

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1. Latar Belakang Penelitian**

Pendidikan menurut Pasal 1 Ayat 1 Undang-Undang No. 20 tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional, adalah usaha sadar dan terencana untuk mewujudkan suasana belajar dan proses pembelajaran dimana 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. Tujuannya adalah agar peserta didik dapat menjadi individu yang beriman dan bertakwa kepada Tuhan Yang Maha Esa, berakhlak mulia, sehat, berilmu, cakap, kreatif, mandiri, dan menjadi warga negara yang demokratis dan bertanggung jawab. (Hatimah, 2016:195).

Merujuk kepada Undang-undang Pendidikan tersebut, salah satu tujuan pendidikan adalah membuat orang Indonesia sehat dan mandiri. Undang-undang Nomor 17 tahun 2023 tentang Kesehatan pasal 1 ayat 1 mendefinisikan kesehatan sebagai keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spiritual, dan sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis, dan bukan hanya bebas dari penyakit atau kecacatan (Dewan Perwakilan Rakyat RI, 2023:2).

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 sistem saraf pusat manusia, disebabkan oleh karena adanya kerusakan/gangguan aliran darah ke otak sehingga menimbulkan kerusakan fungsi saraf yang ditandai dengan kelumpuhan/kelemahan fisik, hilangnya kesadaran, gangguan/kesulitan wicara (rero), ketidakmampuan makan/minum dan menahan buang air kecil (BAK)/buang air besar (BAB), nyeri kepala hebat, kehilangan fungsi kognitif dan kehilangan produktivitas serta kemandirian (Fitriani & Mulyono, 2022:1166).

Stroke termasuk dalam kelompok penyakit tidak menular yang sudah menjadi masalah kesehatan Masyarakat saat ini dan menyebabkan tingginya angka kesakitan dan kematian serta membebani pembiayaan kesehatan, sehingga diperlukan upaya pencegahan dan penanggulangan salah satunya dengan melaksanakan Gerakan Masyarakat Sehat (Germas). Germas bertujuan untuk mengubah orang dari perilaku tidak sehat yang menyebabkan penyakit tidak menular, seperti berolahraga lebih banyak, memakan sayuran dan buah-buahan segar dan mengurangi konsumsi alkohol (Udiani & Hikmandari, 2019:8-9).

Menurut data yang dirilis oleh *World Health Organization* (WHO) pada tahun 2016, stroke menempati peringkat kedua dalam hal kematian di dunia pada tahun 2015 (Husna & Hidayati, 2020: 254). Selanjutnya, *American Heart Association* (AHA) menyatakan pada tahun 2017 terdapat 1 dari 6 orang di dunia mengalami serangan stroke setiap 2 detik (Rosemary & Handayani, 2020:33). *World Stroke Organization* melaporkan bahwa jumlah pasien baru stroke telah meningkat menjadi 13,7 juta, dengan tingkat kematian akibat stroke mencapai 5,5 juta. (Kemenkes RI, 2018:166). Menurut Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018, prevalensi stroke pada kelompok umur lebih dari 15 di Indonesia meningkat sebesar 3,9 % dari 7 % pada tahun 2013 menjadi 10,9% tahun. Selain itu, prevalensi stroke di provinsi Jawa Barat juga meningkat sebesar 11,4% dari tahun 2013. (Kemenkes RI, 2018:167).

Berdasarkan data yang dikumpulkan oleh BPJS Kesehatan, dari total biaya pelayanan kesehatan sebesar Rp 374,86 triliun sejak tahun 2016 hingga 2020, penyakit katastropik yaitu penyakit yang membutuhkan perawatan medis yang lama dan mahal telah menghabiskan anggaran sebesar 83,31% dari total

biaya yang dibayarkan oleh Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)-Kartu Indonesia Sehat (KIS). Sejak 2014 sampai sekarang biaya pelayanan JKN-KIS meningkat sebesar 25% hingga 31% dari total biaya. Pada tahun 2020, BPJS Kesehatan membayarkan 20,0 triliun, atau 25% dari total biaya klaim JKN-KIS, untuk 19,9 juta kasus katastrofik yaitu penyakit jantung menempati posisi pertama dengan 49% (9,8 triliun), kedua kanker dengan 18% (3,5 triliun), dan ketiga stroke 13 % (2,5 triliun), selanjutnya gagal ginjal 11% disusul thalasemia, cirrhosis hepatis, leukimia, dan hemofilia (BPJS Kesehatan, 2021:6).

