

## **Peran Keluarga Merawat Lansia Pasca Stroke** **Family Role to Care Post Stroke Elderly**

**Iskim Luthfa**

*Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Islam Sultan Agung Semarang*

### **Abstrak**

Pendahuluan : Lansia yang menderita stroke akan mengalami permasalahan yang kompleks, secara fisik akan mengalami kecacatan yang dapat menurunkan kualitas hidupnya. Permasalahan juga akan dialami oleh keluarga yang merawatnya, perawatan jangka panjang akan menjadi beban bagi keluarga yang akan berdampak pada penurunan tingkat kepuasan hidup. Tujuan penelitian ini untuk menganalisis peran keluarga merawat lansia pasca stroke di Kelurahan Bangetayu Semarang. Metode penelitian ini menggunakan studi kualitatif dengan pendekatan fenomenologi. Partisipan dalam penelitian ini sebanyak 6 keluarga (*caregiver*) diambil secara acak sesuai dengan kriteria penelitian. Analisis data menggunakan langkah-langkah dari Colaizzi. Hasil penelitian menunjukkan keluarga yang merawat lansia pasca stroke dituntut untuk mampu beradaptasi secara holistik meliputi biologis, psikologis, sosial dan spiritual. Kata kunci : peran keluarga, lansia pasca stroke, adaptasi holistik.

### **Abstract**

Introduction: Elderly suffered caused by stroke disease will get complex problems including physical disability which can lead to decrease their life quality. Instead of those, problems will also experienced by families who care them. Long-term care will become burden for the family which will impact on the decrease of life satisfaction. This study aimed to analyze the role of the family care for the elderly with post-stroke condition in Bangetayu Village Semarang. This research was qualitative with a phenomenological approach. Participants in this study were 6 families (caregivers) selected randomly according to criteria of the study. Data were analyzed by using Colaizzi. The results showed that families who care for elderly with post-stroke were urged to adapt holistically including biological, psychological, social and spiritual.

Keywords: family role, post-stroke elderly, holistic adaptation.

---

### **Corresponding Author :**

Iskim Luthfa<sup>1</sup>, Universitas Islam Sultan Agung Semarang, Jalan Raya Kaligawe Km.4 Semarang Utara.  
iskimluthfa@unissula.ac.id

### **PENDAHULUAN**

Stroke merupakan masalah utama kesehatan baik di negara maju maupun di negara berkembang, stroke menjadi penyebab kematian kedua terbanyak dan penyebab utama kecacatan pada orang dewasa. Beberapa faktor penyebab stroke antara lain usia, tekanan darah, penggunaan terapi antihipertensi, diabetes mellitus, merokok dan penyakit kardiovaskular (Zeevi, N., et.al., 2007). Usia merupakan faktor paling dominan terjadinya stroke (Olindo, S., et.al., 2013; Elkind, M., 2013) sehingga penyakit ini sering dialami oleh lansia (Toni, D., et.al., 2008).

Seiring meningkatnya usia harapan hidup (UHH) di Indonesia yang diperkirakan pada tahun 2020 akan mencapai 71 tahun dengan perkiraan jumlah penduduk lansia mencapai 28 juta jiwa, maka besar kemungkinan jumlah lansia yang mengalami stroke akan meningkat. Hal ini sesuai dengan data dari WHO yang menyatakan bahwa seluruh kematian yang terjadi di Negara industry, 10-20% nya disebabkan oleh stroke dan sekitar 88% kematian akibat stroke terjadi pada usia diatas 65 tahun.

Stroke yang terjadi pada lansia merupakan permasalahan yang kompleks, dampaknya tidak hanya dialami oleh individu lansia itu sendiri namun juga dialami oleh keluarga yang merawatnya (*family care giver*) (Ostwald SK, Godwin KM, Cron SG; 2009). Dampak pada lansia dapat menyebabkan kondisi kronik yaitu kecacatan (*disability*) sehingga menurunkan kualitas hidup penderitanya. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Dayapoglu, N., & Tan, M. (2010) yang meneliti tentang *Quality of life in stroke patients*, hasil penelitian menunjukkan rata-rata kualitas hidup pada pasien dengan stroke rendah, dimana kualitas hidup ini meliputi, kemampuan fisik, emosional dan kesejahteraan sosial.

