

**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN KUALITAS  
HIDUP LANSIA STROKE DI POLIKLINIK STROKE RUMAH  
SAKIT AL ISLAM KOTA BANDUNG**

**SKRIPSI**

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk mencapai gelar sarjana  
keperawatan

**NURUL MU'MINAH SUCIANI**

**NIM AK.1.14.030**



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN BHAKTI KENCANA  
BANDUNG**

**TAHUN AJARAN**

**2018**



**LEMBAR PERSETUJUAN**

**JUDUL** : HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN  
KUALITAS HIDUP LANSIA STROKE DI POLIKLINIK  
STROKE RUMAH SAKIT AL ISLAM KOTA BANDUNG

**NAMA** : NURUL MU'MINAH SUCIANI

**NPM** : AK.1.14.030

Telah Disetujui Untuk Diajukan Pada Sidang Akhir Pada Program Studi  
Sarjana Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung

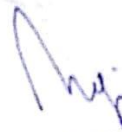
Menyetujui :

Pembimbing I



H. Ali Hamzah, Skp., MNS

Pembimbing II



Sri Wulan Mergawati, S.Kep., Ners., M.Kep

Program Studi SI Keperawatan

Ketua



Yuyun Sarinengsih, S.Kep., Ners., M.Kep

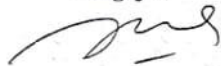
**LEMBAR PENGESAHAN**

Skripsi ini telah dipertahankan dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan  
Dewan Penguji Skripsi Program Studi Sarjana Keperawatan  
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bhakti Kencana Bandung

Mengesahkan

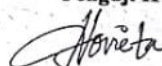
Program Studi Sarjana Keperawatan  
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bhakti Kencana Bandung

**Penguji I**



Andria Pragolapati.S.Kp.,Ners.M.Kep

**Penguji II**



Novita T.S., S.Kep.,Ners.,M.Kep

**STIKes Bhakti Kencana Bandung**

**Ketua**



R. Siti Jundiah.S.Kp.,M.Kep

## ABSTRAK

Penelitian ini dilatarbelakangi oleh peningkatan jumlah lansia yang menimbulkan masalah dalam berbagai aspek kehidupan. Stroke merupakan salah satu penyakit yang banyak menyerang usia lanjut. Dampak yang diakibatkan oleh stroke antara lain yaitu kelumpuhan yang menyebabkan penderita stroke bergantung pada orang lain disekitarnya. Hal ini menyebabkan kualitas hidup mereka menurun sehingga dukungan dari keluarga sangat diperlukan untuk meningkatkan kualitas hidup pada lansia. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup lansia stroke di poliklinik stroke rumah sakit al islam kota bandung.

penelitian yang digunakan adalah deskriptif korelatif dengan pendekatan crosssectional. Populasi dalam penelitian ini adalah lansia stroke yang berkunjung ke Poliklinik Stroek Rumah Sakit Al Islam Kota Bandung. Sample penelitian ini berjumlah 41 responden dengan teknik pengambilan sample menggunakan purposive sampling. Instrumen yang digunakan berupa kuesioner yang dimodifikasi dari teori freeadman untuk dukungan keluarga dan WHOQOL-BREEF untuk kualitas hidup. Analisis bivariat menggunakan rumus spearman rank.

Hasil penelitian menunjukkan lebih dari setengah lansia (58,54%) mendapat dukungan dari keluarga dan lebih dari setengah lansia (63,4%) memiliki kualitas hidup baik. Terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup lansia stroke di poliklinik stroke rumah sakit al islam kota bandung.

Saran penelitian ini perawat di poliklinik stroke rumah sakit al islam kota bandung perlu meningkatkan peran sebagai konseling kepada keluarga yang tidak memberikan dukungan kepada lansia yang mengalami stroke.

Kata kunci : Dukungan Keluarga, Kualitas hidup, Lansia

Daftar Pustaka : 11 buku (2011-2016)

3 Website (2010-2013)

6 Jurnal (2009-2016)

## ABSTRACT

*This research is distributed by an increasing number of elderly who are causing problems in many aspects of life. Stroke is one of the many diseases that attack the elderly. The impact caused by stroke, among others, i.e. paralysis that caused the stroke sufferers rely on others around him. This led to their quality of life decline so that the dykungan of the family is indispensable to improve the quality of life in the elderly. The purpose of this research was to know relationship support families with elderly quality of life of stroke in the stroke clinic hospital al islam bandung.*

*The type of research used is deskritif correlative with crossectional approach. The population in this research is elderly stroke to visit Polyclinic Hospital Stroek Al Islam Bandung. The sample of this research totalled 41 respondents with a purposive sample retrieval technique using sampling. The instruments used in the form of a questionnaire which was modified from the theory of freedman to support families and WHOQOL-BREEF for quality of life. Bivariat analysis using spearman rank formula.*

*Results of the study showed more than half of the elderly (58.54%) had the support of his family and more than half the elderly (63.4%) have a good quality of life. There is a significant relationship between family support with the quality of life of elderly stroke in the stroke clinic hospital al islam bandung.*

*Advice on the research nurse in hospital stroke clinic al islam bandung city need to enhance the role of counseling to families that do not provide support to the elderly who suffered a stroke.*

Keywords : Elderly, family support, quality of life

Sources : 11 books (2011-2016)

3 Website (2010-2013)

6 Journal (2009-2016)

## PERNYATAAN PENULIS

Dengan ini saya:

Nama : Nurul Mu'minah Suciani  
NIM : Ak.1.14.030  
Program Studi : S1 Keperawatan  
Judul Skripsi : Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kualitas Hidup Lansia Stroke Di Poliklinik Stroke Rumah Sakit Al Islam Kota Bandung.

Menyatakan

1. Tugas akhir saya ini adalah asli belum pernah diajukan untuk memperoleh gelar profesional sarjana baik di program studi Ners Stikes Bhakti kencana Bandung maupun di program tinggi lainnya.
2. Tugas akhir saya ini adalah karya tulis ilmiah yang murni dan bukan hasil plagiat atau jiplakan, serta asli dari ide dan gagasan saya sendiri tanpa bantuan pihak lain kecuali arahan dari pembimbing.

Demikian pernyataan ini dibuat dengan sebenar-benarnya dan apabila dikemudian hari terdapat penyimpangan yang tidak etis, maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar yang saya peroleh serta sanksi lainya sesuai dengan norma yang berlaku di perguruan tinggi.

Bandung, 1 September 2018

Yang membuat pernyataan

  
Nurul Mu'minah Suciani

## **KATA PENGANTAR**

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, karna atas karunia dan hidayah-Nya penulis masih diberi kekuatan dan pikiran sehingga dapat menyelesaikan Skripsi ini yang berjudul “HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN KUALITAS HIDUP LANSIA STROKE DI POLIKLINIK STROKE RUMAH SAKIT AL ISLAM KOTA BANDUNG TAHUN 2018 “.

Penulisan Profosal ini guna memenuhi salah satu syarat dalam menyelesaikan pendidikan keperawatan di STIKes Bhakti Kencana Bandung program Studi Keperawatan. Pada kesempatan ini peneliti mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan skripsi ini, Terutama kepada :

1. H.Mulyana SH.M.Pd,MH.Kes Selaku Ketua Yayasan Adhi Guna Kencana Bandung.
2. Rd. Siti Jundiah S.Kep.M.Kep Selaku Ketua Yayasan Stikes Bhakti Kencana Bandung
3. Yuyun Sarinengsih,S.Kep.,Ners.M.Kep Selaku ketua Prodi Ners STIKes Bhakti Kencana bandung.
4. Ali Hamzah,S.Kp.,MNS Selaku pembimbing I dengan segala kesabarannya dalam memberikan bimbingan dan motivasi hingga peneliti dapat menyelesaikan tugas akhir dengan baik.



5. Sri Wulan megawati,S,Kep.,Ners.,M.Kep selaku pembimbing II yang telah sabar dalam memberikan arahan dan dukungan serta motivasi dalam penyusunan Profosal ini.
6. Kepada Bapa Supian Munawar,S.Sos selaku bagian diklat di Rumah Sakit Al Islam Kota Bandung yang telah membantu dalam perijinan untuk dilakukanya Penelitian
7. Kepada Ibu Nurwahidah,S.Kep.Ners selaku Supervisor Poliklinik Medikal di Rumah Sakit Al Islam Kota Bandung yang telah memberikan arahan serta dukungan terhadap dilaksankanya Penelitian
8. Kepada ibu Rahayu,A.Md selaku Staf Rekam Medis Rumah Sakit Al Islam Kota Bandung yang telah membantu peneliti dalam pengumpulan data pasien sehingga peneliti bisa sinkron dalam informasi Prevalensi jumlah pasien yang berkunjung ke Rumah Sakit Al Islam Kota Bandung.
9. Seluruh Staf Dosen Stikes Bhakti Kencana Bandung yang telah memberikan ilmu yang bermanfaat bagi penulis.
10. Ibu,ayah adik besert Keluarga yang tiada henti selalu mendoakan, memberi dukukunga moril maupun materil dengan penuh cinta dan kasih sayang sehingga penulis dapat menyelsaikan ujian profosal ini
11. Terimakasih buat teman-teman S.kep yang telah memberikan dukungan, arahan serta motivasi selama masa perkuliahan sehingga penulis dapat menyelsaikan Ujian Sidang Akhir Skripsi ini dengan baik

12. Terimakasih kepada Firman Sandi Fauzi yang telah memberikan perhatian, Semangat serta dukungan sehingga penulis dapat menyelesaikan Sidang Akhir Skripsi sesuai waktu yang telah ditentukan.

Bandung, 1 September 2018

Penulis

## **DAFTAR ISI**

**LEMBAR PERSETUJUAN**

**LEMBAR PENGESAHAN**

**KATA PENGANTAR..... i**

**DAFTAR ISI..... ii**

**DAFTAR LAMPIRAN ..... iii**

**BAB I PENDAHULUAN**

1.1 Latar belakang..... 1

1.2 Rumusan Masalah..... 6

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan umum ..... 6

1.3.2 Tujuan Khusus..... 7

1.4 Manfaat Penelitian ..... 7

1.4.1 Manfaat teoritis..... 7

1.4.2 Manfaat praktis..... 8

**BAB II TINJAUAN PUSTAKA**

2.1 Konsep Dasar Lansia ..... 9

2.1.1 Pengertian lansia..... 9

2.1.2 Karakteristik lansia..... 9

2.1.3 Tipe Lansia ..... 9

2.1.4 Tugas perkembangan lansia ..... 10

2.1.5 Perubahan fisik yang terjadi pada lanjut usia ..... 11

2.1.6 Masalah yang terjadi pada lansia..... 16

2.2	Konsep Stroke	
2.2.1	Definisi Stroke.....	17
2.2.2	Etiologi .....	18
2.2.3	Faktor Risiko .....	19
2.2.4	Patofisiologi Stroke .....	24
2.2.5	Klasifikasi Stroke .....	25
2.2.6	Dampak Stroke .....	26
2.2.7	Manifestasi klinis .....	27
2.2.8	Komplikasi .....	29
2.2.9	Penatalaksanaan .....	30
2.3	Konsep Kualitas Hidup	
2.3.1	Definisi Kualitas Hidup.....	33
2.3.2	Faktor yang mempengaruhi Kualitas Hidup .....	34
2.3.3	Aspek-aspek Kualitas Hidup .....	36
2.3.4	Kualitas Hidup lansia Stroke .....	38
2.3.5	Cara Mengukur Kualitas Hidup .....	39
2.3.6	Hasil Riset .....	40
2.4	Konsep Dukungan Keluarga	
2.4.1	Definisi Dukungan Keluarga.....	41
2.4.2	Bentuk Dukungan Keluarga .....	42
2.4.3	Fungsi pokok Keluarga .....	44
2.4.4	Peran Keluarga .....	45
2.4.5	Komponen Dukungan Keluarga.....	46

