

**SKRIPSI**  
**GAMBARAN KUALITAS HIDUP LANSIA**  
**DENGAN STROKE DAN BEBAN KELUARGA**  
**YANG MERAWAT DI DESA SORO KABUPATEN**

**BIMA**



**Oleh :**

**ISYATIR RODIAH R011181342**

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN**  
**FAKULTAS KEPERAWATAN**  
**UNIVERSITAS HASANUDDIN MAKASSAR**

**2022**

**LEMBAR PERSETUJUAN SKRIPSI**

**GAMBARAN KUALITAS HIDUP LANSIA DENGAN STROKE DAN BEBAN  
KELUARGA YANG MERAWAT DI DESA SORO KABUPATEN BIMA**

Oleh :

**ISYATIR RODIAH  
NIM. R011181342**

Disetujui Untuk Diajukan Di hadapan Tim Penguji Akhir Skripsi Program Studi  
Sarjana Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin

**UNIVERSITAS HASANUDDIN**  
Dosen Pembimbing

Pembimbing I

**Silvia Malasari, S.Kep.,Ns.,MN.**  
NIP. 19830425 201212 2 003

Pembimbing II

**Framita Rahman, S.Kep.,Ns.,M.Sc**  
NIP. 19900721 201903 2 022

**HALAMAN PENGESAHAN SKRIPSI**

**GAMBARAN KUALITAS HIDUP LANSIA DENGAN STROKE DAN BEBAN  
KELUARGA YANG MERAWAT DI DESA SORO KABUPATEN BIMA**

Telah dipertahankan di hadapan Sidang Tim Penguji Akhir pada:

**Hari/Tanggal** : Rabu, 30 November 2022  
**Pukul** : 10.00 – 12.00 WITA  
**Tempat** : Ruang Seminar KP 113

Disusun Oleh:

**ISYATIR RODIAH**  
**R011181342**

Dan yang bersangkutan dinyatakan

**L U L U S**

Dosen Pembimbing

Pembimbing I



Silvia Malasari, S.Kep., Ns., MN  
NIP. 198304252012122003

Pembimbing II



Framita Rahman, S.Kep., Ns., M.Sc  
NIP. 199007212019032022

Diketahui,

Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan  
Fakultas Keperawatan  
Universitas Hasanuddin



Dr. Yuliana Syam, S.Kep., Ns., M.Kes  
NIP. 197606182002122002

## PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI

### PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : ISYATIR RODIAH

Nomor mahasiswa : R011181342

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa skripsi yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilalihan tulisan atau pemikiran orang lain. Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan skripsi ini merupakan hasil karya orang lain, maka saya bersedia mempertanggungjawabkan sekaligus bersedia menerima sanksi seberat-beratnya atas perbuatan tidak terpuji tersebut.

Demikian, pernyataan ini saya buat dalam keadaan sadar dan tanpa ada paksaan sama sekali.

Makassar, 7 Desember 2022

Yang membuat pernyataan,

  
isyatir Rodiah

## KATA PENGANTAR

Pertama-tama marilah kita panjatkan puji syukur atas segala nikmat yang Allah SWT karena atas limpahan rahmat kesehatan yang diberikan kepada kita terutama kepada penulis sehingga dapat menyelesaikan proposal penelitian dengan judul **“Gambaran kualitas hidup lansia dengan stroke dan beban keluarga yang merawat di Desa Soro Kabupaten Bima”**. Kemudian, tidak pula kita hanturkan salam dan shalawat kepada junjungan Nabi kita yaitu Nabi Muhammad SAW yang telah memberikan pedoman atau petunjuk hidup yaitu Al-Qur'an dan As-Sunnah untuk keselamatan dunia dan akhirat.

Penulis juga ingin mengucapkan ucapan terima kasih kepada semua pihak yang membantu proses penyusunan proposal penelitian ini. Pun dalam menyusun proposal penelitian ini banyak mengalami kendala dan kesulitan yang penulis alami. Namun berkat semangat, dorongan, dan dukungan dari teman-teman terdekat dan bantuan dari para Dosen/Ners maupun pengarang sumber dan referensi yang tersedia. Pada kesempatan kali ini saya mengucapkan terima kasih yang sedalam-sedalamnya kepada:

1. Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp.,M.Kes selaku Dekan Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin.
2. Dr. Yuliana Syam,S.Kep.,Ns.,M.Kes selaku ketua program studi ilmu keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin
3. Andi Masytha Irwan, S.Kep., Ns., MN., Ph.D selaku pembimbing akademik yang senantiasa memberikan motivasi dan semangat setiap semester.
4. Silvia Malasari, S.Kep., Ns., MN selaku pembimbing pertama dan Framita Rahman.,S.Kep.,Ns.,MSc selaku pembimbing kedua yang selalu sabar dalam

memberikan arahan serta masukan dalam penyempurnaan Penyusunan Proposal Penelitian ini.

5. Nurlaila Fitriani.,S.Kep.,M.Kes.,Ns.Kep,J selaku penguji pertama dan Andi Fajrin Permana., S.Kep.,Ns.,MSc selaku penguji kedua yang senantiasa memberikan masukan-masukan demi menyempurnakan penulisan proposal penelitian ini.
6. Ayahanda saya Abdurrahim dan Ibunda saya Hadija serta Adik tercinta yang selalu memberikan dukungan moral maupun moril dan dorongan kepada penulis.
7. Keluarga saya terutama tante saya Sry Astuti S.Si.,S.Pd.,M.Pd, paman saya Ariansyah S.Pd.,M.Pd dan istrinya Sri Aqri S.Pd yang selalu memberikan dukungan moral maupun moril dan dorongan kepada penulis.
8. Seluruh Dosen di PSIK FK UH yang telah membimbing dan memberikan ilmunya kepada penulis dan seluruh teman-teman M1OGL8IN.
9. Teman-teman saya Dinda Samuel dan Andi Nilawati yang sangat sabar mendengarkan keluh kesah dan memberikan motivasi serta semangat.
10. Teman saya dari pertama menjadi mahasiswa baru Nasrahwati yang selalu memberikan semangat dan membantu meminjamkan leptop untuk olah data
11. Teman-teman saya Sri Juhratul Harlina, Ayu Lestari, Yustika, Ruri Rahmawati yang telah menemani serta memberikan semangat kepada penulis.
12. Terima Kasih untuk diri sendiri yang walaupun sedikit lambat dan harus bekerja lebih keras, akhirnya mampu sampai dititik dan tahap ini.

Penulis menyadari bahwa proposal yang penulis buat masih sangat jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu, saran dari dosen dan pembaca proposal ini sangat penulis perlukan untuk kesempurnaan makalah kedepannya.

Makassar, 29 Oktober 2022



**Isyatir Rodiah**



## ABSTRAK

Isyati Rodiah R011181342: **GAMBARAN KUALITAS HIDUP LANSIA DENGAN STROKE DAN BEBAN KELUARGA YANG MERAWAT DI DESA SORO KABUPATEN BIMA** dibimbing oleh Silvia Malasari dan Framita Rahman.

**Latar belakang:** Kualitas hidup lansia dengan stroke adalah penilaian kesehatan fisik dan mental secara subjektif, yang dipengaruhi oleh nilai budaya di lingkungan sekitar dan aspek sosial maupun ekonomi individu. *Family Caregiver* adalah seseorang yang memberikan bantuan pada orang yang mengalami ketidakmampuan dan memerlukan bantuan karena penyakit atau keterbatasannya seperti pasangan, anak, menantu, cucu, saudara, tetangga, teman maupun hubungan kekerabatan lainnya. **Tujuan penelitian :** untuk mengetahui gambaran kualitas hidup lansia dengan stroke dan beban keluarga yang merawat

**Metode :** Penelitian ini adalah penelitian kuantitatif menggunakan desain deskriptif pendekatan cross sectional dengan analisis univariat. Teknik sampling yang digunakan yaitu total sampling. Sampel pada penelitian ini berjumlah 160 responden, 80 lansia dengan stroke dan 80 keluarga yang merawat.

