

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Penyakit Stroke

2.1.1 Definisi

Stroke adalah disfungsi neurologi akut yang disebabkan oleh gangguan aliran darah yang timbul secara mendadak dengan tanda dan gejala sesuai dengan daerah fokal pada otak yang terganggu (WHO, 1989).

Stroke adalah kumpulan gejala klinis berupa gangguan dalam sirkulasi darah ke bagian otak yang menyebabkan gangguan perfusi baik lokal atau global yang terjadi secara mendadak, progresif dan cepat yang umumnya menyebabkan hemiparesis pada penderita stroke (Hariyanto & Ana, 2015). Berdasarkan beberapa definisi di atas dapat disimpulkan bahwa stroke adalah gangguan peredaran darah ke otak yang disebabkan karena adanya sumbatan yang mengakibatkan sel-sel otak kekurangan darah, oksigen atau zat-zat makanan dan berakibat kematian pada sel otak.

2.1.2 Klasifikasi

Klasifikasi stroke menurut Hariyanto (2015), adalah sebagai berikut :

1) Stroke ditinjau dari patologi dan gejala klinik

a) Stroke Hemoragik

Keadaan pecahnya pembuluh darah otak pada *subarakhnoid* dan *intracerebral*, yang pada umumnya serangan lebih banyak terjadi

ketika aktivitas. Meskipun beberapa kejadian terjadi pada saat istirahat dan biasanya disertai dengan kesadaran pasien yang menurun.

b) Stroke Non Hemoragik

Stroke yang dapat disebabkan obstruksi total atau sebagian karena iskemik, thrombosis, emboli, atau penyempitan lumen arteri.

- (1) Pada *stroke iskemik* terjadi penurunan suplai darah ke jaringan otak menurun. Serangan pada umumnya tidak terjadi saat istirahat atau baru bangun tidur. Pasien tidak mengalami perdarahan, tetapi timbul edema sekunder.
- (2) Trombosis : penyumbatan dan terganggunya aliran darah ke otak karena adanya bekuan atau gumpalan yang menyebabkan terjadinya iskemik.
- (3) Emboli : emboli yang dapat berasal dari udara, tumor, lemak, dan bakteri yang ada pada saluran darah sehingga menimbulkan konklusi atau penyumbataan pembuluh darah otak.
- (4) Penyempitan lumen arteri: bisa terjadi karena infeksi, spasme, atau karena kompresi massa dari luar.

2) Stroke berdasarkan perjalanan penyakit

a) TIA (Transien Iskemic Attack)

Serangan sepiintas mendadak yang menyebabkan gangguan neurologis setempat yang terjadi selama beberapa menit sampai beberapa jam dan gejalanya hilang dengan spontan kurang dari 24

jam.

b) Stroke Involusi

Kondisi stroke yang terjadi dalam perkembangannya mulai dari ringan lama-kelamaan memburuk yang prosesnya berjalan dalam beberapa jam sampai beberapa hari.

c) Stroke Komplet

Kondisi stroke yang terjadi gangguan neurologi yang timbul sudah menetap dan permanen. Pada umumnya diawali karena *Transien Iskemik Attac* yang berulang.

Tabel 2.1 Perbedaan Stroke Iskemik dan Hemoragik (Tarwoto, 2013)

Gejala	Hemoragik	Iskemik
Onset	Sangat akut	Subakut/akut
Saat terjadinya	Waktu aktif	Tidak aktif
Nyeri kepala	Hebat	Ringan/tidak ada
Muntah pada awal	Sering	Tak ada
Kaku kuduk	Jarang/bisa ada	Tak ada
Kejang	Bisa ada	Tak ada
Kesadaran	Bisa hilang	Dapat hilang

2.1.3 Etiologi

Etiologi stroke menurut Muttaqin (2008) adalah:

1. Trombosis cerebral

Trombosis ini terjadi pada pembuluh darah yang mengalami oklusi sehingga menyebabkan iskemi jaringan otak yang dapat menimbulkan oedema dan kongesti di sekitarnya. Trombosis biasanya terjadi pada orang

tua yang sedang tidur atau bangun tidur. Hal ini dapat terjadi karena penurunan aktivitas simpatis dan penurunan tekanan darah yang dapat menyebabkan iskemia serebral. Tanda dan gejala neurologis seringkali memburuk pada 48 jam setelah trombosis.

Beberapa keadaan dibawah ini dapat menyebabkan trombosis otak:

a. Atherosklerosis

Atherosklerosis adalah mengerasnya pembuluh darah serta berkurangnya kelenturan atau elastisitas dinding pembuluh darah. Manifestasi klinis atherosklerosis bermacam macam.

Kerusakan dapat terjadi melalui mekanisme berikut:

- 1) Lumen arteri menyempit dan mengakibatkan berkurangnya aliran darah.
- 2) Oklusi mendadak pembuluh darah karena terjadi trombosis
- 3) Tempat terbentuknya thrombus kemudian melepaskan kepingan thrombus.
- 4) Dinding arteri menjadi lemah dan terjadi aneurisma kemudian robek dan terjadi perdarahan

b. Hypercoagulasi

Darah bertambah kental, peningkatan viskositas/hematokrit meningkat dapat melambatkan aliran darah serebral.

c. Arteritis (radang pada arteri)

2. Emboli

Emboli serebral merupakan penyumbatan pembuluh darah otak oleh bekuan darah, lemak dan udara. Pada umumnya emboli berasal dari thrombus di jantung yang terlepas dan menyumbat sistem arteri serebral. Emboli tersebut berlangsung cepat dan gejala timbul kurang dari 10-30 detik.

Beberapa keadaan dibawah ini dapat menimbulkan emboli:

- a. Katup-katup jantung yang rusak akibat Rheumatik Heart Desease (RHD)
- b. Myokard infark
- c. Fibrilasi

Keadaan aritmia menyebabkan berbagai bentuk pengosongan ventrikel sehingga darah terbentuk gumpalan kecil dan sewaktu-waktu kosong sama sekali dengan mengeluarkan embolus-embolus kecil.

3. Hemoragik

Perdarahan intrakranial atau intraserebral termasuk perdarahan dalam ruang subarachnoid atau kedalam jaringan otak sendiri. Perdarahan ini dapat terjadi karena atherosklerosis dan hipertensi. Akibat pecahnya pembuluh darah otak menyebabkan perembesan darah kedalam parenkim otak yang dapat mengakibatkan penekanan, pergeseran dan pemisahan jaringan otak yang berdekatan sehingga otak akan

membengkak jaringan otak tertekan sehingga terjadi infark otak, dan oedema.

Penyebab perdarahan otak yang paling sering terjadi:

- a. Aneurisma Berry, biasanya defek kongenital
- b. Aneurisma fusiformis dari atherosclerosis Aneurisma mycotik dari vaskulitis nekrose dan emboli septis
- d. Malformasi arteriovenous, terjadi hubungan persambungan pembuluh darah arteri, sehingga darah arteri langsung masuk vena
- e. Ruptur arteriol serebral, akibat hipertensi yang menimbulkan penebalan dan degenerasi pembuluh darah

2.1.4 Manifestasi Klinis

Menurut Tarwoto (2013), gejala klinis stroke meliputi :

- 1) Kelumpuhan wajah atau anggota badan sebelah yang timbul secara mendadak. Kelumpuhan terjadi akibat adanya kerusakan pada area motoric di korteks bagian frontal, kerusakan ini bersifat kontraletal artinya jika terjadi kerusakan pada hemisfer kanan maka kelumpuhan otot pada sebelah kiri.

- 2) Hilangnya Komunikasi

Fungsi otak yang dipengaruhi oleh stroke adalah bahasa dan komunikasi.

- 3) Gangguan sensibilitas pada anggota badan

Gangguan sensibilitas terjadi karena kerusakan system saraf otonom dan saraf sensorik.

- 4) Penurunan kesadaran bisa terjadi akibat gangguan sirkulasi darah di otak, gangguan metabolisme otak akibat hipoksia dan trauma kepala.

- 5) Afasia (kesulitan dalam bicara)

Afasia adalah kemampuan komunikasi bicara, termasuk dalam membaca, menulis dan memahami bahasa. Afasia terjadi jika terdapat kerusakan pada area pusat bicara primer yang berada pada hemisfer kiri dan biasanya terjadi pada stroke dengan gangguan pada arteri middle sebelah kiri.

- 6) Disartria (bicara cedall atau pelo)

Disartria merupakan kesulitan bicara terutama dalam artikulasi sehingga ucapannya menjadi tidak jelas. Disartria terjadi karena kerusakan nervus kranial sehingga terjadi kelemahan dari otot, bibir, lidah dan faring.

- 7) Gangguan penglihatan

Pasien dapat kehilangan penglihatan atau juga pandangan menjadi ganda atau rabun. Hal ini terjadi karena kerusakan pada lobus temporal atau parietal yang dapat menghambat serat saraf pada kortek oksipital.

- 8) Disfagia

Disfagia atau kesulitan menelan terjadi karena kerusakan nervus kranial IX.

- 9) Peingkatan tekanan intracranial akibatnya ialah vertigo, mual, muntah dan nyeri kepala

- 10) Gangguan Persepsi

Gangguan persepsi merupakan ketidak mampuan menginterpretasikan sensasi. Stroke dapat mengakibatkan disfungsi persepsi visual dan kehilangan persepsi sensori.

