

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Caregiver

2.1.1 Pengertian *Caregiver*

Caregiver didefinisikan sebagai individu yang berperan penting dalam memberikan dukungan dan perawatan bagi lansia yang mengalami keterbatasan fisik dan psikologis akibat proses penuaan. Seiring bertambahnya usia, lansia cenderung mengalami penurunan fungsi tubuh, sehingga mereka bergantung pada bantuan eksternal untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari, termasuk aktivitas seperti makan, mandi, berpakaian, dan menjaga kebersihan diri. Dalam konteks ini, *caregiver* berfungsi sebagai penyedia dukungan komprehensif, yang mencakup aspek fisik, emosional, dan sosial, untuk memfasilitasi lansia dalam menjalani kehidupan yang bermartabat dan layak. Peran ini tidak hanya mencakup aktivitas perawatan langsung tetapi juga memberikan pengetahuan, keterampilan, dan motivasi yang diperlukan bagi lansia untuk mempertahankan rasa kemandirian (Manungkalit et al., 2025)

2.1.2 Jenis-jenis *Caregiver*

1. *Caregiver* Formal

Caregiver formal dapat didefinisikan sebagai penyedia layanan kesehatan yang berafiliasi dengan yayasan atau lembaga resmi, yang terutama bertanggung jawab untuk memberikan bantuan kepada pasien di luar peran *caregiver* informal atau keluarga.

Caregiver formal umumnya menerima remunerasi atau kompensasi finansial atas peran mereka sebagai penyedia layanan kesehatan. Mereka dibekali melalui program pelatihan dan pendidikan terstruktur, khususnya dalam merawat individu yang sedang sakit, yang mencakup kegiatan perawatan rutin sehari-hari serta partisipasi aktif dalam aspek perawatan medis dan non-medis (Sihombing et al., 2024).

2. *Caregiver* Informal

Caregiver informal, juga dikenal sebagai *caregiver* keluarga, merujuk pada anggota keluarga, kerabat, atau individu yang dekat dengan pasien yang memberikan perawatan tanpa kompensasi formal. Peran mereka dimotivasi oleh ikatan emosional, kewajiban keluarga, dan norma budaya. Meskipun tidak selalu dibekali pelatihan formal, mereka secara aktif mendukung kebutuhan sehari-hari pasien, termasuk bantuan dalam aktivitas sehari-hari seperti makan, mandi, mobilitas, dan aktivitas serupa. (Sihombing et al., 2024)

2.1.3 Peran dan Tanggung Jawab *Caregiver*

Menurut Hidayat & Wibowo (2025) Peran *caregiver* menggambarkan fungsi atau posisi yang dijalankan seseorang dalam memberikan dukungan kepada lansia, sedangkan tanggung jawab mengacu pada kewajiban moral dan praktis untuk memastikan kebutuhan lansia terpenuhi secara berkelanjutan.

A. Peran *Caregiver*

Peran *caregiver* mencakup aktivitas nyata yang dilakukan untuk mendukung kesejahteraan lansia, baik secara fisik, psikologis, maupun sosial. Peran tersebut antara lain meliputi:

1. Peran fisik, yaitu membantu lansia melakukan *Activities of Daily Living* (ADL) seperti makan, mandi, berpakaian, berjalan dan ke toilet.
2. Peran emosional, yaitu memberikan dukungan psikologis dan menjaga hubungan interpersonal agar lansia merasa dihargai dan tidak kesepian.
3. Peran edukatif, yaitu memberikan informasi, edukasi, dan arahan terkait penyakit atau aktivitas sehat bagi lansia.
4. Peran sosial, yaitu menjembatani komunikasi antara lansia dengan lingkungan atau fasilitas kesehatan.

B. Tanggung Jawab *Caregiver*

Sementara itu, tanggung jawab *caregiver* menekankan komitmen dan kewajiban moral yang harus dipenuhi selama menjalankan peran ini. Tanggung jawab utama seorang *caregiver* meliputi memastikan keselamatan lansia, memantau asupan obat dan nutrisi, menjaga kebersihan dan kenyamanan lingkungan, serta memperhatikan perubahan kondisi fisik dan mental lansia. *Caregiver* juga bertanggung jawab untuk berkolaborasi dengan tenaga kesehatan profesional jika terjadi perubahan kondisi lansia yang memerlukan intervensi

profesional. Menurut Hidayat & Wibowo (2025), tanggung jawab keluarga sebagai *caregiver* tidak hanya bersifat fisik tetapi juga psikososial, yang menuntut keluarga untuk mampu mengelola stres, menjaga komunikasi yang efektif, dan mengembangkan strategi koping yang adaptif untuk menjaga keseimbangan dalam merawat lansia.

2.1.4 Faktor yang Mempengaruhi Kemampuan *Caregiver*

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Purwaningsih, Ulfiana Elidia & Trias, (2020) beberapa faktor kunci memengaruhi efektivitas *caregiver* dalam memberikan perawatan, termasuk sikap, keyakinan, dukungan keluarga, mekanisme koping, dan peran fungsional. Sikap positif dari *caregiver*, seperti empati dan penerimaan, memfasilitasi adaptasi mereka terhadap beban perawatan. Keyakinan pada nilai intrinsik perawatan dan keyakinan spiritual memberikan dukungan emosional yang penting dalam menghadapi berbagai kesulitan. Dukungan keluarga memainkan peran penting dengan memberikan bantuan emosional dan praktis, yang secara signifikan memperkuat moral dan ketahanan *caregiver*. Lebih lanjut, mekanisme koping adaptif memungkinkan pengasuh untuk mengelola stres dan tekanan selama proses perawatan. Sementara itu, peran fungsional berkaitan dengan sejauh mana *caregiver* dapat secara optimal menjalankan tanggung jawabnya dalam konteks keluarga dan lingkungan sosial. Integrasi kelima faktor ini berkontribusi secara substansial terhadap kemampuan

caregiver untuk memberikan perawatan yang efektif dan berkelanjutan.