Sakit stroke mengakibatkan pasien yang menderitanya kehilangan produktivitas dalam melaksanakan perannya dan hal ini akan mengakibatkan dampak lanjutan pada kehidupan ekonomi pasien dan keluarga. Padahal pasien dan keluarga memerlukan biaya yang banyak mengingat proses perbaikan pasien stroke memerlukan waktu yang lama dan bertahap, sehingga memerlukan program lanjutan pasca perawatan di rumah sakit (Fadhilah & Sari, 2019:194). Untuk melanjutkan penanganan pasien stroke pasca perawatan di rumah sakit umumnya dilaksanakan oleh keluarga karena apabila hanya mengandalkan tenaga Kesehatan akan sangat sulit mendapatkan layanan yang optimal akibat keterbatasan tenaga Kesehatan tersebut sehingga keluarga memiliki peran vital dan memikul tanggung jawab yang besar. Oleh karena itu fokus kajian pada penelitian ini adalah keluarga pasien pasca stroke yang perlu diberikan edukasi sebagai sasaran dari Pendidikan Masyarakat dan ini menjadi salah satu bidang kajian dari kegiatan pemberdayaan masyarakat.

Keluarga menurut Rogers dalam (Supriyono et al., 2015:9) adalah sebagai satu atau lebih orang yang tinggal di rumah yang terikat oleh kelahiran, pernikahan, atau adopsi, atau lembaga perkawinan, yang disebut dalam sosiologi sebagai keluarga inti dan merupakan unit terkecil masyarakat serta berfungsi sebagai satuan pendidikan di luar sekolah. Sedangkan Rollin dan Galligan (1978) dalam Sudiapermana (2009:12) mendefinisikan keluarga sebagai suatu sistem interaksi semi tertutup di antara orang-orang dari berbagai usia dan jenis kelamin. Interaksi ini diorganisasi berdasarkan hubungan posisi

sosial dengan norma dan peran yang ditentukan baik oleh individu yang berinteraksi maupun oleh masyarakat sebagai ciri khas sistem.

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 stroke (D. Y. Handayani & Dewi, 2009:37-38).

Saat ini untuk melaksanakan program lanjutan paska perawatan di rumah sakit sebagian kecil keluarga menggunakan jasa layanan *homecare* karena mereka memiliki kemampuan finansial yang cukup dan tidak memiliki waktu luang untuk menangani pasien sendiri. Sedangkan sebagian besar dari keluarga, mereka menangani pasien pascastroke sendiri di rumah dengan apa adanya, mengandalkan *insting* atau informasi dari tetangga dan orang lain yang belum tentu benar karena mereka tidak mendapatkan informasi yang cukup adekuat dari petugas Kesehatan. Akibatnya banyak pasien pascastroke yang tidak ditangani dengan baik dan mengalami berbagai komplikasi (Krisnawati & K, (2012:108).

Tetapi layanan *homecare* juga membutuhkan biaya yang tidak sedikit, sementara pada saat yang sama keluarga sedang mengalami krisis finansial sehingga dengan kondisi seperti itu beban biaya hidup keluarga semakin bertambah berat karena selain untuk memenuhi kebutuhan seluruh anggota keluarga, mereka juga harus menyediakan anggaran untuk membiayai penanganan lanjutan pasien dan akhirnya pada titik tertentu keluarga tidak melanjutkan akibat tidak sanggup lagi untuk membayar jasa layanan *homecare*. Selain itu terdapat beberapa hambatan lain yang dialami oleh pasien stroke dan keluarga dalam mengakses layanan *homecare* yaitu karena adanya kurang terpaparnya informasi, ketersediaan sumber daya, dan isolasi geografis (jarak rumah yang jauh dari fasilitas layanan Kesehatan).

