

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Stroke adalah gangguan fungsional otak yang terjadi secara mendadak dengan tanda klinis fokal atau global yang berlangsung lebih dari 24 jam (kecuali ada tindakan dari pembedahan atau kematian) tanpa tanda-tanda penyebab non vaskuler, termasuk didalamnya tanda-tanda perdarahan subarakhnoid, perdarahan intraserebral, iskemik atau infark serebri (Mutiarasari, 2019). Stroke merupakan penyebab disabilitas nomor satu dan penyebab kematian nomor tiga di dunia setelah penyakit jantung dan kanker, baik di negara maju maupun berkembang (Kemenkes RI, 2023).

Data *Institute for Health Metrics and Evaluation* (IHME) tahun 2019 menunjukkan stroke sebagai penyebab kematian utama di Indonesia (19,42% dari total kematian). Secara global, satu dari empat orang di atas usia 25 akan mengalami stroke seumur hidup mereka dan ada lebih dari 101 juta orang yang hidup saat ini dengan penyakit stroke. Menurut *World Stroke Organization* secara global 1 dari 4 orang dewasa di atas usia 25 tahun akan mengalami stroke seumur hidup mereka. 12,2 juta orang di seluruh dunia akan terkena stroke pertama mereka tahun ini dan 6,5 juta akan meninggal sebagai akibatnya (*World Stroke Organization*, 2022). Lebih dari 110 juta orang di dunia pernah mengalami stroke. Insiden stroke meningkat secara signifikan seiring bertambahnya usia, namun lebih dari 60% stroke terjadi pada orang

usia 70 tahun dan 16% terjadi pada mereka yang berusia di bawah 50 tahun (Mutiarasari, 2023).



Stroke merupakan kerusakan struktural otak yang disebabkan oleh tersumbat atau pecahnya pembuluh darah di otak. Berdasarkan data riset kesehatan dasar (Riskesdas) tahun 2018, Indonesia memiliki angka prevalensi stroke yang tinggi yaitu 10,9 permil dan memegang angka kematian tertinggi pertama di Asia Tenggara. Dengan tingginya angka kejadian dan kematian stroke di Indonesia, sangatlah diperlukan kesadaran dan kewaspadaan masyarakat terhadap tanda, gejala dan penanganan segera pada orang yang mengalami stroke. Beberapa tanda dan gejala yang sering ditemukan pada penderita stroke seperti mulut mencong, bicara pelo atau kelemahan satu sisi tubuh. Di Indonesia, berdasarkan hasil Riskesdas tahun 2018 prevalensi penyakit stroke pada tahun 2018 berdasarkan diagnosis dokter pada penduduk umur ≥ 15 tahun sebesar 10,9% atau diperkirakan sebanyak 2.120.362 orang (Kemenkes RI, 2018). Berdasarkan kelompok umur kejadian penyakit stroke terjadi lebih banyak pada kelompok umur ≥ 75 tahun yaitu 50,2% dan proporsi penderita stroke paling sedikit adalah kelompok umur 15-24 tahun yaitu 0,6%. Laki-laki dan perempuan memiliki proporsi kejadian stroke yang hampir sama. Presentase relatif lebih tinggi pada masyarakat dengan latar belakang pendidikan rendah yaitu sebesar 16,5%. Prevalensi penyakit stroke yang tinggal di daerah perkotaan lebih besar yaitu 12,6% dibandingkan dengan yang tinggal di pedesaan yaitu 8,8% serta presentase pada masyarakat yang tidak bekerja juga lebih tinggi yaitu sebesar 11,4% (Kemenkes RI, 2018). Menurut Data Riskesdas 2018, prevalensi stroke di Provinsi Sulawesi Selatan yaitu 10,6% (Kemenkes RI, 2018).



itu, dalam laporan juga disebutkan bahwa peningkatan prevalensi stroke
dan peningkatan usia dengan umur puncak berada pada umur 75 tahun atau

lebih tua (Yousufuddin & Young, 2019). Prevalensi stroke dapat dikatakan sama pada kedua jenis kelamin. Secara global, stroke lebih sering ditemui pada pria, namun wanita memiliki tingkat keparahan penyakit yang lebih buruk ketika terkena stroke dibandingkan dengan pria (Chen *et al.*, 2019).

Seperti halnya kejadian pasien dengan stroke di Puskesmas Antara diketahui bahwa selama tahun 2022 terdapat 294 orang pasien dan tahun 2023 mengalami peningkatan menjadi 400 orang pasien dan sampai saat ini masih banyak pasien yang secara rutin melakukan kontrol ke Puskesmas Antara. Hal ini menandakan bahwa semakin meningkat dari tahun ke tahun dan sangat penting untuk mendapatkan perhatian terutama dalam pencegahan penyakit stroke bagi masyarakat umum (Data Rekam Medis Puskesmas Antara Makassar, 2024).

Penyakit stroke memberikan dampak yang sangat merugikan bagi penderitanya. Dampak stroke yang paling umum terjadi yaitu kelumpuhan anggota gerak, *face dropping*, gangguan penglihatan, gangguan menelan, gangguan sensasi raba, dan gangguan bicara. Stroke bukanlah sekedar terjadinya kerusakan pada jaringan otak yang disebabkan berkurangnya aliran darah ke otak dengan berbagai sebab yang ditandai dengan kelumpuhan sensorik atau motorik tubuh sampai dengan terjadinya penurunan kesadaran, akan tetapi stroke sekaligus serangan terhadap kesehatan psikologis seperti harga diri, ketekunan dan kesabaran, daya tahan dalam menghadapi *stressor*, dan penyesuaian diri. Stroke merupakan penyebab utama disabilitas pada 80% pasien stroke yang meninggalkan dampak pada aspek biopsikososial.



nya atau tidak mampunya bekerja, ketergantungan tinggi terhadap

keluarga /*caregiver*, terhambatnya sosial karena disabilitas, dan depresi adalah sebagian masalah yang sering dialami oleh penderita stroke (Mokoagouw, 2023).

Caregiver merupakan orang-orang yang membantu aktivitas sehari-hari individu yang membutuhkan bantuan perawatan seperti orang sakit maupun anak-anak. *Caregiver* bisa mencakup keluarga, orang-orang terdekat yang membantu penderita sakit dalam menjalankan aktivitas sehari-harinya (APA, 2015). Sebagai *caregiver*, keluarga sangat berperan dalam fase pemulihan ini, sehingga sejak awal perawatan keluarga diharapkan terlibat penanganan pasien. Selama perawatan di rumah, keluarga berperan penting dalam upaya meningkatkan kemampuan pasien untuk mandiri, meningkatkan rasa percaya diri pasien, meminimalkan kecacatan menjadi seringan mungkin, serta mencegah terjadinya serangan ulang stroke. Oleh karenanya, dampak dari stroke tidak hanya dialami oleh pasien itu sendiri namun juga dialami oleh keluarga yang merawatnya (*family caregiver*). Orientasi *Caregiver* merupakan salah satu upaya untuk mencapai lansia sehat, mandiri, dan produktif. *Caregiver* merupakan orang yang merawat lansia yang memerlukan perawatan jangka panjang seperti stroke dan lumpuh. Penting bagi *caregiver* memiliki keterampilan khusus dalam melakukan perawatan kepada lansia agar kebutuhannya dapat terpenuhi, mencegah terjadinya komplikasi, serta mempertahankan kualitas hidup lansia yang optimal (Dinkes Jepara, 2022).

Adanya beban dan adaptasi *caregiver* seringkali membuat *cargiver* merasakan ketidakpuasan saat merawat lansia yang mengalami stroke, terlebih lansia dengan



ebut mengalami ketergantungan yang sangat tinggi kepada *caregiver*.
egiver seringkali mengalami perubahan emosional menjadi sering marah

kepada anggota keluarga lainnya karena merasa capek setelah merawat lansia stroke. Hal ini terjadi seringkali saat awal-awal *caregiver* merawat lansia stroke. Hal ini terjadi kemungkinan karena kurang adanya adaptasi antara *cargiver* dengan pasien stroke. Selain itu *caregiver* juga mengalami stres karena tingginya ketergantungan pasien stroke kepada *caregiver* (Herera, 2018).

Keluarga berperan penting terhadap keberhasilan pengobatan dan perawatan pasien stroke di rumah baik dari segi fisik, psikosial dan spritual. Adapun tugas keluarga yaitu membantu memenuhi kebutuhan dasar pasien seperti kebutuhan eliminasi, nutrisi, *self care*, *dressing* dan mobilisasi. Selain itu keluarga juga melakukan tugas perawatan seperti memberikan obat, melakukan tugas rumah tangga seperti memasak, belanja, membersihkan rumah, bantuan dalam masalah keuangan dan memberikan dukungan emosional. Kondisi ini akan menjadi semakin berat beban *family caregiver* terlebih saat pertama kali merawat pasien stroke. Adanya kekurangan informasi dan pengetahuan semakin mendukung meningkatnya beban keluarga. Keluarga juga kesulitan dalam memenuhi kebutuhan ADL pasien, mengalami perubahan kondisi fisik, perubahan waktu istirahat dan tidur, perubahan kondisi psikologis, perubahan aktivitas sosial dan perubahan ekonomi (Kadarwati dkk., 2019).

