruh juga pada status kesehatan anggota keluarganya. Atas dasar tersebut timbul keyakinan bahwa keluarga memiliki kemauan dan kemampuan untuk mengatasi masalah yang dihadapinya dengan memilih dan melakukan berbagai upaya/intervensi yang sesuai kebutuhannya untuk menyembuhkan kondisi anggotanya yang sakit stroke apabila diberikan edukasi oleh tenaga Kesehatan yang sesuai³⁴. Keluarga pasien stroke juga harus dilibatkan dalam membuat keputusan dan rencana terapi sesegera mungkin, bahkan apabila memungkinkan dilibatkan dalam keseluruhan proses pengobatan (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2013). Dengan demikian keluarga memiliki peran yang sangat penting dan menjadi salah satu pilar keberhasilan dalam penanganan pasien paska stroke di rumah (F. Handayani et al., 2019).

Kedua: permasalahan Kesehatan pada keluarga tidak dapat diselesaikan/diatasi oleh pendekatan Kesehatan saja tetapi memerlukan kontribusi dan kolaborasi dengan sektor lain, antara lain dengan sektor Pendidikan Masyarakat. Kolaborasi antar profesi atau *interprofessional collaboration (IPC)* sebagai wadah dalam upaya mewujudkan praktik kolaborasi yang efektif antar profesi merupakan bagian dari kebijakan WHO dalam mengatasi masalah Kesehatan. Menurut WHO, konsep IPC melibatkan berbagai profesi kesehatan dan profesi lain termasuk dengan Pendidikan Masyarakat bekerja sama dengan pasien, keluarga dan komunitas untuk menyediakan pelayanan komprehensif dan berkualitas tinggi (WHO, 2010) dalam³⁵. Mengingat keluarga adalah unit terkecil dari Masyarakat, maka salah satu bentuk dari Pendidikan Masyarakat adalah dengan melakukan pemberdayaan keluarga yang komprehensif. Pemberdayaan keluarga dilaksanakan dengan kegiatan edukasi dan pendampingan pada keluarga yang sesuai dengan karakteristik keluarga. Proses edukasi yang dilakukan pada keluarga dengan menerapkan model pembelajaran partisipatif diyakini dapat menimbulkan ketertarikan, keterlibatan dan keikutsertaan keluarga secara aktif dalam mengikuti kegiatan pembelajaran¹².

Ketiga: sasaran dari model ini adalah keluarga pasien paska stroke yang pada umumnya berusia dewasa sampai lansia, sehingga proses pembelajaran yang dilakukan harus didasari pendekatan pembelajaran orang dewasa. John D. Ingals, dalam Sujarwo (2013) memberikan batasan bahwa pendidikan orang dewasa adalah suatu cara pendekatan dalam proses belajar orang dewasa, rumusan ini lebih menekankan kepada tehnik belajar bagi orang dewasa sehingga orang dewasa sanggup dan mau belajar sesuai dengan tujuan yang ingin dicapai. Oleh karena itu pembelajaran partisipatif diyakini lebih sesuai untuk diterapkan pada pembelajaran orang dewasa karena didasari juga oleh prinsip-prinsip pembelajaran orang dewasa yaitu: 1) berorientasi kepada kesesuaian (*appropriatenes*) dari hasil identifikasi dan analisis kebutuhan belajar keluarga (*need assessment oriented*), 2) perencanaan pembelajaran yang didesain sesuai dengan pengalaman keluarga (*experiential learning*), 3) mempertimbangkan kesiapan belajar (*readiness to learn*) dengan memanfaatkan berbagai potensi yang ada dan adanya fleksibilitas waktu dalam pelaksanaan pembelajarannya, 4) berpusat pada keluarga sebagai warga belajar/ partisipan (*participant centered*) dengan memperbanyak aktifitas latihan keterampilan (*skill exercise*), 5) mengoptimalkan partisipasi peran aktif (*active learning*) dan motivasi internal keluarga dalam belajar agar dapat menangani pasien paska stroke di rumah, serta 5) secara bersama-sama menilai/mengevaluasi keberhasilan pencapaian orientasi dari tujuan

pembelajarannya (*orientation to learning*), yaitu adanya peningkatan dalam aspek pengetahuan, sikap dan keterampilan yang pada akhirnya dapat meningkatkan kemandirian keluarga dalam menangani pasien paska stroke di rumah ³⁶.

Keempat: pembelajaran partisipatif memiliki ciri-ciri yang menekankan pada aktifitas warga belajar, adanya keterlibatan emosional dan mental warga belajar, menjunjung tinggi kebersamaan, kesediaan untuk saling memberikan kontribusi dalam mencapai tujuan, senantiasa menghargai hasil kerja/upaya dari warga belajar apapun bentuknya, dan memberikan penguatan terhadap semua hasil kerja warga belajar ³⁷. Pada pembelajaran partisipatif proses awal kegiatan intensitas warga belajar memiliki porsi yang rendah sementara aktifitas bantuan dari pendidik lebih besar, tetapi seiring dengan proses waktu maka secara perlahan tapi pasti intensitas kegiatan warga belajar akan semakin tinggi dan sebaliknya peran pendidik dalam kegiatan pembelajaran akan semakin kecil, sehingga pada akhirnya akan terjadi kemandirian dari warga belajar (Sudjana, 2001:30). Ciri-ciri ini sangat sesuai apabila diterapkan pada saat membelajarkan keluarga pasien paska stroke karena dalam menangani pasien paska stroke memerlukan keterlibatan emosi, kebersamaan dan saling menghargai diantara sesama anggota keluarga serta pada akhirnya kemandirian keluarga sebagai warga belajar akan dapat dicapai.

Kelima: hasil penelitian sebelumnya telah memperlihatkan bahwa penerapan pembelajaran partisipatif pada berbagai *setting* penelitian sudah dapat meningkatkan kepercayaan diri dari warga belajar atas pengetahuan sikap dan keterampilan yang diperoleh untuk meningkatkan kemandirian ekonominya, serta memberdayakan masyarakat dan keluarga dalam memperbaiki taraf hidupnya. Secara khusus pada *setting* Kesehatan pengembangan model pembelajaran partisipatif juga sudah diterapkan sebagai upaya meningkatkan pencapaian peran bidan sebagai pendidik pada program Kesehatan ibu, kesehatan anak dan pelayanan KB/kesehatan reproduksi dimana Kesehatan ibu, anak dan Kesehatan reproduksi keluarga meningkat (Hamzah et al., 2015; Kusparlina, 2016; Setiawan, 2017; Alisalman, 2022).

Merujuk pada kelima asumsi tersebut diharapkan model layanan homecare berbasis pembelajaran partisipatif dapat meningkatkan *resiliency* keluarga melalui peningkatan pengetahuan, sikap dan keterampilan sehingga dapat berperilaku dan mampu mandiri dalam melanjutkan penanganan pasien paska stroke di rumah. Pada penelitian ini difokuskan pada pemenuhan kebutuhan dasar hidup sehari-hari (*activity daily living*) pasien, sebagaimana yang dikemukakan dalam teori selfcare dari Orem, yaitu: kebutuhan oksigen, makan minum, kebersihan diri, eliminasi (buang air kecil dan buang air besar), aktivitas dan istirahat, kenyamanan dan keamanan serta interaksi sosial.

Paparan di atas sejalan dengan hasil studi pendahuluan yang menemukan bahwa seluruh (100 %) responden memahami bahwa Keberadaan pasien stroke di rumah akan berpengaruh pada kondisi keluarga dan dengan adanya partisipasi aktif keluarga dalam menangani pasien paska stroke di rumah diyakini dapat menimbulkan semangat, ketertarikan dan keikutsertaan keluarga secara aktif dalam mengikuti kegiatan edukasi dan dapat mempengaruhi perbaikan/kesembuhan pasien paska stroke.

Data tersebut sejalan dengan hasil wawancara dengan petugas homecare dari RSUD Al Ihsan Provinsi Jawa Barat (Ns. M) yang mengatakan:

“...keberadaan keluarga akan mensupport dan memotivasi pasien untuk bersemangat sembuh dengan pasien memiliki semangat tinggi untuk sembuh/pulih maka dapat mempercepat proses penyembuhan. Selain itu dengan partisipasi

keluarga akan menimbulkan *trust* (kepercayaan) dari pasien serta pasien merasa aman dan nyaman....”

Demikian juga dengan hasil wawancara dengan petugas homecare RS Al Islam (Ns. Y) yang menyatakan:

“.....pasien stroke membutuhkan waktu lama untuk pemulihan dan penyembuhannya sehingga pasien seringkali mengalami depresi, stress dan merasa dikucilkan. Keberadaan keluarga akan memotivasi pasien untuk bersemangat sembuh karena ada yang mensupport dan memperhatikan. Bagi keluarga ini juga menjadi ladang ibadah kepada keluarga dan mengurangi beban biaya hidup dalam merawat pasien....”

c. Tujuan, Sasaran dan Manfaat

1) Tujuan

Tujuan Umum:

Memformulasikan desain konseptual model layanan homecare berbasis pembelajaran partisipatif agar keluarga memiliki kemandirian dalam menangani pasien paska stroke di rumah melalui peningkatan pengetahuan, sikap dan keterampilan.

Tujuan Khusus:

Melalui desain konseptual model layanan homecare berbasis pembelajaran partisipatif akan tersusun pedoman sederhana pelaksanaan pembelajaran partisipatif dalam melaksanakan layanan homecare bagi keluarga sehingga dapat menangani pasien paska stroke di rumah dengan optimal, yang terdiri dari:

- a) Panduan pembinaan keakraban dalam melaksanakan pembelajaran partisipatif pada keluarga pasien paska stroke di rumah.
- b) Panduan mengidentifikasi kebutuhan belajar, sumber belajar, dan kemungkinan hambatan dalam melaksanakan pembelajaran partisipatif pada keluarga pasien paska stroke di rumah.
- c) Panduan dalam merumuskan tujuan pembelajaran partisipatif pada keluarga pasien paska stroke di rumah.
- d) Panduan dalam menyusun program pembelajaran partisipatif pada keluarga pasien paska stroke di rumah.
- e) Panduan dalam pelaksanaan kegiatan pembelajaran partisipatif pada keluarga pasien paska stroke di rumah.
- f) Panduan dalam melaksanakan penilaian proses, hasil dan pengaruh kegiatan pembelajaran partisipatif pada keluarga pasien paska stroke di rumah.

Rumusan tujuan umum pembuatan desain model konseptual ini, sejalan dengan pemahaman keluarga terkait dengan tujuan dari model layanan homecare berbasis pembelajaran partisipatif yang diperoleh dari hasil studi pendahuluan yang menunjukkan bahwa seluruh (100 %) responden mengetahui bahwa tujuan dilaksanakannya layanan Homecare berbasis pembelajaran partisipatif adalah untuk meningkatkan dan memaksimalkan tingkat kemandirian keluarga dalam menangani pasien paska stroke di rumah serta untuk meningkatkan hubungan yang erat antara pasien dengan keluarga sehingga dapat memotivasi pasien untuk cepat sembuh.

Data tersebut sejalan dengan hasil wawancara dengan petugas homecare (Ns. M) dari RSUD Al Ihsan Provinsi Jawa Barat yang mengatakan:

“...tujuan dari layanan homecare berbasis pembelajaran partisipatif adalah intinya untuk mempercepat proses penyembuhan/pemulihan pasien karena dengan adanya keluarga yang membantu dan memperhatikan, pasien akan merasa termotivasi untuk pulih dan bisa beraktivitas kembali.....”

Demikian juga dengan hasil wawancara dengan petugas homecare RS Al Islam (Ns. Y) yang menyatakan:

“....tujuan dari layanan homecare berbasis pembelajaran partisipatif adalah untuk mempercepat pemulihan pasien karena Pasien merasa dihargai, diperhatikan dan disayangi oleh keluarganya sehingga semangat hidup pasien akan meningkat.....”

2) Sasaran

Sasaran utama dari penerima penggunaan model ini adalah keluarga pasien atau orang yang dipercaya dan ditugaskan oleh keluarga untuk melanjutkan penanganan sehari-hari pasien paska stroke di rumah. Sedangkan pasien stroke adalah penerima layanan dan manfaat dari model ini.

3) Manfaat

Manfaat dari penerapan model Layanan Homecare berbasis pembelajaran partisipatif pada keluarga Pasien Paska Stroke di rumah, adalah sebagai berikut:

a) Manfaat bagi pasien paska stroke

Pasien paska stroke akan mendapatkan layanan edukasi berupa bentuk tambahan pengetahuan, keterampilan dan sikap dalam mencapai kemandiriannya terutama pada pemenuhan kebutuhan sehari-hari (*activity daily livings*).

b) Manfaat bagi keluarga

Keluarga akan memperoleh panduan yang jelas dan terstandar dalam menerapkan model layanan homecare berbasis pembelajaran partisipatif pada saat menangani pasien paska stroke sehingga proses perbaikan/pemulihan dan kesembuhan pasien dapat mencapai hasil optimal. Keluarga juga akan mendapatkan manfaat berupa berkurangnya ketergantungan kepada petugas homecare sehingga dari sisi ekonomi hal ini akan berdampak positif pada penurunan beban biaya penanganan pasien di rumah.

c) Manfaat bagi perawat yang bekerja di rumah sakit maupun Perawat yang bekerja di Puskesmas

Keterlibatan keluarga secara aktif dalam melanjutkan penanganan pasien paska stroke di rumah akan mengurangi tambahan beban kerja perawat untuk melakukan kunjungan perawatan di rumah (*visiting homecare*), sehingga energinya bisa difokuskan hanya untuk pemenuhan tindakan yang tidak bisa dialihkan pada keluarga, seperti penggantian alat medis (Nasogastric tube/NGT dan selang catheter), pemberian obat-obatan yang harus disuntikan dan perawatan luka apabila pasien mengalami decubitus.

d) Manfaat bagi Pengembangan ilmu Pendidikan Masyarakat

Memberikan salah satu alternatif solusi dalam memecahkan masalah Kesehatan keluarga sehingga dapat dikembangkan model lain untuk mengatasi masalah Kesehatan lainnya dengan menggunakan metode, strategi dan pendekatan dari keilmuan Pendidikan Masyarakat yang sesuai.

- d. Prinsip Pembelajaran Partisipatif dalam Melaksanakan Model Pemberdayaan Keluarga dalam bentuk Layanan Homecare pada Pasien Paska Stroke di rumah

Prinsip-prinsip utama kegiatan pembelajaran partisipatif menurut Sudjana (2001), Mulyasa (2003) dalam Himawati (2016) dan Malik, (2015), adalah sebagai berikut: 1) berdasarkan kebutuhan belajar; 2) berorientasi pada tujuan kegiatan belajar; 3) berpusat pada peserta didik; 4) belajar berdasarkan pengalaman; 5) kegiatan belajar dilakukan bersama oleh warga belajar dengan sumber belajar dalam kelompok yang terorganisasi; 6) kegiatan pembelajaran merupakan proses kegiatan saling membelajarkan; 7) kegiatan pembelajaran diarahkan pada tujuan belajar yang hasilnya dapat langsung dimanfaatkan oleh warga belajar; 8) kegiatan pembelajaran menitik beratkan pada sumber-sumber pembelajaran yang tersedia dalam masyarakat; dan 9) kegiatan pembelajaran amat memperhatikan potensi-potensi manusiawi peserta didik.

Pemahaman keluarga terkait dengan Prinsip Pembelajaran Partisipatif dalam Melaksanakan Model Layanan Homecare pada pasien paska stroke di rumah terlihat dari hasil studi pendahuluan yang menunjukkan bahwa hampir seluruh (98.2 %) responden mengetahui pembelajaran partisipatif memiliki beberapa prinsip dasar dalam pelaksanaannya diantaranya yaitu harus berdasarkan kepada kebutuhan belajar dari keluarga dan berorientasi kepada tujuan pembelajaran yang berpusat kepada keluarga sebagai warga belajar. Seluruh responden (100 %) sepakat bahwa kegiatan pembelajaran harus diarahkan pada tujuan belajar yang hasilnya dapat langsung dimanfaatkan oleh keluarga dalam menangani pasien paska stroke di rumah dan mengharuskan adanya kegiatan saling membelajarkan diantara keluarga pasien paska stroke sebagai warga belajar.

Data tersebut sejalan dengan hasil wawancara dengan petugas homecare (Ns. M) dari RSUD Al Ihsan Provinsi Jawa Barat meskipun dalam kalimat berbeda yang mengatakan:

“...prinsip utama pembelajaran partisipatif adalah mengajarkan hal-hal yang mudah dilakukan oleh keluarga kepada pasien di rumah, seperti: pemberian makanan, melatih pergerakan otot dan sendi, merubah posisi dan memperhatikan kondisi pasien sesuai dengan kebutuhannya...”

Demikian juga dengan hasil wawancara dengan petugas homecare RS Al Islam (Ns. Y) yang menyatakan dengan kalimat berbeda tetapi memiliki makna yang sama yaitu:

“.....prinsip utama dalam pelaksanaannya harus memperhatikan latar belakang Pendidikan pasien dan keluarga, lingkungan rumah pasien dan keluarga serta keyakinan, nilai-nilai, kepercayaan dan kebiasaan keluarga.....”

- e. Strategi Pembelajaran Partisipatif Yang Digunakan Dalam Melaksanakan Pemberdayaan Keluarga Dalam Bentuk Layanan Homecare Pada Pasien Paska Stroke Di Rumah

Sudjana (2001:172-174) dalam Mulyati (2017) memberikan rambu-rambu sebagai karakteristik dari strategi pembelajaran partisipatif, yaitu: (1) berdasarkan kebutuhan belajar (*learning need based*), (2) berorientasikan pada tujuan pembelajaran (*learning goals and objectives oriented*), (3) berpusat pada peserta didik (*participant centered*), dan (4) berangkat dari pengalaman belajar (*experiential learning*).