Sarfo et al., (2017:2) menemukan terdapat sekitar 1 dari 4 pasien stroke (hanya 25 %) di Ghana yang terpapar layanan home care khususnya fisioterapi pasca-stroke dan sebagian besar tidak terpapar karena biaya yang relatif tinggi

dan sumber daya layanan kesehatan yang terbatas. Di Indonesia sampai saat ini belum didapatkan data pasti berapa jumlah pasien pasca perawatan stroke di rumah sakit yang mendapatkan dan melakukan pelayanan home care, tetapi kemungkinan data nya tidak jauh berbeda dengan temuan Sarfo, dkk di Ghana.

Mengingat pentingnya keluarga dalam melanjutkan penanganan pasien pascastroke dirumah maka keluarga juga harus berperan aktif dalam mendorong semangat pasien stroke untuk dapat kembali pulih dan menjadi salah satu faktor yang paling berkontribusi dalam mendukung proses penyembuhan dan pemulihan pasien pascastroke (Maulani, dkk 2017:273). Hasil penelitian (Udiyono et al., 2019:273) menunjukkan keluarga memiliki peran yang sangat vital dalam proses pemulihan. Sebagian besar (80 - 90 %) keberhasilan rehabilitasi pasien pascastroke, ditentukan oleh perawatan kesehatan keluarga selain dari berbagai dukungan oleh program Kesehatan lain. Hasil penelitian tersebut sejalan dengan studi Syamsiah (2020:26) yang menunjukkan adanya korelasi yang sangat bermakna (signifikan) antara *family support* dengan semangat pasien pasca stroke dalam melanjutkan program Rehabilitasi Medik di Poliklinik RSUD Provinsi Nusa Tenggara Barat Tahun 2019 (p-Value = 0.000).

Pelibatan keluarga pasien dalam menangani pasien pascastroke di rumah pada dasarnya merupakan upaya untuk memberdayakan keluarga dalam mengatasi permasalahan yang timbul yang pada gilirannya akan mendorong kemandirian keluarga dan hal ini merupakan bagian dari kegiatan Pendidikan masyarakat melalui pemberian edukasi dan pendampingan kepada keluarga. Pendidikan keluarga pada hakikatnya merupakan amanat pasal 27 ayat 1 UU No. 20 tahun 2003 yaitu terkait dengan jalur pendidikan informal, yang menegaskan bahwa jalur Pendidikan informal adalah pendidikan yang dilakukan oleh keluarga dan lingkungan berbentuk kegiatan belajar secara mandiri (Hatimah, 2016:201).

Pendidikan informal adalah proses pendidikan yang sangat luas, penting, dan dominan yang dapat terjadi sepanjang hidup, di mana saja dan kapan saja melalui segala bentuk interaksi sehari-hari antara orang dengan lingkungannya. Proses ini dapat terjadi tanpa disadari oleh orang yang terlibat bahwa mereka

telah belajar atau telah mempelajari sesuatu. Artinya, interaksi itu mengubah sikap, wawasan, pemahaman, nilai-nilai, dan/atau perilaku seseorang, apakah disadari atau tidak, disengaja atau tidak. (Supriyono et al., 2015 : 100).

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 (2017:15) didefinisikan sebagai upaya pendidik untuk melibatkan peserta didik mereka dalam kegiatan pembelajaran dan menekankan bahwa peserta didik adalah pemegang peran atau pusat dari proses keseluruhan kegiatan pembelajaran. Pendidik atau pendamping lebih berfokus pada membantu peserta didik melakukan kegiatan pembelajaran mereka.

Salah satu keunggulan dari model pembelajaran partisipatif adalah karena keluarga dilibatkan secara langsung untuk berpartisipasi aktif dalam proses pendidikan dari tahap persiapan hingga tahap evaluasi, sehingga memungkinkan mereka menentukan sendiri rencana pembelajarannya, meningkatkan motivasi mereka untuk belajar, memudahkan mereka menerima materi pembelajaran dan akhirnya dapat membantu mempercepat kemandirian keluarga. Selain itu adanya berbagai fleksibilitas baik dalam menentukan materi, metoda, waktu, sarana dan prasarana yang digunakan serta materi yang disampaikan sesuai dengan kebutuhan keluarga akan mendorong keluarga terlibat secara aktif dalam kegiatan edukasi yang diberikan.