Kebutuhan informasi kesehatan menjadi kebutuhan sangat penting yang paling utama (89,96%) pada *family caregiver*, berikutnya ada kebutuhan dukungan profesional (88,30%), kebutuhan dukungan komunitas (87,30%), kebutuhan emosional (80,19%), kebutuhan keterlibatan dalam perawatan (78,71%) dan dukungan instrumental (66,49%). Kebutuhan informasi kesehatan, dukungan



instrumental, dukungan emosional, dukungan komunitas, dukungan profesional dan dukungan keterlibatan dalam perawatan sangat dibutuhkan oleh *family caregiver* dalam merawat anggota keluarganya yang terserang stroke. Dengan demikian, jika kebutuhan *family caregiver* terpenuhi dengan baik maka *caregiver* akan merasa akan lebih puas dan tidak merasa terbebani secara penuh saat merawat lansia dengan stroke (Rohmah dan Rifayuna, 2021).

Seperti halnya hasil observasi awal pada beberapa anggota keluarga yang mengantar pasien stroke saat melakukan kontrol ke Puskesmas Antara yang dilakukan peneliti pada 14 Maret 2024 mengatakan bahwa *caregiver* merasa capek, karena seringnya lansia stroke terbangun saat malam hari, karena merasa tidak bisa tidur nyenyak sehingga sebagai *caregiver* juga ikut terbangun dan melayani semua kebutuhan saat malam hari. Padahal saat pagi dan siang hari *caregiver* harus menyiapkan makanan, membersihkan tubuh lansia stroke dan membantu semua kebutuhan lansia stroke. Terlebih saat awal *caregiver* merawat lansia stroke dan belum mempunyai pengalaman dalam merawat lansia stroke dengan baik. Kondisi ini semakin membuat beban *caregiver* semakin berat. Hal ini membuat *caregiver* terkadang merasa drop kondisi tubuhnya, sangat capek, lelah, baik secara fisik maupun psikis yang menyebabkan stres *caregiver*. Kondisi inilah yang seringkali membuat *caregiver* merasa tidak puas dan seringkali menyalahkan kondisi pasien dan diri sendiri saat merawat lansia stroke.

Berdasarkan uraian pada latar belakang di atas maka peneliti tertarik untuk



n penelitian terkait bagaimana gambaran kepuasan *caregiver* dalam perawatan lansia *post stroke* dan di Puskesmas Antara juga belum ada

peneliti lain yang melakukan penelitian terkait kepuasan *caregiver* dalam merawat lansia *post stroke*. Oleh karena itu, peneliti akan mengadakan penelitian dengan judul “Gambaran Kepuasan *Caregiver* Dalam Merawat Lansia *Post-Stroke* di Puskesmas Antara Makassar”.

B. Signifikansi Masalah

Stroke dapat menyebabkan kecacatan, baik ringan maupun berat. Kecacatan yang disebabkan oleh stroke bisa mempengaruhi keadaan fisik dan psikis selain lansia dengan stroke juga *caregiver* yang merawat lansia stroke tersebut. Adanya beban yang berat dan tingginya tingkat ketergantungan lansia stroke kepada *family caregiver* membuat *family caregiver* sering merasa terbebani, meningkatkan stres dan menurunkan kepuasannya dalam merawat lansia stroke. Kepuasan *family caregiver* dalam merawat lansia stroke sangat penting dibutuhkan oleh *family caregiver*. Hal ini dikarenakan jika *family caregiver* tidak puas saat merawat lansia stroke maka akan berdampak negatif kepada lansia stroke, dimana lansia akan semakin menurun kelangsungan dan kualitas hidupnya. Namun jika kepuasan *family caregiver* terjaga dengan baik maka akan berdampak positif kepada lansia stroke juga dimana lansia stroke akan lebih terawat dengan baik, mampu beradaptasi dengan lingkungan dan semakin meningkat kualitas hidupnya, karena mengingat penyakit stroke membutuhkan perawatan jangka panjang.



Masalah

Stroke merupakan penyakit keluarga yang dapat mempengaruhi kualitas hidup penderita stroke itu sendiri dan juga *family caregiver* yang merawatnya. *Family caregiver* mempunyai peran besar dalam perawatan lansia *post-stroke*, dimana *family caregiver* berperan penting dalam proses pengobatan, perawatan dan penyembuhan pasien stroke. Namun terkadang mereka tidak selalu siap saat menjalankan perannya tersebut. Kepuasan dari *family caregiver* harus cukup terpenuhi agar mereka tidak merasa stres bahkan depresi saat merawat lansia *post-stroke* terlebih lansia mengalami ketergantungan yang amat besar kepada *caregiver*. Oleh karenanya dalam penelitian ini peneliti membuat rumusan masalah adalah “Bagaimana gambaran kepuasan *caregiver* dalam merawat lansia *post-stroke* di Puskesmas Antara Makassar?”.

D. Tujuan Penelitian

Berdasarkan rumusan masalah penelitian tersebut, maka tujuan penelitian ini adalah:

1. Tujuan Umum

Diketahui gambaran kepuasan *caregiver* dalam merawat lansia *post-stroke* di Puskesmas Antara Makassar.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi karakteristik responden *family caregiver* yang merawat lansia dengan *post stroke* di Puskesmas Antara Makassar.



- igidentifikasi karakteristik responden lansia *post stroke* yang merawat ia dengan *post stroke* di Puskesmas Antara Makassar.

- c. Mengidentifikasi gambaran kepuasan *caregiver* dalam merawat lansia *post-stroke* di Puskesmas Antara Makassar.

E. Kesesuaian Penelitian dengan *Roadmap* Prodi Ilmu Keperawatan

Penelitian yang dilakukan oleh peneliti dengan judul gambaran kepuasan *caregiver* dalam merawat lansia *post-stroke* di Puskesmas Antara Makassar telah sesuai dengan domain dua pada *roadmap* penelitian program studi Ilmu Keperawatan, yaitu optimalisasi pengembangan insani melalui pendekatan dan upaya promotif, serta preventif pada individu. Hal ini dikarenakan peneliti akan melakukan identifikasi terhadap kepuasan *caregiver* terutama *family caregiver* daat merawat lansia dengan *post stroke* pada pasien lansia *post stroke* di Puskesmas Antara Makassar, yang kemudian nantinya hasil dari identifikasi tersebut diharapkan mampu mencegah terjadinya tingkat stres bahkan depresi *family caregiver* saat merawat lansia dengan *post stroke*.

F. Manfaat Penelitian

1. Bagi Ilmu Pengetahuan

Penelitian ini dapat digunakan sebagai informasi dan acuan pengembangan ilmu pengetahuan terkait gambaran kepuasan *caregiver* dalam merawat lansia *post-stroke* di Puskesmas Antara Makassar.

2. Bagi Instansi Pendidikan



an ini dapat digunakan sebagai informasi terkait kepuasan *caregiver* a *family caregiver* dalam merawat lansia dengan *post stroke* sehingga

dapat digunakan sebagai bahan evaluasi selanjutnya terkait kesehatan jiwa *family caregiver* saat merawat lansia *post stroke*.

3. Bagi Peneliti Selanjutnya

Penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan penelitian selanjutnya yang berhubungan dengan gambaran kepuasan *caregiver* dalam merawat lansia *post-stroke* di Puskesmas Antara Makassar.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Tentang Stroke

1. Definisi Stroke

Stroke terjadi apabila pembuluh darah otak mengalami penyumbatan atau pecah, sehingga sebagian otak tidak mendapatkan pasokan darah yang membawa oksigen yang diperlukan akibatnya otak mengalami kematian sel/jaringan (Kemenkes RI, 2018). Stroke sering menyebabkan cacat berupa kelumpuhan gerak, gangguan bicara, proses berpikir, daya ingat dan bentuk-bentuk an yang lain sebagai akibat gangguan fungsi (Esti & Johan, 2020).



WHO (*World Health Organization*) mendefinisikan stroke sebagai suatu keadaan dimana ditemukan tanda-tanda klinis yang berkembang cepat berupa defisit neurologik fokal dan global, yang dapat memberat dan berlangsung lama selama 24 jam atau lebih dan atau dapat menyebabkan kematian, tanpa adanya penyebab lain yang jelas selain vascular. Stroke terjadi apabila pembuluh darah otak mengalami penyumbatan atau pecah akibatnya sebagian otak tidak mendapatkan pasokan darah yang membawa oksigen yang diperlukan sehingga mengalami kematian sel/jaringan (P2PTM Kemenkes RI, 2018). Penyumbatan menyebabkan sistem saraf berhenti, maka sirkulasi darah dan oksigen rusak dan bahkan mati sehingga organ tubuh yang terkait dengan sistem saaraf tersebut akan sulit bahkan tidak bergerak. Untuk itu, stroke menjadi penyakit dengan gangguan saraf yang paling berbahaya, karena terjadi secara mendadak, progresif, dan cepat berupa defisit neurologis fokal yang disebabkan adanya sumbatan, penyempitan atau pecahnya pembuluh darah (Mallua, 2023).