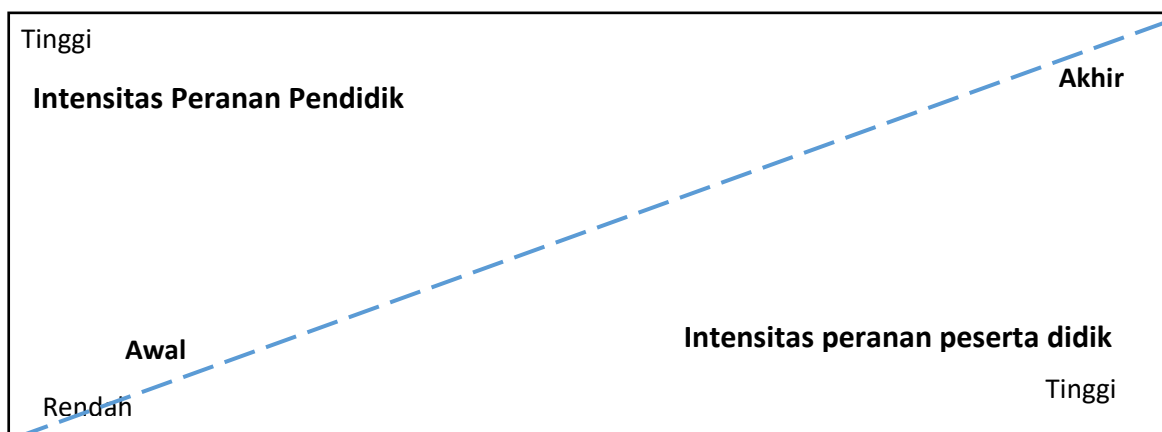
Strategi pembelajaran partisipatif menekankan kepada terciptanya suasana belajar yang partisipatif, yaitu: (1) menekankan pada aktifitas peserta didik; (2) menjunjung tinggi kebersamaan: dalam pembelajaran partisipatif perlu dikembangkan sikap kebersamaan, sehingga tidak ada dominasi peserta didik yang memiliki taraf berpikir cepat terhadap siswa yang kurang; (3) pemberian penghargaan terhadap hasil pekerjaan peserta didik: pendidik hendaknya memberi penghargaan terhadap semua hasil pekerjaan siswa, apapun bentuknya; dan (4) penguatan, pada

tahap ini pendidik melakukan inventarisasi dan penguatan terhadap semua hasil kerja peserta didik⁴³.

Menurut Freire dalam Sudjana (2005:180) yang dicitade dari Kusparlina (2016) proses pembelajaran partisipatif ditinjau dari segi interaksi antar pendidik dan peserta didik (warga belajar) pada pelaksanaan pembelajarannya memiliki enam ciri yaitu:

- 1) Pendidik menempatkan dirinya pada kedudukan yang tidak serba mengetahui terhadap semua bahan belajar, sebaliknya pendidik memandang peserta didik/warga belajar sebagai sumber yang mempunyai nilai bermanfaat dalam kegiatan pembelajaran.
- 2) Pendidik memainkan peran untuk membantu peserta didik/warga belajar dalam melakukan kegiatan pembelajaran. Kegiatan pembelajaran itu berdasarkan atas kebutuhan belajar yang dirasakan perlu, penting dan mendesak oleh peserta didik/warga belajar.
- 3) Pendidik melakukan motivasi terhadap peserta didik/warga belajar supaya berpartisipasi dalam menyusun tujuan belajar, bahan belajar, dan langkah-langkah yang akan ditempuh dalam kegiatan pembelajaran.
- 4) Pendidik sekaligus menempatkan dirinya sebagai peserta didik/warga belajar selama kegiatan pembelajaran yang memberikan dorongan dan bimbingan terhadap peserta didik/warga belajar untuk selalu memikirkan, melakukan dan menilai kegiatan pembelajaran
- 5) Pendidik mendorong dan membantu peserta didik/warga belajar untuk mengembangkan kemampuan pemecahan masalah yang diangkat dari kehidupan peserta didik/warga belajar sehingga mereka mampu berfikir dan bertindak terhadap dan di dalam dunia kehidupan.
- 6) Pendidik bersama peserta didik/warga belajar melakukan kegiatan saling belajar dengan cara bertukar pikiran mengenai isi, proses dan hasil kegiatan pembelajaran, serta tentang cara-cara dan langkah-langkah pengembangan pengalaman belajar untuk masa berikutnya.

Hubungan dan interaksi antara peranan pendidik dengan peserta didik (warga belajar) pada pembelajaran partisipatif diarahkan agar warga belajar secara perlahan-lahan akan meningkat dan membesar peranannya dan menjadi pusat dalam kegiaitan pembelajaran, seperti dapat dilihat pada gambar di bawah ini (Sudjana, 2021: 30) :



Gambar 1: Hubungan Peranan Pendidik dengan Peserta Didik pada Pembelajaran Partisipatif, sumber: Sudjana, 2001:30

Berdasarkan gambar 1 diatas dapat diketahui bahwa pada awal pembelajaran intensitas peranan pendidik adalah tinggi. Peranan ini ditampilkan dalam membantu peserta didik (warga belajar) dengan menyajikan informasi mengenai bahan belajar dan dengan melakukan motivasi dan bimbingan kepada peserta didik (warga belajar). Intensitas kegiatan pendidik makin lama semakin menurun sehingga peranannya lebih diarahkan untuk memantau dan memberikan umpan balik terhadap kegiatan belajar. Sebaliknya kegiatan peserta didik (warga belajar) pada awal kegiatan tampak rendah. Kegiatan awal itu digunakan untuk menerima informasi, bahan belajar, dan petunjuk lain tentang Langkah-langkah kegiatan belajar. Kemudian partisipasi peserta didik (warga belajar) makin lama semakin tinggi dalam kegiatan untuk membahas bahan belajar, bertukar pikiran dan pengalaman, merumuskan dan melaksanakan kegiatan sesuai dengan langkah- langkah yang telah ditetapkan oleh peserta didik (warga belajar) bersama pendidik. Pada akhirnya peserta didiklah yang lebih intensif melakukan kegiatan belajar dan pada hal-hal yang dianggap perlu saja oleh peserta didik (warga belajar) berkonsultasi dengan pendidik. Dengan tingginya partisipasi dan pelaksanaan tugas yang ditampilkan peserta didik (warga belajar) maka suasana saling belajar dan pelaksanaan tugas dapat ditempuh dalam kegiatan pembelajaran sebagaimana seharusnya dalam kegiatan pembelajaran partisipatif. ^(1,3)

Paparan teoritis strategi pembelajaran partisipatif diatas hampir sama dengan pemahaman keluarga terkait dengan strategi Pembelajaran Partisipatif yang digunakan untuk model layanan Homecare pada pasien paska stroke di rumah yang menunjukkan bahwa hampir seluruh (98,2 %) keluarga mengetahui pembelajaran partisipatif memiliki beberapa strategi yang dapat digunakan yaitu menekankan pada aktifitas warga belajar sehingga dituntut adanya partisipasi aktif keluarga sebagai warga belajar. Seluruh responden (100 %) mengetahui strategi lain nya adalah menjunjung tinggi sikap kebersamaan diantara pasien paska stroke dan keluarga, serta adanya penguatan terhadap proses edukasi dan hasil edukasi yang telah dijalani oleh keluarga dan pasien agar menambah motivasi.

Data tersebut sejalan dengan hasil wawancara dengan petugas homecare (Ns. M) dari RSUD Al Ihsan Provinsi Jawa Barat yang inti dari pendapatnya memiliki persamaan dengan strategi pembelajaran partisipatif secara teori. Petugas homecare mengatakan:

“...salah satu strategi pembelajaran partisipatif adalah dengan diskusi yang topiknya sesuai dengan yang ditanyakan keluarga dan jika keluarga membutuhkan tambahan keterampilan maka dilakukan demonstrasi langsung kepada pasien. Keluarga diberikan kesempatan untuk mencoba mempraktikan keterampilan tersebut sampai dapat melakukannya secara aman...”

Demikian juga dengan hasil wawancara dengan petugas homecare RS Al Islam (Ns. Y) yang menyatakan:

“.....Strategi yang digunakan pada pembelajaran partisipatif adalah dengan melakukan persiapan media terlebih dahulu seperti leaflet dan peralatan yang dibutuhkan untuk demo/praktik, kemudian menggali masalah dan kebutuhan dari pasien dan keluarga. Apabila belum tahu dan tidak memiliki keterampilan maka dilakukan edukasi dari A sampai Z. Tetapi apabila sudah tahu dan mampu sebagian, maka diberikan tambahan pengetahuan dan keterampilan yang belum bisa.....”

f. Prosedur Penerapan Model Pemberdayaan Keluarga dalam Bentuk Layanan Homecare Berbasis Pembelajaran Partisipatif untuk Menangani Pasien Paska Stroke di Rumah

Kerangka model pemberdayaan keluarga dalam bentuk layanan homecare berbasis pembelajaran partisipatif untuk menangani pasien paska stroke di rumah merupakan desain model konseptual yang menguraikan proses penyusunan desain model dari mulai komponen input, yang terdiri dari: faktor manusia, faktor tujuan pembelajaran, faktor bahan belajar atau materi, faktor waktu dan fasilitas belajar, dan faktor sarana belajar.

Kemudian komponen proses berupa langkah-langkah pembelajaran partisipatif yang mengacu pada pendapat Sudjana (2001:73) dalam Mundir (2021:31-46), yaitu terdiri dari 6 langkah operasional yang mesti ditempuh dalam mengembangkan model pembelajaran partisipatif. Keenam langkah itu adalah: (1) pembinaan keakraban; (2) identifikasi kebutuhan, sumber, dan kemungkinan hambatan; (3) perumusan tujuan belajar; (4) penyusunan program kegiatan belajar; (5) pelaksanaan kegiatan pembelajaran; dan terakhir (6) penilaian proses, hasil dan pengaruh kegiatan pembelajaran.

1) Tahap Pembinaan Keakraban

Teknik yang dapat digunakan pada tahap ini antara lain meliputi teknik diad, teknik pembentukan kelompok kecil dan teknik pembinaan belajar berkelompok. Teknik diad lazim disebut teknik perkenalan satu dengan yang lain. Tujuan penggunaan teknik diad adalah untuk menciptakan suasana saling mengenal dan akrab di antara para warga belajar. Dengan demikian partisipasi warga belajar dalam proses pembelajaran akan menjadi lebih aktif karena mereka sudah akrab atau saling-mengenal.

Teknik pembentukan kelompok kecil. Teknik ini bertujuan untuk membina keakraban dan keterbukaan dalam memilih teman kelompok. Teknik ini dilakukan untuk membentuk kelompok-kelompok kecil yang jumlah anggotanya terbatas. Teknik ini dapat membina dinamika kelompok yang anggotaanggotanya mempunyai hubungan yang erat dan akrab serta efektif dalam melaksanakan kegiatan pembelajaran.

Teknik pembinaan belajar berkelompok. Penggunaan Teknik ini bertujuan untuk mengetahui harapan para pembelajar tentang aktivitas yang akan dan dapat mereka lakukan dalam kegiatan berkelompok. Harapan ini diajukan secara tertulis dengan cara mengecek informasi dan mengisi kotak yang disediakan dalam lembar isian.

2) Tahap Identifikasi Kebutuhan, Sumber, dan Kemungkinan Hambatan

Teknik yang dapat digunakan pada tahap ini antara lain meliputi teknik curah pendapat (*brainstorming*), dan Teknik wawancara (*interview*). Teknik curah pendapat (*brainstorming*) adalah teknik pembelajaran yang dilakukan dalam kelompok yang warga belajarnya memiliki latar belakang pengetahuan dan pengalaman yang berbeda-beda. Kegiatan ini dilakukan untuk menghimpun gagasan dan pendapat dalam rangka menentukan dan memilih berbagai pernyataan sebagai jawaban terhadap pertanyaan yang berkaitan dengan kebutuhan belajar, sumber-sumber, hambatan, dan lain sebagainya.

Teknik wawancara. Teknik ini digunakan untuk mengumpulkan informasi tentang kebutuhan belajar, sumber- sumber, hambatan dan lain sebagainya yang disampaikan oleh pembelajar, pimpinan lembaga, atau masyarakat. Penggunaan teknik ini melalui proses tanya jawab antara pembelajar dan pembelajar atau antar pembelajar. Wawancara dilakukan bertatap muka secara langsung. Pertanyaan dapat disusun secara berurutan yang dituangkan dalam daftar pertanyaan dan berfungsi sebagai pedoman wawancara.

3) Tahap Perumusan Tujuan Pembelajaran

Teknik yang dapat digunakan pada tahap ini meliputi: teknik penentuan oleh kelompok, teknik Delphi, dan diskusi kelompok. Teknik penentuan oleh kelompok (*Nominal Group Technique*, NGT) digunakan untuk menumbuhkan partisipasi aktif pembelajar dalam merumuskan dan membuat prioritas tujuan pembelajaran (kompetensi dasar).

Teknik Delphi digunakan untuk menghimpun keputusan-keputusan tertulis yang diajukan oleh sejumlah pembelajar atau para pakar yang tempat tinggalnya tersebar dan mereka tidak dapat berkumpul atau tidak dapat bertemu muka dalam menentukan keputusan-keputusan itu. Keputusan tersebut menyangkut tujuan kegiatan pembelajaran, perencanaan kegiatan, pemecahan masalah yang dihadapi bersama, dan sebagainya.

Diskusi kelompok adalah pembicaraan melalui tatap muka yang direncanakan di antara dua orang pembelajar atau lebih tentang pokok atau topik bahasan tertentu dan dipimpin oleh seorang pemimpin diskusi. Pembicaraan itu mengungkap pikiran, gagasan, dan pendapat tentang topik yang dibahas. Teknik diskusi kelompok bertujuan untuk *sharing* informasi tentang topik yang dibahas, sehingga dapat dicapai kesamaan, kecocokan, dan kesepakatan pikiran di antara pembelajar.

4) Tahap Penyusunan Program Kegiatan Pembelajaran

Teknik yang dapat digunakan pada tahap ini antara lain meliputi: teknik pemilihan cepat, dan teknik perancangan program. Teknik pemilihan cepat (*quick sort technique*), yaitu teknik pemilihan dan penentuan prioritas dari beberapa alternatif kemungkinan program yang telah disusun dan akan dilaksanakan. Teknik ini dilakukan pula untuk memilih masalah-masalah yang dihadapi dan harus segera dipecahkan. dengan menggunakan teknik lain seperti NGT, dan jawaban terinci.

Teknik perancangan program adalah pendekatan yang komprehensif tentang kegiatan bersama untuk mengidentifikasi masalah. Kegiatan mengidentifikasi ini terdiri atas mengenal, menjelaskan, dan merumuskan masalah. Setelah masalah teridentifikasi, perlu disusun alternatif program pemecahan dan prioritasnya dengan memperhitungkan kebutuhan, sumber, dan kemungkinan hambatan yang akan ditemui.

5) Tahap Pelaksanaan Kegiatan Pembelajaran

Teknik yang dapat digunakan pada tahap ini antara lain meliputi: teknik penggunaan alat bantu visual, teknik ceramah bervariasi, teknik demonstrasi, dan teknik kerja kelompok.

Teknik penggunaan alat bantu visual, terdiri atas gambar, poster, diagram, dan leaflet. Alat bantu pandang dapat mendorong dan menambah kegairahan para pembelajar dan dapat meningkatkan daya hayal untuk menimbulkan minat dan menambah pengetahuan para peserta didik tentang masalah yang baru. Sebuah gambar dapat menimbulkan sebuah masalah, mengemukakan pengalaman baru, atau menimbulkan sebuah cerita bagi para peserta didik. Sebuah gambar dapat mendorong adanya diskusi atau cerita dan dapat menumbuhkan gagasan-gagasan baru pada peserta didik. Pada umumnya penggunaan alat bantu visual dimaksudkan sebagai alat pembantu kegiatan diskusi dalam usaha mengembangkan keterampilan menganalisis dan membahas masalah.

Teknik ceramah bervariasi adalah suatu teknik penjelasan secara lisan yang dilengkapi dengan penggunaan alat-alat bantu audio visual dan teknik simulasi, dan penugasan. Dengan demikian ceramah tidak lagi berupa satu teknik untuk menjelaskan dengan satu arah, akan tetapi

sudah berubah menjadi rangsangan bagi pembelajar untuk melakukan kegiatan partisipatif melalui penggunaan teknik- teknik lain tersebut.

Teknik demonstrasi adalah Teknik yang digunakan untuk membelajarkan pembelajar terhadap suatu bahan belajar dengan cara memperhatikan dan memperagakan bahan belajar tersebut. Proses dan hasil yang diperagakan menjadi bahan ajar utama dalam kegiatan pembelajaran. Bahan ajar tidak hanya dipertunjukkan oleh pembelajar, melainkan juga oleh pembelajar yang berperan aktif dalam melakukan proses pembelajaran sampai diketahui sejauh mana hasilnya.

Teknik kerja kelompok digunakan oleh pembelajar dalam rangka membantu pembelajar agar mereka mampu melakukan kerjasama di dalam kelompok-kelompok yang sengaja dibentuk guna melaksanakan kegiatan pembelajaran tertentu dan tugas tertentu pula. Dengan demikian, kerja kelompok adalah kerjasama yang dilakukan oleh sekumpulan pembelajar maksimal 10 orang untuk melaksanakan tugas tertentu dalam kegiatan pembelajaran.

