

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Penyakit Stroke

2.1.1 Definisi Stroke

Cerebro Vaskuler Accident (CVA) atau stroke adalah pecahnya pembuluh darah otak secara mendadak dengan akibat penurunan fungsi neurologis (Hariyanto, A. 2015). Stroke adalah terputusnya aliran darah ke otak, umumnya akibat pecahnya pembuluh darah ke otak atau karena tersumbatnya pembuluh darah ke otak sehingga pasokan nutrisi dan oksigen ke otak berkurang (WHO, 2014). Berdasarkan definisi diatas dapat disimpulkan bahwa stroke merupakan sebuah penyakit yang disebabkan oleh pecahnya atau tersumbatnya aliran darah ke otak.

2.1.2 Klasifikasi

Klasifikasi stroke menurut Hariyanto, A. (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 penyumbatan 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 sepintas 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	Tidak Ada
Kaku Kuduk	Jarang/Bisa Ada	Tidak Ada
Kejang	Bisa Ada	Tidak Ada
Kesadaran	Bisa Hilang	Dapat Hilang

2.1.3 Etiologi

Menurut Smeltzer & Bare (2013) stroke biasanya diakibatkan oleh salah satu dari empat kejadian dibawah ini, yaitu:

1) *Trombosis*

Trombosis yaitu bekuan darah di dalam pembuluh darah otak atau leher. *Arteriosklerosis serebral* adalah penyebab utama *trombosis*, yang merupakan penyebab paling umum dari stroke. Secara umum, *trombosis* tidak terjadi secara tiba-tiba. Kehilangan bicara sementara, *hemiplegia*, atau *paresthesia* pada setengah tubuh dapat

mendahului *paralisis* berat pada beberapa jam atau hari. (Smeltzer & Bare, 2013)

2) *Embolisme Serebral*

Embolisme serebral yaitu bekuan darah atau material lain yang dibawa ke otak dari bagian tubuh yang lain. *Embolus* biasanya menyumbat arteri serebral tengah atau cabang-cabangnya yang merusak sirkulasi serebral (Valante et al., 2015)

3) *Iskemia*

Iskemia adalah penurunan aliran darah ke area otak. *Iskemia* terutama karena konstiksi *atheroma* pada arteri yang menyuplai darah ke otak (Valante et al., 2015)

4) *Hemoragik Serebral*

Hemoragik serebral yaitu pecahnya pembuluh darah serebral dengan perdarahan ke dalam jaringan otak atau ruang sekitar otak. Pasien dengan perdarahan dan hemoragik mengalami penurunan nyata pada tingkat kesadaran dan dapat menjadi *stupor* atau tidak responsif. Akibat dari keempat kejadian di atas maka terjadi penghentian suplai darah ke otak, yang menyebabkan kehilangan sementara atau permanen fungsi otak dalam gerakan, berfikir, memori, bicara, atau sensasi. (Smeltzer & Bare, 2013)

2.1.4 Manifestasi Klinis

Stroke dapat menyebabkan seseorang mengalami kecacatan sebagian bahkan seluruh tubuh. Tindakan cepat dan sedini mungkin harus

dilakukan untuk mencegah kecacatan terjadi, salah satunya dengan metode FAST (Face, Arm, Speech, Time) (Kemkes RI, 2021)

- Face (F)

Merupakan gejala yang dilihat dari wajah seseorang yang tampak tidak normal seperti turun sebelah dan tidak simetris.

- Arm (A)

Merupakan gejala stroke yang dilihat dari lengan penderita menjadi lemah. Jika lengan itu diangkat maka tingginya tidak sama dengan lengan satunya.

- Speech (S)

Gejala stroke dilihat dari cara bicara penderita yang menjadi sulit, tidak jelas, atau bahkan tidak bisa bicara.

- Time (T)

Metode terakhir setelah tiga metode sebelumnya terindikasi pada penderita, maka sudah waktunya membawa penderita ke rumah sakit. Periode stroke terjadi sekitar 4,5 jam semenjak serangan. Dengan membawa ke rumah sakit, mampu mengurangi dampak yang ditimbulkan. Meskipun periode emas penderita stroke sekitar 4,5 jam sebaiknya pasien segera datang maksimal 2 jam setelah serangan berlangsung. Hal ini lantaran serangan stroke yang terjadi selama 1 menit membuat 32 ribu sel mati (Kemkes RI, 2021).

