

**SKRIPSI**

**TINGKAT PENGETAHUAN DAN PERILAKU KELUARGA DALAM  
MERAJAT LANSIA PASKA STROKE DI KOTA KOTAMOBAGU  
SULAWESI UTARA**



**Oleh :**

**DWI PUJIASTUTY PAPUTUNGAN**

**C12116012**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN**

**FAKULTAS KEPERAWATAN**

**UNIVERSITAS HASANUDDIN**

**MAKASSAR**

**2020**

## HALAMAN PERSETUJUAN

Halaman Persetujuan Skripsi

**Tingkat Pengetahuan dan Perilaku Keluarga dalam Merawat Lansia Paska  
Stroke di Kota Kotamobagu Sulawesi Utara**

oleh :

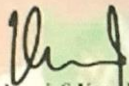
**DWI PUJIASTUTY PAPUTUNGAN  
C12116012**

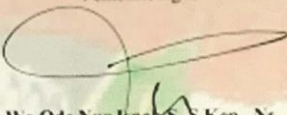
Disetujui untuk diajukan dihadapan Tim Penguji Akhir Skripsi  
Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin

Dosen Pembimbing

Pembimbing I

Pembimbing II

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

  
Wa Ode Nur Isnah S., S.Kep., Ns., M.Kes  
NIP. 198410042014042001

Mengetahui  
Program Studi Sarjana Keperawatan  
Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin

  
Dr. Wiliana Svam, S.Kep., Ns., M.Si  
NIP. 19760618 200212 2 002



## HALAMAN PENGESAHAN

### Halaman Pengesahan

#### TINGKAT PENGETAHUAN DAN PERILAKU KELUARGA DALAM MERAWAT LANSIA PASKA STROKE DI KOTA KOTAMOBAGU SULAWESI UTARA

Telah dipertahankan di hadapan Sidang Tim Penguji Akhir

Pada

**Hari/Tanggal: Selasa/27 Oktober 2020**

**Pukul : 10.00-Selesai**

**Tempat : Via Online**

Disusun Oleh :

**DWI PUJIASTUTY PAPUTUNGAN**

**C12116012**


Dan yang bersangkutan dinyatakan


**LULUS**

Dosen Pembimbing

Pembimbing I

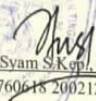
Pembimbing II

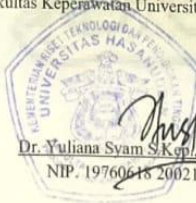
  
Silvia Malasari, S.Kep.,Ns.,MN  
NIP. 19830425 201212 2 003

  
Wa Ode Nur Israh, S.Kep.,Ns.,M.Kes  
NIP. 19841004 201404 2 001

Mengetahui

Ketua Program Studi Sarjana Keperawatan  
Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin

  
Dr. Yuliana Syam, S.Kep.,Ns., M.Si  
NIP. 19760618 200212 2 002



## PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI

### PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Dwi Pujiastuty Paputungan

NIM : C12116012

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa skripsi yang saya tulis dengan judul “TINGKAT PENGETAHUAN DAN PERILAKU KELUARGA DALAM MERAWAT LANSIA PASKA STROKE DI KOTA KOTAMOBAGU SULAWESI UTARA” ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pemikiran orang lain kecuali yang tertulis dalam naskah dan terlampir dalam pustaka. Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian besar atau keseluruhan skripsi ini merupakan hasil karya orang lain, maka saya bersedia mempertanggungjawabkan sekaligus bersedia menerima sanksi yang seberat-beratnya atas perbuatan tidak terpuji tersebut.

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

Makassar, 28 September 2020

Yang membuat pernyataan



(Dwi Pujiastuty Paputungan)

## 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 **“Tingkat Pengetahuan dan Perilaku Keluarga Dalam Merawat Lansia Paska Strok Di Kota Kotamobagu Sulawesi Utara”**. 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. Dr. Kadek Ayu Erika, S,Kep., Ns., M.Kes selaku pembimbing akademik yang senantiasa memberikan motivasi dan semangat setiap semester.
4. Silvia Malasari, S.Kep., Ns., MN selaku pembimbing pertama dan Wa Ode Nur Isnah Sabriyati, S.Kep., Ns., M.kes selaku pembimbing kedua yang selalu sabar

dalam memberikan arahan serta masukan dalam penyempurnaan Penyusunan Proposal Penelitian ini.

5. Syahrul Said, S.Kep., Ns., M.Kes., Ph.D selaku penguji pertama dan Andi Masytha Irwan, S.Kep., Ns., MN., Ph.D selaku penguji kedua yang senantiasa memberikan masukan-masukan demi menyempurnakan penulisan proposal penelitian ini.
6. Ayahanda saya Hensi Paputungan, S.Sos dan Ibunda saya Hj. Hetty Paputungan serta kakak tercinta Jessica Cicilia Paputungan, A.md.Kep dan Brigadir Rifandi Modeong yang selalu memberikan dukungan moral maupun moril dan dorongan kepada penulis.
7. Seluruh Dosen di PSIK FK UH yang telah membimbing dan memberikan ilmunya kepada penulis dan seluruh teman-teman TR16EMINUS.
8. Teman-teman saya Ika Merdekawati, Riventi, Surpia, Yayan, Amay, Hikma, Hilda, Tira, tika dan seluruh cucunda-cucunda T16eminus yang sangat sabar mendengarkan keluh kesah dan memberikan motivasi serta semangat.
9. Teman-teman di Makassar Dayana, Tiwi, Ainun, Fila, Deden, Rivo, Akbar, Alung serta teman-teman di KPMIBM yang selalu memberikan semangat serta motivasi.
10. Teman-teman GPI Nurul Anisa, Tri Ainun Mahluk, Muh. Alif Munir, Reformasi Bangun Anas, Yustika yang telah menemani serta memberikan semangat kepada penulis.
11. 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, 16 Oktober 2020

Dwi Pujiastuty Papatungan

## ABSTRAK

**Dwi Pujiastuty Papatungan. C12116012. TINGKAT PENGETAHUAN DAN PERILAKU KELUARGA DALAM MERAWAT LANSIA PASKA STROKE DI KOTA KOTAMOBAGU SULAWESI UTARA** dibimbing oleh Silvia Malasari dan Wa Ode Nur Isnah S.