**Hasil :** Sebagian besar lansia dengan stroke kualitas hidup baik yaitu sebanyak 54 responden dengan presentase (67.5%) dan kualitas hidup buruk yaitu sebanyak 26 responden dengan presentase (32.5%) dan mayoritas beban keluarga yang merawat, beban ringan sebanyak 43 responden dengan presentase (53.8%) dan beban sedang sebanyak 37 responden dengan presentase (46.3%).

**Kesimpulan dan saran:** mayoritas lansia stroke kualitas hidup baik tetapi masih ada beberapa lansia stroke yang memiliki kualitas hidup buruk dan mayoritas beban keluarga ringan tetapi masih banyak pula beban keluarga sedang. Saran bagi penelitian selanjutnya diharapkan mengembangkan penelitian ini dengan metode kualitatif agar mengkaji lebih dalam gambaran kualitas hidup lansia dengan stroke dan beban keluarga yang merawat lansia dengan stroke di daerah yang belum diteliti seperti di daerah terpencil

**Kata kunci :** lansia, stroke, kualitas hidup, keluarga yang merawat.

**Sumber literatur :** 54 literatur



## ABSTRACT

R011181342, Isyatir Rodiah, **DESCRIBES THE QUALITY OF LIFE OF ELDERLY PEOPLE WITH STROKE AND FAMILY CAREGIVERS IN SORO VILLAGE, BIMA RAGENCY**, as guided by Silvia Malasari and Framita Rahman.

**Background:** The quality of life of elderly stroke survivors is a subjective assessment of physical and mental health that is influenced by cultural values in the surrounding environment as well as individual social and economic factors. A family caregiver is someone who helps people who are disabled and require assistance due to illness or limitations, such as spouses, children, in-laws, grandchildren, siblings, neighbors, friends, or other kinship relationships.

**Objective:** The purpose of this study is to describe the quality of life of the elderly with stroke and their family caregiver

**Methods:** This is a quantitative study that employs a descriptive cross-sectional approach. The majority of the elderly with stroke have a good quality of life, with 54 respondents with a percentage (67.5%) having a good quality of life and 26 respondents with a percentage (32.5%) having a poor quality of life. The majority are burdened by caring families, with 43 respondents with a percentage (53.8%) having light burdens and 37 respondents with a percentage (46.3%) having a moderate load.

**Results:** The majority of the elderly with stroke have a good quality of life, with 54 respondents with a percentage (67.5%) having a good quality of life and 26 respondents with a percentage (32.5%) having a poor quality of life. The majority are burdened by caring families, with 43 respondents with a percentage (53.8%) having light burdens and 37 respondents with a percentage (46.3%) having a moderate load.

**Conclusions and recommendations:** the majority of stroke elderly people have a good quality of life, but there are some who have a poor quality of life, and the majority of the family burden is light, but there are many moderate family burdens. Suggestions for further research using qualitative methods are expected to develop this research.

**Keywords:** elderly, stroke, quality of life, Family Caregiver.

**Sources of literature:** 54 Literatures



## DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR .....	1
DAFTAR ISI.....	8
BAB I PENDAHULUAN.....	10
A. Latar Belakang .....	10
B. Rumusan Masalah .....	13
C. Tujuan Penelitian.....	13
D. Manfaat Penelitian .....	14
BAB II TINJAUAN TEORI .....	15
A. Definisi Lansia .....	15
1. Definisi.....	15
2. Perubahan fisiologi .....	16
B. Tinjauan Umum <i>Stroke</i> .....	19
1. Definisi <i>Stroke</i> .....	19
2. Klasifikasi <i>Stroke</i> .....	20
3. Faktor Resiko Terjadinya <i>Stroke</i> .....	22
4. Dampak <i>Stroke</i> .....	22
C. Kualitas Hidup Lansia .....	24
1. Definisi kualitas hidup .....	24
2. Factor- factor yang mempengaruhi kualitas hidup lansia .....	25
3. Domain kualitas hidup .....	27
D. Beban keluarga yang merawat .....	28
1. Definisi Keluarga .....	28
2. Fungsi Keluarga .....	31
3. Definisi beban keluarga .....	32
4. Peranan Keluarga Merawat Lansia <i>Stroke</i> .....	33
BAB III KERANGKA KONSEP.....	34
A. Kerangka Konsep .....	34
BAB IV METODOLOGI PENELITIAN .....	35
A. Rancangan Penelitian .....	35
B. Tempat dan Waktu Penelitian .....	35
C. Populasi dan Sampel .....	36
D. Alur Penelitian .....	39
E. Variabel penelitian.....	40
F. Definisi Operasional dan Kriteria Objektif.....	40
G. Instrumen Penelitian.....	43
H. Pengolahan dan Analisis Datas .....	47
I. Prinsip Etika.....	49
BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN.....	51
A. Hasil penelitian.....	51
B. PEMBAHASAN .....	62
BAB VI PENUTUP .....	67
A. Kesimpulan .....	67
B. Saran .....	67
DAFTAR PUSTAKA .....	69

# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Secara Nasional, prevalensi stroke di Indonesia tahun 2018 berdasarkan diagnosis dokter pada penduduk umur >15 tahun sebesar 10,9% atau diperkirakan sebanyak 2.120.362 jiwa (Kemenkes RI, 2018), sedangkan berdasarkan data Riskesdas RI 2018 prevalensi lansia *stroke* sebanyak 11,5% (Kemenkes RI, 2018)

Penyakit *Stroke* pada umumnya terjadi pada lansia, berdasarkan data Badan Pusat Statistik (BPS) Kabupaten Bima, didapatkan data kependudukan lansia tahun 2020, ada sebanyak 30.429 jiwa populasi lansia lebih banyak dibandingkan dengan populasi remaja ataupun dewasa awal (Penduduk & Bima, 2020), sedangkan data dari Riskesdas Kabupaten Bima di peroleh data bahwa kejadian *stroke* lansia sebanyak 53,15% (Riskesdas NTB, 2018)

*Stroke* adalah salah satu penyakit yang tidak menular. *Stroke* merupakan penyakit mematikan urutan kedua setelah penyakit jantung (Dharma, 2018). *Stroke* juga didefinisikan sebagai hilangnya fungsi otak karena gangguan aliran darah ke otak dan *stroke* dibedakan berdasarkan durasi gejala, catatan medis, dan juga sindrom yang menyerang daerah anatomi otak (Masruriyah, 2018).

*Stroke* yang terjadi pada lansia merupakan permasalahan yang kompleks. Dampaknya tidak hanya dialami oleh individu lansia itu sendiri namun juga dialami oleh keluarga yang merawatnya (*family caregiver*). Dampak pada lansia

dapat menyebabkan kondisi kronik yaitu kecacatan (*disability*) sehingga menurunkan kualitas hidup penderitanya (Lutfha, 2018).

Salah satu faktor penyebab terjadinya *stroke* pada lansia yaitu di pengaruhi oleh kualitas hidup dari lansia tersebut, dimana kualitas hidup lansia merupakan komponen yang kompleks, mencakup usia harapan hidup, kepuasan dalam kehidupan, kesehatan psikologis dan mental, fungsi kognitif, kesehatan dan fungsi fisik, pendapatan, kondisi tempat tinggal, dukungan sosial dan jaringan sosial (Yulianti, 2017).

Kualitas hidup lansia memburuk biasanya akibat kurangnya hubungan sosial, kurangnya hubungan sosial ini akibat dari keterbatasan fisik yang mereka miliki sehingga hubungan sosial dengan orang lain menjadi terganggu, tanda disadari lansia akan mengalami kehilangan harapan dalam hidupnya (Khorni, Kesehatan, & Surakarta, 2017). Hal ini sejalan dengan hasil penelitian (Sari, Desi, & Dese, 2021) mengatakan bahwa lingkungan sebagai sistem dukungan kualitas hidup dan banyak Lansia mengungkapkan mereka merasa puas dan merasa nyaman dengan lingkungan tempat tinggal mereka (Sari et al., 2021)

Keluarga sebagai pemberi perawatan dirumah dapat dilakukan oleh seluruh anggota keluarga. Namun, secara alamiah anak diasumsikan memiliki kewajiban dalam pemberi perawatan. Anak memiliki tanggung jawab terhadap orang tua mereka yang sudah lansia (Gbiri, Olawale, & Isaac, 2015). Kao (2003) melaporkan bahwa dari 147 lansia yang dirawat dirumah, sebanyak 62% yang merawat adalah anak sebagai caregiver utama, sedangkan sebanyak 38% yang merawat adalah pasangan.

