

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Stres**

##### **1. Pengertian Stres**

Stres adalah adalah suatu kondisi yang disebabkan oleh transaksi antara individu dengan lingkungan yang menimbulkan persepsi jarak antara tuntutan yang berasal dari situasi dan sumber daya sistem biologis, psikologis, dan sosial dari seseorang (Suliswati, dkk., 2005). Stres adalah suatu keadaan yang dihasilkan oleh perubahan lingkungan yang diterima sebagai suatu hal yang menantang, mengancam atau merusak terhadap keseimbangan dinamis seseorang (Smeltzer & Bare, 2002). Stres yaitu adanya tekanan yang menurut kita sebagai tekanan yang berlebihan dan kita merasa tidak mampu untuk mengatasinya (Savitri & Effendi, 2011).

##### **2. Jenis Stres**

Jenis stres dapat dibagi menjadi 2 yaitu stres baik dan stres buruk. Stres yang dialami akan melibatkan perubahan fisiologis yang kemungkinan dapat dialami sebagai perasaan yang baik *anxiousness* (distres) atau *pleasure* (eustres), yaitu:

###### **a) Eustres atau stres baik**

Stres yang baik atau eustres adalah hal yang positif. Dikatakan stres yang berdampak baik apabila seseorang mencoba untuk memenuhi

tuntutan untuk menjadikan dirinya sendiri atau orang lain untuk sesuatu yang berharga dan baik. Stres yang baik akan memberikan kesempatan untuk berkembang dan memaksa seseorang untuk mencapai usaha atau performanya yang lebih tinggi. Stres baik terjadi apabila setiap stimulus yang mempunyai arti sebagai hal yang memberikan pelajaran bagi kita dan bukan sebuah tekanan (Nasir & Muhith, 2011). Eustres atau stres baik adalah apabila stres dianggap sebagai sebuah motivasi yang positif. Stres baik disebut juga sebagai stres yang positif apabila suatu kondisi atau situasi apapun yang menurut kita dapat memotivasi atau memberikan inspirasi (Jones & Bartlett, 1994). Stres positif adalah sisi yang menyenangkan dari stres yang disebabkan oleh beberapa hal yang baik seperti mendapatkan penghargaan (Roy, 2005).

b) Distres atau stres buruk

Stres buruk adalah stres yang dapat membuat anda menjadi bingung, cemas, merasa bersalah, kewalahan, marah dan tegang (Jones & Bartlett, 1994). Distres adalah stres yang bersifat negatif. Distres dihasilkan dari sebuah proses yang memaknai sesuatu yang buruk, sehingga respon yang digunakan negatif dan dapat diartikan sebagai ancaman (Nasir & Muhith, 2011). Stres negatif adalah stres yang disebabkan oleh pengalaman buruk dan memiliki efek berbahaya dan mungkin bisa disertai dengan kelelahan, dan sering mengakibatkan gangguan psikologis (Roy, 2005).

### 3. Etiologi Stres

Stres dapat terjadi karena perubahan baik dari ruang lingkup pekerjaan, tanggung jawab, pengambilan keputusan, tempat tinggal, dan status pekerjaan. Kondisi tersebut dapat dikatakan stres sebagai stresor. Setiap individu dapat mengalami stres jangka panjang maupun pendek (Purwanti, 2012). Faktor yang menyebabkan stres dapat dibagi menjadi faktor internal dan eksternal, faktor internal berasal dari dalam diri individu itu sendiri, misalnya: penyakit, demam, trauma fisik, malnutrisi, kelelahan fisik. Faktor eksternal berasal dari luar individu itu sendiri, misalnya: perubahan lingkungan, peran sosial, proses pembelajaran, hubungan intrapersonal, dan perubahan peran dalam keluarga (Potter & Perry, 2005).

Selain itu stresor yang dapat menimbulkan beberapa keadaan yang dapat menjadi sumber stres yaitu frustrasi, konflik, tekanan atau krisis.

- a) Frustrasi, timbul bila ada aral melintang (stresor) antara kita dan tujuan kita, misalnya kita mau pergi tapi tiba-tiba hujan. Frustrasi yang timbul karena stresor dari luar, seperti bencana alam, kecelakaan, kematian orang tercinta, keguncangan ekonomi, dan pengangguran;
- b) Konflik, terjadi apabila kita tidak dapat memilih antara dua atau lebih macam kebutuhan atau tujuan. Memilih yang satu berarti tidak tercapai yang lain. Misalnya, kita harus memilih sekolah atau menikah atau pekerjaan yang tidak menarik atau jadi pengangguran;
- c) Tekanan, bisa berasal tekanan sehari-hari tapi menumpuk dan berlangsung lama (stresor jangka panjang), sehingga menimbulkan stres

yang hebat. Tekanan dari dalam yang dapat menimbulkan stres misalnya cita-cita yang kita gantungkan terlalu tinggi, dan kita mengejarnya tanpa ampun sehingga kita terus menerus berada di bawah tekanan. Sedangkan tekanan dari luar contohnya orang tua menuntuk anak untuk mendapatkan prestasi yang tinggi disekolah;

- d) Krisis, keadaan karena stresor mendadak dan besar pada seorang individu ataupun suatu kelompok. Misalnya, kematian, kecelakaan, penyakit yang memerlukan operasi, minggu-minggu pertama masuk kuliah tingkat pertama suatu fakultas, dan terkena bencana alam disuatu daerah (Maramis & Maramis, 2009).

*Family caregiver* mempunyai peran yang sangat penting dalam sistem kesehatan dan perawatan pada anggota keluarga yang sakit dengan menyediakan proporsi yang sesuai untuk penyakit kronis maupun penuaan. Dampak keperawatan yang diberikan oleh *family caregiver* dapat berupa dampak positif. Namun, banyak *family caregiver* stres fisik, psikologis, ekonomi, sosial, dan spiritual dalam menjalani peran mereka (*Family Caregiving*, 2013 dalam Agustina & Dewi, 2013; Nugraha, 2011). Dampak pada keluarga pada awal saat diagnosa penyakit dinyatakan pada anggota keluarga, yang muncul pada respon stres psikologis adalah kaget/syok, bingung, tidak percaya, sedih, takut, dan merasa berdosa. Sedangkan selama merawat anggota keluarga sudah dapat menerima, menyakini penyakit sebagai ujian, khawatir, dan menyesal. Kebingungan mencari sumber dana, kekurangan dana dan biaya, dan menjual aset keluarga. Sering mengalami

keluhan sakit, kelelahan, mengganggu aktivitas. Lebih mendekatkan diri kepada Allah, banyak bersyukur kepada Allah, dan lebih pasrah kepada Allah (Nugraha, 2011).

#### 4. Respon Stres

Stres dapat menghasilkan beberapa respon yang dapat berguna sebagai indikator atau alat ukur terjadinya stres pada individu. Respon ini dapat berupa respon fisiologis, adaptif dan terdapat respon psikologis. Respon fisiologis berupa rangsangan-rangsangan fisik yang meningkat, respon tubuh terhadap stres tersebut dinamakan sebagai sindrom stres (*stress syndrome*), respon adaptif umum (*general adaptation syndrome*-GAS) yang merupakan respon umum dari tubuh dan respon psikologis dapat berupa perilaku konstruktif maupun destruktif (Seyle, 1983 dalam Smeltzer & Bare, 2008)

Seyle Hans (1946) dalam Nasir dan Muhith (2011) dan Smeltzer dan Bare (2008), telah melakukan riset terhadap dua respon fisiologi tubuh terhadap stres, yaitu *Lokal Adaptation Syndrom* (LAS) dan *General Adaptation Syndrom* (GAS).