**Latar Belakang :** Stroke merupakan penyakit mematikan urutan kedua setelah penyakit jantung. Penderita stroke terbanyak di Indonesia berusia 60 tahun keatas atau lansia

**Tujuan :** Untuk mengetahui tingkat pengetahuan dan perilaku keluarga dalam merawat lansia paska stroke di Kota Kotamobagu Sulawesi Utara

**Metode:** Penelitian ini adalah penelitian kuantitatif menggunakan desain noneksperimental dengan metode deskriptif dengan analisis univariat. Teknik sampling yang digunakan yaitu total sampling. Sampel pada penelitian ini berjumlah 65 keluarga dengan lansia paska stroke.

**Hasil:** Pada penelitian ini mayoritas keluarga memiliki tingkat pengetahuan kategori cukup (58,5%) ketegori baik (7,7%) dan kategori kurang (33,8%) sedangkan mayoritas keluarga memiliki perilaku kategori baik (92.3%) dan cukup (7.7%)

**Kesimpulan dan saran:** mayoritas keluarga memiliki tingkat pengetahuan cukup tetapi masih banyak pula yang memiliki pengetahuan kurang dan mayoritas perilaku keluarga dalam kategori baik tatapi masih ada beberapa keluarga yang memiliki tingkat pengetahuan cukup.

**Kata Kunci** : Lansia, Stroke, Pengetahuan keluarga, Perilaku keluarga

**Kepustakaan** : 37 Kepustakaan



## ABSTRACT

**Dwi Pujiastuty Paputungan. C12116012. LEVEL OF KNOWLEDGE AND FAMILY BEHAVIOR IN CARING FOR POST-STROKE ELDERLY POEPLER IN THE KOTAMOBAGU CITY OF NORTH SULAWESI guided by Silvia Malasari and Wa Ode Nur Isnah S.**

**Background:** Stroke is the second deadly disease after heart disease. Most stroke sufferers in Indonesia are aged 60 years or older.

**Objective:** To determine the level of knowledge and behavior of families in caring for the elderly people after stroke in Kotamobagu City, North Sulawesi

**Methods:** This research is a quantitative study using non-experimental design with descriptive methods with univariate analysis. The sampling technique used is total sampling. The sample in this study amounted to 65 families with post-stroke elderly.

**Results:** In this study, the majority of families had a good level of knowledge (58.5%) in a good category (7.7%) and a poor category (33.8%), while the majority of the families had good (92.3%) and adequate (7.7 %)

**Conclusions and suggestions:** The majority of families have a sufficient level of knowledge but there are still many who have less knowledge and the majority of family behavior is in the good category, but there are still some families who have a sufficient level of knowledge.

**Keywords:** Elderly, Stroke, Family knowledge, family behavior

**Bibliography:** 37 Bibliography

## DAFTAR ISI

COVER .....	i
HALAMAN PERSETUJUAN .....	ii
HALAMAN PENGESAHAN .....	iii
PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI .....	iv
KATA PENGANTAR .....	v
ABTRAK .....	vii
ABSTRAC .....	ix
DAFTAR ISI .....	x
DAFTAR TABEL .....	xi
DAFTAR BAGAN .....	xii
Daftar Lampiran .....	xii
BAB I PENDAHULUAN .....	1
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah .....	4
C. Tujuan Penelitian .....	5
D. Manfaat Penelitian .....	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA .....	7
A. Tinjauan Umum Stroke .....	7
B. Tinjauan Umum Tentang Lansia .....	11
C. Tinjauan Umum Perawatan Keluarga .....	17
D. Tinjauan Umum Tahapan Perkembangan Keluarga Dengan Lansia .....	24
E. Tinjauan Pengetahuan dan Perilaku Keluarga Dalam Lansia Paska Stroke .....	25
BAB III KERANGKA KONSEP .....	34
A. Kerangka Konsep .....	34
BAB IV METODE PENELITIAN .....	35
A. Rancangan Penelitian .....	35
B. Tempat dan Waktu Penelitian .....	35
C. Populasi dan Sampel .....	36
D. Alur Penelitian .....	37
E. Variabel Penelitian .....	38
F. Instrumen Penelitian .....	39
G. Teknik Pengolahan Data dan Analisis Data .....	43
H. Etika Penelitian .....	44
BAB V HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN .....	46
A. Hasil Penelitian .....	46
B. Pembahasan .....	56
C. Keterbatasan Penelitian .....	65
BAB VI PENUTUP .....	66
A. Kesimpulan .....	66
B. Saran .....	66
DAFTAR PUSTAKA .....	68
LAMPIRAN .....	