Caregiver memiliki tugas membantu dalam mobilitas, komunikasi, perawatan diri, perubahan emosional dan psikologis sehingga caregiver harus menyeimbangkan peran tanggung jawab ganda merawat keluarga yang stroke serta menyesuaikan gaya hidupnya. Semakin lemah dan kronis penyakit keluarga yang stroke maka semakin tinggi beban yang dialami caregiver (Gbiri, Olawale, & Isaac, 2015).

Semakin tinggi tekanan yang muncul pada caregiver saat melakukan perawatan pada keluarga yang stroke maka beban tersebut dapat berupa beban fisik, psikologis, dan sosial (Rha, et al., 2015). Dampak dari beban merawat dapat berpengaruh pada kondisi kesehatan caregiver meliputi kelelahan, gangguan tidur, tidak nafsu makan, sakit kepala, tekanan darah tinggi, maag. Beban caregiver juga berpengaruh pada kondisi emosi meliputi stres, gelisah dan khawatir dengan kondisi lansia (Pratiwi, 2018).

Kabupaten Bima memiliki 36 Kecamatan dan banyak didalamnya. Adapun salah satu desa yang ada di kabupaten bima kecamatan Lambu yaitu Desa Soro dengan data kependudukan lansia pada desa tersebut 163 jiwa dan yang mengidap penyakit stroke 100 jiwa (BPS desa Soro, 2022).

Berdasarkan pemaparan di atas maka saya tertarik untuk meneliti Gambaran kualitas hidup lansia dengan *stroke* dan beban keluarga yang merawat di Desa Soro Kabupaten Bima.

## B. Rumusan Masalah

Pertambahan usia lansia dapat menimbulkan berbagai masalah baik secara fisik, mental, serta perubahan kondisi sosial yang dapat mengakibatkan penurunan peran-peran sosial, derajat kesehatan, kehilangan pekerjaan dan dianggap sebagai individu yang tidak mampu. Banyak lansia dengan *stroke* mengalami kualitas hidupnya menurun, dimana banyak lansia yang merasa terpuruk akibat dari keterbatasan fisik yang mereka miliki. Lansia yang memiliki keterbatasan dalam melakukan aktivitasnya, tanda disadari akan mengalami kehilangan harapan dalam hidupnya. Mereka yang awalnya melakukan aktivitas sehari-hari dengan mandiri namun, oleh karena *stroke* sehingga mengalami kelemahan fisik, kecacatan, atau bergantung pada orang lain. Untuk itu, perlu adanya dukungan dari keluarga yang dapat memicu dan memberi semangat dalam menjalani proses pemulihannya sehingga dapat mengembalikan harapan hidupnya. Namun, Peran Keluarga yang merawat anggota keluarga yang lansia, akan mengalami beberapa kendala saat memberikan perawatan kepada anggota keluarganya.

Berdasarkan data yang telah dijabarkan pada latar belakang, maka rumusan masalah pada penelitian ini adalah bagaimana gambaran kualitas hidup lansia dengan *stroke* dan beban keluarga yang merawat di Desa Soro Kabupaten Bima

## C. Tujuan Penelitian

Adapun tujuan pada penelitian ini yaitu:

### 1. Tujuan Umum

Secara umum, tujuan peneliti ini diketahui gambaran kualitas hidup lansia dengan *stroke* dan beban keluarga yang merawat.

## 2. Tujuan Khusus

Tujuan Khusus dari penelitian ini adalah untuk berikut:

- a. Untuk deskripsikan kualitas hidup lansia dengan *stroke*
- b. Untuk deskripsikan beban keluarga yang merawat

## D. Manfaat Penelitian

Adapun manfaatnya dalam penelitian ini adalah:

### 1. Bagi lansia stroke

Penelitian ini diharapkan lansia dengan stroke yang mengalami kualitas hidup mendapatkan dukungan dari keluarga sehingga lansia dengan stroke akan termotivasi untuk mengubah perilaku untuk menjalani hidup dengan baik sehingga dapat meningkatkan status kesehatan dan kualitas hidupnya.

### 2. Bagi Keluarga Lansia

Penelitian ini diharapkan terus memberikan dukungan kepada lansia baik dukungan emosional, dukungan penghargaan, dukungan instrumental dan dukungan informasi untuk menjaga atau mempertahankan kualitas hidup lansia dengan strok semaksimal mungkin sehingga lansia bisa melakukan aktivitas sehari - hari.

### 3. Bagi Institusi

Pendidikan Sebagai bahan masukan dan menambah informasi di bidang penelitian mengenai pengetahuan tentang dukungan keluarga dengan peningkatan kualitas hidup dalam pemenuhan kebutuhan sehari-hari dan sebagai acuan penelitian selanjutnya khususnya di jurusan Keperawatan universitas hasanuddin.



#### 4. Bagi Masyarakat

Penelitian ini dapat dijadikan sebagai sumber informasi bagi masyarakat dalam pemenuhan kebutuhan aktivitas sehari-hari dengan peningkatan kualitas hidup lansia dengan *stroke* dan beban keluarga yang merawat



## BAB II

### TINJAUAN TEORI

#### A. Tinjauan Umum *Stroke*

##### 1. Definisi *Stroke*

*Stroke* adalah penyakit yang menjadi penyebab kematian ketiga di Amerika Serikat. *Stroke* merupakan keadaan dimana seseorang mengalami penurunan suplai oksigen ke otak, resparasi arteri, dan embolus atau trombus yang menyumbat arteri (Tabloski, 2014). *Stroke* adalah sindrom klinis yang ditandai dengan adanya deficit neurologis serebral fokal atau global yang berkembang secara cepat dengan berlangsung selama minimal 24 jam atau menyebabkan kematian yang semata-mata disebabkan oleh kejadian vascular, baik perdarahan spontan pada otak (*stroke* perdarahan) maupun suplai darah yang inadequate pada bagian otak (*stroke* iskemik) sebagai akibat aliran darah yang rendah, trombotis atau emboli yang berkaitan dengan penyakit pembuluh darah (arteri dan vena), jantung, dan darah (Sitorus & Ranakusuma, 2017).

##### 2. Klasifikasi *Stroke*

Menurut Muttaqin, (2008) Klasifikasi *stroke* dibedakan menjadi dua yaitu meliputi :

###### a. *Stroke Hemoragik*

*Stroke hemoragik* adalah disfungsi neurologis fokal akut dan disebabkan oleh perdarahan primer substansi otak yang terjadi secara spontan bukan karena trauma kapitis, disebabkan oleh karena pecahnya pembuluh arteri, vena, dan kapier. Perdarahan di otak dibagi menjadi dua, yaitu :

### 1) Perdarahan intraserebri (PIS)

Pecahnya pembuluh darah (mikroaneurisma) terutama karena hipertensi mengakibatkan darah masuk ke dalam jaringan otak, membentuk massa yang menekan jaringan otak dan menimbulkan edema otak. Peningkatan TIK yang terjadi cepat, dapat mengakibatkan kematian mendadak karena herniasi otak. Perdarahan intraserebri yang disebabkan hipertensi sering dijumpai di daerah putamen, thalamus, pons, dan serebelum.

### 2) Perdarahan Subarakhnoid (PSA)

Perdarahan ini berasal dari pecahnya aneurisma berry atau AVM pecahnya arteri dan keluarnya darah ke ruang subarachnoid mengakibatkan terjadinya peningkatan TIK yang mendadak merangsangnya struktur peka nyeri, sehingga timbul nyeri kepala hebat. Sering pula dijumpai kaku kuduk dan tanda-tanda rangsangan selaput otak lainnya. Peningkatan TIK yang mendadak juga mengakibatkan perdarahan subhialoid pada retina dan penurunan kesadaran, perdarahan subarachnoid dapat mengakibatkan vasospasme pembuluh darah serebri. Vasospasme timbul dikarenakan interaksi antara bahan-bahan yang berasal dari darah dan dilepaskan kedalam cairan serebrospinal dengan pembuluh arteri di ruang subarachnoid. Vasospasme ini dapat mengakibatkan disfungsi otak global (nyeri kepala, penurunan kesadaran) maupun fokal (hemiparesis, gangguan hemisensorik, afasia, dan lainnya).