Manifestasi klinis menurut LeMone, (2015) yaitu:

- 1) Kelemahan Alat Gerak

Kelemahan alat gerak atau *hemiparesis* merupakan kondisi ketika salah satu sisi tubuh, dari kepala hingga kaki, mengalami kelemahan sehingga sulit digerakkan.

Tabel 2.2 Tingkat Kekuatan Otot (Tambunan Dan Kasim, 2011)

Skala	Ciri-ciri
0	Otot tidak mampu bergerak sama sekali, tidak dapat berkontraksi, lengan dan tungkai akan jatuh bila dilepaskan, 100% pasif.
1	Tampak kontraksi atau ada sedikit gerakan dan ada tahanan sewaktu jatuh.
2	Mampu menahan gravitasi saja, tapi dengan sentuhan akan jatuh.
3	Dapat menahan gerak, tetapi tidak mampu melawan tekanan/dorongan dari pemeriksa.
4	Gerakan normal penuh, menentang gravitasi dengan sedikit penahanan (Kekuatan kurang).
5	Kekuatan otot penuh.

2) Penurunan Kesadaran

Penurunan kesadaran disebabkan akibat pasokan darah tidak sampai ke otak, sehingga menyebabkan asupan oksigen pada otak menjadi minimum dan membuat pengidapnya dapat mengalami penurunan kesadaran

3) Gangguan Penglihatan

Dapat terjadi pada salah satu sisi mata ataupun keduanya.

4) Gangguan komunikasi

Kehilangan sebagian atau seluruh kemampuan bicara atau disebut *afasia*

5) Sakit Kepala

Sakit kepala karena stroke umumnya tidak berdenyut atau berkembang secara bertahap seperti migrain. Sebaliknya, sakit kepala karena stroke terasa sangat sakit, datang tiba-tiba, dan sangat *intens*.

6) Gangguan Keseimbangan

Penurunan kemampuan gerak otot dapat menyebabkan gangguan keseimbangan untuk melakukan aktivitas. Tanda dan gejala ini biasanya terjadi secara mendadak, fokal, dan mengenai satu sisi.

7) *Vertigo*, mual, muntah dan nyeri kepala, terjadi karena adanya peningkatan tekanan intrakranial.

2.1.5 Faktor Resiko Stroke

Faktor resiko terjadinya stroke menurut (Price, W. 2012) yaitu :

1) Faktor Eksternal

a) Tekanan Darah Tinggi atau Hipertensi

Hipertensi menimbulkan resiko *mordibilitas*, yang meningkat saat tekanan darah sistolik dan diastolik meningkat. Peningkatan tekanan darah yang terus menerus akan merusak pembuluh darah (Brunner & Suddarth, 2013).

b) Penyakit Jantung

Faktor penyebab yang paling sering terjadi stroke iskemik adalah penyakit jantung. Kerusakan jantung dapat mengakibatkan aliran darah menuju otak menjadi terganggu.

c) Diabetes Melitus

Pada penyakit ini terjadi kerusakan *vaskuler* pada pembuluh darah besar maupun kecil yang disebabkan oleh *hiperglikemia* sehingga aliran darah ke otak menjadi terhambat.

d) Kolesterol Tinggi dan lemak

Hiperkolesterol atau kolesterol tinggi di dalam tubuh dapat menyebabkan *aterosklerosis* pada pembuluh darah otak, dan akan membentuk lemak yang merupakan penyebab aliran darah ke otak menjadi lambat.

e) Obesitas

Obesitas merupakan faktor penyebab terjadinya *hiperkolesterol*, *hipertensi*, dan penyakit jantung.

f) Merokok

Rokok dapat menimbulkan *plak* yang disebabkan oleh *nikotin*, pada pembuluh darah, yang dapat mengakibatkan terjadinya *aterosklerosis*.

g) Peminum Alkohol

Alkohol merupakan racun pada otak, pada tingkat tinggi akan mengakibatkan fungsi otak terhenti, sehingga tubuh akan memfokuskan kerjanya dalam menghilangkan racun tersebut, sehingga proses sirkulasi darah menjadi terganggu.

h) Kurangnya Aktivitas Fisik

Aktivitas fisik yang cukup dan teratur dapat membantu mengurangi berat badan dan menurunkan resiko terkena stroke dan penyakit jantung.