2.4.6 Faktor yang mempengaruhi Dukungan Keluarga.....	46
2.4.7 Dampak Dukungan Keluarga .....	47
2.4.8 Tugas Keluarga dalam bidang Kesehatan .....	47
2.4.9 Dukungan Keluarga bagi Kesehatan lansia.....	49
2.5 Kerangka konsep.....	52

### **BAB III METODE PENELITIAN**

3.1 Rancangan penelitian .....	53
3.2 Paradigma penelitian.....	53
3.3 Hipotesis penelitian.....	55
3.4 Variabel penelitian .....	56
3.5 Definisi konseptual dan operasional	
3.5.1 Definisi konseptual.....	56
3.5.2 Definisi operasional.....	57
3.6 Populasi dan sampel	
3.6.1 Populasi penelitian .....	58
3.6.2 Sampel penelitian .....	59
3.7 Pengumpulan data	
3.7.1 Teknik pengumpulan data .....	61
3.7.2 Instrumen penelitian .....	62
3.7.3 Uji validitas .....	64
3.7.4 Uji Rehabilitas .....	65
3.8 Langkah-langkah penelitian	

3.8.1 Tahap persiapan.....	66
3.8.2 Tahap pelaksanaan .....	66
3.8.3 Tahap akhir.....	67
3.9 Pengolahan data dan analisa data	
3.9.1 Pengolahan data.....	67
3.9.2 Analisa data .....	68
3.10 Etika penelitian .....	71
3.11 Lokasi dan waktu penelitian	
3.11.1 Lokasi penelitian .....	72
3.11.2 Waktu penelitian .....	72

#### **BAB IV PEMBAHASAN**

4.1 Hasil Penelitian .....	76
4.2.2 Analisis Univariat .....	77
4.2.3 Analisis Bivariat.....	78
4.3 Pembahasan.....	80

#### **BAB V KESIMPULAN DAN SARAN**

5.1 Kesimpulan.....	86
5.2 Saran.....	87
5.2.1 Bagi Perawat .....	87
5.2.2 Bagi Poliklinik .....	87
4.3.2 Bagi peneliti Selanjutnya .....	87

#### **DAFTAR PUSTAKA**

## DAFTAR TABLE

	<b>Halaman</b>
Tabel definisi operasional .....	58
Tabel distribusi dukungan keluarga .....	77
Tabel distribusi kualitas hidup .....	78
Tabel hasil analisis spearman rank .....	79

## DAFTAR BAGAN

Halaman

Bagan 3.1 kerangka pikir penelitian .....	53
---	----



## **DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1 Surat Ijin Studi Pendahuluan dan Penelitian

Lampiran 2 Surat Ijin Content

Lampiran 3 Surat Ijin Validitas

Lampiran 4 Surat Ijin Penelitian

Lampiran 5 Informed Consent

Lampiran 6 Lembar Persetujuan Responden

Lampiran 7 Kisi-kisi Kuesioner

Lampiran 8 Lembar Kuesioner

Lampiran 9 Rekapitulasi hasil Penilaian

Lampiran 10 Lembar Konsultasi Skripsi

Lampiran 11 Daftar Riwayat Hidup

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **1.1 Latar Belakang**

Kemajuan dibidang kesehatan berdampak pada meningkatnya kualitas kesehatan serta meningkatnya umur harapan hidup yang di tandai dengan peningkatan jumlah Lanjut Usia saat ini Prevalensi lanjut usia di dunia diperkirakan lebih dari 629 juta jiwa. Diperkirakan tahun 2025 jumlah lanjut usia akan mencapai 1,2 milyar. Indonesia merupakan Negara berkembang yang telah memasuki era penduduk berstruktur lanjut usia akibatnya jumlah penduduk yang berusia lanjut semakin meningkat. Angka harapan hidup orang Indonesia meningkat dari 65 tahun pada 1997 menjadi 73 tahun pada 2025 (Nugroho, 2008).

Lansia merupakan tahap akhir dari siklus kehidupan manusia dan akan dialami oleh setiap individu (Prasetya, 2010). Seseorang dikatakan usia lanjut apabila sudah menginjak Usia lebih dari 55 tahun baik perempuan maupun laki-laki pada tahap ini biasanya individu tersebut sudah mengalami kemunduran fungsi fisiologis maupun organ tubuhnya. Semakin seseorang bertambah nya usia semakin rentan terhadap berbagai penyakit seperti. hipertensi, asam urat, diabetes, reumatik dan stroke (Potter & Perry dalam Azizah, 2011)

Stroke merupakan suatu kondisi yang terjadi ketika aliran darah ke suatu bagian otak tiba-tiba terganggu akibat otak sehingga sebagian sel-

sel otak mengalami kematian dan terjadilah deposit fungsi neurologis yang ditandai dengan penurunan kesadaran, penurunan fungsi otot, motorik, gangguan hemipregi, gangguan bicara, dispagia (Nabyl, 2012)

Di Indonesia, Stroke merupakan penyakit no 3 mematikan setelah jantung dan kanker. Prevalensi stroke di Indonesia meningkat dari 8,3 per 1.000 penduduk pada tahun 2007 menjadi 12,1 per 1.000 penduduk pada tahun 2013. dan pada tahun 2020 diperkirakan 7,6 juta orang akan meninggal karena stroke. Menurut Wiryanto (2007), terjadi sekitar 800-1.000 kasus stroke setiap tahunnya. prevalensi stroke tertinggi dijumpai di NAD (16,6% per 1.000 penduduk), terendah di Papua (3,8% per 1.000 penduduk). Data tersebut telah menunjukkan bahwa di Indonesia rata-rata dalam setiap 1.000 penduduk terdapat 8 orang yang menderita stroke (Farida, 2009)

Berdasarkan hasil Riskesdas pada tahun 2013, Prevalensi stroke di Indonesia meningkat seiring bertambahnya umur. Kasus stroke tertinggi yang terdiagnosis tenaga kesehatan pada lansia usia 65 tahun keatas (43,1%) dan terendah pada kelompok usia 15-24 tahun yaitu sebesar 0,2. Prevalensi stroke berdasarkan jenis kelamin lebih banyak laki-laki (7,1%) dibandingkan dengan perempuan (6,8%). Berdasarkan tempat tinggal, prevalensi Stroke lebih banyak diperkotaan (8,2%) dibandingkan dengan daerah pedesaan.

Provinsi Jawa Barat termasuk salah satu provinsi terpadat di Indonesia dan sering menghadapi berbagai penyakit tidak menular seiring

berjalanya waktu penyakit tidak menular. lebih rentan terhadap lansia diantaranya yaitu penyakit Stroke dimana setiap tahunnya terdapat sekitar 12,0 % lansia yang terkena serangan Stroke. apabila dibandingkan dengan provinsi lain di Indonesia, Jawa Barat mempunyai dampak jumlah urutan terbesar ke 3 penyakit Stroke (Riskesdas, 2017).

Di Kabupaten Bandung menurut survei Riset Kesehatan Dasar 2017 mengenai distribusi penyebab kematian akibat penyakit tidak menular di Indonesia semakin meningkat dari 49,9 persen pada tahun 2015 menjadi 59,5 persen pada tahun 2017. Head of Nutrifood Research Center menjelaskan tingkat prevalensi di Jawa Barat khususnya di Bandung lebih tinggi dibandingkan prevalensi PTM Nasional oleh karena itu angka PTM di Jawa Barat khususnya Bandung menggelar kegiatan edukasi pentingnya menjaga komposisi makanan seperti gula, garam, dan lemak yang akan meningkatkan risiko berbagai penyakit tidak menular seperti jantung koroner, Diabetes melitus, hipertensi dan Stroke .

Rumah Sakit Al Islam adalah Rumah Sakit Kelas A Dengan Pelayanan Tingkat Paripurna khususnya pasien Stroke dan merupakan pusat pelayanan bagi masyarakat setempat, diantaranya melayani Rawat Jalan, Rawat Inap dan Poliklinik Stroke. Di Rumah Sakit Al Islam penyakit Stroke merupakan kasus terbanyak dengan peringkat ke 3 dari penyakit lainnya. Hal ini tampak jelas berdasarkan data tahun 2017 sebanyak 388 orang yang menderita stroke dan pada tahun 2018 pada bulan Januari-Maret sebanyak 231 orang yang menderita Stroke, dengan kriteria pasien

baru 110 dan pasien lama 121 orang. Hal ini menunjukkan tingginya jumlah pasien Stroke yang dapat perawatan dan perlu suatu penanganan yang intensif dari tenaga ahli yang terkait untuk meningkatkan kesembuhan dan kelangsungan hidup pasien.

Tingginya angka kejadian Stroke pada Lansia dipengaruhi oleh beberapa faktor risiko antara lain hipertensi, diabetes militus, tinggi kolestrol dan konsumsi Alkohol. Faktor risiko tersebut dapat meningkatkan angka kejadian Stroke dengan cara membuat plak yang akan menyumbat pembuluh darah bahkan bisa menyebabkan pecahnya pembuluh darah di otak sehingga oksigenasi dan pasokan nutrisi ke otak terhambat. Terganggunya peroses oksigenasi dan terhambatnya nutrisi ke otak menyebabkan hilangnya fungsi otak sehingga menimbulkan gangguan atau kecacatan fisik (WHO, 2015).

Dampak yang paling besar akibat stroke antara lain adalah kelemahan atau kelumpuhan pada ekstremitas anggota gerak, gangguan bicara serta gangguan penglihatan akibat keterbatasan lapang pandang. Hal ini menyebabkan ketidakmampuan penderita stroke dalam melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri dan akibatnya mereka menjadi ketergantungan kepada orang lain di sekitarnya. Hal ini dapat menyebabkan kualitas hidup pada lansia menjadi menurun (Rahayu, 2013).

Menurut *World Health Organisation* (WHO, 2011) dalam kutipan Suprajipno (2004) Kualitas hidup merupakan persepsi individu terhadap posisi dirinya pada kehidupan dalam konteks budaya dan sistem nilai diwilayah tempat tinggalnya yang berhubungan dengan target, harapan, standar dan kepentingan. terdapat 4 domain yaitu domain kesehatan fisik, psikologis, hubungan sosial dan lingkungan.

Kualitas hidup merupakan indikator untuk menilai keberhasilan intervensi dari segi pencegahan dan pengobatan. Ada beberapa faktor yang mempengaruhi Kualitas Hidup diantaranya dukungan Keluarga dan karakteristik lansia, yaitu jenis kelamin, umur, pendidikan, pekerjaan, Status pernikahan, . Keluarga merupakan support system utama bagi lansia dalam mempertahankan kesehatannya. Dukungan keluarga termasuk dalam faktor pendukung (supporting factors) yang dapat mempengaruhi perilaku dan gaya hidup seseorang sehingga berdampak pada status kesehatan dan kualitas hidupnya (WHO dalam Kurniawan, 2010)

Friedman (2011) menyatakan bahwa keterlibatan keluarga menjadi lebih besar ketika salah satu anggota keluarganya memerlukan bantuan terus menerus yang berhubungan dengan masalah kesehatan. Keluarga memiliki beberapa bentuk dukungan yaitu dukungan emosional, dukungan penilaian dukungan instrumental dan dukungan informasional. Dukungan keluarga adalah salah satu faktor penguat (*reinforcing factor*) yang sangat mempengaruhi sikap dan perilaku seseorang (Notoatmodjo, 2010). Anggota keluarga berpandangan bahwa seseorang yang bersifat

mendukung pasti siap memberikan sebuah pertolongan dan bantuan jika diperlukan anggota keluarganya

Peran keluarga terhadap status kesehatan pasien dengan penyakit kronik adanya hubungan yang kuat antara keluarga dan status kesehatan, dimana dukungan yang negatif akan mengakibatkan rendahnya status kesehatan pasien. Pada penelitian ini selanjutnya Arif (2006) menyatakan bahwa dukungan keluarga paling signifikan terhadap peningkatan kualitas hidup pasien Lansia terutama stroke.