6) Tahap Penilaian Proses, Hasil, dan Pengaruh Kegiatan Pembelajaran.

Teknik yang dapat digunakan pada tahap ini antara lain meliputi teknik respon terinci dan teknik pengajuan pendapat tertulis. Teknik respon terinci pada umumnya digunakan untuk mengevaluasi program, komponen, proses, dan hasil pembelajaran. Penggunaan teknik ini menuntut partisipasi yang sungguh-sungguh dari para pembelajar. Efektivitas penggunaannya sangat dipengaruhi oleh sejauh mana pengalaman dan kepentingan para pembelajar dengan program, komponen, proses, hasil, dan sebagainya yang sedang dibahas.

Teknik pengajuan pendapat tertulis adalah kegiatan evaluasi yang dilakukan dengan menandai pernyataan-pernyataan yang telah disediakan pada lembaran khusus. Evaluasi ini dapat dilakukan untuk menghimpun pendapat pembelajar terhadap proses pembelajaran, bahan ajar, penampilan pembelajar, dan pengaruh kegiatan pembelajaran yang dirasakan oleh pembelajar.

Pengembangan model layanan homecare berbasis pembelajaran partisipatif ditujukan untuk meningkatkan Kemandirian keluarga dalam menangani pasien paska Stroke di rumah dapat dilakukan melalui proses edukasi. Edukasi yang diberikan kepada keluarga pasien merupakan bagian dari proses pemberdayaan keluarga dengan segala ketidaktahuan, ketidakmampuan dan keterbatasannya dalam menangani pasien stroke di rumah, sehingga model pembelajaran yang digunakan harus betul-betul disesuaikan dengan kondisi dan kebutuhan mereka, serta mengikutsertakan mereka untuk berpartisipasi secara aktif dalam proses pembelajaran. Model pembelajaran yang sesuai dengan kondisi tersebut adalah model pembelajaran partisipatif.

Pembelajaran partisipatif dalam pelaksanaannya ditandai dengan keikutsertakan peserta didik (warga belajar) dalam kegiatan pembelajaran secara aktif oleh pendidik. Keikutsertaan warga belajar dapat diwujudkan dalam tiga tahapan kegiatan pembelajaran yaitu perencanaan program, pelaksanaan program dan penilaian kegiatan pembelajaran. Pada pembelajaran partisipatif perlu disusun suasana belajar yang mencerminkan terlaksananya pembelajaran partisipatif, yaitu menekankan pada aktifitas peserta didik (warga belajar), menjunjung tinggi kebersamaan, pemberian penghargaan terhadap hasil pekerjaan peserta didik (warga belajar) dan melakukan penguatan atas semua hasil kerja peserta didik (warga belajar).

Implementasi pembelajaran partisipatif dalam meningkatkan kemandirian keluarga menangani pasien paska stroke sebagai warga belajar dapat dimulai dari tahap perencanaan,

yaitu dengan melakukan assessment kebutuhan belajar, merumuskan tujuan, mengidentifikasi hambatan dan menetapkan prioritas yang akan digunakan untuk mengelola kegiatan pembelajaran, memilih tema dan atau tugas yang harus dilakukan dalam pembelajaran dan menentukan indicator pencapaian tujuan pembelajaran serta mengkaji karakteristik peserta didik sebagai bahan masukan dalam menyusun rencana pembelajaran. Bentuk pelaksanaan dari tahap persiapan yaitu dengan melibatkan keluarga pasien paska stroke sebagai warga belajar untuk secara bersama mengidentifikasi ketidaktahuan dan ketidakmampuan mereka dalam menangani pasien paska stroke, memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan secara aktif, dan melakukan perawatan sederhana sesuai yang dianjurkan antara lain dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari pasien paska stroke secara benar, serta melaksanakan tindakan pencegahan stroke ulang secara aktif kemudian melaksanakan tindakan promotif untuk meningkatkan kondisi Kesehatan pasien paska stroke secara aktif. Hasil dari proses identifikasi ini sebagai dasar dalam menentukan tingkat kemandirian keluarga, tujuan pembelajaran dan penetapan kegiatan pembelajaran.

Selanjutnya partisipasi dalam pelaksanaan proses pembelajaran dapat dilakukan dengan melibatkan warga belajar mengidentifikasi isi materi pelajaran dan rincian tugas pembelajaran, merumuskan tujuan pembelajaran, merancang kegiatan pembelajaran dengan memilih metode dan media pembelajaran yang tepat sesuai dengan alokasi waktu yang tersedia serta memilih sarana dan sumber bahan yang mendukung proses pembelajaran. Implementasi dari kegiatan tahap pelaksanaan pembelajaran dimulai dengan menciptakan iklim pembelajaran kondusif yang ditandai dengan adanya kemauan/kesediaan mereka ikut serta secara aktif dalam kegiatan edukasi yang diberikan, adanya hubungan yang akrab, saling terbuka dan saling menghargai antara keluarga dengan petugas kesehatan sebagai pendidik.

Terkait dengan edukasi yang diberikan kepada keluarga pasien paska stroke di rumah, menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2013) bahan/materi yang harus disampaikan oleh petugas Kesehatan adalah dengan:

- a) Melakukan kegiatan pencegahan stroke sekunder dan manajemen kecacatan paska stroke, meliputi: pencegahan stroke sekunder di masyarakat yang dilakukan dengan mengidentifikasi faktor resiko dan deteksi dini stroke berulang di Puskesmas. Sedangkan manajemen kecacatan dilakukan dengan melatih/memberikan keterampilan kepada keluarga melakukan program rehabilitasi untuk membantu pasien selama menjalani masa pemulihan dan program rehabilitasi hingga pasien tersebut mampu mandiri menjalankan aktifitas sehari-hari.
- b) Menjelaskan pentingnya keluarga melakukan kegiatan pencegahan sekunder secara bertahap dan berkelanjutan (rutin), mencakup manajemen faktor resiko paska stroke yang harus dilakukan setelah pulang dari perawatan di rumah sakit.
- c) Melatih keluarga melakukan berbagai adaptasi kehidupan pasien, meliputi: (1) adaptasi perubahan gaya hidup, (2) adaptasi terhadap kelemahan atau kelumpuhan, (3) adaptasi terhadap gangguan wicara dan komunikasi, (4) adaptasi terhadap gangguan mengunyah dan menelan, (5) adaptasi terhadap gangguan penglihatan, (6) adaptasi terhadap gangguan buang air kecil dan air besar, (7) melatih agar dapat mandi dan berpakaian sendiri, (8) mengembalikan daya ingat secara bertahap, dan (9) melakukan penyesuaian atas perubahan kepribadian dan kehidupan sosial.

Rekomendasi yang hampir sama terkait dengan isi/materi yang perlu diajarkan kepada keluarga dikemukakan oleh Day et al., (2018) yaitu: (1) membimbing dan mengedukasi *caregiver* untuk membantu pasien stroke dalam memenuhi kebutuhan dasar sehari-hari nya di

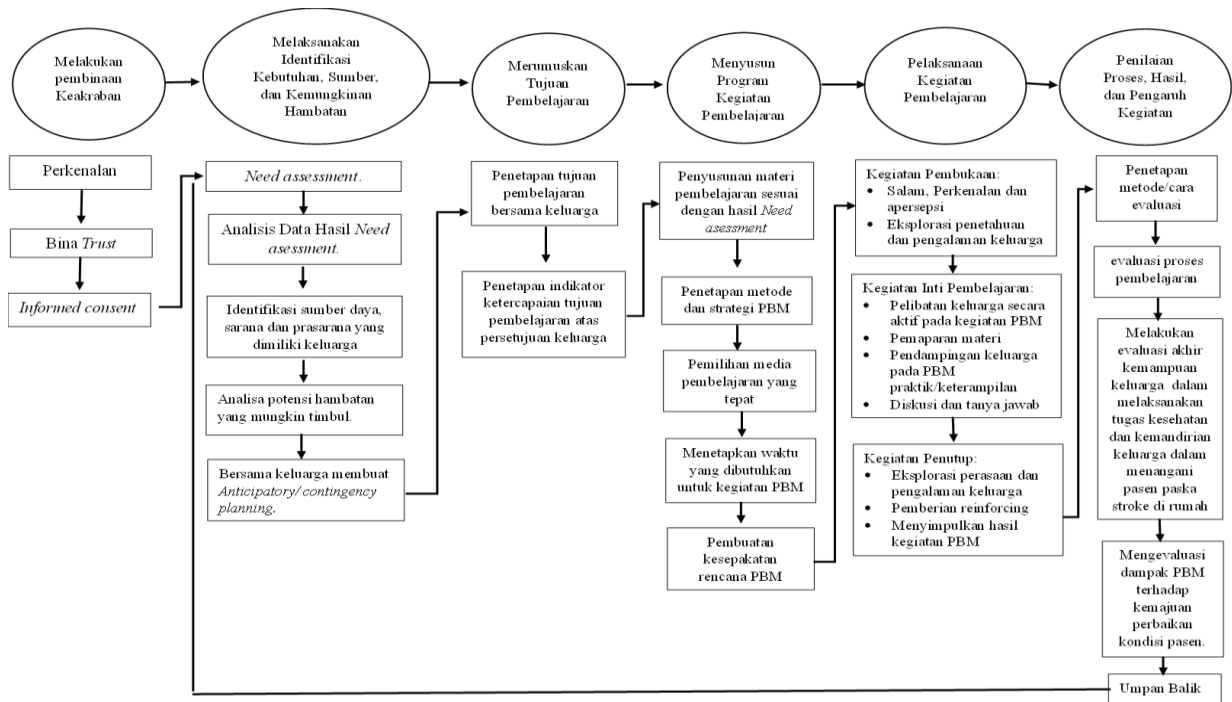
rumah; (2) mengajarkan caregiver tentang pemberian makan oral atau melalui slang nasogastric, personal hygiene, mandi, mengganti pampers, berpakaian dan melepas pakaian, transfer, perubahan posisi, pemberian obat; (3) memberikan penjelasan terkait stroke, penyebab dan akibat penyakit, cara pencegahan stroke ulang, cara mengakses fasilitas pelayanan Kesehatan; (4) memberikan dukungan emosional kepada caregiver dan pasien stroke.

Sedangkan partisipasi keluarga pasien paska stroke pada tahap evaluasi pembelajaran adalah mempersiapkan system evaluasi proses dengan menghimpun informasi mengenai proses pembelajaran yang sudah dilakukan dan perubahan atau hasil kegiatan yang dirasakan setelah mengikuti proses pembelajaran berupa peningkatan pengetahuan, sikap dan keterampilan dalam menangani pasien paska stroke khususnya dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari pasien (nutrisi, eliminasi, kebersihan diri, mobilisasi dan ambulasi) dan mencegah terjadinya serangan stroke ulang serta mempersiapkan tindak lanjut dari kegiatan pembelajaran yang dilakukan. Dalam partisipasi evaluasi ini petugas kesehatan memberikan kesempatan kepada keluarga pasien pasca stroke untuk menilai kembali tingkat kemandirian mereka, dan melakukan refleksi atas kegiatan pembelajaran yang dilakukan. Selain itu petugas kesehatan sebagai pendidik harus memberikan penghargaan terhadap semua hasil pembelajaran keluarga, apapun bentuknya serta memberikan penguatan atas capaian yang diraih oleh pasien dan keluarga.

Komponen output pada desain model ini adalah peningkatan keluarga dalam menangani pasien paska stroke di rumah, keterampilan keluarga dalam melaksanakan tugas Kesehatan keluarga pada pasien paska stroke di rumah dan sikap kemandirian keluarga dalam menangani pasien paska stroke di rumah.

Ke enam langkah-langkah pembelajaran partisipatif itu kemudian dikembangkan menjadi 23 langkah pada prosedur penerapan model layanan homecare berbasis pembelajaran partisipatif pada pasien paska stroke seperti terlihat pada gambar di bawah ini:

Prosedur Pemberdayaan Keluarga dalam Bentuk Layanan Homecare Berbasis Pembelajaran Partisipatif dalam Menangani Pasien Paska Stroke Di Rumah



Gambar 2: Prosedur Penerapan Model Layanan Homecare Berbasis Pembelajaran Partisipatif dalam Menangani Pasien Paska Stroke di Rumah

Hasil studi pendahuluan terkait dengan pemahaman keluarga tentang prosedur Pembelajaran Partisipatif menunjukkan bahwa hampir seluruh (98.2 %) responden mengetahui bahwa langkah pertama pembelajaran partisipatif adalah melakukan identifikasi kebutuhan, sumber, dan kemungkinan hambatan kegiatan edukasi yang ada pada keluarga serta pada pelaksanaan kegiatan edukasi agar keluarga mau berpartisipasi aktif maka perlu dipilih beberapa pendekatan yaitu dengan diskusi, bermain peran dan demonstrasi. Seluruh responden (100 %) mengetahui bahwa kegiatan penyusunan program pembelajaran/edukasi dilakukan setelah penetapan tujuan pembelajaran serta langkah terakhir dari pembelajaran partisipatif adalah melakukan penilaian proses, hasil dan pengaruh kegiatan pembelajaran.

Pemahaman sedikit berbeda dengan hasil wawancara dengan petugas homecare RSUD Al Ihsan Provinsi Jawa Barat (Ns. M) yang menyatakan bahwa prosedur pembelajaran partisipatif adalah:

”..... dengan memberikan edukasi langsung kepada keluarga atau orang yang diminta oleh keluarga untuk merawat pasien tersebut (caregiver), misal: cara memberi makan melalui slang NGT, merubah posisi pasien supaya tidak terjadi luka decubitus dan lain-lain....”

Demikian juga terjadi perbedaan dengan pemahaman dari petugas homecare RS Al Islam (Ns. Y), dari hasil wawancara petugas mengatakan:

“.....prosedur homecare di RS Al Islam tergantung dari kebutuhan dan jenis layanan homecare yang diinginkan oleh pasien dan keluarga, yaitu sebelum pasien pulang biasanya dokter penanggung jawab dan perawat akan menanyakan terlebih dulu kepada keluarga apakah pasien dan keluarga membutuhkan layanan homecare? Apabila

mereka membutuhkan selanjutnya dijelaskan ketentuannya. Kemudian keluarga diminta untuk menandatangani persetujuan dan kesanggupan untuk menanggung biaya atas layanan homecare yang akan diberikan. Jenis layanan homecare di RS Al Islam terdiri dari: 1) layanan homecare terjadwal yang dilakukan sesuai dengan kebutuhan, dengan melakukan home visit dan memberikan layanan secara terjadwal misalnya seminggu 2 kali, 2) layanan homecare karena permintaan keluarga artinya home visit dilakukan di luar jadwal karena keluarga meminta datang, misalnya karena adanya alat-alat Kesehatan yang tiba-tiba tercabut oleh pasien, seperti: slang NGT, dan 3) layanan homecare darurat karena kondisi pasien tiba-tiba drop dan harus segera dilakukan pertolongan atau rujukan ke RS. Pada kondisi ini biasanya keluarga menelepon kepada dokter penanggung jawab pasien tersebut untuk segera datang kemudian pihak RS datang melakukan pertolongan segera di rumah dan apabila diperlukan tindakan lebih lanjut pasien akan dirujuk ke RS....”

- g. Kompetensi Yang Diperlukan Untuk Dapat Melaksanakan Model Pemberdayaan Keluarga dalam bentuk Layanan Homecare Berbasis Pembelajaran Partisipatif Pada Keluarga Pasien Paska Stroke Di Rumah.

Kompetensi yang diperlukan untuk melaksanakan layanan *homecare* tergantung dari jenis pemberi layanan homecare, yaitu secara ketenagaan terdapat 2 jenis tenaga yaitu tenaga informal dan tenaga formal. Tenaga informal adalah anggota keluarga, saudara, tetangga atau teman yang memberikan layanan kepada pasien tanpa dibayar. Sedangkan tenaga formal adalah perawat/petugas kesehatan yang bekerja bersama keluarga untuk menyelesaikan masalah kesehatan, sehingga harus memperhatikan semua aspek kehidupan keluarga. Oleh karena itu perawat/petugas kesehatan yang bekerja di keluarga dan masyarakat dituntut untuk mampu berfikir kritis dan menguasai ketrampilan klinik dengan demikian diharapkan perawat/petugas kesehatan dapat memberikan layanan sesuai dengan standart yang telah ditetapkan (Siti Nur Kholifah, 2012).

Menurut hasil literatur review Nuraenah et al., (2020) tentang Kompetensi *Family Caregiver* dalam Merawat Anggota Keluarga dengan Perawatan Paliatif termasuk juga untuk pasien paska stroke, kompetensi pengetahuan yang harus dimiliki oleh seorang *family caregiver* yaitu pemahaman/pengetahuan tentang penyakit pasien (pengetahuan dasar tentang stroke: penyebab, faktor resiko, pencegahan dan pengendalian stroke), cara melakukan perawatan sederhana stroke di rumah, program pengobatan dan pencegahan stroke ulang dengan perubahan perilaku yang lebih sehat.