i) Stress Fisik Dan Mental

Stress yang tidak terkontrol dapat mengakibatkan berlebihannya respon dari tubuh sehingga tubuh mengeluarkan hormon yang membuat tubuh menjadi waspada. Hal ini berefek pada peningkatan tekanan darah dan denyut jantung.

j) Kelainan Pembekuan Darah

Aktivasi *koagulasi* darah dengan trombosis merupakan kejadian umum yang sering ditemukan pada stroke iskemik.

k) TIA (*Transient Ischemic Attack*)

TIA merupakan gangguan aliran darah otak sesaat yang bersifat *reversible*. Pasien TIA merupakan tanda-tanda awal terjadinya stroke dan dapat berkembang menjadi stroke komplit sekitar 10-50%.

2) Faktor Internal

a) Usia

Hal ini berkaitan dengan elastisitas pembuluh darah. Setelah berusia 55 tahun, risikonya berlipat ganda setiap kurun waktu sepuluh tahun. Dua pertiga dari semua serangan stroke terjadi pada orang yang berusia >65 tahun. Namun, tidak berarti bahwa stroke hanya terjadi pada orang lanjut usia karena stroke dapat menyerang semua kelompok umur.

b) Ras dan Keturunan

Biasanya stroke lebih sering ditemukan pada orang berkulit putih.

c) Jenis Kelamin

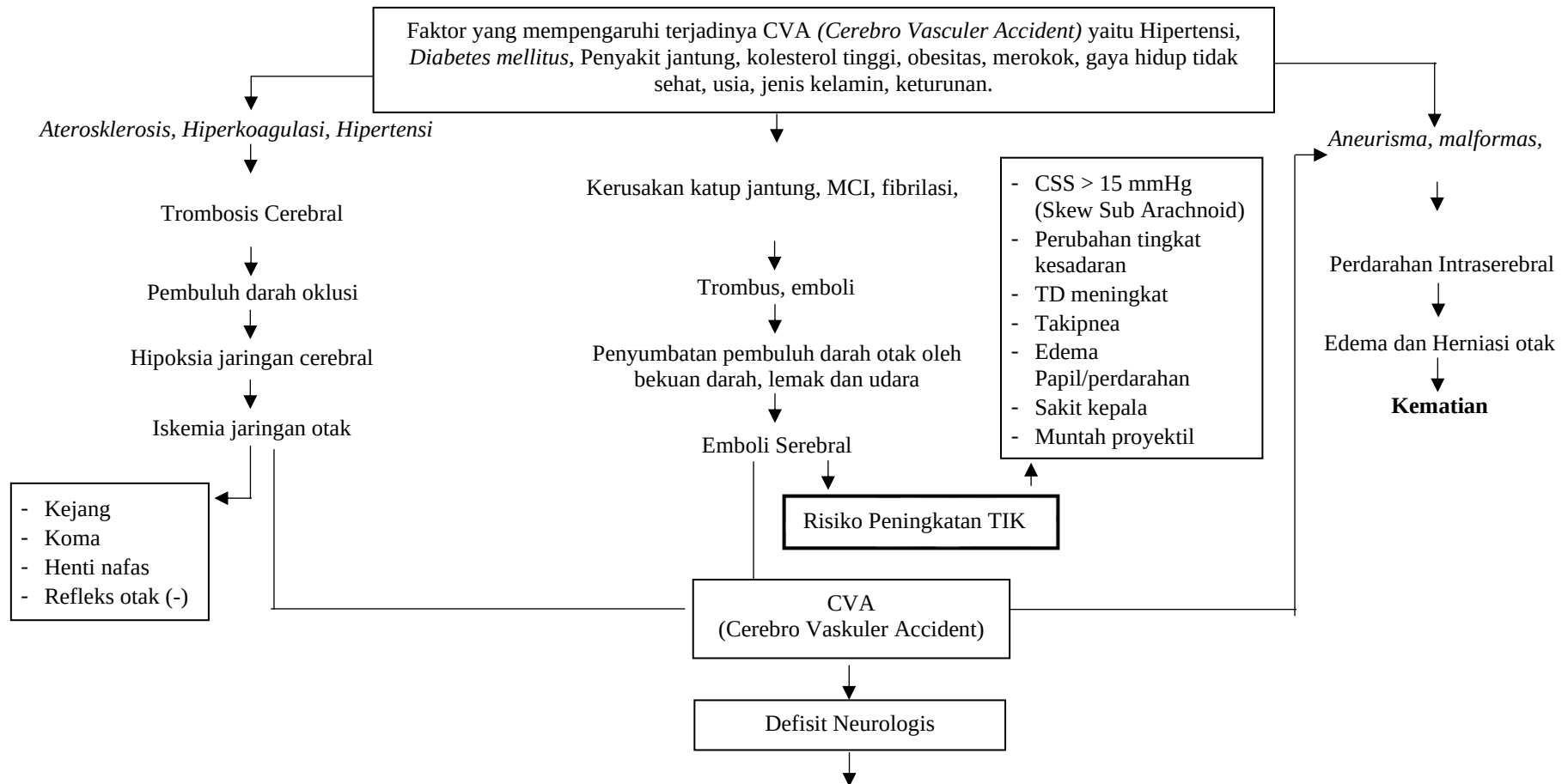
Dibanding perempuan, laki-laki mempunyai kecenderungan lebih tinggi terkena stroke.