11) Disfungsi kandung kemih

Gangguan elimiasi urin pasien stroke dapat dipengaruhi oleh pasien dengan hambatan mobilisasi atau karena gangguan pada sistem persarafan dalam pengontrolan berkemih. Sistem saraf yang mempengaruhi berkemih adalah saraf otonom dan somatik.

2.1.5 Faktor Risiko

Menurut Permenkes (2019) dan Hutagalung (2019) ada beberapa faktor risiko yang menyebabkan seseorang terkena stroke adalah :

1) Umur

Setiap kelompok umur memiliki kemungkinan untuk menderita stroke. Tetapi seiring dengan meningkatnya umur, risiko untuk terkena stroke juga semakin besar. Hal ini disebabkan oleh akumulasi plak yang tertimbun di dalam pembuluh darah. Insidens stroke meningkat seiring dengan bertambahnya umur.

2) Jenis Kelamin

Stroke lebih menyerang laki-laki dari pada perempuan.

3) Riwayat keluarga

Faktor genetik merupakan salah satu risiko stroke di kemudian hari. Sesama anggota keluarga akan lebih mudah menderita penyakit.

4) Penyakit kardiovaskular

Risiko stroke meningkat pada orang dengan riwayat penyakit aterosklerotik, seperti penyakit jantung koroner, gagal jantung dan klaudikasio intermiten. Faktor risiko ini pada umumnya akan menimbulkan hambatan atau sumbatan aliran darah ke otak karena jantung melepas gumpalan darah atau sel-sel atau jaringan yang telah mati ke dalam aliran darah.

5) Hipertensi

Tekanan darah tinggi atau hipertensi adalah faktor risiko yang paling utama dan biasanya tanpa gejala spesifik serta tidak memiliki tanda-tanda awal. Hipertensi dapat mengakibatkan pecahnya maupun menyempitnya pembuluh darah otak. Apabila pembuluh darah otak pecah maka timbulah perdarahan otak dan apabila pembuluh darah otak menyempit maka aliran darah ke otak akan terganggu dan sel-sel otak akan mengalami kematian.

6) Merokok

Nikotin dan karbon monoksida yang terdapat pada rokok selain dapat menurunkan kadar oksigen dalam darah, juga dapat merusak dinding pembuluh darah, serta memacu terjadinya penggumpalan darah. Risiko stroke meningkat 2-3 kali pada perokok.

7) Diabetes

Diabetes mellitus mampu menebalkan dinding pembuluh darah otak yang berukuran besar karena adanya gangguan metabolisme glukosa sistemik. Menebalnya dinding pembuluh darah otak akan menyempitkan

diameter pembuluh darah tadi dan penyempitan tersebut kemudian akan mengganggu kelancaran aliran darah ke otak, yang pada akhirnya akan menyebabkan infark sel-sel otak.

8) Penyakit jantung lain

Pasien dengan riwayat infark miokard dengan elevasi segmen ST (ST elevation myocardial infarct, STEMI) dengan trombus mural ventrikel kiri atau kelainan akinetik segmen ventrikel kiri dapat diberikan warfarin untuk mencegah terjadinya stroke.

9) Obesitas

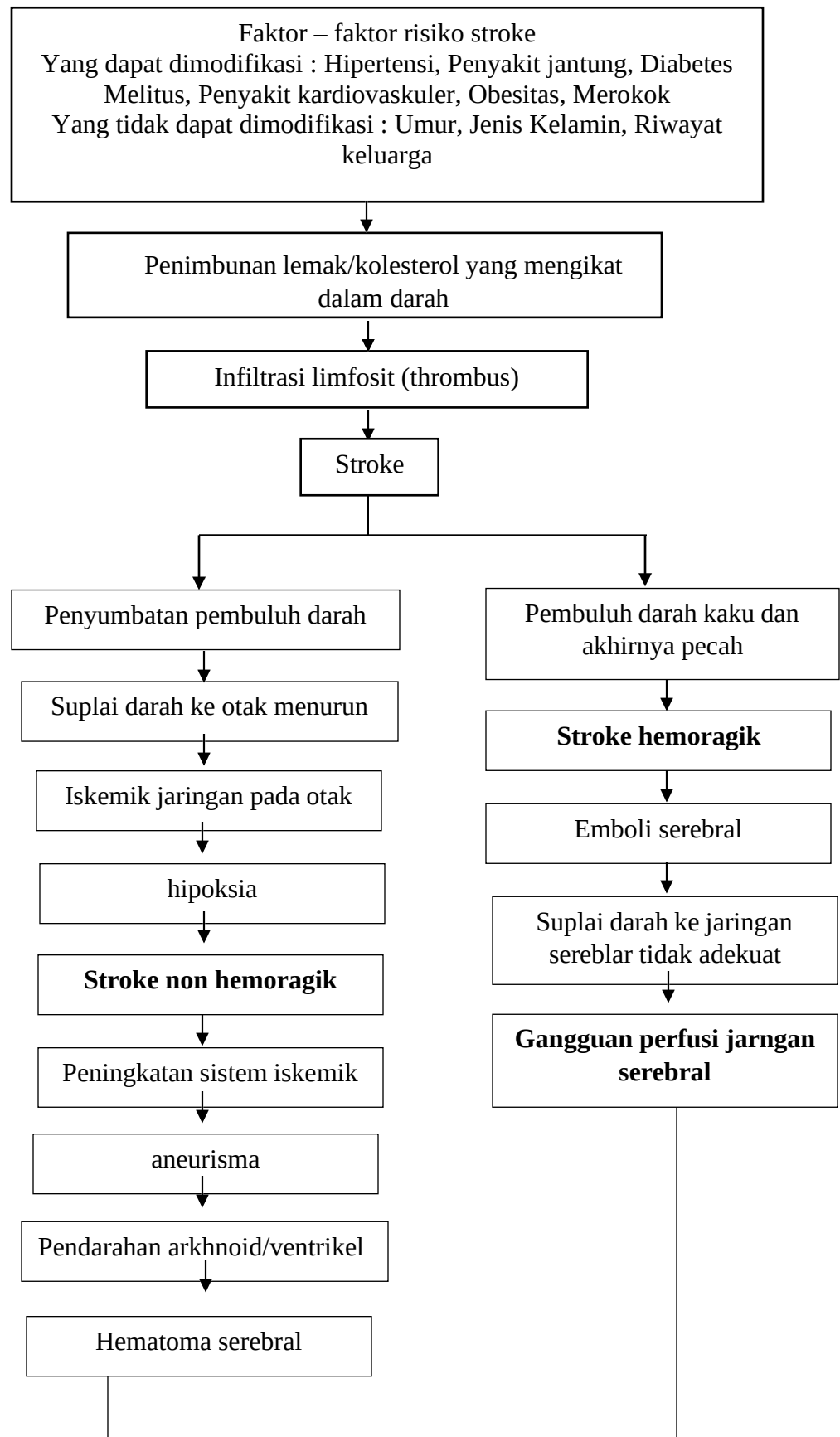
Pada individu dengan berat berlebih dan obesitas dan kurangnya aktivitas akan memicu terkena hipertensi, hiperkolesterolemia, diabetes mellitus, penyakit jantung dan stroke.

