

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Penyakit Stroke

2.1.1 Definisi

Menurut Sari dan Retno (2014), stroke adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan perubahan neurologis yang disebabkan oleh adanya gangguan suplai darah ke bagian otak. Stroke adalah kumpulan gejala klinis yang berkembang cepat akibat gangguan fungsi serebral lokal atau global yang berlangsung lebih dari 24 jam atau mengarah ke kematian. Menurut Meifi (dalam Nengsi Olga Kumal a Sari, 2012), stroke dapat berdampak pada berbagai fungsi tubuh, diantaranya adalah defisit motorik berupa hemiparesis. Pasien stroke mengalami hemiparesis, yang berupa gangguan fungsi otak sebagian atau seluruhnya yang diakibatkan oleh gangguan suplai darah ke otak.

2.1.2 Etiologi dan Faktor Resiko

Menurut Siti, Tarwoto, Wartonah. (2014) adapun berbagai penyebab dari stroke yaitu:

1. Trombosis

Penggumpalan (thrombus) mulai terjadi dari adanya kerusakan pada bagian garis endotelial dari pembuluh darah. Aterosklerosis merupakan penyebab utama karena zat lemak tertumpuk dan membentuk otak pada dinding pembuluh darah. Plak ini terus membesar dan menyebabkan penyempitan (stenosis) pada arteri. Stenosis menghambat aliran darah yang biasanya lancar pada arteri. Darah akan berputar-putar

dibagian permukaan yang terdapat plak, menyebabkan penggumpalan yang akan melekat pada plak tersebut. Akhirnya rongga pembuluh darah menjadi tersumbat.

Trombus bisa terjadi di semua bagian sepanjang arteri karotid atau pada cabang-cabangnya. Bagian yang biasa terjadi penyumbatan adalah pada bagian yang mengarah pada percabangan dari karotid utama ke bagian dalam dan luar dari arteri karotid. Bagian endotelium dari pembuluh darah kecil dipengaruhi sebagian besar oleh kondisi hipertensi, yang menyebabkan penebalan dari dinding pembuluh darah dan penyempitan. Infark lakunar juga sering terjadi pada penderita diabetes melitus.

2. Embolisme

Sumbatan pada arteri serebral yang disebabkan oleh embolus menyebabkan stroke embolik. Embolus terbentuk di bagian luar otak, kemudian terlepas dan mengalir melalui sirkulasi serebral sampai embolus tersebut melekat pada pembuluh darah dan menyumbat arteri. Embolus yang paling sering terjadi adalah plak. Trombus dapat terlepas dari arteri karotis bagian dalam pada bagian luka plak dan bergerak ke dalam sirkulasi serebral. Kejadian fibrilasi atrial kronik dapat berhubungan dengan tingginya kejadian stroke embolik, yaitu darah terkumpul didalam atrium yang kosong. Gumpalan darah yang sangat kecil terbentuk dalam atrium kiri dan bergerak menuju jantung dan masuk kedalam sirkulasi cerebral. Pompa mekanik jantung buatan memiliki permukaan yang lebih kasar dibandingkan otot jantung yang

normal dan dapat menyebabkan peningkatan risiko terjadinya pengumpalan. Endokarditis yang disebabkan oleh bakteri maupun nonbakteri dapat menjadi sumber terjadinya emboli. Sumber-sumber penyebab emboli lainnya adalah tumor, lemak, bakteri, dan udara. Emboli bisa terjadi pada seluruh bagian pembuluh darah serebral. Kejadian emboli pada serebral meningkat bersamaan dengan meningkatnya usia.

3. Perdarahan (Hemoragik)

Perdarahan intraserebral paling banyak disebabkan oleh adanya ruptur arteriosklerotik dan hipertensi pembuluh darah, yang bisa menyebabkan perdarahan ke dalam jaringan otak. Perdarahan intraserebral paling sering terjadi akibat dari penyakit hipertensi dan umumnya terjadinya setelah usia 50 tahun. Akibat lain dari perdarahan adalah aneurisme (pembengkakan pada pembuluh darah). Stroke yang disebabkan oleh perdarahan sering kali menyebabkan spasme pembuluh darah serebral dan iskemik pada serebral karena darah yang berada diluar pembuluh darah membuat iritasi pada jaringan. Stroke hemoragik biasanya menyebabkan terjadinya kehilangan fungsi yang paling banyak dan penyembuhannya paling lambat dibandingkan dengan tipe stroke yang lain. Keseluruhan angka kematian karena stroke hemoragik berkisar antara 25%-60%. Jumlah volume perdarahan merupakan satu-satunya prediktor yang paling penting untuk melihat kondisi klien. Oleh sebab itu, tidak mengherankan bahwa perdarahan pada otak penyebab paling fatal dari semua jenis stroke.

4. Penyebab lain

Spasme arteri serebral yang disebabkan oleh infeksi, menurunkan aliran darah ke arah otak yang disuplai oleh pembuluh darah yang menyempit. Spasme yang berdurasi pendek tidak selamanya menyebabkankerusakan otak yang permanen. Kondisi hiperkoagulasi adalah kondisiterjadi penggumpalan yang berlebihan pada pembuluh darah yang bisa terjadi pada kondisi kekurangan protein C dan protein S, serta gangguan aliran gumpalan darah yang dapat menyebabkan terjadinya stroke trombosis dan stroke iskemik. Tekanan pada pembuluh darah serebral bisa disebabkan oleh tumor, gumpalan darah yang besar, pembengkakan pada jaringan otak, perlukaan pada otak, atau gangguan lain. Namun, penyebab-penyebab tersebut jarang terjadi pada kejadian stroke.

5. Faktor Risiko

Kejadian stroke dan kematian karena stroke secara perlahan menurun dinegara-negara maju dalam beberapa tahun terakhir ini, sebagai akibat dari adanya peningkatan dalam hal mengenali dan mengobati faktor-faktor risiko. Faktor-faktor risiko yang bisa dimodifikasi dapat diturunkan atau dihilangkan melalui perubahan gaya hidup, pengontrolan tekanan darah, hiperlipidemia, merokok, konsumsi alkohol berlebih, penggunaan kokain, dan kegemukan. Kejadian stroke jarang terjadi pada wanita usia produktif atau usia mengandung. Adapun faktor risiko yang tidak bisa dimodifikasi adalah jenis kelamin, usia, dan riwayat keluarga.