2. Etiologi Stroke

Stroke dibagi menjadi dua tipe yaitu iskemik dengan angka kejadian sebesar 87% dan hemoragik sebesar 13% (*American Stroke Association*, 2016). Klasifikasi penyakit stroke terdiri dari beberapa kategori, diantaranya adalah berdasarkan kelainan patologis, secara garis besar stroke dibagi dalam dua tipe yaitu, stroke iskemik dan stroke hemoragik.

a. Stroke Iskemik



Stroke iskemik terjadi bila ada obstruksi arteri aliran darah ke otak dari pembentukan thrombus, embolus, atau hipoperfusi berhubungan dengan

penurunan volume darah atau gagal jantung. Suplai darah yang tidak memadai menghasilkan iskemia (oksigen seluler tidak memadai) dan dapat berkembang menjadi infark atau kematian jaringan (Soeatmadji dkk., 2019). Stroke iskemik terdiri dari 3 jenis yaitu :

- 1) Stroke Trombotik yaitu jenis stroke yang disebabkan terbentuknya thrombus yang menyebabkan terjadinya penggumpalan.
- 2) Stroke Embolik yaitu jenis stroke yang disebabkan oleh karena tertutupnya pembuluh arteri oleh bekuan darah.
- 3) Hipoperfusion Sistemik yaitu jenis stroke yang disebabkan berkurangnya aliran darah ke seluruh bagian tubuh karena adanya gangguan denyut jantung (Annisa dkk., 2022).

Pada stroke iskemik dapat timbul muntah, disfagia (kesulitan menelan), kebutaan monokuler, afasia/gangguan bahasa, gangguan sensorik dan motorik, hilangnya kesadaran, dan dapat mengganggu fungsi serebelar. Pada stroke hemoragik dapat timbul berbagai manifestasi klinis, seperti nyeri kepala, tekanan darah meningkat, muntah, kejang, lesu, penurunan kesadaran, bradikardi, kaku leher, kelumpuhan, kelumpuhan lapang pandang vertikal, penurunan kelopak mata dan pupil tidak reaktif (Alifia, 2021).

b. Stroke Hemoragik

Stroke hemoragik merupakan akibat dari pembuluh darah yang melemah kemudian pecah dan menyebabkan pendarahan di sekitar otak. Darah yang kemudian terakumulasi dan menekan jaringan sekitar otak. Penyebab utama stroke hemoragik intraparenchymal adalah hipertensi dengan penyebab



lain termasuk tumor, gangguan koagulasi trauma, atau penggunaan narkoba, khususnya kokain. Perdarahan subarachnoid dikaitkan dengan pecahnya aneurisma atau malformasi arteri. Perdarahan subdural biasanya berhubungan dengan trauma otak. Penyebab hipertensi stroke hemoragik melibatkan arteri terutama yang lebih kecil dan arteriol, mengakibatkan penebalan dinding pembuluh darah dan meningkatkan selularitas pembuluh darah, kemungkinan didapatkan nekrosis (Soeatmadji dkk., 2019). Stroke hemoragik juga dapat dipengaruhi oleh faktor genetik, usia, jenis kelamin, serta suku/ras. Keluhan yang menjadi tanda klinis yang biasa muncul pada stroke hemoragik adalah terjadinya defisit neurologis fokal dengan onset mendadak, antara lain sakit kepala, muntah, kejang, tekanan darah yang sangat tinggi, dan penurunan tingkat kesadaran. Gejala awal yang paling sering dialami adalah sakit kepala. Pada semua pasien stroke hemoragik, perlu dilakukan pemeriksaan umum neurologis, tingkat kesadaran dan tanda-tanda vital sebagai satu bentuk penilaian klinis. Umumnya pada pasien stroke hemogenik memiliki keadaan lebih buruk dibandingkan dengan pasien stroke iskemik (Setiawan, 2020).

Stroke hemoragik dapat dibagi menjadi dua jenis menurut letaknya, yaitu :

- 1) Hemoragik intraserebral yaitu perdarahan terjadi di dalam jaringan otak.

Pendarahan ini biasanya disebabkan hipertensi yang menyebabkan terjadinya kerusakan pada dinding pembuluh darah.



- 2) Hemoragik subaraknoid yaitu perdarahan terjadi di ruang subaraknoid (ruang sempit antara permukaan otak dan lapisan jaringan yang menutupi otak).

Pada stroke hemoragik, penilaian klinis dapat dilakukan dengan pemeriksaan fisik umum neurologis, pengukuran tanda vital, dan tingkat kesadaran. Pemeriksaan fisik yang dilakukan adalah pemeriksaan kepala, telinga, hidung dan tenggorokan (THT), serta ekstremitas. Dalam mencari edema tungkai yang diakibatkan trombosis vena dapat dilakukan pemeriksaan ekstremitas. Untuk pemeriksaan neurologis lainnya dapat dilakukan pemeriksaan refleks batang otak, refleks fisiologis dan patologis serta nervus kranialis. Untuk menentukan luas dan lokasi lesi, pemeriksaan neurologis dilakukan dengan membandingkan semua sisi yaitu kanankiri, atas-bawah (Setiawan, 2020).

3. Faktor Risiko

Jumlah korban stroke meningkat setiap tahunnya, tidak hanya menyerang orang lanjut usia, tetapi juga orang muda dan orang produktif. Hal ini karena pola hidup dan gaya hidup masyarakat yang tidak sehat, seperti malas berolahraga, makan makanan berlemak dan kadar kolesterol tinggi, sehingga banyak dari mereka menderita penyakit yang memicu stroke. Faktor risiko stroke adalah hal-hal yang dapat menyebabkan atau mempercepat terjadinya stroke pada seseorang (P2PTM Kemenkes RI, 2020).



Kementrian Kesehatan Republik Indonesia (2019) membagi faktor risiko stroke dalam 2 kelompok yaitu faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi dan faktor risiko yang dapat dimodifikasi.

a. Faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi diantaranya adalah

1) Usia. Secara umum, stroke merupakan penyakit yang berhubungan dengan penuaan. Insiden stroke meningkat seiring bertambahnya usia, dengan insiden dua kali lipat setiap dekade setelah usia 55 tahun. Semakin tua umur seseorang maka risiko stroke akan semakin tinggi. Hal ini disebabkan karena proses penuaan dimana semua organ tubuh mengalami penurunan fungsi yang terjadi secara alamiah. Pada orang lanjut usia, pembuluh darah lebih kaku karena adanya plak. Tetapi belakangan ini, stroke juga stroke juga bisa menyerang usia muda. Ini disebabkan karena pada pola makan dan jenis makanan yang dikonsumsi. Untuk itu, stroke menyerang segala umur dan jenis kelamin

2) Jenis kelamin, Hubungan antara jenis kelamin dan stroke tergantung pada usia. Pada usia muda, wanita memiliki risiko stroke yang sama atau lebih tinggi daripada pria. Risiko stroke pada wanita yang lebih tinggi pada usia yang lebih muda mungkin mencerminkan beberapa faktor yang terkait seperti kehamilan, keadaan nifas, serta faktor hormonal lainnya, seperti penggunaan alat kontrasepsi hormonal. Sering kali ditemukan, laki-laki lebih beresiko tiga kali lipat dibandingkan wanita. Akan tetapi, ini bukan berarti bahwa kaum wanita sama sekali tidak mempunyai resiko stroke, melainkan hanya lebih cepat laki-laki yang terkena stroke. Stroke yang



menyerang kaum laki-laki biasanya jenis stroke iskemik, sedangkan pada perempuan stroke hemoragik.