Kompetensi keterampilan yang harus dimiliki oleh *family caregiver* mencakup kedalam tiga aspek yaitu:

- a) Aspek pelayanan kepada pasien, seperti: menyiapkan makanan yang higienis, mendampingi ketika makan dan minum, mendampingi membersihkan dan merapikan pakaian, mengajak bercakap-cakap tentang masa lalu dan berdialog tentang suka duka dan mengajak menonton televisi, mendengarkan musik, membacakan cerita-cerita lucu dan menyenangkan.
- b) Aspek pemeliharaan/penjagaan fisik pasien, antara lain: yaitu mendampingi mandi dengan aman dan nyaman (bagi pasien sakit, mendampingi pasien mencuci rambut dengan aman dan bersih, memasang pispot/urinal dengan tepat dan benar pada saat pasien hendak Buang Air Kecil (BAK) dan Buang Air Besar (BAB) serta membersihkannya kembali, memotong kuku sesuai dengan prosedur keperawatan, mengukur suhu badan menggunakan termometer dan mencatat hasilnya, mengukur tekanan darah menggunakan tensimeter dan mencatat hasilnya,

menghitung dan mendeteksi denyut nadi dan mencatat hasilnya, menghitung dan mendeteksi pernafasan sesuai dengan prosedur dan mencatat hasilnya, mendampingi meminum obat yang harus diminum sesuai dengan dosis dan waktu serta aturan yang tepat, mendampingi menggosok gigi sesuai dengan prosedur, mencegah bahaya jatuh pada pasien dengan menjaga dan mengawasinya, memberi pertolongan pada lansia yang mengalami luka ringan sesuai prosedur P3K dan memilih dan menggunakan alat bantu untuk latihan mobilisasi.

- c) Aspek rekreasi/olahraga untuk pasien, diantaranya: membantu pasien berolahraga dengan melatih gerakan pasif dan gerakan aktif yang ringan.

Kompetensi sikap yang harus dimiliki family caregiver yaitu kemampuan interpersonal (komunikasi), tugas sosial (sabar dan Ikhlas), dukungan spiritual (berdo'a dan melaksanakan ritual ibadah), serta kemampuan sikap dalam penyelesaian masalah (tenang, empati dan konstruktif).

Upaya dalam meningkatkan ketiga aspek kompetensi ini dapat dilakukan dengan berbagai intervensi salah satunya adalah intervensi health education untuk meningkatkan kompetensi pengetahuan dan skill, intervensi psikoedukasi dan intervensi efektivitas Problem Solving Training untuk dapat meningkatkan kompetensi sikap *family caregiver*.

Hasil studi pendahuluan terkait dengan pemahaman keluarga tentang Kompetensi yang diperlukan untuk dapat melaksanakan layanan *homecare* berbasis pembelajaran partisipatif pada pasien paska stroke di rumah menunjukkan seluruh responden (100 %) sepakat bahwa untuk dapat menangani pasien paska stroke di rumah keluarga harus dibekali/dilatih dengan pengetahuan, sikap dan keterampilan yang diperlukan agar memiliki kemampuan yang cukup dalam melanjutkan penanganan stroke di rumah. Selain itu keluarga juga menyatakan perlunya kunjungan ke rumah/*home visit* dari petugas Kesehatan untuk memastikan penanganan yang dilakukan oleh keluarga sesuai dengan apa yang diajarkan dan memenuhi kebutuhan pasien dengan aman, benar serta tidak berbahaya untuk pasien.

Data tersebut sejalan dengan hasil wawancara dengan petugas *homecare* (Ns. M) dari RSUD Al Ihsan Provinsi Jawa Barat yang mengatakan:

“...Kompetensi yang harus dimiliki oleh keluarga adalah 1) perlunya tambahan pengetahuan dan keterampilan terkait dengan pemenuhan kebutuhan makanan dan pengaturan/perubahan posisi/perpindahan pasien dari tempat tidur ke tempat lainnya, 2) Penguatan sikap keluarga untuk sabar dan Ikhlas, 3) Mengingatkan pasien untuk tetap beribadah sholat dan berdo'a meskipun sakit sehingga perlu tambahan pengetahuan tentang cara tayamum, do'a dan sholat dalam keadaan sakit...”

Demikian juga dengan hasil wawancara dengan petugas *homecare* RS Al Islam (Ns. Y) yang menyatakan:

“....perlu diberikannya tambahan pengetahuan dan keterampilan terkait dengan: 1) penanganan emergency dengan primary survey: tindakan pembebasan jalan nafas, pemberian O2 dan pemenuhan kebutuhan cairan/sirkulasi serta pengaturan posisi pasien, 2) penguatan sikap keluarga agar tidak panik, takut berlebihan, sabar dan Ikhlas, 3) Mengingatkan pasien untuk tetap beribadah sholat dan berdo'a meskipun sakit sehingga perlu tambahan pengetahuan tentang cara tayamum, do'a dan sholat dalam keadaan sakit serta meminta keluarga untuk memperdengarkan murottal....”

h. Indikator Keberhasilan Dari Model Pemberdayaan Keluarga Dalam Bentuk Layanan Homecare Berbasis Pembelajaran Partisipatif Dalam Menangani Pasien Paska Stroke Di Rumah.

Indikator keberhasilan dari implementasi model layanan homecare berbasis pembelajaran partisipatif dalam menangani pasien paska stroke di rumah adalah peningkatan pengetahuan, sikap dan keterampilan keluarga dalam melaksanakan upaya preventif sekunder dan tersier dari tugas Kesehatan keluarga serta tingkat kemandirian dalam menangani pasien paska stroke di rumah.

Friedman (2010) menyampaikan bahwa ada lima tugas kesehatan keluarga yaitu ⁽³⁾: (1) Keluarga diharapkan mampu mengenal berbagai masalah kesehatan yang dialami oleh seluruh anggota keluarga; (2) Keluarga mampu memutuskan tindakan yang tepat dalam mengatasi berbagai masalah kesehatan yang dialami oleh seluruh anggota keluarga; (3) Keluarga mampu melakukan perawatan yang tepat sehari-hari di rumah; (4) Keluarga dapat menciptakan dan memodifikasi lingkungan rumah yang dapat mendukung dan meningkatkan kesehatan seluruh anggota keluarga; dan (5) Keluarga diharapkan mampu memanfaatkan pelayanan kesehatan untuk mengontrol kesehatan dan mengobati masalah kesehatan yang tidak dapat diselesaikan sendiri oleh keluarga.

Indikator keberhasilan lainnya adalah peningkatan kemandirian keluarga dalam menangani pasien paska stroke di rumah. Menurut ketentuan dalam pedoman tersebut terdapat 7 kriteria untuk melihat tingkat kemandirian keluarga, yaitu: (1) Menerima petugas Perawatan Kesehatan Masyarakat; (2) Menerima pelayanan keperawatan yang diberikan sesuai dengan rencana keperawatan; (3) Tahu dan dapat mengungkapkan masalah kesehatannya secara benar, (4) Memanfaatkan fasilitas pelayanan sesuai anjuran, (5) Melakukan perawatan sederhana sesuai yang dianjurkan; (6) Melaksanakan tindakan pencegahan secara aktif; dan (7) Melaksanakan tindakan promotif secara aktif.

Lima tugas kesehatan keluarga dan tujuh indikator kemandirian keluarga tersebut baru dapat dilaksanakan dengan baik dan benar apabila keluarga mendapatkan upaya edukasi, pembinaan dan bimbingan dalam menjalankan 5 tugas kesehatan keluarga dan 7 indikator kemandirian tersebut. Upaya edukasi, pembinaan dan bimbingan kepada keluarga dilakukan agar tercapai kemandirian keluarga dalam menangani pasien paska stroke di rumah.

Hasil studi pendahuluan terkait dengan pemahaman keluarga mengenai Indikator keberhasilan dari model layanan homecare berbasis pembelajaran partisipatif dalam menangani pasien paska stroke di rumah menunjukkan bahwa hampir seluruh (98.2 %) responden mengetahui bahwa salah satu indikator keberhasilan dari layanan homecare berbasis pembelajaran partisipatif adalah adanya peningkatan kemampuan keluarga dalam melaksanakan tugas kesehatannya dan adanya kemandirian keluarga dalam menangani pasien paska stroke di rumah.

Data tersebut sejalan dengan hasil wawancara dengan petugas homecare (Ns. M) dari RSUD Al Ihsan Provinsi Jawa Barat yang mengatakan:

“....indikator keberhasilan dari layanan homecare berbasis pada pembelajaran partisipatif adalah 1) adanya peningkatan pengetahuan, keterampilan dan sikap dari keluarga, 2) peran keluarga semakin meningkat dalam melaksanakan tugas Kesehatan keluarga, 3) adanya peningkatan kemandirian keluarga dalam menangani pasien di rumah, 4) penyembuhan pasien lebih cepat dan meningkat, serta 5) beban kerja petugas homecare berkurang....”

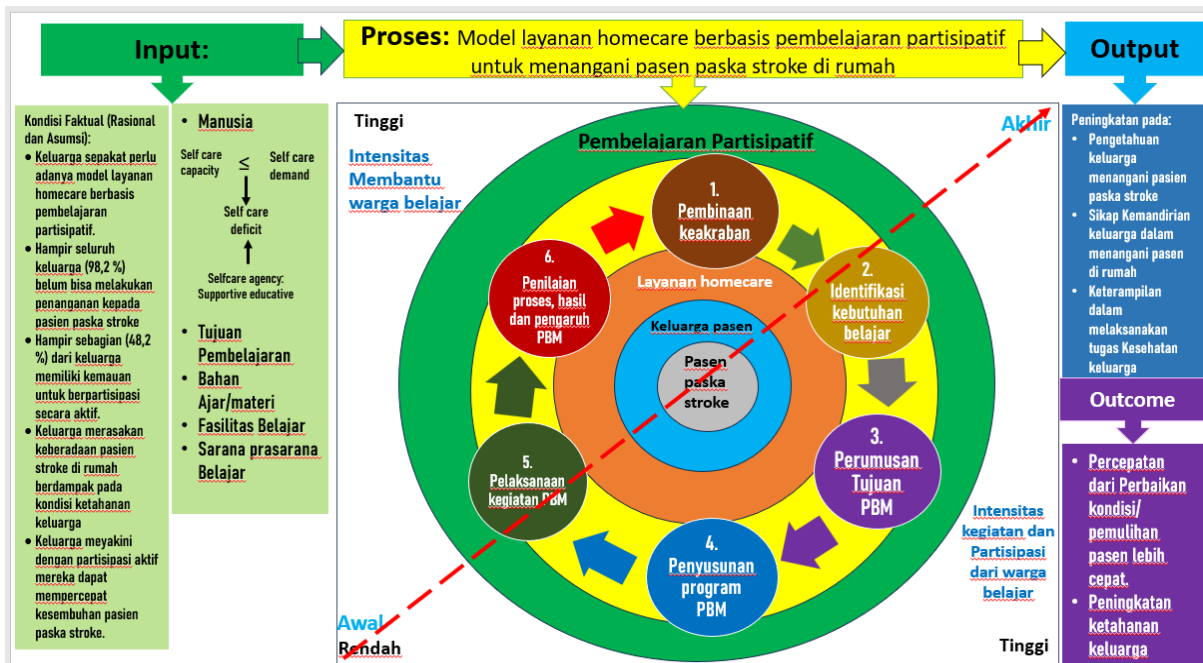
Demikian juga dengan hasil wawancara dengan petugas homecare RS Al Islam (Ns. Y) yang menyatakan:

“.....indikator keberhasilan layanan homecare adalah: 1) keluarga dan pasien mau berpartisipasi aktif dalam kegiatan edukasi yang diberikan, 2) keluarga mengalami peningkatan pengetahuan, keterampilan dan sikapnya antara lain dapat mengenali kebutuhan pasien, dapat mengambil tindakan untuk pasien jika dalam keadaan memaksa, 3) keluarga dapat melakukan keterampilan sederhana seperti memberi makan dan merubah posisi, 4) adanya peningkatan kemandirian keluarga dalam menangani pasien, dan 5) kondisi pasien terjaga, terawat, kondisi badan nya bersih, tidak ada decubitus.....”

i. Kerangka Model Konseptual Pemberdayaan Keluarga dalam Bentuk Layanan Homecare Berbasis Pembelajaran Partisipatif pada Keluarga Pasien paska Stroke di rumah.

Merujuk pada uraian sebelumnya dengan memperhatikan masukan/saran hasil validasi dari tim Pakar serta arahan dari tim Promotor terkait dengan rasional, asumsi, tujuan, prinsip, strategi, prosedur, kompetensi dan indikator keberhasilannya berdasarkan kepada landasan teoritis hasil dari kajian literatur dan data faktual hasil studi pendahuluan maka kerangka model layanan *homecare* berbasis pembelajaran partisipatif untuk menangani pasien paska stroke di rumah ini dibuat/didesain sebagai suatu panduan konseptual yang menguraikan prinsip-prinsip, strategi, dan langkah-langkah dalam merancang, melaksanakan, dan mengevaluasi keefektipan program layanan *homecare* berbasis pembelajaran partisipatif dalam menangani pasien paska stroke di rumah.

Berikut ini adalah kerangka model layanan *homecare* berbasis pembelajaran partisipatif hasil perbaikan sesuai dengan hasil validasi model:



Gambar 3: Desain Model Konseptual Pemberdayaan Keluarga dalam Bentuk Layanan Homecare Berbasis Pembelajaran Partisipatif dalam Menangani Pasien Paska stroke di rumah

3. Hasil Ujicoba Model Pemberdayaan Keluarga Dalam Bentuk Layanan Homecare Berbasis Pembelajaran Partisipatif Untuk Menangani Pasien Paska Stroke Di Rumah.

Output dari penelitian model pemberdayaan keluarga dalam bentuk layanan homecare berbasis pembelajaran partisipatif pada keluarga pasien paska stroke didasarkan pada keefektifan dari 3 aspek, yaitu: adanya peningkatan pengetahuan keluarga dalam menangani pasien paska stroke di rumah, adanya peningkatan sikap Kemandirian keluarga dalam menangani pasien paska stroke di rumah dan adanya peningkatan keterampilan keluarga dalam melaksanakan tugas Kesehatan keluarga menangani pasien paska stroke di rumah.

Sehubungan implementasi model ini baru dilaksanakan pada uji coba terbatas dengan melibatkan 9 orang keluarga pasien paska stroke, maka uji analisis untuk mengukur hasil ujicoba model ini hanya didasarkan pada hasil pengukuran kepada 9 orang keluarga tersebut. Hasil uji analisis dari pengukuran kepada 9 orang keluarga tersebut adalah sebagai berikut:

a. Karakteristik Responden

Karakteristik responden dari 9 orang yang mengikuti ujicoba model ini adalah sebagaimana terlihat pada tabel 4, yaitu:

Tabel 4: Karakteristik Responden

No.	Karakteristik Responden	frekuensi	Prosentase
1.	Usia:		
	• 18-30 tahun	4	44.4 %
	• 31-45 tahun	5	55.6 %
	• 46-59 tahun	0	0 %
	• > 60 tahun	0	0%
	Jumlah	9	100 %
2.	Pendidikan:		
	• Tidak lulus SD	0	0 %
	• Pendidikan Dasar (lulus SD dan atau SMP)	2	22.2 %
	• Pendidikan Menengah (Lulus MA/ SMA/SMK)	4	44.5 %
	• Pendidikan Tinggi (Lulus Diploma, Sarjana/ Magister/Doktor)	3	33.3 %
	Jumlah	9	100 %
3.	Pekerjaan:		
	• Aparatur negara	0	0 %
	• Wiraswasta	1	11.1 %
	• Buruh	2	22.2 %
	• Tidak bekerja (Ibu rumah tangga/ pensiunan)	6	66.7 %
	Jumlah	9	100 %
4.	Hubungan dengan Pasien:		
	• Suami/Istri	1	11.1 %
	• Orang Tua	0	0 %
	• Anak	7	77.8 %
	• Saudara (kakak/Adik)	0	0 %
	• Tidak memiliki hubungan saudara (pembantu)	1	11.1 %
	Jumlah	9	100 %

5.	Lama menangani/merawat pasien Stroke di rumah:		
	• < 1 tahun	6	66.7 %
	• 1-3 tahun	3	33.3 %
	• > 3 tahun	0	0 %
	Jumlah	9	100 %

Tabel 4 di atas menunjukkan karakteristik dari 9 orang responden yang berpartisipasi dalam penelitian ini menunjukkan sebagian besar (55,6 %) berada pada rentang usia 31 – 45 tahun, hampir setengahnya (44,4 %) dari mereka berpendidikan berpendidikan tingkat menengah, sebagian besar (66,7 %) tidak bekerja dan memiliki hubungan sebagai anak (77,8 %) dan berpengalaman menangani/merawat pasien stroke di rumah kurang dari 1 tahun (66,7 %).

- b. Keefektipan pada aspek pengetahuan keluarga dalam menangani pasien paska stroke di rumah, terlihat pada tabel 5 di bawah ini:

Tabel 5: Efektifitas model Pemberdayaan Keluarga dalam bentuk layanan homecare berbasis pembelajaran partisipatif pada aspek pengetahuan keluarga dalam menangani pasien paska stroke di rumah

Pengetahuan	Rerata	Standard deviasi	Nilai Minimal	Nilai Maksimal
Pre test	73.78	12.824	48	88
Post test	92.89	2.667	88	96

Tabel 5 menunjukkan terjadinya peningkatan nilai rerata pada aspek pengetahuan keluarga dalam menangani pasien paska stroke dirumah setelah diberikan intervensi pemberian edukasi dengan menggunakan pendekatan pembelajaran partisipatif yaitu nilai rerata pre test dari 73,78 menjadi 92,89 pada hasil post test atau meningkat sebesar 19.11 poin, Selanjutnya untuk menentukan efektif/tidaknya model ini berdasarkan peningkatan nilai rerata tersebut dipergunakan uji Paired T-test. Hasil analisis nya statistiknya dapat dilihat pada tabel 6:

Tabel 6: Hasil uji statistic keefektipan model layanan homecare berbasis pembelajaran partisipatif pada aspek pengetahuan keluarga dalam menangani pasien paska stroke di rumah dengan menggunakan Paired T-test

	Mean	Standar deviasi	95 % CI		t	df	Sig (2 tailed)
			Lower	Upper			
Tahu pretest – tahu posttest	-19.111	13.679	-29.626	-8.597	-4.191	8	.003

Tabel 6 menunjukkan hasil uji statistic dengan menggunakan test Paired T-test yaitu: terdapat pengaruh yang signifikan dari model layanan homecare berbasis pembelajaran partisipatif pada aspek pengetahuan keluarga dalam menangani pasien paska stroke di rumah dengan nilai mean score = -19.111, t score = -4.191 dan p-value = .000 ($\alpha \leq .05$), artinya model pemberdayaan keluarga dalam bentuk layanan homecare berbasis pembelajaran partisipatif efektif dalam meningkatkan pengetahuan keluarga menangani pasien paska stroke di rumah.