Selanjutnya hasil penelitian yang dilakukan oleh (Hermawati hamalding dan muharwati, (2017) yang menyatakan bahwa *Quality of Life* sangat berkaitan dengan dukungan keluarga. Dukungan keluarga sangat diperlukan oleh Lansia terutama pasien stroke. Keluarga merupakan bagian terdekat dari pasien yang akan membuat pasien stroke merasa dihargai dan diterima, sehingga dapat meningkatkan semangat dan motivasi dalam dirinya. Sebaiknya Rendahnya dukungan keluarga pada pasien stroke, akan mempengaruhi kondisi psikologi pasien. Pasien dapat menarik diri dari pergaulan dan merasa lebih sensitif, sehingga pasien lebih mudah tersinggung (Martini, 2014).

Berdasarkan studi pendahuluan berdasarkan fenomena yang dilakukan di poliklinik stroke Rumah Sakit Al Islam Kota Bandung, pada 10 Pasien Stroke, terdapat 6 orang sebagian besar mendapatkan dukungan keluarga karena setiap kontrol dan berobat selalu didampingi oleh pihak

keluarga, 2 orang merasa tidak dapat menyesuaikan diri karena keluarganya tidak dapat merawat pasien karena kesibukannya sehingga pasien tidak dapat menyesuaikan diri di lingkungan sekitar termasuk keluarga sehingga timbulah emosional terhadap diri pasien. 2 orang merasa dukungan dari keluarga cukup baik karena aktifitas yang dilakukan klien selalu dibantu dan diberikanya dorongan maupun motivasi dari keluarga sehingga dukungan tersebut merupakan salah satu upaya penyembuhan pada pasien Stroke yang nantinya akan meningkatkan kualitas hidup pasien Stroke.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan uraian diatas, Maka Rumusan Penelitian ini bagaimana Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup Lansia yang mengalami Stroke di Poliklinik Stroke Rumah Sakit Al Islam Kota Bandung.

## **1.3 Tujuan penelitian**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Mengetahui Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup Lansia yang mengalami Stroke di Poliklinik Stroke Rumah Sakit Al Islam Kota Bandung

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

1. Mengidentifikasi Gambaran Dukungan Keluarga pada Lansia yang mengalami Stroke di Poliklinik Stroke Rumah Sakit Al Islam Kota Bandung



2. Mengidentifikasi Gambaran Kualitas Hidup Lansia yang mengalami Stroke di Poliklinik Stroke Rumah Sakit Al Islam Kota Bandung
3. Menganalisis Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kualitas hidup Lansia yang mengalami Stroke di Poliklinik Stroke Rumah Sakit Al Islam Kota Bandung

## **1.4 Manfaat Penelitian**

### **1.4.1 Manfaat Teoritis**

#### **1. Bagi Ilmu Keperawatan**

Dengan adanya penelitian ini, diharapkan dapat memberikan informasi terhadap Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup Lansia Stroke, serta memberikan kontribusi dalam perkembangan ilmu pengetahuan pada mata kuliah keperawatan medikal bedah, berkaitan dengan penyakit Stroke.

#### **2. Manfaat bagi Peneliti**

Menambah pengetahuan tentang pentingnya keluarga dalam memberikan Dukungan terhadap lansia Stroke, sehingga proses rehabilitasi pada plansia stroke dapat meningkatkan Kualitas Hidup yang jauh Lebih baik.

#### **3. Bagi Stikes Bhakti Kencana Bandung**

Penelitian ini dapat dipergunakan sebagai salah satu bahan bacaan dalam bidang keperawatan medikal bedah terutama

dalam Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup Lansia Stroke di Poliklinik Stroke Rumah sakit Al Islam kota Bandung.

#### 1.4.2 Manfaat Praktis

##### 1. Bagi Rumah Sakit Al Islam Kota Bandung

Hasil dari penelitian dapat memberi masukan bagi Rumah Sakit Al Islam Kota Bandung sebagai bahan informasi kepada pihak keluarga bahwa Dukungan keluarga sangat berpengaruh terhadap kesembuhan pasien terutama lansia Stroke

##### 2. Bagi Peneliti Selanjutnya

Sebagai bahan acuan penelitian terutama dalam hal Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup Lansia yang mengalami Stroke

##### 3. Bagi perawat

Melalui penelitian ini perawat dapat melibatkan keluarga dalam memberikan dukungan keluarga pada Lansia stroke karena keluarga merupakan orang terdekat pasien untuk dapat melakukan rehabilitasi terhadap kualitas hidup lansia stroke.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Lansia**

##### **2.1.1 Pengertian Lansia**

Lanjut usia menurut UU kesejahteraan lansia No.13 tahun 1998 adalah penduduk yang telah mencapai usia 60 tahun keatas. Umur yang dijadikan patokan sebagai lanjut usia berbeda-beda, umumnya berkisar antara 60-65 tahun. (WHO) Organisasi Kesehatan Dunia menggolongkan lanjut usia menjadi 4 yaitu : usia pertengahan (*middle age*) 45-59 tahun, lanjut usia (*elderly*) 60-74 tahun, lanjut usia tua (*old*) 75-90 tahun dan usia sangat tua (*very old*) diatas 90 tahun.

Usia lanjut merupakan seorang laki-laki atau perempuan yang berusia 60 tahun atau lebih, baik secara fisik masih berkemampuan (potensial) ataupun karena sesuatu hal tidak mampu lagi berperan secara aktif dalam pembangunan (tidak potensial). Di negara-negara maju seperti Amerika Serikat usia lanjut sering didefinisikan mereka yang telah menjalani siklus kehidupan diatas usia 60 tahun ( Nugroho, 2008)

##### **2.1.2 Klasifikasi Lansia**

Klasifikasi lansia menurut world healty organization (WHO) dalam (Azizah, 2011) usia lanjut meliputi:

1. Usia pertengahan (*middle age*), yaitu usia antara 25-59 tahun.
2. Lanjut usia (*Elderly*), yaitu usia antata 60-74 tahun.

3. Lanjut usia Tua (old), yaitu usia 75-90 tahun
4. Usia sangat tua (very old), yaitu usia diatas 90 tahun

### **2.1.3 Karakteristik Lansia**

Menurut Keliat (2005) dalam Azizah (2011) lansia memiliki karakteristik sebagai berikut diantaranya seseorang berusia lebih dari 60 tahun (sesuai dengan Pasal 1 ayat (2) UU No. 13 tentang Kesehatan), kebutuhan dan masalah yang bervariasi dan rentang sehat sampai sakit, dari kebutuhan bio, psikososial sampai spiritual, serta dari kondisi adaptif hingga kondisi maladaptif, lingkungan tempat tinggal yang bervariasi.

### **2.1.4 Tipe-Tipe Lansia**

Menurut Nugroho (2008), lansia dalam mepersepsikan hidup saat menghadapi masa tua bermaam-macam pemikirannya. Ada lima tipe lansia yang akan dijelaskan dibawah ini:

#### **1. Tipe Arif bijaksana**

Lanjut usia ini kaya dengan hikmah pengalaman, menyesuaikan diri dengan perubahan zaman, mempunyai kesibukan, bersikap ramah, rendah hati, sederhana, dermawan dan menjadi panutan.

#### **2. Tipe mandiri**

Lanjut usia ini senang mengamati kegiatan yang hilang dengan kegiatan baru, selektif dalam mencari pekerjaan dan teman pergaulan, serta memenuhi undangan.

### 3. Tipe tidak puas

Lanjut usia yang selalu mengalami konflik lahir batin, menentang proses penuaan , kehilangan daya tarik jasmani, kehilangan kekuasaan, status, teman yang disayangi, pemarah, tidak sabar, mudah tersinggung, menuntut, sulit dilayani dan pengkritik

### 4. Tipe pasrah

Lanjut usia yang selalu menerima dan menunggun nasib baik, mengikuti kegiatan beribadah, ringan kaki serta pekerjaan apa saja yang dilakukan.

### 5. Tipe bingung

Lanjut usia yang tidak memiliki kegiatan , kehilangan kepribadiann, mengasingkan diri, merasa minder dan menyesal, pasif acuh tak acuh.

## **2.1.5 Tugas Perkembangan Lansia**

Seiring tahap kehidupan, lansia memiliki tugas perkembangan khusus.

Tujuh kategori utama tugas perkembangan lansia meliputi:

- a. Menyesuaikan terhadap penurunan kekuatan fisik dan kesehatan.
- b. Menyesuaikan terhadap masa pensiun dan penurunan pendapatan
- c. Menyesuaikan terhadap kematian pasangan.
- d. Menerima diri sendiri sebagai individu lansia.
- e. Mempertahankan kepuasan pengaturan hidup
- f. Mendefiisikan ulang hubungan dengan anak dewasa
- g. Menemukan cara untuk mempertahankan kualitas hidup

(potter& perry dalam Azizah, 2011)

### **2.1.6 Perubahan Fisik Yang Terjadi Pada Lansia**

Seorang yang sudah mengalami lanjut usia akan mengalami beberapa perubahan pada tubuh/fisik, psikis/interektual, sosial kemasyarakatan maupun secara spiritual/keyakinan agama. Secara terperinci mengalami beberapa perubahan secara alamiah pada setiap lansia adalah sebagai berikut:

#### **1. Perubahan Fisik**

##### **a. Sel**

Jumlah berkurang, ukuran membesar, cairan tubuh menurun, cairan intraseluler menurun.

##### **b. Kardiovaskular**

Katup jantung menebal dan kaku, kemampuan memompa darah menurun (menurunnya kontraksi dan volume), elastisitas pembuluh darah menurun, serta meningkatkan resistensi pembuluh darah perifer sehingga tekanan darah meningkat.

##### **c. System Respirasi**

Otot-otot pernafasan kekuatannya menurun dan kaku, elastisitas paru menurun, kapasitas residu meningkat sehingga menarik nafas lebih berat.

##### **d. System persyarafan**

Fungsi syaraf menurun serta melambat dalam merespon dan waktu bereaksi khususnya yang berhubungan dengan

stres. Menurunnya daya reflek karena berkurang dan menurunnya lapisan myelin akson.

e. System muskuloskeletal

Cairan tulang menurun sehingga mudah rapuh, bungkuk, persendian membesar dan menjadi kaku, kram, tremor dan tendon mengkerut.

f. System gastroinerstinal

Esopagus melebar, asam lambung menurun, lapar menurun dan peristaltik menurun sehingga daya absorpsi juga ikut menurun. Ukuran lambung mengecil serta fungsi organ aksesoris menurun sehingga menyebabkan berkurangnya fungsi hormon dan enzim pencernaan.

g. System pendengaran

Membran timpani atrofi sehingga terjadi gangguan pendengaran. Tulang-tulang pendengaran mengalami kekakuan.

h. System pengelihatan

Respon terhadap sinar menurun, akomodasi menurun, lapang pandang menurun dan katarak.

i. System belajar dan memori

Kemampuan belajar masih ada tetapi relative menurun, memori daya ingat menurun karena proses encoding menurun.

## 2. Perubahan Psikososial

Pensiun adalah nilai seseorang sering diukur oleh produktivitasnya dan identitas dikaitkan dengan peran dalam pekerjaan. Bila seorang pensiun (purna tugas), ialah akan mengalami kehilangan-kehilangan antara lain:

- a. Kehilangan financial
- b. Kehilangan status
- c. Kehilangan teman/kenalan/relasi
- d. Kehilangan pekerjaan/kegiatan
- e. Merasakan atau sadar akan kematian
- f. Perubahan dalam hidup, yaitu memasuki rumah perawatan bergerak lebih sempit.