- 3) Faktor genetik. Keturunan atau faktor genetik, sesuai dengan penemuan para ahli kesehatan bahwa faktor genetik atau keturunan hampir menjadi faktor resiko dari semua penyakit, tidak terkecuali penyakit stroke. Sebagian besar dari penyebab stroke adalah karena faktor keturunan pada anggota keluarga yang memiliki sejarah menderita penyakit stroke.
- 4) Ras tertentu. Risiko stroke orang kulit hitam dua kali lipat daripada orang kulit putih dan memiliki tingkat stroke yang lebih tinggi. Faktor genetik juga merupakan faktor risiko stroke yang tidak dapat dimodifikasi, dengan adanya riwayat orangtua dan riwayat keluarga (P2PTM Kemenkes RI, 2019).

b. Faktor Risiko yang dapat dimodifikasi diantaranya:

- 1) Hipertensi. Tekanan darah yang tinggi, baik sistolik maupun diastolik, dapat meningkatkan risiko stroke pada pasien hipertensi (Hidayatik et al., 2021). Penderita hipertensi dianjurkan untuk melakukan perubahan gaya hidup, seperti perubahan pola makan dan peningkatan aktivitas fisik, untuk mengurangi dampak hipertensi. Hipertensi juga menyebabkan rusaknya sel-sel endotel pembuluh darah melalui pengrusakan lipid dibawah otot polos. Dengan begitu, penderita dianjurkan untuk mengatur atau menormalkan tekanan darah. Penyakit jantung, stroke juga dapat disebabkan oleh penyakit jantung yang diderita seseorang. Bahkan orang



yang melakukan pemasangan katup jantung buatan akan meningkatkan resiko stroke

- 2) Diabetes melitus, diabetes juga merupakan bagian dari faktor resiko stroke. Karenanya, penderita diabetes mempunyai resiko terserang stroke. Hal ini disebabkan oleh pembuluh darah yang kaku, sehingga peningkatan atau penurunan kadar glukosa darah yang secara tiba-tiba juga dapat menyebabkan kematian otak. Oleh karena itu, bagi seseorang terutama menderita stroke agar mengatur kadar gulanya.
- 3) Penyakit jantung juga merupakan penyakit yang rentan berkomplikasi dengan serangan stroke, karena berhubungan dengan aliran darah. Darah yang dipompa oleh jantung tidak terdistribusi sempurna sehingga detak jantung yang memompa darah akan terganggu
- 4) Obesitas, biasanya orang yang mengalami obesitas cenderung menderita serangan stroke. Hal ini disebabkan karena kadar lemak dan kolesterol meninggi pada penderita obesitas. Disini, pada orang obesitas kadar LDL lebih tinggi dibandingkan dengan kadar HDL. Tidak hanya stroke, obesitas juga dapat meningkatkan hiperkolesterol, dan diabetes mellitus.
- 5) Gaya hidup tidak sehat seperti merokok, konsumsi alkohol, penyalahgunaan obat terlarang. Rokok sangat banyak mengandung nikotin. Sehingga mengakibatkan terjadinya denyut jantung yang meningkat, tekanan darah meninggi, menurunkan kolesterol HDL, meningkatkan kolesterol LDL, dan mempercepat arteriosclerosis. Dengan demikian, merokok menjadi faktor resiko yang berpotensi terhadap



serangan stroke akibat pecahnya pembuluh darah pada daerah posterior otak. Alkohol dan obat-obatan terlarang dapat menyebabkan sempitnya pembuluh darah di otak dan menyebabkan terjadinya stroke. Hal ini disebabkan karena pembuluh darah yang berfungsi mengirim oksigen ke daerah otak terganggu.

4. Manifestasi Klinis

Gejala neurologis yang timbul tergantung berat ringannya gangguan pembuluh darah dan lokasinya. Menurut Alifia (2021), manifestasi klinis stroke dapat berupa :

- a. Kelumpuhan wajah atau anggota badan (biasanya hemiparesis) yang timbul mendadak.
- b. Gangguan sensibilitas pada satu atau lebih anggota badan (gangguan hemisensorik).
- c. Perubahan mendadak status mental (konvusi, delirium, letargi, stupor, atau koma).
- d. Afasia (bicara tidak lancar, kurangnya ucapan, atau kesulitan memahami ucapan).
- e. Disartria (bicara pelo atau cadel).
- f. Gangguan penglihatan (hemianopia atau monokuler) atau diplopia.
- g. Ataksia (truncal atau anggota badan).
- h. Vertigo, mual dan muntah, atau nyeri kepala.



ikasi Stroke

Beberapa komplikasi stroke seperti yang diutarakan Alifia (2021) diantaranya:

- a. Dekubitus: tidur yang terlalu lama dapat mengakibatkan luka/lecet pada bagian tubuh yang menjkasuadi tumpuan saat berbaring, seperti: pinggul, pantat, sendi kaki, dan tumit. Luka (dekubitus) ini bila dibiarkanakan terkena infeksi. Untuk mencegah itu, pasien di anjurkan untuk berpindah dan digerakkan secara teratur tidak peduli parah sakitnya pasien.
- b. Pembekuan darah: bekuan darah dapat terjadi pada kaki yang lumpuh, penumpukan cairan dan pembengkakan, embolisme paru-paru. Kelumpuhan sebelah bagian tubuh (hemiplegia) merupakan cacat yang paling umum akibat stroke. Bila stroke menyerang bagian otak kiri, terjadi hemiplegia kanan. Kelumpuhan mulai dari bagian wajah kanan hingga kaki sebelah kanan, termasuk tenggorakan dan lidah. Hal ini menyebabkan kesulitan dalam melaksanakan kegiatan sehari-hari. Bila kerusakan terjadi pada bagian bawah otak maka kemampuan seseorang dalam mengggkordinasikan gerakan tubuh akan berkurang.
- c. Pneumonia: terjadi biasanya pasien tidak dapat batuk atau menelan dengan baik sehingga menyebabkan caira terkumpul di paru-paru selanjutnya terinfeksi. Untuk mengatasi ini dokter akan memberikan antibiotika.
- d. Kekakuan otot dan sendi: terbaring lama akan menimbulkan kekakuan pada otot dan atau sendi, untuk itulah fisioterapi dilakukan sehingga kekakuan otot

k terjadi atau minimal dikurangi.



- e. Stress/depresi: terjadi karena anda merasa tidak berdaya dan ketakutan dimasa depan. Gangguan PSA adalah masalah psikologis yang relatif umum setelah depresi. Ada beberapa jenis gangguan kecemasan: gangguan kecemasan umum, fobia, mutisme selektif, agorafobia, gangguan kecemasan sosial, dan rasa panik. Gangguan ini memiliki gejala psikologis dasar yang serupa, seperti ketidaknyamanan, kekhawatiran dan ketakutan yang terus-menerus dan berlebihan. Secara khusus, gangguan kecemasan juga dapat dikaitkan dengan gejala fisik yang signifikan, beberapa di antaranya menyerupai gejala neurologis, seperti ketegangan otot, pusing, mati rasa atau kesemutan di tangan atau kaki, sakit kepala, nyeri otot atau persendian kronis, dan gangguan tidur (Mallua, 2023)
- f. Perubahan mental: stroke tidak selalu membuat orang menjadi merosot dan beberapa perubahan biasanya bersifat sementara. Saat stroke mempengaruhi daya pikir, kesadaran, konsentrasi, kemampuan belajar. Semua hal ini dengan sendirinya akan mempengaruhi penderita. Marah, sedih dan tak berdaya seringkali menurunkan semangat hidupnya sehingga muncul dampak emosional yang berbahaya.
- g. Gangguan komunikasi, paling tidak seperempat klien stroke mengalami gangguan komunikasi antara lain:
- 1) Disartria (kesulitan berbicara), ditunjukkan dengan berbicara sulit dimengerti yang disebabkan oleh paralisis otot yang bertanggung jawab untuk berbicara.



- 2) Disfasia atau fasia (bicara defektif atau kehilangan bicara) terutama ekspresif atau reseptif.
 - 3) Apraksia (ketidakmampuan melakukan tindakan yang dipelajari sebelumnya) seperti terlihat ketika pasien mengambil sisir dan berusaha untuk menyisir rambutnya.
- h. Disfungsi saluran kemih, paru. Pasien pasca stroke mungkin mengalami inkontinensia urinarius sementara karena konfusi, ketidakmampuan mengkomunikasikan kebutuhan dan ketidakmampuan menggunakan urinal/bedpan karena kerusakan kontrol motorik dan postural. Terkadang setelah stroke, kandung kemih menjadi atonik, dengan kerusakan sensasi dalam respon terhadap pengisian kandung kemih. Terkadang kontrol sfinger urinarius eksternal hilang atau berkurang. Inkontinensia ani dan urin yang berlanjut menunjukkan kerusakan neurologis luas.
- i. Kardiovaskuler: gagal jantung, serangan jantung, emboli paru,
- j. Gangguan proses berpikir dan ingatan: pikun (dimensia).
Visuospasial/eksekutif, memori dan bahasa adalah gangguan fungsi kognitif yang paling sering terjadi pada pasien stroke. Stroke terjadi akibat adanya penyumbatan lumen arteri serebral dan pecahnya pembuluh darah yang menyebabkan penurunan jumlah darah yang mengalir ke bagian otak tertentu dan bermanifestasi dalam bentuk defisit neurologik tergantung lokasi anatomi otak yang terganggu, salah satunya adalah fungsi kognitif. Banyak hal yang dapat mempengaruhi timbulnya penurunan kognitif, salah satunya adalah lesi. Kerusakan pada hemisfer kanan menyebabkan gangguan pada



visuospasial, visuomotor, memori visual dan koordinasi motorik, sedangkan kerusakan pada hemisfer kiri menyebabkan gangguan pada bahasa, membaca, menulis, berhitung, memori verbal dan gerak motorik (Boletimi dkk., 2021).