- c. Keefektipan pada aspek sikap Kemandirian keluarga dalam menangani pasien paska stroke di rumah.

Keefektipan pada aspek sikap kemandirian keluarga dalam menangani pasien paska stroke di rumah, terlihat pada tabel 7 di bawah ini:

Tabel 7: Efektifitas model layanan homecare berbasis pembelajaran partisipatif pada aspek sikap kemandirian keluarga dalam menangani pasien paska stroke di rumah

Sikap	Rerata	Standard deviasi	Nilai Minimal	Nilai Maksimal
Pre test	40.67	2.179	37	44
Post test	59.44	29.20	55	62

Tabel 7 menunjukkan terjadinya peningkatan nilai rerata pada aspek sikap kemandirian keluarga dalam menangani pasien paska stroke di rumah setelah diberikan intervensi pemberian edukasi dengan menggunakan pendekatan pembelajaran partisipatif yaitu nilai rerata pre test dari 40,67 menjadi 59,44 pada hasil post test atau meningkat sebesar 18.77 poin,

Selanjutnya untuk menentukan efektif/tidaknya model ini berdasarkan peningkatan nilai rerata tersebut dipergunakan uji Paired T-test. Hasil analisis statistiknya dapat dilihat pada tabel 8 dibawah ini:

Tabel 8: Hasil uji statistic keefektipan model Pemberdayaan keluarga dalam bentuk layanan homecare berbasis pembelajaran partisipatif pada aspek sikap kemandirian keluarga dalam menangani pasien paska stroke di rumah dengan menggunakan Paired T-test

	Mean	Standar deviasi	95 % CI		t	df	Sig (2 tailed)
			Lower	Upper			
Sikap pretest-sikapposttest	-18.778	4.116	-21.942	-15.614	-13.685	8	.000

Tabel 8 menunjukkan hasil uji statistic dengan menggunakan Paired t-test yaitu: terdapat pengaruh yang signifikan dari model layanan homecare berbasis pembelajaran partisipatif pada aspek sikap kemandirian keluarga dalam menangani pasien paska stroke di rumah dengan nilai mean score = -18.778, t score = -13.685 dan p-value = .000 ($\alpha \leq .05$), artinya model pemberdayaan keluarga dalam bentuk layanan homecare berbasis pembelajaran partisipatif efektif dalam meningkatkan sikap kemandirian keluarga dalam menangani pasien paska stroke di rumah.

- d. Keefektipan pada aspek keterampilan keluarga dalam melaksanakan tugas Kesehatan keluarga menangani pasien paska stroke di rumah, terlihat pada tabel 9 di bawah ini:

Tabel 9: Efektifitas model layanan homecare berbasis pembelajaran partisipatif pada aspek keterampilan keluarga dalam melaksanakan tugas Kesehatan keluarga menangani pasien paska stroke di rumah

Keterampilan	Rerata	Standard deviasi	Nilai Minimal	Nilai Maksimal
Pre test	40.89	3.951	36	47
Post test	59.00	2.739	56	63

Tabel 9 menunjukkan terjadinya peningkatan nilai rerata pada aspek keterampilan keluarga dalam melaksanakan tugas keluarga menangani pasien paska \stroke dirumah setelah diberikan intervensi pemberian edukasi dengan menggunakan pendekatan pembelajaran partisipatif yaitu nilai rerata pre test dari 40,89 menjadi 59,00 pada hasil post test atau meningkat sebesar 18.11 poin.

Selanjutnya untuk menentukan efektif/tidaknya model ini berdasarkan peningkatan nilai rerata tersebut dipergunakan uji Paired T-test. Hasil analisis nya statistiknya dapat dilihat pada tabel 10 dibawah ini:

Tabel 10: Hasil uji statistic keefektipan model Pemberdayaan keluarga dalam bentuk layanan homecare berbasis pembelajaran partisipatif aspek keterampilan keluarga dalam melaksanakan tugas Kesehatan keluarga menangani pasien paska stroke di rumah.

	Mean	Standar deviasi	95 % CI		t	df	Sig (2 tailed)
			Lower	Upper			
ketrampretest - ketrampposttest	-18.111	5.183	-22.095	-14.127	-10.483	8	.000

Tabel 10 menunjukkan hasil uji statistic dengan menggunakan Paired t-test yaitu: terdapat pengaruh yang signifikan dari model layanan homecare berbasis pembelajaran partisipatif pada aspek keterampilan keluarga dalam melaksanakan tugas Kesehatan keluarga menangani pasien paska stroke di rumah, dengan nilai mean score = -18.111, t score = -10.483 dan p-value = .000 ($\alpha \leq .05$), artinya model pemberdayaan keluarga dalam bentuk layanan homecare berbasis pembelajaran partisipatif efektif dalam meningkatkan sikap kemandirian keluarga dalam menangani pasien paska stroke di rumah pada aspek keterampilan keluarga dalam melaksanakan tugas Kesehatan keluarga menangani pasien paska stroke di rumah.

Merujuk pada tabel 5, 7 dan 9 yang menunjukkan terjadinya peningkatan nilai rerata pre dengan post pada aspek pengetahuan keluarga sebesar 19,11 poin, aspek sikap keluarga sebesar 18,77 point dan aspek keterampilan keluarga sebesar 18,11 point. Hasil ini tidak terlepas dari karakteristik responden yaitu usia responden yang seluruh nya dibawah 45 tahun, hampir setengahnya memiliki latar belakang Pendidikan tinggi, dan hampir seluruhnya memiliki hubungan sebagai anak.

Usia 18 - 45 tahun menunjukkan responden berada pada rentang usia dewasa awal yang memiliki karakteristik sebagai masa puncaknya profil fisik yang sempurna dari seseorang, dalam arti bahwa pertumbuhan dan perkembangan aspek-aspek fisiologis telah mencapai posisi puncak. Dewasa awal memiliki daya tahan dan taraf kesehatan yang prima sehingga dalam melakukan berbagai kegiatan tampak inisiatif, kreatif, energik, cepat dan proaktif⁴⁷. Karakteristik dewasa awal yang demikian tentu akan mempengaruhi hasil penelitian ini, dimana dengan karakteristik yang prima dari seluruh responden dalam hal daya tangkap penerimaan terhadap materi yang diajarkan dan dicontohkan/dipraktikkan maka akan terjadi peningkatan nilai rerata pada aspek pengetahuan, sikap dan keterampilan responden.

Latar belakang Pendidikan responden yang hampir setengahnya adalah lulusan Perguruan tinggi akan mempermudah dan mempercepat proses penerimaan informasi dan penjelasan terkait penanganan stroke di rumah, cara melaksanakan pemenuhan kebutuhan aktivitas sehari-hari pasien dan upaya untuk meningkatkan kesabaran, keikhlasan dan penerimaan kondisi pasien, sehingga faktor latar belakang Pendidikan responden juga berkontribusi atas peningkatan nilai rerata post test ini.

Hubungan antara orang tua (ibu/ayah) sebagai pasien stroke dengan anak sebagai responden juga berhubungan dengan hasil dari penelitian ini. Kedekatan hubungan anak terhadap orang tua (ibu/ayah) akan mendasari keinginan untuk berpartisipasi/berperan aktif dan mau mempelajari berbagai informasi yang diberikan oleh fasilitator, sehingga akan berdampak langsung pada peningkatan nilai rerata aspek pengetahuan, sikap dan keterampilan. Demikian juga dengan lamanya (pengalaman) merawat dari responden akan berdampak langsung juga pada kemampuan memahami, mencerna dan menginternalisasi informasi yang diberikan.

Sasaran dari model ini adalah keluarga pasien paska stroke yang pada umumnya berusia dewasa awal, sehingga proses pembelajaran yang dilakukan sudah sesuai dengan karakteristik pembelajaran orang dewasa yang didasari oleh 6 asumsi Andragogy dari Knowles (1973) dalam Wilson (2012), yaitu: 1) Mempertimbangkan konsep diri mereka yang sudah matang, 2) Menggunakan/memanfaatkan pengalaman hidup pembelajar mereka sebagai bahan belajar, 3) Memperhatikan Kesiapan belajar, 4) Memahami dan mewujudkan Orientasi belajar dari pembelajar, 5) Fokus pada pemenuhan Kebutuhan pembelajar, dan 6) memahami motivasi pembelajar yang pada orang dewasa akan lebih didominasi oleh motivasi intrinsik.

Tabel 6, 8 dan 10 menunjukkan hasil uji statistic dengan menggunakan Paired T-test untuk ketiga aspek tersebut nilai p-value nya adalah 0,003 untuk aspek pengetahuan dan 0,000 untuk aspek sikap dan keterampilan ($\alpha \leq .05$). Hal ini menunjukkan terdapat pengaruh yang signifikan dari model layanan homecare berbasis pembelajaran partisipatif pada aspek pengetahuan keluarga dalam menangani pasien paska stroke di rumah, aspek sikap kemandirian keluarga dalam menangani pasien paska stroke di rumah dan aspek keterampilan keluarga dalam melaksanakan tugas Kesehatan untuk menangani pasien paska stroke di rumah. Artinya model layanan homecare berbasis pembelajaran partisipatif efektif dalam meningkatkan kemandirian keluarga dalam melaksanakan tugas Kesehatan keluarga untuk membantu Percepatan pemulihan kondisi/ kesembuhan pasien paska stroke di rumah

Hasil penelitian ini menguatkan hasil penelitian sebelumnya terkait dengan implementasi model pembelajaran partisipatif pada berbagai *setting* yang semuanya menunjukkan adanya pengaruh positive dan signifikansi dari model pembelajaran partisipatif dalam meningkatkan kemandirian dan kualitas hidup warga belajar. Penelitian Hamzah et al., (2015) telah menunjukkan bahwa pembelajaran partisipatif efektif dalam meningkatkan semangat berusaha dan mencapai kemandirian dari warga belajar. Temuan tersebut diperkuat dengan hasil studi kualitatif Hidayat (2016:122) yang meneliti tentang implementasi pembelajaran partisipatif keterampilan berwirausaha hasilnya menunjukkan adanya peningkatan pada aspek pengetahuan, sikap dan keterampilan berwirausaha dari warga belajar sehingga mendorong pada kemandirian. Hasil penelitian Hidayat ini sejalan dengan temuan Setiawan (2017:1) yaitu model pembelajaran partisipatif dapat merubah perilaku, kebiasaan, gaya hidup warga belajar sehingga mendorong lahirnya komunitas belajar di lingkungan sekitar tempat tinggal untuk mencapai kemandirian secara ekonomi.

Temuan ini menguatkan studi yang dilakukan oleh Sijabat & Sihombing, (2021:1017); Perdiansyah et al., (2021:82); Sumarni et al., (2020:18); Raflah & Pratama, (2020:52-53); Darmawan et al., (2020:167-168); Suyana et al., (2019:85); Mawardi et al., (2019:136) and

Hidayati et al., (2018:7); mereka melakukan riset terkait dengan penerapan dan pengembangan model pembelajaran partisipatif dalam berbagai *setting* penelitian yang berkaitan dengan program pendidikan, metode dan strategi pembelajaran, semangat kewirausahaan, kualitas hidup, dan kualitas pelatihan. Hasil penelitian seluruhnya menyimpulkan bahwa pengembangan dan penerapan pembelajaran partisipatif mampu memberikan dampak positif bagi warga belajar dilihat dari hasil belajar dan dampaknya (outcome) bagi peserta didik/warga belajar.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian sebelumnya yang dilakukan Kusparlina et al., (2023:56); Mau et al., (2021:20); (Putri et al., 2020:26) and Dwinandia & Hilmi, (2022:78-79), mereka melakukan penelitian penerapan pembelajaran partisipatif bidang kesehatan pada topik terkait kesehatan ibu dan anak (KIA), edukasi keluarga Parenting 1000 hari periode kelahiran (HPK) untuk Pencegahan Stunting dan pemberdayaan keluarga terhadap perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS). Hasil penelitian mereka menyimpulkan bahwa pengembangan model pembelajaran partisipatif dapat diterapkan sebagai upaya meningkatkan tercapainya peran bidan sebagai pendidik dalam pelayanan kesehatan ibu, kesehatan anak dan KB/kesehatan reproduksi, meningkatkan pengetahuan keluarga tentang Pola Asuh 1000 HPK untuk Pencegahan Stunting dan juga peningkatan kesadaran atas pentingnya melakukan Perilaku Hidup bersih dan Sehat (PHBS).

Temuan penelitian ini juga sejalan dengan hasil penelitian Alisalman (2022) yang meneliti tentang pengaruh implementasi pembelajaran partisipatif terhadap peningkatan hasil belajar yang hasilnya menunjukkan terjadinya peningkatan kemampuan peserta didik terutama pada keaktifan berbicara, cara berpikir kritis, dan kemampuan pemecahan masalah.

Model pemberdayaan keluarga dalam bentuk layanan *homecare* berbasis pembelajaran partisipatif diyakini lebih sesuai untuk diterapkan pada pembelajaran orang dewasa karena didasari juga oleh prinsip-prinsip pembelajaran orang dewasa yaitu: 1) berorientasi kepada kesesuaian dari hasil identifikasi dan analisis kebutuhan belajar keluarga; 2) perencanaan pembelajaran didesain sesuai dengan pengalaman keluarga; 3) mempertimbangkan kesiapan belajar dengan memanfaatkan berbagai potensi yang ada pada keluarga, 4) kegiatan pembelajaran berpusat pada keluarga sebagai warga belajar/partisipan dengan memperbanyak aktifitas latihan keterampilan; 5) mengoptimalkan partisipasi dan motivasi internal keluarga dalam belajar agar dapat menangani pasien paska stroke di rumah, serta 6) secara bersama-sama mengevaluasi keberhasilan pencapaian dari tujuan pembelajaran yaitu adanya peningkatan dalam aspek pengetahuan, sikap dan keterampilan yang pada akhirnya dapat meningkatkan kemandirian keluarga dalam menangani pasien paska stroke di rumah.

Hasil studi Pitthayapong et al., (2017:157) menunjukkan bahwa keluarga sebagai *caregiver* yang diberikan pembelajaran tentang perawatan pasca stroke mengalami peningkatan pengetahuan, sikap dan keterampilan perawatan pasien pasca stroke, sehingga meningkatkan kemampuan untuk melakukan ADL dan mengurangi komplikasi pada pasien pasca stroke.

Selanjutnya hasil studi ini juga mendukung temuan Akbar et al., (2022:121) yang menyimpulkan bahwa layanan *homecare* memiliki pengaruh kuat dalam meningkatkan kemampuan keluarga melakukan penanganan kepada anggota keluarga yang mengalami sakit stroke secara mandiri. Layanan *homecare* juga dapat meningkatkan kondisi Kesehatan pasien dan kemampuan keluarga dalam melaksanakan tugas kesehatannya, sehingga kualitas hidup pasien dan kemandirian keluarga meningkat.

Lebih lanjut Megawaty et al., (2020) menekankan tentang pentingnya perawat sebagai pemberi pelayanan kesehatan untuk memberdayakan keluarga pemberi perawatan pasien stroke sehingga dapat meningkatkan kesembuhan fisik dan mental pasien stroke serta menurunkan angka kematian.

Model layanan homecare berbasis pembelajaran partisipatif pada keluarga pasien paska stroke di rumah ini terbukti efektif sebagai bagian upaya pemberdayaan keluarga pasien paska stroke, dan hal ini sesuai dengan hasil penelitian Arista et al., (2020) yang menyimpulkan bahwa penerapan program pemberdayaan keluarga memiliki pengaruh signifikan terhadap tingkat kesiapan keluarga dalam merawat pasien paska stroke di rumah.

Penggunaan model ini sesuai dengan rekomendasi dari studi Askari et al., (2018:1) yang merekomendasikan agar dilaksanakannya edukasi berbasis partisipatif pada layanan homecare mengingat metode ini praktis dan murah dan dapat meningkatkan partisipasi aktif anggota keluarga dalam memberikan perawatan kepada pasien paska stroke dan mengurangi kejadian komplikasi akibat tirah baring lama pada pasien stroke.

Pemberian edukasi kepada keluarga pasien paska stroke juga harus dilakukan secara tepat agar keluarga tidak mengalami kebingungan dan dapat segera melaksanakan penanganan kepada pasien di rumah sehingga hal-hal yang tidak diinginkan bisa dihindari dan komplikasi yang akan muncul dapat segera dicegah.

Proses pendidikan keluarga dengan model pembelajaran partisipatif dilaksanakan dengan tujuan untuk meningkatkan pengetahuan, sikap dan keterampilan keluarga dalam melaksanakan perawatan pasien lebih lanjut di rumah, sehingga keluarga mempunyai pengetahuan, sikap dan keterampilan serta kemampuan yang cukup dalam menghadapi pasien pasca stroke di rumah⁶⁶.