##### a) *Local Adaptation Syndrom* (LAS)

Tubuh banyak menghasilkan respon setempat terhadap stres. Respon setempat ini termasuk pembekuan darah dan penyembuhan luka (respon nyeri dan inflamasi), akomodasi mata terhadap cahaya, dan sebagainya dengan responnya berjangka pendek. Karakteristik dari LAS:

- 1) Respon yang terjadi hanya setempat dan tidak melibatkan semua sistem;

- 2) Respon bersifat adaptif, diperlukan stresor untuk menstimulasikannya;
- 3) Respon bersifat jangka pendek dan tidak terus menerus.

b) *General Adaptation Syndrom (GAS)*

Merupakan respon fisiologis dari seluruh tubuh terhadap stres. Respon yang terlibat didalamnya adalah sistem saraf otonom dan sistem endokrin. Pada beberapa GAS sering disamakan dengan sistem neuroendokrin. GAS memiliki tiga tahap, antara lain:

- 1) Fase *alarm* (waspada), melibatkan pengarahannya mekanisme pertahanan dari tubuh dan pikiran untuk menghindari stresor. Pada tahap alarm *fight or flight* diaktifkan yang bersifat depensif dan anti inflamasi yang akan menghilang dengan sendirinya. Tanda fisik: curah jantung meningkat, peredaran darah cepat, gejala stres mempengaruhi denyut nadi, ketegangan otot, dan daya tahan tubuh menurun. Fase alarm melibatkan pengarahannya mekanisme pertahanan tubuh seperti pengaktifan hormon yang berakibat pada meningkatnya volume darah, yang pada akhirnya menyiapkan individu untuk bereaksi. Hormon lainnya dilepas untuk meningkatkan kadar gula darah yang bertujuan untuk menyiapkan energi untuk keperluan adaptasi. Selain itu terjadi peningkatan ambilan oksigen dan meningkatnya kewapadaan menyebabkan aktivitas hormonal yang luas ini menyiapkan individu untuk melakukan “respon melawan atau menghindar”;
- 2) Fase *resisten* (resisten/melawan), bila stresor berkepanjangan dia akan beralih ke pertahanan sehingga individu mencoba berbagai macam

mekanisme penanggulangan psikologis dan pemecahan masalah serta mengatur strategi. Tubuh berusaha menyeimbangi kondisi fisiologis sebelumnya pada keadaan normal, dan tubuh mencoba mengatasi faktor-faktor penyebab stres. Bila teratasi gejala stres akan menurun dan tubuh kembali stabil, termasuk hormon, denyut jantung, tekanan darah, dan curah jantung. Hal tersebut karena individu tersebut berupaya beradaptasi dengan stresor, bila gagal maka individu tersebut akan jatuh pada tahapan akhir dari GAS/ fase kehabisan tenaga;

- 3) Fase *exhaustion* (kelelahan), merupakan fase perpanjangan stres yang belum dapat tertanggulangi pada fase sebelumnya. Energi untuk penyesuaian telah terkuras. Akibatnya timbul penyesuaian diri terhadap lingkungan seperti sakit kepala, gangguan mental, penyakit arteri koroner. Pada tahap ini cadangan energi telah menipis atau habis, akibatnya tubuh tidak mampu lagi menghadapi stres, sehingga berdampak pada kematian individu tersebut.

Perilaku adaptif psikologis dapat berupa konstruktif atau destruktif. Perilaku konstruktif membantu individu menerima tantangan untuk menyelesaikan konflik. Sedangkan destruktif mempengaruhi orientasi realistis, kemampuan pemecahan masalah, kepribadian, dan situasi yang sangat berat. Misalnya apabila seseorang tidak dapat melepaskan diri dari stresor akan menyebabkan seseorang melakukan penyalahgunaan obat-obatan dan alkohol.

Perilaku adaptif psikologis juga disebut sebagai mekanisme kognitif dapat berorientasi pada tugas dan mekanisme pertahanan ego. Perilaku berorientasi pada tugas mencakup penggunaan kemampuan kognitif untuk mengurangi stres, memecahkan masalah, menyelesaikan konflik, dan memenuhi kebutuhan. Mekanisme pertahanan ego adalah perilaku tidak sadar yang memberikan perlindungan psikologis terhadap peristiwa yang menegangkan. Kadang mekanisme pertahanan diri dapat menyimpang dan tidak lagi mampu untuk seseorang dalam beradaptasi dengan stresor (Potter & Perry, 2005).

#### 5. Indikator Stres

Stres dapat berdampak langsung terhadap psikologis dan secara tidak langsung juga pada fisiologis. Terdapat beberapa indikator stres yaitu fisiologis, emosional dan perilaku stres, dan intelektual (Potter & Perry, 2005).

Indikator fisiologis dari stres adalah objektif, lebih mudah diidentifikasi dan secara umum dapat diamati dan diukur. Namun, indikator ini tidak teramati sepanjang waktu karena indikator tersebut bervariasi menurut individu. Indikator fisiologis dapat dilihat dari kenaikan tekanan darah, telapak tangan yang berkeringat, tangan dan kaki dingin, sakit kepala, perubahan nafsu makan, mual muntah, sakit punggung, kelelahan, dan kurang tidur (Potter & Perry, 2005; Tseng, dkk., 2015). Indikator emosional dan perilaku stres kadang bisa dikaji secara langsung maupun tidak langsung dengan mengamati perilaku pasien. Stres mempengaruhi kesejahteraan emosional dengan berbagai cara. Indikator emosional yang bisa diamati diantaranya, ansietas, depresi,



kepenatan, kelelahan mental, kehilangan motivasi, dan ketidakmampuan dalam berkonsentrasi. Stres yang berkepanjangan dapat bermanifestasi dalam dimensi intelektual dan mempunyai indikator yang dapat diamati. Namun penilaian kognitif individu terhadap situasi juga tidak akurat. Karena stres dapat menghambat komunikasi antara klien dan orang lain. Selain itu, kemampuan pasien untuk secara efektif memecahkan masalah menurun (Potter & Perry, 2005; Tseng, dkk., 2015).

Indikator psikologis terdiri dari perasaan marah, cemas, ketakutan, tertekan, merasa bersalah, mood yang berubah-ubah, penghargaan pada diri sendiri menurun, malu atau merasa dipermalukan, tidak mampu berkonsentrasi, bayangan negatif bahwa situasinya akan memburuk, muncul ide untuk bunuh diri, imajinasi tentang tidak mampuan mengontrol diri, dan mimpi buruk (Savitri & Effendi, 2011).