## DAFTAR TABEL

Tabel 4.1	Kisi-kisi pernyataan dalam kuesioner penelitian .....	42
Tabel 5.1	Distribusi Frekuensi Berdasarkan Karakteristik Responden (n=65) .....	47
Tabel 5.2	Distribusi Frekuensi Berdasarkan Karakteristik Penderita (n=65).....	47
Tabel 5.3	Distribusi Frekuensi Berdasarkan Karakteristik Dampak Stroke (n=65).....	48
Tabel 5.4	Distribusi berdasarkan barthel indeks (n=65) .....	48
Tabel 5.5	Pengetahuan Keluarga dalam Merawat Lansia Paska Stroke (n=65) .....	50
Tabel 5.6	Tingkat Pengetahuan Keluarga dalam Merawat Lansia Paska Stroke di Kota Kotamobagu Sulawesi Utara (n=65) .....	51
Tabel 5.7	Perilaku Keluarga dalam merawat Lansia Paska Stroke (n=65) .....	52
Tabel 5.8	Perilaku Keluarga dalam Merawat Lansia Paska Stroke di Kota Kotamobagu Sulawesi Utara .....	53
Tabel 5.9	Tabulasi Silang Karakteristik Responde yang dilihat dari Tingkat Pengetahuan Keluarga .....	54
Tabel 5.10	Tabulasi Silang Karakteristik Responden dengan Perilaku Keluarga.....	55
Tabel 5.11	Tabulasi silang Tingkat Pengetahuan dengan perilaku	56

## DAFTAR BAGAN

Bagan 3.1 Kerangka Konsep.....	34
Bagan 4.1 Alur Penelitian .....	37

## **DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1	Lembar Persetujuan untuk Responden .....	72
Lampiran 2	Lembar Persetujuan Responden .....	73
Lampiran 3	Lembar Kuesioner .....	74
Lampiran 4	Surat Izin Penelitian.....	80
Lampiran 5	Indeks Barthel.....	84
Lampiran 5	Master Tabel .....	92

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. Latar Belakang**

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 anatomiotak (Masruriyah, 2018). Stroke disebabkan oleh keadaan iskemik atau proses hemoragik yang sering kali diawali oleh adanya lesi atau perlukaan pada pembuluh darah arteri. Dari seluruh kejadian stroke, dua pertiganya adalah iskemik dan sepertiganya adalah hemoragik. Disebut stroke iskemik karena adanya sumbatan pembuluh darah oleh thromboemboli yang mengakibatkan daerah di bawah sumbatan tersebut mengalami iskemik. Hal ini sangat berbeda dengan stroke hemoragik yang terjadi akibat adanya mycroaneurisme yang pecah (Dinata, Safrita, & Sastri, 2013).

Di Indonesia angka penyakit stroke mencapai tingkatan yang sangat tinggi, terdata pada tahun 2013 berdasarkan diagnosis Tenaga Kesehatan (Nakes) diperkirakan mencapai angka 1.236.825 jiwa atau 7% sedangkan, menurut diagnosis gejala diperkirakan jumlahnya mencapai 2.137.941 jiwa atau 12,1% (Kementrian Kesehatan, 2014). Peningkatan penderita stroke dari tahun ke tahun semakin meningkat, terbukti bahwa dari tahun 2013 hingga 2018 mengalami kenaikan persentase dari 7% menjadi 10% pada tahun 2018 (Kementerian Kesehatan, 2018). Faktor yang dapat menimbulkan stroke dibedakan menjadi faktor risiko yang tidak dapat diubah atau tidak dapat

dimodifikasi dan faktor risiko yang dapat diubah atau dapat dimodifikasi. Faktor risiko yang tidak dapat diubah salah satunya adalah peningkatan usia (Dinata *et al.*, 2013). Peningkatan usia menjadi salah satu faktor yang menyebabkan prevalensi penderita stroke meningkat sesuai dengan hasil Riskesdas tahun 2018, penderita terbanyak stroke di Indonesia berusia 60 tahun keatas dan terdapat 46,1% penderita stroke berusia 65-74 tahun serta sebanyak 67% penderita stroke berusia 75 tahun keatas (Kementerian Kesehatan, 2018). Menurut data dari Dinas Kesehatan Kota kotamobagu (2019) Di Kota Kotamobagu sendiri, angka kejadian stroke terutama pada lansia menurun. Pada tahun 2017 sebanyak 217 orang lansia dan 2018 menjadi 78 orang lansia sedangkan pada tahun 2020 menjadi 65 orang lansia.

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 care giver*). Dampak pada lansia dapat menyebabkan kondisi kronik yaitu kecacatan (*disability*) sehingga menurunkan kualitas hidup penderitanya (Lutfha, 2018). Lansia yang mengalami stroke sangat membutuhkan peran keluarga dalam perawatan serta dukungan (Hobson, 2013). Keluarga merupakan sekumpulan orang yang di hubungkan oleh perkawinan, adopsi dan kelahiran yang bertujuan menciptakan dan mempertahankan budaya yang umum, meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional dan sosial dari individu-individu yang ada di dalamnya terlihat dari pola interaksi yang saling ketergantungan untuk mencapai tujuan bersama. Keluarga adalah seperangkat bagian yang saling tergantung satu sama lain serta memiliki perasaan

beridentitas. Berbeda dari anggota keluarga, tugas utama keluarga adalah memelihara kebutuhan psikososial anggota-anggotanya dan kesejahteraan hidupnya secara umum (Juliana, 2018).