Hasil penelitian Hamzah et al., (2015:82) menunjukkan pembelajaran partisipatif yang dilakukan telah berhasil menumbuhkembangkan kemauan dan kemampuan usaha untuk menuju kemandirian warga masyarakat Kota Bogor dalam berusaha. Studi Andriany (2015:38) juga menemukan hasil yang tidak jauh berbeda yaitu implementasi pengembangan model partisipatif dalam memberdayakan masyarakat dapat memperbaiki taraf hidup rakyat miskin di Kota Medan.

Hasil penelitian sebelumnya juga menunjukkan dalam implementasinya pembelajaran partisipatif dilaksanakan pengembangan dengan berbagai variasi metoda/strategi. Candra & Fauzi (2013:59) sudah pernah mengembangkan

model pembelajaran partisipatif andragogi untuk meningkatkan hasil belajar siswa yang mengikuti pendidikan kesetaraan program Paket C, Chandra dan Fauzi (2013:59) mengembangkan model pembelajaran partisipatif andragogy. Hasil uji coba menunjukkan bahwa hasil belajar siswa memperlihatkan peningkatan yang signifikan. Nilai mereka setelah evaluasi post-test dinyatakan baik dan sangat baik (tingkat penguasaan materi 85 – 90 %).

Demikian juga hasil temuan Hidayat (2016:122) dan Sumarni et al., (2020:17) yang menggunakan pendekatan pembelajaran partisipatif untuk meningkatkan keterampilan berwirausaha pada peserta Kelompok Belajar Paket C. Hasilnya menunjukkan penerapan model ini dapat meningkatkan kepercayaan diri dari warga belajar atas pengetahuan dan keterampilan yang diperoleh sehingga dapat meningkatkan kemandirian ekonomi keluarga mereka.

Kisworo et al., (2016:105) menunjukkan bahwa model pembelajaran partisipatif dengan teknik pendampingan tugas pada saat diskusi kelompok sangat berdampak positif dalam membentuk karakter mahasiswa santun pada saat berdiskusi. Sedangkan penelitian Muslim (2017:19-20) menerapkan model ini dengan metode *Focus Group Discussion* (FGD). Hasilnya menunjukkan metoda tersebut secara efektif dapat meningkatkan kemampuan komunikasi mahasiswa di IKIP Mataram. Selain itu melalui pembelajaran partisipatif dapat melihat nilai nilai pembelajaran, yaitu: demokrasi, bijaksana dan santun, lingkungan belajar yang kondusif dan nyaman, serta mengedepankan nilai kebersamaan.

Penelitian tentang implementasi pembelajaran pada bidang Kesehatan sudah dilakukan oleh beberapa orang, yaitu: Kusparlina et al., (2023:56); Mau et al., (2021:20); (Putri et al., 2020:26) and Dwinandia & Hilmi, (2022:78-79), hasilnya 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).

Proses edukasi menggunakan model pembelajaran partisipatif dilakukan dengan 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 pascastroke di rumah.

Kosasih, et.all (2018:8) menghasilkan temuan bahwa edukasi kesehatan meningkatkan pengetahuan pasien dan keluarga tentang stroke, kesiapan, peran keluarga pengasuh, dukungan psikologis, dan persiapan perawatan di rumah untuk pasien stroke ( $p = 0,002$ ). Oleh karena itu perawat perlu memberikan pendidikan kesehatan kepada keluarganya tentang cara menangani pasien stroke di rumah guna meningkatkan pengetahuan, sikap dan keterampilannya (Bakri et al., 2020:377) serta meningkatkan pemahaman mereka tentang resiko terjadinya stroke ulang dan tantangan akan timbulnya ketergantungan dari pasien kepada keluarga (Deyhoul et al., 2018:8).

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 pascastroke 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 temuan Sistematik review (Muhammad Agung Akbar et al., 2021:622) menyimpulkan bahwa perawatan di rumah adalah pilihan yang efektif untuk pemulihan pasien stroke dan memungkinkan pemulihan berlangsung dengan baik di rumah. Oleh karena itu, peran keluarga yang mampu menangani dan menjaga pasien dengan optimal diperlukan untuk memastikan pemulihan pasien berlangsung dengan baik di rumah.