2.1.3 Tanda dan Gejala Sroke

Menurut Dewi (2015) bahwa untuk stroke non hemoragik (iskemik), gejala utamanya adalah timbulnya defisit neurologis secara mendadak / subakut, didahului gejala prodromal, terjadi pada waktu istirahat atau bangun pagi dan kesadaran biasanya tidak menurun, kecuali bila embulus cukup besar. Menurut WHO, dalam *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision*, stroke hemoragik dibagi atas:

a. Perdarahan Subaraknoid (PSA)

Pada pasien dengan PSA didapatkan gejala prodromal berupa nyeri kepala hebat dan akut kesadaran sering terganggu dan sangat bervariasi.

b. Perdarahan Intracerebral (PIS)

Stroke akibat PIS mempunyai gejala prodromal yang tidak jelas, kecuali nyeri kepala karena hipertensi. Serangan seringkali siang hari, saat aktivitas, emosi atau marah.

Gejala neurologis yang timbul bergantung pada berat ringannya gangguan pembuluh darah dan lokasinya. Manifestasi stroke akut berupa:

1. Gangguan penglihatan (hemianopia atau monokuler) atau diplopia
2. Kelumpuhan wajah atau anggota badan (biasanya hemiparesis) yang timbul mendadak
3. Vertigo, muntah-muntah atau nyeri kepala
4. Gangguan semibilitas pada salah satu atau lebih anggota badan (gangguan hemisensorik)

5. Disatria (bicara pello atau cadel)
6. Perubahan mendadak status mental (konfusi, delirium, letargi, stupor, atau koma)
7. Afasia (bicara tidak lancar, kurang ucapan atau kesulitan memahami ucapan)
8. Ataksia (tungkai atau anggota badan)

2.1.4 Patofisiologi Stroke

Menurut Sari dan Retno (2014), yaitu otak kita sangat sensitif terhadap kondisi penurunan atau hilangnya suplai darah. Hipoksia dapat menyebabkan iskemik serebral karena tidak seperti jaringan pada bagian tubuh lain, misalnya otot, otak tidak bisa menggunakan metabolisme anaerobik jika terjadi kekurangan oksigen dan glukosa. Jika aliran darah tidak diperbaiki, terjadi kerusakan yang tidak dapat diperbaiki pada jaringan otak atau infark dalam hitungan menit. Luasnya infark bergantung pada lokasi dan ukuran arteri yang tersumbat dan kekuatan sirkulasi kolateral ke area yang disuplai.

Iskemik dengan cepat bisa mengganggu metabolisme. Kematian sel dan perubahan yang permanen dapat terjadi dalam waktu 3-10 menit. Aliran darah dapat terganggu oleh masalah perfusi lokal, seperti pada stroke atau gangguan perfusi secara umum, misalnya pada hipotensi atau henti jantung. Dalam waktu yang singkat, klien yang sudah kehilangan kompensasi autoregulasi akan mengalami manifestasi dari gangguan neurologis.

Penurunan perfusi serebral biasanya disebabkan oleh sumbatan di

arteri serebral atau perdarahan intraserebral. Sumbatan yang terjadi mengakibatkan iskemik pada jaringan otak yang mendapatkan suplai dari arteri yang terganggu dan karena adanya pembengkakan di jaringan sekelilingnya. Sel-sel dibagian tengah atau utama pada lokasi stroke akan mati dengan segera setelah kejadian stroke. Hal ini dikenal dengan istilah cedera sel-sel saraf primer.

Hemiparesis dan menurunnya kekuatan otot pula yang menyebabkan gerakan pasien lambat. Penderita stroke mengalami kesulitan berjalan karena gangguan pada kekuatan otot, keseimbangan dan koordinasi gerak, sehingga kesulitan dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Latihan gerak mempercepat penyembuhan pasien stroke, karena akan mempengaruhi sensasi gerak di otak (menurut Irdawati (dalam Nengsi Olga Kumala Sari, 2012).

Pada pasien stroke mengalami hambatan mobilisasi yang disebabkan karena adanya gangguan pada neuromuskular. Menurut teori pada pasien stroke secara klinis gejala yang sering muncul adalah hemiparesis, merupakan salah satu faktor yang menyebabkan hilangnya mekanisme reflek postural normal, seperti mengontrol siku untuk bergerak, mengontrol gerak kepala untuk keseimbangan, rotasi tubuh untuk gerak fungsional pada ekstermitas (menurut Irdawati (dalam Nengsi Olga Kumala Sari, 2012).

Menurut Siti, Tarwoto, dan Wartonah (2014), rehabilitasi pada pasien stroke sejak serangan dari luar, intervensi ditujukan untuk perbaikan

fisik dan kognitif pasien. Usaha permobilisasian lebih awal bertujuan untuk mencegah komplikasi penurunan neurologis dan imobilitas. Hal yang sangat penting diingat bahwa kegiatan belajar kembali harus sesegera mungkin dilakukan setelah kejadian cedera. Rehabilitasi sejak dini memungkinkan kegiatan pembelajaran kembali ini bisa terjadi. Tingkat keparahan stroke pada pasien akan berpengaruh kepada lamanya waktu yang digunakan untuk mengembalikan fungsi tubuh. Oleh karena stroke adalah masalah kesehatan yang umum terjadi, maka sudah banyak fasilitas yang mengembangkan klinis untuk memberikan petunjuk perawatan.

2.1.5 Dampak Stroke

Akibat stroke ditentukan oleh bagian otak yang cedera, tetapi perubahan-perubahan yang terjadi setelah stroke, baik yang mempengaruhi bagian kanan atau kiri otak, pada umumnya adalah sebagai berikut:

1. Lumpuh

Kelumpuhan sebelah bagian tubuh (*hemiplegia*) adalah cacat yang paling umum akibat stroke. Bila stroke menyerang bagian kiri otak, terjadi hemiplegia kanan. Kelumpuhan terjadi dari wajah bagian kanan hingga kaki sebelah kanan termasuk tenggorokan dan lidah. Bila dampaknya lebih ringan, biasanya bagian yang terkena dirasakan tidak bertenaga (*hemiparesis* kanan). Bila yang terserang adalah bagian kanan otak, yang terjadi adalah hemiplegia kiri dan yang lebih ringan disebut hemiparesis kiri. Bagaimanapun, pasien stroke himeplegia atau hemiparesis akan mengalami kesulitan melaksanakan kegiatan sehari-

harinya seperti berjalan, berpakaian, makan atau mengendalikan buang air besar atau kecil.

Bila kerusakan terjadi pada bagian bawah otak kecil (cerebellum), kemampuan seseorang untuk mengkoordinasikan gerakan tubuh akan berkurang. Tentunya hal ini mengganggu aktivitas dan kegiatan sehari-hari, misalnya bangun dari tempat tidur atau duduk, berjalan atau meraih gelas. Ada juga pasien stroke yang mengalami kesulitan untuk makan dan menelan, disebut disfagia (*dysphagia*), karena saraf otak yang mengendalikan otot-otot yang terkait telah rusak dan tidak berfungsi.