Pada beberapa penelitian di Indonesia, menyatakan peran keluarga terhadap kesehatan lansia sangat dibutuhkan. Penelitian sebelumnya menyatakan bahwa ketidakefektifan fungsi keluarga dalam *selfcare* sangat berdampak pada perilaku kesehatan lansia (Hobson, 2013). Selain itu, pada penelitian Handayani, Devi, (2018) mengatakan bahwa Peran keluarga adalah sistem pendukung utama dalam merawat pasien stroke. Keluarga memiliki peran yang sangat penting dalam perawatan lanjut usia untuk memberikan kemudahan dalam pemenuhan *Activity Daily Living* (ADL) lanjut usia. Keterbatasannya lanjut usia karena stroke, juga dapat menyebabkan perubahan psikososial lanjut usia berubah. Perlu kesiapan dalam melaksanakan tugas-tugas keluarga agar dapat memberikan pemenuhan kebutuhan perawatan terhadap lanjut usia. Untuk itu diperlukan dukungan keluarga yang baik tentang penyakit stroke yang mengalami kelumpuhan. Dukungan keluarga adalah sikap, tindakan dan penerimaan keluarga terhadap penderita yang sakit, dalam bentuk suatu perhatian. Dorongan yang didapatkan individu dari orang lain melalui hubungan interpersonal yang meliputi perhatian, emosional dan penilaian (Handayani dan Devi, 2018). Dalam merawat lansia paska stroke, keluarga membutuhkan pengetahuan dan perilaku perawatan tentang hal-hal apa aja yang harus dilakukan dan tidak boleh dilakukan. Keluarga harus mempunyai banyak pengetahuan tentang stroke agar bisa memberikan perilaku



perawatan pada lansia paska stroke. Pengetahuan itu bisa di dapatkan dari dokter dan perawat yang ada di rumah sakit (Yono Pujian, 2017).

Berdasarkan hal yang telah dijelaskan di atas dan banyaknya jumlah lansia di Indonesia, serta menurut Riskesdas, (2018) Provinsi Sulawesi Utara merupakan salah satu provinsi yang masuk ditiga besar penderita stroke terbanyak di Indonesia dan Kota Kotamobagu merupakan salah satu daerah yang berada di Sulawesi utara. Penelitian ini selain untuk melihat seberapa banyak penderita stroke, juga melihat seberapa baik perawatan keluarga dengan lansia paska stroke. Penelitian ini sebelumnya sudah pernah diteliti oleh Julia Hartati, (2012) dan yang membedakan dengan penelitian ini adalah penelitian ini merupakan penelitian terbaru dibandingkan penelitian sebelumnya yang dilakukan tahun 2012. Selain itu, perbedaan penelitian ini dengan penelitian sebelumnya yaitu tempat penelitian. Tempat penelitian sebelumnya di Kelurahan Cinangka Jawa Barat dan hanya pada satu kelurahan sedangkan penelitian ini dilakukan di Kota Kotamobagu Sulawesi Utara dan yang diteliti yaitu satu daerah.

Dilaksanakan di Kota Kotamobagu untuk memberikan informasi terbaru kepada masyarakat maupun institusi pemerintahan khususnya Dinas Kesehatan Kota Kotamobagu. Selain itu, di Kota Kotamobagu belum ada yang melakukan penelitian yang serupa dengan penelitian yang akan diteliti oleh peneliti. Maka penulis tertarik untuk melakukan Penelitian tentang “Tingkat Pengetahuan dan Perilaku Keluarga Dalam Merawat Lansia dengan Paska Stroke Di Kota Kotamobagu Sulawesi Utara.

## **B. Rumusan Masalah**

Stroke merupakan penyakit yang paling mematikan di dunia dan sering terjadi pada lansia. Peran keluarga sangatlah dibutuhkan dalam perawatan dan dalam memberi dukungan pada lansia. Sulawesi Utara merupakan urutan ke 2 di Indonesia yang memiliki penderita stroke. Pada lansia, terutama lansia paska stroke sangat memerlukan perawatan keluarga untuk membantu aktivitas sehari-hari. Oleh karena itu, pertanyaan penelitian ini adalah bagaimana tingkat pengetahuan dan perilaku keluarga dalam merawat lansia paska stroke? Sehingga tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui tingkat pengetahuan dan perilaku keluarga dalam lansia paska stroke.

## **C. Tujuan Penelitian**

### 1. Tujuan Umum

Diketahui Tingkat pengetahuan dan perilaku keluarga dalam merawat lansia paska stroke di Kota Kotamobagu Sulawesi Utara.

### 2. Tujuan Khusus

- a. Teridentifikasi tingkat pengetahuan keluarga tentang perawatan lansia paska stroke.
- b. Teridentifikasi perilaku keluarga tentang lansia paska stroke.

## **D. Manfaat Penelitian**

### 1. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini diharapkan bisa menambah literature dalam ilmu keperawatan dan menjadi informasi terbaru tentang pengetahuan dan perilaku keluarga dalam merawat lansia paska stroke dan menambah informasi terbaru

untuk ilmu keperawatan terutama pada keperawatan komunitas & keperawatan gerontik.

## 2. Bagi Pelayanan Kesehatan

Hasil penelitian ini diharapkan mejadi informasi yang baru untuk pelayanan kesehatan terutama pelayanan kesehatan untuk lansia di Kota Kotamobagu Sulawesi Utara, dapat meningkatkan pelayanan kesehatan masyarakat terutama untuk lansia yang menderita stroke.