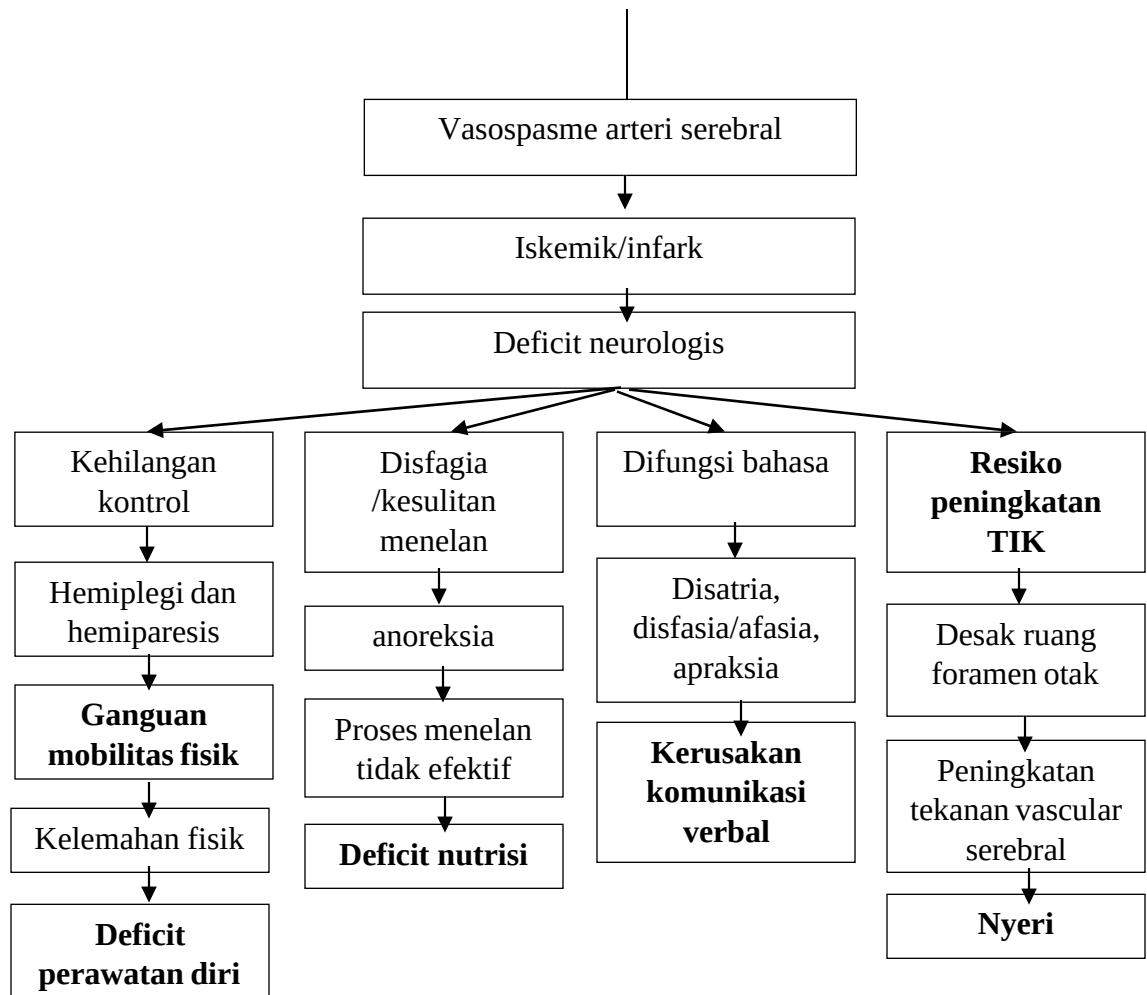
2.1.6 Komplikasi

- 1) Peningkatan tekanan *intrakranial*.
- 2) *Disritmia* jantung.
- 3) Kontraktur.
- 4) *Immobilisasi* yang dapat menyebabkan infeksi pernapasan, *decubitus*, dan *konstipasi*.
- 5) *Paralisis* yang dapat menyebabkan nyeri kronis, risiko jatuh, *atrofi*.
- 6) Kejang akibat kerusakan atau gangguan pada listrik otak.
- 7) Nyeri kepala kronis seperti *migrain*.
- 8) *Malnutrisi*.

2.1.7 Patofisiologis

1) Skema





Gambar 2.1 Patofisiologi CVA (*Cerebro Vaskular Accident*) atau *Stroke*

(Muttaqin A, 2008)

2) URAIAN

Faktor-faktor penyebab terjadinya stroke yang dapat dimodifikasi yaitu hipertensi, penyakit jantung, diabetes melitus, penyakit kardiovaskuler, obesitas, merokok sedangkan faktor resiko yang tidak dapat dimodifikasi yaitu umur, jenis kelamin, Riwayat keluarga, .Stroke dibedakan menjadi dua jenis yaitu *stroke hemoragik* dan *stroke non hemoragik*. Stroke iskemik dapat disebabkan oleh oklusi arteri di otak, yang terjadi karenan adanya trombosis serebral maupun emboli serebral. Sedangkan stroke infark termasuk kedalam jenis stroke non hemoragik. Infark serebral adalah berkurangnya suplai darah ke area otak tertentu. Luasnya infark bergantung pada faktor – faktor seperti lokasi dan besarnya pembuluh darah dan adekuatnya sirkulasi kolateral terhadap area yang disuplai oleh pembuluh darah yang tersumbat. Maka dari itu suplai darah ke otak dapat berubah – ubah (lambat atau cepat) pada gangguan local (thrombus, emboli, perdarahan dan spasme vaskuler).

Thrombus dapat menyebabkan terjadinya aliran pembuluh darah ke otak pecah yang mengakibatkan terjadinya emboli serebral sehingga terjadi infark serebral. Selain itu thrombus juga dapat menyebabkan terjadinya penyumbatan pada pembuluh darah ke otak. Akibatnya otak kekurangan darah dan oksigen karena suplai darah ke otak menurun, sehingga terjadi iskemik jaringan pada otak. Dari kedua faktor tersebut

dapat menimbulkan adanya defisit neurologis (saraf – saraf di otak). Diantaranya infark serebral yang dapat mempengaruhi suplai darah ke jaringan serebral menjadi tidak adekuat dan oksigen menurun, sehingga muncul adanya gangguan perfusi jaringan serebral. Salah satu akibatnya yaitu TIK meningkat dan mendesak ruang foramen di otak sehingga terjadi peningkatan tekanan vascular serebral dan menimbulkan nyeri kepala.

Pada daerah ekstremitas terjadi kehilangan kontrol volunter atau kelemahan otot – otot tubuh yang dapat menyebabkan munculnya hemiplegi dan hemiparesis akibat lesi pada sisi otak yang berlawanan dan menyebabkan kelumpuhan pada satu sisi anggota gerak baik pada area kaki, lengan, maupun otot wajah yang dapat mempengaruhi aktifitas menderita stroke sehingga menyebabkan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik. Jika terjadi kelemahan fisik secara total akan mempengaruhi terhadap aktifitas kebutuhan kebersihan diri, sehingga timbul masalah keperawatan defisit perawatan diri karena tidak mampu melakukannya ADL (Activity of Daily Living).

Kelemahan pada kontrol otot wajah berakibat pada disfungsi bahasa dan komunikasi yang mengakibatkan terjadinya disfasia/afasia, disartria, apraksia (kehilangan kemampuan bicara) sehingga muncul masalah keperawatan kerusakan komunikasi verbal. Pada saluran pencernaan atas mengalami kesulitan menelan atau disfagia sehingga

menimbulkan anoreksia. Akibatnya intake makanan atau nutrisi tidak adekuat sehingga muncul masalah keperawatan defisit nutrisi.

2.1.8 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan stroke secara medis menurut (Awan Hariyanto, 2015) yaitu:

1) Pemberian dan pemantauan terapi cairan sesuai indikasi

Stroke beresiko terjadinya dehidrasi karena penurunan kesadaran atau mengalami disfagia. Terapi cairan ini penting untuk mempertahankan sirkulasi darah dan tekanan darah. (Tarwoto & Wartonah, 2015)

2) Pemberian diet untuk nutrisi

Tujuannya yaitu memberikan makanan secukupnya, memenuhi kebutuhan gizi pasien dengan memperhatikan keadaan dan komplikasi penyakit, memperbaiki keadaan stroke serta mempertahankan keseimbangan cairan dan elektrolit (Almatsier, 2006).

3) Terapi oksigen

Pasien stroke iskemik dan hemoragik mengalami gangguan aliran darah ke otak. Sehingga kebutuhan oksigen sangat penting untuk mengurangi hipoksia dan juga untuk mempertahankan metabolisme otak.

Pertahankan jalan napas, pemberian oksigen, penggunaan ventilator, merupakan tindakan yang dapat dilakukan sesuai hasil pemeriksaan analisa gasdarah atau oksimetri. (Tarwoto & Wartonah, 2015)

4) Medikamentosa terkait peningkatan TIK

Peningkatan intra cranial biasanya disebabkan karena edema serebri, oleh karena itu pengurangan edema penting dilakukan misalnya dengan pemberian manitol, control atau pengendalian tekanan darah. (Tarwoto & Wartonah, 2015)

5) Rehabilitasi medik

Program rehabilitasi adalah bentuk pelayanan kesehatan yang terpadu dengan pendekatan medik, psikososial, educational, vocational yang bertujuan mencapai kemampuan fungsional semaksimal mungkin dan mencegah serangan berulang (Putu Ekayani, Widayu Estiningsih, & Irbantoro, 2016).

6) Pembedahan

Jika dibutuhkan yang biasanya dilakukan apabila perdarahan serebrum berdiameter lebih dari 3 cm atau volume perdarahan 50 ml (Hariyanto, A. 2015)

2.2 Konsep Dasar Keluarga

2.2.1 Definisi Keluarga

Menurut Lestari (2012:6) keluarga adalah rumah tangga yang memiliki hubungan darah atau perkawinan atau menyediakan terselenggaranya fungsifungsi instrumental mendasar dan fungsi-fungsi ekspresif keluarga bagi para anggotanya yang berada dalam suatu jaringan. Coleman dan Cressey (dalam Muadz dkk, 2010:205) menambahkan, keluarga adalah sekelompok orang yang dihubungkan oleh pernikahan,

keturunan, atau adopsi yang hidup bersama dalam sebuah rumah tangga. Keluarga menurut para pendidik merupakan lapangan pendidikan yang pertama dan pendidiknya adalah kedua orang tua. Orang tua (bapak dan ibu) adalah pendidik kodrati. Mereka pendidik bagi anak-anaknya karena secara kodrati ibu dan bapak diberikan anugerah oleh Tuhan berupa naluri orang tua. Dampak dari naluri ini, timbul rasa kasih sayang para orang tua kepada anak-anak mereka, hingga secara moral keduanya merasa terbebani tanggung jawab untuk memelihara, mengawasi, melindungi serta membimbing keturunan mereka (Jalaludin, 2010:294).