2.2 Konsep Lansia

2.2.1 Pengertian Lansia

Lanjut usia adalah individu yang berusia 60 tahun ke atas, kelompok ini merupakan fase terminal dari siklus kehidupan manusia, yang ditandai dengan menurunnya fungsi biologis, sosial, dan psikologis sebagai akibat dari proses penuaan. Berdasarkan klasifikasi World Health Organization (WHO), lanjut usia dikategorikan menjadi beberapa kelompok: mereka yang berusia 45-59 tahun sebagai pra-lanjut usia (usia paruh baya), mereka yang berusia 60-74 tahun sebagai lanjut usia (lansia), mereka yang berusia 75-89 tahun sebagai tua, dan mereka yang berusia 90 tahun ke atas sebagai sangat tua (Fredy et al., 2021) . Meningkatnya harapan hidup dan menurunnya kapasitas fisik membuat lanjut usia lebih rentan terhadap penurunan kesehatan dan ketergantungan pada orang lain untuk memenuhi kebutuhan aktivitas sehari-hari. Akibatnya, kelompok lanjut usia telah menjadi fokus utama inisiatif layanan kesehatan untuk meningkatkan kualitas hidup mereka.

2.2.2 Karakteristik Lansia

Karakteristik individu lanjut usia mencerminkan kondisi mereka saat mencapai tahap akhir kehidupan dan menjalani proses penuaan. Perubahan ini terlihat jelas dalam aspek fisik, psikologis, dan sosial, serta penurunan kognitif. Variasi karakteristik lanjut usia, seperti usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, status pekerjaan, pendapatan, dan lokasi tempat tinggal, juga memengaruhi kondisi ini. Penelitian yang dilakukan di

lingkungan komunitas menunjukkan bahwa perbedaan karakteristik ini berkorelasi dengan variasi kemampuan kognitif, yang tercermin dalam daya ingat dan kemampuan untuk melakukan aktivitas sehari-hari. Penurunan fungsi ini dapat meningkatkan ketergantungan lanjut usia pada orang lain untuk kebutuhan sehari-hari, sehingga membutuhkan peran keluarga atau pengasuh untuk mendukung dan mempertahankan kualitas hidup (Kamilia Mardiana, 2022)

2.2.3 Perubahan Fisik dan Psikologis Lansia

Proses penuaan merupakan fenomena alami yang memicu perubahan progresif pada aspek fisik dan psikososial lansia. Secara fisik, lansia mengalami penurunan fungsi organ, seperti gangguan penglihatan, pendengaran, keseimbangan, dan gerakan tubuh yang melambat, yang menghambat kemampuan mereka untuk melakukan aktivitas sehari-hari. Perubahan postur tubuh akibat proses degeneratif juga berdampak pada produktivitas dan otonomi, yang seringkali menyebabkan ketergantungan pada orang lain. Lebih lanjut, perubahan fisik ini dapat memengaruhi kesejahteraan psikologis, di mana lansia sering mengalami perasaan cemas, tidak berdaya, dan kecenderungan isolasi sosial akibat kehilangan peran, pensiun, atau kesulitan dalam interaksi sosial. Kondisi-kondisi ini berpotensi memicu stres dan disfungsi psikologis, yang mengakibatkan penurunan status fungsional lansia. Dengan demikian, perubahan fisik dan psikososial berinteraksi dan merupakan faktor krusial yang memengaruhi kapasitas lansia untuk mempertahankan fungsi kehidupan sehari-hari (Yaslina et al., 2021)

2.3 Konsep Activities of Daily Living (ADL)

2.3.1 Pengertian Activities of Daily Living (ADL)

Activities of Daily Living (ADL) dapat didefinisikan sebagai serangkaian aktivitas esensial yang dilakukan individu secara rutin untuk memastikan kelangsungan hidup dan kemandirian pribadi mereka. ADL mencakup berbagai aktivitas dasar, seperti makan, mandi, berpakaian, bergerak, menggunakan toilet, dan menjaga kebersihan pribadi. Melalui proses evaluasi ADL, kemampuan seseorang untuk melakukan fungsi perawatan diri dapat diidentifikasi secara akurat, apakah masih dapat dilakukan secara mandiri atau memerlukan dukungan eksternal dari orang lain. Dengan demikian, ADL berfungsi sebagai indikator krusial dalam mengukur tingkat kemandirian dan fungsi fisik seseorang, terutama pada populasi lansia, yang seringkali mengalami penurunan kemampuan akibat proses penuaan alami (Purba et al., 2022)

2.3.2 Komponen ADL pada Lansia

Aktivitas Kehidupan Sehari-hari (ADL) merupakan indikator krusial dalam mengevaluasi tingkat kemandirian lansia dalam menjalani rutinitas sehari-hari. Kemampuan seseorang dalam menjalankan ADL mencerminkan sejauh mana mereka dapat memenuhi kebutuhan hidup dasar secara mandiri tanpa bergantung pada bantuan eksternal. Seiring bertambahnya usia, lansia cenderung mengalami penurunan fungsi fisik dan kognitif, yang berpotensi memengaruhi efektivitas mereka dalam menjalankan aktivitas sehari-hari. Oleh karena itu, mengevaluasi komponen ADL sangat penting untuk

menentukan tingkat kemandirian dan mengidentifikasi kebutuhan dukungan dalam konteks perawatan lansia (Putra, Muryani, 2024)