6. Pemeriksaan Penunjang Penyakit Stroke

Beberapa pemeriksaan yang dapat dilakukan sebagai penunjang pada penyakit stroke seperti diutarakan Lengga dkk (2023), antara lain :

- a. Angiografi Serebral. Pemeriksaan yang dilakukan untuk membantu menentukan penyebab dari stroke secara spesifik.
- b. CT Scan. Pemeriksaan ini dapat membantu untuk memperlihatkan secara spesifik letak edema, posisi hematoma, adanya jaringan otak yang infark atau iskemia, dan posisinya secara pasti. Umumnya hasil pemeriksaan didapatkan hiperdens fokal, kadang pepadatan terlihat di ventrikel, atau menyebar ke permukaan otak.
- c. MRI (*Magnetic Imaging Resonance*). Pemeriksaan ini menggunakan gelombang magnetik untuk menentukan posisi dan besar/luas terjadinya perdarahan otak. Hasil pemeriksaan biasanya didapatkan area yang mengalami lesi dan infark akibat dari hemoragik.
- d. USG *Doppler*. Pemeriksaan ini membantu untuk mengidentifikasi adanya penyakit arteriovena (masalah sistem karotis).
- e. EEG (*Electroencephalogram*) Pemeriksaan ini bertujuan untuk melihat masalah yang timbul dan dampak dari jaringan yang infark sehingga turunnya impuls listrik dalam jaringan otak.



laksanaan Stroke

Penatalaksanaan penyakit stroke secara umum dimulai dengan evaluasi dan diagnosis yang cepat karena *therapeutic window stroke* akut sangat pendek. Dalam evaluasi ini harus dilakukan secara sistemik dan cermat yang meliputi anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan neurologis dan skala stroke. Umumnya terapi yang diberikan untuk stroke adalah stabilisasi jalan napas dan pernapasan, stabilisasi hemodinamik, pemeriksaan awal fisik umum (tekanan darah, jantung, neurologi umum awal), pengendalian peninggian tekanan intrakranial, penanganan transformasi hemoragik, pengendalian kejang, pengendalian suhu tubuh dan pemeriksaan penunjang (EKG dan *CT-Scan*) (Lengga dkk, 2023). Penatalaksanaan terapi stroke dibedakan menurut jenisnya sebagai berikut:

a. Terapi Farmakologi Stroke Iskemik

Pada stroke iskemik, *American Heart Association* (AHA) merekomendasi terapi antiplatelet/antikoagulan, antihipertensi, antidislipidemia, dan antihiperglikemi untuk mencegah terjadinya stroke yang berulang (Wahidin, 2022). Pengobatan pada pasien stroke iskemik dilakukan dengan dua pendekatan. Pertama, pengobatan medik untuk memulihkan sirkulasi otak di daerah yang terkena stroke (jika mungkin sampai keadaan sebelum sakit) dan kedua, adalah pengobatan dengan menggunakan obat-obat yang mampu menghancurkan emboli atau thrombus pada pembuluh darah.

Pilihan terapi yang dapat digunakan untuk stroke iskemik antara lain :



Fibrinolitik/Trombolitik (rtPA/ *recombinant tissue plasminogen activator*) Intravena. Golongan obat ini digunakan sebagai terapi reperfusi,

untuk mengembalikan perfusi darah yang terhambat pada serangan stroke akut. Contoh dari golongan obat ini adalah : alteplase, tenecteplase dan reteplase. Obat ini bekerja memecah trombus dengan mengaktivasi plasminogen yang terikat pada fibrin (Mutiarasari, 2019).

2) Anticoagulan *Unfractionated Heparin* (UFH) dan *Lower Molecular Weight Heparin* (LMWH). Pasien stroke dapat menggunakan obat ini dengan harapan dapat mencegah terjadinya kembali stroke emboli, namun hingga saat ini literatur yang mendukung pemberian antikoagulan untuk pasien stroke iskemik masih terbatas dan belum kuat. Antikoagulan sebagian besar digunakan untuk pencegahan sekunder jangka panjang pada pasien dengan fibrilasi atrium dan stroke kardioemboli. Terapi antikoagulan untuk stroke kardioemboli dengan pemberian heparin yang disesuaikan dengan berat badan dan warfarin (Coumadin) mulai dengan 5-10 mg per hari (Mutiarasari, 2019).

3) Antiplatelet. Antiplatelet adalah obat yang dapat menghambat agregasi trombosit sehingga menyebabkan terhambatnya pembentukan trombus pada sistem arteri. Antiplatelet yang umum digunakan pada pasien ini adalah clopidogrel 75 mg. Clopidogrel adalah obat penghambat antiagregasi trombosit yang memiliki efek untuk mencegah terjadinya stroke susulan (Wahidin, 2022).

4) Neuroprotektif. Neuroprotektor merupakan obat yang bertujuan untuk menyelamatkan jaringan yang terkena iskemia, membatasi area infark agar tidak meluas, memperlama *time window* dan mengurangi cedera



reperfusi. Beberapa obat mempunyai efek neuroprotector antara lain penghambat kanal kalsium (Nimodipine), antagonis presinaptik *Excitatory Amino Acid* (EAA) (fenitoin, libeluzole, prepentofilin), sitikolin, pentoksifilin dan pirasetam

b. Terapi Farmakologi Stroke Hemoragik

Tujuan dari tatalaksana awal dari terapi pada stroke hemoragik adalah untuk mengoptimalkan metabolisme otak saat keadaan patologis, dengan melakukan stabilisasi jalan dan saluran napas pada pasien untuk menghindari hipoksia. Pada fase akut, sebaiknya (PCC). Menurut Pedoman *American Heart Association and American Stroke Association* (AHA/ASA tahun 2015 kelas IIb, level B) menganjurkan penggunaan *Protrombin Complex Concentrate* (PCC) untuk mengatasi stroke hemoragik bila dibandingkan dengan *Fresh Frozen Plasma* (FFP) karena tindakan yang lebih cepat dan memiliki efek samping yang lebih sedikit (Setiawan, 2020).

8. Perawatan Paska Stroke di Rumah

Perawatan di rumah sangat bermanfaat dalam masa transisi setelah klien pulang dari perawatan di rumah sakit. Perawatan di rumah diperlukan oleh penderita stroke yang memasuki fase subakut atau fase pemulihan serta penderita stroke pada fase lanjut atau kronis. Fase sub akut/pemulihan umumnya berlangsung mulai dari 2 minggu sampai dengan 6 bulan pasca stroke, ditandai



adanya pemulihan dan organisasi pada sistem saraf. Fase ini merupakan penting untuk pemulihan fungsional. Perawatan di rumah seringkali

dihubungkan dengan perawat atau fisioterapis, namun pada hakikatnya keluargalah yang dapat merawat secara penuh bagi klien. Perawatan klien pasca stroke di rumah mencakup beberapa hal seperti yang diungkapkan Rahayu (2018) dalam penelitiannya yaitu:

a. Membantu dalam beraktivitas dan mengatasi kelumpuhan atau kelemahan

Apabila sewaktu pulang ke rumah klien belum mampu bergerak sendiri, aturlah klien senyaman mungkin, tidur terlentang atau miring ke salah satu sisi, dengan memberikan perhatian pada bagian lengan atau kaki yang mengalami kelumpuhan/lemah. Posisi lengan atau kaki di ganjal bantal untuk memperlancar arus balik darah ke jantung agar mencegah terjadinya edema. Keluarga juga dapat mencegah terjadinya kekakuan pada tangan dan kaki yang lemah dengan latihan gerak sendi minimal dua hari sekali.

b. Mengaktifkan sisi ekstremitas yang lemah

Pada klien yang masih mengalami kelemahan pada anggota gerak atas, memberi dukungan kepada klien untuk mengaktifkan tangan yang lemah tersebut. Anjurkan klien makan, minum, mandi atau kegiatan harian lain menggunakan tangan yang masih lemah di bawah pengawasan dari keluarga. Dengan demikian sel-sel otak akan terstimulasi untuk berlatih Kembali aktivitas yang dipelajari sebelum sakit.

c. Menciptakan lingkungan yang aman bagi klien



uarga hendaknya menjauhkan atau menghindarkan barang atau keadaan yang dapat membahayakan keselamatan klien, missal nyala api, benda tajam

dan benda berbahaya lain. Keluarga juga harus menyediakan sesuatu yang dibutuhkan klien dengan menaruhnya di tempat yang mudah dijangkau oleh klien. Kamar mandi juga selalu disediakan keset agar tidak licin, serta penerangan di ruangan pun jangan terlalu silau maupun redup. Tempat tidur disesuaikan dan hendaknya lebih rendah sehingga mencegah jatuh pada klien.

d. Membantu dalam keseimbangan dan mencegah terjadinya jatuh

Melatih keseimbangan berdiri, keluarga dapat membantu dengan melatih berjalan dan jika memungkinkan biarkan klien berusaha sendiri dengan keluarga menemani disamping sisi klien yang lemah.

e. Membantu dalam eliminasi (buang air kecil dan besar)

Keluarga dapat menyediakan urinal terutama di malam hari untuk mencegah klien mengompol, dan untuk membantu klien agar tidak mengalami konstipasi yaitu dengan cara memotivasi klien untuk bergerak aktif, mengonsumsi makanan tinggi serat, minum air putih minimal 8 gelas per hari dan membiasakan duduk di kloset secara teratur.