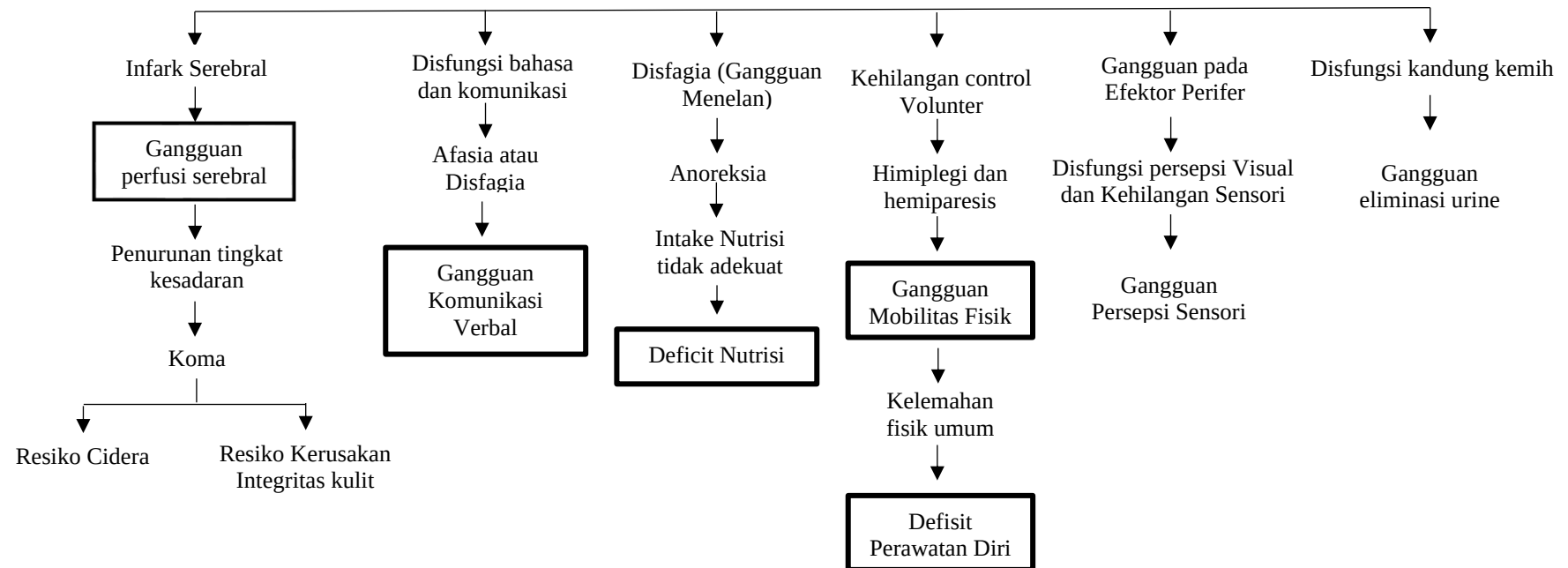
d) Riwayat Keluarga

Orang yang memiliki keluarga dengan riwayat stroke memiliki resiko lebih besar untuk terkena stroke.