## 3. Bagi Keluarga

Dengan penelitian ini diharapkan keluarga bisa lebih meningkatkan perawatan pada lansia terutama lasia stroke serta keluarga lebih sadar dan banyak mencari pengetahuan berupa informasi perawatan dan perilaku yang baik dalam merawat lansia paska stroke.

## 4. Bagi peneliti

Dengan adanya penelitian ini, peneliti mendapatkan pengalaman dalam keperawatan komunitas & gerontik serta dapat menambah dan memberikan informasi kepada peneliti sendiri dan masyarakat

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **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 inadkuat pada bagian otak (stroke iskemik) sebagai akibat aliran darah yang rendah, trombosit 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 :

###### **1. 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 kapiler. Perdarahan diotak dibagi menjadi dua, yaitu :

a. 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 sereblum.

b. 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 meregangnya 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).

## 2. Stroke Nonhemoragik

Dapat berupa iskemia atau emboli dan trombosis 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 risiko yang utama pada penyakit stroke adalah usia yang semakin tua, hipertensi, merokok, dan diabetes melitus. Pada lansia atau klien dengan penyakit arteri koroner mempunyai risiko sangat besar mengidap stroke yang disebabkan oleh aterosklerosis. Selain itu, faktor gaya hidup juga menjadi salah satu faktor risiko dari stroke seperti merokok, konsumsi alkohol berlebihan, kurangnya aktivitas fisik, obesitas dan diet lemak. Dengan mengontrol faktor risiko dan mengatur gaya hidup serta perawatan farmakologi dapat mengurangi faktor risiko 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.. Berikut ini beberapa dampak stroke (Dharma, 2018b) :

1. 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.
2. Kehilangan rasa separuh badan  
Serangan stroke dapat menyebabkan kehilangan rasa pada sebagian anggota badan
3. 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.
4. 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.

5. 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.

6. 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.

7. Perubahan emosional

Cemas dan depresi dapat terjadi akibat dua hal yaitu :

- a) Kerusakan bagian otak yang mengatur emosi, sehingga menyebabkan gangguan emosi dan depresi
- b) 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. Tinjauan Umum Tentang 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 iterdisiplin (Kemenkes, 2014).

## 2. Perubahan Fisiologis

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 peresbikuisis, 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 muskuloskeletal 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, penurunann 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.

- n. Sistem reproduksi pada wanita yaitu terjadi atrofi vulva dan penipisan labia, vagina mengering, dan penurunan jumlah elastisitas jaringan payudara.
- o. Sistem reproduksi pada pria yaitu mengalami elastisitas kulit skrotum, penebalan jaringan prostat, membutuhkan waktu lama untuk ereksi tapi dapat bertahan lebih lama.
- p. Sistem endokrin yaitu mengalami peningkatan fibrosis dan nodul kelenjar tiroid, penyusutan kelenjar timus dan pituitary, penurunan sekresi kelenjar adrenal yaitu glukokortikoid, penurunan level aldosterone, penurunan pelepasan insulin, penurunan kemampuan metabolisme glukosa, serta terjadi penurunan hormone testoteron, estrogen, dan progesterone.
- q. 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).
- r. 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.
- s. 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 didalam usus dan perut menjadi sakit.

- t. 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.
- u. 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. Penyakit Kronis Pada lansia**

Proses penuaan pada lansia sering ditandai dengan penurunan pada daya tahan tubuh serta fisik sehingga rentan terserang penyakit. Salah satu masalah kesehatan pada lansia adalah penyakit kronis, sekitar 91% memiliki paling tidak satu kondisi kronis dan 73% memiliki setidaknya dua kondisi kronis. Penyakit kronis yang menyerang lansia yaitu seperti diabetes, artritis, hipertensi, dan penyakit paru. Penyakit kronis meningkat seiring bertambahnya usia (Nies & McEWEN, 2019)

## C. Tinjauan Umum Perawatan Keluarga

### 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)

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 mencangkup 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 dan 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

## **2. 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).

### **3. Peran Keluarga**

Salah satu peran dari keluarga adalah pemeliharaan kesehatan keluarga. Suatu penyakit dalam keluarga mempengaruhi keseluruhan keluarga dan interaksinya. sementara itu keluarga pada gilirannya mempengaruhi perjalanan penyakit dan status kesehatan anggotanya (Friedman et al., 2010).

### **4. Tugas Kesehatan Keluarga**

Menurut (Nies & McEWEN, 2019) tugas kesehatan keluarga antara lain :

- a. Mengenali masalah kesehatan pada anggota keluarga.
- b. Membuat keputusan yang berkaitan dengan upaya pengobatan/perawatan.

- c. Melaksanakan upaya perawatan untuk menghilangkan kondisi sajit pada anggota keluarga.
- d. Pemeliharaan kesehatan pada lingkungan rumah yang kondusif.
- e. Memanfaatkan pelayanan kesehatan yang ada.

## **5. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Perkembangnya Keperawatan Keluarga**

Berikut ini merupakan faktor-faktor yang berpengaruh dalam perkembangan keluarga yaitu (Ali, 2010) :

- a. Peningkatan pengakuan dalam keperawatan dan masyarakat tentang perlunya peningkatan kesehatan dan perawatan kesehatan secara menyeluruh, bukan hanya praktik yang berorientasi pada penyakit.
- b. Peningkatan populasi lanjut usia dan perkembangan penyakit kronis yang menyebabkan perawatan diri dan kebutuhan akan asuhan perawatan keluarga menjadi penting.
- c. Perkembangan bidang riset keperawatan keluarga secara pesat.
- d. Pengakuan yang luas tentang banyaknya keluarga yang bermasalah dalam komunitas kita.
- e. Penyebarluasan secara umum teori tertentu yang berdasarkan pada keluarga, seperti teori kedekatan dan teori sistem umum.
- f. Terapi keluarga dan perkawinan beralih dari terapi pertumbuhan ke klinik layak anak, perkawinan, dan keluarga.