Menurut McDowell dan Nowell dalam A'la, dkk., (2015) menjelaskan bahwa pola depresi dapat disebut sebagai *dysfunctional beliefs*, yaitu faktor kerentanan seseorang dimana ketika mengalami suatu peristiwa yang negatif (stres). Keadaan negatif ini akan mempengaruhi pemahaman terhadap diri, orang lain dan terhadap tuhan. Ketika depresi muncul, spiritual seseorang akan terganggu akibat pemaknaan terhadap diri sendiri, orang lain bahkan tuhan. Ketidakterimaan terhadap suatu keadaan juga akan memicu kemarahan terhadap tuhan (A'la, dkk., 2015). Pada tingkat situasional, strategi religious sering terjadi pada situasi yang mengancam, sering dan membahayakan dibanding situasi yang menekan. Dalam proses penyelesaian masalah, agama

berpengaruh terhadap bagaimana orang memahami makna berbagai persoalan (Muslimah & Aliyah, 2013). Stres juga bisa meningkatkan kegiatan beribadah, banyak bersyukur kepada Allah, lebih mendekatkan diri kepada Allah, dan pasrah kepada Allah (Nugraha, 2011).

Dukungan sosial sangat diperlukan, individu yang termasuk dalam memberi dukungan sosial meliputi pasangan (suami/istri), orang tua, anak, sanak keluarga, teman, tim kesehatan, konselor, dan atasan. Dukungan sosial mempengaruhi kesehatan dan melindungi orang itu terhadap efek negatif dari stres berat. Dukungan sosial yang tinggi akan mengubah respon mereka terhadap sumber stres, misalnya pergi ke seorang teman untuk membicarakan masalahnya. Orang-orang yang memiliki penghargaan diri yang lebih tinggi seperti percaya terhadap atas kemampuan dirinya sendiri sehingga membuat mereka tidak begitu mudah diserang stres (Nursalam & Kurniawati, 2007). Demensi dukungan sosial meliputi *emotional support* yang terdiri dari perasaan nyaman, dihargai, diperhatikan, dan dicintai. *Cognitive support* yang meliputi informasi, pengetahuan, dan nasihat. *Materials support* yang meliputi bantuan/pelayanan berupa barang dalam mengatasi masalah (Jacobson, 1986 dalam Nursalam & Kurniawati, 2007). Saat mengalami stres juga akan menyebabkan perubahan sosial seperti gangguan komunikasi, tidak ikut kegiatan, atau bisa menjadi lebih aktif (Nugraha, 2011).

## 6. Dampak Stres

Kondisi terdapatnya ketidakseimbangan yang terjadi dalam keluarga oleh karena anggota keluarganya yang mengalami kritis dan membutuhkan

perawatan diruang intensif. Bila ada salah satu anggota keluarga dirawat diruangan intensif yang merupakan situasi yang mengancam jiwa dan dapat memicu stres berat pada keluarga (Farhan, dkk., 2014).

Stres yang tidak mampu dikendalikan atau diatasi oleh individu akan memunculkan dampak negatif. Contohnya bunuh diri dan gangguan pola makan. Dampak negatif secara emosional antara lain sulit memotivasi diri, munculnya perasaan cemas, kemarahan, dan frustrasi. Sedangkan secara fisiologis antara lain gangguan kesehatan, daya tahan tubuh yang menurun terhadap penyakit, sering pusing, badan terasa lesu, lemah, dan insomnia (Asmidi, 2008; Ulumuddin, 2011).

Dampak stres yang disebabkan merawat keluarga stroke dapat menimbulkan persoalan kecil menjadi besar, kemarahan yang akhirnya menyebabkan perpisahan antara anggota keluarga, saudara laki-laki bertengkar masalah tanggung jawab, merasa depresi, dan ingin bunuh diri (Bintari, 2015).

## 7. Tahapan Stres

Hawari (2001) dalam Sunaryo (2004) mengatakan bahwa Dr. Robert J. Van Amberg (1979) membagi tahapan stres menjadi 6 tahap, yaitu:

- a) Stres tahap I, stres tahap pertama atau satu merupakan stres yang paling ringan dan biasanya disertai dengan perasaan-perasaan seperti semangat bekerja yang tinggi, merasakan kemampuan dalam menyelesaikan pekerjaan lebih dari biasanya, dan biasanya penglihatan tajam tidak seperti biasanya;

- b) Stres tahap II, pada tahap ini stres yang awalnya ‘menyenangkan’ pada tahapan satu akan menghilang dan timbul keluhan fisik karena cadangan tenaga atau energi tidak memadai, seperti ketika saat bangun pagi hari badan tidak terasa segar atau letih, merasa cepat lelah sesudah makan. Tidak dapat bersantai atau rileks, jantung berdebar, lambung atau perut tidak nyaman;
- c) Stres tahap III, seseorang yang memaksakan diri terhadap apa yang dikerjakan tanpa memperhatikan gejala sebelumnya sehingga pada tahapan stres ini akan disertai dengan gejala atau keluhan seperti sistem pencernaan tidak teratur (kadang-kadang diare), emosional, insomnia, mudah terjaga dan kesulitan tidur kembali, bahkan akan merasa mau pingsan;
- d) Stres tahap IV, stres pada tahap ini terdapat keluhan seperti tidak mampu bekerja sepanjang hari atau loyo, kemampuan konsentrasi dan daya ingat menurun, serta timbul perasaan ketakutan bahkan kecemasan;
- e) Stres tahap V, pada tahapan ini stres ditandai dengan kelelahan fisik bahkan mental, seperti ketidakmampuan dalam menyelesaikan pekerjaan yang ringan, terdapat gangguan terhadap pencernaan yang berat, meningkatnya perasaan bingung, cemas, panik, bahkan takut;
- f) Stres tahap VI, tahapan ini merupakan tahapan puncak dari stres, sehingga seseorang akan mengalami gejala seperti sesak nafas, badan dingin dan gemetar, berkeringat banyak, kelelahan, jantung berdetak kencang dan pingsan.

## 8. Tingkatan Stres

Purwanti (2012), dalam penelitiannya terhadap 51 responden keluarga pasien stroke pasca perawatan, mengidentifikasi mayoritas 46 responden (90,2%) mengalami stres dalam kategori sedang.

Menurut Nursalam, 2008 dan Potter & Perry, 2005 tingkat stres dibedakan menjadi 3 tingkat yaitu, tingkat ringan, sedang, dan berat.

### a) Tingkat ringan

Tingkat ringan adalah stresor yang dihadapi setiap orang secara teratur, seperti terlalu banyak tidur, mengalami kemacetan dalam lalu lintas, mendapat kritikan dari atasan. Situasi ini biasanya berlangsung atau terjadi selang dalam beberapa menit atau jam saja. Bagi mereka sendiri stresor ini bukan resiko signifikan untuk timbulnya gejala.

### b) Tingkat sedang

Stres dalam tahapan tingkat sedang biasanya terjadi atau berlangsung lebih lama, dari beberapa jam sampai beberapa hari. Misalnya perselisihan yang belum diselesaikan dengan rekan kerja, salah satu anak yang sakit, ketidakhadiran yang lama dalam anggota keluarga.

### c) Tingkat berat

Situasi kronis yang dapat berlangsung beberapa minggu sampai beberapa tahun. Seperti perselisihan perkawinan secara terus menerus, kesulitan finansial yang berkepanjangan, dan penyakit fisik jangka panjang. Makin sering dan makin lama mengalami situasi stres, makin tinggi resiko kesehatan yang ditimbulkan.