### **b. *Stroke Nonhemorogik***

Dapat berupa iskemia atau emboli dan thrombosis serebri, biasanya terjadi saat setelah lama beristirahat, baru bangun tidur, atau di pagi hari.

Tidak terjadi perdarahan namun terjadi iskemia yang menimbulkan hipoksia dan selanjutnya dapat timbul edema sekunder, tetapi kesadaran umumnya membaik.

### **3. Faktor Resiko Terjadinya *Stroke***

Faktor resiko yang utama pada penyakit *stroke* adalah usia yang semakin tua, hipertensi, merokok, dan diabetes melitus. Pada lansia atau klien dengan penyakit arteri coroner mempunyai resiko sangat besar mengidap *stroke* yang disebabkan oleh *aterosklerosis*. Selain itu, faktor gaya hidup juga menjadi salah satu faktor resiko dari *stroke* seperti merokok, konsumsi alkohol berlebihan, kurangnya aktivitas fisik, obesitas dan diet lemak. Dengan mengontrol faktor resiko dan mengatur gaya hidup serta perawatan farmakologi dapat mengurangi faktor resiko terjadinya *stroke* (Mauk, 2010)

### **4. Dampak *Stroke***

Dampak *stroke* tergantung dari bagian otak yang mengalami kerusakan. Ada serangan *stroke* yang menyebabkan kerusakan otak luar, namun terjadi pada area otak yang tidak vital sehingga menimbulkan dampak yang tidak berat (Dharma, 2018b).

Kelumpuhan atau kelemahan ekstremitas (*hemiplegia/hemiparese*) Kelumpuhan umumnya terjadi pada sebagian ekstremitas. Kelemahan sebagian ekstremitas terjadi karena kerusakan area motorik korteks serebral yang mempersarafi ekstremitas. Kerusakan pada otak kanan menyebabkan kelemahan pada ekstremitas sebelah kiri. Sebaliknya pada otak kiri menyebabkan kelemahan pada ekstremitas sebelah kanan.

#### **a. Kehilangan rasa separuh badan**

Serangan *stroke* dapat menyebabkan kehilangan rasa pada sebagian

anggota badan

b. Gangguan Penglihatan

Stroke juga dapat menyebabkan gangguan penglihatan seperti lapang pandang, dimana pasien tidak dapat melihat separuh dari pandangannya. Jika pasien mengalami kelemahan ekstremitas sebelah kiri, biasanya juga mengalami penurunan lapang pandang sebelah kiri.

c. Aphasia dan disatria

Serangan stroke juga bisa menyebabkan pasien mengalami kesulitan berbicara cadel, tetapi masih bisa memahami apa yang dibicarakan oleh orang lain. Namun ada juga pasien yang mengalami kesulitan berbicara sekaligus kesulitan memahami apa yang dibicarakan orang lain. Pasien kadang-kadang juga mengalami kesulitan dalam membaca dan menulis.

d. Kesulitan menelan

Kesulitan menelan disebabkan oleh kerusakan saraf yang mengendalikan gerakan otot menelan. Pasien dengan gangguan menelan dapat mengalami aspirasi akibat masuknya makanan atau minuman ke saluran pernafasan.

e. Berkurangnya kemampuan kognitif

Serangan stroke dapat menyebabkan pasien sulit untuk memfokuskan sesuatu. Terkadang pasien juga mengalami penurunan memori. Namun tidak perlu khawatir karena biasanya tidak merusak memori jangka panjang.

f. Perubahan emosional

Cemas dan depresi dapat terjadi akibat dua hal yaitu :

- 1) Kerusakan bagian otak yang mengatur emosi, sehingga menyebabkan gangguan emosi dan depresi.

2) Faktor psikologis terutama disebabkan berbagai perubahan seperti perubahan penampilan tubuh, tidak dapat melakukan kegiatan rutin, dan perubahan peran. Perubahan yang terjadi secara mendadak menyebabkan tekanan psikis yang besar bagi pasien.

## **B. Definisi Lansia**

### **1. Definisi**

Penuaan adalah normal dengan perubahan fisik dan tingkah laku yang dapat diramalkan yang terjadi pada semua orang pada saat mereka mencapai usia tahap perkembangan kronologis tertentu. Penuaan terjadi pada tingkat kecepatan yang berbeda didalam parameter yang cukup sempit, proses tersebut tidak tertandingi (Stanley & Beare, 2006). Menurut Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 43 tahun 2004, lanjut usia adalah seseorang yang telah mencapai usia 60 (enam puluh) tahun ke atas. Ada beberapa pengelompokan usia menurut WHO dalam Fatmah, (2010) yaitu Usia pertengahan yaitu usia 45-59 tahun, lansia yaitu yaitu usia 60-74 tahun, lansia tua yaitu usia 75-90 tahun dan usia sangat tua yaitu diatas 90 tahun. Lansia merupakan bagian dari siklus kehidupan manusia. Lansia sangat erat kaitannya dengan masa dimana manusia sudah mengalami berbagai penurunan fungsi tubuhnya (Kemenkes, 2017).

Akibat dari penurunan fungsi tubuh, lansia membutuhkan peningkatan pelayanan kesehatan. Oleh karena itu pemerintah mengeluarkan peraturan dengan upaya meningkatkan kesejahteraan lanjut usia. Kemenkes mengeluarkan Permenkes No 79 tahun 2014 tentang penyelenggaraan pelayanan geriatri di rumah sakit. Pada pasal 1 dijelaskan bahwa geriatri adalah cabang disiplin ilmu kedokteran yang mempelajari aspek kesehatan dan kedokteran pada warga lanjut usia termasuk pelayanan kesehatan kepada lanjut usia dengan mengkaji

semua aspek kesehatan berupa promosi, pencegahan, diagnosis, pengobatan, dan rehabilitasi. Pasien geriatri adalah pasien lanjut usia dengan multi penyakit dan atau gangguan akibat penurunan fungsi organ, psikologi, sosial, ekonomi, dan lingkungan yang membutuhkan pelayanan kesehatan secara terpadu dengan pendekatan multidisiplin yang bekerja secara interdisiplin (Kemenkes, 2014).

## **2. Perubahan fisiologi**

Perubahan fisiologi normal penuaan terjadi pada semua sistem tubuh. Meskipun begitu, penting untuk diperhatikan tingkat dan derajat perubahan yang terjadi. Berikut ini perubahan fisiologi normal berhubungan dengan penuaan menurut (Nies & McEWEN, 2019) & (Kemenkes, 2018) :

- a. Perubahan sensori penglihatan yaitu berkurangnya ketajaman penglihatan, berkurangnya akomodasi penglihatan, dan meningkatnya keburaman.
- b. Pendengaran yaitu penurunan kemampuan untuk mendengar peresbikusis, penurunan kemampuan untuk mendengar huruf konsonan dengan suara frekuensi tinggi.
- c. Perasa yaitu dimana terjadinya penurunan sensasi rasa, penurunan produksi saliva, dan penurunan sensitivitas pada rasa manis dan asin.
- d. Penciuman yaitu terjadinya penurunan ketajaman pembau.
- e. Peraba yaitu penurunan sensitivitas peraba.
- f. Sistem saraf yaitu penurunan aliran darah pada saraf dan otak, penurunan refleks autonomi dan volunter, penurunan kapasitas untuk merasakan nyeri dan tekanan, dan peningkatan jumlah plak dan neurofibrile yang kusut.
- g. Tidur yaitu penurunan siklus tidur, meningkat keinginan tidur pada malam hari, dan penurunan yang tajam pada jumlah tidur.
- h. Sistem kardiovaskular yaitu penurunan tonus dan elastisitas dan aorta dan

pembuluh darah besar, penipisan dan kekakuan katub jantung, melambatnya konduksi sistem di jantung, menurunnya kemampuan perbaikan kontraksi dan iritabilitas jantung, penurunan curah dan output jantung, penurunan kemampuan untuk meningkatkan denyut jantung ketika terjadi stress, dan peningkatan sistem sistolik.