2.2.2 Tipe Keluarga

Tipe keluarga dibagi menjadi dua, yaitu:

1) Keluarga Tradisional

a) Keluarga Inti

Suatu rumah tangga yang terdiri dari suami, istri, dan anak kandung atau angkat.

b) Keluarga Besar

Keluarga inti ditambah dengan keluarga-keluarga lain yang mempunyai hubungan darah, misalnya kakek, paman, bibi.

c) Keluarga dyad

Keluarga baru yang terbentuk dari pasangan yang telah cerai atau kehilangan pasangan.

d) Single Parent

Suatu rumah tangga yang terdiri dari satu orang tua dengan anak (kandung atau angkat). Kondisi ini dapat disebabkan oleh perceraian atau kematian.

e) Single Adult

Suatu rumah tangga yang terdiri dari seorang dewasa.

f) Keluarga Usila

Suatu rumah tangga yang terdiri dari suami istri yang berusia lanjut. (Gusti, 2013).

2) Non Tradisional

1) *Nuclear Family* (Keluarga Inti)

Keluarga inti adalah keluarga yang terdiri dari ayah, ibu, dan anak yang masih menjadi tanggungannya. Mereka tinggal dalam satu rumah, terpisah dari sanak keluarga lainnya. Keluarga ini terikat melalui hubungan pernikahan yang sah antara suami dan istri. Salah satu di antara mereka bisa bekerja di luar rumah untuk menafkahi keluarganya.

2) *Extended Family* (Keluarga Besar)

Anggota keluarga besar tidak hanya terdiri dari ayah, ibu, dan anak, tetapi turut ditambah dengan saudara yang ada, seperti kakek, nenek, keponakan, sepupu, paman, bibi, dan yang lainnya.

3) *Blended Family*

Blended family adalah keluarga inti yang dibentuk kembali melalui pernikahan antara suami dan istri yang pernah menikah sebelumnya. Keduanya memutuskan untuk tinggal di bawah atap yang sama dengan anak hasil pernikahan terdahulu.

4) *Middle Age atau Elderly Couple*

Tipe keluarga ini hanya beranggotakan suami dan istri, sementara anak-anaknya sudah tidak tinggal di rumah yang sama dengan berbagai alasan. Bisa karena sekolah, merantau di luar kota, atau sudah berkeluarga dan tinggal di rumah terpisah.

5) *Nuclear Dyed*

Anggota keluarga tipe nuclear dyed terdiri dari pasangan suami-istri yang tidak memiliki anak dan tinggal dalam satu rumah yang sama. Salah satu dari mereka bekerja untuk memenuhi kebutuhan hidup sehari-hari.

6) *Single Parent Family*

Ini merupakan tipe keluarga yang hanya dikepalai oleh satu kepala keluarga (suami atau istri) akibat perceraian atau kematian. Keluarga ini tinggal bersama anak-anak yang masih menjadi tanggungannya.

7) *Single Adult Living Alone*

Single adult living alone merupakan tipe keluarga yang anggotanya hanya terdiri dari seorang wanita atau pria dewasa.

Mereka tinggal sendiri tanpa anak maupun saudara lain dan tidak berkeinginan untuk menikah.

8) Three Generation

Sesuai namanya, tipe keluarga ini beranggotakan tiga generasi berbeda, yaitu kakek, nenek, bapak, ibu, dan anak. Semuanya tinggal dalam satu rumah yang sama.

2.2.3 Fungsi Keluarga

Menurut Friedman (2010), lima fungsi keluarga menjadi saling berhubungan erat pada saat mengkaji dan melakukan intervensi dengan keluarga. Lima fungsi itu adalah:

1) Fungsi Afektif

Fungsi afektif merupakan dasar utama baik untuk pembentukan maupun berkelanjutan unit keluarga itu sendiri, sehingga fungsi afektif merupakan salah satu fungsi keluarga yang paling penting. Manfaat fungsi afektif didalam anggota keluarga dijumpai paling kuat diantara keluarga kelas menengah dan kelas atas, karena pada keluarga tersebut mempunyai lebih banyak pilihan. Sedangkan pada keluarga kelas bawah, fungsi afektif sering terhiraukan.

2) Fungsi sosialisasi dan status sosial

Sosialisasi anggota keluarga adalah fungsi yang universal dan lintas budaya yang dibutuhkan untuk kelangsungan hidup masyarakat menurut Lislie dan Korman (1989 dalam Friedman,2010).

3) Fungsi perawatan kesehatan

Fungsi fisik keluarga dipenuhi oleh orang tua yang menyediakan makanan, pakaian, tempat tinggal, perawatan kesehatan, dan perlindungan terhadap bahaya. Pelayanan dan praktik kesehatan (yang mempengaruhi status kesehatan anggota keluarga secara individual) adalah fungsi keluarga yang paling relevan bagi perawat keluarga (Friedman,2010). Kurangnya pengetahuan keluarga dalam pemenuhan kebutuhan nutrisi pada anggota keluarga yang mengalami hipertensi terutama pada asupan natrium menyebabkan peningkatan penderita hipertensi.

4) Fungsi Reproduksi

Salah satu fungsi dasar keluarga adalah untuk menjamin kontinuitas antar-generasi keluarga masyarakat menurut Lislie dan Korman (1989 dalam Friedman,2010). baik secara jumlah maupun kompleksitas. Kebutuhan anak prasekolah dan anak kecil lainnya untuk mengeksplorasi dunia di sekitar mereka, dan kebutuhan orang tua akan privasi diri, membuat rumah dan jarak yang adekuat menjadi masalah utama. Peralatan dan fasilitas juga harus aman untuk anak-anak (Friedman, 2010).

5) Fungsi Ekonomi

Fungsi ekonomi melibatkan penyediaan keluarga akan sumber daya yang cukup financial, ruang dan materi serta alokasinya yang sesuai melalui proses pengambilan keputusan. Pendapatan keluarga yang

terlalu rendah menyebabkan keluarga tidak mampu memenuhi kebutuhan nutrisi sehingga keluarga mengalami kesenjangan nutrisi (Friedman,2010).

2.2.4 Tugas Kesehatan Keluarga

Tugas kesehatan keluarga menurut Bsilon dan Maglalaya (2009) :

1) Mengenal masalah kesehatan

Keluarga perlu mengenal keadaan kesehatan dan perubahan-perubahan yang dialami anggota keluarga. Dan sejauh mana keluarga mengenal dan mengetahui fakta-fakta dari masalah kesehatan yang meliputi pengertian, tanda dan gejala, faktor penyebab dan yang mempengaruhinya, serta persepsi keluarga terhadap masalah kesehatan.

2) Membuat keputusan tindakan kesehatan yang tepat

Hal ini meliputi sejauh mana kemampuan keluarga mengenal sifat dan luasnya masalah. Apakah keluarga merasakan adanya masalah kesehatan, menyerah terhadap masalah yang dialami, adakah perasaan takut akan akibat penyakit, adalah sikap negatif terhadap masalah kesehatan, apakah keluarga dapat menjangkau fasilitas kesehatan yang ada, kepercayaan keluarga terhadap tenaga kesehatan, dan apakah keluarga mendapat informasi yang benar atau salah dalam tindakan mengatasi masalah kesehatan.

3) Memberi perawatan pada anggota keluarga yang sakit

Ketika memberikan perawatan kepada anggota keluarganya yang sakit, keluarga harus mengetahui beberapa hal seperti keadaan penyakit, sifat

dan perkembangan perawatan yang dibutuhkan, keberadaan fasilitas yang diperlukan, sumber-sumber yang ada dalam keluarga (anggota keluarga yang bertanggung jawab, finansial, fasilitas fisik, psikososial), dan sikap keluarga terhadap yang sakit.

4) Memodifikasi lingkungan atau menciptakan suasana rumah yang sehat

Hal-hal yang harus diketahui oleh keluarga untuk memodifikasi lingkungan atau menciptakan suasana rumah yang sehat yaitu sumber-sumber keluarga yang dimiliki, manfaat dan keuntungan memelihara lingkungan, pentingnya dan sikap keluarga terhadap hygiene sanitasi, upaya pencegahan penyakit.

5) Membawa pada fasilitas kesehatan masyarakat

Hal-hal yang harus diketahui keluarga untuk merujuk anggota keluarga ke fasilitas kesehatan yaitu keberadaan fasilitas keluarga, keuntungan-keuntungan yang dapat diperoleh dari fasilitas kesehatan, tingkat kepercayaan keluarga dan adanya pengalaman yang kurang baik terhadap petugas dan fasilitas kesehatan, fasilitas yang ada terjangkau oleh keluarga.