Dampak yang dirasakan oleh keluarga, dimana keluarga merasa terbebani dengan pemberian perawatan jangka panjang. Penelitian yang terkait dengan perawatan yang dilakukan oleh keluarga (*family caregiver*) pada lansia yang mengalami *physical disability* dilakukan oleh Susan, et al (2008), Penelitian tersebut melibatkan 40 *familij caregiver* yang merawat lansia dengan *physyical disability*, penelitian ini mengukur tingkat kepuasan hidup *caregiver* dengan menggunakan instrumen SWLS (*Satisfaction with Live Scale*) yang terdiri dari 5 item, masing-masing item diukur dengan skala Likert 1–7. Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara beban yang lebih besar dengan kepuasan hidup yang lebih rendah.

Studi kualitatif yang meneliti tentang *family caregiver* dalam perawatan lansia pasca stroke masih terbatas. Pengalaman seseorang merawat anggota keluarga yang sakit akan berbeda dirasakan pada tiap orang, sehingga pendekatan kualitatif memungkinkan untuk dilakukan guna mendapatkan pemahaman pada area yang lebih luas (Christine, 2008).

Berbagai fenomena pengalaman keluarga merawat lansia dengan penyakit kronik dan memerlukan bantuan pemenuhan ADL (*Activity Daily Living*) telah ditemukan dengan hasil yang variatif. Penelitian yang dilakukan oleh Widyastuti (2009) tentang pengalaman *caregiver* merawat lansia demensia di rumah di Kota Depok, hasil penelitian mengidentifikasi adanya beban yang dirasakan *caregiver* baik secara fisik, psikologis, ekonomi dan sosial. Selanjutnya penelitian yang dilakukan oleh Wiyono (2007) tentang perawatan lansia dengan ketergantungan tinggi di rumah di Kota Malang, hasil penelitian menunjukkan adanya variasi perasaan antara senang dan tidak senang, *caregiver* merasakan senang karena telah mampu merawat orang tua sebagai bentuk rasa hormat dan taat, dan perasaan tidak senang karena harus merawat dalam jangka waktu yang lama.

Meskipun keluarga yang memberi perawatan (*family caregiver*) pada lansia merasa terbebani karena harus merawat dalam jangka waktu yang lama namun, dukungan dari keluarga sangat dibutuhkan oleh pasien karena memiliki pengaruh positif terhadap perawatan dan kesehatan pasien. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Kane, C. F. (2003, dalam Dayapoglu, N., & Tan, M., 2010) yang menyatakan dukungan sosial dapat membantu pasien untuk mengatasi stress yang berhubungan dengan penyakit dan pengobatannya.

## **METODE PENELITIAN**

Penelitian ini merupakan jenis penelitian deskriptif kualitatif menggunakan pendekatan fenomenologi. Peneliti menggunakan pendekatan fenomenologi ini karena ingin menggali secara mendalam tentang arti dan makna pengalaman keluarga sebagai *caregiver* dalam merawat lansia pasca stroke. Sampel penelitian ini sebanyak 6 partisipan, teknik pengambilan sampel menggunakan *purposive sampling*. Dalam penelitian ini, peneliti menggunakan strategi *criterion sampling* yaitu partisipan yang dilibatkan telah memenuhi kriteria tertentu, antara lain (1) Partisipan adalah *caregiver* utama dalam keluarga yang merawat lansia pasca stroke, (2) *Caregiver* memahami Bahasa Indonesia, (3) *Caregiver* dan lansia pasca stroke tinggal serumah atau tinggal dalam jarak yang dekat, (4) *Caregiver* bersedia menjadi partisipan dengan memberikan persetujuan melalui *informed consent*, (5) Mampu menceritakan pengalamannya sebagai *caregiver* yang merawat lansia pasca strok.

Instrument untuk mengumpulkan data adalah peneliti sendiri, menurut Streubert & Carpenter (2003) peneliti merupakan instrument kunci di dalam penelitian kualitatif, hal ini dikarenakan peneliti akan

melakukan suatu pencarian dan penggalian data atau informasi secara mendalam dan menyeluruh sehingga peranan peneliti sendiri merupakan sarana atau alat untuk memperoleh informasi. Alat bantu pengumpul data lain yang digunakan pada penelitian ini yaitu alat tulis, catatan lapangan (*field note*) dan DVR (*Digital voice recorder*).