- i. Sistem pernapasan terjadi penurunan dari ukuran paru, aktivitas dan kontrol paru. Selain itu, terjadi juga peningkatan kekakuan paru-paru dan rongga, menurunnya respon batuk, dan penurunan jumlah alveoli dan pertukaran gas.
- j. Sistem muskuloletal yaitu terjadi atrofi dan penurunan serat otot, penurunan massa dan kekuatan otot, terjadi penurunan mineral dan massa tulang yang menyebabkan tulang keropos dan rapuh, serta terjadi pemendekan tulang vertebrata.
- k. Sistem gastrointestinal yaitu gigi keropos, penurunan gerak peristaltik esophagus dan kolon, penurunan mobilitas perut, penurunan produksi saliva, HCl dan enzim pencernaan, penurunan penyerapan lemak, vitamin B1 dan B12, serta penurunan respon haus.
- l. Sistem ginjal yaitu terjadi penurunan ukuran ginjal, penurunan jumlah nefron, penurunan aliran darah ke ginjal, dan penurunan fungsi tubulus, dan penurunan glomerulus filtration rate (GFR)
- m. Sistem perkemihan/Genitourinaria yaitu terjadi penebalan otot kandung kemih, sehingga meningkatnya frekuensi, urgensi dan nekturia, terjadi penurunan kapasitas kandung kemih, peningkatan retensi, dan peningkatan nokturia. Sistem reproduksi pada wanita yaitu terjadi atrofi vulva dan penipisan labia, vagina mengering, dan penurunan jumlah elastisitas



jaringan payudara.

- n. Sistem reproduksi pada pria yaitu mengalami elastisitas kulit skrotum, penebalan jaringan prostat, membutuhkan waktu lama untuk ereksi tapi dapat bertahan lebih lama.
- o. Sistem endokrin yaitu mengalami peningkatan fibrosis dan nodul kelenjar tiroid, penyusutan kelenjar timus dan pituitary, penurunan sekresi kelenjar adrenal yaitu glukokortikoid, penurunan level aldosteron, penurunan pelepasan insulin, penurunan kemampuan metabolisme glukosa, serta terjadi penurunan hormon testosteron, estrogen, dan progesteron.
- p. Sistem integumen yaitu penurunan elastisitas kulit, secara umum kulit menipis dan kering, atrofi kelenjar keringat dan penurunan keringat, gangguan termoregulasi, serta variasi dalam pigmentasi (age spots).
- q. Penurunan sistem kekebalan tubuh, daya tahan tubuh menurun disebabkan oleh proses menua disertai dengan penurunan fungsi organ tubuh, juga disebabkan oleh penyakit yang diderita, penggunaan obat-obatan dan keadaan gizi yang menurun.
- r. Sulit buang air besar. Faktor yang mempengaruhinya adalah kurangnya gerak fisik, makanan yang kurang mengandung serat, kurang minum, akibat obat-obat tertentu dan lain-lain. Selain itu akibatnya pengosongan usus menjadi sulit atau isi usus menjadi tertahan, kotoran dalam usus menjadi sulit atau isi usus menjadi tertahan, kotoran dalam usus menjadi keras dan kering dan pada keadaan yang berat dapat terjadi penyumbatan di dalam usus dan perut menjadi sakit.
- s. Immobility atau Kurang bergerak dimana keadaan tidak bergerak/tirah baring selama 3 hari. Penyebab utama immobility adalah rasa nyeri, lemah,

kekakuan otot, ketidakseimbangan, masalah psikologis, depresi atau dimensia.

- t. Gangguan intelektual seperti dimensia dan delirium. Dimensia adalah gangguan fungsi intelektual dan memori didapat yang disebabkan oleh penyakit otak, yang tidak berhubungan dengan gangguan tingkat kesadaran sehingga mempengaruhi aktivitas kerja dan sosial secara bermakna. Sedangkan sindrom delirium adalah sindrom mental organik yang ditandai dengan gangguan kesadaran dan antesi serta perubahan kognitif atau gangguan persepsi yang timbul dalam jangka pendek dan berflutuasi.

### **3. Kualitas Hidup Lansia**

#### **a. Definisi kualitas hidup**

Kualitas hidup merupakan persepsi individu mengenai posisi mereka dalam konteks budaya dan sistem nilai dimana mereka tinggal dalam kaitannya dengan tujuan, harapan, standard dan perhatian mereka (Suriya, 2018). Kualitas hidup dapat didefinisikan sebagai penilaian kesehatan fisik dan mental secara subjektif, yang dipengaruhi oleh nilai budaya di lingkungan sekitar dan aspek sosial maupun ekonomi individu (Endarti, 2015).

Kualitas hidup lanjut usia merupakan komponen yang kompleks, mencakup usia harapan hidup, kepuasan dalam kehidupan, kesehatan psikologis dan mental, fungsi kognitif, kesehatan dan fungsi fisik, pendapatan, kondisi tempat tinggal, dukungan sosial dan jaringan sosial (Yulianti, 2017).

Menurut *World Health Organization Quality of Life (WHOQoL)*, kualitas hidup adalah kondisi fungsional lansia yang meliputi kesehatan fisik yaitu aktivitas sehari-hari, Lansia yang mempunyai kualitas hidup lebih baik akan mampu meningkatkan produktivitas, mempunyai semangat dan

kesejahteraan yang tinggi dalam kehidupannya. Rendahnya kualitas hidup lansia biasanya terkait dengan fungsi keluarga, dukungan sosial, dukungan sosial pasangan, dukungan sosial masyarakat dan dukungan keluarga. Dukungan keluarga merupakan aspek penting dalam membantu seseorang dalam memecahkan masalah. Seseorang akan mendapatkan rasa percaya diri yang tinggi, motivasi menghadapi masalah, serta meningkatkan kepuasan hidup dengan adanya dukungan keluarga (Pratiwi, 2015)

ketergantungan pada bantuan medis, kebutuhan istirahat, kegelisahan tidur, penyakit, energi dan kelelahan, mobilitas, aktivitas sehari-hari, kapasitas pekerjaan, kesehatan psikologis yaitu perasaan positif, penampilan dan gambaran jasmani, perasaan negatif, berfikir, belajar, konsentrasi, mengingat, self esteem dan kepercayaan individu, hubungan sosial lansia yaitu dukungan sosial, hubungan pribadi, serta aktivitas seksual, dan kondisi lingkungan yaitu lingkungan rumah, kebebasan, keselamatan fisik, aktivitas di lingkungan, kendaraan, keamanan, sumber keuangan, kesehatan dan kepedulian sosial (Yuliati et al., 2014).

#### **b. Faktor- faktor yang mempengaruhi kualitas hidup lansia**

Berikut beberapa faktor yang mempengaruhi kualitas hidup yaitu :

##### 1) Usia

Menurut penelitian yang dilakukan Rugerri et al dalam Nofitri (2009) pada subjek berusia tua menemukan adanya kontribusi pada faktor usia terhadap kualitas hidup karena usia tua sudah melewati masa untuk melakukan perubahan dalam hidupnya.

## 2) Jenis Kelamin

Moons, Marquet, Budst, dan De Gees dalam (Nofitri, 2009) menyatakan bahwa gender adalah salah satu faktor yang mempengaruhi kualitas hidup. Hal ini karena ditemukan adanya perbedaan antara kualitas hidup antara laki-laki dan perempuan, dimana kualitas hidup laki-laki cenderung lebih baik daripada kualitas hidup perempuan.

## 3) Pendidikan

Pendidikan merupakan salah satu faktor dari kualitas hidup. Hal ini didukung dengan pernyataan Moons, Marquet, Raes, Budts, dan De Geest bahwa terdapat perbedaan kualitas hidup antara penduduk yang berstatus sebagai pelajar, penduduk yang bekerja, penduduk yang tidak bekerja (atau sedang mencari pekerjaan), dan penduduk yang tidak mampu bekerja (atau memiliki disabilitas tertentu).