## 3. Perubahan Spiritual

- a. Agama atau kepercayaan makin terintegritas dalam kehidupannya
- b. Lansia makin teratur dalam kehidupan keagamaannya, hal ini terlihat dalam berfikir dan bertindak sehari-hari
- c. Perkembangan Spiritual pada usia 70 tahun dalam *universalizing*, perkembangan yang dicapai pada tingkat ini adalah berfikir dan bertindak dengan cara memberikan contoh cara mencintai dan keadilan (potter & perry dalam Azizah, 2011)

## 4. Faktor-faktor yang mempengaruhi perubahan Mental adalah:

- a. Perubahan fisik khususnya organ perasa
- b. Kesehatan umum



- c. Tingkat pendidikan
- d. Keturunan
- e. Lingkungan

#### 5. Perubahan Intelegensia Quation (IQ)

Intelegensia dasar yang berarti penurunan fungsi otak bagian kanan antara lain berupa kesulitan dalam komunikasi non verbal, pemecahan masalah, mengenal wajah orang, kesulitan dalam pemusatan perhatian dan konsentrasi untuk mengendalikan hal ini, juga tetap mempertahankan cara belajar. Hal itu bukan harus mengulang-ulang belajar seperti anak sekolah, namun perlu melakukan pelatihan-pelatihan untuk mengasah otak, seperti memecahkan masalah yang sederhana, tetapi menggerakkan anggota tubuh secara wajar, mengenal tulisan-tulisan, angka-angka, symbol-symbol, dan sebagainya. (potter & perry dalam Azizah, 2011)

#### 6. Perubahan Ingatan

Dalam komunikasi, memori memegang peran yang penting dalam mempengaruhi baik persepsi maupun berpikir., bahwa memori adalah system yang sangat berstruktur, yang menyebabkan organisme sanggup merekam fakta tentang dunia dan menggunakan pengetahuan untuk membimbing perilakunya. Setiap saat stimuli mengenai indera kita, setiap saat juga stimuli itu di rekam secara sadar atau tidak sadar. Menurut jhon Griffth, ahli matematika, menyebutkan bahwa kemampuan rata-rata memori manusia untuk menyimpan informasi sebesar seratus triliun bit. Menurut jhon von neuman , ahli teori informasi, menghitung sampai 2,8 x

10 bit. Asimov menerangkan bahwa otak manusia selama hidupnya sanggup menyimpan sampai satu triliun bit informasi (potter & perry dalam Azizah, 2011)

### **2.1.7 Masalah Yang Terjadi Pada Lansia**

Masalah yang kerap muncul pada usia lanjut, yang disebut sebagai a series of I's yang meliputi imobility (imobilisasi), instability (instabilitas dan jatuh), incontinence (inkontinensia), intellectual impairment (gangguan Interektual), infection (infeksi), impairment of vision and hearing (gangguan pengelihatan dan pendengaran), isolation (depresi), inanition (malnutrisi), Insomnia (gangguan tidur), hingga imune deficienci (menurunnya kekebalan tubuh) (Nugroho, 2008).

Berdasarkan *the national old people's welfare Council* di inggris menyebutkan gangguan umum pada lanjut usia meliputi depresi mental, gangguan pendengaran, bronkitis kronis, gangguan pada sikap berjalan, gangguan pada sendi panggul, anemia, demensia, gangguan pengelihatan, ansietas/kecemasan, dekompensasi kordis, Diabetes militus, osteomalasia, hipotiroidisme, gangguan defekasi dan Stroke (Nugroho, 2008)

Trend dan isu masalah yang terjadi pada lansia menurut (Nugroho, 2008) diantaranya yaitu:

- a. Masalah kehidupan seksual berupa adanya anggapan bahwa semua ketertarikan seks pada lansia telah hilang adalah mitos atau kesalah pahaman.

- b. Perubahan perilaku pada lansia meliputi daya ingat menurun, lupa, sering menarik diri, timbulnya kecemasan karena dirinya tidak menarik lagi, dan lansia sering menyebabkan sensitivitas emosional seseorang yang akhirnya menjadi sumber masalah.
- c. Pembatasan aktifitas fisik yaitu semakin lanjut usia seseorang mereka akan mengalami kemunduran, terutama pada kemampuan fisik yang dapat mengakibatkan penurunan seperti timbulnya berbagai penyakit seperti Diabetes melitus, osteoporosis, Asam urat, Reumatik, Hipertensi dan Stroke yang berpengaruh pada peranan sosialnya. Hal ini akan mengakibatkan timbulnya gangguan pada hal mencukupi kebutuhan hidupnya, sehingga dapat meningkatkan ketergantungan yang memerlukan bantuan orang lain.
- d. Kesehatan mental selain mengalami kemunduran fisik lansia juga mengalami kemunduran mental, semakin lanjut seseorang, kesibukan sosialnya akan semakin berkurang dan dapat mengakibatkan berkurangnya integritas dengan lingkungannya. Masalah mental yang sering dijumpai salah satunya yaitu penurunan kualitas hidup. Kualitas hidup merupakan suatu cara hidup, sesuatu yang esensial untuk menyemangati hidup, eksistensi berbagai pengalaman dan mental seorang .

## **2.2 KONSEP STROKE**

### **2.2.1 Pengertian Stroke**

Stroke merupakan penyakit defisit neurologis akut yang disebabkan oleh gangguan pembuluh darah otak yang terjadi secara mendadak dan menimbulkan gejala dan tanda yang sesuai dengan daerah otak yang terganggu (Bustan: 2007)

Dalam Istilah awam, stroke adalah serangan otak yang terjadi secara tiba-tiba akibat kematian atau kelumpuhan sebelah bagian tubuh. Karena sifatnya yang menyerang itu. Sindrom ini diberi nama “Stroke”, yang artinya kurang lebih pukulan telak dan mendadak. Stroke merupakan gangguan sirkulasi serebral yang timbul secara sekunder dari suatu proses patologi pada pembuluh darah serebral, misalnya trombosis, embolus, ruptura dinding, dan kelainan perkembangan. Stroke bisa dikatakan sebuah terminologi klinis untuk gangguan sirkulasi darah traumatik yang terjadi secara akut pada suatu fokal daerah otak, yang berakibat terjadinya keadaan iskemia dan gangguan fungsi neurologis fokal maupun global yang berlangsung lebih dari 24 jam, atau langsung menimbulkan kematian (Lanny Sustrani, dkk, 2006:10)

### **2.2.2 Etiologi Stroke**

Stroke biasanya diakibatkan oleh salah satu dari empat kejadian : (1) trombosis (bekuan darah dalam pembuluh darah otak atau leher), (2) embolisme serebral (bekuan darah atau material lain yang dibawa ke otak dari bagian tubuh lain), (3) iskemia (penurunan aliran darah ke area otak),

(4) hemoragi serebral (pecahnya pembuluh darah serebral dengan perdarahan ke jaringan otak atau ruang sekitar otak). Akibatnya adalah penghentian suplai darah ke otak, yang menyebabkan kehilangan sementara atau permanen gerakan, berfikir, memori, bicara atau sensasi.

### **2.2.3 Faktor Risiko Stroke**

#### **1. Faktor Risiko yang Tidak dapat dimodifikasi**

##### **1. Riwayat Keluarga dan Genetik**

Riwayat pada keluarga yang pernah mengalami serangan stroke menjadi faktor risiko untuk mengalami serangan stroke juga. Hal ini disebabkan oleh beberapa faktor, diantaranya faktor genetik, pengaruh budaya, dan gaya hidup dalam keluarga, interaksi antara genetik dan pengaruh lingkungan (Burhanuddin, Wahidudin, dan Jumriani (2012)

##### **2. Usia**

Umur merupakan faktor risiko stroke, dimana semakin meningkatnya umur seseorang, maka risiko untuk terkena *stroke* juga semakin meningkat. Menurut hasil penelitian pada *Framingham Study* menunjukkan risiko *stroke* meningkat sebesar 20 % pada usia 45-55 tahun, 32% pada usia 55-64 tahun, dan 83% pada kelompok umur 65-74 tahun (Burhanuddin, Wahidudin, dan Jumriani (2012)

##### **3. Jenis kelamin**

Kejadian stroke lebih sering terjadi pada laki-laki dibandingkan pada wanita. Akan tetapi, karena usia harapan hidup wanita lebih tinggi dari pada laki-laki, maka tidak jarang pada studi tentang stroke didapatkan pasien wanita pun cukup banyak.

#### 4. Ras

Orang kulit hitam, seperti di Hispanik Amerika, Cina, dan Jepang memiliki insiden stroke yang lebih tinggi dibandingkan dengan orang kulit putih. Di Indonesia, seperti pada suku Batak dan Padang lebih rentan terserang stroke dibandingkan dengan suku Jawa. Hal ini dikarenakan pola dan jenis makanan yang lebih banyak mengandung kolesterol pada daerah tersebut (Depkes, 2010).

### 2. Faktor yang dapat dimodifikasi

#### 1. Hipertensi

Hipertensi dapat mengakibatkan pecahnya maupun menyempitnya pembuluh darah otak. Apabila pembuluh darah otak menyempit maka aliran darah ke otak juga akan terganggu dan dapat mengakibatkan sel-sel otak akan mengalami kematian .

#### 2. Riwayat Penyakit jantung

Beberapa penyakit jantung berpotensi menimbulkan stroke dikemudian hari seperti penyakit jantung reumatik, penyakit jantung koroner dengan infark dan gangguan irama denyut jantung. Faktor resiko

ini pada umumnya akan menimbulkan hambatan atau sumbatan aliran darah ke otak karena jantung melepaskan sel- sel atau jaringan- jaringan yang telah mati ke aliran darah

### 3. Transient Ischemic Attack (TIC)

TIA dapat terjadi beberapa kali dalam 24 jam atau terjadi berkali-kali dalam seminggu. Makin sering seseorang mengalami TIA maka kemungkinan untuk mengalami stroke semakin besar

### 3.Faktor yang dapat dimodifikasi

#### 1. Kebiasaan Meroko

Merokok adalah salah satu faktor resiko terbentuknya lesi aterosklerosis yang paling kuat. Nikotin akan menurunkan aliran darah ke ekstermitas dan meningkatkan frekuensi jantung atau tekanan darah dengan menstimulasi sistem saraf simpatis. Merokok dapat menurunkan elastisitas pembuluh darah yang disebabkan oleh kandungan nikotin di rokok dan terganggunya konsentrasi fibrinogen, kondisi ini mempermudah terjadinya penebalan dinding pembuluh darah dan peningkatan kekentalan darah Burhanuddin, Wahidudin, dan Jumriani (2012)

Merokok adalah penyebab nyata kejadian stroke yang lebih banyak terjadi pada usia dewasa awal dibandingkan lebih tua. Risiko stroke akan menurun setelah berhenti merokok dan terlihat jelas dalam

periode 2-4 tahun setelah berhenti merokok. Perlu diketahui bahwa merokok memicu produksi fibrinogen (faktor penggumpal darah) lebih banyak sehingga merangsang timbulnya aterosklerosis Burhanuddin, Wahidudin, dan Jumriani (2012)

## 2. Kebiasaan Minum Alkohol

Alkohol merupakan faktor resiko untuk stroke iskemik dan kemungkinan juga terkena serangan stroke hemoragik. Minuman beralkohol dalam waktu 24 jam sebelum serangan stroke merupakan faktor resiko untuk terjadinya perdarahan subarakhnoid. Alkohol merupakan racun untuk otak dan apabila seseorang mengonsumsi alkohol akan mengakibatkan otak akan berhenti berfungsi Burhanuddin, Wahidudin, dan Jumriani (2012)