Analisis data menggunakan langkah-langkah dari Colaizzi (1978, dalam Streubert & Carpenter, 2013) meliputi, (1) Mengumpulkan deskripsi fenomena melalui pendapat partisipan, (2) Membaca seluruh deskripsi fenomena yang telah disampaikan oleh partisipan, (3) Membaca kembali transkrip hasil wawancara dan mengutip pernyataan-pernyataan yang bermakna, (4) Menguraikan arti yang ada dalam pernyataan-pernyataan signifikan, dan (5) Menuliskan deskripsi yang lengkap.

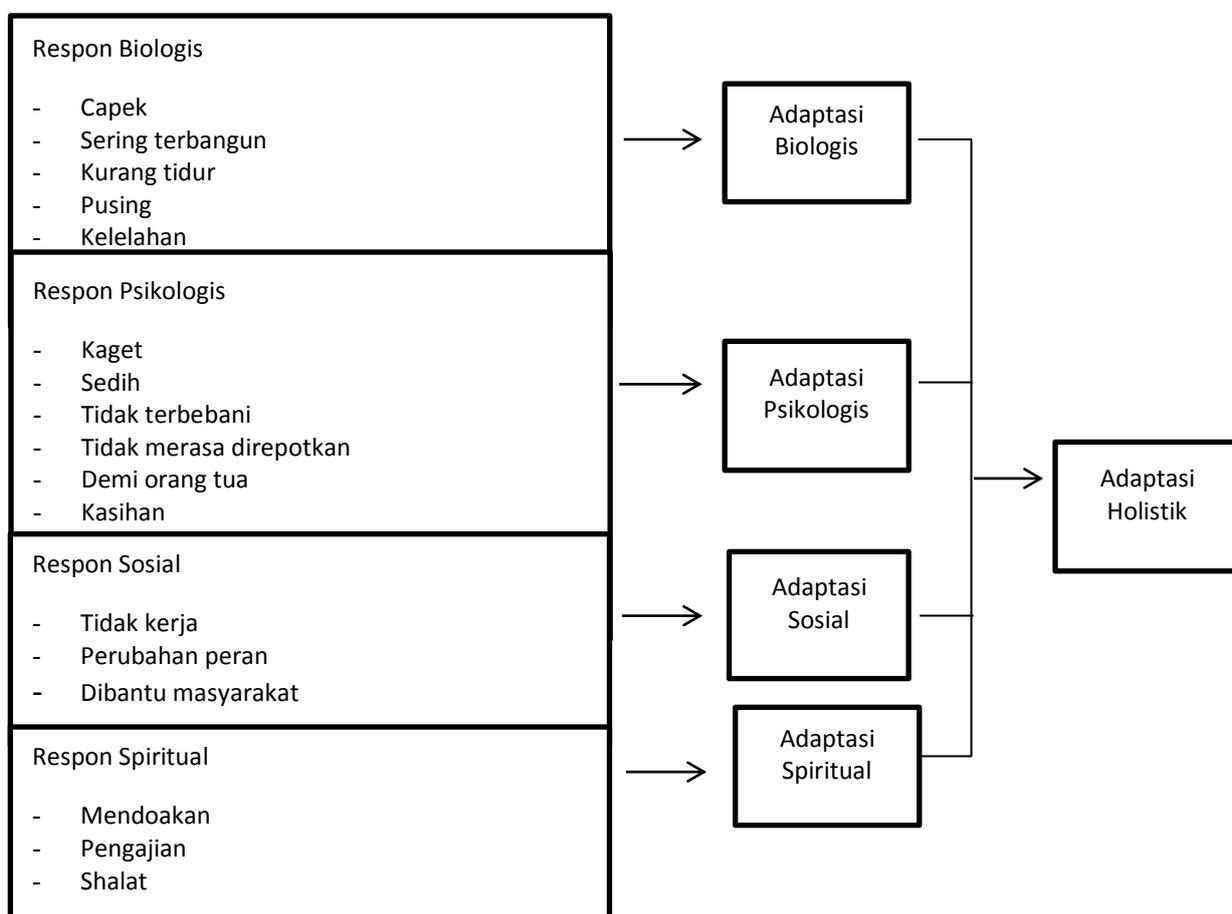
## HASIL

### 1. Topik dan Tema

Data yang telah disusun menjadi kategori dan kata kunci, kemudian dikelompokkan menjadi beberapa topik dan dianalisis sehingga mendapatkan tema.