2. Perubahan mental

Tidak semua stroke menyebabkan mental penderita merosot dan perubahan yang terjadi biasanya bersifat sementara. Setelah stroke memang dapat terjadi gangguan pada daya pikir, kesadaran, konsentrasi, kemampuan belajar dan fungsi intelektual lainnya, dapat terjadi pasca stroke. Semua hal tersebut dengan sendirinya mempengaruhi penderita. Marah, sedih dan tidak berdaya sering kali menurunkan semangat hidupnya sehingga muncul dampak emosional yang lebih berbahaya. Ini terutama disebabkan kini penderita kehilangan kemampuan-kemampuan tertentu yang biasanya fasih dilakukannya, misalnya:

- a. **Agnosia**, kehilangan kemampuan untuk mengenali orang atau benda.
- b. **Anosonia**, tidak mengenali bagian tubuhnya sendiri.
- c. **Ataksia**, gangguan koordinasi gerakan dan ucapan yang buruk.

- d. **Apraksia**, tidak mampu melakukan suatu gerakan atau menyusun kalimat yang diinginkannya. Bahkan kehilangan kemampuan untuk melaksanakan urutan langkah-langkah pemikiran yang benar. Atau kesulitan untuk mengikuti serangkaian intruksi. Kasus apraksia ini disebabkan terputusnya hubungan antara pikiran dan tindakan.
- e. **Distosi spasial**, tak mampu mengukur jarak dan ruang yang ingin dijangkaunya.

3. Gangguan komunikasi

Paling tidak seperempat dari semua pasien stroke mengalami gangguan komunikasi, yang berhubungan dengan mendengar, berbicara, membaca, menulis dan bahkan bahasa isyarat dengan gerak tangan. Ketidakberdayaan ini sangat membingungkan orang yang merawatnya.

1. **Disartia** (dysarthria)

Melemahnya otot-otot muka, lidah dan tenggorokan yang membuat kesulitan bicara, atau disebut pelo. Penyebabnya adalah gangguan saraf otak yang mengatur artikulasi dalam berbicara.

2. **Afasia**

Bila yang terkena adalah pusat pengendalian bahasa di sisi yang dominan, yang disebut daerah Broca, cacat yang timbul dapat berupa **afasia ekspresif**, yakni kesulitan untuk menyampaikan pikiran melalui kata-kata maupun tulisan. Seringkali kata-kata yang terpikir dapat terucapkan tetapi susunan gramatikalnya membingungkan. Bila yang terkena pusat pengendalian bahasa di bagian belakang

otak, yang disebut daerah Wernicke, cacat yang timbul adalah **afasia reseptif**. Pasien jenis ini mengalami kesulitan untuk mengerti bahasa lisan maupun tulisan. Apa yang diucapkan sering tidak mempunyai arti. Yang paling parah **afasia global**, disebabkan oleh kerusakan di beberapa bagian yang terkait dengan fungsi bahasa. Pasien afasia global kehilangan hampir seluruh kemampuan bahasanya, mereka tidak mengerti bahasa bahkan tidak dapat menggunakannya untuk menyampaikan pikiran. Yang agak ringan, **afasia anomik** (*amnesic*), terjadi bila kerusakan pada otak hanya sedikit. Pengaruhnya sering tidak terlalu kentara meski penderita lupa akan nama-nama orang atau benda-benda dari jenis tertentu.

4. Gangguan emosional

Oleh karena umumnya pasien stroke tidak mampu mandiri lagi, sebagian besar mengalami kesulitan mengendalikan emosi. Penderita mudah merasa takut, gelisah, marah dan sedih atas kekurangan fisik dan mental mereka. Perasaan seperti ini tentunya merupakan tanggapan yang wajar sebagai trauma psikologis akibat stroke. Hal ini didukung oleh teori Spielberger, Liebert, dan Morris dalam (Elliot, 1999); Jeslid dalam Hunsley (1985); Gonzales, Tayler, dan Anton dalam Frietman (1997) telah mengadakan percobaan konseptual untuk mengukur kecemasan yang dialami individu dan kecemasan tersebut. Bentuknya adalah konsep yang terdiri dari dua dimensi utama, yaitu kekhawatiran dan emosionalitas. Dimensi emosi merujuk pada reaksi fisiologis dan sistem saraf otonomik yang timbul akibat situasi yang timbul akibat

situasi atau karena obyek tertentu. Juga merupakan perasaan yang tidak menyenangkan dan reaksi emosi terhadap hal buruk yang tidak menyenangkan dan reaksi emosi terhadap hal buruk yang dirasakan yang mungkin terjadi terhadap sesuatu yang akan terjadi, seperti ketegangan bertambah, jantung berdebar keras, tubuh berkeringat, dan badan gemetar saat mengerjakan sesuatu. Khawatir merupakan aspek kognitif dari kecemasan yang dialami. Ini, berupa pikiran negatif tentang diri dan lingkungannya dan perasaan negatif terhadap kemungkinan kegagalan serta konsekuensinya seperti tidak adanya harapan untuk sembuh sesuai yang diharapkan, kritis terhadap diri sendiri, menyerah terhadap situasi yang ada, dan merasa khawatir berlebihan tentang kemungkinan apa yang dilakukan. Gangguan emosional dan perubahan kepribadian tersebut bisa juga disebabkan pengaruh kerusakan otak secara fisik.

Penderitaan yang sangat umum pada pasien stroke adalah depresi. Tanda-tanda depresi klinis, antara lain: sulit tidur, kehilangan nafsu makan atau ingin makan terus, lesu, menarik diri dari pergaulan, mudah tersinggung, cepat letih, membenci diri sendiri dan berpikir untuk bunuh diri. Depresi seperti ini dapat menghalangi penyembuhan atau rehabilitasi, bahkan dapat mengarah kepada kematian akibat bunuh diri. Depresi pasca-stroke selayaknya ditangani seperti depresi lain, yaitu dengan obat antidepresan dan konseling psikologis.

5. Kehilangan indera rasa

Pasien stroke mungkin kehilangan kemampuan indera merasakan (sensorik), yaitu rangsang sentuh atau jarak. Cacat sensorik dapat mengganggu kemampuan pasien mengenal benda yang sedang dipegangnya. Dalam kasus yang ekstrem, pasien bahkan tidak mampu mengenali anggota tubuhnya sendiri.

Ada pasien yang merasa nyeri, mati rasa dan perasaan geli-geli atau seperti ditusuk-tusuk, pada anggota tubuh yang lumpuh atau yang lemah. Kondisi ini disebut *paresthesia*. Gejala nyeri yang berkepanjangan disebabkan adanya kerusakan pada sistem saraf. Kasus ini disebut dengan nyeri neuropatik sentral (*central neuropatic pain*).