1. Makan (*feeding*), kemampuan lansia dalam mengambil, memegang alat makan, mengunyah, dan menelan makanan secara mandiri.
2. Mandi (*bathing*), kemampuan untuk membersihkan diri secara menyeluruh, termasuk bagian tubuh seperti wajah, tangan, dan kaki tanpa bantuan orang lain.
3. Berpakaian (*dressing*), kemampuan memilih pakaian yang sesuai, erta mengenakan dan melepaskan pakaian secara mandiri.
4. Berpindah tempat/mobilisasi, kemampuan untuk berpindah dari satu posisi ke posisi lain, seperti dari tempat tidur ke kursi atau berdiri dari posisi duduk.
5. Menggunakan toilet (*toileting*), kemampuan untuk pergi ke toilet, menggunakan fasilitas toilet denga benar, dan menjaga kebersihan diri setelahnya.
6. Kontinensia (*continence*), kemampuan mengontrol buang air kecil dan buang air besar secara mandiri.

2.3.3 Faktor yang Mempengaruhi Kemampuan ADL Lansia

Kemampuan lansia untuk melakukan Aktivitas Kehidupan Sehari-hari (ADL) merupakan indikator penting tingkat otonomi dan kualitas hidup mereka. Tingkat otonomi ini tidak hanya dipengaruhi oleh faktor fisik, tetapi juga oleh aspek psikologis, sosial, dan lingkungan yang saling terkait.

Penelitian Setiawati, Rosmaini, Sjaaf (2024) menemukan beberapa faktor yang berkorelasi signifikan dengan kemampuan lansia untuk melakukan ADL.

1. Usia muncul sebagai faktor dominan yang secara signifikan memengaruhi kemampuan lansia untuk melakukan aktivitas sehari-hari. Seiring bertambahnya usia, fungsi tubuh, termasuk kekuatan otot, keseimbangan, dan daya tahan fisik, menurun, yang pada gilirannya menyebabkan penurunan tingkat otonomi dalam Aktivitas Hidup Sehari-hari (ADL), dan terganggu.
2. Jenis kelamin juga memainkan peran penting dalam memengaruhi kemampuan lansia untuk melakukan aktivitas dasar. Laki-laki cenderung mempertahankan kekuatan fisik yang superior, sementara perempuan lebih rentan terhadap penurunan keterampilan motorik yang lebih cepat akibat perubahan hormonal dan berkurangnya kepadatan tulang.
3. Tingkat pendidikan berkorelasi signifikan dengan kesadaran kesehatan lansia dan kemampuan mereka untuk beradaptasi terhadap perubahan fisik. Lansia dengan pendidikan tinggi cenderung mencapai tingkat kemandirian yang lebih tinggi, karena mereka memperoleh pemahaman yang komprehensif tentang pentingnya menjaga kesehatan dan kebersihan pribadi.
4. Status pekerjaan dan pendapatan juga memainkan peran penting dalam memengaruhi tingkat kemandirian lansia. Lansia dengan kondisi ekonomi yang stabil memiliki akses yang lebih besar terhadap fasilitas pelayanan kesehatan, nutrisi yang optimal, dan layanan perawatan diri

yang memadai, sehingga mereka dapat melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri tanpa bergantung pada bantuan eksternal.

5. Penyakit kronis, seperti hipertensi, diabetes melitus, atau gangguan sendi, merupakan faktor dominan yang menyebabkan penurunan kemampuan melakukan Aktivitas Hidup Sehari-hari (ADL) akibat penurunan kekuatan fisik dan mobilitas. Lansia dengan penyakit kronis cenderung lebih rentan terhadap kelelahan dan keterbatasan mobilitas, yang pada gilirannya mengganggu kemandirian mereka dalam menjalankan aktivitas sehari-hari.
6. Dukungan dari keluarga dan lingkungan sosial berperan penting dalam menjaga motivasi dan antusiasme lansia untuk terus berpartisipasi aktif. Lansia yang mendapatkan perhatian, bantuan, dan dukungan emosional dari keluarga cenderung lebih efektif dalam mempertahankan kemandirian mereka dalam menjalankan aktivitas rutin.

2.3.4 Dampak Ketergantungan ADL terhadap Kualitas Hidup Lansia

Kualitas hidup lansia sangat dipengaruhi oleh tingkat otonomi mereka dalam melakukan aktivitas sehari-hari, terutama Aktivitas Kehidupan Sehari-hari (ADL), yang mencakup kemampuan untuk memenuhi kebutuhan dasar seperti makan, mandi, berpakaian, dan bergerak secara mandiri. Ketika lansia kehilangan kemampuan untuk melakukan aktivitas-aktivitas ini tanpa bantuan eksternal, hal ini mengakibatkan penurunan fungsi fisik dan psikologis, yang berdampak negatif pada kesejahteraan mereka secara keseluruhan. Ketergantungan pada ADL memiliki dampak substansial pada kualitas hidup, dengan lansia yang bergantung pada orang lain untuk aktivitas dasar sehari-

hari cenderung mengalami perasaan tidak berdaya, kehilangan harga diri, dan berkurangnya interaksi sosial. Lebih lanjut, keadaan ketergantungan ini dapat memicu stres emosional dan memperburuk kesehatan secara keseluruhan. Oleh karena itu, menjaga otonomi lansia dalam ADL sangat penting untuk mempertahankan kualitas hidup yang optimal melalui dukungan keluarga, program latihan fisik, dan dukungan psikososial yang berkelanjutan (Purba et al., 2022)