## 9. Pengukuran Stres

Instrumen yang dapat digunakan untuk mengukur tingkat stres adalah *Hamilton Anxiety Rating Scale* (HARS) yang mana biasanya digunakan untuk mengukur skala kecemasan karena kecemasan merupakan suatu emosi yang menimbulkan stres. Selain itu salah satu respon individu dalam menghadapi stres adalah perasaan cemas itu sendiri (Wangmuba, 2009). HARS terdiri dari 14 kelompok gejala yang masing-masing kelompok dirinci lagi dengan gejala-gejala yang lebih spesifik (Hawari, 2009).

- a. Perasaan cemas yang ditandai dengan cemas, firasat buruk, takut akan pikiran sendiri dan mudah tersinggung.
- b. Ketegangan yang ditandai oleh merasa lesu, tegang, mudah terkejut, tidak dapat beristirahat dengan tenang, gemetar, dan gelisah.
- c. Ketakutan ditandai oleh ketakutan pada gelap, ketakutan ditinggal sendiri, ketakutan pada orang asing, keramaian, dan ketakutan pada kerumunan orang banyak.
- d. Gangguan tidur ditandai dengan kesulitan untuk tidur, sering terbangun pada malam hari, tidur dengan nyenyak, bangun dengan lesu, mimpi buruk atau hal yang menakutkan.
- e. Mengalami gangguan kecerdasan seperti kesulitan dalam konsentrasi, daya ingat menurun dan buruk.
- f. Gejala somatik (otot) seperti nyeri pada otot, kaku, suara tidak stabil, gigi gemerutuk, dan kedutan pada otot.

- g. Gejala kardiovaskular ditandai dengan takikardi atau denyut jantung cepat, nyeri dada, denyut nadi mengeras, detak jantung menghilang (berhenti sekejap), dan berdebar-debar.
- h. Gejala sensorik (sistem saraf) seperti telinga berdenging, penglihatan kabur, merasa lemas, perasaan ditusuk-tusuk, dan wajah pucat.
- i. Perasaan murung atau depresi ditandai sedih, bangun dini hari, kurangnya kesenangan pada hobi, kehilangan minat, dan perasaan yang berubah-ubah sepanjang hari.
- j. Gejala urogenital atau perkemihan dan kelamin seperti sering kencing, tidak datang bulan, tidak dapat menahan kencing, darah haid bisa berlebihan atau kurang, haid jangka panjang dan bisa jangka pendek.
- k. Gejala saraf outonom ditandai oleh mulut kering, mudah berkeringat, pusing atau sakit kepala, dan muka merah dan kering.
- l. Gejala pernafasan seperti perasaan tercekik, merasa nafas pendek dan tercekik, sering menarik nafas panjang, rasa tertekan dan sempit didada.
- m. Gejala gastrointestinal yang ditandai mual, muntah, perut melilit, sulit menelan, nyeri lambung sebelum dan sesudah makan, berat badan menurun, konstipasi, dan perut terasa penuh atau kembung.
- n. Perilaku pada waktu wawancara seperti tidak tenang, gelisah, mengerutkan dahi atau kening, muka tegang, gemetar, nafas pendek atau cepat, dan otot tegang.

Dimana dalam penelitian ini responden dikatakan tingkat stres ringan dengan skor 16-26 skor, stres sedang 27-37, dan tingkat stres berat 38-48 skor (Nawati, 2016).

## **B. Mekanisme Koping**

### **1. Pengertian mekanisme koping**

Mekanisme koping adalah cara yang digunakan individu untuk menyelesaikan masalah, mengatasi perubahan yang terjadi, situasi yang mengancam, baik secara kognitif maupun perilaku (Yuanita, dkk., 2015). Mekanisme koping merupakan tiap upaya yang diarahkan pada penatalaksanaan stres, termasuk dalam upaya penyelesaian masalah langsung dan mekanisme pertahanan yang digunakan untuk melindungi diri (Stuart & Sundeen, 1998 dalam Muhith, 2015). Strategi koping adalah sebagai usaha-usaha baik secara kognitif maupun perilaku untuk mengatasi, meredakan, atau mentelorrir tuntutan-tuntutan internal maupun eksternal yang disebabkan oleh transaksi individu dengan peristiwa-peristiwa yang menimbulkan stres (Folkman & Lazarus, 1984 dalam Agustina & Dewi, 2013).

### **2. Bentuk koping**

Lipowski dalam Nursalam dan Kurniawati (2007) membagi koping dalam 2 bentuk yaitu *coping style* dan *coping strategy*. *Coping style* merupakan mekanisme adaptasi individu meliputi mekanisme psikologis dan mekanisme kognitif dan persepsi. Sifat dasar *coping style* adalah makna suatu konsep yang dianutnya, misalnya penolakkan atau pengingkaran yang bervariasi yang tidak realistis atau berat hingga pada tingkatan yang sangat ringan saja terhadap suatu



keadaan. *Coping strategy* merupakan coping yang digunakan individu secara sadar dan terarah dalam mengatasi sakit atau stresor yang dihadapinya. Apabila individu mempunyai mekanisme coping yang efektif dalam menghadapi stresor, maka stresor tidak akan menimbulkan stres yang berakibat kesakitan (disease), tetapi stresor justru menjadi stimulan yang mendatangkan wellness (sehat) dan prestasi.

Mekanisme coping berdasarkan penggolongannya dibedakan menjadi 2 yaitu mekanisme adaptif dan mekanisme maladaptif.

- a) Mekanisme coping adaptif, yaitu mekanisme coping yang mendukung fungsi pertumbuhan, belajar, integrasi, dan mencapai tujuan (Stuart & Sundeen, 1995 dalam Nasir & Muhith, 2011). Mekanisme coping adaptif adalah apabila memenuhi kriteria seperti dapat berpikir yang positif yang baik tentang dirinya atau rasa percaya diri terhadap kemampuan untuk menghadapi masalah yang dihadapi, kemampuan atau keyakinan untuk mengontrol tentang diri sendiri dan situasi sehingga dapat mengambil hikmah dari suatu keadaan, upaya untuk memahami dan menginterpretasikan secara spesifik terhadap stres (Nursalam & Kurniawati, 2007);
- b) Mekanisme coping maladaptif, maladaptif merupakan mekanisme coping yang menghambat fungsi integrasi, coping yang memecah pertumbuhan, dan cenderung menguasai lingkungan (Stuart & Sundeen, 1995 dalam Nasir & Muhith, 2011). Mekanisme coping maladaptif apabila seseorang merasa tidak mampu dalam menyelesaikan masalah secara baik, takut,

marah, tegang (Friedman dalam Carpenito, 2009). Pola koping yang maladaptif dapat meningkatkan resiko kurang baik terhadap kesehatan. Misalnya, proses koping yang dilakukan dengan penggunaan alkohol, obat-obatan, atau zat yang dapat menimbulkan ketergantungan yang dapat menurunkan stres tapi berpengaruh terhadap kesehatan. Selain itu bentuk koping maladaptif dapat berupa penyangkalan, penghindaran, dan menjaga jarak dari suatu masalah (Smeltzer & Bare, 2001).

Menurut Brunner dan Sunddarath (2002) dalam Nursalam (2011) menguraikan strategi koping atau penyelesaian masalah yang merupakan koping negatif kategori keterampilan yaitu, koping yang negatif berupa penyangkalan, menyalahkan diri sendiri, dan pasrah. Sedangkan koping yang positif berupa pikiran positif tentang dirinya (harga diri) misalnya perasaan percaya diri dan kemampuan untuk mengatasi masalah.

