

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. *Life Limiting Illness (LLI)*

1. Pengertian *Life Limiting Illness (LLI)*

Life limiting Illness (LLI) adalah kondisi penyakit yang tidak memiliki harapan untuk dapat di sembuhkan dan menyebabkan kematian (*Palliative Care Curriculum for Undergraduates (PCC4U)*, 2016). *Life limiting illness (LLI)* adalah kondisi yang menggambarkan penyakit tanpa harapan penyembuhan dan mengancam jiwa (Fraser *et al*, 2011). Jadi dapat disimpulkan *life limiting illness (LLI)* adalah gambaran dari penyakit dimana kematian akan menjadi konsekuensi langsung dari penyakit yang di derita.

2. Gejala pada pasien dengan *Life Limiting Illnes (LLI)*

Pasien dengan *life limiting illness (LLI)* dapat memiliki gejala yang berbeda maupun gejala yang sama. Hal ini dipengaruhi oleh perjalanan penyakit dan faktor lainnya seperti psikologis, sosial dan lingkungan (Ariyanti, Firmawati, & Rochmawati, 2016).

Gejala fisik yang muncul pada pasien dengan *life limiting illness (LLI)* yaitu : mudah lelah, sesak nafas, nyeri, anoreksia (penurunan nafsu makan) dan konstipasi. Sedangkan, gejala psikososial yang terjadi pada pasien *life limiting illness (LLI)* yaitu : distress emosional, depresi dan gelisah. Gejala – gejala tersebut tidak selalu bisa diprediksi terjadi

walaupun pada pasien yang memiliki diagnosa penyakit yang sama. Semua gejala yang dirasakan oleh pasien, sangat subjektif, dan berbeda pada tiap pasien (Ariyanti, Firmawati, & Rochmawati, 2016).

B. Keluarga

1. Pengertian Keluarga

Keluarga secara tradisional adalah kumpulan dua atau lebih dari individu yang terikat dalam hubungan darah, hubungan perkawinan atau pengangkatan (adopsi) dan bertempat tinggal di dalam satu rumah tangga yang sama, berinteraksi satu sama lain dan didalam perannya masing – masing menciptakan serta mempertahankan kebudayaan (Friedman, 2010). *Family Service America* (Dalam Friedman, 2010) mendefinisikan keluarga dalam suatu cara yang komprehensif – sebagai “dua orang atau lebih yang disatukan oleh kebersamaan dan keintiman”.

Keluarga adalah kumpulan dua atau lebih individu yang saling bergantung satu sama lain secara emosional, fisik, dana atau finansial support (Kaakinen, *et al*, 2010). Jadi dapat disimpulkan bahwa definisi keluarga adalah sekumpulan dua atau lebih individu yang terikat dalam perkawinan, darah, atau adopsi yang saling bergantung satu sama lain secara emosional, fisik, dan bertempat tinggal dalam rumah yang sama.

2. Tipe Keluarga

Menurut Friedman (2010) tipe keluarga terdiri dari :

- a. Keluarga inti (*Nuclear Family*) adalah keluarga yang terdiri dari ayah, ibu dan anak – anak yang tinggal dalam satu rumah.

- b. Keluarga besar (*Exstended Family*) adalah keluarga inti di tambah dengan sanak saudara , misalnya : nenek, kakek, paman, bibi dan keponakan dan sebagainya.
- c. Keluarga “*Dyad*” adalah keluarga yang terdiri dari suami istri yang tidak memiliki anak yang tinggal dalam satu rumah.
- d. *Single Parent* adalah rumah tangga yang terdiri dari satu orang tua (ayah / ibu) dengan anak. Kondisi ini dapat disebabkan oleh perceraian atau kematian.

3. Fungsi Keluarga

Fungsi dalam keluarga merupakan apa yang dikerjakan dalam keluarga. Fungsi keluarga meliputi proses yang digunakan dalam keluarga untuk mencapai tujuan yang diharapkan. Fungsi keluarga dibagi menjadi lima yaitu :

a. Fungsi Afektif (Fungsi Mempertahankan Kepribadian)

Fungsi afektif merupakan fungsi internal dari keluarga untuk pemenuhan psikososial sehingga tercapai kebahagiaan keluarga. Kebahagiaan suatu keluarga dapat diukur dari kekuatan cinta yang diberikan oleh anggota keluarga lainnya. Selain itu, Keluarga memberikan kenyamanan emosional anggota keluarga, membantu anggota keluarga dalam membentuk identitas. Fungsi afektif ini sangat penting sebagai dasar utama untuk pembentukan maupun keberlanjutan unit keluarga (Friedman, 2010; Kaakinen, *et al*, 2010).

b. Fungsi Sosialisasi dan Status Sosial

Fungsi Sosialisasi proses perkembangan dan perubahan individu menghasilkan interaksi sosial, dan menjalankan perannya di dalam lingkungan sosial. Keluarga juga sebagai guru, menanamkan kepercayaan, nilai, sikap, memberikan feedback, mensosialisasikan budaya. Dalam konteks ini memuat tentang bagaimana keluarga membesarkan anak, membentuk norma – norma tingkah laku sesuai dengan tingkat perkembangan anak, penghargaan terhadap anak, risiko dalam sosialisasi. Selain itu, keluarga tempat sosialisasi budaya termasuk agama dan kepercayaan (Friedman, 2010; Kaakinen, *et al*, 2010).