## **D. Tinjauan Umum Tahapan Perkembangan Keluarga Dengan Lansia**

### **1. Keluarga dengan Lansia**

Keluarga merupakan unit terkecil dari masyarakat yang mempunyai peran dan andil yang besar dalam upaya memelihara kesehatan lansia. Pada umumnya lansia yang selesai melakukan perawatan di rumah sakit masih membutuhkan perawatan di rumah. Keberhasilan perawatan di rumah sakit akan menjadi sia-sia jika tidak dilanjutkan oleh keluarga di rumah. Secara empiris, bahwa kesehatan anggota keluarga dan kualitas kehidupan keluarga sangat signifikan (Sunaryo et al., 2015).

### **2. Tujuan Keperawatan Keluarga dengan Lansia**

Keluarga menempati posisi antar individu dan masyarakat, sehingga dalam keluargalah upaya kesehatan masyarakat dapat terpenuhi. Tujuan dari keperawatan keluarga dengan lansia adalah meningkatkan dan mempertahankan kesehatan keluarga maupun anggotanya serta memberikan asuhan dan keperawatan di rumah sebaik mungkin, tanpa mengganggu atau mengurangi kemandirian serta harga diri lansia. Kemandirian dalam melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari diupayakan sesuai kemampuan (Sunaryo et al., 2015).

### **3. Peran Keluarga dengan Lansia**

Dalam melaksanakan perawatan pada lansia, setiap anggota keluarga memiliki peran yang sangat penting. Ada beberapa hal yang dapat dilakukan oleh anggota keluarga dalam melaksanakan perannya terhadap lansia yaitu (Maryam et al, 2008):

- a. Melakukan pembicaraan terarah

- b. Mempertahankan kehangatan keluarga
- c. Membantu melakukan persiapan makanan bagi lansia
- d. Membantu dalam hal transportasi
- e. Membantu mencari sumber-sumber keuangan
- f. Memberikan kasih sayang
- g. Menghormati dan menghargai
- h. Bersikap sabar dan bijaksana terhadap perilaku lansia
- i. Memberikan kasih sayang, menyediakan waktu, serta perhatian
- j. Jangan menganggapnya sebagai beban
- k. Memberikan kesempatan untuk tinggal bersama
- l. Mintalah nasihatnya dalam peristiwa-peristiwa penting
- m. Mengajak dalam acara-acara keluarga
- n. Membantu mencukupi kebutuhan
- o. Memberi dorongan untuk tetap mengikuti kegiatan-kegiatan diluar rumah termasuk pengembangan hobi
- p. Membantu mengatur keuangan
- q. Mengupayakan sarana transportasi uuntuk kegiatan mereka termasuk rekreasi
- r. Memeriksa kesehatan secara teratur
- s. Memberikan dorongan untuk tetap hidup bersih dan sehat
- t. Mencegah terjadinya kecelakaan, baik di dalam maupun di luar rumah.

#### **4. Tugas Perkembangan Lansia**

Kesiapan lansia untuk beradaptasi atau menyesuaikan diri terhadap tugas perkembangan usia lanjut dipengaruhi oleh proses tumbuh kembang.

Adapun tugas perkembangan lansia adalah sebagai berikut (Maryam et al, 2008) :

- a. Mempersiapkan diri untuk kondisi menurun
- b. Mempersiapkan diri untuk pensiun
- c. Membentuk hubungan baik dengan orang seusianya
- d. Mempersiapkan kehidupan baru
- e. Melakukan penyesuaian terhadap kehidupan sosial/masyarakat secara santai
- f. Mempersiapkan diri untuk kematiannya dan kematian pasangannya

## **E. Tinjauan Pengetahuan dan Perilaku Keluarga dalam Lansia Paska Stroke**

### **1. Pengetahuan dan Perilaku Perawatan Keluarga**

Menurut friedman (2013) dalam (Rosmary, 2019) pengetahuan merupakan hasil yang terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu. Pengetahuan merupakan hal yang sangat penting/mendasari proses perubahan untuk terbentuknya tindakan seseorang (*overt behaviour*). Sedangkan perilaku merupakan kegiatan atau aktivitas yang dilakukan oleh individu yang bersangkutan. Aktivitas tersebut diamati secara langsung/tidak langsung. Perilaku juga merupakan suatu respon organisme seseorang terhadap rangsangan/stimulus dari luar objek tersebut.

Pengetahuan dan perilaku perawatan keluarga sangat penting bagi perawatan lansia pasca stroke. Beberapa penelitian sebelumnya menunjukkan hasil yaitu pengetahuan keluarga dalam perawatan pasca stroke masih kurang baik. Salah satunya hasil penelitian (Rosmary, 2019) Menunjukkan bahwa sebagian besar keluarga yang diteliti mempunyai skor di bawah rata-

rata atau kurang baik dalam pengetahuan tentang stroke dan sebagian besar keluarga juga mempunyai skor dibawah rata-rata atau kurang baik terhadap perilaku penanganan stroke.