Studi Cassidy et al., (2017:09) merekomendasikan agar proses pemberian edukasi dengan melibatkan keluarga sebaiknya dilakukan sebelum pasien pulang dengan memberikan *discharge planning* dan segera setelah pasien pulang dilakukan pemberian edukasi setiap minggu, pemantauan aktivitas pasien, komunikasi apabila ada masalah kritis dengan pasien dan koordinasi jangka Panjang selama pemulihan pasien paska stroke oleh petugas Kesehatan kepada keluarga pasien.

Lebih dari itu, pemberdayaan keluarga melalui edukasi yang diberikan kepada keluarga pasien paska stroke juga harus diikuti dengan kegiatan pendampingan dalam kurun waktu tertentu. Pada model layanan homecare berbasis pembelajaran partisipatif ini kegiatan edukasi dilaksanakan secara bersamaan dalam waktu 5 hari dengan tujuan agar selama 5 hari terjadi proses transformasi pengetahuan, sikap dan keterampilan dari fasilitator kepada keluarga sehingga pada akhir penelitian keluarga tampak lebih mampu dan mandiri melakukan penanganan pada pasien paska stroke di rumah.

Hal ini juga sejalan dengan rekomendasi dari Choliq et al., (2020:11011) pemberdayaan untuk mendukung keluarga merupakan aspek penting dalam merawat dan memulihkan pasien pasca stroke di rumah. Keluarga harus mempunyai pengetahuan dan kemampuan yang baik dalam merawatnya. Oleh karena itu, perawat harus memberikan dukungan kepada keluarga mulai dari pendidikan kesehatan hingga pendampingan berkelanjutan. Perawat juga harus melakukan tindak lanjut secara berkala untuk memastikan perkembangan kondisi pasien.

D. STATUS LUARAN: Tuliskan jenis, identitas dan status ketercapaian setiap luaran wajib dan luaran tambahan (jika ada) yang dijanjikan. Jenis luaran dapat berupa publikasi, perolehan kekayaan intelektual, hasil pengujian atau luaran lainnya yang telah dijanjikan pada proposal. Uraian status luaran harus didukung dengan bukti kemajuan ketercapaian luaran sesuai dengan luaran yang dijanjikan. Lengkapi isian jenis luaran yang dijanjikan serta mengunggah bukti dokumen ketercapaian luaran wajib dan luaran tambahan melalui Simlitabkes.

Jenis luaran wajib penelitian ini adalah publikasi pada jurnal nasional terakreditasi Sinta 2 dalam proses reviewer . Luaran tambahannya juga adalah HAKI dan buku (masih dalam proses penerbitan).

E. PERAN MITRA: Tuliskan realisasi kerjasama dan kontribusi Mitra baik *in-kind* maupun *in-cash* (untuk PTUPT, PPUPT serta KRUPPT). Bukti pendukung realisasi kerjasama dan realisasi kontribusi mitra dilaporkan sesuai dengan kondisi yang sebenarnya. Bukti dokumen realisasi kerjasama dengan Mitra diunggah melalui Simlitabkes.

Tidak ada mitra.

F. KENDALA PELAKSANAAN PENELITIAN: Tuliskan kesulitan atau hambatan yang dihadapi selama melakukan penelitian dan mencapai luaran yang dijanjikan, termasuk penjelasan jika pelaksanaan penelitian dan luaran penelitian tidak sesuai dengan yang direncanakan atau dijanjikan.

Proses penelitian dan rencana luaran yang dihasilkan masih sesuai dengan rencana, hanya ada beberapa kendala yang dapat mengurangi kredibilitas dari hasil penelitian ini, beberapa kendala dan keterbatasan, yaitu:

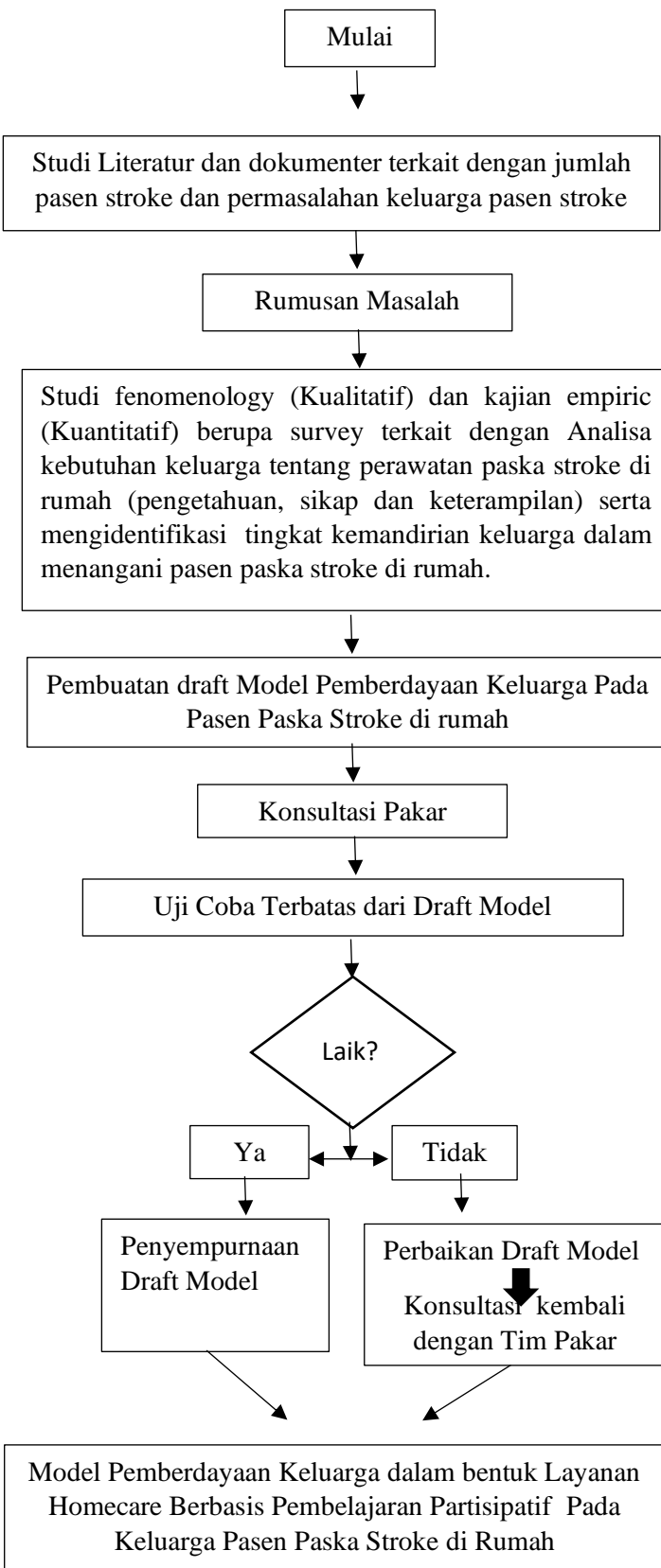
1. Langkah pada penelitian ini masih belum sepenuhnya sempurna mengingat belum dilaksanakannya implementasi model dengan skala yang lebih luas dengan jumlah sampel yang lebih besar sehingga dengan implementasi yang dilakukan pada skala yang lebih luas maka generalisasi dari model ini menjadi lebih kuat dan lebih kredible.
2. Efektivitas model ini juga masih belum dapat dikatakan optimal sepenuhnya mengingat desain penelitian yang dipergunakan adalah *one group T-test without control group*. Artinya keefektifan model ini masih perlu diuji dengan membandingkannya pada kelompok lain sebagai control atau dengan model layanan homecare yang menggunakan pendekatan berbeda.
3. Masih terbatasnya literatur atau hasil jurnal yang membahas tentang layanan homecare yang berbasis pembelajaran partisipatif sehingga mengurangi ketajaman dalam pembahasan dengan membandingkan pada jurnal dengan topik yang sama sebelumnya.
4. Proses penerbitan buku dan jurnal memerlukan waktu dan periode yang sesuai dengan jadwal penerbitan jurnal tersebut sehingga output penelitian ini belum bisa disampaikan bukti nyatanya sampai dengan saat pembuatan laporan akhir penelitian.

G. RENCANA TAHAPAN SELANJUTNYA: Tuliskan dan uraikan rencana penelitian di tahun berikutnya berdasarkan indikator luaran yang telah dicapai, rencana realisasi luaran wajib yang dijanjikan dan tambahan (jika ada) di tahun berikutnya serta *roadmap* penelitian keseluruhan. Pada bagian ini diperbolehkan untuk melengkapi penjelasan dari setiap tahapan dalam metoda yang akan direncanakan termasuk jadwal berkaitan dengan strategi untuk mencapai luaran seperti yang telah dijanjikan dalam proposal. Jika diperlukan, penjelasan dapat juga dilengkapi dengan gambar, tabel, diagram, serta pustaka yang relevan. Jika laporan kemajuan merupakan laporan pelaksanaan tahun terakhir, pada bagian ini dapat dituliskan rencana penyelesaian target yang belum tercapai.

Adapun proses dan alur penelitian tergambar dalam diagram berikut:

Diagram 1 : Diagram penelitian tergambar dalam diagram alir dibawah ini

Tahap Pertama dan kedua Penelitian (Kegiatan Tahun Pertama):



Proses:

Tahapan yang telah dilakukan pada tahun pertama adalah pengumpulan data kondisi sebenarnya dalam penanganan dan perawatan pasien paska stroke di rumah oleh keluarga dan kondisi layanan homecare pada kedua lokus penelitian sebagai dasar empiric dalam mendesaian model pemberdayaan keluarga pasien paska stroke yang akan dirumuskan. Selanjutnya dibuat desain model pemberdayaan keluarga dalam bentuk layanan homecare berbasis pembelajaran partisipatif untuk meningkatkan kemandirian keluarga dalam merawat pasien paska stroke di rumah. Model ini sudah diujicobakan dan hasilnya menunjukkan efektifitas dalam meningkatkan aspek pengetahuan keluarga dalam merawat pasien paska stroke di rumah, sikap kemandirian keluarga dalam melanjutkan perawatan pasien paska stroke di rumah dan kemandirian keluarga dalam melaksanakan tugas Kesehatan merawat pasien paska stroke di rumah.

Hasil penelitian berupa proceeding dari data awal hasil penelitian sudah dipublish pada pelaksanaan webinar internasional ke-6 Poltekkes Kemenkes Bandung, sedangkan model yang dihasilkan akan segera di HAKI kan, hasil ujicoba model ini akan dipublish pada jurnal nasional terakreditasi SINTA 2 dan akan dibuat buku: Model layanan homecare berbasis pembelajaran partisipatif pada Keluarga Pasien paska stroke di rumah (sedang dalam proses reviewer dari tim editor salah satu penerbit).

<p>Tahap ke tiga Penelitian (Kegiatan Tahun Ke-2 Penelitian)</p> <div style="text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Pengujian Penerapan Efektifitas Model dalam skala luas</div> <p style="text-align: center;">↓</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Evaluasi Efektifitas Penerapan Model</div> <p style="text-align: center;">↓</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> <p style="text-align: center;">Model Final Pemberdayaan Keluarga dalam bentuk Layanan Homecare Berbasis Pembelajaran Partisipatif pada Keluarga sebagai Upaya untuk Meningkatkan Kemandirian Keluarga dalam Merawat Pasien Paska Stroke di rumah</p> </div> </div>	<p>Tahapan berikutnya pada tahun kedua, yaitu:</p> <p>Melaksanakan tahap penerapan/ implementasi model dengan menggunakan jumlah responden (sample) yang lebih banyak dan menggunakan desain penelitian <i>pre-post test with control group</i>, untuk memastikan efektifitas dari model yang dihasilkan. Sehingga pada akhir kegiatan penelitian dapat dipastikan efektifitas dari model yang dikembangkan dan dapat direkomendasikan untuk diterapkan pada saat melakukan pemberdayaan kepada keluarga pasien paska stroke di rumah.</p> <p>Hasil akhir penelitian akan dipublikasi pada jurnal internasional bereputasi.</p>
<p>H. DAFTAR PUSTAKA: Penyusunan Daftar Pustaka berdasarkan sistem nomor sesuai dengan urutan pengutipan. Hanya pustaka yang disitasi pada laporan kemajuan yang dicantumkan dalam Daftar Pustaka.</p>	

1. Damayanti M, Sofyan O. Hubungan Tingkat Pendidikan Terhadap Tingkat Pengetahuan Masyarakat di Dusun Sumberan Sedayu Bantul Tentang Pencegahan Covid-19 Bulan Januari 2021. *Maj Farm.* 2022;18(2):220-226. doi:10.22146/farmaseutik.v18i2.70171
2. Vera S, Hambali RYA. Aliran Rasionalisme dan Empirisme dalam Kerangka Ilmu Pengetahuan. *J Penelit Ilmu Ushuluddin.* 2021;1(2):59-73. doi:10.15575/jpiu.12207
3. Wahana P. Filsafat Ilmu Pengetahuan. *Pustaka Diam.* 2016;58(12):1-211. <https://repository.usd.ac.id/7333/1/3>. Filsafat Ilmu Pengetahuan (B-3).pdf
4. Rosmary MTN, Handayani F. Hubungan Pengetahuan Keluarga dan Perilaku Keluarga pada Penanganan Awal Kejadian Stroke. *Holist Nurs Heal Sci.* 2020;3(1):32-39. doi:10.14710/hnhs.3.1.2020.32-39
5. Syamsuddin F, Yunus P. Tingkat pengetahuan dan dukungan keluarga terhadap perawatan lanjutan pada pasien pasca stroke. *J Zaitun.* Published online 2016.
6. Khatiban M, Kheirollahi A, Oshvandi K, Alhani F, Feradmal J. The effect of family-based education on knowledge and self-esteem of caregivers of patients with stroke: A randomized controlled trial. *J Maz Univ Med Sci.* 2014;23(110):243-250.
7. Oupra R, Griffiths R, Pryor J, Mott S. Effectiveness of Supportive Educative Learning programme on the level of strain experienced by caregivers of stroke patients in Thailand. *Heal Soc Care Community.* 2010;18(1):10-20. doi:10.1111/j.1365-2524.2009.00865.x
8. Kusparlina EP. Pengembangan Model Pembelajaran Partisipatif Untuk Meningkatkan Pencapaian Peran Bidan Sebagai Pendidik. *J Involusi Kebidanan.* 2016;VII:46-51.
9. Sheha EAAEM, Soultan AAA, Malk RN, Elsherbeny EMM. Effect of a Planned Health Teaching on Improving Knowledge and Competence of Home Care Practice of Post Stroke Patient Among Caregivers' Achievement. *Int J Stud Nurs.* 2020;5(2):51. doi:10.20849/ijsn.v5i2.761
10. Megawaty I, Sjattar EL, ... Evaluation of caregiver intervention on recovery of patient stroke: a systematic review. *Heal Sci* Published online 2020.

<http://ejournal2.litbang.kemkes.go.id/index.php/hsji/article/view/2445>

11. Kosasih CE, Solehati T, Purba CI. Pengaruh Edukasi Kesehatan Terhadap Pengetahuan Pasien Stroke dan Keluarga: Peran, Dukungan, dan Persiapan Perawatan Pasien Stroke di Rumah. *Media Kesehat Politek Kesehat Makassar*. 2018;13(2):8. doi:10.32382/medkes.v13i2.662
12. Deyhoul N, Vasli P, Rohani C, Shakeri N, Hosseini M. The effect of educational intervention on family caregivers' perceived threat of the risk of dependence among patients with stroke: A randomized clinical trial. *Iran Red Crescent Med J*. 2018;20(6). doi:10.5812/ircmj.65467
13. Hidayat R, Ag S, Pd M. *Buku Ilmu Pendidikan Rahmat Hidayat & Abdillah*.
14. Hatimah I. Regulasi Dan Implementasi Pendidikan Informal. *Pedagog J Ilmu Pendidik*. 2016;13(1):194. doi:10.17509/pedagogia.v13i1.3387
15. Dewan Perwakilan Rakyat RI. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan. *Undang-Undang*. 2023;(187315):1-300.
16. MUAFAIAH AF. No TitleEAENH. *Ayan*. 2019;8(5):55.
17. Fadhilah H, Sari VYP. Beban ekonomi yang ditanggung pasien dan keluarga akibat penyakit stroke : Studi literatur. *J Community Med Public Heal*. 2019;35(6):193-197.
18. Supriyono, Iskandar H, Suchayono. Pendidikan Keluarga Dalam Perspektif Masa Kini. Published online 2015:1-113. <http://repositori.kemdikbud.go.id/6172/>
19. Sudiapermana E, Pendahuluan A. Pendidikan Informal. *J Pendidik Luar Sekol*. 2009;4(2).
20. Handayani DY, Dewi DE. Analisis kualitas hidup penderita dan keluarga pasca serangan stroke (dengan gejala sisa). *Psycho Idea*. 2009;7(1):35-44.
21. Muslim A. Implementasi Pembelajaran Partisipatif Melalui Focus Group Discussion Dalam Meningkatkan Kemampuan Komunikasi Mahasiswa. *J Paedagogy*. 2017;Vol. 4(1):15-20.
22. Muslim A. Pendekatan Partisipatif Dalam Pemberdayaan Masyarakat. *Apl Ilmu-Ilmu Agama*. 2007;VIII(2):89-103. doi:10.1177/0734282911435461
23. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Pedoman-Pengendalian-Stroke.pdf. *Pedoman Pengendali Stroke*. Published online 2013:1-2.
24. Handayani F, Widyastuti RH, Eridani D. Penatalaksanaan Stroke di Rumah. Published online 2019:1-58. <https://www.alomedika.com/penyakit/neurologi/stroke/penatalaksanaan>
25. Yaslina Y, Moidaliza M, Hayati I. Pengaruh Pemberian Discharge Planning Terhadap Kemampuan Keluarga Dalam Perawatan Pasca Stroke Di Rumah Tahun 2019. *J Kesehat PERINTIS (Perintis's Heal Journal)*. 2019;6(1):54-59. doi:10.33653/jkp.v6i1.240
26. Susana M. Hubungan terapi ROM aktif dengan pemenuhan Activity of Daily Living (ADL) pasien pasca stroke di Poli Syaraf RSUD Mayjen .A Thalib Keinci Tahun 2018. *Suzana Moza*. 2019;XIII(5).
27. Muhlisin A, Irdawati. Teori self care dari Orem dan pendekatan dalam praktek keperawatn. *Ber Ilmu Keperawatan*. 2010;2(2):97-100. https://publikasiilmiah.ums.ac.id/bitstream/handle/11617/2044/BIK_Vol_2_No_2_9_Abi_Muhlisin.pdf?sequence=1
28. Geffenberger K. Konseptual Keperawatan Keluarga. *Angew Chemie Int Ed* 6(11), 951–952. Published online 2019.
29. Husna E, Hidayati. Pengaruh Family Empowerment Terhadap Self Care Pasien Stoke. *J Kesehat*. 2020;8(1):10-15.
30. Ismatika I, Soleha U. Hubungan Self Efficacy Dengan Perilaku Self Care Pasien Pasca Stroke Di Rumah Sakit Islam Surabaya. *J Heal Sci*. 2018;10(2):139-148. doi:10.33086/jhs.v10i2.140
31. Okwari R, Utomo W, Woferst R. Gambaran Dukungan Keluarga Pasien Pasca Stroke Dalam Menjalani Rehabilitasi. *J Online Keperawatan Univ Riau*. 2019;5:372-377. <https://jom.unri.ac.id/index.php/JOMPSIK/article/download/19101/>