c. Fungsi Reproduksi

Mempertahankan kontinuitas keluarga selama beberapa generasi dan untuk keberlangsungan hidup masyarakat. Fungsi ini merupakan fungsi primer dalam keluarga (Friedman, 2010; Kaakinen, *et al*, 2010).

d. Fungsi Ekonomi

Keluarga menyediakan sumber ekonomi yang cukup seperti finansial, ruang, materi serta alokasinya yang sesuai melalui proses pengambilan keputusan. Keluarga juga berfungsi dalam manajemen keuangan, pengelolaan rumah tangga, pemilihan jaminan kesehatan dan pengelolaan tabungan (Friedman, 2010; Kaakinen, *et al*, 2010).

e. Fungsi Perawatan Keluarga

Keluarga tempat menanamkan konsep sehat dan perilaku sehat, promosi kesehatan, pencegahan penyakit, pemeliharaan kesehatan dan manajemen penyakit. Anggota keluarga menyediakan perawatan informal pada keluarga yang sakit dan sebagai pemberi dukungan utama (Friedman, 2010; Kaakinen, *et al*, 2010).

Dari perspektif masyarakat, keluarga adalah sistem dasar tempat perilaku kesehatan dan perawatan diatur, dilakukan, dan dijalankan. Keluarga memberi promosi kesehatan dan perawatan kesehatan preventif, serta berbagi perawatan bagi anggotanya yang sakit. Oleh karena itu, keluarga memiliki tanggung jawab primer untuk memulai dan mengoordinasi layanan yang diberikan oleh profesional kesehatan (Friedman, 2010).

Fungsi keluarga juga di artikan sebagai pemahaman keluarga tentang penyakit yang di derita oleh anggota keluarganya, jika keluarga mengenal dan paham dengan penyakitnya maka keluarga akan mengambil sikap dan tindakan untuk merawat anggota keluarga yang sakit (Friedman, 2010).

Fungsi perawatan keluarga ini dikembangkan menjadi tugas keluarga dibidang kesehatan. Tugas – tugas keluarga dalam pemeliharaan kesehatan antara lain :

- a) Mengenal gangguan perkembangan kesehatan anggota keluarga yang sakit.

Kesehatan adalah kebutuhan keluarga yang tidak boleh diabaikan, karena tanpa kesehatan segala sesuatu tidak berarti. Keluarga perlu mengenal keadaan kesehatan dan perubahan – perubahan yang dialami anggota keluarga yang sakit. Perubahan sekecil apapun yang dialami oleh anggota keluarga, secara tidak langsung akan menjadi perhatian keluarga (Friedman dalam Ali, 2010; Bailon & Maglaya dalam Efendi & Makhfudli, 2010).

Apabila menyadari adanya perubahan kesehatan, keluarga perlu mencatat kapan terjadinya, perubahan apa yang terjadi dan seberapa besar perubahan yang terjadi. Keluarga juga harus mengetahui dan mengenal masalah kesehatan meliputi pengertian, gejala, penyebab, faktor dan persepsi terhadap masalah yang dihadapi (Friedman dalam Ali, 2010; Bailon & Maglaya dalam Efendi & Makhfudli, 2010).

- b) Mengambil keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat pada anggota keluarga yang sakit.

Mengambil keputusan merupakan upaya utama keluarga mencari pertolongan yang tepat sesuai keadaan keluarga, dengan mempertimbangkan anggota keluarga yang mempunyai kemampuan dalam mengambil keputusan. Apabila ada anggota keluarga yang sakit, keluarga harus mampu memutuskan

kemana sarana pelayanan yang bisa di tuju untuk melakukan perawatan pada anggota keluarga yang sakit (Friedman dalam Ali, 2010; Bailon & Maglaya dalam Efendi & Makhfudli, 2010).

Kemampuan keluarga mengambil keputusan membuat keluarga tersebut terhindar dari masalah kesehatan yang lebih parah dan mampu mengatasi masalah yang sudah ada (Friedman dalam Ali, 2010; Bailon & Maglaya dalam Efendi & Makhfudli, 2010).

- c) Memberikan perawatan kepada anggota keluarga yang sakit.

Keluarga memiliki tugas sebagai penolong utama ketika ada anggota keluarganya yang sakit. Anggota keluarga yang mengalami gangguan kesehatan perlu mendapatkan perawatan agar masalah yang lebih parah tidak terjadi. Ketika memberikan perawatan kepada anggota keluarga yang sakit, keluarga harus mengetahui tentang keadaan penyakit, perawatan yang dibutuhkan, fasilitas yang diperlukan untuk perawatan dan sikap keluarga terhadap yang sakit (Friedman dalam Ali, 2010; Bailon & Maglaya dalam Efendi & Makhfudli, 2010).