Pasien yang menderita kelemahan atau kelumpuhan pada lengan biasanya merasakan nyeri pada bahu ke arah luar. Sering kali rasa nyeri ini disebabkan adanya sendi yang tidak dapat bergerak lagi karena kurang digerakkan atau karena otot dan sendi di sekitarnya terkunci dalam posisi tertentu. Biasanya ini disebut sendi yang beku. Dengan demikian, pada anggota tubuh yang lumpuh, gerakan aktif sendi sangat penting. Selain mencegah kekakuan yang menyakitkan, juga agar kekuatan motorik pulih kembali sehingga gerakan tersebut makin mudah dilakukan.

Bentuk nyeri yang kurang lazim dialami oleh pasien stroke adalah nyeri palsu pada bagian tubuh yang terkena gangguan sensorik. Nyeri ini dikenal sebagai CPS (*central pain syndrome*) atau *thalamic pain syndrome*, yang diakibatkan oleh adanya kerusakan otak bagian tengah (*thalamus*). Kerusakan itu memberikan isyarat palsu berupa rasa nyeri

pada sendi atau bagian tubuh yang terkena gangguan sensorik. Rasa nyerinya merupakan campuran panas dan dingin, terbakar, geli-geli, mati rasa dan rasa ditusuk-tusuk. Biasanya, rasa nyeri lebih parah di kaki dan tangan dan bertambah parah oleh perubahan suhu, terutama dingin. Sayang sekali bahwa sebagian besar obat-obatan nyeri tidak banyak membantu, sehingga CPS seringkali sulit diatasi.

Kehilangan kendali pada kandung kemih merupakan gejala yang biasanya muncul setelah stroke, dan seringkali menurunkan saraf sensorik dan motorik. Pasien stroke mungkin kehilangan kemampuan untuk merasakan kebutuhan kencing atau buang air besar. Kehilangan pengendalian kandung kemih secara permanen setelah stroke tidaklah lazim. Tetapi, meski bersifat sementara sekalipun, secara emosional ketidakmampuan ini sulit dihadapi oleh pasien stroke.

2.2 Kecemasan

2.2.1 Definisi

Menurut Ghufron & Risnawita (2012) kecemasan merupakan pengalaman subjektif yang tidak mengenai kekhawatiran atau ketegangan berupa perasaan cemas, tegang dan emosi yang dialami oleh seseorang. Kecemasan adalah suatu keadaan tertentu (state anxiety) yaitu menghadapi situasi yang tidak pasti dan tidak menentu terhadap kemampuannya menghadapi objek tersebut. Hal tersebut berupa emosi yang kurang menyenangkan yang dialami oleh individu dan bukan kecemasan sebagai sifat yang melekat pada kepribadian.

Nietzal (dalam Ghufron & Risnawita, 2012) berpendapat bahwa kecemasan berasal dari bahasa latin (anxius) dan dari bahasa jerman (anst), yaitu suatu kata yang digunakan untuk menggambarkan efek negatif dan rangsangan fisiologi. Muchlas (1976) mendefinisikan istilah kecemasan sebagai sesuatu pengalaman subjektif mengenai ketegangan mental kesukaran dan tekanan yang menyertai konflik atau ancaman.

Sementara Lazarus (dalam Ghufron & Risnawita, 2012) membedakan perasaan cemas menurut penyebabnya menjadi dua.

1. State anxiety

State anxiety adalah reaksi emosi sementara yang timbul pada situasi tertentu yang dirasakan sebagai ancaman, misalnya mengikuti tes, menjalani operasi, atau lainnya. Keadaan ini ditentukan oleh perasaan tegang yang subjektif.

2. Trait anxiety

Trait anxiety adalah disposisi untuk menjadi cemas dalam menghadapi berbagai macam situasi (gambaran kepribadian). Ini merupakan ciri atau sifat yang cukup stabil yang mengarahkan seseorang atau menginterpretasikan suatu keadaan menetap pada individu (bersifat bawaan) dan berhubungan dengan kepribadian demikian.

Carlson (dalam Aizid, 2015) mendefinisikan kecemasan adalah rasa takut dan bayangan terhadap nasib buruk pada masa yang akan datang. Orang yang mengidap kecemasan akan memiliki bayangan bahwa ada bahaya yang mengancam dalam suatu aktivitas dan objek, jika seseorang

melihat gejala itu maka ia akan merasa cemas. Sikap cemas merupakan respon emosional yang tidak menentu terhadap suatu objek yang tidak jelas.

Berdasarkan dari beberapa pendapat diatas, dapat ditarik kesimpulan bahwa kecemasan merupakan pengalaman subjektif yang tidak menyenangkan mengenai kekhawatiran atau ketegangan berupa perasaan cemas, tegang dan emosi yang dialami seseorang. Kecemasan dapat juga diartikan sebagai suatu keadaan tertentu (state anxiety), yaitu menghadapi situasi yang tidak pasti dan tidak menentu terhadap kemampuannya dalam menghadapi tes, berupa emosi yang kurang menyenangkan yang dialami oleh individu dan bukan kecemasan sebagai sifat yang melekat pada kepribadiannya.

2.2.2 Klasifikasi

Secara umum kecemasan dibagi menjadi dua tingkatan, yaitu psikologis dan fisiologis.

1. Tingkat Psikologis

Di tingkat ini kecemasan dapat berwujud sebagai gejala-gejala kejiwaan, seperti tegang, bingung, khawatir, susah berkonsentrasi, perasaan tidak menentu dan lain-lain. Ada dua komponen pada tingkatan ini yaitu komponen emosional dan komponen kognitif. Dalam komponen emosional, individu mengalami perasaan takut yang intens dan disadari. Sedangkan dalam komponen kognitif, peningkatan rasa takut akan mengacaukan kemampuan individu untuk berpikir jernih.

2. Tingkat Fisiologis

Pada tingkatan ini, kecemasan sudah mempengaruhi atau terwujud sebagai gejala-gejala fisik, terutama di fungsi sistem saraf seperti tidak dapat tidur, jantung berdebar-debar, gemetar, perut mual, dan lainlain. Pada kondisi ini tubuh merespons ketakutan dengan memobilisasi diri untuk bertindak, baik dikehendaki ataupun tidak. Respon ini merupakan hasil kerja sistem saraf otonom yang mengendalikan sebagai otot dan kelenjar tubuh. Respon fisiologis bisa berwujud detak jantung meningkat, irama napas lebih cepat, pupil mata melebar, proses pencernaan terhenti, kelenjar adrenalin meningkat, dan lain-lain. Keadaan-keadaan ini bisa menyebabkan seseorang menjadi tegang dan siap melakukan tindakan menyerang atau melarikan diri dari situasi yang ada.