Pelayanan perawatan bagi pascastroke di rumah secara signifikan dapat meningkatkan kemandirian keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami stroke. Selain itu dapat meningkatkan status kesehatan dan produktivitas keluarga sehingga diharapkan dapat meningkatkan kesejahteraan keluarga. (M Agung Akbar et al., 2022).

Terkait dengan hasil penelitian di atas, peneliti melakukan studi pendahuluan untuk memastikan kondisi yang sebenarnya dari lapangan. Studi pendahuluan dilakukan pada pertengahan bulan April sampai dengan pertengahan bulan Mei 2023 dengan menyebarkan kuesioner kepada 60 orang pasien pascastroke yang mendapatkan pelayanan home care di wilayah kota Bandung (data berasal dari RS Al Islam Bandung) dan di wilayah Kabupaten Bandung (data dari RSUD Al Ihsan) diperoleh gambaran sebagai berikut:

Tabel 1.1: Gambaran Pengetahuan Keluarga tentang stroke dan Penanganannya di Rumah serta Layanan Home care di Kota dan Kabupaten Bandung

No.	Aspek yang ditanyakan	Jawaban				Jumlah	
		Tahu		Tidak		f	%
		f	%	f	%		
1.	Komplikasi yang sering terjadi pada pasien pascastroke	60	100	0	0	60	100
2.	Perlu/tidaknya pasien pascastroke mendapatkan penanganan di rumah menurut pendapat keluarga.	60	100	0	0	60	100
3.	Dampak fisik dan psikologis yang dirasakan keluarga dalam menangani pasien pascastroke di rumah	51	85	9	15	60	100
4.	Kesiapsediaan keluarga untuk melanjutkan penanganan pasien pascastroke di rumah.	30	50	30	50	60	100
5.	Pengetahuan adanya layanan homecare untuk pasien pascastroke di rumah	47	78.3	13	21.7	60	100
6.	Perlu dan pentingnya diadakan layanan homecare untuk pasien pascastroke.	60	100	0	0	60	100
7.	Manfaat dan kepuasan atas layanan home care yang dilakukan selama ini.	45	75	15	25	60	100
8.	Kesiapan keluarga membayar biaya tambahan apabila memanfaatkan layanan homecare.	30	50	30	50	60	100
9.	Pentingnya peran dukungan keluarga dalam menangani pasien pascastroke.	58	96.7	2	3.3	60	100
10.	Keterlibatan secara aktif keluarga dalam menangani pasien pascastroke di rumah	60	100	0	0	60	100

Sumber: Hasil Analisis data peneliti

Tabel 1.1 di atas memperlihatkan bahwa pengetahuan responden di wilayah Kota dan Kabupaten Bandung terkait dengan jenis komplikasi yang sering dialami pasien stroke dan perlunya penanganan lebih lanjut pada pasien pascastroke di rumah seluruhnya (100 %) sudah mengetahui dengan baik dan benar. Hampir seluruh responden (85 %) merasakan dampak yang dialaminya selama menangani pasien stroke di rumah, seperti: cape, lelah, bosan dan cemas, sehingga sebagian dari mereka menyatakan siap untuk melanjutkan menangani/merawat pasien pascastroke di rumah dan sebagian lagi menyatakan tidak siap dengan berbagai alasan. Kemudian seluruh (100 %) responden mengetahui bahwa layanan home care itu penting dilakukan untuk pasien pascastroke di rumah dan seluruhnya mengetahui/menyadari perlunya keterlibatan aktif keluarga dalam menangani pasien pascastroke di rumah serta hampir seluruhnya (96,7 %) mengetahui pentingnya peran keluarga dalam mendukung penanganan pasien pascastroke di rumah.

Sayangnya meskipun responden menganggap penting terhadap layanan home care bagi pasien pascastroke di rumah tetapi terdapat sebagian (50 %) dari mereka menyatakan tidak siap untuk membayar biaya tambahan apabila memanfaatkan layanan home care. Disamping itu masih ada sebagian kecil (21,7 %) dari responden yang tidak mengetahui adanya layanan home care dan sebagian kecil (25 %) dari yang sudah memanfaatkan layanan home care selama ini juga tidak mengetahui manfaat layanan home care serta merasa tidak puas atas jasa layanan home care yang diterima mereka selama ini.