- d) Mempertahankan susasana rumah yang menguntungkan kesehatan dan perkembangan kepribadian anggota keluarga.

Rumah merupakan tempat berteduh, berlindung dan bersosialisasi bagi anggota keluarga sehingga anggota keluarga lebih banyak berhubungan dengan tempat tinggal. Keluarga

harus mengetahui tentang manfaat dari pemeliharaan lingkungan, kebersihan sanitasi untuk pencegahan penyakit, sikap dan pandangan keluarga tentang kebersihan sanitasi dan kekompakan antar anggota keluarga (Friedman dalam Ali, 2010; Bailon & Maglaya dalam Efendi & Makhfudli, 2010).

- e) Memanfaatkan dengan baik fasilitas – fasilitas kesehatan untuk anggota keluarga yang sakit.

Ketika anggota keluarga sakit, tugas keluarga juga untuk merujuk pada pelayanan kesehatan. Keluarga harus mengetahui tentang keberadaan fasilitas kesehatan seperti Posyandu Lansia, Puskesmas, Dokter praktik, sehingga dengan memanfaatkan fasilitas kesehatan keluarga dapat berkonsultasi atau meminta bantuan tenaga kesehatan dalam rangka memecahkan problem yang dialami anggota keluarga, sehingga keluarga dapat bebas dari segala macam penyakit (Friedman dalam Ali, 2010; Bailon & Maglaya dalam Efendi & Makhfudli, 2010).

4. Kesiapan Keluarga

Setiap orang untuk dapat melakukan suatu perbuatan tertentu dengan baik maka, orang tersebut perlu memiliki kesiapan. Kesiapan (*Readiness*) adalah keseluruhan kondisi seseorang yang membuatnya siap untuk memberikan respon atau jawaban dalam cara tertentu terhadap suatu situasi (Slameto, 2010 dalam Nurfatonah, 2014). Kesiapan menurut kamus psikologi adalah tingkat perkembangan dari

kematangan atau kedewasaan yang mengutungkan untuk mempraktekkan sesuatu (Chaplin, 2006 dalam Jiwong 2013).

Kesiapan keluarga adalah komponen yang sangat penting dalam melakukan perawatan kepada keluarga. Pentingnya kesiapan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang menderita penyakit *life limiting illness* (LLI) akan meningkatkan fungsi dan peran keluarga dalam merawat pasien di rumah. Peran informal sebagai caregiver sebagian besar dilakukan oleh keluarga, sehingga mereka didefinisikan sebagai *family caregiver* yang bertanggung jawab atas pengobatan dan pencegahan penyakit yang dialami anggota keluarganya. Peran keluarga dalam merawat pasien dengan *life limiting illness* (LLI) dapat dipandang dari segi alasan keluarga sebagai unit pelayanan (Kartika, Wiarsih & Permatasari, 2014 ; Melo, Rua, & Santos, 2014). Jadi dapat disimpulkan kesiapan keluarga adalah suatu keadaan dalam diri keluarga yang membuatnya siap memberi jawaban atau respon dalam mencapai tujuan tertentu dengan pengetahuan yang dimiliki.

Kesiapan sangat penting untuk memulai melakukan perawatan dalam keluarga, karena dengan memiliki kesiapan, pekerjaan apapun akan dapat teratasi dan dapat dikerjakan dengan lancar serta memperoleh hasil yang baik. Pentingnya kesiapan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang menderita penyakit *life limiting illness* (LLI) akan meningkatkan fungsi dan peran keluarga dalam merawat pasien di rumah. Peran keluarga dalam merawat pasien penyakit *life*

limiting illness (LLI) dapat dipandang dari segi alasan keluarga sebagai unit pelayanan (Kartika, Wiarsih & Permatasari, 2014).

5. Faktor Yang Mempengaruhi Kesiapan Keluarga

a. Faktor internal

1) Pendidikan dan tingkat pengetahuan

Aspek pengetahuan merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya perilaku seseorang, dimana semakin tinggi tingkat pendidikan akan mempengaruhi pola pikir seseorang termasuk kemampuan dalam memahami suatu penyakit. Semakin tinggi tingkat pengetahuan maka seseorang akan berusaha menggunakan pengetahuannya terutama untuk menjaga kesehatan diri sendiri dan anggota keluarganya. Tingkat pendidikan yang tinggi akan berpengaruh pula pada tingkat pengetahuan (Notoatmodjo, 2005; Amelia, Nurchayati & Elita, 2014).

Tidak hanya itu tingkat pendidikan keluarga juga akan mempengaruhi perilaku keluarga dalam meningkatkan dan memelihara kesehatan keluarga serta manajemen penyakit. Keluarga yang mempunyai tingkat pendidikan yang tinggi akan berpengaruh pada kesiapan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit. Dimana dalam hal ini, keluarga lebih banyak

mendapatkan informasi sehingga akan lebih percaya diri dalam merawat anggota keluarga yang sakit misalnya dengan memilih makanan yang lebih baik dan tepat untuk penderita. Selain itu, tingkat pendidikan yang rendah akan berdampak pada kurangnya pengetahuan tentang kesehatan (Risti & Isnaeni, 2017; Tamara, Bayhakki, & Annis, 2014).