2.2.5 Ciri-ciri Keluarga

Menurut Zaidin Ali (2010), ciri-ciri keluarga adalah sebagai berikut:

- 1) Unit terkecil dari masyarakat
- 2) Terdiri dari dua orang atau lebih dalam satu atap yang mempunyai hubungan intim , pertalian darah/perkawinan
- 3) Terorganisasi dibawah asuhan kepala rumah tangga yang saling

berhubungan satu sama lain

- 4) Setiap anggota keluarga mempunyai fungsi dan peran masing-masing yang dikoordinasikan oleh kepala keluarga
- 5) Mempunyai keunikan masing-masing serta nilai dan norma hidup yang didasari sistem kebudayaan
- 6) Mempunyai hak otonomi dalam mengatur keluarganya, misalnya dalam hal kesehatan keluarga

2.2.6 Tahap Perkembangan Keluarga

Menurut Salvari (2013) ada beberapa tahap-tahap perkembangan keluarga, yaitu:

- 1) Tahap I : keluarga baru atau pasangan baru (beginning family) Keluarga baru dimulai pada saat masing-masing individu yaitu suami dan istri membentuk keluarga melalui perkawinan yang sah dan meninggalkan keluarga masing-masing dalam arti secara psikologis keluarga tersebut sudah memiliki keluarga baru. Dua orang yaitu suami dan istri yang membentuk keluarga baru tersebut perlu mempersiapkan kehidupan yang baru karena keduanya membutuhkan penyesuaian peran dan fungsi sehari-hari.
- 2) Tahap II : keluarga kelahiran anak pertama (child bearing family) Keluarga yang menantikan kelahiran dimulai dari kehamilan sampai kelahiran anak pertama dan berlanjut sampai anak pertama berusia 30 bulan (3.2 tahun). Kehamilan dan kelahiran bayi pertama memberi

perubahan yang besar dalam keluarga, sehingga pasangan harus beradaptasi dengan peranya untuk memenuhi kebutuhan bayi.

3) Tahap III : keluarga dengan anak pra sekolah (families with preschool)

Tahap ini dimulai saat kelahiran anak berusia 2,5 tahun dan berakhir saat anak berusia 5 tahun. Pada tahap ini orang tua beradaptasi terhadap kebutuhan – kebutuhan dan minat dari anak pra sekolah dalam meningkatkan pertumbuhannya.

4) Tahap IV : keluarga dengan anak usia sekolah (families with school children)

Tahap ini dimulai pada saat anak tertua memasuki sekolah pada usia 6 tahun dan berakhir pada usia 12 tahun. Pada tahap ini orangtua perlu belajar berpisah dengan anak, memberi kesempatan pada anak untuk bersosialisasi, baik aktivitas disekolah maupun diluar sekolah.

5) Tahap V: keluarga dengan anak remaja (families with teenagers)

Tahap ini dimulai pada saat anak pertama berusia 13 tahun dan biasanya berakhir sampai pada usia 19-20 tahun, pada saat anak meninggalkan rumah orangtuanya.

6) Tahap VI: keluarga dengan anak dewasa atau pelepasan (launching center families)

Tahap ini dimulai pada saat anak pertama meninggalkan rumah dan berakhir pada saat anak terakhir meninggalkan rumah.

7) Tahap VII: keluarga usia pertengahan (middle age families)

Tahap ini dimulai pada saat anak yang terakhir meninggalkan rumah dan berakhir saat pensiun atau salah satu pasangan meninggal dunia.

8) Tahap VIII : keluarga lanjut usia

Tahap terakhir perkembangan keluarga ini adalah dimulai pada saat salah satu pasangan meninggal sampai keduanya meninggal.

2.2.7 Level Pencegahan Perawatan Keluarga

Pelayanan keperawatan Keluarga, berfokus pada tiga level prevensi yaitu :

- 1) Pencegahan Primer (Primary Prevention), Tahap pencegahan yang dilakukan sebelum masalah timbul, kegiatannya berupa pencegahan spesifik dan promosi kesehatan.
- 2) Pencegahan Sekunder (Secondary Prevention), Tahap pencegahan kedua yang dilakukan pada awal masalah timbul maupun saat masalah berlangsung, dengan melakukan deteksi dini (early diagnosis) dan melakukan tindakan peneyembuhan (prompt treatment).
- 3) Level pencegahan Tersier (Tertiary Prevention), pencegahan yang dilakukan pada saat masalah kesehatan telah selesai, selain mencegah komplikasi, juga meminimalkan keterbatasan dan memaksimalkan fungsi melalui rehabilitasi. (Achjar, 2010)

2.2.8 Tingkat Kemandirian Keluarga

Menurut Makhfudli (2009:188), kemandirian keluarga dalam program Perawatan Kesehatan dibagi menjadi empat tingkat dari keluarga

mandiri Tingkat satu (paling rendah) sampai keluarga mandiri tingkat empat (paling tinggi).

1) Keluarga Mandiri Tingkat I

- a) Menerima petugas perawatan kesehatan komunitas.
- b) Menerima pelayanan keperawatan yang diberikan sesuai dengan rencana keperawatan.

2) Keluarga Mandiri Tingkat II

- a) Menerima petugas perawatan kesehatan komunitas.
- b) Menerima pelayanan keperawatan yang diberikan sesuai dengan rencana keperawatan
- c) Tahu dan dapat mengungkapkan masalah kesehatannya secara benar.
- d) Memanfaatkan pelayanan kesehatan secara aktif.
- e) Melakukan perawatan sederhana sesuai yang dianjurkan.

3) Keluarga Mandiri Tingkat III

- a) Menerima petugas perawatan kesehatan komunitas
- b) Menerima pelayanan keperawatan yang diberikan sesuai dengan rencana keperawatan.
- c) Tahu dan dapat mengungkapkan masalah kesehatannya secara benar.
- d) Memanfaatkan pelayanan kesehatan secara aktif.
- e) Melakukan perawatan sederhana sesuai yang dianjurkan
- f) Melaksanakan tindakan pencegahan secara aktif.

4) Keluarga Mandiri Tingkat IV

- a) Menerima petugas perawatan kesehatan komunitas.

- b) Menerima pelayanan keperawatan yang diberikan sesuai dengan rencana keperawatan.
 - c) Tahu dan dapat mengungkapkan masalah kesehatannya secara benar
 - d) Memanfaatkan fasilitas kesehatan secara aktif.
 - e) Melakukan perawatan sederhana sesuai yang dianjurkan.
- 5) Psikoterapi individual.
- a) Melaksanakan tindakan pencegahan secara aktif.
- 6) Rehabilitasi psikiatri.
- a) Melaksanakan tindakan promotif secara aktif. - Latihan keterampilan sosial.

2.2.9 Peran Perawat Keluarga

Peran perawat dalam melakukan perawatan kesehatan keluarga adalah sebagai berikut :

1) Perawat sebagai Edukator

Perawat kesehatan keluarga harus mampu memberikan pendidikan kesehatan kepada keluarga.

2) Perawat sebagai Koordinator

Koordinasi merupakan salah satu peran utama perawat yang bekerja dengan keluarga. Koordinasi dilakukan pada saat pasien pulang dari rumah sakit baik berupa penanganan di rumah sakit serta pengobatan agar tidak terjadi tumpang tindih dalam penanggulangan.

3) Perawat sebagai Pelaksana Perawatan dan Pengawas Perawatan Langsung

Kontak pertama perawat kepada keluarga dapat melalui anggota keluarganya yang sakit. Perawat bertanggung jawab dalam memberikan perawatan langsung atau mengawasi keluarga memberikan perawatan pada anggota keluarga yang sakit di rumah sakit, perawat melakukan perawatan langsung atau mendemonstrasikan asuhan yang disaksikan oleh keluarga dengan harapan keluarga mampu melakukan di rumah.

4) Perawat sebagai Pengawas Kesehatan

Perawat mempunyai tugas melakukan home visit yang teratur untuk mengidentifikasi atau melakukan pengkajian tentang kesehatan keluarga.

5) Perawat sebagai Konsultan atau Penasihat

Perawat sebagai narasumber bagi keluarga di dalam mengatasi masalah kesehatan. Hubungan perawat-keluarga harus dibina dengan baik, perawat harus bersikap terbuka dan dapat dipercaya dengan demikian keluarga mau meminta nasihat kepada perawat tentang masalah yang bersifat pribadi. Pada situasi ini perawat sangat di percaya sebagai narasumber dalam mengatasi masalah kesehatan keluarga.

6) Kolaborasi

Perawat komunitas juga harus bekerja sama dengan pelayanan rumah sakit atau tim anggota kesehatan lain untuk mencapai tahap kesehatan keluarga yang optimal.

7) Advokasi

Sebagai advokat pasien, perawat berkewajiban melindungi hak keluarga, misalnya keluarga dengan sosial ekonomi lemah sehingga keluarga tidak mampu memenuhi kebutuhannya, perawat juga dapat membantu keluarga mencari bantuan yang mungkin dapat memenuhi kebutuhan keluarga.

8) Fasilitator

Peran perawat komunitas disini adalah membantu keluarga dalam menghadapi kendala untuk meningkatkan derajat kesehatannya.

9) Penemu kasus

Peran perawat komunitas yang juga sangat penting adalah mengidentifikasi masalah kesehatan secara dini, sehingga tidak terjadi ledakan penyakit atau wabah

10) Modifikasi lingkungan

Perawat komunitas juga harus dapat memodifikasi lingkungan baik lingkungan rumah maupun lingkungan masyarakat agar dapat tercipta lingkungan yang sehat (Candra, 2014).

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga Dengan Stroke

2.3.1 Pengkajian

Menurut Tarwoto (2013) pengkajian keperawatan pada pasien stroke meliputi:

1) Identitas pasien

Meliputi nama, umur (kebanyakan terjadi pada usia tua), jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan jam MRS, nomor register, diagnose medis.

2) Genogram

Genogram mencakup riwayat penyakit semua anggota keluarga dari 3 generasi, yang berhubungan dengan stroke. Genogram digunakan untuk menentukan adanya riwayat penyakit stroke menurun dari anggota keluarga yang lain.