Topik

Tema



### 2. Profil Partisipan Pemberi Perawatan (*care giver*)

Partisipan dalam penelitian ini berjumlah 6 orang, yang merupakan anggota keluarga utama (*care giver*) yang merawat lansia pasca stroke di Kelurahan Bangetayu Wetan kota Semarang. Karakteristik partisipan bervariasi terdiri dari jenis kelamin, usia, latar belakang pendidikan, hubungan dengan lansia yang sakit stroke, serta lama perawatan yang dilakukan.

Pertama, partisipan I : berjenis kelamin laki-laki, usia 40 tahun, pendidikan terakhir SMA, partisipan adalah anak dari lansia yang sakit stroke, dan sudah merawat selama 7 tahun.

Kedua, Partisipan II : berjenis kelamin perempuan, usia 55 tahun, partisipan tidak sekolah, partisipan adalah istri dari lansia yang sakit stroke, dan sudah merawat selama 2 tahun.

Ketiga, partisipan III : berjenis kelamin perempuan, usia 35 tahun, pendidikan terakhir SMA, partisipan adalah anak dari lansia yang sakit stroke, dan sudah merawat selama 2 minggu.

Keempat, partisipan IV : berjenis kelamin laki-laki, usia 56 tahun, pendidikan terakhir STM, partisipan adalah suami dari lansia yang sakit stroke, dan sudah merawat selama 3 bulan.

Kelima, partisipan V : berjenis kelamin laki-laki, usia 59 tahun, partisipan tidak sekolah, partisipan adalah suami dari lansia yang sakit stroke, dan sudah merawat selama 2 tahun.

Keenam, partisipan VI : berjenis kelamin laki-laki, usia 56 tahun, pendidikan terakhir sarjana, partisipan adalah suami dari lansia yang sakit stroke, dan sudah merawat lansia selama 4 hari.

### **3. Hasil Analisis Data Penelitian**

Peran atau *roles* diartikan sebagai satu set pola perilaku yang diharapkan dikaitkan dengan seseorang yang menduduki posisi tertentu dalam unit sosial (Banton, 1965; Katz & Kahn, 1966, dalam Bauer, 2013). Menurut Satir (1967 dalam Friedman, 2010) peran di dalam keluarga diklasifikasikan menjadi dua kategori yaitu peran formal dan peran informal. Peran formal merupakan peran yang secara jelas (*eksplisit*) sesuai dengan struktur di dalam keluarga, misalnya peran seorang ayah sebagai suami, peran seorang ibu sebagai istri, dan peran anak (laki-laki atau perempuan ) sebagai kakak atau adik. Peran informal lebih bersifat *implisit* (tersirat), tidak jelas terlihat namun peran ini diharapkan mampu memenuhi kebutuhan emosional anggota keluarga.

Friedman (2010) menyebutkan bahwa, keluarga memiliki peran yang penting sebagai pemberi asuhan keperawatan (*family caregiver*) primer bukan hanya diberikan kepada lansia yang mengalami kelemahan (*disability*), tetapi juga diberikan kepada semua anggota keluarga yang masih tergantung, biasanya diakibatkan oleh disabilitas fisik (*fisikal disability*) karena penyakit kronik. Peran *caregiver* bervariasi sesuai dengan status dan keterkaitannya dengan penerima asuhan, *caregiver* akan mengalami perubahan peran secara bermakna ketika yang menjadi *caregiver* adalah orang tua, suami atau istri, anak, saudara kandung, ataupun teman. Hal ini sesuai dengan pendapat Roberto (1993 dalam Friedman, 2010) yang menjelaskan bahwa perawatan pada lansia sering dilakukan oleh pasangan hidupnya (suami maupun istrinya) ataupun dilakukan oleh anaknya yang sudah berusia dewasa.