Menurut Luthfa (2016) pendidikan dikaitkan dengan kemampuan menerima informasi, semakin tinggi tingkat pendidikan keluarga yang merawat maka akan semakin baik dalam menerima informasi dan meningkatkan kesiapan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang menderita *life limiting illness* (LLI).

2) Status Kesehatan

Status kesehatan meliputi masalah kesehatan yang dimiliki caregiver sebelumnya ataupun masalah kesehatannya saat ini. Masalah kesehatan yang dimiliki caregiver meliputi masalah kesehatan fisik (seperti sakit punggung, lutut, sendi, penyakit jantung dan yang lain lain) dan masalah kesehatan mental berupa kecemasan, depresi dan penyakit mental lainnya. Penilaian status kesehatan caregiver adalah hal yang penting untuk

mengetahui apakah mereka mampu secara fisik dan emosional dalam menjalankan perannya sebagai caregiver. Adanya peningkatan stress dan beban merawat anggota keluarga yang sakit dapat memperburuk kondisi kesehatan caregiver (Badriah, Wiarsih & Permatasari, 2014; Lutz, 2016).

3) Faktor Emosi

Allah SWT membekali hamba-Nya dengan berbagai emosi. Emosi dapat berupa perasaan tegang, cemas, marah, dan terjadi konflik. Emosi merupakan respon stress ketika dihadapkan pada suatu masalah atau persoalan. Seperti halnya pada keluarga yang harus siap merawat anggota keluarga yang menderita *life limiting illness* (LLI) yang pertama kali terdiagnosa dan harus dirawat dalam jangka waktu yang lama. Sehingga keluarga akan dihampiri perasaan tegang, cemas dan bahkan bisa timbul konflik yang bisa membuat keluarga yang merawat merasa tidak nyaman dan berpikir hal – hal buruk yang akan terjadi. Sehingga pikiran – pikiran negatif ini akan mempengaruhi kesiapan keluarga dalam merawat (Amelia, Nurchayati & Elita, 2014).

4) Motivasi

Adanya motivasi pada keluarga untuk menyembuhkan anggota keluarganya akan mendorong

kesiapan keluarga untuk menerima anggota keluarga yang mengalami penyakit *life limiting illness* (LLI) dan mencari pengobatan bagi kesembuhan anggota keluarganya, misalnya dengan membawa anggota keluarga yang sakit untuk berobat ke rumah sakit (Muflihatin, & Komala, 2016; Rembang, Katuuk & Malara, 2017; Sari, Susanti, & Sukmawati, 2014).

5) Pengalaman yang diperoleh keluarga sebelumnya

Pengalaman yang diperoleh keluarga dalam menangani anggota keluarga yang menderita *life limiting illness* (LLI) akan mempengaruhi kesiapan keluarga untuk melakukan tindakan selanjutnya. Pengalaman yang diperoleh akan membantu keluarga untuk melakukan tindakan yang tepat untuk merespon stimulus yang datang. Hal ini dikarenakan pengalaman mengenai suatu tindakan tertentu telah tersimpan dalam memori dan ketika keluarga menghadapi sebuah situasi yang sama atau yang hampir sama maka pengalaman yang telah tersimpan di *recall* sehingga individu siap untuk merespon suatu situasi (Badriah, Wiarsih & Permatasari, 2014; Kartika, Wiarsih & Permatasari, 2014).

Pengalaman keluarga juga menjadi salah satu faktor penting bagi keluarga dalam menerapkan strategi

perawatan yang efektif terhadap anggota keluarga yang mengalami sakit kronis (Kartika, Wiarsih & Permatasari, 2014).

6) Spiritual

Aspek spiritual terdiri dari nilai dan keyakinan yang dilaksanakan oleh keluarga yang dapat berpengaruh terhadap dukungan serta kesiapan keluarga dalam merawat pasien *life limiting illness* (LLI). Dukungan spiritual sangat penting dalam mendukung kepercayaan keluarga sehingga mereka dapat mengatasi penderitaan (Amelia, Nurchayati & Elita, 2014; Friedman, 2010). Apabila keluarga memiliki spiritualitas yang kurang maka akan mengurangi dukungan dan kesiapan yang diberikan (Ehman, 2015).

b. Faktor eksternal

1) Sosial ekonomi

Seseorang dengan status sosial ekonomi yang rendah sangat mempengaruhi interpretasi tentang gejala penyakit. Umumnya, keluarga dengan status ekonomi rendah menunggu hingga mereka tidak bisa apa – apa lagi sebelum mereka menyatakan diri mereka sakit. Mereka juga menganggap bahwa kesehatan merupakan daftar kebutuhan paling bawah kecuali saat – saat krisis.