Menurut carpenito (dalam Aizid, 2015), tingkat kecemasan dibagi menjadi empat tingkatan yaitu:

a. Kecemasan ringan

Kecemasan yang berhubungan dengan ketegangan dalam kehidupan sehari-hari sehingga menyebabkan seseorang menjadi waspada dan meningkatkan persepsi. Tanda dan gejala dari kecemasan ringan ini antara lain persepsi serta perhatian meningkat, waspada, mampu mengatasi situasi bermasalah, dapat mengintegrasikan pengalaman masa lalu, saat ini dan yang akan datang.

b. Kecemasan sedang

Kecemasan ini memungkinkan seseorang memusatkan pikiran terhadap hal yang nyata dan mengesampingkan yang lain sehingga mengetahui

perhatian yang sedikit tetapi dapat melakukan sesuatu yang lebih terarah. Tanda dan gejala kecemasan sedang yaitu persepsi agak menyempit secara selektif, tidak perhatian tetapi dapat mengarahkan perhatian.

c. Kecemasan berat

Pada tingkat ini penderita cenderung memusatkan terhadap sesuatu yang terperinci dan spesifik serta tidak dapat berpikir tentang hal yang lain. Semua perilaku ditujukan untuk mengurangi ketegangan. Orang tersebut memerlukan pengarahan agar dapat memusatkan terhadap masalah lain. Tanda dan gejala kecemasan berat yaitu persepsinya sangat kurang, berfokus terhadap hal yang detail, tidak dapat berkomunikasi lebih, sangat mudah mengalihkan perhatian dan tidak mampu berkonsentrasi.

d. Panik

Kecemasan ini berhubungan dengan adanya pengaruh ketakutan dan teror. Tanda dan gejala tingkat panik yaitu peningkatan aktivitas motorik, menurunnya kemampuan untuk berhubungan dengan orang lain dan persepsi yang menyimpang.

2.2.3 Faktor - Faktor yang Mempengaruhi Kecemasan

Adler dan Rodman (dalam Ghufroon & Risnawita, 2012) menyatakan terdapat dua faktor yang menyebabkan adanya kecemasan, yaitu pengalaman yang negatif pada masa lalu dan pikiran yang tidak rasional.

1. Pengalaman negatif pada masa lalu

Pengalaman ini merupakan hal yang tidak menyenangkan pada masa lalu mengenai peristiwa yang dapat terulang lagi pada masa mendatang, apabila individu tersebut menghadapi situasi atau kejadian yang sama dan juga tidak menyenangkan misalnya pernah gagal dalam tes. Hal tersebut merupakan pengalaman umum yang menimbulkan kecemasan siswa dalam menghadapi tes.

2. Pikiran yang tidak rasional

Para psikolog memperdebatkan bahwa kecemasan terjadi bukan karena suatu kejadian, melainkan kepercayaan atau keyakinan tentang kejadian itulah yang menjadi penyebab kecemasan. Ellis (dalam Ghufron & Risnawita, 2012) memberi daftar kepercayaan atau keyakinan kecemasan sebagai contoh dari pikiran tidak rasional yang disebut buah pikiran yang keliru, yaitu kegagalan katastrofik, kesempurnaan, persetujuan, dan generalisasi yang tidak tepat.

a. Kegagalan katastrofik

Kegagalan katastrofik yaitu adanya asumsi dari diri individu bahwa akan terjadi sesuatu yang buruk pada dirinya. Individu mengalami kecemasan dan perasaan-perasaan ketidakmampuan serta tidak sanggup mengatasi permasalahannya.

b. Kesempurnaan

Setiap individu menginginkan kesempurnaan. Individu ini mengharapkan dirinya berperilaku sempurna dan tidak ada cacat. Ukuran kesempurnaan dijadikan target dan sumber inspirasi bagi individu tersebut.

c. Persetujuan

Persetujuan adanya keyakinan yang salah didasarkan pada ide bahwa terdapat hal virtual yang tidak hanya diinginkan tetapi juga untuk mencapai persetujuan dari sesama teman.

d. Generalisasi yang tidak tepat

Keadaan ini juga memberi istilah generalisasi berlebihan. Hal ini terjadi pada seseorang yang mempunyai sedikit pengalaman.

2.3 Depresi

2.3.1 Definisi

Depresi merupakan kondisi emosional yang biasanya ditandai dengan kesedihan yang amat sangat, perasaan tidak berarti dan bersalah, menarik diri dari orang lain, dan tidak dapat tidur, kehilangan selera makan, hasrat seksual, dan minat serta kesenangan dalam aktivitas yang biasa dilakukan (Davison, 2006).

Rathus (Lubis,2009) menyatakan orang yang mengalami depresi umumnya mengalami gangguan yang meliputi keadaan emosi,motivasi, fungsional, dan gerakan tingkah laku serta kognisi. Menurut Atkinson (Lubis, 2009) depresi sebagai suatu gangguan *mood* yang dicirikan tak ada harapan dan patah hati, ketidakberdayaan yang berlebihan yang berlebihan, tak mampu mengambil keputusan memulai suatu kegiatan, tak mampu konsentrasi, tak punya semangat hidup, selalu tegang, dan mencoba bunuh diri.

Depresi adalah gangguan perasaan (afek) yang ditandai denganafek disforik (kehilangan kegembiraan/gairah) disertai dengan gejala- gejala

lain, seperti gangguan tidur dan menurunnya selera makan. Depresi biasanya terjadi saat stres yang dialami oleh seseorang tidak kunjung reda, dan depresi yang dialami berkorelasi dengan kejadian dramatis yang baru saja terjadi atau menimpa seseorang (Lubis, 2009).

Dari beberapa definisi di atas dapat disimpulkan bahwa depresi adalah keadaan emosional individu dengan perasaan sedih, putus asa, selalu merasa bersalah, dan tidak ada harapan lagi secara berlebihan tanpa ada bukti-bukti yang rasional.

2.3.2 Gejala – Gejala Depresi

Gejala depresi adalah kumpulan dari perilaku dan perasaan yang secara spesifik dapat dikelompokkan sebagai depresi. Gejala-gejaladepresi ini bisa kita lihat dari tiga segi, yaitu dari segi fisik, psikis, dan sosial.