## 4) Status pernikahan

Pada penelitian empiris di Amerika secara umum menunjukkan bahwa individu yang menikah memiliki kualitas hidup yang lebih tinggi daripada individu yang tidak menikah, bercerai, ataupun janda/duda akibat pasangan meninggal. Hal ini didukung oleh penelitian kualitas hidup dengan menggunakan kuesioner SF-36 terhadap 145 laki-laki dan wanita, dilaporkan bahwa laki-laki dan perempuan yang sudah menikah memiliki kualitas hidup yang lebih baik dibandingkan dengan yang belum menikah atau yang sudah bercerai. Kualitas hidup yang baik pada laki-laki dan wanita yang sudah menikah karena adanya dukungan sosial dari pasangannya (Quan et al, 2009).

## 5) Status Pekerjaan

Menurut penelitian Wahl, Astrid, Rusteun & Hanested dalam Arfai et al (2018) menemukan bahwa status pekerjaan berhubungan dengan kualitas hidup baik pada pria maupun wanita. Pernyataan ini didukung oleh Moons, Marquet, Budst, dan De Gees (2005) bahwa terdapat perbedaan kualitas hidup antara penduduk yang berstatus sebagai pelajar, penduduk yang bekerja, penduduk yang tidak bekerja (atau sedang mencari pekerjaan), dan penduduk yang tidak mampu bekerja (atau memiliki disabilitas tertentu).

### c. Domain kualitas hidup

Menurut The WHOQOL-BREF terdapat empat domain kualitas hidup yaitu kesehatan fisik, psikologis, hubungan sosial dan lingkungan.

#### 1) Domain kesehatan fisik

Kesehatan fisik dapat mempengaruhi segala aktifitas seseorang. Domain kesehatan fisik dapat dilihat dari aktifitas sehari-hari, penyakit, gangguan tidur dan istirahat, energy dan kelelahan, ketergantungan pada obat dan bantuan medis serta kapasitas pekerjaan (WHO, 1996).

#### 2) Domain Psikologis

Domain Psikologis berhubungan dengan mental seseorang, serta cara dalam menghadapi berbagai kondisi yang dialami. Domain ini mencakup citra tubuh dan penampilan, perasaan negative, perasaan positif, harga diri, spiritual, berpikir, belajar, memori dan konsentrasi (WHO, 1996).

#### 3) Domain sosial

Hubungan sosial merupakan hubungan antara dua orang atau lebih. Domain hubungan sosial dapat dilihat dari hubungan sosial, dukungan sosial dan aktivitas seksual (WHO, 1996).

#### 4) Domain Lingkungan

Lingkungan merupakan tempat dimana seseorang tinggal dan bersosialisasi dengan orang lain. Domain lingkungan dapat dilihat dari sumber keuangan, kebebasan, keselamatan dan keamanan fisik perawatan, kesehatan dan sosial, aksesibilitas dan kualitas, lingkungan rumah, peluang untuk memperoleh informasi dan keterampilan baru, kegiatan rekreasi lingkungan fisik (polusi / kebisingan / lalu lintas / iklim) dan transportasi (WHO, 1996).

### **C. Beban keluarga yang merawat**

#### **1. Definisi Keluarga**

Keluarga adalah unit terkecil dalam masyarakat yang terdiri dari suami isteri atau suami isteri dan anaknya atau ayah dan anaknya atau ibu dan anaknya (Undang-undang Republik Indonesia Nomor 52 tahun 2009). Selain itu terdapat juga keluarga khusus, yaitu satuan individu/seseorang yang tidak diikat dalam hubungan keluarga, hidup dan makan serta menetap dalam satu rumah (misalnya seseorang atau janda/duda sebagai keluarga sendiri, atau dengan anak yatim piatu dll). Keluarga juga merupakan dua orang atau lebih yang disatukan oleh kebersamaan dan kedekatan emosional serta yang mengidentifikasi dirinya sebagai bagian dari keluarga (Friedman, Bowden, & Jones, 2010)

#### **2. Tipe – tipe keluarga tradisional**

Menurut Friedman et al., 2010 Keluarga juga terbagi menjadi tiga bagian, yaitu :

- a. Keluarga Inti (terkait dengan pernikahan) yaitu keluarga yang terbentuk karena adanya pernikahan, peran sebagai orang tua, atau kelahiran; terdiri atas suami, istri, dan anak-anak mereka diantaranya anak biologis, adopsi,

atau keduanya

- b. Keluarga orientasi (keluarga asal) yaitu unit keluarga tempat seseorang dilahirkan.
- c. *Extended Family* yaitu keluarga inti dan individu terkait lainnya (oleh hubungan darah), yang biasanya merupakan anggota keluarga asal dari salah satu pasangan keluarga inti. Keluarga ini terdiri atas “sanak saudara” dan dapat mencakup kakek/nenek, bib/paman, keponakan, dan sepupu.

Selain itu pada buku Bobak, Lowdermilk, & jesen, (2012) bentuk keluarga di bagi menjadi lima yaitu :

a. Keluarga inti

Keluarga inti ini terdiri dari orangtua dan anak-anak yang bergantung pada mereka. Keluarga ini hidup berpisah dari keluarga asal suami dan keluarga asal istri, dan biasanya mandiri dalam hal keuangan. Sejak lama, keluarga inti mewakili keluarga Amerika “tradisional”. Dalam kelompok keluarga ini, orangtua dengan jenis kelamin berbeda diharapkan memainkan peran untuk saling melengkapi sebagai suami-istri dan ayah-ibu dalam memberikan dukungan emosi dan dukungan fisik kepada satu sama lain dan kepada anak-anak mereka.

b. Keluarga Besar

Keluarga besar terdiri dari keluarga inti dan individu lain yang mempunyai hubungan darah. Individu ini dikenal sebagai “sanak saudara” dan mencakup kakek-nenek, bibi, paman, dan sepupu. Keluarga adalah fokus sentral semua anggota yang tinggal bersama sebagai suatu kelompok. Melalui jaringan pertalian keluarga, keluarga besar menjadi model peran dan dukungan bagi semua anggota keluarga. Selalu terdapat variasi pada keluarga inti tradisional dan keluarga besar tradisional. Dewasa ini, kebanyakan bentuk keluarga alternative dianggap

menyimpang norma. Kini menjadi orangtua tunggal baik tidak disengaja atau direncanakan, menjadi pilihan yang dapat diterima di Amerika Serikat. Menjadi orangtua tunggal dapat merupakan pilihan suka rela yang tidak menyebabkan penolakan keluarga dan masyarakat atau menyebabkan kehilangan kehidupan pekerjaan.

#### c. Keluarga Orangtua Tunggal

Keluarga Orangtua tunggal menjadi struktur yang semakin dikenal dalam masyarakat kita. Keluarga orangtua tunggal muncul karena kehilangan pasangan akibat meninggal, bercerai, berpisah, atau ditinggalkan karena kelahiran seorang anak di luar nikah atau karena mengadopsi anak. Untuk orang dewasa lainnya, keluarga orangtua tunggal merupakan gaya hidup yang dipilih untuk menciptakan sistem yang terbuka dan bebas bagi perkembangan orangtua dan anak. Dalam keluarga ini, pengambilan keputusan komunikasi terlihat sebagai komitmen bersama antara orangtua dan anak, dan hubungan orangtua-anak dianggap sebagai sumber utama pemenuhan hidup.

#### d. Keluarga Campuran

Keluarga campuran, juga dikenal sebagai “keluarga rekonstitusi” atau “keluarga kombinasi” terdiri dari orangtua tiri, dan anak tiri. Berpisah, bercerai, dan menikah kembali merupakan hal yang umum di Amerika Serikat. Di AS sekitar 50% pernikahan berakhir dengan perceraian. Bercerai dan menikah kembali dapat terjadi setiap saat dalam siklus kehidupan keluarga, sehingga memberi pengaruh yang berbeda pada fungsi keluarga. Setiap saat dibutuhkan upaya untuk menstabilkan kembali kelompok keluarga yang lama membangun serta menstabilkan kelompok keluarga yang baru. Upaya emosional ini harus dilakukan sebelum perkembangan keluarga dan perkembangan individu dapat



berproses.

e. Keluarga Homoseksual

Keluarga homoseksual semakin dikenal dalam masyarakat barat. Anak-anak dalam keluarga ini dapat merupakan keturunan dari hubungan heteroseksual yang sebelumnya, dikandung oleh salah satu anggota keluarga pasangan lesbian melalui inseminasi artifisial, atau adopsi. Pasangan homoseksual mempunyai kebutuhan biologis dan psikologis yang sama dengan pasangan heteroseksual. Mereka juga mencari perawatan berkualitas untuk diri mereka dan anak-anak mereka.