Selain itu, status sosial ekonomi berkaitan dengan pendapatan yang diterima, bila penghasilan besar maka status sosial ekonomi meningkat dan hal ini berhubungan dengan kemampuan seseorang untuk melakukan pemanfaatan pelayanan kesehatan (Azila, 2016; Notoatmodjo, 2005 dalam Amelia, Nurchayati & Elita, 2014).

Menurut Friedman (2010) perbedaan status ekonomi juga sangat nyata berhubungan dengan prioritas keseluruhan keluarga. Pada keluarga dengan status ekonomi rendah, kesehatan sering kali merupakan prioritas bawah dibandingkan pekerjaan, makanan, dan hunian, kecuali ada krisis kesehatan itu sendiri. Sedangkan menurut Luthfa (2016) status ekonomi berkaitan dengan penyakit kronis yang harus melakukan perawatan dalam jangka panjang yang secara rutin penderitanya harus melakukan kontrol ke pelayanan kesehatan dan membutuhkan bantuan biaya pengobatan.

2) Hubungan dengan penderita *life limiting illness* (LLI)

Eratnya hubungan antara pemberi dan penerima perawatan dan keinginan caregiver dalam merawat anggota keluarga yang sakit. Eratnya hubungan antara family caregiver dengan anggota keluarga yang sakit

dapat dilihat dari banyaknya masalah yang muncul dalam keluarga tersebut. Masalah masalah ini biasanya lebih terlihat ketika stress. Selain ke eratan hubungan dan tingkat keinginan caregiver dalam merawat (Lutz, 2016)

3) Kedekatan dengan penderita *life limiting illness* (LLI)

Kedekatan secara geografis juga sangatlah penting. Jika anggota keluarga yang sakit tinggal secara terpisah dengan keluarganya maka akan mempengaruhi tingkat kesiapan keluarga tersebut untuk memberikan perawatan atau sebagai caregiver (Lutz, 2016).

4) Akses Transportasi

Akses transportasi dan rumah merupakan hal penting lainnya yang dapat memengaruhi kesiapan keluarga. Jika transportasi sulit di akses maka akan sulit juga menjangkau pelayanan kesehatan dan hal ini akan menghambat proses perawatan kepada pasien (Lutz, 2016).

5) Latar belakang budaya

Latar belakang budaya keluarga berpengaruh terhadap perilaku kesehatan, nilai, keyakinan dan kebiasaan keluarga dalam memberikan perawatan kepada anggota keluarga yang sakit (Amelia, Nurchayati & Elita, 2014).

C. Kualitas Hidup

1. Pengertian Kualitas Hidup

Kualitas hidup (Quality of life) adalah perasaan puas dan bahagia sehingga keluarga yang merawat pasien diabetes mellitus dapat menjalani kehidupan sehari – hari sebagai dengan semestinya (Chaidir, Wahyuni, & Furkhani, 2017). Selain itu, kualitas hidup juga merupakan kapasitas fungsional psikologis dan kesehatan social serta kesejahteraan individu.

Kualitas hidup adalah persepsi individu tentang nilai konsep di dalam hubungannya untuk mencapai harapan hidupnya atau kenikmatan hidup (WHO 2004 dalam Nuraisyah, Kusunanto, & Rahayujati, 2017). Menurut Ayudia & Nawangsih (2017) kualitas hidup adalah sebagai penilaian individu atas kepuasan pada keadaan yang dialami saat ini bila dibandingkan dengan persepsi yang menurut ideal, keadaan tersebut terkait dengan kesehatan fisik, psikis dan sosial.

Kualitas hidup adalah persepsi individu dalam hidup yang dapat ditinjau dari konteks budaya dan sistem nilai individu yang berhubungan dengan standar hidup, harapan, kesenangan dan perhatian (Azila, 2016). Jadi dapat disimpulkan kualitas hidup adalah kemampuan untuk menjalani hidup secara normal tanpa mengalami hambatan yang berarti dalam rangka memenuhi kebutuhan sehari – hari.

Kualitas hidup yang berhubungan dengan kesehatan menggambarkan kondisi fungsi fisik, social dan emosional yang sehat,

bisa diukur dengan berbagai macam instrumen yang dirancang secara cermat dan sudah diukur validasinya. Kualitas hidup dipengaruhi oleh kesehatan fisik, kondisi psikologis, tingkat kergantungan hubungan social, dan hubungan pasin dengan lingkungan sekitarnya (Nuraisyah, Kusnanto, & Rahayujati, 2017). Pengukuran kualitas hidup bisa dilakukan dengan menggunakan kuesioner yang dikembangkan oleh WHO (Tamara, Bayhakki, & Nauli, 2014).