## 3. Diabetes Melitus

Diabetes melitus juga dapat menimbulkan perubahan pada sistem vaskular (pembuluh darah dan jantung), diabetes mellitus mempercepat terjadinya arteriosklerosis yang lebih berat, lebih tersebar sehingga risiko penderita stroke meninggal lebih besar. Pasien yang memiliki riwayat diabetes melitus dan menderita stroke mungkin diakibatkan karena riwayat diabetes melitus diturunkan secara genetik dari keluarga dan diperparah dengan pola hidup yang kurang sehat seperti banyak mengonsumsi makanan yang manis dan makanan siap saji yang tidak diimbangi dengan



berolahraga teratur atau cenderung malas bergerak Burhanuddin, Wahidudin, dan Jumriani (2012)

#### 4. Hipertensi

Hipertensi sering disebut sebagai penyebab utama terjadinya stroke. Hal ini disebabkan peningkatan tekanan darah dapat menyebabkan pecahnya pembuluh darah yang dapat mengakibatkan terjadinya stroke. Hipertensi menyebabkan kerusakan dinding pembuluh darah karena adanya tekanan darah yang melebihi batas normal dan pelepasan kolagen. Endotel yang terkelupas menyebabkan membran basal bermuatan positif menarik trombosit yang bermuatan negatif sehingga terjadi agregasi trombosit. Selain itu, terdapat pelepasan trombokinase sehingga menyebabkan gumpalan darah yang stabil dan bila pembuluh darah tidak kuat lagi menahan tekanan darah yang tinggi akan berakibat fatal pecahnya pembuluh darah pada otak maka terjadilah stroke. (Burhanuddin, Wahidudin, dan Jumriani 2012)

#### 5. Hiperkolestrolema

Secara alamiah tubuh kita lewat fungsi hati membentuk kolesterol sekitar 1000 mg setiap hari dari lemak jenuh. Selain itu, tubuh banyak dipenuhi kolesterol jika mengonsumsi makanan berbasis hewani, kolesterol inilah yang menempel pada permukaan dinding pembuluh darah yang semakin hari semakin menebal dan dapat menyebabkan penyempitan dinding pembuluh darah yang disebut aterosklerosis. Bila di daerah

pembuluh darah menuju ke otot jantung terhalang karena penumpukan kolesterol maka akan terjadi serangan jantung. Sementara bila yang tersumbat adalah pembuluh darah pada bagian otak maka sering disebut stroke (Burhanuddin, Wahidudin, Jumriani, 2012).

## 6. Stres

Pengaruh stres yang dapat ditimbulkan oleh faktor stres pada proses aterosklerosis melalui peningkatan pengeluaran hormone seperti hormon kortisol, epinefrin, adernaline dan ketokolamin. Dikeluarkannya hormon kortisol, hormon adernaline atau hormone kewaspadaan lainnya secara berlebihan akan berefek pada peningkatan tekanan darah dan denyut jantung. Sehingga bila terlalu sering dapat merusak dinding pembuluh darah dan menyebabkan terjadinya plak. Jika sudah terbentuk plak akan menghambat atau berhentinya peredaran darah ke bagian otak Burhanuddin, Wahidudin, dan Jumriani (2012)

### **2.2.4 Patofisiologi Stroke**

#### 1. Patofisiologi Stroke Iskemik

Stroke Iskemik terjadi ketika sebuah arteri ke otak tersumbat. Otak bergantung pada arteri yang membawa darah segar dari jantung dan paru-paru. Darah membawa oksigen dan zat-zat makanan ke otak dan mengambil karbondioksida dan zat-zat sisa. Jika sebuah arteri tersumbat, sel-sel otak tidak dapat menghasilkan energi yang cukup dan pada

akhirnya akan berhenti bekerja. Jika sumbatan tersebut lebih dari beberapa menit, maka sel-sel otak akan mati.

## 2. Patofisiologi Stroke Perdarahan Interaserebral

Perubahan dalam otak terjadi bila pembuluh darah otak pecah dan darah masuk ke dalam otak. Peningkatan tekanan darah otak secara tiba-tiba bisa menyebabkan kerusakan sel-sel otak sekitar darah. Jika jumlah darah meningkat secara cepat, tekanan yang terbentuk secara tiba-tiba bisa mengarah ke penurunan kesadaran atau kematian

## 3. Patofisiologi stroke Perdarahan Subaknoid

Perdarahan subaknoid terjadi ketika pembuluh darah tepat diluar otak pecah. Daerah sekitar otak (ruang araknoid) terisi dengan darah secara cepat. Paling sering disebabkan oleh arteri pada dasar otak yang tidak normal disebut aneurisma serebral. Ada bidang-bidang bulat kecil atau bengkak sangat hebat, dinding pembuluh darah menjadi mudah pecah.

### **2.2.5 Klasifikasi Stroke**

#### 1. Stroke Iskemik

kebanyakan kasus stroke yang terjadi merupakan stroke iskemik. Penyebab stroke Iskemik adalah penyumbatan aliran darah dimana penyumbatan ini bisa diakibatkan karena penumpukan timbunan lemak yang mengandung kolestrol (disebut plak) dalam pembuluh darah besar (arteri karotis), pembuluh darah sedang (arteri serebri) atau pembuluh

darah kecil. Penyumbatan pada pembuluh darah kecil tidak memberikan dampak stroke yang parah biasanya disebut Infarction Lacunar (Lanny Sustrani, dkk, 2006:12).

## 2. Stroke haemoragik (Perdarahan)

Salah satu penyebab stroke haemoragik adalah penyumbatan pada dinding pembuluh darah yang rapuh, mudah menggelembung dan rawan pecah yang umumnya terjadi pada usia lanjut atau karena faktor keturunan. Tetapi pada umumnya kerapuhan terjadi akibat mengerasnya dinding pembuluh darah akibat timbunan plak (aterosklerosis). Keadaan ini akan lebih diperburuk bila terdapat gejala Hipertensi dan Stres (Lanny Sustrani, dkk 2006:14)

### **2.2.6 Dampak yang ditimbulkan oleh Stroke**

#### 1. Lumpuh

Kelumpuhan tidak hanya terjadi pada otot lengan dan tungkai. Otot yang mengendalikan gerakan menelan dan pernapasan pun bisa saja terjadi. 80 % pasien stroke mengalami penurunan parsial atau total gerak dan kekuatan lengan atau tungkai di salah satu sisi tubuh, dan 30 % penderita stroke mengalami kesulitan menelan (Burhanuddin, Wahidudin, dan Jumriani (2012)

#### 2. Perubahan Mental

Stroke tidak selalu membuat mental penderita menjadi merosot, dan beberapa perubahan biasanya bersifat sementara. Setelah Stroke memang dapat terjadi gangguan pada daya pikir, kesadaran, konsentrasi, kemampuan belajar, dan fungsi Interektual lainnya (Lanny, dkk, 2006:25)

### 3. Kemunduran daya ingat

Terjadi pada seseorang yang mengalami stroke yang menyerang kedua sisi hemisfer serebral. Gangguan daya ingat dapat bervariasi diantara masing-masing penderita diperkirakan 80-90 % orang yang telah mengalami stroke menderita kebingungan masalah dengan kemampuan berfikir dan mengingat (Burhanuddin, Wahidudin, dan Jumriani (2012)

### 4. Gangguan Komunikasi

Hampir 30 % pasien stroke mengalami satu atau lebih masalah komunikasi tidak mampu berbicara atau memahami bahasa lisan (afasia atau Disfasia), gejalanya mencakup kesulitan memilih kata-kata yang tepat untuk diucapkan atau ditulis, kesulitan memahami tulisan, pemakaian kata-kata tanpa makna. Mengalami kesulitan berbicara, atausama sekali tidak mampu bersuara meskipun tetap mengerti bahasa lisan (Feigin, 2006:101)

#### **2.2.7 Manifestasi Klinis Stroke**

Stroke menyebabkan defisit neurologik, bergantung pada lokasi lesi, (pembuluh darah mana yang tersumbat), ukuran area yang perfusinya tidak adekuat dan jumlah aliran darah kolateral. Stroke akan meninggalkan gejala

sisanya karena fungsi otak tidak akan kembali membaik sepenuhnya.

Manifestasi klinis stroke menurut Smeltzer & Bare (2011). Antara lain:

1. Defisit Lapang pandang
  - a. Tidak menyadari orang atau objek di tempat kehilangan pengelihatan.
  - b. Kesulitan menilai jarak
  - c. Diplopia
2. Defisit Motorik
  - a. Hemiparesia (kelemahan wajah, lengan, dan kaki pada sisi yang sama).
  - b. Hemiplegi (Paralisis wajah, lengan dan kaki pada sisi yang sama)
  - c. Ataksia (berjalan tidak mantap, tidak mampu menyatukan kaki)
  - d. Disartia (Kesulitan berbicara) ditunjukkan dengan bicara yang sulit dimengerti yang disebabkan oleh paralisis otot yang bertanggung jawab untuk menghasilkan bicara.
  - e. Disfagia (kesulitan dalam menelan).
3. Defisit Sensorik: kebas dan kesemutan pada bagian tubuh
4. Defisit Verbal
  - a. Afasia Ekspresif (tidak mampu membentuk kata yang dapat dipahami)
  - b. Afasia Reseptif (tidak mampu memahami kata yang dibicarakan)
  - c. Afasia Global (Kombinal baik afasia Reseptif dan ekspresif)
5. Defisit Kognitif

- a. Kehilangan memori jarak pendek dan panjang
  - b. Penurunan lapang perhatian
  - c. Kerusakan kemampuan untuk berkonsentrasi
  - d. Perubahan penilaian
6. Defisit emosional Kehilangan kontrol diri
- a. Labilitas emosional
  - b. Penurunan toleransi pada situasi yang menimbulkan stres.
  - c. Depresi
  - d. Menarik diri
  - e. Rasa takut bermusuhan dan marah
  - f. Perasaan isolasi

### **2.2.8 Komplikasi Stroke**

Menurut Smeltzer & Bare (2011).komplikasi yang sering terjadi pada pasien stroke yaitu:

1. Dekubitus merupakan tidur yang terlalu lama karena kelumpuh dapat mengakibatkan luka/lecet pada bagian yang menjadi tumpuan saat berbaring, seperti pinggul, sendi kaki, pantat dan tumit. Luka dekubitus jika dibiarkan akan menyebabkan infeksi.
2. Bekuan darah merupakan bekuan darah yang mudah terjadi pada kaki yang lumpuh dan penumpukan cairan.

3. Kekuatan otot melemah merupakan terbaring lama akan menimbulkan kekakuan pada otot atau sendi. Penekanan saraf peroneus dapat menyebabkan *drop foot*. Selain itu dapat terjadi kompresi saraf ulnar dan kompresi saraf femoral.
4. Osteopenia dan osteoporosis, hal ini dapat dilihat dari berkurangnya densitas mineral pada tulang. Keadaan ini dapat disebabkan oleh imobilisasi dan kurangnya paparan terhadap sinar matahari.
5. Depresi dan efek psikologis dikarenakan kepribadian penderita atau karena umur sudah tua. 25% menderita depresi mayor pada fase akut dan 31% menderita depresi pada 3 bulan paska stroke s dan keadaan ini lebih sering pada hemiparesis kiri.
6. Inkontinensia dan konstipasi pada umumnya penyebab adalah imobilitas,kekurangan cairan dan intake makanan serta pemberian obat.
7. Spastisitas dan kontraktur pada umumnya sesuai pola hemiplegi dan nyeri bahu pada bagian di sisi yang lemah. Kontraktur dan nyeri bahu (*shoulder hand syndrome*) terjadi pada 27% pasien stroke.

### **2.2.9 Penatalaksanaan Stroke**

#### **a. Penatalaksanaan Farmakologi secara Umum**

1. Stabilisasi jalan nafas dan pernafasan
2. Stabilisasi hemodinamik dengan pemberian cairan kristaloid atau koloid intravena.