f. Membantu dalam *personal hygiene* dan *grooming* bagi klien

Pasien yang menderita stroke memerlukan bantuan untuk menjaga kebersihan diri mulai dari perawatan kesehatan kulit, gigi dan mulut, rambut, kaki dan kuku, mata, hidung, telinga. Hal ini untuk mencegah terajidnya komplikasi

g lebih parah seperti pneumonia aspirasi atau infeksi oportunistik.

nbantu dalam mengatasi gangguan menelan pada klien



Dalam hal ini yang harus dilakukan keluarga adalah pada saat makan klien duduk di kursi atau makan di tempat tidur dengan duduk tegak 60-90 derajat, ketika klien menelan anjurkan klien untuk memutar kepala ke sisi yang lemah dan menekuk leher dan kepala untuk mempermudah menutupnya jalan nafas ketika klien menelan.

h. Membantu dalam hal berkomunikasi

Pada saat berbicara dengan klien usahakan wajah kita menghadap lurus ke arah klien agar klien bias melihat gerak bibir dan ekspresi wajah kita. Usahakan berbicara perlahan, tenang dengan intonasi suara normal jangan berteriak. Anjurkan dan berikan kesempatan kepada klien untuk berkomunikasi secara total yaitu dengan menggunakan ekspresi wajah dan gerakan tubuh, jangan cemas apabila klien memberikan jawaban yang kurang jelas.

i. Membantu dalam bersosialisasi dengan lingkungan

Klien harus bersosialisasi agar tidak merasa jenuh dan rendah diri.

j. Membantu dalam proses berfikir/kognitif klien

Keluarga dapat mengorientasikan kembali pemahaman klien terhadap tempat, waktu dan orang. Hal lain yang bisa dilakukan dengan mengajak klien untuk membicarakan masa lalu yang menyenangkan.

k. Memenuhi kebutuhan spiritual dan psikososial klien

Keluarga dapat memberikan *support* mental dan selalu mengorientasikan

n kepada realitas yang terjadi. Keluarga harus bersifat optimis bahwa klien
1 mengalami kemajuan. Selalu berkumpul dengan keluarga dan



melakukan ibadah secara bersamaan atau berjamaah untuk mendekatkan diri kepada sang pencipta.

l. Mengatasi gangguan seksual pada klien

Dengan cara konsultasi dengan tim kesehatan dan mempererat hubungan dengan pasangan, sehingga tercipta hubungan yang harmonis.

m. Membantu dalam mengisi waktu luang dan hobi yang dimiliki klien

B. Tinjauan Tentang Kepuasan *Caregiver* Merawat Lansia *Post-Stroke*

1. Definisi *Caregiver*

Caregiver adalah seseorang yang merawat seseorang dikarenakan tidak dapat atau kesulitan dalam melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri (Mollaoglu, 2018). Menurut Afriyeni (2016), *caregiver* adalah seseorang yang memberikan pertolongan kepada seseorang yang tidak dapat melakukan aktivitas karena suatu penyakit yang dideritanya. *Caregiver* memberi dukungan baik fisik maupun psikologis untuk merawat anggota keluarga yang sakit.

2. Jenis *Caregiver*

Caregiver terbagi menjadi dua jenis, yaitu *caregiver formal* dan *caregiver informal*. *Caregiver formal* adalah seorang tenaga profesional atau praprofesional yang memberikan perawatan dengan adanya pembiayaan atau dibayar seperti

; asisten perawat, atau personal care worker. Jadi disimpulkan bahwa *er formal* merupakan seorang profesional yang memberikan perawatan di



rumah, komunitas, maupun institusi. Sedangkan *caregiver informal* adalah seseorang yang memberikan perawatan tanpa dibayar serta memiliki hubungan seperti keluarga, tetangga, maupun teman yang akan menjadi *caregiver primer* atau sekunder. Selain itu juga *caregiver* menyediakan waktu yang penuh atau sebagian dalam membantu dan tinggal dengan seseorang dan tidak dapat dipisahkan. Jadi, dengan demikian *family caregiver* merupakan bagian dari *caregiver informal* (Saputri, 2022).

3. Tugas dan Fungsi Caregiver

Menurut Garnard seperti yang dikutip Saputri (2022) ada 3 tugas spesifik sebagai *caregiver* yaitu sebagai berikut:

- a. Dukungan Medis (*Medical Support*). *Caregiver* memiliki tugas dalam penjadwalan, membantu dalam pengobatan, monitor efek samping dari pemberian obat, manajemen luka, monitor rekam medis serta petunjuk medis.
- b. Pengaturan Jaminan dan Keuangan (*Insurance and Financial Management*). *Caregiver* bertugas dalam menyeleksi asuransi yang tepat, membantu menyiapkan obat dan menemukan sumber asuransi dan menyelamatkan keuangan serta menabung untuk proses pengobatan.
- c. Manajemen Rumah Tangga (*Household Management*). *Caregiver* bertugas untuk memanajemen nutrisi, keamanan, kontrol infeksi, serta menyiapkan dukungan baik fisik, emosional maupun spiritual.

4. Keluarga sebagai Caregiver



family caregiver adalah individu yang memberikan perawatan tanpa upah dari anggota keluarga yang sedang sakit stroke. *Caregiver*

keluarga adalah seseorang yang memberikan perawatan kepada anggota keluarga yang memiliki keadaan lemah, menua, serta keterbatasan mental dan fisik. Apabila ada anggota keluarga yang sakit maka anggota keluarga lain yang mengambil peran dalam pemberian asuhan atau biasa disebut *caregiver*. Dalam memberikan perawatan informal, ada 4 dimensi yang dilakukan oleh *caregiver* keluarga seperti yang diutarakan Saputri (2022) yaitu:

- a. Perawatan langsung, perawatan ini berupa membantu dressing, maupun manajemen obat-obatan.
- b. Perawatan emosional, perawatan ini berupa menyediakan dukungan sosial maupun dukungan lainnya.
- c. Perawatan medis, seperti melakukan negosiasi dengan orang lain maupun tenaga medis untuk kepentingan pasien.
- d. Pengaturan finansial, seperti mengatur keuangan termasuk pengeluaran dan pendapatan.

5. Kepuasan *Caregiver* dalam Merawat Lansia *Post Stroke*

Kepuasan *caregiver* dalam merawat lansia post stroke dapat dikaitkan dengan beban yang diderita *caregiver*, kebermaknaan hidup *caregiver* serta kebutuhan *caregiver* agar dapat tetap memiliki semangat hidup yang baik yang dapat berdampak positif pada kualitas hidup lansia *post stroke* yang dirawatnya. Perawatan yang dilakukan oleh keluarga sebagai *caregiver* untuk lansia, juga dapat dikaitkan dengan stres oleh karena gangguan fungsional dan psikologis serta

dan kronis yang dialami lansia (Maryam dkk., 2012).



Memberi perawatan pada lansia dengan penyakit kronis menimbulkan perasaan burden atau strain pada *caregiver* yang dapat memberikan pengaruh terhadap kualitas hidup keluarga. *Caregiver* burden merupakan respon multidimensi terhadap stresor fisik, psikologis, sosial, dan finansial yang dihubungkan dengan pengalaman *caregiver* dalam merawat klien. Penelitian Maryam dkk (2012) menunjukkan bahwa mayoritas *caregiver* merasa puas saat merawat lansia dengan penyakit kronis (51,2%). Namun kondisi ini didukung oleh anggota keluarga lain yang ikut saling *mensupport* satu sama lain sehingga beban tidak hanya ditanggung oleh satu *caregiver*. Kepuasan keluarga diukur dengan sikap keluarga dalam merawat meliputi kebersamaan, penerimaan tugas dalam merawat serta fungsi interpersonal antara lain mencakup dukungan sosial dan kepuasan dalam rumah tangga. Pengalaman positif dalam merawat klien dengan penyakit kronis yaitu adanya hubungan timbal balik, kepuasan, menemukan arti merawat. Sedangkan pengalaman negatif adalah ketidakpuasan, stres, depresi, dan konflik dalam keluarga klien. Jadi hal ini dapat diartikan bahwa ada hubungan antara kepuasan merawat dengan beban merawat lansia dengan penyakit kronis.

Tidak sedikit keluarga yang merasakan bahwa merawat lansia dengan stroke menjadi beban cukup berat karena harus melakukan perawatan jangka panjang. Namun, dukungan dari keluarga sangat dibutuhkan oleh pasien karena memiliki pengaruh positif terhadap perawatan dan kesehatan pasien. Dimana hasil analisis menunjukkan bahwa mayoritas *caregiver* merasakan kepuasan hidup yang rendah



an yang lebih besar tanpa adanya dukungan sosial dari anggota keluarga
1 tidak terpenuhinya kebutuhan *caregiver* saat merawat lansia dengan

stroke (Luthfa, 2018). Keluarga sebagai *caregiver* harus memiliki tingkat kesabaran yang tinggi, ikhlas dan tetap beribadah dengan mendekatkan dengan sang pencipta agar tidak merasa bahwa dalam merawat lansia stroke menjadi beban yang sangat berat yang dapat mempengaruhi kepuasan *caregiver* dalam merawat lansia tersebut. Sehingga perlu dilakukan upaya untuk mengatasi permasalahan tidak hanya pada lansia, akan tetapi keluarga agar tercapai keberhasilan perawatan lansia, meningkatkan kemandirian dan kualitas hidup lansia (Kuswiranto, 2022).