2. Dimensi kualitas hidup

Dimensi kualitas hidup menurut WHO (2004) terdiri dari enam dimensi yaitu kesehatan fisik, kesejahteraan psikologis, tingkat kemandiran, hubungan sosial, hubungan dengan lingkungan dan keadaan spiritual. Kemudian WHOQOL (*The World Health Organization Quality of Life*) dibuat menjadi instrument WHOQOL – BREF dimana dimensi tersebut diubah menjadi empat dimensi yaitu :

a) Dimensi kesehatan fisik

Dimensi kesehatan fisik yaitu kesehatan yang mempengaruhi kemampuan individu untuk melakukan aktivitas. Aktivitas yang dilakukan individu akan memberikan pengalaman – pengalaman baru yang merupakan modal perkembangan ke tahap selanjutnya. Kesehatan fisik mencakup aktivitas sehari – hari, ketergantungan obat – obatan dan bantuan medis, energi dan kelelahan, mobilitas, sakit dan ketidaknyaman, tidur dan istirahat, serta kapasitas kerja (Fitriana

& Ambarini, 2012). Menurut Wartonah (2010) aktivitas sehari – hari adalah suatu energi atau keadaan untuk bergerak dalam memenuhi kebutuhan hidup dimana aktivitas dipengaruhi oleh adekuatnya sistem pernafasan, otot dan tulang atau sendi.

b) Dimensi psikologis

Dimensi psikologis yaitu terkait dengan keadaan mental individu. Keadaan mental mengarah pada mampu atau tidaknya individu menyesuaikan diri terhadap berbagai tuntutan perkembangan sesuai dengan kemampuannya, baik tuntutan dari dalam diri maupun dari luar dirinya. Aspek psikologis juga terkait dengan aspek fisik, dimana individu dapat melakukan suatu aktivitas dengan baik bila individu tersebut sehat secara mental. Aspek psikologis mencakup gambaran tubuh dan penampilan, perasaan positif, perasaan negative, spiritual, pemikiran pembelajaran, daya ingat dan konsentrasi, gambaran tubuh dan penampilan, serta penghargaan terhadap diri sendiri (Fitriana & Ambarini, 2012).

c. Dimensi hubungan sosial

Dimensi hubungan sosial yaitu hubungan antara dua individu atau lebih dimana tingkah laku individu tersebut akan saling mempengaruhi, mengubah, atau memperbaiki tingkah laku individu lainnya (Fitriana & Ambarini, 2012). Hubungan sosial mencakup relasi personal, dukungan sosial dan aktivitas

sosial. Relasi personal adalah hubungan individu dengan orang lain. Dukungan sosial yaitu menggambarkan adanya bantuan yang didapatkan oleh individu yang berasal dari lingkungan sekitarnya. Sedangkan aktivitas seksual merupakan gambaran kegiatan seksual yang dilakukan individu (Sekarwiri, 2008).

d. Dimensi lingkungan

Dimensi lingkungan yaitu tempat tinggal individu, ketersediaan tempat tinggal untuk melakukan segala aktivitas kehidupan, termasuk didalamnya adalah sarana dan prasarana yang dapat menunjang kehidupan. Hubungan dengan lingkungan mencakup sumber *finansial*, kebebasan, keamanan dan keselamatan fisik, perawatan kesehatan dan sosial termasuk aksesibilitas dan kualitas, lingkungan rumah, kesempatan untuk mendapatkan informasi baru maupun keterampilan, partisipasi dan mendapat kesempatan untuk melakukan rekreasi dan kegiatan yang menyenangkan di waktu luang, lingkungan fisik termasuk polusi, kebisingan, lalu lintas, iklim, dan transportasi (Fitriana & Ambarini, 2012; Sekarwiri, 2008).

3. Faktor yang mempengaruhi kualitas hidup keluarga yang merawat

Beberapa faktor yang dapat mempengaruhi kualitas hidup keluarga yang merawat antara lain, sebagai berikut :

a. Usia

Sejalan dengan bertambahnya usia, seseorang akan mengalami perubahan fungsi tubuh baik secara fisik maupun psikososial. Meningkatnya umur, dapat mempengaruhi kualitas fisik seseorang sehingga kualitas hidupnya menurun (Utami & Karim, 2014).

b. Kondisi Fisik

Merawat anggota keluarga yang sakit dalam jangka waktu yang lama menghabiskan sebagian besar waktu dan energi para anggota keluarga yang merawat, sehingga akan berdampak pada kondisi fisik anggota keluarga yang merawat. Kondisi fisik yang sering dirasakan seperti kurang tidur, capek, pegal – pegal, kelelahan, pusing dan nyeri otot. Masalah fisik ini akan beresiko memicu timbulnya penyakit bagi anggota keluarga yang merawat. Selain itu, anggota keluarga yang merawat sering juga mengalami stress dan beban negatif yang nantinya bisa berdampak pada kesehatan mereka sendiri dan juga mempengaruhi kualitas perawatan yang diberikan (Badriah,Wiarsih & Permatasari, 2014; Siwalette, 2014).

c. Tingkat pendidikan

Tingkat pendidikan berkaitan erat dengan pengolahan pengetahuan serta pengelolaan informasi yang didapatkan. Seseorang yang memiliki pendidikan yang lebih tinggi akan

mempunyai pengetahuan yang lebih luas dan juga memungkinkan seseorang untuk dapat mengontrol dirinya dalam mengatasi masalah yang dihadapi. Selain itu, seseorang yang memiliki pendidikan yang tinggi lebih mudah memahi dan melakukan pengolahan secara mandiri tentang apa yang dianjurkan oleh petugas kesehatan (Azila, 2016).