32. Vihandayani M, Wiratmo PA, Hijriati Y, Studi P, Keperawatan I, Binawan U. Hubungan Dukungan Keluarga Sebagai Support Sistem Dan Kualitas Hidup Relations Between Family Support As a System Support and Life Quality in. 2019;1:74-79.
33. Sudiapermana E. Pendidikan Keluarga. 2012;(9).
34. Östlund U, Bäckström B, Saveman BI, Lindh V, Sundin K. A Family Systems Nursing Approach for Families Following a Stroke: Family Health Conversations. *J Fam Nurs*. 2016;22(2):148-171. doi:10.1177/1074840716642790
35. Pulungan HR. Pentingnya Interprofessional Collaboration Dengan Keselamatan Pasien. *J Kesehat*. 2019;(181101092).
36. Sujarwo. Asumsi-Asumsi Andragogi Dan Penerapannya Pada Pembelajaran Orang Dewasa(Pendekatan Andragogi). Published online 2013:1-10.
37. Malik H. Pembelajaran Partisipatif. *1 Mei 2011*. Published online 2015. https://www.kompasiana.com/unik/pembelajaran-partisipatif-hardiknas-rangkat_5500bd29813311001efa7c69
38. Hamzah H, Sumardjo S, Tjitropranoto P, Amanah S. Model Pembelajaran Partisipatif Fakir Miskin Dalam Pengembangan Usaha Menuju Kemandirian. *J Teknodik*. 2015;19(April):078-086. doi:10.32550/teknodik.v19i1.148
39. Setiawan WE. Model Pembelajaran Partisipatif Dalam Meningkatkan Kemandirian Perempuan Sebagai Kepala Keluarga. *J Pendidik Non Form Dan Informal*. 2017;7(2):1-15.
40. Alisalman M. DIKLUS : Jurnal Pendidikan Luar Sekolah Pembelajaran Partisipatif Sebagai Metode dalam Meningkatkan Hasil Belajar Mahasiswa. 2022;1:66-77.
41. Himawati IP. Pengembangan Pendidikan Partisipatif Sebagai Upaya Menghadapi Masyarakat Ekonomiasean. *J Profit*. 2016;3(1):40-48. <https://ejournal.unsri.ac.id/index.php/jp/article/download/5553/2990>
42. Mulyati Y. Model Pengembangan Strategi Partisipatif Dalam Perkuliahan Kepenulisan Buku Ajar Sebagai Upaya Mempersiapkan Calon Penulis Buku Ajar. *Ekonomi*. 2017;(1989):9.
43. Sudibya AB, Studi P, Teknik P, Keguruan F, Ilmu DAN, Maret US. Metode partisipatif. Published online 2013.
44. صباحى فصلار. No Title. Vol 59.
45. Day CB, Bierhals C, Santos NO Dos, ... Nursing home care educational intervention for family caregivers of older adults post stroke (SHARE): study protocol for a randomised trial. Published online 2018. doi:10.1186/s13063-018-2454-5
46. Nuraenah N, Dewi IP, Aisyah PS. Pengaruh Psikoedukasi terhadap Family Caregiver dalam Merawat Anggota Keluarga Dengan Perawatan Paliatif. *Univ Muhammadiyah Yogyakarta Undergrad Conf*. 2020;2020:367-374. <http://eprints.stikes-aisyiahbandung.ac.id/96/>
47. Putri AF. Pentingnya Orang Dewasa Awal Menyelesaikan Tugas Perkembangannya. *SCHOULID Indones J Sch Couns*. 2018;3(2):35. doi:10.23916/08430011
48. Wilson JP. *The Adult Learner: The Definitive Classic in Adult Education and Human Resource Development*. Vol 44. Taylor and Francis; 2012. doi:10.1108/00197851211268045
49. Hidayat D. Pembelajaran partisipatif keterampilan berwirausaha untuk pemberdayaan ekonomi warga belajar kejar paket C. *J Pendidik dan Pemberdaya Masy*. 2016;3(2):122. doi:10.21831/jppm.v3i2.11388
50. Sumarni S, Nasir M, Herlina B. Strategi Pembelajaran Partisipatif pada Proses Penyelenggaraan Program Paket C di Kabupaten Wajo. *J Educ Teach*. 2020;1(1):9-18. doi:10.51454/jet.v1i1.10
51. Sijabat OP, Sihombing LN. Peningkatan Aktivitas dan Hasil Belajar IPS Melalui Model Pembelajaran Partisipatif Teknik Nominal Group Di SD Negeri No. 122358 Pematangsiantar. *Nat J Kaji Penelit Pendidik dan Pembelajaran*. 2021;6(1):1002-1018. doi:10.35568/naturalistic.v6i1.964

52. Perdiansyah M, Rosmilawati I, Darmawan D, Sultan U, Tirtayasa Banten A. Implementasi Metode Participatory Learning and Action (Pla) Oleh Agen Pendamping Program Keluarga Harapan Di Kelurahan Pipitan Kecamatan Cikande Kabupaten Serang. *J Eksistensi Pendidik Luar Sekol* . 2021;6(1):72-83. <https://jurnal.untirta.ac.id/index.php/E-Plus/article/view/11426>
53. Raflah WJ, Pratama AI. Pengaruh pelatihan partisipatif interaktif dan motivasi kewirausahaan terhadap minat berusaha masyarakat di desa teluk latak bengkalis. *J Pendidik Ekon dan Kewirausahaan*. 2020;3(1):45-53.
54. Darmawan D, Alamsyah TP, Rosmilawati I. Participatory Learning and Action untuk Menumbuhkan Quality of Life pada Kelompok Keluarga Harapan di Kota Serang. *J Nonform Educ Community Empower*. 2020;4(2):160-169. doi:10.15294/pls.v4i2.41400
55. Suyana N, Ati AP, Widiyanto S. Metode Partisipatori untuk Meningkatkan Kemampuan Menulis Argumentasi Pada Siswa MTs Nurul Hikmah Kota Bekasi. *Linguist J Ilm Bahasa, Sastra, dan Pembelajarannya*. 2019;2(2):80. doi:10.25273/linguista.v2i2.3702
56. Mawardi M, Kristin F, Anugraheni I, Rahayu TS. Penerapan Pelatihan Partisipatif Pada Kegiatan Penulisan Dan Publikasi Karya Ilmiah Bagi Guru SD. *Sch J Pendidik dan Kebud*. 2019;9(2):132-137. doi:10.24246/j.js.2019.v9.i2.p132-137
57. Hidayati A, Setiawati S, Sunarti V. Gambaran Strategi Pembelajaran Partisipatif pada Kegiatan Pembelajaran Bahasa Indonesia dalam Program Paket B di PKBM Tanjung Sari Kota Sawahlunto. *SPEKTRUM J Pendidik Luar Sekol*. 2018;6(1):1. doi:10.24036/spektrumpls.v1i1.9014
58. Kabupaten D, Provinsi K, Tengah J, Astyandini B, Rosiana H. Identifikasi Bidan Puskesmas yang Mengalami Anemia. Published online 2023:294-303.
59. Mau DT, Sriwati NK, Lau LA, Bano M. Pendidikan Kesehatan Ibu Dan Anak Balita Dalam Mewujudkan Keluarga Sehat, Bersih Dan Berbudaya Di Wilayah Kerja Puskesmas Atambua Selatan. *JSK J Sahabat Keperawatan*. 2021;03(02):15-21.
60. Putri DK, Herawati T, Alfiasari A, et al. Edukasi Keluarga Pengasuhan 1000 HPK untuk Pencegahan Stunting di Desa Cibatok 2. *J Pus Inov* 2020;2(1):18-27. <https://jurnal.ipb.ac.id/index.php/pim/article/view/29557>
61. Dwinandia MM, Hilmi MI. Strategi Kader Bina Keluarga Balita (Bkb) Dalam Optimalisasi Fungsi Edukasi Keluarga. *Comm-Edu (Community Educ Journal)*. 2022;5(2):74. doi:10.22460/comm-edu.v5i2.10705
62. Pitthayapong S, Thiangtam W, Powwattana A, Leelacharas S, Waters CM. A Community Based Program for Family Caregivers for Post Stroke Survivors in Thailand. *Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci)*. 2017;11(2):150-157. doi:10.1016/j.anr.2017.05.009
63. Akbar MA, Ferdi R, Keperawatan PSD. PELAYANAN HOME CARE DALAM MENINGKATKAN KEMANDIRIAN KELUARGA MERAWAT ANGGOTA KELUARGA DENGAN STROKE. 2022;7(2).
64. Arista L, Nurachmah E, ... Penerapan Program Pemberdayaan Keluarga Sebagai Upaya Meningkatkan Status Fungsional Klien dan Kesiapan Keluarga Merawat Klien Stroke. *J Ilm Ilmu* Published online 2020. <http://journals.stikim.ac.id/index.php/jiiki/article/view/811>
65. Askari H, Yaghoubinia F, Keykhah A, Karimi F. Investigating the Effect of Home-Based Training for Family Caregivers on the Incidence of Bedsore in Patients with Stroke in Ali Ebne Abitaleb Hospital, Zahedan, Iran: A Clinical Trial Study. *Med - Surg Nurs J*. 2018;In Press(In Press). doi:10.5812/msnj.87325
66. Dharma KK, Halina-Rahayu. The effective post-stroke adaptation behavior model requires a family support system. *Enferm Clin*. 2021;(xxxx). doi:10.1016/j.enfcli.2020.11.001
67. Cassidy JM, Fitzgerald R, Vaughn RM, et al. Empowering stroke survivors beyond inpatient rehabilitation : the STRIDE program. Published online 2017.
68. Choliq I, Nasrullah D, ... Role of Family in Caring Patient with Post Stroke at Home: A Systematic Review. *Int* Published online 2020. <http://repository.um-surabaya.ac.id/id/eprint/4932>

Curriculum Vitae Peneliti 1



Ali Hamzah, SKp., MNS pria kelahiran Banjar Ciamis pada tanggal 19 Mei 1970, menempuh Pendidikan Dasar sampai Menengah Atas di kota kelahirannya, kemudian melanjutkan Pendidikan D.III Keperawatan di Akper Depkes Dr. Otten Bandung lulus tahun 1992. Selanjutnya Pendidikan S.1 keperawatan di Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Padjadjaran lulus tahun 1998 dan mendapatkan kesempatan Tugas Belajar untuk menempuh Program S.2 di Faculty of Nursing, Burapha University Thailand pada tahun 2004 s.d 2006

Sejak Lulus dari Program D.III Keperawatan sampai tahun 2000 bekerja sebagai Dosen di Akper Depkes Dr. Otten Bandung, kemudian setelah terjadi penggabungan beberapa Akademi Kesehatan menjadi Politeknik Kesehatan pada tahun 2001 sampai sekarang bekerja sebagai Dosen di Poltekkes Kemenkes Bandung.

Bidang kajian Keilmuan yang digelutinya adalah Keperawatan Medikal Bedah dan lebih focus pada materi Asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan system persyarafan, perkemihan, dan pencernaan. Untuk itu kegiatan Tri Dharma Perguruan Tinggi yang dijalannya banyak berada di area Keperawatan medikal bedah. Kajian riset yang ditekuni pada upaya pemberdayaan keluarga terkait dengan pasien pasca stroke dan efektifitas *Model Family centre care* dalam mengatasi kecemasan pasien yang dirawat di ruang ICU. Sedangkan kegiatan pengabdian masyarakat lebih focus pada pemberdayaan masyarakat dalam menghadapi masalah Kesehatan. Saat ini sedang melanjutkan Pendidikan Doktorat di Prodi Pendidikan Masyarakat Fakultas Ilmu Pendidikan Universitas Pendidikan Indonesia.



PARTICIPATORY LEARNING CAN IMPROVE FAMILY KNOWLEDGE ABOUT HOMECARE HANDLING AND SERVICES FOR POST STROKE PATIENTS

Ali Hamzah^{1}, Ihat Hatimah², Asep Saepudin³, Joni Rahmat Pramudia⁴, Khemaradee Masingboon⁵*

¹⁾ Poltekkes Kemenkes Bandung

^{2,3,4)} Universitas Pendidikan Indonesia

⁵⁾ Burapha University, Thailand

Email: ali.hamzah@staff.poltekkesbandung.ac.id

Abstract

Introduction: Stroke is a non-communicable disease whose incidence and death rate continues to increase every year and ranks in the top 5 both in the world and in Indonesia. Stroke patients often experience paralysis and result in disability so that they require post-stroke follow-up care at home, this really requires family involvement and support. Currently, to carry out post-stroke treatment follow-up programs at family hospitals, they use homecare services because the family is less able to carry out post-stroke care independently at home.

Objectives: This study aims to determine the knowledge of post-stroke patients' families about handling post-stroke patients at home and homecare services in continuing stroke management at home.

Method: The method used is descriptive analytic involving 60 families of post-stroke patients selected by purposive sampling technique. The data were analyzed using the percentage formula which is presented in the form of a frequency distribution table.

Result: The results showed that almost all respondents were well aware of stroke management at home and homecare services, but unfortunately some of them were not ready and unwilling to continue treating post-stroke patients at home.

Conclusion: In this regard, it is necessary to provide education and assistance to families using learning methods that enable families to actively participate in treating post-stroke patients at home.

Keywords: Family knowledge, Homecare services, Stroke management

INTRODUCTION

The World Health Organization (WHO) in 2016 released data showing that in 2015 stroke was the second highest death rate in the world.(1) Furthermore, the American Heart Association (AHA) in 2017 stated that every 2 seconds 1 out of 6 people in the world has a stroke.(2) The World Stroke Organization in Data and Information centered Ministry of Health of the Republic of Indonesia shows an additional 13.7 million new stroke patients with a case fatality rate due to stroke in the world reaching 5.5 million.(2) The prevalence of stroke in Indonesia according to the results of the 2018 Riset Kesehatan Dasar (Riskesmas) showed an increase compared to 2013, namely from 7% to 10.9%, in the age group ≥ 15 years as well as in the province of West Java, the prevalence increased by 11.4 % from 2013.(2)

Stroke is a disease that can have a broad impact on patients who suffer from it and cause patients who suffer from it to lose productivity in carrying out their roles and this will have a further impact on the economic life of patients and their families. Even though at the same time the patient and family require a lot of money considering that the process of repairing a stroke patient takes a long time and is gradual, so it requires a post-hospital follow-up program.(3) To continue the management of post-hospital stroke patients it is generally carried out by the family so that the family has a vital role and bears a great responsibility.

The family according to Rogers as one or more persons living in the same household who are related by birth, marriage, or adoption or in Indonesian sociology is referred to as a marriage institution or what is commonly referred to as a nuclear family which is the smallest unit of society, and functions as an educational unit outside of school and by Roger the family is conventionally assessed as the oldest social institution, the smallest but the most complete status and role it fulfills.(4)

The family is believed to have the will and ability to overcome the problems it faces.(5) Families can behave and be able to handle sick family members if directed by health workers and make various efforts according to their needs in choosing interventions to cure the condition of their members who have had a stroke.(6)

The involvement of the patient's family in treating post-stroke patients at home is basically an effort to empower families to overcome problems that arise which in turn will encourage family independence and this is part of community education activities through providing education and assistance to families. Family education is essentially a mandate of pasal 27 ayat 1 UU No. 20 tahun 2003, namely related to the informal education program, which emphasizes that the informal education program is education carried out by families and the environment in the form of independent learning activities.(7)

Currently, to carry out post-stroke treatment follow-up programs at family hospitals, they use homecare services. The results of research by Krisnawati and K (2012) on post-stroke patients stated that they needed a homecare service program carried out by a homecare agency because the family was less able to carry out post-stroke care and rehabilitation independently at home as well as due to time constraints.(8)

In this regard, it is necessary to examine the initial knowledge of the family related to the handling of post-stroke patients and homecare services as a starting material for developing interventions that are appropriate, comprehensive and involve the active participation of the family. This study aims to determine the knowledge of families of post-stroke patients about handling post-stroke patients at home and homecare services in continuing stroke management at home.