2.4 Konsep Psikoedukasi

2.4.1 Pengertian Psikoedukasi

Psikoedukasi dapat didefinisikan sebagai intervensi terstruktur yang bertujuan memberikan pemahaman, pengetahuan, dan keterampilan kepada individu atau keluarga untuk mengatasi tantangan psikologis atau kondisi kesehatan tertentu. Menurut Sugiyanto & Mulyono (2021), psikoedukasi melibatkan pemberian informasi dan pelatihan mengenai penyakit, gejala, metode pengobatan, dan strategi koping adaptif, yang membantu individu atau keluarga meningkatkan kapasitas mereka dalam mengelola situasi. Pendekatan ini tidak hanya berfokus pada peningkatan pengetahuan, tetapi juga pada penguatan dukungan emosional, pengembangan keterampilan sosial, serta peningkatan kepercayaan diri dan kemandirian dalam perawatan. Melalui penerapan psikoedukasi, diharapkan keluarga atau pengasuh dapat berperan aktif dalam proses perawatan dan menunjukkan perubahan positif dalam perilaku dan kesejahteraan psikologis (Sugiyanto & Mulyono, 2021).

2.4.2 Tujuan Psikoedukasi

Tujuan utama psikoedukasi adalah meningkatkan pengetahuan, keterampilan, dan sikap positif keluarga atau individu dalam menghadapi tantangan kesehatan, terutama yang berkaitan dengan dimensi psikologis. Psikoedukasi bertujuan untuk membantu peserta memahami situasi mereka, mengembangkan keterampilan koping yang lebih adaptif, dan berpartisipasi aktif dalam proses perawatan dan pemulihan pasien (Hardiyati, 2021).

2.4.3 Manfaat Psikoedukasi pada Caregiver

1. Meningkatkan pengetahuan dan pemahaman pengasuh tentang cara membantu lansia dalam mengelola diri, seperti pengaturan pola makan, aktivitas fisik, dan manajemen stres.
2. Meningkatkan keterampilan komunikasi dan dukungan emosional, karena pengasuh dibekali dengan strategi untuk memberikan motivasi dan dorongan positif agar lansia tetap aktif dan percaya diri dalam menjalani aktivitas sehari-hari.
3. Mengurangi beban psikologis pengasuh, karena kegiatan psikoedukasi memberi mereka kesempatan untuk berbagi pengalaman dan mendapatkan pemahaman yang lebih baik tentang kondisi lansia, sehingga mengurangi stres dan kelelahan emosional.
4. Meningkatkan efektivitas perawatan di rumah, karena pengasuh menjadi lebih terampil dalam membimbing lansia dalam mematuhi perilaku gaya hidup sehat dan mengelola penyakit kronis secara mandiri.

Dengan demikian, psikoedukasi tidak hanya meningkatkan kualitas hidup lansia tetapi juga membantu pengasuh menjadi lebih kompeten, sabar, dan percaya diri dalam memberikan perawatan (Marita et al., 2024).

2.4.4 Langkah-Langkah Memberikan Psikoedukasi Komponen ADL

Aktivitas Kehidupan Sehari-hari (ADL) mengacu pada tugas-tugas dasar yang kita lakukan setiap hari untuk mempertahankan kemandirian, seperti makan, mandi, berpakaian, buang air besar atau kecil, berpindah dari satu tempat ke tempat lain, dan mengendalikan buang air besar. Menurut Buku Panduan Pengasuh Lansia, ADL memainkan peran penting sebagai tolak ukur utama dalam mengevaluasi fungsi lansia, karena melibatkan aspek perawatan pribadi dan pergerakan yang esensial untuk menjalankan rutinitas sehari-hari (Etty Rekawati & Setiawan, 2023). Langkah-langkah dalam setiap komponen ADL perlu diterapkan secara tepat berdasarkan pedoman yang telah disusun agar pendampingan kepada lansia berlangsung aman, efektif, dan sesuai kebutuhan.

1. Makan (*feeding*)
 - a. Membersihkan tangan lansia.
 - b. Memindahkan lansia ke meja makan dan duduk nyaman.
 - c. Menempatkan makanan di depan lansia.
 - d. Caregiver duduk di sisi sehat atau tangan dominan lansia.
 - e. Meminta lansia memulai dengan minum.
 - f. Menyuyapkan makanan sesuai kecepatan lansia.
 - g. Tidak berbicara saat lansia mengunyah.