2.1.6 Patofisiologi

A. Skema





Gambar 2.1 Patofisiologi CVA (Cerebro Vaskular Accident)
NANDA, 2016

B. Uraian

Faktor yang mempengaruhi terjadinya CVA (*Cerebro Vascular Accident*) yaitu Hipertensi, Diabetes mellitus, Penyakit jantung, Kolesterol tinggi, obesitas, Merokok, Gaya hidup tidak sehat, Usia, Jenis kelamin, Keturunan. CVA ada dua jenis yaitu CVA infark dan CVA Hemoragic Faktor terjadinya CVA *infark* yaitu penumpukan lemak, kolesterol di dinding pembuluh darah (aterosklerosis) yang berakibat tersumbatnya aliran darah di pembuluh darah otak, sehingga pembuluh darah mengalami oklusi (adanya sumbatan) dan mengakibatkan iskemik jaringan otak (penurunan suplai darah), Faktor terjadinya CVA *hemoragik* yaitu kelainan pembuluh darah, aneurisme, hipertensi yang dapat mengakibatkan pembuluh darah tidak bisa menahan tekanan darah sehingga terjadi pecahnya pembuluh darah yang berakibat terjadinya perdarahan dan Aliran darah ke otak menurun yang mengakibatkan sel-sel di dalam otak mati. Kedua factor tersebut dapat menimbulkan *deficit neurologis* (saraf – saraf) di otak, diantaranya menyebabkan gangguan aliran darah ke otak dan penurunan *suplai* darah dan *oksigen* sehingga muncul 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 control *volunter* atau kelemahan otot – otot tubuh sehingga menimbulkan *hemiplegi* dan

hemiparesis akibat *lesi* pada pada sisi otak yang berlawanan dan menyebabkan kelumpuhan pada sisi tubuh tersebut, baik kelemahan pada wajah, lengan ataupun kaki. Jika terjadi kelemahan fisik secara total akan menimbulkan masalah *deficit perawatan diri*, karena tidak mampu lagi melaksanakan *ADL (Activity of Daily Living)*. Kelemahan control otot *fasial*/wajah berakibat pada disfungsi komunikasi dan Bahasa, *disfasia / afasia*, *disartria* (kehilangan kemampuan bicara) sehingga muncul masalah kerusakan komunikasi *verbal*. Kerusakan *neurologis* juga berpengaruh terhadap perubahan ketajaman sensori pada penciuman, penglihatan atau pengecap, mengakibatkan gangguan perbuahan *persepsi sensori*. Pada saluran pencernaan atas klien mengalami kesulitan menelan atau *disfagia* sehingga menimbulkan *anoreksia*, akibatnya *intake* makanan atau nutrisi tidak *adekuat* sehingga muncul masalah gangguan kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan. Pada saluran pencernaan bawah mengalami gangguan *eliminasi alvi* dan terjadi disfungsi pada *kandung kemih* akibat kelemahan otot sfingter sehingga menimbulkan masalah gangguan *eliminasi urine*. (NANDA, 2016)

2.1.7 Komplikasi

Stroke merupakan penyakit yang mempunyai risiko tinggi terjadinya komplikasi medis, adanya kerusakan jaringan saraf pusat yang terjadi secara dini pada stroke, sering diperlihatkan adanya gangguan kognitif, fungsional, dan defisit sensorik. Komplikasi medis sering terjadi dalam beberapa minggu pertama serangan stroke. Komplikasi umum menurut Mutiarasari (2019) yaitu:

1) Komplikasi Jantung

Aterosklerosis juga menjadi penyakit jantung yang menyebabkan stroke. Hal ini terjadi akibat adanya penumpukan *plak* dalam pembuluh darah, sehingga menyumbat seluruh atau sebagian pembuluh darah

2) *Pneumonia*

Stroke dapat menyebabkan seseorang mengalami kesulitan menelan makanan atau minuman, hal ini berpotensi menyebabkan makanan atau minuman dapat masuk ke saluran pernafasan sehingga dapat menyebabkan komplikasi *pneumonia*.

3) *Tromboemboli Vena*

Merupakan penggumpalan darah pada satu atau lebih pembuluh darah vena. Hal ini dapat menyebabkan komplikasi pada stroke yaitu *Tromboemboli Vena*.

4) Nyeri

Nyeri merupakan salah satu komplikasi stroke karena otot mengalami kelemahan sehingga tidak ada yang dapat menyokong massa tubuh sehingga dapat memicu nyeri.