Hal ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh peneliti yaitu, 3 partisipan yang bertugas sebagai *caregiver* adalah suami, 2 partisipan lainnya sebagai *caregiver* adalah anak, dan 1 partisipan sebagai *caregiver* adalah istri. Keluarga yang berperan sebagai *caregiver* hendaknya mampu menjaga keseimbangan fungsi perannya dan beradaptasi terhadap perubahan peran. *Caregiver* yang tidak mampu menjaga keseimbangan fungsi perannya dimana seringkali memiliki peran ganda (*multiple roles*) akan mengakibatkan terjadinya konflik peran. Menurut Nimran (2004) konflik peran didefinisikan sebagai sebuah situasi dimana individu dihadapkan pada harapan peran (*role expectation*) yang berbeda. Konflik peran ini bisa menyebabkan kebingungan peran sehingga *family caregiver* yang dibebani penerimaan peran baru bisa memiliki perilaku positif dan negatif.

## **PEMBAHASAN**

Berdasarkan hal tersebut keluarga dituntut untuk memiliki respon yang fleksibilitas serta mampu beradaptasi terhadap perubahan perannya supaya tetap mendukung keberhasilan fungsi keluarga. Friedman (2010) membagi fungsi keluarga menjadi lima yaitu :

1. Fungsi afektif

Fungsi afektif ini berhubungan dengan fungsi internal di dalam keluarga, dimana ini merupakan dasar kekuatan keluarga. Fungsi afektif penting untuk memenuhi kebutuhan psiko-sosial. Anggota keluarga mengembangkan sikap dan gambaran diri yang positif, peran ini dijalankan dengan baik dan penuh rasa kasih sayang.

2. Fungsi sosialisasi

Fungsi sosialisasi dikaitkan dengan proses perkembangan dan perubahan yang dialami individu dan menghasilkan interaksi sosial. Keluarga merupakan tempat individu belajar bersosialisasi dan belajar disiplin, mempelajari norma dan budaya, serta mempelajari bagaimana individu seharusnya berperilaku melalui interaksi dalam keluarga, sehingga individu mampu berperan di dalam masyarakat.

3. Fungsi reproduksi

Fungsi reproduksi dikaitkan dengan kemampuan untuk meneruskan kelangsungan keturunan dan menambah sumber daya manusia.

4. Fungsi ekonomi

Fungsi ekonomi dikaitkan dengan tugas keluarga dalam memenuhi kebutuhan anggota keluarganya, yang meliputi kebutuhan sandang, pangan, papan dan keuangan.

5. Fungsi bidang kesehatan

Fungsi keluarga dalam bidang kesehatan dikaitkan dengan kemampuan melaksanakan tugas dan tanggung jawabnya dalam mengatasi permasalahan kesehatan keluarga secara mandiri. Hal ini dikaitkan dengan lima tugas keluarga dalam bidang kesehatan, meliputi kemampuan mengenal masalah kesehatan dan mengambil keputusan, kemampuan merawat anggota keluarga yang sakit dan memodifikasi lingkungan untuk mendukung proses penyembuhan, serta kemampuan memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan.

Adaptasi yang perlu dilakukan oleh keluarga sebagai *caregiver* hendaknya secara menyeluruh (*holistic*) dilakukan meliputi adaptasi biologis, adaptasi psikologis, adaptasi sosial dan adaptasi spiritual.

1. Adaptasi Biologis

Lansia yang mengalami stroke membutuhkan perawatan mandiri yang cukup lama, dimana rata-rata *family caregiver* merawat lansia strok 5-9 jam per hari. Hal ini menyebabkan partisipan kelelahan secara fisik, mengalami gangguan tidur karena sering terbangun disaat lansia membutuhkan bantuan, dan merasa pusing karena mengalami gangguan pola tidur. Hal ini sesuai dengan ungkapan dari partisipan (Pn).

“kalau capek pastilah capek, karena terus-terusan merawat ....” Pn I

“ Iya pasti capek ... karena harus jagain terus.” Pn III

“iya capek, kelelahan” Pn IV

“capek ya capek, tapi mau bagaimana lagi ...” Pn V

Ketergantungan lansia pada *caregiver* mengakibatkan bertambahnya tugas dan rutinitas yang harus dilakukan sehingga memicu respon fisik capek. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Asniar (2007) yang melakukan penelitian untuk menggali pengalaman keluarga merawat anggota keluarga pasca stroke menunjukkan hasil bahwa sebagian anggota keluarga merasa capek dan jenuh karena harus menjalankan rutinitas yang berulang dalam waktu yang lama.