Kebermaknaan hidup dari *caregiver* dapat mempengaruhi kepuasan *caregiver* dalam merawat lansia dengan stroke. Seperti yang diutarakan Rosyidah (2019) dimana faktor keputusan merawat pasien dengan stroke dan harus meninggalkan karir, komitmen dalam merawat pasien, membahagiakan keluarga, bersyukur, keinginan bermanfaat untuk orang lain (keluarga dan teman), melaksanakan perintah agama, legowo, empati, dan sabar menjadi faktor yang mengarah ke kebermaknaan hidup *family caregiver* dalam merawat pasien penyakit kronis. Jika kondisi ini berjalan dengan baik maka akan semakin meningkatkan kepuasan *family caregiver* dalam merawat lansia post stroke. Hal ini juga berdampak positif pada kualitas hidup lansia menjadi semakin baik.

6. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kepuasan *Caregiver* dalam Merawat Lansia *Post-Stroke*

Saputri (2022) menjelaskan bahwa ada dua faktor yang mempengaruhi

in *caregiver* merawat pasien stroke, yaitu sebagai berikut:

tor *Caregiver*



- 1) Usia *Caregiver*, keluarga yang mempunyai usia lebih tua akan memiliki tingkat stres yang lebih tinggi dalam merawat pasien stroke karena dukungan keluarga yang kurang. Sementara itu *caregiver* yang memiliki usia lebih muda akan menerima tekanan yang lebih besar juga. Kondisi ini akan semakin menurunkan kepuasan *caregiver* saat merawat lansia stroke
- 2) Jenis Kelamin. Jenis kelamin mempunyai pengaruh terhadap beban *caregiver*. *Caregiver* wanita mempunyai tingkat beban yang lebih tinggi dibandingkan *caregiver* laki-laki. Selain itu juga wanita mempunyai tingkat depresi yang lebih tinggi dan kepuasan hidup dengan tingkat yang lebih rendah saat merawat lansia stroke.
- 3) Tingkat Pendidikan. *Caregiver* yang memiliki tingkat pendidikan yang rendah akan mengalami tingkat stress yang tinggi pula. Namun terkadang *caregiver* yang tingkat pendidikan tinggi juga dapat mengalami beban yang tinggi karena tingkat stres yang tinggi yang menurunkan kepuasannya dalam merawat lansia stroke.
- 4) Pendapatan. Pendapatan dan status ekonomi mempunyai hubungan dengan beban *caregiver*. *Caregiver* dengan pendapatan yang kurang akan mengalami permasalahan ekonomi yang tinggi. Sehingga akan menyebabkan *caregiver* mempunyai tingkat beban *financial* yang lebih berat dan menurunkan kepuasan *caregiver* dalam merawat lansia stroke.
- 5) Status Pekerjaan. *Caregiver* yang memiliki status pekerjaan mengakibatkan *caregiver* harus membagi waktu antara pekerjaan dengan kewajiban dalam merawat pasien. *Caregiver* yang bekerja serta merawat



pasien dalam aktivitas sehari-hari memiliki beban *caregiver* yang lebih tinggi. Jika tidak diimbangi dengan dukungan anggota keluarga lain dan pemenuhan kebutuhan sesuai kebutuhan *caregiver* maka semakin menurunkan kepuasannya dalam merawat lansia stroke.

- 6) Status Kesehatan. Status kesehatan memiliki efek pada persepsi terkait dengan beban *caregiver*. *Caregiver* dengan tingkat kesehatan yang buruk akan mengalami beban *caregiver* yang tinggi dan juga mengalami permasalahan pada fisik, religius, maupun finansial yang lebih tinggi. Kondisi akan semakin menurunkan kepuasannya dalam merawat lansia stroke.
- 7) Status Perkawinan. Status perkawinan dan komunikasi sesama keluarga dapat mempengaruhi ketegangan. Status pernikahan antara *caregiver* dengan pasangannya akan berimbas pada beban *caregiver* saat merawat lansia stroke jika tidak ada dukungan sosial dari pasangannya yang juga berdampak pada menurunnya kepuasan *caregiver* dalam merawat lansia stroke..

b. Faktor Pasien

- 1) Usia Pasien. Usia pasien yang semakin tua dengan penyakit stroke akan menambah tekanan dan beban pada *caregiver*. Bertambahnya usia pasien bisa menyebabkan kemunduran psikologis sehingga pasien membutuhkan tingkat pengasuhan yang lebih tinggi. Terlebih lansia mengalami stroke yang memiliki ketergantungan yang tinggi kepada *caregiver* saat



melakukan semua kegiatan harian. Kondisi ini semakin memicu menurunnya kepuasan *caregiver* dalam merawat lansia stroke.

- 2) Kondisi Stroke Lansia. Saat penyakit pasien menurun dengan gejala tambahan, kehilangan fungsi fisik, membutuhkan perawatan yang lebih banyak dan tingkat stress *caregiver* semakin tinggi yang juga dapat berdampak pada menurunnya kepuasan *caregiver* dalam merawat lansia stroke.
- 3) Lama Masa Rawat. Durasi *caregiver* merawat pasien berpengaruh terhadap stres *caregiver*. *Caregiver* dapat mengalami stres lebih rendah bila merawat pasien lebih dari 2 tahun, karena rasa capek, lelah, bosan terlebih tanpa adanya support dari anggota keluarga lainnya ataupun dukungan sosial lainnya semakin menambah meningkatnya ketidakpuasan *caregiver* dalam merawat lansia stroke.

C. Tinjauan Tentang Lansia

1. Definisi Lansia

Lanjut usia (*elderly*) didefinisikan sebagai usia kronologis 65 tahun atau lebih. Usia 65-74 tahun sering kali disebut dengan *early elderly* dan usia lebih dari 75 tahun disebut dengan *late elderly*. Menurut Kementerian Sosial (2019), lansia adalah usia 65 tahun atau lebih. Menua bukan suatu penyakit, namun proses yang berangsur-angsur menyebabkan perubahan yang kumulatif, dimana proses

nya daya tahan tubuh dalam dan luar tubuh yang berakhir dengan n. Menurut *World Health Organization* tahun 2019, batasan usia lansia



sebagai berikut : a) Lansia Muda (*Young Elderly*) yaitu usia 65-74 tahun b) Lansia Tengah (*Middle Elderly*) yaitu usia 75-84 tahun c) Lansia Tua (*Old Elderly*) yaitu ≥ 85 tahun (Putri, 2021).

2. Masalah Kesehatan yang Dialami Lansia

Berdasarkan data Riskesdas tahun 2018, penyakit yang terbanyak pada lansia adalah untuk penyakit tidak menular antara lain; hipertensi, masalah gigi, penyakit sendi, masalah mulut, diabetes mellitus, penyakit jantung dan stroke, dan penyakit menular antara lain seperti ISPA, diare, dan pneumonia. Lansia mengalami perubahan dalam kehidupan sehingga menimbulkan beberapa masalah. Permasalahan tersebut diantaranya yaitu:

- a. Masalah fisik. Masalah yang dihadapi oleh lansia adalah fisik yang mulai melemah, sering terjadi radang persendian ketika melakukan aktivitas yang cukup berat, indra pengelihatannya yang mulai kabur, indra pendengaran yang mulai berkurang serta daya tahan tubuh yang menurun, sehingga sering sakit.
- b. Masalah kognitif. Masalah yang dihadapi lansia terkait dengan perkembangan kognitif, adalah melemahnya daya ingat terhadap sesuatu hal (pikun), dan sulit untuk bersosialisasi dengan masyarakat di sekitar.
- c. Masalah emosional. Masalah yang dihadapi terkait dengan perkembangan emosional, adalah rasa ingin berinteraksi dengan keluarga sangat kuat, sehingga tingkat perhatian lansia kepada keluarga menjadi sangat besar.

Selain itu, lansia sering marah apabila ada sesuatu yang kurang sesuai dengan

keinginan pribadi dan sering stres akibat masalah ekonomi yang kurang memadai.



d. Masalah spiritual. Masalah yang dihadapi terkait dengan perkembangan spiritual, adalah kesulitan untuk menghafal kitab suci karena daya ingat yang mulai menurun, merasa kurang tenang ketika mengetahui anggota keluarganya belum mengerjakan ibadah, dan merasa gelisah ketika menemui permasalahan hidup yang cukup serius.