Kemampuan keluarga dalam memberi respon terhadap stresor menjelaskan bagaimana keluarga berespon terhadap stresor yang ada. Strategi koping yang digunakan menjelaskan tentang strategi koping (mekanisme pembelaan) terhadap stresor yang ada. Disfungsi strategi adaptasi menjelaskan tentang perilaku keluarga yang tidak adaptif ketika mempunyai masalah (Suprajitno, 2004). Efek dari berbagai hal tersebut pasti diatasi dengan berbagai strategi koping tertentu pada setiap *family caregiver*. Subjek atau responden menggunakan usaha kontrol diri untuk mengatur perasaan sendiri dengan bersabar menghadapi masalah, berdoa, dan pasrah kepada Tuhan (Agustina & Dewi, 2013).

Menurut Yuanita, dkk., (2015) dalam penelitian mereka mengatakan bahwa mekanisme coping keluarga pasien stroke dengan coping yang baik dilihat dari hasil rekapitulasi data dengan sebagian besar jawaban responden mengatakan berusaha tegar, tidak putus asa terhadap keadaan keluarganya, responden berusaha untuk berdoa dan mendekatkan diri kepada Tuhan, responden berusaha dan berbagi pendapat dengan teman dan keluarga, responden tidak menghindar dan menganggap masalah itu harus diatasi.

### 3. Faktor yang mempengaruhi coping

#### a) Usia

Menurut Smeth (1994) dalam Dursaman (2010) mengungkapkan bahwa perbedaan coping setiap individu mempunyai tingkat berfikir dan kemampuan untuk beradaptasi yang berbeda berdasarkan usia tingkat di atasnya atau di bawahnya. Sedangkan Billing dan Moos (1984) dalam Dursaman (2010) menyatakan bahwa orang yang lebih tua usianya akan berusaha akan menjadi contoh untuk orang yang lebih muda, semakin tinggi usia seseorang maka diharapkan lebih mampu dalam menyesuaikan diri terhadap suatu masalah.

#### b) Pendidikan

Pendidikan merupakan faktor yang memberikan kontribusi yang signifikan dari strategi coping. Hal ini dikarenakan keluarga dengan tingkat pendidikan yang sedang dan tinggi memiliki pengetahuan yang cukup tentang penyakit dan cara mengatasi masalah yang dihadapi keluarganya (Dursaman, 2010).

c) Tingkat penghasilan

Individu dengan status ekonomi yang rendah akan mempunyai tingkat stres yang tinggi, hal ini biasanya dikarenakan tingkat pendidikan tidak begitu tinggi juga sehingga mereka kurang mampu untuk menyelesaikan masalah yang mereka alami dengan tepat dan yang berpusat pada pokok permasalahan yang dihadapi (Primastuti, 2005 dalam Dursaman, 2010).

d) Faktor pengetahuan

Dari pengetahuan seseorang tersebut akan mempengaruhi kemampuan koping seseorang tersebut untuk mengurangi stres. Kognitif atau pengetahuan adalah sebuah domain yang sangat penting dalam bentuk tindakan seseorang (Strurt & Sundden, 1996 dalam Dursaman, 2010).

#### 4. Koping Keluarga

Koping keluarga adalah sebagai respon yang positif, sesuai dengan masalah, afektif, persepsi, dan respon perilaku yang digunakan keluarga dan subsistemnya untuk memecahkan suatu masalah atau mengurangi stres yang diakibatkan oleh masalah atau peristiwa (Friedman, 1998). Menurut Friedman (1998) tipe strategi koping keluarga dapat dibagi menjadi 2 yaitu:

a) Internal atau intrafamilia (dalam keluarga inti)

Pada strategi koping keluarga internal ini meliputi 7 strategi koping yaitu:

1) Mengandalkan kelompok keluarga

Pada keluarga yang mengalami stres akan lebih mengandalkan sumber-sumber dari mereka sendiri. Dengan melakukan pembentukan

struktur lebih besar dalam keluarga inti. Pembentukan struktur yang lebih besar merupakan sebuah upaya kontrol dengan membuat peraturan anggota keluarga.

## 2) Penggunaan humor

Perasaan humor adalah aset keluarga yang penting dalam memberikan bantuan perbaikan dari sikap-sikap keluarga terhadap masalah-masalahnya serta perawatan kesehatan. Humor dapat diakui sebagai suatu cara oleh individu serta kelompok untuk menghilangkan rasa cemas dan tegang, selain itu humor juga menyatakan kekuatan dalam menghadapi bahaya, serta keunggulan dan kemenangan terhadap kekalahan.

## 3) Menggunakan Pengungkapan Bersama atau (Memelihara Ikatan Keluarga)

Merupakan cara untuk membawa keluarga supaya lebih dekat satu dengan yang lainnya dan memelihara serta mengatasi tingkat stres serta pikiran, dan ikut berperan dalam pengalaman bersama keluarga dan aktivitas-aktivitas keluarga. Dalam strategi koping ini juga lebih banyak melakukan pengungkapan bersama untuk menghasilkan ikatan keluarga yang lebih kuat.

Lobsens (1988) dalam Friedman (1998) merekomendasikan tips-tips untuk membantu koping masalah-masalah mereka yaitu, tentukan waktu bersama-sama, saling mengenal, membahas masalah secara bersama-sama, merancang sebuah proyek yang menantang,

mengembangkan ritual-ritual, bermain bersama-sama, jangan lupa bercerita pada saat hendak tidur, melakukan pengungkapan tentang pekerjaan dan kehidupan di sekolah dan jangan biarkan ada jarak di antara keluarga.

4) Pengontrol Makna dari Masalah dan Penyusunan Kembali Penilaian.

Dalam strategi koping ini keluarga lebih menggunakan mekanisme mental atau lebih cenderung melihat segi positif dari masalah untuk mengontrol makna dari masalah, mengurangi atau menetralkan rangsangan yang berbahaya yang dialami dalam kehidupan. Perumusan kembali kognitif atau penilaian dalam keluarga merupakan cara untuk mengontrol sebuah stresor dengan penilaian positif dan keyakinan atau optimis terhadap sebuah masalah yang dialami.

5) Pemecahan Masalah secara Bersama-sama

Pemecahan masalah bersama-sama dapat digambarkan sebagai suatu situasi di mana keluarga mendiskusikan masalah yang dihadapi secara bersama-sama, mengupayakan mencari solusi atau jalan keluar berdasarkan logika, mencapai suatu konsensus tentang apa yang perlu dilakukan atas dasar petunjuk yang diupayakan bersama, persepsi-persepsi, serta usulan-usulan dari anggota keluarga yang berbeda.

6) Fleksibilitas Peran

Cepatnya perubahan-perubahan dan meluas dalam masyarakat dan dengan demikian pula dalam kehidupan keluarga, fleksibilitas

peran, khususnya dikalangan pasangan, merupakan strategi koping yang kokoh. Fleksibilitas peran mengubah peran-peran secara eksternal sangat adaptif terhadap tuntutan-tuntutan institusi sosial lain secara internal sangat adaptif terhadap kebutuhan anggotanya.