### 3. Fungsi Keluarga

Dalam keluarga terdapat beberapa fungsi yang berguna untuk kesejahteraan anggota-anggota keluarga. Fungsi-fungsi independen ini bergantung kepada kesehatan fisik dan mental anggota keluarga. Setiap keluarga mengembangkan keyakinan, nilai, dan perasaan bersama yang digunakan sebagai kriteria dalam memilih tindakan alternative (Bobak et al., 2012)

Berikut adalah fungsi-fungsi keluarga yaitu :

- a. Fungsi Biologis meliputi reproduksi, upaya merawat dan membesarkan anak, nutrisi, pemeliharaan kesehatan, dan rekreasi. Kemampuan untuk menjalankan fungsi-fungsi ini secara tidak langsung membutuhkan persyaratan tertentu seperti keturunan genetik yang sehat, penatalaksanaan fertilitas, perawatan selama siklus maternitas, perilaku diet yang baik, pemanfaatan pelayanan kesehatan yang optimal, persahabatan, dan perawatan anggota keluarga.
- b. Fungsi ekonomi meliputi mencari nafkah yang cukup untuk menjalankan fungsi-fungsi lain, mengembangkan anggaran keluarga, dan memastikan keamanan keuangan anggota keluarga.

- c. Fungsi pendidikan meliputi mengajarkan keterampilan, sikap, dan pengetahuan yang berhubungan dengan fungsi-fungsi lain.
- d. Fungsi psikologis keluarga diharapkan memberi lingkungan yang meningkatkan perkembangan kepribadian secara alami. Keluarga harus memberikan perlindungan psikologis yang optimal dan meningkatkan kemampuan untuk membangun hubungan dengan orang-orang diluar lingkungan keluarga (Bobak et al., 2012).

#### 4. Definisi beban keluarga

*Family Caregiver* adalah seseorang yang memberikan bantuan pada orang yang mengalami ketidakmampuan dan memerlukan bantuan karena penyakit atau keterbatasannya seperti pasangan, anak, menantu, cucu, saudara, tetangga, teman maupun hubungan kekerabatan lainnya (Julianti, 2013).

*Family caregiver* merupakan orang yang selalu menemani, mendampingi, dan disamping pasien selama 24 jam. Perawat memang selalu menghabiskan waktunya dengan keluarga selama keluarga itu dirawat, namun tetap saja perawat mempunyai keterbatasan waktu dalam mendampingi dan berinteraksi dengan lansia strok seorang *family caregiver* untuk merawat anggota keluarga dengan kecacatan. Pada fase akut, pasien stroke merasa bingung dan pasti akan mengalami ketergantungan yang amat besar terhadap keluarga (Luthfa, 2018).

Beban *Family caregiver* yaitu tekanan yang muncul pada *caregiver* saat melakukan perawatan pada pasien stroke. Beban tersebut dapat berupa beban fisik, psikologis, sosial, dan keuangan. Dampak dari beban yang berpengaruh pada kondisi kesehatan *caregiver* meliputi kelelahan, gangguan tidur, tidak nafsu makan, sakit kepala, tekanan darah tinggi, maag. Beban *caregiver* juga berpengaruh pada kondisi emosi meliputi stres, gelisah dan khawatir dengan

kondisi pasien (Ariska, Handayani, & Hartati, 2020).

*Caregiver* memiliki tugas membantu dalam mobilitas, komunikasi, perawatan diri, perubahan emosional dan psikologis sehingga *caregiver* harus menyeimbangkan peran tanggung jawab ganda merawat pasien stroke serta menyesuaikan gaya hidupnya. Semakin lemah dan kronis penyakit pasien maka semakin tinggi beban yang dialami *caregiver* (Gbiri et al., 2015)

## **5. Beban Caregiver (Caregiver Burden)**

### **a. Pengertian beban caregiver**

Beban caregiver (caregiver burden) ialah respon multidimensi terhadap penilaian negatif dan perasaan stress yang disebabkan oleh merawat anggota keluarganya yang sedang sakit dalam respon fisik, psikologis, sosial, keuangan, dan fungsi (John, 2016). Menurut Barbosa & Figueired (2015), beban caregiver merupakan penilaian negatif dari peran sebagai caregiver pada aspek fisik, psikologis dan sosial.

Beban caregiver merupakan suatu keadaan psikologis yang timbul dari kombinasi tekanan fisik, emosi dan sosial, seperti keterbatasan dalam hal keuangan yang timbul karena pengobatan anggota keluarganya yang sakit. Distres yang dirasakan oleh caregiver disebabkan oleh pemberian perawatan kepada anggota keluarganya yang sakit. Keadaan ini tidak sama dengan depresi, cemas dan respon emosi lain (Paul, 2012).

Beban caregiver adalah distres yang dirasakan caregiver sebagai akibat dari pemberian perawatan. Distres ini berbeda dengan depresi, cemas dan respon emosi lain (Grant et al., 2013). Suku Indian mempersepsikan beban caregiver sebagai tekanan peran, ketidakmampuan untuk menunjukkan peran yang efektif. Mereka juga percaya bahwa permintaan perawatan pasien sebagai pengharapan

yang tidak bisa ditolak (Capetuzi, 2014). Beban caregiver dibagi atas dua yaitu beban subjektif dan beban objektif. Beban subjektif caregiver adalah respon psikologis yang di alami caregiver sebagai akibat perannya dalam merawat pasien. Sedangkan beban objektif caregiver yaitu masalah praktis yang di alami oleh caregiver, seperti masalah keuangan, gangguan pada kesehatan fisik, masalah dalam pekerjaan, dan aktivitas sosial (Sukmarini, 2018). Caregiver harus memberikan sejumlah waktu energi dan uang. Tugas ini dirasakan tidak menyenangkan, menyebabkan stress psikologis dan melelahkan secara fisik. Beban psikologis yang dirasakan oleh caregiver antara lain rasa malu, marah, tegang, tertekan, lelah dan tidak pasti. Faktor terakhir berhubungan dengan perasaan bersalah seperti seharusnya dapat melakukan lebih banyak, tidak dapat merawat dengan baik dan sebagainya (Rafiyah, 2017).

Perawatan yang dilakukan caregiver tergantung pada level ketidakmampuan pasien (progress penyakit). Menurut Honea (2018), menjabarkan beban caregiver dengan penyakit kronis secara rinci, antara lain ketergantungan ekonomi pasien, gangguan rutinitas harian, manajemen perilaku, permintaan waktu dan energi, interaksi yang membingungkan atau memalukan dengan penyedia layanan kesehatan, biaya pengobatan dan perawatan, penyimpangan kebutuhan anggota keluarga lain, gangguan bersosialisasi, ketidakmampuan menemukan setting perawatan yang memuaskan. Penelitian yang dilakukan Joanna (2014), menemukan dampak caregiving pada caregiver dengan pasien paliatif di Australia, yaitu:

- 1) Pendapatan sering tidak cukup karena biaya yang dikeluarkan selama perawatan.
- 2) Dampak kesehatan yang umum pada caregiver, akan tetapi caregiver sering mengabaikannya atau mengurangi pentingnya menjaga kesehatan.

- 3) Gangguan tidur menyebabkan kelelahan caregiver.
- 4) Berkurangnya kegiatan sosial dan aktivitas fisik caregiver sehingga mengakibatkan isolasi sosial.
- 5) Perawatan pada pasien dengan paliative care secara emosional menuntut caregiver sehingga mengalami rasa bersalah, kecemasan, kemarahan, frustrasi, takut, depresi, kehilangan kendali, dan perasaan tidak mampu.