D. Originalitas Penelitian

Tabel 2.1. Originalitas Penelitian

No	Author, Tahun, Judul Penelitian, Negara	Tujuan Penelitian	Metode	Sampel/ Partisipan	Hasil
1.	(Afifa, 2022), Hubungan Tugas Perawatan Keluarga Dengan Kepuasan Hidup Lansia Di Desa Tangunan kec. Puri Kab. Mojokerto Studi Cross-Sectional., Indonesia	Menganalisis hubungan tugas perawatan keluarga dengan kepuasan hidup lansia	Desain penelitian <i>cross-sectional</i> .	Sampel dalam penelitian adalah lansia sebanyak 40 responden	Terdapat hubungan tugas perawatan keluarga dengan kepuasan hidup lansia dikarenakan lansia mengatakan puas dalam hidupnya karena tinggal bersama keluarganya yang semua kebutuhannya sudah terpenuhi.
2.	(Alviani, 2017), Gambaran Kesehatan Mental Istri Penderita Stroke dalam Upaya Peningkatan Kualitas Hidup (Studi Kualitatif di Kecamatan Patrang Kabupaten Jember), Indonesia	Mengkaji kesehatan mental istri penderita stroke	Jenis penelitian deskriptif dengan pendekatan kualitatif	Satu orang informan utama yaitu istri penderita stroke yang bertempat tinggal di Kecamatan Patrang dan informan tambahan yaitu tetangga dan sanak saudara dari informan utama	Perubahan kondisi ekonomi belum dapat memenuhi kebutuhan sehari-hari karena istri harus full merawat suami stroke, pengetahuan istri masih kurang seputar pengalaman merawat suami stroke, istri merasakan tekanan hidup karena harus merawat suami stroke dan menggantikan posisi suami menjadi kepala keluarga, istri secara penuh merawat, mendampingi suami stroke selama masa pemulihan sebagai pendidik, pendukung dan pemberi motivasi kepada suami agar tetap semangat, istri harus mampu menerapkan penyesuaian diri terhadap kondisi saat ini saat merawat suami stroke, istri harus mampu beradaptasi dengan tekanan



No	Author, Tahun, Judul Penelitian, Negara	Tujuan Penelitian	Metode	Sampel/ Partisipan	Hasil
					dan kecemasan, haryus mampu menampakkan gambaran positif pada diri istri, harus mampu mengekspresikan perasaan dan memiliki relasi interpersonal yang baik.
3.	(Luthfa, 2018), Peran Keluarga Merawat Lansia Pasca Stroke, Kelurahan Bangetayu, Semarang, Jawa Tengah, Indonesia	Menganalisis peran keluarga merawat lansia pasca stroke di Kelurahan Bangetayu Semarang	Metode penelitian menggunakan studi kualitatif dengan pendekatan fenomenologi	Partisipan sebanyak 6 keluarga (<i>caregiver</i>) diambil secara acak sesuai dengan kriteria penelitian	Keluarga dengan lansia pasca stroke, memiliki peran sebagai pemberi asuhan keperawatan (<i>family caregiver</i>). Kemampuan keluarga melaksanakan peran sebagai <i>caregiver</i> bervariasi, sesuai dengan status dan keterkaitannya dengan penerima asuhan keperawatan. Keluarga dalam melaksanakan perannya sebagai <i>caregiver</i> , dituntut memiliki respon yang fleksibilitas serta mampu beradaptasi terhadap perubahan perannya supaya tetap mendukung keberhasilan fungsi keluarga. Adaptasi tersebut dilakukan secara holistik meliputi : biologis, psikologis, sosial dan spiritual.
4.	(Kuswiranto, 2022), Pengalaman Keluarga dalam Merawat Lansia Pasca Stroke di Indramayu, Indonesia	Mengungkap secara mendalam bagaimana pengalaman keluarga dalam merawat anggota keluarga lansia pasca stroke di rumah	Jenis penelitian adalah kualitatif dengan pendekatan fenomenologi.	Sampel sebanyak 7 keluarga lansia yang memiliki anggota keluarga lansia pasca stroke yang dirawat di rumah.	Hasil penelitian diperoleh 7 tema yaitu (1) Lansia pasca stroke mengalami masalah fisik, komunikasi dan psikologis, (2) Keluarga dalam merawat dibantu orang lain dalam menjaga pola makan dan lingkungan, (3) Lansia jarang melakukan pemeriksaan kesehatan, (4) Keluarga dalam merawat lansia sabar, ikhlas dan beribadah, (5) keluarga mengalami masalah psikologis seperti stress, marah dan emosi, (6) lansia pasca stroke menjadi beban mental, finansial, dan gangguan komunikasi (7) harapan keluarga agar lansia pasca stroke sembuh. Disimpulkan bahwa



No	Author, Tahun, Judul Penelitian, Negara	Tujuan Penelitian	Metode	Sampel/ Partisipan	Hasil
					keluarga melakukan upaya dalam merawat lansia pasca stroke di rumah, akan tetapi ada beberapa permasalahan yang dialami keluarga sehingga perlu dilakukan upaya untuk mengatasi permasalahan tidak hanya pada lansia, akan tetapi keluarga agar tercapai keberhasilan perawatan lansia, meningkatkan kemandirian dan kualitas hidup lansia.
5.	(Sidek <i>et al.</i> , 2022), Experiences and needs of the caregivers of stroke survivors in Malaysia—A phenomenological exploration, Malaysia	menyelidiki pengalaman para <i>family caregiver</i> penderita stroke dalam melakukan perawatan penderita stroke di Malaysia.	Penelitian kualitatif menggunakan pendekatan fenomenologis	Sampel sebanyak 10 <i>family caregiver</i> , 1 <i>family caregiver</i> formal (perawat), dan penyedia layanan kesehatan stroke sebagai peserta.	Peran <i>family caregiver</i> sangatlah besar, adanya dampak fisik, mental dan sosial pada <i>family caregiver</i> . Kebutuhan primer <i>family caregiver</i> yaitu perlunya informasi mengenai perawatan stroke yang komprehensif selama di rumah dan kebutuhan dukungan psikologis pada diri mereka sendiri. Kuncinya dalam memberikan dukungan adalah sebagai peningkatan motivasi penyintas <i>family caregiver</i> dan dukungan masyarakat melalui akses terhadap perawatan stroke yang komprehensif.
6.	(Rosyidah, 2019), Kebermaknaan Hidup <i>Caregiver</i> Merawat Penyakit Kronis Indonesia	Mendesripsikan kebermaknaan hidup <i>family caregiver</i> yang merawat pasien penyakit kronis	Metode penelitian menggunakan kualitatif pendekatan fenomenologi.	Subyek utama ada 2 orang yang merupakan anak kandung pasien dan teman serta keluarga yang berperan sebagai <i>significant other</i> .	Kebermaknaan hidup yang dirasakan oleh <i>caregiver</i> antara lain: keputusan merawat pasien dan meninggalkan karir, komitmen dalam merawat pasien, membahagiakan keluarga dan bersyukur, adanya keinginan bermanfaat untuk orang lain (keluarga dan teman), melaksanakan perintah agama, dan legowo, bermanfaat untuk keluarga, empati, dan sabar.
		l, Mengidentifikasi n hubungan antara f beban dan depresi e pada keluarga	Metode kuantitatif dengan	Sampel sebanyak 242 keluarga pasien stroke	Sebagian besar <i>family caregiver</i> mengalami stres yang tinggi ketika merawat keluarga disabilitas akibat



No	Author, Tahun, Judul Penelitian, Negara	Tujuan Penelitian	Metode	Sampel/ Partisipan	Hasil
	patients: a cross-sectional survey, Rumah Sakit Geriatri Tersier di Haikou, Provinsi Hainan, China	yang merawat pasien stroke di Rumah Sakit Al-Islam Bandun	pendekatan <i>cross sectional</i>	yang dirawat stroke di Rumah Sakit Geriatri Tersier di Haikou, Provinsi Hainan, Cina	Strategi termasuk pelatihan pengetahuan, pemberdayaan, rehabilitasi berbasis rumah, dan informasi dan dukungan emosional secara efektif dapat menghilangkan stres family caregiver dalam merawat keluarga stroke, mampu meningkatkan dukungan keluarga, kualitas hidup pasien dan <i>caregiver</i> serta meningkatkan efektivitas rehabilitasi.
8.	(Muthucumarana <i>et al.</i> , 2018), Caring for stroke survivors: experiences of family caregivers in Sri Lanka – a qualitative study, Sri Lanka.	Mengeksplorasi pengalaman <i>family caregiver</i> dalam memberikan pengasuhan informal penderita stroke	Metode penelitian kualitatif	Sampel sebanyak 10 <i>family caregiver</i> yang merawat pasien stroke di Rumah Sakit Nasional Sri Lanka	<i>Family caregiver</i> merasakan bahwa meskipun beban kerja bertambah, keterbatasannya kehidupan sosial, masalah fisik, dan pengetahuan, defisit keuangan merupakan tantangan bagi mereka selain itu adanya kekuatan diri dan jaringan sosial yang mendukung mampu membantu mereka dalam memberikan perawatan pasien stroke dengan penuh kasih sayang