3. Reperfusi dan neuroproteksi, yaitu membuka sumbatan dengan pemberian obat trombolitik dan pemberian neuroprotektor untuk melindungi bagian otak.
4. Pengendalian peningkatan tekanan intrakranial (TIK).
5. Pemberian nutrisi yang adekuat baik enteral maupun parenteral.
6. Pencegahan dan penanganan komplikasi
7. Antihipertensi: captopril, antagonis kalsium
8. Diuretik : manitol 20%, furosemide
9. Antikonvulsan : fenitoin

#### **b. Penatalaksanaan Non Farmakologi**

##### 1. Diet Sehat

Penyebab utama terjadinya penyumbatan pembuluh darah yang menuju ke otak pada penderita stroke adalah lemak jahat atau kolesterol yang menumpuk, terutama bagi penderita obesitas. Dengan menjalani program diet sehat maka kolesterol yang menyumbat aliran darah tersebut secara bertahap akan larut bersama dengan darah. Sehingga aliran darah menjadi lancar ke otak dan sel-sel mati di otak dapat bergenerasi dengan baik.

##### 2. Hindari meroko

Kandungan nikotin yang terdapat dalam rokok dapat menyebabkan penyempitan pembuluh darah. Sehingga jika penyempitan itu terjadi pada penderita penyakit stroke maka akan pembuluh darah terputus atau

meninggal. Oleh sebab itu penderita stroke tidak dianjurkan untuk merokok

### 3. Olahraga

Demi memperlancar sistem peredaran darah yang terjadi di dalam arteri sangat penting bila penderita rutin melakukan olahraga tapi tidak perlu melakukan olahraga yang banyak, cukup dengan melakukan senam Aerobik ataupun pelenturan sudah cukup untuk memperlancar peredaran darah

### 4. Motivasi

Pada penderita Stroke biasanya merasa dirinya sudah mengalami banyak kemunduran fisik bahkan banyak yang merasa sudah tidak berguna lagi. Bagi pasien stroke untuk memulai Suatu yang baru telah menjadi beban moral. Dengan kondisi seperti ini untuk tetap bisa menjalankan kehidupan seperti biasanya perlunya motivasi dari orang terdekat dengan pasien untuk mencapai kesembuhan.

### 5. Dukungan Keluarga

Peran keluarga dalam merawat dan mendampingi pasien ternyata sangat menentukan keberhasilan program terapi pemulihan. Hal ini sangat penting mengingat interaksi antara pasien dan keluarga memiliki waktu bersama yang relatif lebih banyak. Untuk itu sangat perlu edukasi cara merawat pasien Stroke di rumah. Lingkungan rumah yang suportif juga penting bagi pasien stroke untuk memulihkan

aktifitas dan kegiatan sehari-hari serta dapan meningkatkan dan mempertahankan kualitas hidup pasien.

### **2.2.10 Pemeriksaan Diagnostik**

#### 1. Angiografi serebral

Membantu menentukan penyebab stroke secara spesifik misalnya perdarahan arteriovena atau adanya ruptur dan untuk mencari sumber perdarahan seperti aneurisma atau malformasi vaskuler.

#### 2. CT scan

Memperlihatkan secara spesifik letak edema, posisi hematoma, adanya jaringan otak yang infark atau iskemia dan posisinya secara pasti.

#### 3. Lumbal Fungsi

Tekanan yang menngkat dan di sertai bercak darah pada cairan lumbal menunjukkan adanya hemoragi pada subaraknoid atau perdarahan pada intracranial.

#### 4. MRI (Magnetic Imaging Resonance)

Menentukan posisi dan besar/luas terjadinya perdarahan otak. Hasil pemeriksaan biasanya di dapatkan area yang mengalami lesi dan infark akibat dari hemoragik

#### 5. EEG

Melihat masalah yang timbul dan dampak dari jaringan yang infark sehingga menurunnya impuls listrik dalam jaringan otak

## 6. USG Doppler

Mengidentifikasi adanya penyakit arteriovena (masalah sistem arteri karotis).

## 7. Sinar tengkorak

Menggambarkan perubahan kelenjar lempeng pinal daerah yang berlawanan dari masa yang meluas, kalsifikasi karotis interna terdapat pada trombosis serebral, kalsifikasi parsial dinding aneurisma pada perdarahan subaraknoid.

## **2.3 Konsep Kualitas Hidup**

### **2.3.1 Pengertian**

WHO Group (dalam Billington dkk, 2010) mendefinisikan kualitas hidup sebagai persepsi individu dari posisi individu dalam kehidupan dalam konteks sistem budaya dan nilai dimana individu hidup dalam kaitannya dengan tujuan, harapan, standar dan kekhawatiran. Kualitas hidup adalah konsep yang luas mulai terpengaruh dengan cara yang kompleks dengan kesehatan fisik individu, keadaan psikologis, keyakinan pribadi, hubungan sosial dan hubungan individu dengan fitur-fitur penting dari lingkungan individu.

Kualitas hidup adalah suatu cara hidup, sesuatu yang esensial untuk menyemangati hidup, eksistensi berbagai pengalaman fisik dan mental seorang individu yang dapat mengubah eksistensi selanjutnya dari individu tersebut di kemudian hari, status sosial yang tinggi, dan gambaran

karakteristik tipikal dari kehidupan seseorang individu Menurut (WHO, 2011) dalam kutipan Suprajipno (2010).

WHO (dalam Kurniawan, 2010) menggambarkan kualitas hidup sebagai sebuah persepsi individu terhadap posisi mereka dalam kehidupan dalam konteks budaya dan system nilai dimana mereka tinggal dan hidup dalam hubungannya dengan tujuan hidup, harapan, standart dan fokus hidup mereka. Konsep ini meliputi beberapa dimensi yang luas yaitu: kesehatan fisik, kesehatan psikologis, hubungan sosial dan lingkungan.

### **2.3.2 Faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup**

Ada beberapa faktor yang mempengaruhi Kualitas Hidup diantaranya dukungan Keluarga dan karakteristik lansia, yaitu jenis kelamin, umur, pendidikan, pekerjaan, Status pernikahan. Keluarga merupakan support system utama bagi lansia dalam mempertahankan kesehatannya. Dukungan keluarga termasuk dalam faktor pendukung (supporting factors) yang dapat mempengaruhi perilaku dan gaya hidup seseorang sehingga berdampak pada status kesehatan dan kualitas hidupnya. (WHO dalam Kurniawan, 2010)

#### **1. Jenis Kelamin**

Jenis kelamin adalah salah satu faktor yang mempengaruhi kualitas hidup.. Hal ini mengindikasikan adanya perbedaan aspek-aspek kehidupan dalam hubungannya dengan kualitas hidup pada laki-laki dan perempuan.

## 2. Usia

Usia adalah salah satu faktor yang mempengaruhi kualitas hidup. Penelitian yang dilakukan oleh Wagner, Abbot, & Lett (2004) menemukan adanya perbedaan yang terkait dengan usia dalam aspek-aspek kehidupan yang penting bagi individu.

## 3. Pendidikan

Tingkat pendidikan adalah salah satu faktor yang dapat mempengaruhi kualitas hidup karena adanya pengaruh positif dari pendidikan terhadap kualitas hidup subjektif namun tidak banyak.

## 4. Pekerjaan

Terdapat perbedaan kualitas hidup antara penduduk yang berstatus sebagai pelajar, penduduk yang bekerja, penduduk yang tidak bekerja (atau sedang mencari pekerjaan), dan penduduk yang tidak mampu bekerja (atau memiliki disablity tertentu).

## 5. Status pernikahan

Terdapat perbedaan kualitas hidup antara individu yang tidak menikah, individu bercerai ataupun janda, dan individu yang menikah. Demikian juga dengan penelitian yang dilakukan oleh

## 6. Kesehatan fisik

Penyakit Stroke merupakan penyakit kronik sehingga berdampak pada kualitas hidup penderita hingga menyebabkan penderita merasa depresi bahkan bunuh diri. tidak hanya sebagai sesuatu penyakit tapi dapat dilihat dari fisik, mental dan kesejahteraan sosial.

### 2.3.3 Aspek-Aspek Kualitas Hidup

Berawal dari pemikiran mengenai aspek kualitas hidup yang dapat berbeda antara individu satu dengan individu lainnya, berbagai studi kualitas hidup meneliti aspek-aspek kehidupan yang penting bagi individu dalam hubungannya dengan kualitas hidup. Ada banyak Aspek Kualitas Hidup diantaranya:

#### 1. Aspek Kesehatan fisik

Kesehatan fisik dapat mempengaruhi kemampuan individu untuk melakukan aktivitas. Aktivitas yang dilakukan individu akan memberikan pengalaman-pengalaman baru yang merupakan modal perkembangan ketahap selanjutnya. Kesehatan fisik mencakup aktivitas sehari-hari, ketergantungan pada obat-obatan dan bantuan medis, energi dan kelelahan, mobilitas (keadaan mudah bergerak), sakit dan ketidaknyamanan, tidur dan istirahat, kapasitas kerja.

#### 2. Aspek psikologis

Aspek psikologis yaitu terkait dengan keadaan mental individu. Keadaan mental mengarah pada mampu atau tidaknya individu menyesuaikan diri terhadap berbagai tuntutan perkembangan sesuai dengan kemampuannya, baik tuntutan dari dalam diri maupun dari luar dirinya. Aspek psikologis juga terkait dengan aspek fisik, dimana individu dapat melakukan suatu aktivitas dengan baik bila individu tersebut sehat secara mental. Kesejahteraan psikologis mencakup *bodily image* dan *appearance*,

perasaan positif, perasaan negatif, *self esteem*, spiritual / agama / keyakinan pribadi, berpikir, belajar, memori dan konsentrasi.

### 3. Aspek hubungan sosial

Aspek hubungan sosial yaitu hubungan antara dua individu atau lebih dimana tingkah laku individu tersebut akan saling mempengaruhi, mengubah, atau memperbaiki tingkah laku individu lainnya. Mengingat manusia adalah makhluk sosial maka dalam hubungan sosial ini, manusia dapat merealisasikan kehidupan serta dapat berkembang menjadi manusia seutuhnya. Hubungan sosial mencakup hubungan pribadi, dukungan sosial, aktivitas seksual.

### 4. Aspek lingkungan

Aspek lingkungan yaitu tempat tinggal individu, termasuk di dalam keadaan, ketersediaan tempat tinggal untuk melakukan segala aktivitas kehidupan, termasuk di dalamnya adalah saran dan prasarana yang dapat menunjang kehidupan. Hubungan dengan lingkungan mencakup sumber *financial*, kebebasan, keamanan dan keselamatan fisik, perawatan kesehatan dan *social care* termasuk aksesibilitas dan kualitas; lingkungan rumah, kesempatan untuk mendapatkan berbagai informasi baru maupun keterampilan (*skill*), partisipasi dan mendapat kesempatan untuk melakukan rekreasi dan kegiatan yang menyenangkan di waktu luang, lingkungan fisik termasuk polusi/kebisingan/keadaan air/iklim, sertatra transportasi.



### 2.3.4 Kualitas Hidup Lansia Stroke

Menurut Salmon (dalam Melina, 2011) seseorang yang mengalami penyakit kronis seperti Stroke tersebut maka akan melakukan adaptasi terhadap penyakitnya. Adaptasi penyakit kronis memiliki empat tahap yaitu

- 1) *Shock*. Tahap ini akan muncul pada saat seseorang mengetahui diagnosis yang tidak diharapkannya.
- 2) *Encounter Reaction*. Tahap ini merupakan reaksi terhadap tekanan emosional dan perasaan kehilangan.
- 3) *Retreat*. Merupakan tahap penyangkalan pada kenyataan yang dihadapinya atau menyangkal pada keseriusan masalah penyakitnya,
- 4) *Reoriented*. Pada tahap ini seseorang akan melihat kembali kenyataan yang dihadapi dan dampak yang ditimbulkan dari penyakitnya sehingga menyadari realitas, merubah tuntutan dalam kehidupannya dan mulai mencoba hidup dengan cara yang baru.