#### 7) Normalisasi

Normalisasi merupakan salah satu strategi koping keluarga yang cenderung menormalkan segala sesuatu sebanyak mungkin ketika mereka melakukan koping terhadap sebuah stresor dalam jangka panjang yang cenderung merusak kehidupan dalam keluarga serta kegiatan rumah tangga.

#### b) Eksternal atau ekstrafamilia (diluar keluarga inti)

Pada strategi koping keluarga eksternal meliputi:

##### 1) Mencari Informasi

Keluarga-keluarga yang mengalami stres akan memberikan respon secara kognitif dengan mencari pengetahuan dan informasi yang berhubungan dengan stresor. Hal ini berfungsi untuk menambah rasa kontrol terhadap situasi dan mengurangi perasaan takut terhadap orang yang tidak dikenal, membantu keluarga menilai stresor (maknanya) secara akurat, serta memperkuat cara-cara keluarga mencegah stresor yang menimpa keluarga.

##### 2) Memelihara Hubungan Aktif dengan Komunitas

Strategi ini merupakan suatu koping keluarga yang berkesinambungan, jangka panjang dan bersifat umum, dan bukan sebuah

kategori yang dapat meningkatkan stresor spesifik tertentu. Anggota keluarga merupakan partisipan-partisipan aktif (baik sebagai anggota yang aktif maupun pemimpin anggota) dalam sebuah kelompok komunitas, dan organisasi.

### 3) Mencari Dukungan Sosial

Mencari sistem pendukung sosial dalam jaringan kerja sosial keluarga merupakan strategi koping keluarga eksternal yang utama. Tujuan dari sistem dukungan sosial adalah keluarga dekat dan teman-teman dekat mendorong anggota keluarga untuk menceritakan atau mengkomunikasikan kesulitan atau masalah pribadi secara bebas.

### 4) Mencari Dukungan Spiritual

Kepercayaan terhadap Tuhan dan berdoa diidentifikasi oleh keluarga sebagai sebuah cara yang paling penting bagi keluarga untuk mengatasi sebuah stresor yang berkaitan dengan kesehatan atau sebagai suatu metode yang sangat penting dan sangat sering yang digunakan (Friedman, 1998).

## **C. Stroke**

### 1. Pengertian Stroke

Stroke atau gangguan peredaran darah otak (GPDO) merupakan penyakit neurologis yang sering dijumpai dan harus ditangani secara cepat dan tepat. Stroke merupakan kelainan fungsi otak yang timbul mendadak yang disebabkan terjadinya gangguan peredaran darah otak yang bisa terjadi kepada siapa saja dan kapan saja.



Menurut *World Health Organisation* (WHO) stroke adalah adanya tanda-tanda klinik yang berkembang cepat akibat gangguan fungsi otak lokal (atau global) dengan gejala-gejala yang berlangsung selama 24 jam atau lebih yang menyebabkan kematian tanpa adanya penyebab lain yang jelas selain vaskular (Hendro Susilo, 2000 dalam Muttaqin, 2008).

Stroke atau dikenal juga dengan istilah gangguan peredaran darah otak (GPDO), merupakan suatu sindrom yang diakibatkan oleh adanya gangguan aliran darah pada salah satu bagian otak yang menimbulkan gangguan fungsional otak berupa kelumpuhan saraf (Dinata, dkk., 2013).

## 2. Klasifikasi Stroke

### a) Stroke iskemik (infark atau kematian jaringan)

Stroke iskemik dikarenakan adanya penyumbatan yang terjadi didalam otak (Iskandar, 2011). Stroke iskemik yaitu stroke yang serangannya sering terjadi pada usia 50 tahun atau lebih dan terjadi pada malam hingga pagi hari penyebab stroke iskemik biasanya dikarenakan trombosis dan emboli pada pembuluh darah (Batticaca, 2011).

### b) Stroke hemoragik

Stroke hemoragik adalah stroke yang disebabkan karena pecahnya pembuluh darah didalam otak (Iskandar, 2011). Stroke ini sering terjadi pada usia 20-60 tahun dan biasanya timbul setelah beraktifitas fisik atau karena psikologis (mental). Dalam stroke hemoragik terdiri dari 2 jenis perdarahan otak, yaitu:

- 1) Perdarahan intraserebral, yang gejalanya tidak jelas (kecuali nyeri kepala hebat karena hipertensi), serangan terjadi pada siang hari dan saat beraktivitas, serta saat emosi dan marah. Selain itu, tanda gejala akan dialami seperti mual atau muntah pada permulaan serangan, kesadaran menurun dengan cepat dan menjadi koma 65% terjadi kurang dari 1 setengah jam–2 jam.
- 2) Perdarahan subaraknoid, gejalanya nyeri kepala hebat dan mendadak, kesadaran sering terganggu, hemiparase/kelemahan anggota tubuh ringan, gangguan hemisensorik, dan afasia/gangguan berbahasa (Batticaca, 2011). Perbedaan perdarahan intraserebral dan perdarahan subaraknoid adalah nyeri kepala pada perdarahan intraserebral hebat sedangkan perdarahan subaraknoid sangat hebat, pada perdarahan intraserebral kesadaran menurun sedangkan perdarahan subaraknoid menurun sementara (Muttaqin, 2011).

### 3. Faktor Resiko Stroke

Faktor resiko stroke dibagi menjadi dua, yaitu faktor yang tidak dapat diubah dan faktor yang dapat diubah. Faktor yang tidak dapat diubah adalah usia tua, ras, riwayat keluarga, dan riwayat stroke sebelumnya. Sedangkan faktor resiko yang dapat diubah diantaranya yaitu, hipertensi, penyakit jantung, gangguan pembuluh darah koroner, mempunyai riwayat pernah terserang stroke, kebiasaan merokok, kegemukan/obesitas, kadar asam urat tinggi, kadar lemak tinggi dalam darah, kadar fibrinogen (faktor penggumpal darah) yang tinggi (Pinzon, dkk., 2010; Waluyo, 2009).

#### 4. Tanda dan Gejala Stroke

a) Gejala stroke sementara (sembuh dalam beberapa menit/jam):

kehilangan ketajaman pada satu atau dua mata, kehilangan keseimbangan, rasa kebal atau kesemutan pada sisi tubuh;

b) Gejala stroke ringan (sembuh dalam beberapa minggu):

Gejalanya terdapat beberapa atau semua gejala pada stroke sementara, kelemahan/kelumpuhan tangan atau kaki, dan bicara tidak jelas;

c) Stroke berat (sembuh atau mengalami perbaikan dalam beberapa bulan atau tahun, tidak bisa sembuh total):

Gejala yang muncul semua berupa tanda gejala pada stroke sementara dan ringan, koma jangka pendek, kelemahan/kelumpuhan pada tangan atau kaki, bicara tidak jelas atau hilang kemampuan bicara, sukar menelan, kehilangan daya ingat atau konsentrasi, dan terjadinya perubahan perilaku seperti mudah marah, tingkah laku seperti anak kecil (Mahendra & Rachmawati, 2005);

#### 5. Dampak Stroke

Menurut Mahendra & Rachmawati (2005) akibat stroke ditentukan oleh bagian otak yang cidera. Namun, perubahan-perubahan yang terjadi setelah stroke, baik yang mempengaruhi bagian kanan dan kiri otak, pada umumnya sebagai berikut:

a) Kelumpuhan

Kelumpuhan bagian tubuh yang hanya sebelah (hemiplegia) adalah kecacatan yang paling umum akibat stroke. Apabila stroke menyerang

bagian otak sebelah kiri maka terjadi himplegia kanan. Kelumpuhan terjadi dari wajah bagian kanan hingga kaki sebelah kanan, termasuk tenggorokan dan lidah. Bila dampaknya lebih ringan, biasanya bagian yang terkena stroke dirasakan tidak bertenaga (hemiparesis kanan). Bila yang diserang otak bagian kanan, terjadi himplegia kiri dan hemiparesis kiri (jika dampaknya ringan). Pasien stroke dengan himplegia atau hemiparesis akan mengalami kesulitan dalam melaksanakan kegiatan sehari-hari, seperti berjalan, berpakaian, makan, dan mengendalikan buang air besar dan kecil.