Caregiver hendaknya mampu beradaptasi secara biologis untuk tetap menjaga kesehatannya, karena untuk merawat lansia yang sakit stroke dibutuhkan stamina yang prima. Jangan sampai jatuh sakit karena merawat orang sakit. Nutrisi yang seimbang, kecukupan istirahat tidur, dan penambahan vitamin maupun suplemen sangat dibutuhkan untuk *caregiver*. Hal ini seperti yang diungkapkan oleh Pn III.

“ ... ya saya persediaan obat untuk stamina tubuh.”

2. Adaptasi psikologis

Respon psikologis yang dialami *caregiver* bervariasi, salah satu faktor penyebabnya karena durasi lama waktu rawat dan proses perawatan yang dilakukan berbeda-beda pada masing-masing *caregiver*. Hal ini berdasarkan data lama perawatan yang diberikan *caregiver* paling pendek yaitu 4 hari dan paling lama yaitu 7 tahun. Respon psikologis pada Pn sebagai berikut :

"Demi orang tua ..." Pn I

" ... tidak merasa terbebani." Pn II

"sedih, dan kasihan ..." Pn III dan Pn IV

"tidak merasa direpotkan." Pn V

"Kaget kalau sakit, kasihan ..." Pn VI

Data di atas bisa kita lihat, *caregiver* yang telah merawat lansia lebih dari 1 tahun (Pn I, Pn II dan Pn V) menunjukkan psikologis yang lebih positif yaitu tidak merasa terbebani, tidak merasa direpotkan dan demi keluarga. Sedangkan *caregiver* yang memberikan perawatan pada lansia kurang dari satu tahun menunjukkan psikologi yang negatif yaitu merasa kaget, masih merasakan sedih dan kasihan, *caregiver* masih berada pada tahap berduka.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Tooth, L., et al. (2005) menunjukkan bahwa *family caregiver* mengalami kecemasan dan depresi dalam merawat penderita stroke pada 12 bulan pertama pasca stroke, beban ini tidak hanya berkaitan dengan melaksanakan tugas (misalnya memberi bantuan fisik) dan lamanya waktu perawatan dimana rata-rata *family caregiver* merawat lansia stroke 5-9 jam per hari, tapi juga berkaitan dengan menjaga perasaan, sikap dan persepsi lansia terhadap perawatan yang diberikan.

Perbedaan respon psikologis pada *caregiver* juga disebabkan karena faktor jenis kelamin. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Piquart et al (2005) *caregiver* perempuan cenderung mengalami stress dibandingkan dengan *caregiver* laki-laki. Berdasarkan hasil penelitian dari keenam partisipan dua diantaranya berjenis kelamin perempuan dan empat diantaranya berjenis kelamin laki-laki.

*Caregiver* hendaknya meningkatkan pemahaman dan persepsinya bahwa merawat lansia yang menderita penyakit stroke membutuhkan waktu yang lama, sehingga mampu beradaptasi psikologis secara positif dengan menerima dan merawat lansia.

### 3. Adaptasi sosial

Adaptasi sosial yang dialami *caregiver* berupa perubahan peran di dalam keluarga dan di masyarakat. Perubahan peran di dalam keluarga berkaitan dengan peran mencari nafkah dan pengambilan keputusan. *Caregiver* harus membagi waktu untuk bekerja dan merawat lansia yang sakit, hal ini berdampak kepada turunnya pendapatan bahkan sampai kehilangan pekerjaan. Hal ini sejalan dengan yang dijelaskan oleh Leuckenotte (2006) bahwa *caregiver* yang bekerja dengan rutinitasnya yang selalu merawat lansia di rumah, sering mengalami gangguan dalam bekerja dan bisa kehilangan pekerjaan, hal ini mengakibatkan gangguan perekonomian keluarga. seperti yang disampaikan oleh partisipan di bawah ini :

" Pas kontrol ke RS ya saya tidak bekerja, ijin kerja dipotong sehari" Pn III

" Saya yang bantuin kerja sekarang" Pn II

"Ya ijin tidak kerja karena mengantar istri" Pn V

" ... pas kontrol kadang dibantu tetangga, karena tidak bisa sendirian" VI

Ada istilah sakit lebih mahal daripada sehat, hal ini memang tidak bisa dihindari, lansia yang sakit stroke memerlukan perawatan yang cukup lama dengan biaya yang mahal. Beberapa kali keluar masuk rumah sakit untuk *medical chek up* maupun untuk rehabilitasi.