5) *Disfagia*

Penyakit stroke berpotensi menyebabkan kehilangan kontrol terhadap otot yang ada di mulut maupun tenggorokan. Sehingga, selain gangguan menelan makanan, akan tetapi juga mengalami gangguan berbicara.

6) *Inkontinensia Urine*

Pasien stroke juga sangat rentan mengalami infeksi saluran kencing karena menurunnya kerja sistem imun, disfungsi kandung kemih, dan meningkatnya penggunaan kateter urine.

7) *Depresi*

Mengalami stroke berpotensi membuat pasien mengalami penurunan beberapa fungsi tubuh. Hal ini dapat menyebabkan depresi pada penderita stroke.

2.1.8 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan stroke secara medis menurut (Hariyanto, A 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 (Tarwoto & Wartonah, 2015).

4) *Medikamentosa* terkait peningkatan TIK

Peningkatan *intra kranial* 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

Keluarga adalah suatu kelompok sosial yang ditandai oleh tempat tinggal bersama, kerjasama ekonomi, dan reproduksi yang dipersatukan oleh pertalian perkawinan atau adopsi yang disetujui secara sosial, yang saling berinteraksi sesuai dengan peranan-peranan sosialnya (Aziz, Safrudin 2015). Keluarga adalah sekumpulan orang dengan ikatan perkawinan, kelahiran dan adopsi yang bertujuan untuk menciptakan, mempertahankan budaya dan meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional serta sosial dari keluarga (Friedman, 2013). Keluarga adalah suatu kelompok sosial yang ditandai oleh tempat tinggal bersama, kerjasama ekonomi, dan reproduksi yang dipersatukan oleh pertalian perkawinan atau adopsi yang disetujui secara sosial yang saling berinteraksi sesuai dengan peranan-peranan sosialnya (Aziz, Safrudin. 2015).

2.2.2 Tipe Keluarga

Mubarak (2011) membagi tipe keluarga menjadi:

1) Secara Tradisional

Secara tradisional keluarga dikelompokkan menjadi 2 yaitu:

a) Keluarga Inti (*Nuclear Family*)

Adalah keluarga yang hanya terdiri dari ayah, ibu, dan anak yang diperoleh dari keturunannya atau adopsi atau keduanya.

b) Keluarga Besar (*Extended Family*)

Adalah keluarga inti ditambah anggota keluarga lain yang masih mempunyai hubungan darah (kakek-nenek, paman-bibi)

2) Secara Modern

Berkembangnya peran individu dan meningkatnya rasa individualisme maka pengelompokan tipe keluarga selain di atas adalah:

a) *Traditional Nuclear*

Keluarga inti (ayah, ibu dan anak) tinggal dalam satu rumah ditetapkan oleh sanksi-sanksi legal dalam suatu ikatan perkawinan, satu atau keduanya dapat bekerja diluar rumah.

b) *Reconstituted Nuclear*

Pembentukan baru dari keluarga inti melalui perkawinan kembali suami/istri, tinggal dalam pembentukan satu rumah dengan anak-anaknya, baik itu bawaanya dari perkawinan lama maupun hasil perkawinan baru, satu/keduanya dapat bekerja diluar rumah.

c) *Niddle Age/Aging Couple*

Suami sebagai pencari uang, istri dirumah/kedua-duanya bekerja dirumah, anak-anak sudah meninggalkan rumah karena sekolah/perkawinan/meniti karier

d) *Dyadic Nuclear*

Suami istri yang sudah berumur dan tidak mempunyai anak yang keduanya atau salah satu bekerja diluar rumah.

e) *Single Parent*

Satu orang tua sebagai akibat perceraian atau kematian pasangannya dan anak-anaknya dapat tinggal dirumah atau di luar rumah

f) *Dual Carrier*

Yaitu suami istri atau keduanya orang karier dan tanpa anak.

g) *Commuter Married*

Suami istri atau keduanya karier dan tinggal terpisah pada jarak tertentu, keduanya saling mencari pada waktu-waktu tertentu.

h) *Single Adult*

Wanita atau pria dewasa yang tinggal sendiri dengan tidak adanya keinginan untuk kawin.

i) *Three Generation*

Yaitu tiga generasi atau lebih tinggal dalam satu rumah.