d. Status sosial ekonomi

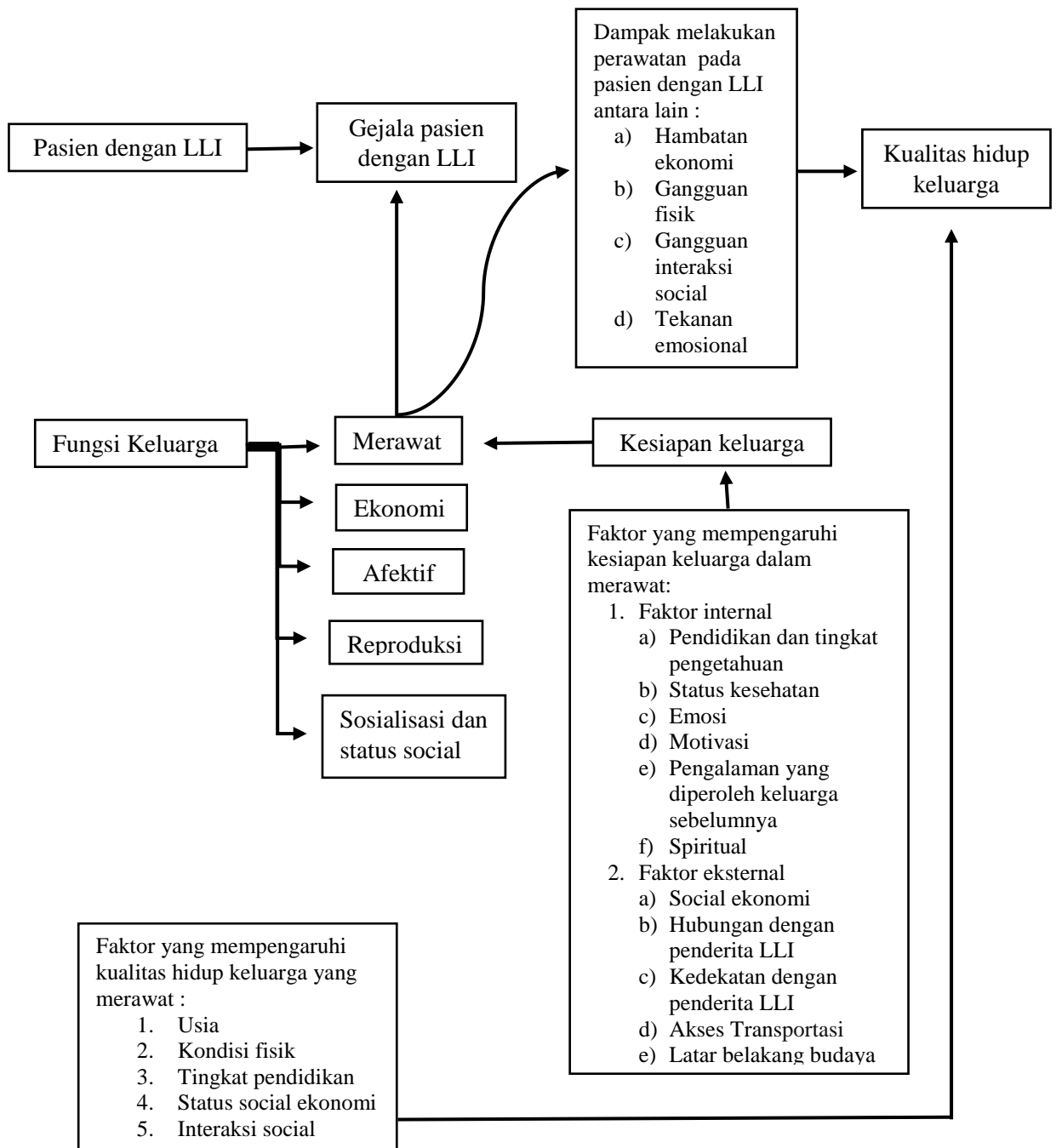
Keluarga yang merawat pasien dengan penyakit kronis biasanya mengalami masalah keuangan. Masalah keuangan yang dialami meliputi kesulitan mendapatkan biaya pengobatan, kehilangan pekerjaan karena harus merawat pasien di rumah maupun di rumah sakit, dan pendapatan yang tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan seluruh anggota keluarga karena perawatan pasien penyakit kronis. Keuangan yang tidak stabil dapat berdampak negatif bahkan stress yang dirasakan oleh keluarga yang merawat akibat memikirkan beban perawatan terhadap ekonomi keluarganya, sehingga hal ini dapat mempengaruhi kualitas hidup keluarga yang merawat (Siwalette, 2014).

e. Interaksi sosial

Merawat anggota keluarga yang menderita penyakit *life limiting illness* (LLI) atau penyakit kronis akan mempengaruhi interaksi sosial bagi keluarga yang merawat. Perubahan interaksi

sosial dapat terlihat dari kurangnya berkomunikasi, tidak aktif lagi di kegiatan masyarakat , dan keterbatasan dalam pergaulan yang disebabkan oleh tugas dan peran untuk merawat pasien (Siwalette, 2014).