## **2. Perawatan Keluarga Pada Lansia Paska 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 kesah pasien stroke. Keluarga memiliki sistem pendukung utama dalam memberi perawatan langsung pada setiap keadaan sehat-sakit anggota keluarganya (Handayani, Devi, 2018).

Berikut merupakan beberapa masalah pada penderita pasca stroke dan cara perawatan keluarganya menurut Mulyatsih. E (2010) dalam penelitian Juliana, (2018) :

### **a. Kelumpuhan/kelemahan**

Sekitar 90% pasien stroke mengalami kelemahan atau kelumpuhan separuh badan. Kelemahan atau kelumpuhan sering kali masih dialami pasien sewaktu keluar dari rumah sakit, dan biasanya kelemahann tangan lebih berat dari pada kaki. Apabila sewaktu pulang kerumah pasien belum mampu bergerak sendiri, aturlah posisi pasien senyaman mungkin, tidur terlentang atau miring kesalah satu sisi, dengan memberikan perhatian khusus pada bagain lengan atau kaki

yang lemah. Posisi tangan dan kaki yang lemah sebaiknya diganjal dengan bantal, baik pada saat baring ataupun duduk (mencegah terjadi edema dan memperlancar arus balik jantung). Sering melakukan latihan gerak sendi untuk mencegah kekakuan pada tangan dan kaki yang lemah minimal 2 kali sehari dan membantu pasien berlatih berjalan.

b. Mengaktifkan tangan yang lemah

Pada pasien yang masih mengalami kelemahan pada anggota gerak atas, beri dukungan kepada pasien untuk mengaktifkan tangan yang lemah tersebut. Anjurkan pasien makan, minum, mandi, atau kegiatan harian menggunakan tangan yang lemah dengan pengawasan keluarga atau pengasuh. Dengan mengaktifkan tangan yang lemah akan memberikan stimulasi kepada sel sel otak untuk berlatih kembali aktifitas yang dipelajari sebelum sakit.

c. Gangguan sensibilitas (pasien mengalami rasa kebas atau baal)

Selain mengalami kelemahan separuh badan, sering kali pasien pasca stroke mengalami gangguan sensibilitas atau hilang rasa separuh badan. Untuk mengatasi masalah ini, keluarga sebaiknya menghampiri dan berbicara dengan pasien dari sisi tubuh yang lemah. Saat berkomunikasi pengasuh atau keluarga dapat menyentuh dan menggosok dengan lembut tangan yang mengalami kelemahan. Keluarga dianjurkan memberikan motivasi kepada pasien agar menggunakan tangan yang lemah sebanyak mungkin, terutama saat melakukan aktifitas sehari-hari, dan keluarga atau pengasuh sebaiknya



menjauhkan dan menghindarkan pasien dari benda-benda yang berbahaya.

d. Gangguan berbicara dan berkomunikasi

Bila stroke menyerang otak kiri dan mengenai pusat bicara, kemungkinan pasien mengalami gangguan bicara atau afasia. Secara umum afasia terbagi dalam tiga jenis yaitu afasia motoric, afasia sensorik, dan afasia global. Pasien afasia motoric ditandai dengan ketidakmampuan pasien mengungkapkan atau mengekspresikan kata-kata, tetapi pasien memahami apa yang dikatakan orang kepadanya. Sebaliknya, pasien sensorik tidak memahami pembicaraan orang lain, tetapi dapat mengeluarkan kata-kata. Akibatnya pasien stroke dengan afasia sensorik terlihat tidak nyambung kalau di ajak berbicara bila kerusakan otak luas dan menyerang pusat ekspresi dan pusat bicara di otak kiri, pasien akan mengalami afasia global.

Pasien tidak mampu memahami pembicaraan orang lain dan tidak mampu mengungkapkan kata-kata secara verbal. Hal yang harus dipahami oleh keluarga adalah bahwa pasien afasia tetap membutuhkan kesempatan untuk mendengar pembicaraan orang lain secara normal. Keluarga juga perlu memahami pembicaraan pasien, mendengarkan secara cermat apa yang dikatakan pasien, dan dapat mengira-ngira apa yang diinginkan pasien.

e. Gangguan menelan

Gangguan menelan merupakan salah satu masalah kesehatan akibat serangan stroke. Biasanya pasien menunjukkan gejala tersedak

pada saat makan atau minum, keluar nasi dari hidung, pasien terlihat tidak mampu mengontrol keluarnya air liur dari mulut atau mengiler, memerlukan waktu yang lama untuk makan, dan tersisa makanan di mulut setelah makan. Jika pasien stroke mengalami gangguan menelan, tempatkan pasien pada posisi 90 derajat pada waktu makan dikursi atau tempat tidur, dan pada saat menelan anjurkan pasien untuk menekuk leher atau kepala menengok ke arah sisi yang lemah takkala menelan. Gunakan sendok yang kecil dan tempatkan makanan pada posisis yang sehat.

Bila pasien masih terpasang selang atau NGT pada waktu pulang. Selang NGT adalah selang yang dimasukkan kedalam lambung pasien melalui hidung pasien, selang ini harus digantu secara periodik tergantung bahan selang, ada yang setiap 7 hari, 30 hari atau bahkan 3 bulan. Kebutuhan kalori pada pasien berbeda-beda tergantung pada usia, jenis kelamin, berat badan, tingkat aktivitas, suhu tubuh dan kondisi kesehatan secara umum atau penyakit yang menyertai.