- h. Memastikan makanan dikunyah dengan kondisi dagu turun.
 - i. Memastikan mulut kosong sebelum suapan berikutnya.
 - j. Melakukan perawatan mulut setelah makan.
 - k. Lansia tetap duduk 30 menit untuk mencegah pneumonia aspirasi.
2. Mandi (*bathing*)
- a. Memastikan kamar mandi aman: suhu sesuai, lantai tidak licin, alat lengkap.
 - b. Lansia duduk dikursi saat melepas pakaian.
 - c. Untuk lansia lumpuh: pakaian dilepas dari sisi sehat dan dipakai dari sisi sakit.
 - d. Saat mandi, caregiver mendampingi untuk mencegah jatuh.
 - e. Air disiram dari sisi sehat (pada lansia lumpuh).
 - f. Membersihkan tubuh dari ujung jari menuju jantung untuk melancarkan sirkulasi.
 - g. Mengeringkan tubuh dan mengganti pakaian bersih
3. Berpakaian (*dressing*)
- a. Menyiapkan pakaian bersih yang berbahan katun dan menyerap keringat
 - b. Menjaga privasi lansia
 - c. Membantu mengenakan pakaian setelah mandi/perawatan tubuh
 - d. Pada pasien lumpuh: pakaian dilepas dari sisi sehat dan dipakai dari sisi sakit
 - e. Pastikan pakaian kering, bersih dan tidak menyebabkan risiko kulit lembab/kedinginan

4. Berpindah tempat/mobilisasi

- a. Memastikan kondisi lansia dan kemampuan mobilisasi.
- b. Mengatur posisi tempat tidur, kursi roda, dan memastikan alat bantu aman.
- c. Memindahkan lansia dengan teknik aman, misalnya:

Membalik badan melawan sisi lumpuh, mengatur posisi kaki hingga menyentuh ujung ranjang, menggunakan bantal sebagai penyangga saat posisi berbaring miring.

- d. Menanyakan kenyamanan dan memperbaiki posisi bila perlu.

5. Menggunakan toilet (*toileting*)

- a. Memberi bantuan membawa lansia ke toilet atau menggunakan pispot.

Prosedur menggunakan pispot:

Pria: mengatur posisi lansia berbaring miring, menyelipkan bantal dibelakang punggung dan memasukkan pispot urine.

Wanita: mengarahkan urine ke pispot urine dengan tisu atau lainnya agar urine tidak terpercik.

- b. Menjaga privasi dan memastikan lingkungan aman.
- c. Membersihkan area kelamin setelah berkemih/kotor.
- d. Membantu mencuci tangan.

6. Kontinensia (*continence*)

- a. Menyiapkan waslap, sabun, air hangat, handuk.
- b. Memasang pispot atau posisi nyaman.

- c. Menyiram dan membersihkan area genital menggunakan sabun lalu membilas.
- d. Membersihkan alat kelamin sesuai jenis kelamin:
 Pria: dari ujung penis ke arah pangkal menuju anus
 Wanita: dari atas ke bawah, termasuk area sekitar uretra dan vagina.
- e. Mengeringkan area dengan handuk bersih.
- f. Membersihkan area anus terakhir.
- g. Mengganti pakaian/diaper bila diperlukan.

2.4.5 Tahap-Tahap Psikoedukasi

Intervensi psikoedusi menurut (Narulita Dewi, 2024) ini dilaksanakan dalam empat sesi terstruktur, dengan durasi 90 menit. Tahapan sistematis terapi tersebut adalah sebagai berikut:

Sesi 1: Mengidentifikasi masalah

Sesi 1 berfokus pada pemahaman kolaboratif antara pemateri dan lansia mengenai masalah yang dialami. Intervensi ini juga melibatkan anggota keluarga yang terdampak dan mereka yang aktif terlibat dalam proses perawatan (*caregiver*), khususnya pengasuh utama.

Tujuan:

- 1) Menyepakati kontrak program psikoedukasi.
- 2) Menjelaskan tujuan program.
- 3) Menggali harapan dan kebutuhan peserta.

Sesi 2: Edukasi keperawatan terkait penyakit

Sesi 2 berfokus pada pemberian psikoedukasi komprehensif mengenai kondisi lansia, termasuk penjelasan tentang diagnosis medis dan perawatan.

Materi edukasi ini disusun dalam kerangka intervensi umum, dengan implementasi tindakan yang didasarkan secara spesifik pada diagnosis keperawatan yang telah diidentifikasi pada klien.

Tujuan:

- 1) Peserta memahami konsep ADL (pengetian, gejala, penyebab).
- 2) Keluarga mengetahui dan mampu mempraktikkan perawatan klien di rumah.

Sesi 3: Manajemen stres

Manajemen stres didefinisikan sebagai serangkaian modalitas yang diterapkan oleh individu untuk mengurangi tekanan dan meminimalkan respons maladaptif terhadap stres kehidupan. Teknik-teknik ini meliputi latihan relaksasi, aktivitas fisik, terapi musik, visualisasi terbimbing, dan pendekatan lain yang terbukti efektif secara individual. Sesi 3 berfokus pada penanganan masalah individu tertentu melalui edukasi tentang strategi manajemen stres yang ditujukan kepada semua anggota keluarga, dengan prioritas khusus diberikan kepada pengasuh utama.

Tujuan:

- 1) *Caregiver* mampu mengenali stres
- 2) *Caregiver* memahami dan mempraktikkan teknik manajemen stres
- 3) Mengurangi stres *caregiver*