3) Agama

Informasi tentang keyakinan agama keluarga dan praktiknya sangat berhubungan erat dengan etnisitas. Hal ini sangat diperlukan dalam tiap pengkajian keluarga. Keyakinan beragama seringkali memengaruhi konsepsi keluarga tentang sehat-sakit dan bagaimana cara menangani anggota keluarga yang sakit.

4) Status Sosial Ekonomi Keluarga

Status sosial ekonomi keluarga ditentukan oleh penghasilan yang diperoleh dari anggota keluarga yang bekerja atau dari sumber penghasilan sendiri seperti uang pensiun dan tunjangan. Status sosial

ekonomi, berpengaruh terhadap keluarga dalam melakukan pengobatan dan perawatan pada anggota keluarga yang sakit salah satunya disebabkan karena stroke.

5) Aktivitas Rekreasi

Aktivitas rekreasi seseorang dapat mempengaruhi stress yang dirasakan, karena dalam diri seseorang perlu merelaksasikan pikiran agar dapat mengurangi beban stress dengan cara berekreasi.

6) Riwayat dan tahap perkembangan keluarga

a) Tahap perkembangan keluarga

Tahap ini ditentukan di usia anak pertama. Tahap perkembangan keluarga yang beresiko mengalami masalah stroke adalah tahap perkembangan keluarga pada menderita dengan usia pertengahan dan lansia.

b) Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi

Tugas perkembangan keluarga yang belum dilaksanakan oleh keluarga secara optimal dan kendala yang dihadapi oleh keluarga.

c) Riwayat Kesehatan

Keluarga Penyakit stroke merupakan penyakit keturunan, maka terdapat kemungkinan adanya riwayat anggota keluarga yang pernah menderita penyakit stroke (Hendro Susilo, 2000).

d) Riwayat kesehatan keluarga sebelumnya

Mengkaji adanya riwayat penyakit stroke yang diturunkan pada anggota keluarga dari pihak suami maupun istri.

7) Data Lingkungan

a) Karakteristik rumah

Bagian ini berfokus pada beberapa karakteristik dari lingkungan rumah tangga, yang dapat mempengaruhi kesehatan keluarga. Bagian tersebut meliputi, gambaran aspek perumahan keluarga dalam hal struktur, keamanan, sumber di rumah yang berhubungan dengan kesehatan keluarga, lingkungan yang meningkatkan jumlah keluarga dan faktor lingkungan yang mempengaruhi kesehatan anggota keluarga. Karakteristik lingkungan yang tidak baik dapat meningkatkan resiko injury pada penderita stroke (Manarung, 2011). Keadaan rumah lebih mudah dipelajari bila digambar sebagai denah rumah

b) Karakteristik tetangga dan komunitas

Mengkaji tipe dan kondisi lingkungan tempat tinggal, nilai dan norma, aturan penduduk di lingkungan sekitar, serta budaya yang mempengaruhi kesehatan

c) Mobilitas geografis keluarga

Tahap ini mengkaji tentang tempat tinggal keluarga, apakah keluarga pernah berpindah tempat atau mempunyai kebiasaan untuk berpindah tempat.

d) Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat

Pengkajian pada tahap ini yaitu tentang bagaimana interaksi anggota keluarga dengan tetangga disekitar rumah. Hubungan timbal balik yang saling menguntungkan antar warga sekitar dapat mempengaruhi kehidupan keluarga dan peran anggota keluarga dalam persepsi kesehatan anggota keluarga

e) Sistem pendukung keluarga

Karena penyakit stroke bersifat jangka panjang, maka pada anggota keluarga yang stroke diperlukannya adanya dukungan dari anggota keluarga dan fasilitas yang mencakup fasilitas fisik, psikologi, sosial atau dukungan dari masyarakat sekitar dan jaminan pemeliharaan kesehatan yang dimiliki keluarga untuk upaya meningkatkan kesehatan.

8) Struktur keluarga

a) Pola komunikasi keluarga

Pola komunikasi keluarga menjelaskan tentang kemampuan keluarga dalam berkomunikasi antar anggota keluarga. Pola komunikasi keluarga melalui interaksi yang positif akan memunculkan rasa saling memahami satu sama lain dan dapat membentuk keluarga yang harmonis (Effendy, 1998).

b) Struktur kekuatan keluarga

Menjelaskan kemampuan keluarga untuk mempengaruhi dan mengendalikan anggota keluarga untuk mengubah perilaku yang berhubungan dengan kesehatan.

c) Struktur peran keluarga

Adanya anggota keluarga yang menderita stroke memerlukan peran formal dan informal keluarga dalam merawat anggota keluarga sekaligus sebagai sistem dukungan bagi anggota keluarga.

d) Nilai dan norma keluarga

Pengkajian pada tahap ini yaitu tentang keyakinan yang mengikat anggota keluarga dalam kebudayaan sehari-hari atau umum, dan pola perilaku yang dianggap benar oleh masyarakat, yang berdasarkan pada sistem nilai keluarga. Nilai-nilai dan kebiasaan yang berlaku adalah hal yang bertentangan dengan masalah stroke. Misalnya, datang ke dukun untuk mengobati penyakitnya dan bukan pada petugas kesehatan.

9) Fungsi keluarga

a) Fungsi Afektif

Fungsi afektif adalah fungsi internal keluarga yang merupakan dasar kekuatan dari keluarga untuk pemenuhan kebutuhan psikososial, saling mengasih, memberikan cinta kasih, serta saling menerima dan mendukung (Friedman, 2010). Dukungan dan perhatian yang diberikan keluarga dapat mempercepat pulihnya pasien stroke. Hal yang perlu dikaji antara lain, apakah anggota keluarga mempunyai

orang yang dapat dipercaya dan saling perhatian, sejauh mana anggota keluarga memberikan perhatian satu sama lain, seberapa baik hubungan anggota keluarga dengan anggota keluarga yang lain.

b) Fungsi sosial

Fungsi sosialisasi merupakan suatu proses perkembangan dan perubahan yang dilalui setiap individu yang menghasilkan interaksi sosial dan belajar berperan dalam lingkungan sosialnya (Friedman, 2010). Hal yang perlu dikaji adalah tentang hubungan anggota keluarga, sejauh mana anggota keluarga belajar tentang disiplin, nilai, norma, budaya, dan perilaku yang berlaku di keluarga dan masyarakat.

c) Fungsi reproduksi

Merupakan fungsi dalam mempertahankan generasi dan menjaga kelangsungan keluarga. Data yang perlu dikaji meliputi, jumlah anak, bagaimana keluarga dalam merencanakan jumlah anak, metode yang digunakan keluarga dalam pengendalian jumlah anak

d) Fungsi ekonomi

Fungsi ekonomi merupakan kemampuan keluarga dalam memenuhi kebutuhan keluarga seperti sandang, pangan, papan, dan perawatan kesehatan yang adekuat. Jika anggota keluarga yang mengalami stroke adalah tulang punggung keluarga dalam mencari nafkah, hal tersebut dapat menyebabkan seseorang tidak berdaya dan kehilangan perannya, sehingga biasanya menjadi beban bagi orang lain (Junaidi, 2012).

e) Fungsi perawatan kesehatan

Tujuan pengkajian yang berkaitan dengan tugas keluarga dibidang kesehatan :

(1) Kemampuan keluarga mengenal masalah

Ketidakmampuan keluarga dalam mengenal masalah stroke merupakan salah satu faktor penyebab kurangnya pengetahuan keluarga mengenai penyakit stroke (Effendy, 1998). Data yang perlu dikaji adalah, pengetahuan keluarga tentang masalah kesehatan stroke yang meliputi pengertian, faktor penyebab, tanda dan gejala, serta persepsi keluarga terhadap masalah.

(2) Kemampuan keluarga mengambil keputusan

Upaya keluarga dalam mengambil keputusan yang tepat sesuai dengan keadaan keluarga. Pengkajian yang perlu dikaji pada tahap ini meliputi, masalah yang dirasakan oleh keluarga, apakah anggota keluarga menyerah terhadap masalah yang dihadapi, adakah perasaan takut yang dialami keluarga akibat dari pemberian tindakan keperawatan yang dilakukan terhadap salah satu anggota keluarganya, apakah anggota keluarga percaya pada petugas pelayanan kesehatan.

(3) Kemampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit

Beberapa keluarga memiliki keterbatasan dalam mengatasi masalah keperawatan keluarga. Keterbatasan masalah dalam

mengatasi masalah keperawatan pada keluarga misalnya, keluarga belum mengetahui keadaan penyakit, bagaimana cara merawat anggota keluarga yang sakit, apakah keluarga berperan aktif dalam merawat pasien stroke, sikap keluarga terhadap anggota keluarga yang sakit. Data yang perlu dikaji dalam tahap ini meliputi: pola pemberian nutrisi, personal hygiene, pola aktivitas dan latihan, pola istirahat tidur, dan pola rekreasi.

- (4) Kemampuan keluarga dalam memodifikasi lingkungan yang sehat

Hal yang dikaji pada tahap ini adalah tentang pengetahuan keluarga tentang sumber yang ada di lingkungan rumah. Pengetahuan tentang pentingnya sanitasi lingkungan dan bagaimana cara anggota keluarga dalam meningkatkan dan memelihara lingkungan rumah yang menunjang kesehatan.