#### **b. Jenis –Jenis Beban Caregiver (Caregiver Burden)**

Beban caregiver keluarga dibagi menjadi dua bagian, yaitu sebagai berikut (Hsu, et al, 2015):

##### **1) Beban Objektif Caregive**

Beban objektif caregiver merupakan beban yang bisa muncul dari keseluruhan keadaan atau aktivitas yang berhubungan dengan peran sebagai caregiver, seperti melaksanakan tugas perawatan harian termasuk mengantarkan pasien ke dokter untuk mengontrol status kesehatannya dan mengatur pola hidup yang menyebabkan sakit. Ada beberapa masalah yang biasanya terjadi pada caregiver keluarga, antara lain sebagai berikut :

- a) Masalah Keuangan Permasalahan dalam aspek keuangan yang dialami oleh caregiver, contohnya hambatan atau kehilangan kesempatan untuk bekerja, sumber dana yang kurang dan beban biaya untuk mengobati pasien.
- b) Gangguan pada Kesehatan Fisik Caregiver keluarga stroke lebih mementingkan klien dibandingkan dirinya sendiri. Sehingga caregiver keluarga mempunyai permasalahan kesehatan, seperti kelelahan dan gangguan tidur yang bisa memperburuk fungsi fisik pada caregiver.
- c) Masalah dalam Pekerjaan Caregiver keluarga yang merawat pasien stroke harus mengubah pola hidupnya untuk mengakomodasi permintaan pasien

seperti membatasi waktu luang untuk kumpul bersama teman dan keluarga yang lainnya.

## 2) Beban Subjektif Caregiver

Beban subjektif caregiver keluarga adalah respon psikologi yang dialami karena perannya dalam merawat klien stroke. Beban subjektif juga termasuk reaksi emosional karena perannya sebagai caregiver, seperti mempunyai rasa khawatir, ansietas, tertekan, frustrasi, rasa bersalah, marah dan perubahan emosional lainnya. Beban subjektif yang dialami caregiver yang berhubungan langsung dengan beban objektif yang terjadi.

### c. Dimensi Caregiver Burden

Terdapat lima dimensi dalam pengukuran caregiver burden, yaitu (Seng, et al, 2015) :

- 1) Dampak pada kesejahteraan Aspek ini menggambarkan dampak yang dialami oleh para caregiver dari merawat pasien stroke mencakup perasaan kelelahan, frustrasi, depresi, dan berdampak juga pada kesehatan secara umum.
- 2) Hubungan pernikahan Aspek ini mencerminkan kemampuan merawat pasien stroke untuk memberikan perhatian dan kasih sayang yang memadai kepada anggota keluarga lainnya dan untuk memuaskan kebutuhan emosional pasangannya.
- 3) Penghargaan atas perawatan Aspek ini menggambarkan kepuasan caregiver dalam menerima apresiasi dan pengakuan atas perilaku pengasuhan yang dijalankannya dari teman dan anggota keluarga lainnya,serta kebanggaan karena masih bisa merawat keluarga lainnyadengan baik.
- 4) Dampak hubungan sosial Aspek ini mencerminkan mengenai gangguan

terhadap hubungan caregiver dengan keluarga maupun relasi sosial lainnya yang diterima sebagai dampak dari kehadiran merawat pasien stroke.

- 5) Kerugian yang diterima Aspek ini mewakili seluruh rasa gangguan yang parah, seperti perilaku mengganggu atau yang tidak dapat diprediksi secara tiba-tiba dari merawat pasien stroke sehingga membuat caregiver tidak dapat mengontrol atau melakukan pekerjaan lainnya.

Berbeda dengan aspek caregiver burden yang dikemukakan oleh Eng, et al (2015), Zarit (2010) menyatakan bahwa caregiver burden terdiri dari dua aspek, yaitu sebagai berikut :

- 1) Tekanan pribadi Tekanan pribadi merupakan representasi dari distress psikologis yang dialami individu yang menjadi caregiver.
- 2) Tekanan peran Tekanan peran merupakan dampak dari pengasuhan yang dirasakan oleh caregiver secara umum dalam kehidupannya.

Berdasarkan penjelasan di atas dapat diambil kesimpulan bahwa aspek dari caregiver burden adalah dampak pada kesejahteraan, hubungan pernikahan, penghargaan atas perawatan, dampak hubungan sosial, dan kerugian yang diterima. Peneliti menggunakan aspek ini karena subjek yang akan diteliti sama dengan alat ukur yang menggunakan dasar teori ini.

#### **d. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Beban Caregiver Pasien Stroke**

Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Beban Caregiver Pasien Stroke ada dua faktor yaitu sebagai berikut (Henrikson & Arestedt, 2013):

- 1) Faktor Caregiver
  - a) Usia

Caregiver keluarga yang mempunyai usia lebih tua akan memiliki tingkat stres yang lebih tinggi dalam merawat pasien stroke sehingga beban

caregiver semakin meningkat karena dukungan keluarga yang kurang. Selain itu caregiver yang memiliki usia lebih muda akan menerima tekanan yang lebih besar juga.

b) Jenis Kelamin

Jenis kelamin mempunyai pengaruh terhadap beban caregiver. Caregiver yang berjenis kelamin perempuan mempunyai tingkat beban yang lebih tinggi dibandingkan caregiver yang berjenis kelamin laki-laki. Selain itu caregiver yang berjenis kelamin perempuan mempunyai tingkat depresi lebih tinggi dan kepuasan hidup dengan tingkat yang lebih rendah.

c) Ras

Ras kaukasis mempunyai tingkat beban caregiver yang lebih tinggi dibandingkan dengan ras yang lainnya.

d) Tingkat Pendidikan

Caregiver yang mempunyai tingkat pendidikan yang rendah akan mengalami tingkat stress yang tinggi pula.

e) Pendapatan

Pendapatan dan status keuangan mempunyai hubungan dengan beban caregiver. Caregiver yang memiliki pendapatan kurang akan mengalami permasalahan ekonomi yang tinggi. Sehingga caregiver mempunyai tingkat beban financial yang lebih berat.

f) Status Pekerjaan

Caregiver yang mempunyai pekerjaan yang sibuk mengakibatkan caregiver harus membagi waktu antara pekerjaan dengan kewajiban dalam merawat pasien. Caregiver yang bertugas untuk bekerja dan merawat pasien dalam aktivitas sehari-hari memiliki beban caregiver yang lebih tinggi.



g) Status Kesehatan

Status kesehatan memiliki dampak pada persepsi terkait dengan beban caregiver. Caregiver yang mempunyai tingkat kesehatan yang buruk akan mengalami beban caregiver yang lebih tinggi dan juga mengalami permasalahan fisik, religius, dan finansial yang lebih tinggi pula.

h) Status Perkawinan

Status perkawinan dan komunikasi sesama keluarga bisa mempengaruhi ketegangan. Selain itu status pernikahan antara caregiver dengan pasangannya berhubungan dengan beban caregiver juga.

2) Faktor Pasien

a) Usia Pasien

Usia pasien yang semakin tua dengan penyakit stroke akan menambah tekanan dan beban pada caregiver. Penambahan usia pasien bisa mengakibatkan kemunduran psikologis maka pasien membutuhkan tingkat pengasuhan yang lebih tinggi.

b) Kondisi Stroke

Saat status kesehatan pasien menurun dengan gejala tambahan yang semakin parah, kehilangan fungsi fisik, membutuhkan perawatan yang lebih banyak dan tingkat stress caregiver semakin tinggi. Diagnosis penyakit stroke berhubungan dengan tingkat beban caregiver yang semakin tinggi.

c) Lama Masa Rawat Inap

Waktu perawatan pasien di rumah sakit atau tempat pelayanan kesehatan memiliki pengaruh pada tingkat stres caregiver. Caregiver bisa mengalami stress lebih tinggi apabila merawat pasien stroke lebih dari dua tahun.

## 6. Peranan Keluarga Merawat Lansia Stroke

Keluarga sangat berpengaruh untuk pasien stroke. Dukungan keluarga dalam merawat pasien stroke dapat dilihat dari peran keluarga dalam mencari informasi cara perawatan pasien stroke, keluarga menyediakan berbagai kebutuhan perawatan pasien stroke seperti kebutuhan makanan, pengobatan dan alat-alat yang diperlukan pasien stroke, keluarga yang memperhatikan, mendengarkan keluhan pasien stroke. Keluarga memiliki sistem pendukung utama dalam memberi perawatan langsung pada setiap keadaan sehat-sakit anggota keluarganya (Handayani, Devi, 2018)