j) *Institutional*

Yaitu anak-anak atau orang-orang dewasa tinggal dalam suatu panti

k) *Communal*

Yaitu satu rumah terdiri dari dua atau lebih pasangan yaitu *monogami* dengan anak-anaknya dan bersama-sama dalam penyediaan fasilitas.

l) *Group Marriage*

Yaitu satu perumahan terdiri dari orang tua dan keturunannya di dalam satu kesatuan keluarga dan tiap individu adalah kawin dengan yang lain dan semua adalah orang tua anak-anak.

m) *Unmarried Parent and Child*

Yaitu ibu dan anak dimana perkawinan tidak dikehendaki, anaknya diadopsi.

n) *Cohabiting Couple*

Yaitu dua orang atau satu pasangan yang tinggal bersama tanpa kawin.

o) *Gay and Lesbian Family*

Yaitu keluarga yang dibentuk oleh pasangan yang berjenis kelamin sama.

2.2.3 Fungsi Keluarga

Fungsi keluarga merupakan hasil atau konsekuensi dari struktur keluarga atau suatu tentang apa yang dilakukan oleh keluarga. Terdapat beberapa fungsi keluarga yaitu :

1) Fungsi Afektif

Fungsi afektif merupakan dasar utama baik untuk pembentukan maupun kelanjutan unit keluarga itu sendiri, sehingga fungsi afektif merupakan salah satu fungsi keluarga yang paling penting. Saat ini, ketika tugas sosial dilakukan di luar unit keluarga, sebagian besar upaya keluarga akan kasih sayang dan pengertian. 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 (Friedman,2010).

2) Fungsi Sosialisasi

Sosialisasi anggota keluarga adalah fungsi yang universal dan lintas budaya yang dibutuhkan untuk kelangsungan hidup masyarakat. Dengan kemauan untuk bersosialisasi dengan orang lain, keluarga bisa mendapatkan informasi tentang pentingnya seperti cara mencegah dan penanganan stroke menggunakan herbal (Friedman,2010)

3) Fungsi Reproduksi

Fungsi reproduksi salah satu fungsi dasar keluarga untuk menjamin *kontinuitas* antar generasi keluarga masyarakat yaitu : menyediakan anggota baru untuk masyarakat menurut Lislle dan Koman (1989 dalam Friedman,2010)

4) Fungsi Ekonomi

Fungsi ekonomi melibatkan penyediaan keluarga akan sumber daya yang cukup finansial, ruang dan materi serta alokasinya yang sesuai melalui proses pengambilan keputusan (Friedman,2010)

5) Fungsi Pemeliharaan 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

individu) adalah fungsi keluarga yang paling relevan bagi perawat keluarga. Kurangnya kemampuan keluarga untuk memfasilitasi kebutuhan (Friedman,2010)

2.2.4 Tugas Kesehatan Keluarga

Ada lima tugas keluarga dalam bidang kesehatan menurut Friedman (1998) yaitu sebagai berikut :

1) Keluarga mampu mengenal masalah

Kesehatan merupakan kebutuhan keluarga yang tidak boleh diabaikan karena tanpa kesehatan segala sesuatu tidak berarti dan karena kesehatanlah seluruh kekuatan sumber daya dan dana keluarga habis. Orang tua perlu mengenal keadaan sehat dan perubahan-perubahan yang dialami anggota keluarganya. Perubahan sekecil apapun yang dialami anggota keluarga secara tidak langsung akan menjadi perhatian dari orang tua atau pengambil keputusan dalam keluarga (Suprajitno, 2004). Mengetahui menurut Notoadmojo (2003) diartikan sebagai mengingat sesuatu yang sudah dipelajari atau diketahui sebelumnya. Sesuatu tersebut adalah sesuatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Dalam mengenal masalah kesehatan keluarga haruslah mampu mengetahui tentang sakit yang dialami pasien

2) Keluarga mampu membuat keputusan yang tepat

Peran ini merupakan upaya keluarga yang utama untuk mencari pertolongan yang tepat sesuai dengan keadaan keluarga,

dengan pertimbangan siapa diantara keluarga yang mempunyai keputusan untuk memutuskan tindakan yang tepat (Suprajitno, 2004). Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan, termasuk sejauh mana keluarga mengerti mengenai sifat dan luasnya masalah, bagaimana masalah yang dirasakan oleh keluarga keluarga menyerah atau tidak terhadap masalah yang dihadapi, adakah rasa takut terhadap akibat atau sikap negative dari keluarga terhadap masalah kesehatan, bagaimana system pengambilan keputusan yang dilakukan keluarga terhadap anggota keluarga yang sakit.