1. Gejala Fisik

1. Gangguan pola tidur
2. Menurunnya tingkat aktifitas
3. Menurunnya efisiensi kerja
4. Menurunnya produktivitas kerja
5. Mudah merasa letih dan sakit

2. Gejala Psikis

1. Kehilangan rasa percaya diri
2. Sensitif
3. Merasa diri tidak berguna
4. Perasaan bersalah
5. Perasaan terbebani

3. Gejala Sosial

Lingkungan akan bereaksi terhadap perilaku orang yang depresi tersebut pada umumnya negatif (mudah marah, tersinggung, menyendiri, sensitif, mudah letih, mudah sakit). Problem sosial yang terjadi biasanya berkisar pada masalah interaksi dengan rekan kerja, atasan, atau bawahan. Masalah ini tidak hanya berbentuk konflik, namun masalah lainnya juga seperti perasaan minder, malu, cemas jika berada diantara kelompok dan merasa tidak nyaman untuk berkomunikasi secara normal. Mereka merasa tidak mampu untuk bersikap terbuka dan secara aktif menjalin hubungan dengan lingkungan sekalipun ada kesempatan.

Seseorang dengan mood yang terdepresi (yaitu depresi) merasakan hilangnya energi-energi dan minat, perasaan bersalah, kesulitan berkonsentrasi, hilangnya nafsu makan, dan pikiran tentang kematian atau bunuh diri. Tanda dan gejala lain dari gangguan mood adalah perubahan tingkat aktivitas, kemampuan kognitif, pembicaraan, dan fungsi vegetatif (seperti tidur, nafsu makan, aktivitas seksual, dan irama biologis lainnya). Perubahan tersebut hampir selalu menyebabkan fungsi interpersonal, sosial, dan pekerjaan (Kaplan, 2010).

2.3.3 Penyebab Depresi

Gangguan depresi umumnya dicetuskan oleh peristiwa hidup tertentu. Seperti halnya penyakit lain, penyebab depresi yang sesungguhnya tidak dapat diketahui secara pasti namun telah ditemukan sejumlah faktor yang

dapat memengaruhinya. Seperti halnya dengan gangguan lain, ada penyebab biogenetis dan sosial lingkungan yang diajukan (Santrock, 2003).

a. Faktor Fisik

1. Faktor genetik

Seseorang yang dalam keluarganya diketahui menderita depresi berat memiliki resiko lebih besar menderita gangguan depresi daripada masyarakat pada umumnya. Gen berpengaruh dalam terjadinya depresi, tetapi ada banyak gen di dalam tubuh kita dan tidak ada seorangpun peneliti yang mengetahui secara pasti bagaimana gen bekerja. Dan tidak ada bukti langsung bahwa ada penyakit depresi yang disebabkan oleh faktor keturunan.

Seseorang tidak akan menderita depresi hanya karena ibu, ayah, atau saudara menderita depresi, tetapi risiko terkena depresi meningkat. Gen lebih berpengaruh pada orang-orang yang punya periode dimana *mood* mereka tinggi dan *mood* rendah atau gangguan bipolar. Tidak semua orang bisa terkena depresi, bahkan jika ada depresi dalam keluarga, biasanya diperlukan suatu kejadian hidup yang memicu terjadinya depresi.

2. Susunan kimia otak dan tubuh

Beberapa bahan kimia di dalam otak dan tubuh memegang peranan yang besar dalam mengendalikan emosi kita. Pada orang yang depresi ditemukan adanya perubahan dalam jumlah bahan kimia tersebut. Hormone noradrenalin yang memegang peranan utama dalam mengendalikan otak dan aktivitas tubuh, tampaknya

berkurang pada mereka yang mengalami depresi. Pada wanita, perubahan hormon dihubungkan dengan kelahiran anak dan menopause juga dapat meningkatkan resiko terjadinya depresi.

Secara biologis, depresi terjadi di otak. Otak manusia adalah pusat komunikasi paling rumit dan paling canggih. 10 miliar sel mengeluarkan miliaran pesan tiap detik. Ketika neurotransmitter berada pada tingkat yang normal, otak bekerja dengan harmonis. Kita merasa baik, punya harapan dan tujuan. Walaupun kadang kita mengalami kesenangan dan kesusahan hidup, *mood* secara keseluruhan adalah baik.

3. Faktor usia

Berbagai penelitian mengungkapkan bahwa golongan usia muda yaitu remaja dan orang dewasa lebih banyak terkena depresi. Hal ini dapat terjadi karena pada usia tersebut terdapat tahap-tahap serta tugas perkembangan yang penting, yaitu peralihan dari masa kanak-kanak ke masa remaja, remaja ke dewasa, masa sekolah ke masa kuliah atau bekerja, serta masa pubertas hingga ke pernikahan.

Namun sekarang ini usia rata-rata penderita depresi semakin menurun yang menunjukkan bahwa remaja dan anak-anak semakin banyak yang terkena depresi. Survei masyarakat terakhir melaporkan adanya prevalensi yang tinggi dari gejala-gejaladepresi pada golongan usia dewasa muda yaitu 18-44.

4. Gender

Wanita dua kali lebih sering terdiagnosis menderita depresi daripada pria. Bukan berarti wanita lebih mudah terserang depresi, bisa saja karena wanita lebih sering mengakui adanya depresi daripada pria dan dokter lebih dapat mengenali depresi pada Wanita.

5. Gaya hidup

Banyak kebiasaan dan gaya hidup tidak sehat berdampak pada penyakit, misalnya penyakit jantung juga dapat memicu kecemasan dan depresi. Tingginya tingkat stress dan kecemasan digabung dengan makanan yang tidak sehat dan kebiasaan tidur serta tidak olahraga untuk jangka waktu yang lama dapat menjadi faktor beberapa orang mengalami depresi. Penelitian menunjukkan bahwa kecemasan dan depresi berhubungan dengan gaya hidup yang tidak sehat pada pasien berisiko penyakit jantung.

6. Penyakit fisik

Penyakit fisik dapat menyebabkan penyakit. Perasaan terkejut karena mengetahui kita memiliki penyakit serius dapat mengarahkan pada hilangnya kepercayaan diri dan penghargaan diri, juga depresi.

Beberapa penyakit menyebabkan depresi karena pengaruhnya terhadap tubuh. Depresi dapat menyertai penyakit Parkinson dan multiple sclerosis karena efeknya terhadap otak. Penyakit yang mempengaruhi hormon dapat menyebabkan depresi.

7. Obat-obatan

Beberapa obat-obat untuk pengobatan dapat menyebabkan depresi. Namun bukan berarti obat tersebut menyebabkan depresi, dan menghentikan pengobatan dapat lebih berbahaya daripada depresi.

8. Obat-obatan terlarang

Obat-obatan terlarang telah terbukti dapat menyebabkan depresi karena memengaruhi kimia dalam otak dan menimbulkan ketergantungan.

9. Kurangnya cahaya matahari

Kebanyakan dari kita merasa lebih baik di bawah sinar matahari daripada hari mendung, tetapi hal ini sangat berpengaruh pada beberapa individu. Mereka baik-baik saja ketika musim panas tetapi menjadi depresi ketika musim dingin. Mereka disebut menderita *seasonal affective disorder (SAD)*.