Setiap individu memiliki kualitas hidup yang berbeda-beda tergantung dari masing-masing individu dalam menyikapi permasalahan yang terjadi dalam dirinya. Jika menghadapinya dengan positif maka akan baik pula kualitas hidupnya, tetapi lain halnya jika menghadapinya dengan negatif maka akan buruk pula kualitas hidupnya. Kualitas hidup pasien khususnya yang pasien yang memiliki penyakit kronik seperti Stroke seharusnya menjadi perhatian penting bagi para petugas kesehatan khususnya keluarga karena dapat menjadi acuan keberhasilan

dari suatu tindakan/intervensi atau terapi. Disamping itu, data tentang kualitas hidup juga dapat merupakandata awal untuk pertimbangan merumuskan intervensi/tindakan yang tepat bagi pasien.

#### **2.3.4 Cara mengukur kualitas hidup**

Bagi kesehatan mental WHO mempunyai proyek organisasi Kualitas kehidupan dunia (WHOQQL). Proyek ini bertujuan mengembangkan Suatu Instrumen penilaian Kualitas Hidup. Instrumen WHOQQL-BREF ini telah dikembangkan secara kolaborasi di berbagai belahan Dunia. Instrumen ini terdiri dari 26 Item pertanyaan dimana 2 pertanyaan tentang Kualitas Hidup lansia secara umum dan 24 pertanyaan lainnya mencakup 4 domain. 4 domain tersebut adalah:

- a. Kesehatan fisik yaitu pada pertanyaan nomor 3,4,10,15,16,17 dan 18
- b. Psikologis yaitu pada pertanyaan 5, 6, 7, 11, 19, dan 26
- c. Hubungan Sosial yaitu pada pertanyaan nomor 20, 21, dan 22
- d. Lingkungan yaitu pada pertanyaan no 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24 dan 25

*World health organization* (WHO) telah mengembangkan sebuah instrumen Kualitas Hidup seseorang yaitu WHO Quality of life-BREF (WHOQOL-BREF). Distribusi ke-26 pertanyaan dari WHOQOL-BREF adalah simetris dan hasil penelitian menunjukkan Instrumen WHOQOL-BREF valid dan reliable untuk mengukur kualitas hidup pada Lansia.

### **2.3.5 Hasil Riset Kualitas hidup dari beberapa Jurnal**

Penelitian yang dilakukan oleh Hermawati Hamalding dan Muharwati (2017) Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia Timur, Makassar menyatakan bahwa *Quality of Life* sangat berkaitan dengan dukungan keluarga, Dukungan keluarga diartikan sebagai bagian dari dukungan sosial, merupakan bentuk interaksi antar individu yang memberikan kenyamanan fisik dan psikologis melalui terpenuhinya kebutuhan akan afeksi serta keamanan (Fuji Rahmawati, 2014). Dukungan keluarga termasuk dalam faktor pendukung (*supporting factors*) yang dapat mempengaruhi perilaku dan gaya hidup seseorang sehingga berdampak pada status kesehatan dan kualitas hidupnya (Sinaga, 2014). Dukungan keluarga sangat diperlukan pasien stroke untuk dapat bertahan dalam menjalani hidup, karena keluarga merupakan bagian terdekat dari pasien. Dukungan keluarga akan membuat pasien stroke merasa dihargai dan diterima, sehingga dapat meningkatkan semangat dan motivasi dalam dirinya. Rendahnya dukungan keluarga pada pasien stroke, akan mempengaruhi kondisi psikologi pasien. Pasien dapat menarik diri dari pergaulan dan merasa lebih sensitif, sehingga pasien lebih mudah tersinggung (Martini, 2014).

## **2.4 Konsep Dukungan Keluarga**

### **2.4.1 Pengertian**

Dukungan keluarga adalah sikap, tindakan dan penerimaan keluarga terhadap penderita sakit. Salah satu peran dan fungsi keluarga adalah memberikan fungsi afektif untuk pemenuhan kebutuhan psikososial anggota keluarganya dalam memberikan kasih sayang (Friedman, 2010). Dukungan keluarga menurut Franis dan Satiadarma (2004) merupakan bantuan yang diterima salah satu anggota keluarga dai anggota keluarga yang lainnya dalam rangka menjalankan fungsi-fungsi yang terdapat didalam sebuah keluarga.

Menurut Smith (1994), dukungan keluarga adalah pertolongan dan semangat yang diberikan oleh keluarga terhadap anggotanya dimana dukungan tersebut sebagai variabel mediator yang menunjukkan fasilitas koping selama waktu krisis. Dukungan keluarga dapat memberikan pengaruh yang positif terhadap kesehatan anggota keluarganya. Bentuk dukungan ini dapat diberikan melalui dua cara yaitu secara langsung dan secara tidak langsung.

Menurut Friedman (2003), dukungan keluarga adalah sikap, tindakan, dan penerimaan keluarga terhadap penderita yang sakit. Keluarga juga berfungsi sebagai sistem pendukung bagi anggotanya dan anggota keluarga memandang bahwa orang yang bersifat mendukung, selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan.dalam

Friedman (2003), menjelaskan bahwa keluarga memiliki beberapa fungsi dukungan, yaitu dukungan informasional, dukungan penilaian, dukungan instrumen dan dukungan emosional.

#### **4.4.2 Bentuk Dukungan Keluarga**

Keluarga memiliki beberapa bentuk dukungan (Friedman, 2010) yaitu:

1. Dukungan Penilaian

Dukungan ini meliputi pertolongan pada individu untuk memahami kejadian depresi dengan baik dan juga sumber depresi dan strategi koping yang dapat digunakan dalam menghadapi stressor. Dukungan ini juga merupakan dukungan yang terjadi bila ada ekspresi penilaian yang positif terhadap individu. Individu mempunyai seseorang yang dapat diajak bicara tentang masalah mereka, terjadi melalui ekspresi pengharapan positif individu kepada individu lain, penyemangat, persetujuan terhadap ide-ide atau perasaan seseorang dan perbandingan positif seseorang dengan orang lain, misalnya orang yang kurang mampu. Dukungan keluarga dapat membantu meningkatkan strategi koping individu dengan strategi-strategi alternatif berdasarkan pengalaman yang berfokus pada aspek-aspek yang positif.

2. Dukungan Instrumental

Dukungan ini meliputi penyediaan dukungan jasmaniah seperti pelayanan, bantuan finansial dan material berupa bantuan nyata (*instrumental support material support*), suatu kondisi dimana benda atau

jasa akan membantu memecahkan masalah praktis, termasuk di dalamnya bantuan langsung, seperti saat seseorang memberi atau meminjamkan uang, membantu pekerjaan sehari-hari, menyampaikan pesan, menyediakan transportasi, menjaga dan merawat saat sakit ataupun mengalami depresi yang dapat membantu memecahkan masalah. Dukungan nyata paling efektif bila dihargai oleh individu dan mengurangi depresi individu. Pada dukungan nyata keluarga sebagai sumber untuk mencapai tujuan praktis dan tujuan nyata.

### 3. Dukungan Informasional

Jenis dukungan ini meliputi jaringan komunikasi dan tanggung jawab bersama, termasuk di dalamnya memberikan solusi dari masalah, memberikan nasehat, pengarahan, saran, atau umpan balik tentang apa yang dilakukan oleh seseorang. Keluarga dapat menyediakan informasi dengan menyarankan tentang dokter, terapi yang baik bagi dirinya dan tindakan spesifik bagi individu untuk melawan stresor. Individu yang mengalami depresi dapat keluar dari masalahnya dan memecahkan masalahnya dengan dukungan dari keluarga dengan menyediakan *feed back*. Pada dukungan informasi ini keluarga sebagai penghimpun informasi dan pemberi informasi.

### 4. Dukungan Emosional

Selama depresi berlangsung, individu sering menderita secara emosional, sedih, cemas dan kehilangan harga diri. Jika depresi mengurangi perasaan seseorang akan hal yang dimiliki dan dicintai.

Dukungan emosional memberikan individu perasaan nyaman, merasa dicintai saat mengalami depresi, bantuan dalam bentuk semangat, empati, rasa percaya, perhatian sehingga individu yang menerimanya merasa berharga. Pada dukungan emosional ini keluarga menyediakan tempat istirahat dan memberikan semangat.

#### **4.4.3 Fungsi Pokok Keluarga**

Friedman (2003) dan Setiadi (2008) secara umum fungsi keluarga adalah:

1. Fungsi Afektif, adalah fungsi keluarga yang utama untuk mengajarkan segala sesuatu untuk mempersiapkan keluarga berhubungan dengan orang lain.
2. Fungsi Sosialisasi, adalah fungsi mengembangkan dan tempat melatih anak untuk berkehidupan sosial sebelum meninggalkan rumah untuk berhubungan dengan orang lain.
3. Fungsi Reproduksi, adalah fungsi untuk mempertahankan generasi dan menjaga kelangsungan keluarga.
4. Fungsi ekonomi, adalah keluarga berfungsi untuk memenuhi kebutuhan keluarga secara ekonomi dan tempat untuk mengembangkan kemampuan individu dalam meningkatkan penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga.
5. Fungsi perawatan/pemeliharaan kesehatan, yaitu fungsi untuk mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarga agar tetap memiliki produktivitas tinggi.

#### **4.4.4 Peran Keluarga**

Peran adalah sesuatu yang diharapkan secara normatif dan seseorang dalam situasi sosial tertentu agar dapat memenuhi harapan. Peran keluarga adalah tingkah laku spesifik yang diharapkan oleh seseorang dalam konteks keluarga. Jadi peran keluarga menggambarkan seperangkat perilaku interpersonal, sifat, kegiatan yang berhubungan dengan individu dalam posisi dan situasi tertentu. Peran individu dalam keluarga didasari oleh harapan dan pola perilaku dari keluarga, kelompok masyarakat (setiadi, 2008)

Dalam Undang-undang no 36 tahun 2009 pasal 9 ayat 1 “Setiap orang berkewajiban ikut mewujudkan, mempertahankan dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya”. Ayat 2 “Kewajiban sebagaimana dimaksud pada ayat 1 pelaksanaannya meliputi upaya kesehatan masyarakat, dan pembangunan berwawasan kesehatan dalam upaya meningkatkan tingkat derajat kesehatan yang optimal (Setiadi, 2008)

Menurut Setiadi (2008), setiap anggota keluarga mempunyai peranmasing-masing antara lain:

1. Ayah, sebagai pemimpin keluarga mempunyai peran sebagai pencari nafkah, pendidik, pelindung, pemberi rasa aman bagi setiap anggota keluarga dan juga sebagai anggota masyarakat kelompok sosial tertentu.



2. Ibu sebagai pengurus rumah tangga, pengasuh dan pendidik anak, pelindung keluarga dan juga sebagai pencari nafkah tambahan keluarga dan juga sebagai anggota masyarakat kelompok sosial tertentu.
3. Anak berperan sebagai pelaku psikososial sesuai dengan perkembangan fisik, mental, sosial dan spiritual.