METHODS

This research uses descriptive analytic method. Data collection was carried out from April 16 to May 15, 2023 at the homecare service unit of the Al Islam Bandung Hospital and Al Ihsan General Hospital, West Java Province. Data collection used a questionnaire-shaped instrument made by researchers and the distribution process was assisted by homecare service staff at the 2 hospitals. The data collection process was carried out in the homes of stroke patients' families when officers made home visits. The number of respondents who are willing to become subjects and according to the sample criteria is 60 people. After the data has been collected, the data is then checked for completeness, cleaned, entered, processed and the results analyzed using the frequency distribution percentage formula.

RESULTS AND DISCUSSION

Description of Respondent Characteristics

The characteristics of the respondents in this study included: age, education, occupation, relationship with patients and experienced take care for stroke patients. The results can be seen in table 1:

No	Respondent Characteristics	frequency	Percentage
1.	Age:		
	• 31-45 years old	11	18.3
	• 46-59 years old	36	60.0
	• > 60 years old	13	21.7
	Amount	60	100
2.	Education:		
	• Basic Education (graduated from elementary and or junior high school)	3	5.0
	• Senior high school (graduated from MA/ SMA/SMK)	27	45.0
	• Higher education (Graduated from Diploma, bachelor/ Magister/ Doktor)	30	50.0
	Amount	60	100
3.	Occupation:		
	• Official government	14	23.3
	• Entrepreneur	16	26.7
	• Labor	5	8.3
	• No worker (housewives/retired)	25	41.7
	Amount	60	100
4.	Relationship with the Patient:		
	• Spouse	10	16.7
	• Parent	26	43.3
	• Children	19	31.7
	• Sister/Brother	3	5.0
	• No relationship as the family	2	3.3
	Amount	60	100
5.	Experienced take care the patient:		
	• < 1 tahun	7	11.7
	• 1-3 tahun	25	41.7
	• > 3 tahun	28	46.7
	Amount	60	100

Table 1 shows the characteristics of the 60 respondents who participated in this study indicating that most (60%) were in the age range of 46-59 years, some (50%) of them were highly educated and almost some (45%) had educational levels middle class and work as housewives (41.7%) and self-employed (26.7%). Then almost some (43.3%) of them had a family relationship with the patient as parents and children (31.7%) and almost some had experience take care for stroke patients at home for more than 3 years (46.7%) and 1-3 years (41.7%).

Description of knowledge Participant about stroke management at home.

An overview of simple knowledge about stroke and its treatment at home can be seen in table 2:

No	Question Aspect	Answer				Amount	
		Know		Not Know		f	%
		f	%	f	%		
1.	The most complication of the stroke patient	60	100	0	0	60	100
2.	Whether or not post-stroke patients need treatment at home	60	100	0	0	60	100
3.	The physical and psychological impact felt by the family in dealing with post-stroke patients at home	51	85	9	15	60	100
4.	Willingness to continue handling post-stroke patients at home.	30	50	30	50	60	100

Based on table 2, it appears that the respondents' knowledge related to the types of complications that are often experienced by stroke patients and the need for further treatment of post-stroke patients at home, all (100%) already know properly and correctly. Almost all respondents (85%) felt the impact they experienced while treating stroke patients at home, such as: tired, tired, bored and anxious, so that some of them said they were ready to continue handling/caring for post-stroke patients at home and some said they were not ready for various reasons.

Description of Participants Knowledge about Home care Services

An overview of simple knowledge about home care services at home can be seen in table 3:

No	Question Aspect	Answer				Amount	
		Know		Not Know		f	%
		f	%	f	%		
1.	Knowledge about the existence of home care services for post-stroke patients at home	47	78.3	13	21.7	60	100
2.	The need and importance of holding homecare services for post-stroke patients.	60	100	0	0	60	100
3.	Benefits and satisfaction with homecare services performed so far.	45	75	15	25	60	100
4.	Family readiness to pay additional costs when utilizing homecare services.	30	50	30	50	60	100
5.	The importance of the role of family support in treating post-stroke patients.	58	96.7	2	3.3	60	100
6.	Active involvement of the family in treating post-stroke patients at home	60	100	0	0	60	100

Table 3 shows that all (100%) of respondents know that homecare services are important for post-stroke patients at home. All (100%) respondents also knew/aware of the need for active family involvement in treating post-stroke patients at home and almost all (96.7%) knew the importance of the family's role in supporting the management of post-stroke patients at home. Even though they consider it important to provide homecare services for post-stroke patients at home, some (50%) of them state that they are not ready to pay additional fees when utilizing homecare services. Besides that, there is still a small proportion (21.7%) of respondents who are not aware of homecare services and a small portion (25%) of those who have used homecare services so far also do not know the benefits of homecare services and feel dissatisfied with homecare services provided which were received them so far.

The results of the research in Tables 2 and 3 showed that almost all respondents already have good knowledge about stroke management at home and the importance of the role of the family in supporting the management of post-stroke patients and the need

for active family involvement in treating post-stroke patients at home. This is inseparable from the existence of several supporting characteristics, namely factors of educational background, age and experience of the respondents.

In table 1 it can be seen that some of the respondents had a higher educational background, were aged between 46-59 years and had experience handling/caring for patients for more than 1 year. Notoatmodjo (2014) found that the factor has the greatest influence on knowledge is education, because people with higher education can respond more rationally to the information received and will think about the extent to which a person has an advantage over development of others in achieving certain goals.(9) The results of the research are in accordance with the study of Damayanti and Sofyan (2022) which concluded that there is a significant relationship between the level of education and the level of knowledge ($p = 0.000$) where the higher the level of education, the higher the level of knowledge possessed, and vice versa. (9)

Good knowledge of the respondents is also inseparable from the age factor and experience in handling and caring for post-stroke patients at home. Most of the respondents (60%) were in the age range of 46-59 years, in general, in this age range, a person is already at the maturity level and has sufficient life experience to understand the various things he has experienced. In addition, almost all (88.4%) of the respondents had experience in treating post-stroke patients for more than 1 year, so while treating/caring for patients at their family home, they received a lot of information related to stroke from the health team and real experience in treating patients. Ahmad Tafsir (2017) explains that one source of knowledge is experience. The more people gain experience in life, the more knowledge they will have and the better their behavior will be.

The results of this study are in line with the findings from a study conducted by Rosmary and Handayani (2020) which identified the relationship between family knowledge and family behavior in the initial management of stroke events which concluded that there was a relationship between knowledge and behavior with a strong correlation between the two variables and showed direction of positive correlation where the higher the knowledge, the better the family behavior. Then there is a relationship between family knowledge and follow-up care at home in post-stroke patients in the working area of the Tilamuta Health Center, Boalemo Regency. (10)

Tables 2 and 3 also show that although almost all respondents already have good knowledge about managing post-stroke patients at home, some of them stated that they were not ready to continue treating post-stroke patients at home. Then there is still a small portion of respondents who do not know about homecare services and do not know the benefits of homecare services and are dissatisfied with the homecare services they have received so far.

This result also has something to do with the characteristics of the respondents, some of whom have a role as workers, that is official government 23.3% and being self-employed (26.7%). As workers, this means that the respondent acts as a seeker for a family source of income, therefore they will object/not be ready if they have to continue treating post-stroke patients at home because it will disrupt their role and at the same time will cause a loss or decrease in the family's source of income needed to support them. finance the continuation of stroke patient care at home.

Besides that, almost half of the respondents had a relationship with the patient as a child to their parents. The relationship between children and parents is generally slightly lower than relationship between spouse (husband/wife), bearing in mind that children already have their own family lives and responsibilities with their families. This also causes some of the respondents to object to continuing to treat post-stroke patients at home and some of them stated that they were not ready to pay additional fees when utilizing homecare services.

The results of this study are in line with previous research from Udiyono et al. (2019) showing that the family has a very vital role in the recovery process. Most (80-90%) of post-stroke patient rehabilitation success is determined by family health care from various

supports rather than by other health programs. The results of this study are in line with the study of Syamsiah, et al (2019) which showed a very significant (significant) correlation between family support and the enthusiasm of post-stroke patients in continuing the Medical Rehabilitation program at the West Nusa Tenggara Provincial Hospital Polyclinic in 2019 (p-Value = 0.000). (11)

Related to the results of the research above, increasing family knowledge is very important because it will have an impact on the attitudes and behavior of families in dealing with post-stroke patients at home. For this reason, it is necessary to carry out education that involves the active participation of the family in the educational process starting from the learning planning stage to the evaluation stage using an adult learning approach (andragogy), one of which is the application of a participatory learning model.

Participatory learning models according to Sudjana (2005) is defined as an effort by educators to involve students in learning activities and emphasizes that students or learning citizens are role holders or as a center in the whole process of learning activities, while educators or companions are more directed to facilitate students in carrying out learning activities. The advantages of the participatory learning model include that the material delivered is in accordance with what is needed by families as learners/learning citizens and families can directly participate in the educational process from the start of the learning preparation stage to the evaluation stage so that through these stages the family will be involved from the start and this will accelerate family independence.(12)

Participatory learning models by involving families in dealing with post-stroke patients is basically a form of implementation of informal education.(13) Informal education is an educational process that has a very broad, important and dominant scope, which lasts a lifetime, anywhere and anytime, through all forms of daily interactions that occur between individuals and their environment; This process can take place without the person concerned realizing that he has learned or has taught. That is, through this interaction there have been changes in a person whether it involves insight, understanding, attitude, values, and/or behavior, regardless of whether the change is conscious or not, intentional or coincidental.(4)

Candra and Fauzi (2013) studied the assimilation between participatory learning models wrapped in the andragogy approach to participants in the Package C program's equivalence education program and the results concluded that the results of the model trial showed a positive impact on learning citizens as seen from the participants' learning outcomes where the scores obtained by the learning community after the model was applied to the post-test evaluation results were almost all in the good and very good categories (mastery level 85% to 100%).(14)

Kusparlina et al. (2023) has also carried out research on the application of participatory learning in the health sector on topics related to maternal and child health (MCH). The results conclude that the development of a participatory learning model can be applied as an effort to increase the achievement of the role of midwives as educators in maternal health, child health and family planning/reproductive health services.(15)

The process of family education using a participatory learning model is carried out with the aim of increasing the knowledge, attitudes and skills of families in carrying out advanced patient care at home, so that families will have sufficient knowledge, attitudes and skills and abilities in dealing with post-stroke patients at home.(16) Kosasih (2018) revealed their findings that health education has proven to be influential in increasing the level of knowledge of patients and their families regarding stroke, readiness, the role of family caregivers for stroke patients, psychological support, and preparation for stroke patient care at home (p = 0.002).(17)

Therefore nurses need to provide health education to their families about how to treat stroke patients at home in order to increase their knowledge, attitudes and skills,(18)(19)(20) and to increase their understanding of the risk of re-stroke and the challenges of dependency from patients to families.(21)(22) According to study of Sureshkumar et al. (2015) that suggested to meet effectively the need of family stroke

survivors can use smartphone enabled education. Nurse as a health care provider also can empower the family care giver of the stroke patients in order to increase recovery of physical and mental of the stroke patients and to reduce mortality.(23)(24)

CONCLUSION

This study concluded that almost all respondents had good knowledge of stroke management at home and home care services for stroke patients at home. This is inseparable from the presence of several characteristics of the respondents, namely factors of educational background, age and experience. Even though the knowledge of almost all respondents was good, there were still a small number who stated that they were not ready to continue handling post-stroke patients at home considering the background of the respondents who mostly worked and had family relationships as children.

According to the results of this study, it is necessary to provide strengthening and empowering family member in continuing the management of post-stroke patients by using a participatory learning model as an alternative educational method that can be used because it is more comprehensive and can further optimize the role and active participation of the family when treating post stroke patients at home so that the results are better and optimal. S., Bradley, (1995) stated participatory learning method could be used to convey and practice the values and skills of democratic life and to balance interaction between values, knowledge and skills dimensions of the family.

In addition, it is necessary to conduct research use the research and development (R & D) design with topics related to the development of service models for post-stroke patients at home based on participatory learning to improve the ability, readiness and independence of families in continuing the management of post-stroke patients at home in order that can accelerating the healing process of post-stroke patients as well as can reduce family dependency to homecare agency and also reduce costs that must be borne by the family.

REFERENCE

1. Permatasari N. Perbandingan Stroke Non Hemoragik dengan Gangguan Motorik Pasien Memiliki Faktor Resiko Diabetes Melitus dan Hipertensi. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*. 2020;11(1):298–304.
2. Kemenkes RI. Hasil Riset Kesehatan Dasar Tahun 2018. Kementerian Kesehatan RI. 2018;53(9):1689–99.
3. Fadhilah H, Sari YVP. Beban ekonomi yang ditanggung pasien dan keluarga akibat penyakit stroke : Studi literatur. *J Community Med Public Health*. 2019;35(6):193–7.
4. Supriyono, Iskandar H, Sucahyono. Pendidikan Keluarga Dalam Perspektif Masa Kini. 2015;1–113.
5. Choliq I, Nasrullah D, ... Role of Family in Caring Patient with Post Stroke at Home: A Systematic Review. *International* 2020;
6. Handayani DY, Dewi DE. Analisis kualitas hidup penderita dan keluarga pasca serangan stroke (dengan gejala sisa). *Psycho Idea*. 2009;7(1):35–44.
7. Hatimah I. Regulasi Dan Implementasi Pendidikan Informal. *PEDAGOGIA Jurnal Ilmu Pendidikan*. 2016;13(1):194.
8. Krisnawati WL, K. Home care holistic. *Home Care Holistic Terhadap Perubahan Kecemasan Depresi Pada Pasien Strokw Iskemik*. 2012;Vol. 7 No.(2):108.
9. Damayanti M, Sofyan O. Hubungan Tingkat Pendidikan Terhadap Tingkat Pengetahuan Masyarakat di Dusun Sumberan Sedayu Bantul Tentang Pencegahan Covid-19 Bulan Januari 2021. *Majalah Farmaseutik*. 2022;18(2):220–6.

10. Rosmary MTN, Handayani F. Hubungan Pengetahuan Keluarga dan Perilaku Keluarga pada Penanganan Awal Kejadian Stroke. *Holistic Nursing and Health Science*. 2020;3(1):32–9.
11. Udiyono A, Fajar Cahyaning Tyas K, Dian Saraswati L, Setyawan Susanto H. Hubungan antara rehabilitasi dan dukungan keluarga dengan kejadian stroke berulang (studi kasus di rsud dr. Adhyatma, Tugurejo Semarang). *Jurnal Kesehatan Masyarakat*. 2019;7(4):2356–3346.
12. Muslim A. Pendekatan Partisipatif Dalam Pemberdayaan Masyarakat. *Aplikasi Ilmu-Ilmu Agama*. 2007;VIII(2):89–103.
13. Alisalman M. DIKLUS: Jurnal Pendidikan Luar Sekolah Pembelajaran Partisipatif Sebagai Metode dalam Meningkatkan Hasil Belajar Mahasiswa. 2022;1:66–77.
14. Candra H, Fauzi M. Pengembangan Model Pembelajaran Partisipatif Andragogis Untuk Meningkatkan Hasil Belajar Warga Belajar. *Jetri*. 2013;11(1):59–72.
15. Kabupaten D, Provinsi K, Tengah J, Astyandini B, Rosiana H. Identifikasi Bidan Puskesmas yang Mengalami Anemia. 2023;294–303.
16. Dharma KK, Halina-Rahayu. The effective post-stroke adaptation behavior model requires a family support system. *Enferm Clin*. 2021;(xxxx).
17. Kosasih CE, Solehati T, Purba CI. Pengaruh Edukasi Kesehatan Terhadap Pengetahuan Pasien Stroke dan Keluarga: Peran, Dukungan, dan Persiapan Perawatan Pasien Stroke di Rumah. *Media Kesehatan Politeknik Kesehatan Makassar*. 2018;13(2):8.
18. Bakri A, Irwandy F, Linggi EB. Pengaruh Pendidikan Kesehatan Tentang Perawatan Pasien Stroke Di Rumah Terhadap Tingkat Pengetahuan Keluarga. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*. 2020;11(1):372–8.
19. Sheha EAAEM, Soultan AAA, Malk RN, Elsherbeny EMM. Effect of a Planned Health Teaching on Improving Knowledge and Competence of Home Care Practice of Post Stroke Patient Among Caregivers' Achievement. *International Journal of Studies in Nursing*. 2020;5(2):51.
20. Syamsuddin F, Yunus P. Tingkat pengetahuan dan dukungan keluarga terhadap perawatan lanjutan pada pasien pasca stroke. *Jurnal Zaitun*. 2016;
21. Deyhoul N, Vasli P, Rohani C, Shakeri N, Hosseini M. The effect of educational intervention on family caregivers' perceived threat of the risk of dependence among patients with stroke: A randomized clinical trial. *Iran Red Crescent Med J*. 2018;20(6).
22. Sinaga J, Sembiring E. Pencegahan Stroke Berulang Melalui Pemberdayaan Keluarga Dan Modifikasi Gaya Hidup. *Jurnal Abdimas*. 2019;22(2):143–50.
23. Sureshkumar K, Murthy GVS, Munuswamy S, Goenka S, Kuper H. 'Care for Stroke', a web-based, smartphone-enabled educational intervention for management of physical disabilities following stroke: Feasibility in the Indian context. *BMJ Innov*. 2015;1(3):127–36.
24. Megawaty I, Sjattar EL, ... Evaluation of caregiver intervention on recovery of patient stroke: a systematic review. *Health Science* 2020;
25. S. B. Participatory learning. *Dialogue Diarrhoea*. 1995;(60):2.