SAD berhubungan dengan tingkat hormon yang disebut melatonin yang dilepaskan dari kelenjar pineal ke otak. Pelepasannya sensitif terhadap cahaya, lebih banyak dilepaskan ketika gelap.

b. Faktor Psikologis

1. Kepribadian

Aspek-aspek kepribadian ikut pula mempengaruhi tinggi rendahnya depresi yang dialami serta kerentanan terhadap depresi. Ada individu-individu yang lebih rentan terhadap depresi, yaitu yang mempunyai konsep diri serta pola pikir yang negatif, pesimis, juga

tipe kepribadian introvert.

2. Pola pikir

Pada tahun 1967 psikiatri Amerika Aaron Beck menggambarkan pola pemikiran yang umum pada depresi dan dipercaya membuat seseorang rentan terkena depresi. Secara singkat, dia percaya bahwa seseorang yang merasa negatif mengenai diri sendiri rentan terkena depresi.

Kebanyakan dari kita punya cara optimis dalam berpikir yang menjaga kita bersemangat. Kita cenderung untuk tidak mempedulikan kegagalan kita dan memerhatikan kesuksesan kita. Beberapa orang yang rentan terhadap depresi berpikir sebaliknya. Mereka tidak mengakui kesuksesan dan berfokus pada kegagalan-kegagalan mereka.

3. Harga diri

Harga diri merupakan salah satu faktor yang sangat menentukan perilaku individu. Setiap orang menginginkan penghargaan yang positif terhadap dirinya, sehingga seseorang akan merasakan bahwa dirinya berguna atau berarti bagi orang lain meskipun dirinya memiliki kelemahan baik secara fisik maupun mental.

Menurut penelitian, rendahnya harga diri pada remaja memengaruhi seorang remaja untuk terserang depresi. Depresi dan *self-esteem* dapat dilihat sebagai lingkaran setan. Ketidakmampuan untuk menghadapi secara positif situasi sosial dapat menyebabkan

rendahnya *self-esteem* yang mengakibatkan depresi. Depresi nantinya menyebabkan ketidakmampuan untuk berhubungan dengan orang lain dan diterima dalam kelompok sosial yang menyebabkan perasaan rendahnya *self-esteem*.

4. Stres

Kematian orang yang dicintai, kehilangan pekerjaan, pindah rumah, atau stres berat yang lain dianggap dapat menyebabkan depresi. Reaksi terhadap stress sering kali ditangguhkan dan depresi dapat terjadi beberapa bulan sesudah peristiwa itu terjadi.

Berhm (Lubis, 2009) menyatakan bahwa depresi dapat diakibatkan oleh adanya peristiwa-peristiwa negatif yang menyebabkan perubahan, pengalaman penuh stress yang ekstrem seperti bencana alam, perang, kematian, pertengkaran, perceraian, serta mikrostressor yang meliputi aktivitas-aktivitas sehari-hari.

5. Lingkungan keluarga

Kehilangan orang tua ketika masih anak-anak juga mempengaruhi terjadinya depresi. Kehilangan yang besar ini akan membekas secara psikologis dan membuat seseorang lebih mudah terserang depresi, tetapi di satu sisi mungkin saja membuat seseorang lebih tabah. Akibat psikologis, sosial, dan keuangan yang ditimbulkan oleh kehilangan orang tua yang lebih penting daripada kehilangan itu sendiri.

6. Penyakit jangka panjang

Ketidaknyamanan, ketidakmampuan, ketergantungan, dan

ketidakamanandapat membuat seseorang cenderung menjadi depresi. Kebanyakan dari kita suka bebas dan suka bertemu orang-orang. Orang yang sakit keras menjadi rentan terhadap depresi saat mereka dipaksa dalam posisi dimana mereka tidak berdaya atau karena energi yang mereka perlukan untuk melawan depresi sudah sudah habis, untuk penyakit jangka panjang.

2.4 Home Care

2.4.1 Definisi

Home care atau perawatan kesehatan di rumah merupakan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada individu dan keluarga di tempat tinggal mereka. Tujuan dari pelayanan home care adalah untuk meningkatkan, mempertahankan atau memulihkan kesehatan atau memaksimalkan tingkat kemandirian dan meminimalkan komplikasi akibat dari penyakit serta memenuhi kebutuhan dasar pasien dan keluarga. Lingkungan di rumah dirasa lebih nyaman bagi sebagian pasien dibandingkan dengan perawatan di rumah sakit. Hal ini berpengaruh pada proses penyembuhan pasien yang cenderung akan lebih cepat masa penyembuhannya jika mereka merasa nyaman dan bahagia (Yoyok, 2016).

Pelayanan kesehatan rumah merupakan kunjungan rumah dan bagian integral dari pelayanan keperawatan, yang dilakukan oleh perawat untuk membantu individu, keluarga, dan masyarakat mencapai kemandirian dalam menyelesaikan masalah kesehatan yang mereka hadapi (Sherwen, 1991).

2.4.2 Tujuan

Perawatan kesehatan di rumah (*home care*) menurut Sukmana (2011) memiliki tujuan sebagai berikut :

1. Tersedianya pelayanan kesehatan yang dilaksanakan di rumah klien yang dapat di akses oleh masyarakat,
2. Terjaganya kesinambungan pelayanan pasca rawat inap di rumah sakit sehingga klien dan keluarga dapat mandiri melaksanakan fungsi kehidupan sehari-hari,
3. Membantu klien memelihara atau meningkatkan status kesehatan dan kualitas hidupnya,
4. Meningkatkan keadeguan dan keefektifan perawatan pada anggota keluarga dengan masalah kesehatan dan kecacatan,
5. Memperkuat fungsi keluarga dan kedekatan antar keluarga,
6. Membantu klien tinggal atau kembali ke rumah dan mendapatkan perawatan yang diperlukan, rehabilitasi atau perawatan paliatif,
7. Biaya kesehatan akan lebih terkendali.

Tersedianya peluang kerja bagi tenaga kesehatan, khususnya perawat untuk memberikan perawatan kesehatan di rumah terhadap individu dalam konteks keluarga secara mandiri dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

2.4.3 Prinsip *Home Care*

Agar pelayanan *home care* ini dapat berjalan dengan lancar maka perlu diperhatikan beberapa prinsip dalam melakukan pelayanan *home care*.