### 4. Adaptasi spiritual

Respon spiritual pada *caregiver* sering diwujudkan dalam berdoa. NANDA (2015) menyebutkan bahwa berdoa (*prays*) adalah salah satu aktivitas dalam berhubungan dengan yang maha kuasa (*The Power Greater Than Self*) yang menjadi salah satu karakteristik spiritual. Spiritual merupakan salah satu kebutuhan dasar manusia yang paling penting, karena berhubungan langsung dengan dzat yang

menciptakan yaitu Allah SWT. Krisis dan perubahan dapat menguatkan kedalaman spiritual *caregiver*, dengan adanya musibah sakit yang dialami anggota keluarganya maka *caregiver* dapat mengartikannya sebagai ujian dan cobaan untuk lebih mendekatkan diri lagi kepada Tuhan yang Maha Esa. Hal ini sesuai dengan yang disampaikan partisipan :

" Ya ... mendoakan supaya cepat sembuh" Pn. I

" Berdoa supaya cepat sembuh" Pn II

" Memintakan doa di acara pengajian" Pn III dan Pn IV.

" Sabar dan berdoa" V

" Kita kan muslim jadi ya shalat dan berdoa" VI

Pada dasarnya sehat dan sakit merupakan karunia dari Tuhan Yang Maha Esa, tidak bisa dipungkiri spiritual memegang peranan yang sangat penting di dalam kehidupan sehari-hari. Praktik pemenuhan kebutuhan spiritual diimplementasikan sesuai dengan agama dan kepercayaan masing-masing, yang paling mudah adalah dengan berdoa.

## SIMPULAN DAN SARAN

### Simpulan

Keluarga dengan lansia pasca stroke, memiliki peran sebagai pemberi asuhan keperawatan (*family caregiver*). Kemampuan keluarga melaksanakan peran sebagai *caregiver* bervariasi, sesuai dengan status dan keterkaitannya dengan penerima asuhan keperawatan. Keluarga dalam melaksanakan perannya sebagai *caregiver*, 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.

### SARAN

Bagi pengelola pelayanan kesehatan, hasil penelitian ini membuktikan *caregiver* memiliki kemampuan yang bervariasi dalam merawat keluarga pasca stroke. *Caregiver* perlu mendapatkan dukungan selama beradaptasi terhadap perubahan perannya. Puskesmas sebagai pelayanan kesehatan yang terdekat diharapkan ikut berpartisipasi melakukan pendampingan dengan cara membentuk kelompok swabantu maupun membentuk kelompok khusus lansia pasca stroke. Bagi perkembangan ilmu keperawatan komunitas, hasil penelitian ini memberikan sedikit gambaran bagaimana keluarga beradaptasi terhadap perannya dalam merawat lansia pasca stroke. Hasil penelitian ini bisa dijadikan sebagai dasar untuk melakukan penelitian lanjutan yang diarahkan kepada intervensi apa yang bisa diterapkan untuk membantu keluarga beradaptasi terhadap perubahan perannya. Bagi perawat komunitas, perawat diharapkan mampu mengembangkan intervensi keperawatan pada setting komunitas dengan sasaran populasi *caregiver* dengan melibatkan peran serta aktif masyarakat dalam pemberian dukungan kepada keluarga yang merawat lansia pasca stroke. Perawat dapat membantu keluarga dalam hal konseling, pendidikan kesehatan (*education*) dan peningkatan ketrampilan pemecahan masalah (*problem solving*). Bagi lansia dan keluarga, hasil penelitian ini memberikan gambaran bahwa keluarga dalam merawat lansia pasca stroke memerlukan adaptasi terkait dengan perubahan perannya. Keluarga dianjurkan untuk meningkatkan pengetahuan, sikap dan ketrampilan untuk mempersiapkan diri sehingga memiliki kesiapan membentuk peran baru sebagai *caregiver*.