Berdasarkan hasil studi pendahuluan di atas tampak bahwa dari sisi pengetahuan keluarga tentang penanganan stroke di rumah hampir seluruhnya sudah baik tetapi masih belum diikuti oleh kesiapan responden untuk melanjutkannya dirumah, dan diantara responden sendiri masih ada yang keberatan jika harus membayar jasa layanan home care mengingat keterbatasan keuangan. Selain itu layanan home care di kedua rumah sakit masih belum sepenuhnya dirasakan memuaskan bagi sebagian responden. Kondisi ini apabila dibiarkan dan tidak ditangani dengan serius akan menyebabkan banyak pasien stroke yang mengalami komplikasi seperti kekakuan sendi, pengecilan otot, timbulnya luka pada daerah bokong dan kecacatan permanen serta penurunan

kualitas hidup pasien sebagai akibat dari ketidaktahuan, ketidakmampuan, ketidakmauan dan ketidaksiapan keluarga dalam menangani pasien pascastroke di rumah.

Konsekuensi lebih lanjut yang akan dirasakan oleh keluarga adalah bertambahnya beban kehidupan untuk merawat pasien di rumah, cemas dan rasa lelah berkepanjangan akibat memikirkan kondisi pasien yang tidak kunjung ada perbaikan serta pada akhirnya menimbulkan rasa frustrasi dan depresi dari keluarga pasien. Disisi lain biaya pengobatan dan penanganan pasien pascastroke akan semakin membebani pemerintah dan hal ini secara tidak langsung akan menurunkan derajat Kesehatan Masyarakat dan kualitas kehidupan Masyarakat.

Sehubungan dengan itu perlu dibuat terobosan untuk mengatasi masalah tersebut antara lain dengan keterlibatan Pendidikan Masyarakat. Pendidikan Masyarakat yang secara konseptual memiliki fungsi *helping people to help themselves and educating people to educate themselves*, artinya Pendidikan Masyarakat hadir untuk menolong masyarakat agar mampu menolong dirinya sendiri dan mengedukasi Masyarakat untuk dapat mengedukasi dirinya sendiri. Terkait dengan fungsi Pendidikan Masyarakat itu maka masalah Kesehatan yang dialami oleh keluarga pasien pascastroke merupakan salah satu sasaran dari layanan Pendidikan Masyarakat yaitu dengan menolong keluarga pasien pascastroke agar mampu menolong dirinya yang mana hal ini juga merupakan implementasi Pendidikan informal.

Upaya yang dapat dilakukan Pendidikan Masyarakat salah satunya adalah dengan melakukan pemberdayaan keluarga melalui kegiatan edukasi agar keluarga yang mendapatkan edukasi itu dapat memanfaatkan hasil edukasinya dalam menangani pasien pascastroke di rumah. Upaya ini dapat dilakukan secara bersama-sama dengan disiplin keilmuan Kesehatan khususnya dengan profesi keperawatan yang sama-sama memiliki tugas dan tanggung jawab melayani pasien sejak dari masa perawatan di rumah sakit sampai pasien itu Kembali pulang ke rumah.

Berdasarkan paparan pada latar belakang di atas, maka perlu kiranya dipertimbangkan untuk mengembangkan sebuah model edukasi yang dapat melibatkan keluarga berpartisipasi secara aktif dalam menangani pasien pascastroke di rumah, yaitu salah satunya dengan menggunakan model pembelajaran partisipatif yang diyakini dapat membelajarkan keluarga untuk menjadi tahu, mampu dan mau serta siap melaksanakan penanganan pasien pascastroke di rumah.

Melalui keterlibatan dan partisipasi aktif keluarga dalam melanjutkan penanganan pasien pascastroke di rumah, maka pasien akan merasa nyaman dan diperhatikan sehingga meningkatkan motivasi bagi pasien untuk sembuh. Sementara bagi keluarga dengan penerapan model edukasi seperti itu akan mempercepat pemahaman mereka atas materi yang diberikan karena dirasa lebih sesuai dengan kebutuhan keluarga sehingga hal ini akan mendorong kemandirian keluarga. Terkait dengan hal itu maka layanan home care bagi pasien pascastroke dengan berbasis pada model pembelajaran partisipatif sangat *visible* untuk dapat dikembangkan sesuai dengan tujuan yang akan diteliti, subyek dan karakteristik dari *setting* penelitian.