Pasien dan keluarga harus memahami bahwa bagi pasien yang mengalami gangguan menelan, cairan lebih berbahaya dari pada makanan lunak. Peralihan cara memberikan akanan dari selang NGT ke oral harus atas rekomendasi tim stroke. Psien akan dilatih makanan per oral mulai dari makanan dengan konsistensi lunak atau semi padat, selanjutnya bertahap kebentuk lebih cair. Gunakan sendok jika pasien brau dilepaskan selang NGT dari mulut, hal ini untuk mencegah

tersedak dikarenakan koordinasi otot lidah dan mulut belum baik atau karena fungsi pusat mnelan di otak.

f. Gangguan Penglihatan

Bila pasien mengalami gangguan lapang pandang, maka orientasikan atau beritahu pasien tempat dan barang yang ada disekitar pasien. Dan dekatkan setiap barang yang dibutuhkan pasien pada saat makan.

g. Gangguan Buang Air Kecil

Bagi pasien afasia yang mengalami inkontinensia, keluarga sebaiknya menyediakan bel atau penanda lain yang mudah dijangkau oleh pasien. Keluarga juga dapat mengantisipasi dengan cara menawarkan pasien untuk berkemih setiap dua jam dan hindara minum pada malam hari agar pasien tidak mengompol. Jika pasien memakai diapers dewasa, sebaiknya jaga agar diapres tidak penuh dan ganti sehari 2 sampai 3 kali. Keluarga juga perlu memperhatikan agar kulit disekitar kemaluan tetap kering (tidak basah) agar mudah lecet.

h. Gangguan buang air besar

Masalah buang air besar pada pasien stroke bervariasi, seperti konstipasi (sulit buang air besar), diare dan BAB tidak terasa. Masalah yang paling sering terjadi adalah konstipasi, antara lain tirah baring lama, kurang aktifitas fisik, asupan krang serat, kurang minum dan efek dari penggunaan obat. Keluarga dapat membantu pasien agar tidak mengalami konstipasi dengan cara memotivasi pasien untuk bergerak aktif , mengkonsumsi makanan tinggi serat minum air putih minimal 2

liter, dan membiasakan diri duduk di kloset setiap pagi, pemakaian diapers dewasa sangat membantu, dalam proses defekasi, segera mengganti dan membersihkan jika penderita selesai defekasi.

i. Kesulitan mengenakan pakaian

Berpakaian secara mandiri merupakan salah satu kegiatan yang harus dipelajari kembali oleh pasien pasca stroke. Keluarga dapat membantu dan mengajarkan pasien dalam menggunakan pakaian. Sebaiknya baju yang dikenakan pasien adalah kemeja, karena dapat memudahkan sewaktu mengenyakannya. Begitu pula dengan celana, jika keseimbangan pasien belum baik sewaktu memakai celana dalam posisi duduk, pasien dapat mengenyakannya dalam posisi tidur.

j. Gangguan Memori

Pasien pasca stroke kadang juga mengalami gangguan fungsi lihur berupa gangguan memori dan daya ingat. Keluarga dapat melatih daya ingat pasien dengan melihat album foto keluarga, teman dan kerabat atau gambar-gambar yang pernah dikenal oleh pasien. Selain itu keluarga juga dapat mengorientasikan kembali pemahaman pasien terhadap tempat waktu dan orang.

k. Perubahan kepribadian dan emosi

Sebagian pasien pasca stroke dapat mengalami perubahan kepribadian dan emosi. Hal ini terutama terjadi pada pasien stroke dengan afasia. Pasien afasia tidak mampu mengungkapkan apa yang mereka inginkan, sehingga seringkali pasien menjadi frustrasi, marah, kehilangan harga diri dan emosi pasien menjadi labil. Keadaan ini pada

akhirnya menyebabkan pasien menjadi depresi. Untuk mengatasi hal tersebut, keluarga dapat memberikan support mental dan selalu reorientasikan pasien pada realita.

Keluarga secara bersama-sama sebaiknya mengenal dan membuat pasien merasa jenuh atau frustrasi, dan bagaimana cara mengantisipasinya. Salah satu upaya yang dapat dilakukan adalah melakukan kegiatan yang menyenangkan secara bersama-sama diluar rumah atau keluarga mengikutsertakan pasien pada acara keluarga atau acara keagamaan.

#### 1. Kebersihan diri

Penderita stroke juga memerlukan bantuan keluarga dalam memenuhi perawatan diri. Kemunduran fisik akibat stroke menyebabkan kemunduran gerak fungsional baik kemampuan mobilisasi atau perawatan diri. Penderita stroke yang tidak dapat bergerak harus sering digerakkan dan direposisi. Hal yang perlu diperhatikan keluarga dalam perawatan kulit dapat meliputi perhatian terhadap kondisi seprai tempat tidur penderita stroke harus terpasang kencang dan perhatian terhadap bagian-bagian tubuh yang paling berisiko pada penderita yang hanya dapat berbaring atau duduk di kursi roda, antara lain punggung bawah (*sakrum*), paha, tumit, siku, bahu, dan tulang belikat (*skapula*).

Keluarga dapat menggunakan spons kering untuk membantali titik-titik tekanan ini sekali sehari agar mencegah tertekannya saraf. Penderita stroke yang tidak dapat minum tanpa bantuan harus

membersihkan mulutnya dengan sikat lembut yang lembab atau kapas penyerap sekitar satu jam. Perawatan mulut yang teratur sangat penting, terutama untuk penderita yang sulit atau tidak dapat menelan. Bagian sekitar mata pasien juga perlu diperhatikan kebersihannya. Gunakan kain lembab yang bersih untuk membersihkan kelopak mata pasien.