Sesi 4: Evaluasi kegiatan

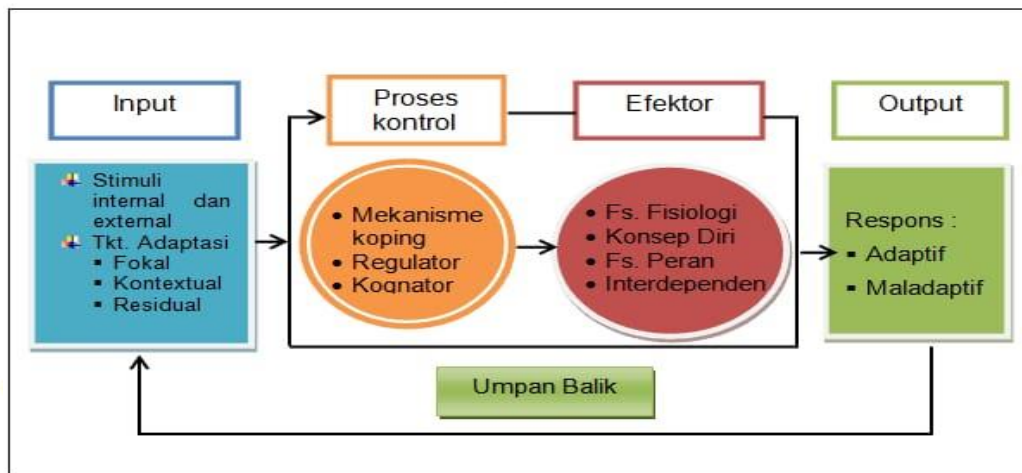
Sesi 4 ini adalah sesi untuk membantu mengatasi masalah klien dengan melibatkan keluarga sebagai support system klien.

Tujuan:

- 1) Keluarga mampu berperan sebagai sistem pendukung.
- 2) Mengevaluasi seluruh rangkaian psikoedukasi.

2.5 Teori Adaptasi Roy (Roy Adaptation Model/RAM)

2.5.1 Konsep Dasar Teori Adaptasi Roy



Gambar 2. 1 *Konsep Dasar Teori Adaptasi Roy*

Model Adaptasi Roy (RAM), yang dikembangkan oleh Suster Callista Roy, mengonseptualisasikan manusia sebagai sistem adaptif yang terus berinteraksi dengan lingkungan internal dan eksternal. RAM menekankan bahwa individu memiliki kapasitas untuk merespons berbagai stimulus dan mengintegrasikannya ke dalam perilaku adaptif, sehingga menjaga keseimbangan fisiologis dan psikososial. Sebagai sistem adaptif, manusia terdiri dari empat komponen utama dalam proses adaptasi: masukan (stimulus), proses koping, efektor, dan keluaran (Laily & Nursanti, 2024).

2.5.2 Komponen Teori Adatasi Roy

1. Manusia sebagai sistem adaptif

Menurut Model Adaptasi Roy (RAM), manusia adalah entitas bio-psiko-sosial-spiritual yang mampu memanfaatkan kesadaran dan kapasitas kognitif untuk merespons perubahan lingkungan. Individu menerima stimulus, memprosesnya melalui mekanisme koping, dan menghasilkan respons adaptif atau maladaptif. Hal ini sejalan dengan teori sistem, yang menyatakan bahwa semua komponen tubuh saling terhubung untuk mencapai tujuan kolektif (Laily & Nursanti, 2024).

2. Stimulus (input)

Stimulus mengacu pada masukan yang memengaruhi sistem adaptif manusia, yang terdiri dari tiga kategori utama:

- a) Fokal: penyebab utama kerusakan yang sedang berlangsung (misalnya, infeksi).
- b) Kontekstual: faktor pendukung atau penyerta (misalnya, imunitas rendah).
- c) Residual: keyakinan, nilai, atau pengalaman yang memengaruhi tingkat adaptasi individu.

3. Mekanisme koping (control proses)

Mekanisme koping adalah proses yang digunakan manusia untuk mengelola stimulus. Mekanisme ini terdiri dari dua subsistem utama:

- a) Regulator: proses fisiologis otomatis yang melibatkan sistem saraf, endokrin, dan kimia.

- b) Kognator: proses berbasis kognitif yang mencakup persepsi, pembelajaran, emosi, dan penilaian.

4. Efektor (adaptives modes)

Model Adaptasi Roy (RAM) mengidentifikasi empat mode adaptif utama:

- a) Fisiologis: fungsi biologis fisik, seperti nutrisi, keseimbangan cairan, dan oksigenasi.
- b) Konsep diri: keyakinan, persepsi, dan harga diri individu.
- c) Fungsi peran: peran sosial primer, sekunder, dan tersier.
- d) Interdependensi: hubungan timbal balik dan dukungan sosial.

5. Output

Output berupa respons:

- a) Respons adaptif berkontribusi pada peningkatan integritas dan kesehatan.
- b) Respons maladaptif tidak menghasilkan keseimbangan atau peningkatan kesehatan.

Tujuan keperawatan adalah untuk mendukung individu dalam mencapai respons adaptif melalui identifikasi stimulus, penguatan mekanisme koping, dan intervensi dalam empat mode adaptif yang relevan. Lebih lanjut, keperawatan berperan dalam memfasilitasi interaksi antara manusia dan lingkungan untuk meningkatkan kualitas hidup (Laily & Nursanti, 2024).

2.5.3 Penerapan RAM pada *Caregiver*

Menurut Roy Adaptation Model (RAM), *caregiver* dipersepsikan sebagai sistem adaptif yang diharuskan merespons beragam stimulus selama proses perawatan lansia. Stimulus-stimulus tersebut akan mempengaruhi mekanisme koping *caregiver*, sehingga menghasilkan respons yang dapat bersifat adaptif atau maladaptif. Tujuan keperawatan berdasarkan RAM adalah mendukung *caregiver* dalam mencapai respons adaptif agar mampu memberikan perawatan optimal kepada lansia (Laily & Nursanti, 2024).