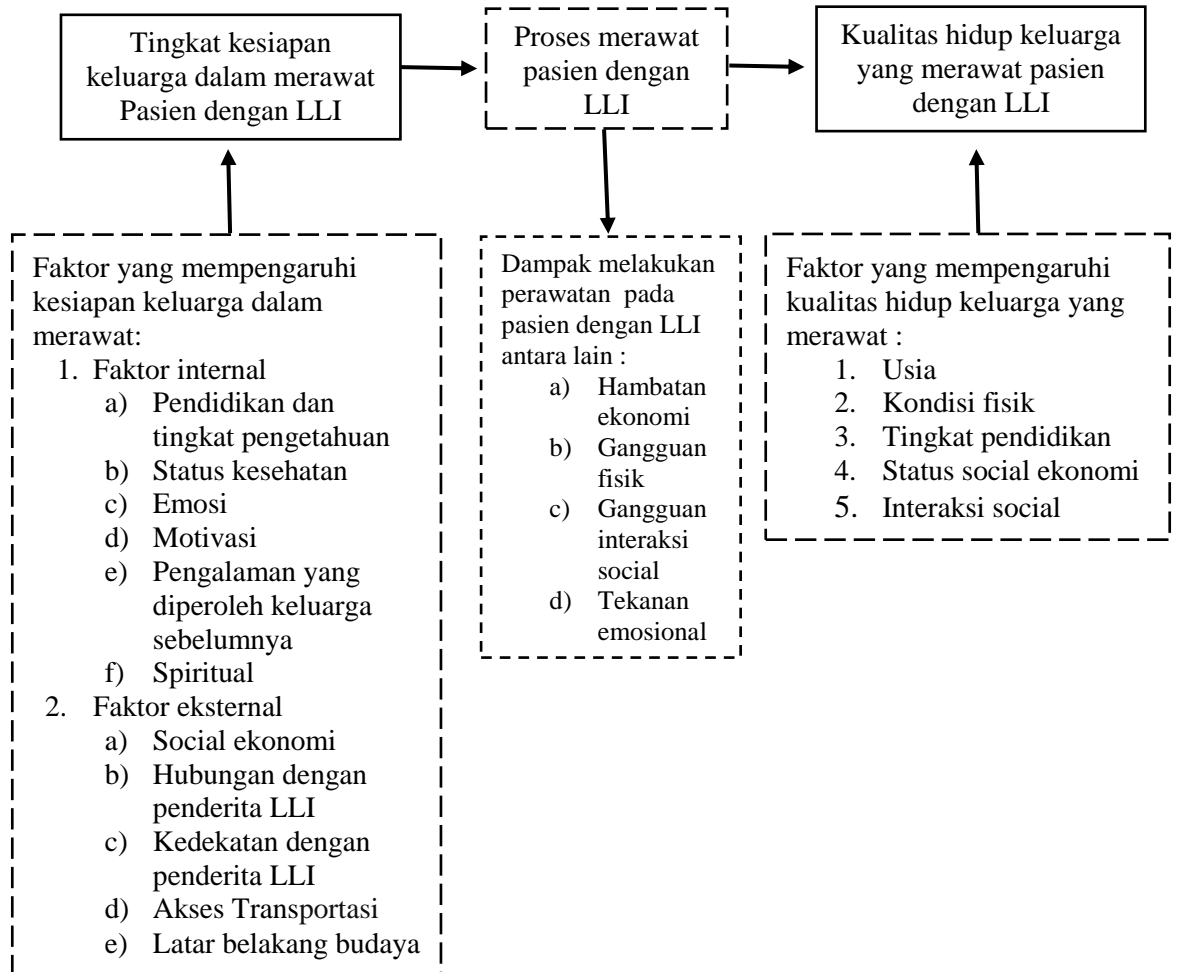
D. Kerangka Teori



Gambar 1. Kerangka teori

Referensi : (Ali,2010; PCC4U,2016; Amelia, Nurchayati & Elita,2014; Ariyanti, Firmawati, & Rochmawati,2016; Azila,2016; Badriah, Wiarsih & Permatasari,2014; Chaidir, Wahyuni, & Furkhani,2017; Efendi & Makhfudli,2010; Ehman,2015; Fitriana & Ambarini, 2012; Friedman,2010; Muflihatin, & Komala,2016; Nuraisyah, Kusnanto, & Rahayujati,2017; Lutz,2016; Rembang, Katuuk & Malara,2017; Risti & Isnaeni,2017; Tamara, Bayhakki, & Nauli,2014; Utami & Karim,2014; Sekarwiri,2008; Siwalette,2014).

E. Kerangka Konsep



Gambar 2. Kerangka konsep

Keterangan

- : Diteliti
 - - - - - : Tidak diteliti

F. Hipotesis

Semakin tinggi tingkat kesiapan keluarga dalam merawat semakin baik kualitas hidup keluarga yang merawat pasien *life limiting illness* (LLI).