Apabila kerusakan terjadi pada bagian bawah otak (cerebellum), kemampuan seseorang untuk mengkoordinasikan gerakan tubuhnya akan berkurang. Dan hal ini akan mempengaruhi pada kesulitan dalam melakukan aktivitas yang berhubungan dengan kegiatan sehari-hari, misalnya bangun dari tempat tidur, duduk, berjalan, atau meraih gelas. Sebagian pasien juga mengalami disfagia (*dysphagia*) atau kesulitan makan atau menelan. Hal ini terjadi karena bagian otak yang mengendalikan otot-otot telah rusak dan tidak berfungsi.

b) Perubahan mental

Stroke tidak selalu membuat mental penderita merosot, dan biasanya perubahan mental biasanya hanya sementara. Akibat serangan stroke dapat terjadi gangguan pada daya pikir, kesadaran, konsentrasi, kemampuan belajar dan intelektual. Semua hal tersebut akan dengan sendirinya mempengaruhi penderita seperti merasa sedih, marah, dan tidak berdaya

sering sekali menurunkan semangat hidup penderita. Hal ini juga disebabkan penderita kehilangan kemampuan-kemampuan tertentu, misalnya sebagai berikut:

- 1) Agnosia: kehilangan kemampuan untuk mengenali orang dan benda;
- 2) Anasonia: tidak mengenali bagian tubuhnya sendiri;
- 3) Ataksia: koordinasi gerakan dan ucapan yang buruk;
- 4) Apraksia: tidak mampu melakukan suatu gerakan atau menyusun kalimat yang diinginkan. Bahkan kehilangan kemampuan untuk melaksanakan langkah-langkah pemikiran dalam urutan yang benar atau kesulitan untuk mengikuti serangkaian instruksi. Kasus ini disebabkan terputusnya hubungan antara pikiran dan tindakan.

Dari dampak stroke tersebut akan memberikan dampak kepada keluarga seperti adanya perubahan aktivitas sehari-hari, aktivitas kerja, hubungan sosial, istirahat dan rekreasi, pola komunikasi, kondisi psikologis. Selain itu keluarga yang merawat pasca stroke mengalami berbagai macam gangguan di antaranya sakit pinggang, gangguan tidur, mudah capek, patah tulang pada bagian tangan karena tertimpa penderita stroke, kalau jalan lama kakinya terasa sakit, dada terasa sesak (Handayani & Dewi, 2009).

#### **D. Family Caregiver**

*Family caregiver* adalah istilah yang digunakan sebagai pengasuh informal yang dilakukan secara bergantian yang mencakup, keluarga, teman-teman, dan tetangga (Lubkin & Larsen, 2006). *Family caregiver* adalah anggota keluarga

maupun kerabat pasien yang bertanggung jawab untuk merawat dan mendampingi pasien selama sakit, dan orang yang menerima perawatan dari *family caregiver* mungkin anggota keluarga, pasangan hidup, dan teman (Agustina & Dewi, 2013).

*Family caregiver* adalah anggota keluarga yang sudah dipilih atau ditunjuk sebagai pengasuh untuk satu atau lebih keluarga yang tidak bisa melakukan kegiatan-kegiatan normal sehari-hari yang tanpa bantuan (Matzo & Sherman, 2015). Menurut Alliance nasional *caregiving* yang berkerja sama dengan *American Association of Retired Persons* (2009) melaporkan bahwa ada 65,7 juta orang di Amerika Serikat yang telah berperan sebagai pengasuh informal dan sekitar 30% dari orang-orang melaporkan bahwa mereka telah merawat setidaknya satu anggota keluarga dan dua pertiga dari pengasuh adalah perempuan atau sebanyak 66% (Matzo & Sherman, 2015).

*Caregiver* dapat dibedakan menjadi dua jenis yaitu *informal caregiver* dan *formal caregiver*.

1. *Informal caregiver* adalah orang yang memberikan perawatan tanpa bayaran, dan biasanya memiliki hubungan pribadi kepada orang yang menerima perawatan (Lubkin & Larsen, 2008). Pengasuh informal adalah setiap mitra, teman, atau tetangga yang memiliki hubungan pribadi yang signifikan dan menyediakan berbagai bantuan untuk individu yang mengalami suatu keadaan penyakit yang akut, maupun kronis, atau kondisi yang tidak memungkinkan. Pengasuh ini mungkin sebagai pengasuh primer maupun pengasuh sekunder, dan hidup dengan atau terpisah dari orang yang

menerima perawatan (*Alliance family caregiver*, 2013 dalam Matzo & Sherman, 2015).

2. *Formal caregiver* adalah pengasuh yang dibayar baik yang diperkerjakan oleh perusahaan *homecare* atau kontraktor independen yang dirujuk oleh lembaga *homecare* (Roberts, 2009). Pengasuh formal adalah seseorang yang bertanggung jawab untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari seseorang, biasanya dibayar untuk bertanggung jawab atas dukungan fisik dan emosional kepada orang yang tidak merawat dirinya sendiri karena sakit, cedera, atau cacat (*Alliance Family Caregiver*, 2013, dalam Matzo & Sherman, 2015).

Menurut Julianti (2013) bahwa yang merawat pasien pasca stroke dirawat di rumah dan sebagian besar dilakukan oleh pasangan dari pasien tersebut baik istri maupun suami. Perawatan yang dilakukan di rumah oleh *caregiver* meliputi pemenuhan kebutuhan sehari-hari, mengatur program pengobatan, serta membantu dalam bersosialisasi dengan lingkungan. Dalam melakukan perawatan *caregiver* mengalami pengalaman yang menarik baik pengalaman positif maupun negatif. Pengalaman perawatan tersebut menimbulkan berbagai perubahan pada *caregiver* berupa perubahan psikologis, fisik, sosial pada *caregiver* keluarga dan berdampak pada kemampuan *caregiver* keluarga dalam merawat pasien pasca stroke di rumah.