A. Stimulus yang mempengaruhi *caregiver*

Menurut Model Adaptasi Roy (RAM), terdapat tiga kategori utama stimulus yang memengaruhi kapasitas *caregiver* dalam merawat lansia, yaitu:

- a) Fokal: Kondisi kesehatan lansia yang dirawat, seperti penurunan fungsi aktivitas sehari-hari (ADL), demensia, atau penyakit kronis.
- b) Kontekstual: Faktor lingkungan seperti kondisi ekonomi keluarga, aksesibilitas layanan kesehatan, keterbatasan waktu, dan beban emosional.
- c) Residual: Elemen latar belakang seperti keyakinan, budaya, pengalaman pengasuhan sebelumnya, dan nilai-nilai spiritual.

Misalnya, *caregiver* yang merawat lansia dengan tingkat ketergantungan tinggi (stimulus fokal) dan dukungan keluarga rendah (stimulus kontekstual) dapat mengalami tingkat stres yang

tinggi, terutama jika mereka tidak memiliki pengalaman mengasuh sebelumnya (stimulus residual) (Laily & Nursanti, 2024).

B. Mekanisme koping *caregiver*

Menurut Model Adaptasi Roy (RAM), membagi mekanisme koping menjadi dua subsistem, yaitu:

- a) Regulator, perubahan fisik akibat stres *caregiving*: kelelahan, gangguan tidur, kehilangan nafsu makan.
- b) Kognotor, respon psikologis *caregiver* mencakup: persepsi, pembelajaran, penilaian emosi.

Misalnya, *caregiver* yang telah menjalani pelatihan dan pendidikan menunjukkan peningkatan dalam kemampuan kognitif, yang memungkinkan mereka menafsirkan situasi perawatan sebagai tanggung jawab positif, bukan beban (Laily & Nursanti, 2024).

C. Perilaku adaptif *caregiver* berdasarkan mode adaptasi RAM

Menurut Model Adaptasi Roy (RAM), mengevaluasi perilaku adaptif melalui empat mode, yaitu:

- a) Mode fisiologis berhubungan dengan kebutuhan fisik *caregiver*:
 Contoh adaptif: mengatur waktu istirahat, rutin olahraga, pola makan sehat
 Contoh maladaptif: kelelahan berat dan kurang tidur
- b) Mode konsep diri terkait gambaran diri, perasaan, dan keyakinan *caregiver*:
 Contoh adaptif: percaya diri dalam memberi perawatan, merasa mampu dan berharga.

Contoh maladaptif: merasa rendah diri, merasa tidak mampu merawat lansia.

c) Mode fungsi peran *caregiver* dalam keluarga/masyarakat

Contoh adaptif: mampu bekerja sama dengan keluarga, mampu menyusun rutinitas perawatan

Contoh maladaptif: konflik peran (antara menjadi ibu/pekerja/*caregiver*)

d) Mode interdependensi kualitas relasi dan dukungan sosial *caregiver*

Contoh adaptif: memiliki keluarga yang membantu, mendapat dukungan tenaga kesehatan

Contoh maladaptif: isolasi, kurang dukungan

2.5.4 Penerapan RAM pada Lansia

Menurut Nurza & Indriastuti (2020), penerapan Model Adaptasi Roy (RAM) pada lansia diuraikan melalui tiga tahap utama: input, control, dan output.

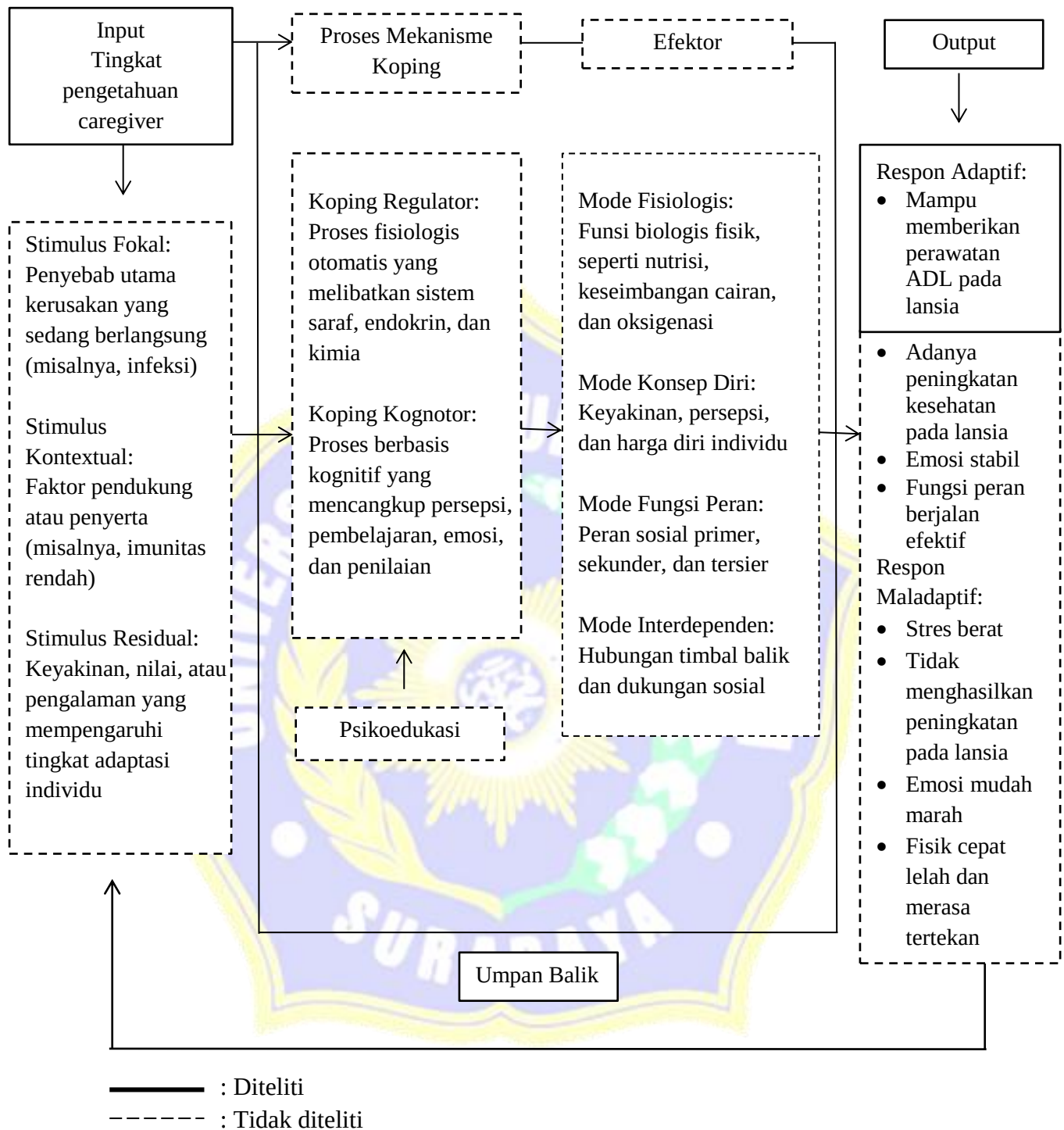
- A. Pada tahap input, lansia dihadapkan pada stimulus fokal, seperti ketidakmampuan memenuhi kebutuhan hidup sehari-hari dan hilangnya dukungan keluarga, serta stimulus residual, termasuk pengalaman sosial sebelumnya. Proses penerimaan di balai rehabilitasi merupakan bentuk awal dari stimulus eksternal dan internal yang memicu proses adaptasi.
- B. Pada tahap control, lansia menunjukkan mekanisme regulasi dan kognitor. Mekanisme regulasi tercermin dalam kemampuan fisiologis