### KEPUSTAKAAN

- Asniar, (2007). *Study fenomenology pengalaman keluarga merawat anggota keluarga pasca stroke di rumah di Kelurahan Pancoran mas, Kota Depok, Jawa Barat*. Universitas Indonesia. Fakultas Ilmu Keperawatan.
- Bauer, Jeffrey C. (2003). *Role Ambiguity and Role Clarity: A Comparison of Attitudes in Germany and the United States*. Dissertation, University of Cincinnati. Clermont.
- Christine kilian, A. S.-G. (2008). *Percieving falls within a family context: A focused Ethnographic Approach*. Canadian Journal on Aging, 27(4), 331-345.

- Dayapoglu, N., & Tan, M. (2010). *Quality of life in stroke patients*. *Neurology India*, 58(5), 697-701. doi:10.4103/0028-3886.72165
- Elkind, M. (2013). *Stroke in the elderly*. *The Mount Sinai Journal Of Medicine*, New York, 70(1), 27-37.
- Friedman, M. M. (2010). *Family Nursing: Research, Theory and Practice* (5th ed.). New Jersey: Prentice Hall.
- Leuckenotte, A.G. (2006). *Gerontologic Nursing* (3<sup>rd</sup> ed). (A. G. Sue Meiner, Ed) Mosby Elsevier.
- Nanda. (2015). *Diagnosis Keperawatan Definisi & Klasifikasi 2015-2017 Edisi 10*. Editor T Heather Herdman, Shigemi Kamitsuru. Jakarta: EGC.
- Nimran, Umar. (2004). *Perilaku Organisasi*. Surabaya: CV Citra Media.
- Olindo S, Cabre P, Deschamps R, Chatot- Henry C, Rene-Corail P, Fournier P, Saint- VII M, May F, Smadja D. (2013). *Acute stroke in the very elderly*. *Stroke*; 34: 1593–1597.
- Ostwald SK, Godwin KM, Cron SG. (2009). *Predictors of life satisfaction in stroke survivors and spousal caregivers twelve to twenty-four months post discharge from inpatient rehabilitation*. *Rehabil Nurs*, 34(4):160–174.
- Pinquart, Martin & Sorensen, Silvia. (2005). Influences of socioeconomic status, social network, and competence and subjective well-being in later life: A meta-analysis. *Psychology and aging*, vol. 15, no. 2. 187-224.
- Streubert, H.J. & Carpenter, D.R. (2003). *Qualitative Research in Nursing. Advancing The Humanistic Imperative*. Third Edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. Strudwick, A. (2010) A qualitative study
- Susan C. Reinhard; Barbara Given; Nirvana Huhtala Petlick; Ann Bemis. (2008). *Supporting Family Caregivers in Providing Care*. NCBI.
- Toni, D., Lorenzano, S., Agnelli, G., Guidetti, D., Orlandi, G., Semplicini, A., & ... Prencipe, M. (2008). *Intravenous thrombolysis with rt-PA in acute ischemic stroke patients aged older than 80 years in Italy*. *Cerebrovascular Diseases* (Basel, Switzerland), 25(1-2), 129-135.
- Tooth, L., McKenna, K., Barnett, A., Prescott, C., & Murphy, S. (2005). *Caregiver burden, time spent caring and status in the first 12 months following stroke*. *Brain Injury: [BI]*, 19(12), 963-974.
- Widyastuti, R.H. (2009). *Pengalaman keluarga merawat lanjut usia denan demensia di kelurahan Pancoran Mas, Kota Depok, Jawa Barat*. Universitas Indonesia. Fakultas Ilmu Keperawatan. Tidak dipublikasikan.
- Wiyono, (2007). *Pengalaman keluarga dalam merawat lansia dengan ketergantungan tinggi di rumah, Kota Malang, Jawa Timur: Studi Fenomenologi*. Universitas Indonesia. Fakultas Ilmu Keperawatan. Tidak dipublikasikan.
- Zeevi, N., Chhabra, J., Silverman, I., Lee, N., & McCullough, L. (2007). *Acute stroke management in the elderly*. *Cerebrovascular Diseases* (Basel, Switzerland), 23(4), 304-308.