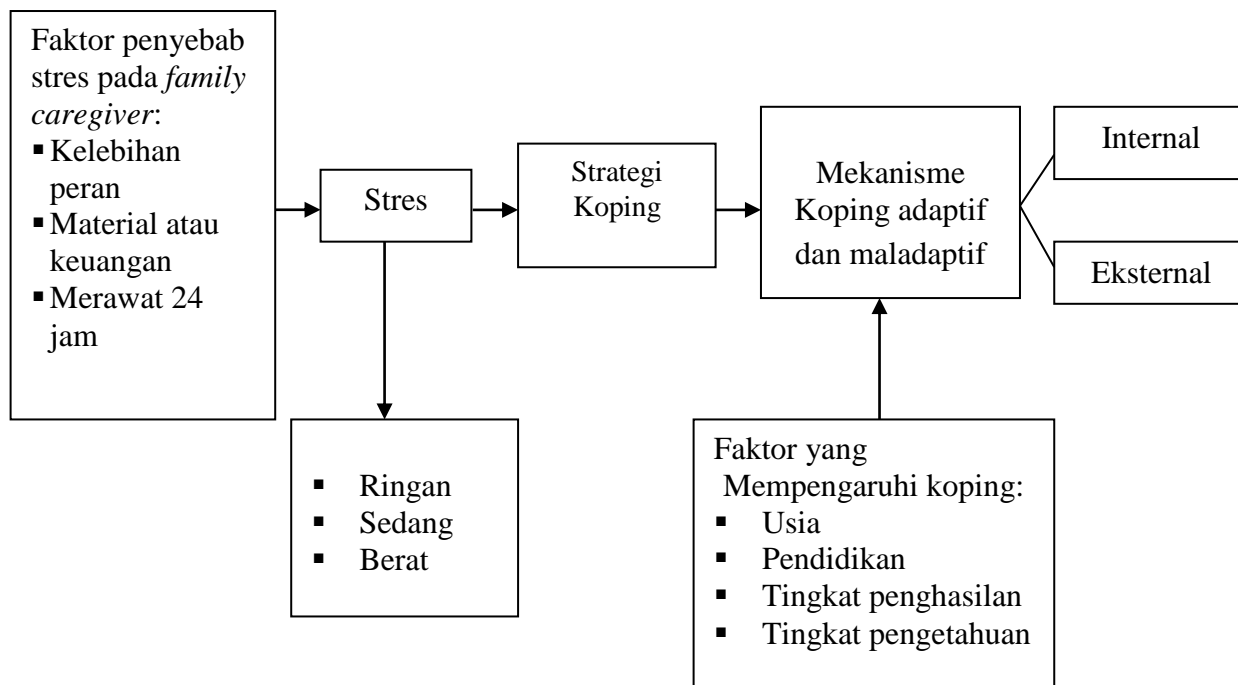
Keluarga sebagai *caregiver* akan selalu setia mendampingi selama hampir 24 jam disamping pasien untuk memberikan perawatan dan dukungan emosional. Sehingga akan menimbulkan dampak pada *caregiver* berupa dampak fisik, psikologis, dan sosial. *Caregiver* menghasilkan produksi antibodi yang rendah akibat stres sehingga menimbulkan dampak fisik seperti kelelahan, sakit

pinggang, demam, flu. Dampak psikologis berupa mudah marah, temperamen, putus asa, ketidaknyamanan, dan kejenuhan (Daulay, dkk., 2014). Selain itu sumber yang dapat menyebabkan stres pada keluarga adalah bisa berasal dari kelebihan peran, ketegangan dan konflik untuk mempertahankan peran seperti pekerjaan dan hubungan keluarga, material atau dukungan keuangan (Matzo & Sherman, 2015).

Keluarga yang berperan sebagai *family caregiver* merupakan keluarga yang mampu untuk berperan dalam merawat anggota keluarga. Masa dewasa dini yang berkisar dari usia 18-25 dan berakhir sekitar 35-40 tahun dapat dinyatakan mampu menjadi sebagai *family caregiver*. Periode ini secara umum sudah memiliki kemampuan fisik, motorik, bahasa dan intelegensi. Kemampuan fisik berupa fungsi organ-organ berjalan dengan sempurna dan mengalami masa produktif yang tinggi. Kemampuan motorik yang sudah memiliki kecepatan respon yang maksimal dan mereka dapat menggunakan kemampuan ini dalam situasi tertentu dan lebih luas. Kemampuan bahasa berupa keterampilan berbahasa yang lebih dikuasai dan mudah berkomunikasi dengan orang lain, sedangkan kemampuan intelegensi memiliki kemampuan berpikir realistis, berpikir jauh kedepan, dan selalu bersemangat untuk berwawasan luas (Mustafa, 2016).



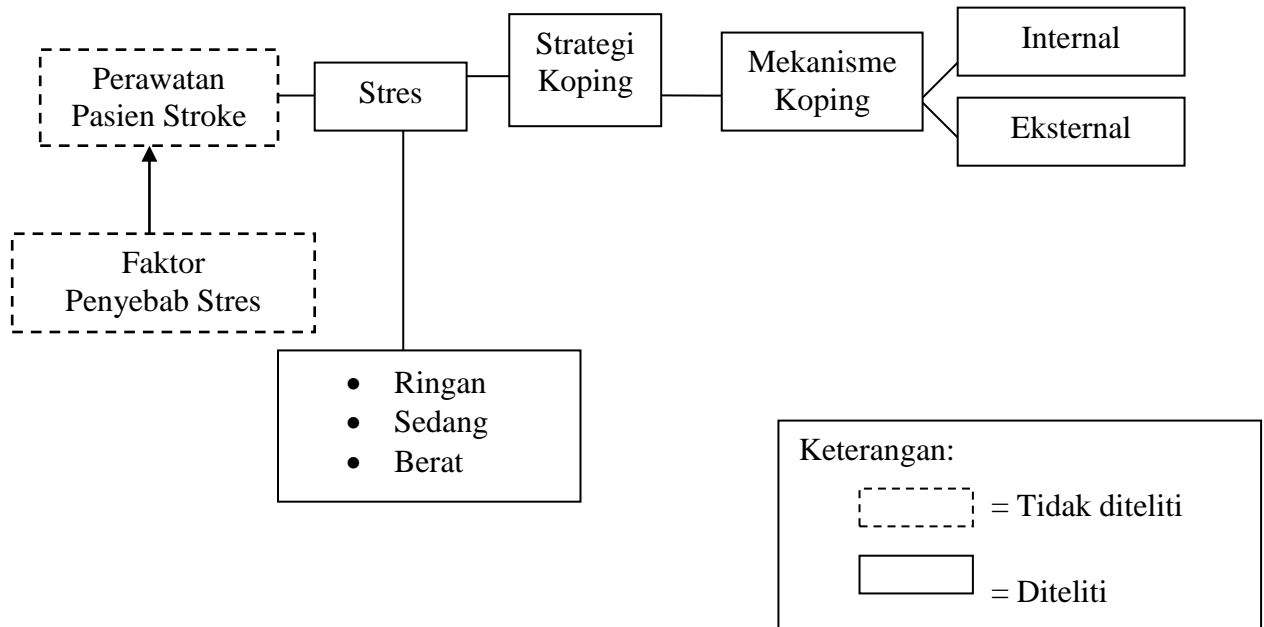
### E. Kerangka Teori



**Skema 1. Kerangka Teori Penelitian**

(Sumber: *Family Caregiver* (2013) dalam Agustina & Dewi (2013); Nugraha (2011), Nursalam (2008); Potter & Perry (2005), Nursalam & Kurniawati (2007) Smeltzer & Bare (2001), Smeth & Dursaman (2010), Frieman (1998).

## F. Kerangka Konsep



**Skema 2. Kerangka Konsep Penelitian**