lansia untuk mengelola keluhan fisik secara mandiri, seperti rematik dan nyeri punggung, melalui terapi sederhana seperti kompres jahe dan pemantauan kesehatan rutin. Sementara itu, mekanisme kognator terlihat jelas dalam penyesuaian emosional lansia terhadap kehilangan keluarga, yang diimbangi dengan terbentuknya dukungan sosial baru dengan teman sebaya di panti jompo.

- C. Tahap keluaran menunjukkan hasil adaptasi, yang ditandai dengan respons adaptif pada lansia, termasuk penerimaan yang lebih baik terhadap kondisi yang ada, pengendalian emosi yang lebih efektif, dan ketenangan dalam beradaptasi dengan lingkungan baru. Hal ini mencerminkan keberhasilan proses adaptasi, sesuai dengan prinsip-prinsip RAM (Adaptasi Berbasis Ketahanan), di mana lansia berupaya mencapai keseimbangan antara kebutuhan internal dan tuntutan eksternal melalui mekanisme koping yang positif.

Penelitian ini menegaskan bahwa penerapan RAM memfasilitasi penyesuaian lansia terhadap perubahan dalam hidup dan lingkungan sosial mereka melalui proses reflektif, yang menghasilkan perilaku adaptif dan kesejahteraan psikologis.

2.6 Kerangka Konsep



Berdasarkan Model Adaptasi Roy (RAM), manusia dipandang sebagai sistem adaptif yang terus berinteraksi dengan lingkungannya melalui berbagai stimulus. Dalam konteks penelitian ini, *caregiver* menghadapi stimulus fokal berupa tingkat ketergantungan lansia dalam memenuhi aktivitas kehidupan sehari-hari (ADL), stimulus kontekstual seperti dukungan keluarga dan kondisi lingkungan, serta stimulus residual termasuk pengalaman perawatan sebelumnya dan latar belakang pendidikan. Stimulus-stimulus ini kemudian diproses melalui mekanisme koping yang melibatkan subsistem regulator dan kognotor, di mana subsistem regulator berkaitan dengan respons fisiologis seperti kelelahan dan gangguan tidur, sedangkan subsistem kognotor berkaitan dengan proses psikologis seperti persepsi, pembelajaran, dan manajemen emosi. Proses adaptasi ini kemudian dimanifestasikan dalam empat mode adaptasi, yaitu fisiologis, konsep diri, fungsi peran, dan interdependen, yang mencerminkan respons adaptif dan maladaptif pengasuh dalam menjalankan peran perawatan mereka. Intervensi psikoedukasi dalam penelitian ini berfungsi sebagai stimulus positif yang bertujuan untuk memperkuat mekanisme koping dan meningkatkan kapasitas adaptif *caregiver* melalui peningkatan pengetahuan, keterampilan, dan dukungan emosional. Hasil akhir (*output*) dari proses adaptasi diharapkan berupa peningkatan kemampuan pengasuh dalam merawat ADL (*Activities of Daily Living*) lansia dan pembentukan koping adaptif yang mendukung kesejahteraan lansia dan *caregiver* secara berkelanjutan.

2.6.1 Hipotesis

H0: Tidak terdapat pengaruh psikoedukasi terhadap kemampuan *caregiver* dalam perawatan *Activities of Daily Living* (ADL) pada lansia

H1: Terdapat pengaruh psikoedukasi terhadap kemampuan *caregiver* dalam perawatan *Activities of Daily Living* (ADL) pada lansia