Selain itu, sampai saat ini berdasarkan hasil telaah pada jurnal sebelumnya peneliti belum menemukan pengembangan model pembelajaran partisipatif sebagai strategi edukasi untuk meningkatkan pengetahuan (*knowledge*), keterampilan dan sikap keluarga dalam meningkatkan kemandirian keluarga khususnya pada penanganan dampak fisik dari pasien pascastroke di rumah. Melalui upaya meningkatkan kemandirian tersebut dapat mengurangi ketergantungan keluarga pada petugas *homecare* yang pada akhirnya dapat memperbaiki atau mempercepat proses pemulihan Kesehatan pasien, sekaligus membantu pemerintah dalam mengurangi beban biaya Kesehatan yang harus ditanggung untuk penanganan pasien stroke.

## 1.2 Rumusan Masalah Penelitian

Banyak model pemberdayaan keluarga yang dikemukakan oleh para ahli salah satunya adalah model pembelajaran partisipatif yang memiliki keunggulan dalam meningkatkan kemampuan keluarga dengan didasarkan pada

proses edukasi untuk meningkatkan pengetahuan, keterampilan dan sikap keluarga dalam menghadapi masalah yang dihadapinya, salah satunya adalah masalah kesehatan yang berdampak pada ketahanan keluarga sebagai akibat adanya salah satu keluarga yang menderita sakit kronis.

Salah satu penyakit kronis yang berdampak besar pada kemandirian pasien adalah penyakit stroke. Stroke merupakan kondisi patologis yang menyebabkan defisit neurologis otak secara fokal atau parsial, terjadi dengan tiba-tiba yang diakibatkan oleh gangguan sirkulasi darah ke otak baik karena adanya sumbatan atau kerusakan/pecahnya pembuluh darah otak. Kondisi patologis ini menimbulkan berbagai gejala berupa hilangnya kesadaran, kelumpuhan, gangguan wicara, kesulitan mengunyah/menelan, ketidakmampuan mengontrol Buang air besar (BAB) dan buang air kecil (BAK) serta gangguan lainnya. Hal ini mengakibatkan pasien akan mengalami ketergantungan yang tinggi pada orang lain khususnya pada keluarga.

Keterlibatan keluarga dalam menangani pasien stroke memiliki peran yang sangat penting dalam melanjutkan penanganan di rumah yaitu dengan menjadi *caregiver* mengingat penanganan pasien stroke memerlukan waktu yang tidak sebentar. Untuk itu keluarga perlu diberdayakan dengan memberikan edukasi dan penguatan yang terkait dengan pengetahuan, keterampilan dan sikap terutama dalam memenuhi kebutuhan fisik pasien khususnya dalam pemenuhan kebutuhan sehari-hari, seperti: makan, minum, BAB, BAK, mandi, berpakaian, berdandan, mobilisasi dan ambulasi.

Sejauh ini berdasarkan hasil telaah dari beberapa jurnal yang ada dan pengalaman peneliti, belum ada secara spesifik model layanan homecare berbasis pembelajaran partisipatif untuk menangani pasien pascastroke di rumah, sehingga melalui penelitian ini akan didapatkan model layanan homecare yang berbasis kepada pembelajaran partisipatif berbasis sebagai strategi pemberdayaan keluarga yang efektif untuk meningkatkan kemandirian keluarga dalam menangani pasien pascastroke di rumah.

Rumusan masalah pada penelitian ini dituangkan dalam bentuk pertanyaan sebagai berikut:

- 1) Bagaimanakah gambaran kondisi riil layanan home care saat ini di Kota dan Kabupaten Bandung?
- 2) Bagaimanakah konsep model layanan home care berbasis pembelajaran partisipatif untuk menangani pasien pascastroke?
- 3) Bagaimanakah implementasi model layanan home care berbasis pembelajaran partisipatif untuk menangani pasien pascastroke di Kota dan Kabupaten Bandung?
- 4) Bagaimanakah efektivitas model layanan home care berbasis pembelajaran partisipatif untuk menangani pasien pascastroke di Kota dan Kabupaten Bandung?