- (5) Kemampuan keluarga menggunakan fasilitas kesehatan

Untuk mengetahui kemampuan keluarga dalam memanfaatkan sarana kesehatan. Pada menderit stroke agar memeriksakan kesehatannya secara rutin pada pelayanan kesehatan yang telah tersedia. Hal yang perlu dikaji adalah sejauh mana keluarga mengetahui keberadaan fasilitas kesehatan yang dapat dijangkau oleh keluarga, kepercayaan keluarga terhadap pelayanan kesehatan, pengetahuan keluarga tentang keuntungan adanya fasilitas kesehatan.

10) Stresor Jangka Pendek dan Panjang

Jika koping keluarga tidak efektif dan terdapat stressor yang muncul dalam anggota keluarga, maka akan menjadi stress pada anggota keluarga yang menerita stroke.

a) Stresor jangka pendek dan panjang

(1) Jangka pendek

Stresor yang dialami keluarga yang diperlukannya waktu penyelesaian masalah kurang lebih 6 bulan.

(2) Jangka panjang

Stresor yang dialami keluarga yang diperlukannya waktu penyelesaian masalah lebih dari 6 bulan.

b) Kemampuan keluarga merespon terhadap situasi dan stressor

Pada anggota keluarga yang mengalami stroke dapat ditemui kemampuan negatif respon terhadap stress. Misalnya rasa marah yang tidak terkendalikan.

c) Strategi koping yang digunakan

Strategi koping yang digunakan keluarga dalam menghadapi suatu masalah.

d) Strategi adaptasi disfungsional

Dijelaskannya mengenai strategi adaptasi disfungsional yang digunakan bila menghadapi permasalahan.

11) Harapan keluarga

Perawat menanyakan harapan keluarga terhadap perawat (petugas pelayanan kesehatan) untuk membantu menyelesaikan masalah kesehatan yang terjadi di akhir pengkajian.

12) Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan pada semua anggota keluarga yang meliputi pemeriksaan fisik head to toe.

a) Keadaan umum

Pada pasien stroke kemungkinan didapatkan penurunan kesadaran, terdapat kelemahan anggota gerak sebelah badan, bicara sulit dimengerti hingga tidak dapat berbicara.

b) Tanda-tanda vital

Kemungkinan pada klien stroke didapatkan tekanan darah meningkat (Diagoes, 2006).

c) Kepala

Pasien pernah mengalami trauma kepala, adanya hematom atau riwayat operasi.

d) Mata

Biasanya adanya kekaburan pada penglihatan (penglihatan menurun) akibat adanya gangguan nervus optikus (Nervus II), disfungsi persepsi visual (kehilangan setengah bagian lapang pandang) (Brunner dan Sudart, 2013).

e) Telinga

Biasanya daun telinga kanan dan kiri sejajar. Klien dengan stroke pada pemeriksaan nervus VIII (akustikus), kehilangan kemampuan dalam pendengaran (Doenges, 2012).

f) Hidung

Biasanya simetris kiri dan kanan, tidak ada pernafasan cuping hidung. Pada pemeriksaan nervus I (olfaktorius) : terdapat gangguan penciuman (Doenges, 2012).

g) Mulut

Adanya keluhan kesulitan dalam menelan (Muttaqin, 2008).

h) Leher

Kemungkinan tidak ada kaku kuduk (Styanegara, 2008), tidak terdapat pembesaran vena jugularis, tidak ada pembesaran kelenjar tyroid dan kelenjar getah bening.

i) Torax

Pada saat auskultasi didapatkan suara nafas klien ronchi, wheezing ataupun suara nafas tambahan pada klien dengan peningkatan produksi secret dan kemampuan batuk yang menurun yang sering didapatkan pada klien stroke dengan penurunan tingkat kesadaran koma (Jusuf Misbach, 2011). Pada pasien dengan tingkat kesadaran compos mentis, pengkajian inspeksi pernapasannya tidak ada kelainan. Palpasi toraks didapatkan taktil premitus seimbang kanan dan kiri. Auskultasi tidak didapatkan bunyi nafas tambahan.

j) Abdomen

Karena bed rest lama, kemungkinan klien mengalami konstipasi akibat penurunan peristaltik usus (Muttaqin, 2008).

k) Ekstermitas

Sering didapatkan kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh karena adanya gangguan otak pada sisi otak yang berlawanan. Hemiparesis atau kelemahan salah satu sisi tubuh adalah tanda yang lain.

l) Integument

(1) Kulit : jika klien kekurangan oksigen kulit akan tampak pucat jika kekurangan cairan maka turgor kuli akan jelek.

(2) Kuku : kemungkinan klien mengalami sianosis

l) Eliminasi

Dikaji berapa kali BAB dan BAK nya dalam 1 hari.

2.3.2 Analisa Data

Setelah dilalukan pengkajian, maka langkah selanjutnya ialah data dari pengkajian dianalisis digunakan untuk merumuskan masalah keperawatan yang terjadi pada keluarga.

2.3.3 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinis mengenai individu, keluarga atau masyarakat yang diperoleh melalui suatu proses pengumpulan data dan analisis cermat dan sistematis, memberikan dasar

untuk menetapkan tindakan–tindakan dimana perawat bertanggung jawab melaksanakannya (Tantut, 2012).

Menurut Muttaqin A 2008 diagnosa keperawatan dengan stroke yaitu:

- 1) Risiko peningkatan TIK berhubungan dengan
 - a) Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan keluarga.
 - b) Ketidakmampuan keluarga dalam mengambil keputusan yang tepat.
 - c) Ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit.
 - d) Ketidakmampuan keluarga dalam memodifikasi lingkungan.
 - e) Ketidakmampuan keluarga memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan.
- 2) Gangguan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan
 - a) Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan keluarga.
 - b) Ketidakmampuan keluarga dalam mengambil keputusan yang tepat.
 - c) Ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit.
 - d) Ketidakmampuan keluarga dalam memodifikasi lingkungan.
 - e) Ketidakmampuan keluarga memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan.
- 3) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan
 - a) Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan keluarga.
 - b) Ketidakmampuan keluarga dalam mengambil keputusan yang tepat.

- c) Ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit.
 - d) Ketidakmampuan keluarga dalam memodifikasi lingkungan.
 - e) Ketidakmampuan keluarga memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan.
- 4) Defisit Nutrisi berhubungan dengan
- a) Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan keluarga.
 - b) Ketidakmampuan keluarga dalam mengambil keputusan yang tepat.
 - c) Ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit.
 - d) Ketidakmampuan keluarga dalam memodifikasi lingkungan.
 - e) Ketidakmampuan keluarga memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan.
- 5) Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan
- a) Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan keluarga.
 - b) Ketidakmampuan keluarga dalam mengambil keputusan yang tepat.
 - c) Ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit.
 - d) Ketidakmampuan keluarga dalam memodifikasi lingkungan.
 - e) Ketidakmampuan keluarga memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan.
- 6) Kerusakan Komunikasi Verbal berhubungan dengan
- a) Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan keluarga.

- b) Ketidakmampuan keluarga dalam mengambil keputusan yang tepat.
 - c) Ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit.
 - d) Ketidakmampuan keluarga dalam memodifikasi lingkungan.
 - e) Ketidakmampuan keluarga memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan.
- 7) Nyeri berhubungan dengan
- a) Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan keluarga.
 - b) Ketidakmampuan keluarga dalam mengambil keputusan yang tepat.
 - c) Ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit.
 - d) Ketidakmampuan keluarga dalam memodifikasi lingkungan.
 - e) Ketidakmampuan keluarga memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan.

2.3.4 Prioritas Diagnose Keperawatan

Setelah dirumuskan diagnosa keperawatan, maka tahap selanjutnya menentukan prioritas masalah menggunakan skala skroning (Tantut, 2012) sebagai berikut:

Tabel 2.2 Skala Prioritas Masalah

No.	Kriteria	Skors	Bobot
1.	Sifat masalah:		1
	Tidak/kurang sehat	3	
	Ancaman	2	
	Kesejahteraan krisis	1	
	Kesejahteraan sejahtera	0	

2.	Kemungkinan masalah dapat dirubah: Dengan mudah Hanya sebagian Tidak dapat	2 1 0	2
3.	Potensi masalah untuk dicegah Tinggi Cukup Rendah	3 2 1	1
4.	Menonjolnya masalah: Masalah berat harus segera ditangani Masalah tidak harus segera di tangani Masalah tidak dapat di rasakan	2 1 0	1

Skor yang didapatkan dengan :

$$\frac{\text{Skor yang diperoleh}}{\text{Skor tertinggi}} \times \text{Bobot}$$

Keterangan :

Total Didapatkan Dengan :

- 1) Tentukan skor untuk tiap kriteria
- 2) Skor dibagi dengan angka tertinggi dan kalikan dengan bobot
- 3) Jumlahkan skor untuk semua kriteria
- 4) Tentukan skor, (skor tertinggi menentukan urutan nomer diagnosa keperawatan keluarga).