Prinsip – prinsip tersebut diantaranya :

1. Pengelolaan *home care* dilaksanakan oleh perawat
2. Pelaksana *home care* adalah terdiri dari profesi kesehatan yang ada (dokter, bidan, perawat, ahli gizi, apoteker, sanitarian dan tenaga profesi yang lain).
3. Mengumpulkan data secara sistematis, akurat dan komprehensif.
4. Memberi pelayanan paripurna yang terdiri dari preventif, kuratif, promotif dan rehabilitatif.
5. Bertanggung jawab terhadap pelayanan yang bermutu melalui manajemen.
6. Memelihara dan menjamin hubungan baik diantara anggota tim.
7. Berpartisipasi pada kegiatan riset untuk pengembangan *home care*.
8. Menggunakan kode etik profesi dalam melaksanakan pelayanan di *home care*.

2.4.4 Konsep Pendekatan Asuhan Keperawatan Di Rumah (*Home care*) Pada Pasien Stroke Iskemik

Pendekatan asuhan keperawatan di rumah pada pasien stroke iskemik adalah suatu pemberian pelayanan di rumah dalam membantu memenuhi kebutuhan fisik sehari-hari.

a. Pengertian dan Perkembangan *Home care*

Home care (HC) menurut Pearlin (1986) merupakan layanan kesehatan yang dilakukan di rumah pasien (Lerman & Linne, 1993). Sehingga HC dalam keperawatan merupakan layanan keperawatan di rumah pasien, yang telah melalui sejarah yang panjang.

Di Amerika, HC yang terorganisasikan dimulai sejak sekitar tahun 1880-an, dimana pada saat itu banyak sekali pasien penyakit infeksi dengan angka kematian yang tinggi. Meskipun pada saat itu telah banyak didirikan rumah sakit jenis ini, namun pemanfaatannya masih sangat rendah, karena masyarakat lebih menyukai perawatan di rumah.

Kondisi ini berkembang secara profesional, sehingga pada tahun 1900 terdapat 12.000 perawat terlatih di seluruh USA. Ada 3 jenis perawat saat ini yang memiliki fungsi berbeda, yaitu: (1) *visitting nurses/VN* yang bertugas memberikan asuhan keperawatan di rumah pada keluarga miskin. (2) *public health nurses*; melakukan upaya promosi dan prevensi untuk melindungi kesehatan masyarakat; dan (3) perawat praktik mandiri yang melakukan asuhan keperawatan pasien di rumah sesuai dengan kebutuhannya (Lerman, 1993).

Sejak tahun 1990-an institusi yang memberikan layanan HC terus meningkat sekitar 10% pertahun dari semula layanan hanya diberikan oleh organisasi perawat pengunjung rumah (*VNA = Visitting nurse asociation*) dan pemerintah, kemudian berkembang layanan yang berorientasi profit (*Proprietary agencies*) dan yang berbasis RS (*Hospital Based Agencies*). Kondisi ini terjadi seiring dengan perubahan sistem pembayaran jasa layanan HC (dapat dibayar melalui pihak ketiga/asuransi) dan perkembangan spesialisasi di berbagai layanan kesehatan dan keperawatan termasuk berkembangnya *Home Health Nursing* yang merupakan spesialisasi dari *Community Health Nursing* (Allender & Spradley, 2001).

Di UK, HC berkembang secara profesional selama pertengahan abad 19, dengan mulai berkembangnya *district nursing*, yang pada awalnya dimulai oleh para biarawati yang merawat orang miskin yang sakit di rumah. Kemudian mereka mulai melatih wanita dari kalangan menengah ke bawah untuk merawat orang miskin yang sakit, dibawah pengawasan para biarawati tersebut (Lawton, 2000). Kondisi ini terus berkembang, sehingga ditetapkan peran *District Nurse* (DN) adalah:

- a. Merawat orang sakit di rumah, sampai pasien mampu mandiri.
- b. Merawat orang sakaratul maut di rumah agar meninggal dengan nyaman, damai dan secara terhormat (*dignity*).
- c. Mengajarkan ketrampilan keperawatan dasar kepada pasien dan keluarga, agar dapat digunakan pada saat kunjungan perawat telah berlalu. Selain DN, di UK juga muncul perawat *health visitor* (HV) yang berperan sebagai DN ditambah dengan peran lain ialah:
- d. Melakukan penyuluhan dan konseling pada pasien, keluarga maupun masyarakat luas dalam upaya pencegahan penyakit dan promosi kesehatan.
- e. Memberikan saran dan pandangan bagaimana mengelola kesehatan dan kesejahteraan masyarakat sesuai dengan kondisi setempat.

Di Indonesia, layanan *Home care* sebenarnya bukan merupakan hal yang baru, karena merawat pasien di rumah baik yang dilakukan oleh anggota keluarga yang dilatih dan atau tenaga keperawatan melalui kunjungan rumah secara perorangan, adalah merupakan hal biasa sejak dulu kala. Sebagai contoh dapat dikemukakan dalam perawatan

maternitas, dimana RS Budi Kemulyaan di Jakarta yang merupakan RS pendidikan Bidan telah melakukan program HC yang disebut dengan “partus luar”. Dalam layanan “partus luar”, bidan dan siswa bidan RS Budi Kemulyaan melakukan pertolongan persalinan normal di rumah pasien, kemudian diikuti dengan perawatan nifas dan neonatal oleh siswa bidan senior (kandidat) sampai tali pusat bayi puput (lepas). Baik bidan maupun siswa Bidan yang melaksanakan tugas “partus luar” dan tindak lanjutnya, harus membuat laporan tertulis kepada RS tentang kondisi ibu dan bayi serta tindakan yang telah dilakukan. Kondisi ini terhenti seiring dengan perubahan kebijakan Depkes yang memisahkan organisasi pendidikan dengan pelayanan.

2.4.5 Manfaat Home Care (HC)

1. Bagi pasien dan keluarga
 - a. Program HC dapat membantu meringankan biaya rawat inap yang makin mahal, karena dapat mengurangi biaya akomodasi pasien dan transportasi dan konsumsi keluarga.
 - b. Mempererat ikatan keluarga, karena dapat selalu berdekatan pada saat anggota keluarga ada yang sakit.
 - c. Merasa lebih nyaman karena berada di rumah sendiri. Makin banyaknya wanita yang bekerja di luar rumah, sehingga tugas merawat orang sakit yang biasanya dilakukan ibu terhambat, oleh karena itu perlu kehadiran perawat untuk menggantikannya.

2. Bagi perawat

- a. Memberikan variasi lingkungan kerja, sehingga tidak jenuh dengan lingkungan yang tetap sama.
- b. Dapat mengenal pasien dan lingkungannya dengan baik, sehingga pendidikan kesehatan yang diberikan sesuai dengan situasi dan kondisi rumah pasien. Sebaliknya kepuasan kerja perawat meningkat.

Berbagai alasan tersebut membuat program layanan HC mulai diminati baik oleh pihak pasien dan keluarganya maupun oleh perawat maupun pihak rumah sakit.