### **1.3 Tujuan Penelitian**

#### **Tujuan Umum:**

Penelitian ini bertujuan untuk menemukan model layanan home care berbasis pembelajaran partisipatif untuk menangani pasien pascastroke.

#### **Tujuan Khusus:**

1. Mendeskripsikan kondisi awal layanan home care untuk menangani pasien pascastroke di Kota dan Kabupaten Bandung
2. Mendesain model konseptual layanan home care berbasis pembelajaran partisipatif untuk menangani pasien pascastroke.
3. Menganalisis implementasi model layanan home care berbasis pembelajaran partisipatif untuk menangani pasien pascastroke di Kota dan Kabupaten Bandung.
4. Menganalisis efektivitas model layanan home care berbasis pembelajaran partisipatif untuk menangani pasien pascastroke di Kota dan Kabupaten Bandung.

### **1.4 Manfaat Penelitian**

1. Manfaat Teoritis:
  - a. Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan sumbangan pemikiran bagi pengembangan ilmu Pendidikan masyarakat terkait dengan pengembangan model layanan home care berbasis pembelajaran

partisipatif yang efektif untuk meningkatkan kemandirian keluarga dalam menangani pasien pascastroke.

- b. Model yang dihasilkan akan menambah khazanah pengembangan keilmuan dalam bidang Pendidikan masyarakat terkait dengan model layanan home care berbasis pembelajaran partisipatif, sehingga temuan baru dari model ini akan semakin memperkokoh manfaat keilmuan Pendidikan masyarakat dalam segala aspek kehidupan masyarakat termasuk dalam membantu memecahkan masalah dalam bidang Kesehatan.

## 2. Manfaat Praktis:

- a. Model yang dihasilkan dapat menjadi terobosan baru dalam pelaksanaan Pendidikan masyarakat pada dunia Kesehatan khususnya keperawatan terutama terkait dengan penerapan model pembelajaran partisipatif pada keluarga pasien pascastroke.
- b. Model yang dikembangkan dapat menjadi alternatif yang bisa dipergunakan untuk mengoptimalkan peran dukungan keluarga pasien pascastroke sebagai kelompok masyarakat yang dapat saling membantu dengan sesama keluarga pasien stroke yang lain dalam mengurangi biaya penanganan pasien pascastroke dan mencegah komplikasi yang mungkin timbul di rumah.

## 3. Manfaat untuk Penelitian selanjutnya.

Hasil penelitian ini diharapkan dapat berkontribusi untuk memperkaya perkembangan penelitian dalam bidang Pendidikan masyarakat dan profesi Kesehatan melalui analisis yang terkait dengan perumusan model layanan home care berbasis pembelajaran partisipatif dan model lainnya dalam mengatasi permasalahan lain dalam bidang Kesehatan.

## 1.5 Struktur Organisasi Penulisan

Penulisan Disertasi ini terdiri dari 5 bab, yaitu:

Bab I: pendahuluan yang memuat latar belakang, rumusan masalah, tujuan, manfaat dan struktur organisasi penulisan Disertasi.

Bab II: Kajian Pustaka, berisi kajian atas teori/konsep yang mendukung topik penelitian, meliputi konsep pembelajaran orang dewasa, konsep pembelajaran partisipatif, dan konsep kemandirian keluarga. Selain itu dipaparkan juga hasil-hasil penelitian sebelumnya, kerangka teoritis dan hipotesis penelitian.

Bab III: Metodologi penelitian, berisi paparan tentang desain penelitian, tempat penelitian, populasi dan sampel, instrument, prosedur dan analisis data penelitian.

Bab IV: Temuan dan Pembahasan, berisi temuan dari hasil penelitian beserta pembahasannya untuk menjawab rumusan masalah yang telah ditetapkan.

Bab V: Simpulan, Implikasi, dan Rekomendasi, berisi kesimpulan, implikasi, dan rekomendasi, yang menyajikan penafsiran dan pemaknaan peneliti atas hasil analisis temuan penelitian sekaligus mengajukan hal-hal penting yang dapat dimanfaatkan dari hasil penelitian ini.