2.3.5 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan merupakan sekumpulan tindakan yang ditentukan oleh perawat bersama dengan keluarga untuk dilaksanakan, sehingga masalah kesehatan dan masalah keperawatan yang sudah diidentifikasi dapat diselesaikan (Tantut, 2012). Berikut merupakan intervensi keperawatan yang dapat dilakukan pada pasien steoke:

Diagnosa 1:

Risiko Peningkatan TIK

Etiologi :

- 1) Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan keluarga.
- 2) Ketidakmampuan keluarga dalam mengambil keputusan yang tepat.
- 3) Ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit.
- 4) Ketidakmampuan keluarga dalam memodifikasi lingkungan.
- 5) Ketidakmampuan keluarga memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan.

Tujuan:

- 1) Tujuan umum: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 minggu, diharapkan risiko peningkatan TIK menjadi berkurang.
- 2) Tujuan khusus: setelah pertemuan 4x selama 2 minggu, di harapkan keluarga mampu mengenal masalah risiko peningkatan TIK.

Intervensi:

- 1) Bina hubungan saling percaya dengan klien dan keluarga.
- 2) Observasi tanda tanda vital klien dan keluarga.
- 3) Berikan penyuluhan tentang terjadinya peningkatan TIK.
- 4) Berikan kesempatan kepada keluarga untuk bertanya mengenai penjelasan yang telah diberikan.
- 5) Motivasi keluarga untuk menjelaskan kembali tentang penigkatan TIK.
- 6) Berikan pujian kepada keluarga atas kemampuannya.

7) Berikan penjelasan ulang bila ada yang belum dimengerti.

Diagnosa 2:

Gangguan Perfusi Jaringan Serebral

Etiologi :

- 1) Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan keluarga.
- 2) Ketidakmampuan keluarga dalam mengambil keputusan yang tepat.
- 3) Ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit.
- 4) Ketidakmampuan keluarga dalam memodifikasi lingkungan.
- 5) Ketidakmampuan keluarga memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan.

Tujuan:

- 1) Tujuan umum: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 minggu, diharapkan gangguan perfusi jaringan berkurang.
- 2) Tujuan khusus: setelah pertemuan 4x dalam 2 minggu , diharapkan klien dan keluarga mampu mengenal masalah kesehatan tentang stroke.

Intervensi:

- 1) Bina hubungan saling percaya dengan klien dan keluarga.
- 2) Observasi tanda tanda vital klien dan keluarga.
- 3) Kaji pengetahuan keluarga tentang stroke, meliputi pengertian, tanda gejala, cara penanganan yang tepat pada stroke.
- 4) Berikut penyuluhan tentang penyakit stroke.

- 5) Berikan kesempatan kepada keluarga untuk bertanya mengenai penjelasan yang telah diberikan.
- 6) Motivasi keluarga untuk menjelaskan Kembali tentang penyakit stroke.
- 7) Berikan pujian kepada keluarga atas kemampuannya.
- 8) Berikan penjelasan ulang bila ada yang belum dimengerti.

Diagnose 3 :

Gangguan Mobilitas Fisik

Etiologi :

- 1) Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan keluarga.
- 2) Ketidakmampuan keluarga dalam mengambil keputusan yang tepat.
- 3) Ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit.
- 4) Ketidakmampuan keluarga dalam memodifikasi lingkungan.
- 5) Ketidakmampuan keluarga memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan.

Tujuan :

- 1) Tujuan umum: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 minggu, diharapkan klien dapat melakukan mobilisasi secara mandiri.
- 2) Tujuan khusus: setelah pertemuan 4x dalam 2 minggu , keluarga mampu merawat anggota keluarga dengan gangguan mobilitas fisik.

Intervensi :

- 1) Bina hubungan saling percaya dengan klien dan keluarga
- 2) Observasi tanda tanda vital klien dan keluarga

- 3) Tindakan mencegah resiko injuri atau jatuh.
- 4) Bantu meningkatkan kemampuan berjalan, mempertahankan dan mengembalikan fungsi otonomik dan voluntary tubuh selama tindakan dan memulihkan penyakit.
- 5) Berikan terapi Latihan gerak ROM pada klien dan libatkan keluarga.
- 6) Motivasi keluarga untuk melakukan Latihan ROM secara mandiri.
- 7) Berikan pujian atas kemampuan klien dalam melaksanakan Latihan terapi.

Diagnose 4 :

Defisit Nutrisi

Etiologi :

- 1) Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan keluarga.
- 2) Ketidakmampuan keluarga dalam mengambil keputusan yang tepat.
- 3) Ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit.
- 4) Ketidakmampuan keluarga dalam memodifikasi lingkungan.
- 5) Ketidakmampuan keluarga memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan.

Tujuan:

- 1) Tujuan umum: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 minggu, diharapkan defisit nutrisi terpenuhi.
- 2) Tujuan khusus: setelah pertemuan 4x dalam 2 minggu, keluarga mampu mengenal masalah nutrisi.

Intervensi :

- 1) Bina hubungan saling percaya dengan klien dan keluarga
- 2) Observasi tanda tanda vital klien dan keluarga.
- 3) Motivasi klien dan keluarga untuk mengonsumsi makanan dengan porsi kecil dan sering.
- 4) Bantu dalam pemberian asupan diit makanan dan cairan yang seimbang.
- 5) Informasikan makanan yang dilarang dan dianjurkan kepada keluarga dan klien.
- 6) Identifikasi pola makan.
- 7) Ajarkan keluarga bagaimana cara menyimpan makanan.
- 8) Libatkan keluarga dalam support dan program terapi.
- 9) Pertahankan pencatatan berat badan harian.

Diagnose 5 :

Defisit Perawatan Diri

Etiologi :

- 1) Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan keluarga.
- 2) Ketidakmampuan keluarga dalam mengambil keputusan yang tepat.
- 3) Ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit.
- 4) Ketidakmampuan keluarga dalam memodifikasi lingkungan.
- 5) Ketidakmampuan keluarga memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan.

Tujuan:

- 1) Tujuan umum: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 minggu, diharapkan klien mampu melakukan perawatan diri secara mandiri.
- 2) Tujuan khusus: setelah pertemuan 4x dalam 2 minggu, diharapkan keluarga mampu merawat anggota keluarga yang sakit.

Intervensi :

- 1) Bina hubungan saling percaya dengan klien dan keluarga.
- 2) Observasi tanda tanda vital klien dan keluarga.
- 3) Jelaskan kepada keluarga tentang cara merawat klien yang sakit.
- 4) Ketahui tingkat kemampuan keluarga untuk merawat anggota yang sakit.
- 5) Motivasi keluarga untuk membantu klien dalam memenuhi perawatan diri.

Diagnose 6 :

Gangguan Komunikasi Verbal

Etiologi :

- 1) Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan keluarga.
- 2) Ketidakmampuan keluarga dalam mengambil keputusan yang tepat.
- 3) Ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit.
- 4) Ketidakmampuan keluarga dalam memodifikasi lingkungan.

- 5) Ketidakmampuan keluarga memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan.

Tujuan:

- 1) Tujuan umum: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 minggu, diharapkan gangguan komunikasi verbal menjadi berkurang.
- 2) Tujuan khusus: setelah pertemuan 4x dalam 2 minggu, keluarga mampu merawat anggota keluarga dengan gangguan komunikasi verbal.

Intervensi :

- 1) Bina hubungan saling percaya dengan klien dan keluarga.
- 2) Observasi tanda tanda vital klien dan keluarga.
- 3) Identifikasi metode yang dapat dipahami oleh keluarga dan klien untuk memenuhi kebutuhan dasar.
- 4) Sediakan metode komunikasi yang alternatif.
- 5) Libatkan keluarga dalam diskusi masalah untuk meningkatkan kemampuan komunikasi klien.
- 6) Beri support sistem untuk mengatasi ketidakmampuan klien.
- 7) Ajarkan klien berbicara sesuai kemampuan.

Diagnose 7 :

Nyeri

Etiologi :

- 1) Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan keluarga.
- 2) Ketidakmampuan keluarga dalam mengambil keputusan yang tepat.

- 3) Ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit.
- 4) Ketidakmampuan keluarga dalam memodifikasi lingkungan.
- 5) Ketidakmampuan keluarga memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan.

Tujuan:

- 1) Tujuan umum: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 minggu, diharapkan nyeri menjadi berkurang.
- 2) Tujuan khusus: setelah pertemuan 4x dala 2 minggu, keluarga mampu mengenal masalah nyeri.

Intervensi:

- 1) Bina hubungan saling percaya dengan klien dan keluarga.
- 2) Observasi tanda tanda vital klien dan keluarga.
- 3) Kaji pengetahuan keluarga tentang penyakit stroke meliputi pengertian, tanda, gejala, cara penanganan yang tepat pada pasien.
- 4) Motivasi keluarga untuk menjelaskan kembali pengertian, tanda, gejala, cara penanganan yang tepat pada pasien.
- 5) Berikan pujian kepada keluarga atas kemampuannya.
- 6) Berikan kesempatan keluarga untuk menanyakan kembali jika ada yang belum dimengerti.
- 7) Berikan penjelasan ulang.

2.3.6 Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan adalah relasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respons klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, dan menilai data yang baru (Rohmah & Walid, 2016).

2.3.7 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan Langkah akhir dalam suatu proses keperawatan. Evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan (Rohmah & Walid, 2016).