#### **4.4.5 Komponen Dukungan Keluarga**

Keluarga berperan dalam menentukan cara atau asuhan yang diperlukan klien dirumah, Keberhasilan perawatan di rumah sakit dapat sia-sia jika tidak diteruskan dirumah yang kemudian mengakibatkan klien harus dirawat kembali (kambuh). Peran serta keluarga sejak awal asuhan di Rumah sakit akan meningkatkan kemampuan keluarga merawat pasien dirumah sehingga kemungkinan dapat dicegah. Pentingnya peran serta keluarga dalam perawatan pasien dapat dipandang dari berbagai segi. Pertama, keluarga merupakan tempat dimana individu untuk belajar dan mengembangkan nilai, keyakinan, sikap, dan prilaku (Setiadi, 2008)

#### **4.4.6 Faktor Yang Mempengaruhi dukungan Keluarga**

Menurut feiring dan lewis (1984) dalam friedman (2010), ada bukti kuat dari hasil penelitian yang menyatakan bahwa keluarga besar dan keluarga kecil secara kualitatif menggambarkan pengalaman-pengalaman perkembangan anak-anak yang berasal dari keluarga kecil menerima lebih banyak perhatian dari pada anak-anak yang berasal dari keluarga yang

besar. Selain itu, dukungan yang diberikan orangtua (khususnya ibu) juga dipengaruhi oleh usia. Menurut Freedman (2010), ibu yang lebih muda cenderung untuk lebih tidak bisa merasakan atau mengenali kebutuhan anaknya dan juga lebih egosentris dibandingkan ibu-ibu yang lebih tua. Faktor-faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga lainnya adalah kelas sosial ekonomi orangtua. Kelas sosial ekonomi disini meliputi tingkat pendapatan atau pekerjaan orangtua dan tingkat pendidikan. Dalam keluarga kelas menengah, suatu hubungan yang lebih demokratis dan adil mungkin ada, sementara dalam keluarga kelas bawah, hubungan yang lebih otoritas atau otokrasi. Selain itu orang tua dengan kelas sosial menengah mempunyai tingkat dukungan, afeksi dan keterlibatan yang lebih tinggi dari pada orang tua dengan kelas sosial bawah (Setiadi, 2008).

#### **4.4.7 Dampak dukungan keluarga**

Dampak dari dukungan keluarga terhadap kesehatan dan kesejahteraan berfungsi bersamaan. Secara lebih spesifik, keberadaan dukungan sosial yang adekuat terbukti berhubungan dengan menurunnya mortalitas, Disamping itu, pengaruh positif dari dukungan sosial keluarga adalah pada penyesuaian terhadap kejadian dalam kehidupan yang penuh dengan Stres (Setiadi, 2008)

#### **4.4.8 Tugas Keluarga Dalam Bidang Kesehatan**

Friedman (2003) dikutip dari Setiadi (2008) membagi 5 tugas keluarga dalam bidang kesehatan yang harus dilakukan yaitu:

1. Mengenal masalah kesehatan setiap anggotanya

Kesehatan merupakan kebutuhan keluarga yang tidak boleh diabaikan karena tanpa kesehatan segala sesuatu tidak akan berarti dan karena kesehatanlah kadang seluruh kekuatan sumber daya dan dana keluarga habis. Orang tua perlu mengenal keadaan kesehatan dan perubahan-perubahan yang dialami anggota keluarga. Perubahan sekecil apapun yang dialami anggota keluarga secara tidak langsung menjadi perhatian dan tanggung jawab keluarga, maka apabila menyadari adanya perubahan perlu segera dicatat kapan terjadinya, perubahan apa yang terjadi dan seberapa besar perubahannya.

2. Mengambil keputusan untuk melakukan tindakan kesehatan yang tepat bagi keluarga

Tugas ini merupakan upaya keluarga yang utama untuk mencari pertolongan yang tepat sesuai dengan keadaan keluarga, dengan pertimbangan siapa diantara keluarga yang mempunyai kemampuan memutuskan untuk menentukan tindakan keluarga. Tindakan kesehatan yang dilakukan oleh keluarga diharapkan tepat agar masalah kesehatan dapat dikurangi atau bahkan teratasi. Jika keluarga mempunyai keterbatasan dapat meminta bantuan kepada orang di lingkungan sekitar keluarga. Memberikan keperawatan anggota keluarga yang sakit atau yang tidak dapat membantu dirinya sendiri karena cacat atau usianya yang terlalu muda. Perawatan ini dapat dilakukan di rumah

apabila keluarga memiliki kemampuan melakukan tindakan untuk memperoleh tindakan lanjutan agar masalah yang lebih parah tidak terjadi.

3. Mempertahankan suasana rumah yang menguntungkan kesehatan dan perkembangan kepribadian anggota keluarga.

Keluarga memainkan peran yang bersifat mendukung anggota keluarga yang sakit. Dengan kata lain perlu adanya sesuatu kecocokan yang baik antara kebutuhan keluarga dan asupan sumber lingkungan bagi pemeliharaan kesehatan anggota keluarga.

4. Mempertahankan hubungan timbal balik antara keluarga dan lembaga kesehatan

Hubungan yang sifatnya positif akan memberi pengaruh yang baik pada keluarga mengenai fasilitas kesehatan. Diharapkan dengan hubungan yang positif terhadap pelayanan kesehatan akan merubah setiap perilaku anggota keluarga mengenai sehat sakit.

#### **2.4.9 Dukungan Keluarga Bagi Kesehatan Lansia**

Menurut Friedman (2010) dukungan yang diberikan keluarga pada lansia dalam merawat dan meningkatkan status kesehatan adalah memberikan pelayanan dengan sikap menerima kondisinya Bomar (2011) menjelaskan bahwa dukungan keluarga adalah suatu bentuk perilaku melayani yang dilakukan oleh keluarga baik dalam bentuk dukungan emosi, penghargaan, informasi dan instrumental. Dukungan sosial keluarga mengacu pada dukungan-dukungan yang dipandang oleh anggota keluarga sebagai suatu yang dapat diakses atau diadakan untuk keluarga. Dukungan bisa atau tidak

digunakan tapi anggota keluarga memandang bahwa orang yang bersifat mendukung selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan.

#### **2.4.10 Dukungan Keluarga Dengan Kualitas Hidup Lansia**

Friedman (2010) dukungan atau bantuan yang dibutuhkan oleh lanjut usia bisa didapatkan dari bermacam-macam sumber seperti keluarga, teman, dokter atau profesional dan organisasi kemasyarakatan. depresi sangat rentan terjadi pada lanjut usia karena faktor kehilangan, penurunan kesehatan fisik dan kurangnya dukungan dari keluarga. Kurangnya dukungan keluarga kepada lanjut usia, akan mempengaruhi coping pada lansia tidak adekuat. Coping yang tidak adekuat dalam menghadapi masalah, akan menyebabkan krisis yang bertumpuk dan berkepanjangan yang akhirnya dapat menimbulkan gejala depresi.

#### **2.4.11 Hasil Penelitian terkait Dukungan Keluarga Dengan Kualitas Hidup Lansia Stroke**

Hasil penelitian sesuai dengan teori Akhmadi (2005) yang mengatakan bahwa salah satu faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga adalah kelas sosial ekonomi yang meliputi tingkat pendapatan atau pekerjaan dan tingkat pendidikan. Ada hubungan yang signifikan antara pekerjaan dengan dukungan emosional, Wardaningsih (2007) orang yang tidak bekerja akan memberikan dukungan, dimana responden yang tidak bekerja tentunya mempunyai waktu luang yang cukup untuk merawat anggota keluarga dengan riwayat perilaku kekerasan dibandingkan dengan keluarga atau responden yang bekerja, ada juga

sebagian responden yang bekerja memberikan dukungan terutama dukungan emosional seperti memberikan perhatian, kasih sayang, motivasi dan memberikan rasa aman. Pada dasarnya terdapat tiga hal yang berperan menentukan kualitas hidup yaitu mobilitas, rasa nyeri dan kejiwaan, depresi atau ansietas. Ketiga faktor tersebut dapat diukur secara obyektif dan dinyatakan sebagai status kesehatan.

Berdasarkan penelitian lain yang dilakukan di Chicago faktor yang berhubungan dengan kualitas hidup pasien stroke adalah ( $P=0,0001$ ), dukungan sosial ( $P=0,0005$ ), dan FIMLOG ( $P=0,031$ ).<sup>(7)</sup> Penelitian yang berjudul *Factors Influencing Stroke Survivors Quality of Life During*

*Subacute Recovery* bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup pasien stroke adalah umur ( $p<0,001$ ), jenis kelamin ( $p=0,042$ ), tingkat pendidikan ( $p=0,014$ ), jenis stroke ( $p=0,014$ ) dan komorbiditas ( $p=0,049$ ).<sup>(8)</sup> Melihat semakin meningkatnya angka kejadian stroke dan dampak yang ditimbulkan oleh stroke yang dapat mempengaruhi kualitas hidup pasien stroke, namun belum diketahui gambaran kualitas hidup pasien pasca stroke di RSUD Tugurejo Kota Semarang. dikutip dari jurnal Ulfah Bariroh, (2016)

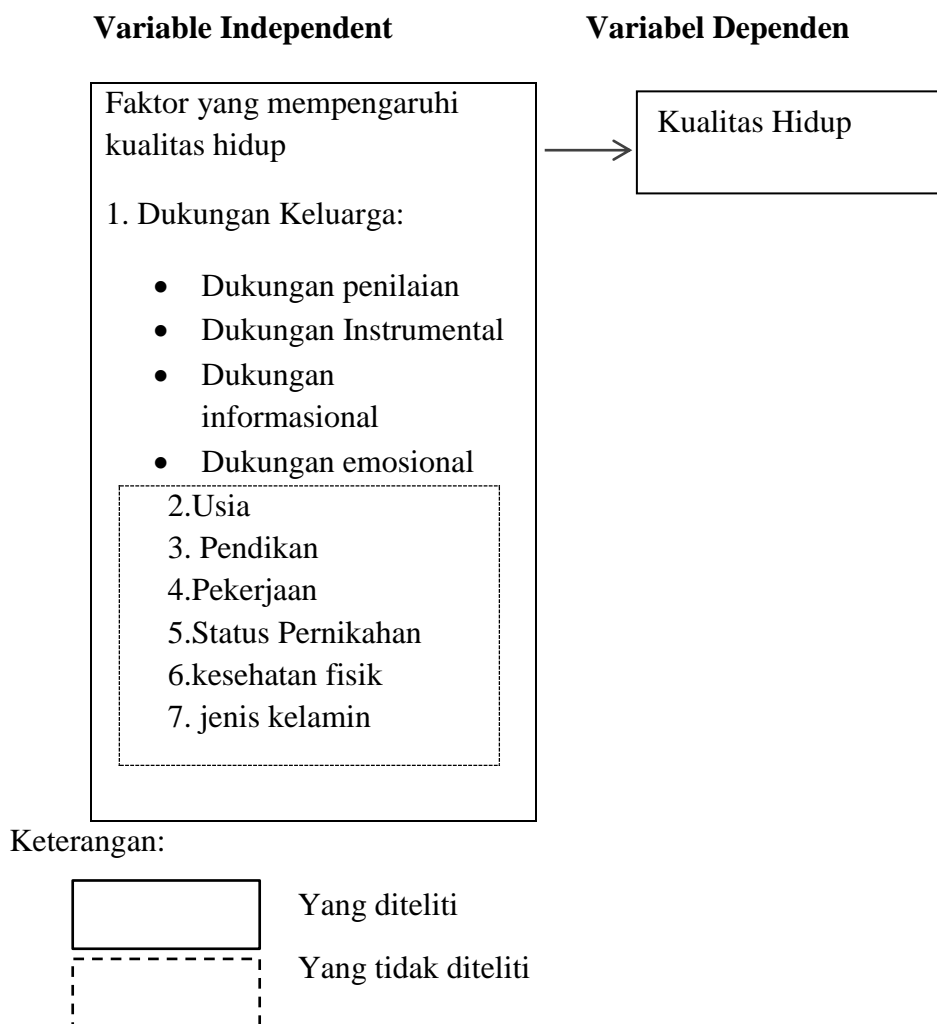
Berdasarkan hasil penelitian diatas. Maka dari itu peneliti tertarik untuk meneliti hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup lansia yang stroke di Poli Klinik Stroke Rumah Sakit Al Islam Kota Bandung

## 2.4.12 Kerangka konseptual

### Bagan 3.1

#### Kerangka Pikir Penelitian

#### Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kualitas Hidup Lansia Stroke Di Poli Klinik Stroke Rumah Sakit Al Islam Kota Bandung 2018



Sumber :Modifikasi WHOQoL Group (dalam Billington dkk, 2010) friedman 2010