3) Keluarga mampu merawat anggota keluarga yang sakit

Beberapa keluarga akan membebaskan orang yang sakit dari peran atau tanggung jawabnya secara penuh, Pemberian perawatan secara fisik merupakan beban paling berat yang dirasakan keluarga (Friedman, 1998). Suprajitno (2004) menyatakan bahwa keluarga memiliki keterbatasan dalam mengatasi masalah perawatan keluarga. Dirumah keluarga memiliki kemampuan dalam melakukan pertolongan pertama.

Untuk mengetahui dapat dikaji yaitu :

- a) Apakah keluarga aktif dalam ikut merawat pasien ?
- b) Bagaimana keluarga mencari pertolongan dan mengerti tentang perawatan yang diperlukan pasien ?
- c) Bagaimana sikap keluarga terhadap pasien? (Aktif mencari informasi tentang perawatan terhadap pasien)

- 4) Keluarga mampu memodifikasi lingkungan
 - a) Pengetahuan keluarga tentang sumber yang dimiliki disekitar lingkungan rumah.
 - b) Pengetahuan tentang pentingnya sanitasi lingkungan dan manfaatnya.
 - c) Kebersamaan dalam meningkatkan dan memelihara lingkungan rumah yang menunjang kesehatan.
- 5) Keluarga mampu menggunakan layanan kesehatan di masyarakat

Menurut Effendy (1998), pada keluarga tertentu bila ada anggota keluarga yang sakit jarang dibawa ke puskesmas tapi ke mantri atau dukun. Untuk mengetahui kemampuan keluarga dalam memanfaatkan sarana kesehatan perlu dikaji tentang :

- a) Pengetahuan keluarga tentang fasilitas kesehatan yang dapat dijangkau keluarga
- b) Keuntungan dari adanya fasilitas kesehatan
- c) Kepercayaan keluarga terhadap fasilitas kesehatan yang ada
- d) Apakah fasilitas kesehatan dapat 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 Gusti 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 ke dua 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, 2012)

2.2.8 Tingkat Kemandirian Keluarga

Tingkat kemandirian keluarga menurut Depkes 2006

- 1) Keluarga mandiri tingkat I
 - a) Menerima petugas perawatan kesehatan masyarakat
 - b) Menerima pelayanan keperawatan yang diberikan sesuai dengan rencana keperawatan
- 2) Keluarga mandiri tingkat II
 - a) Menerima petugas perawatan kesehatan masyarakat
 - b) Menerima pelayanan keperawatan yang diberikan sesuai dengan rencana keperawatan
 - c) Tahu dan dapat mengungkapkan masalah kesehatannya secara benar
 - d) Melakukan perawatan sederhana sesuai dengan yang dianjurkan
- 3) Keluarga mandiri tingkat III
 - a) Menerima petugas perawatan kesehatan masyarakat
 - b) Menerima pelayanan keperawatan yang diberikan sesuai dengan rencana keperawatan
 - c) Tahu dan dapat mengungkapkan masalah kesehatannya secara benar
 - d) Melakukan perawatan sederhana sesuai dengan yang dianjurkan

- e) Memanfaatkan fasilitas yankes secara aktif
- f) Melaksanakan tindakan pencegahan secara aktif
- 4) Keluarga mandiri tinngkat VI
 - a) Menerima petugas perawatan kesehatan masyarakat
 - b) Menerima pelayanan keperawatan yang diberikan sesuai dengan rencana keperawata
 - c) Tahu dan dapat mengungkapkan masalah kesehatannya secara benar
 - d) Melakukan perawatan sederhana sesuai dengan yang dianjurkan
 - e) Memanfaatkan fasilitas yankes secara aktif
 - f) Melaksanakan tindakan pencegahan secara aktif
 - g) Melakukan tindakan promotif secara aktif

2.2.9 Peran Perawat Keluarga

Peran perawat dalam melakukan perawatan kesehatan keluarga adalah sebagai berikut :

1) Pendidik (*Educator*)

Perawat bertnggung jawab mampu meberikan informasi kesehatan yang dibutuhkan keluarga melalui pendidikan kesehatan sesuai dengan tingkat kemampuan keluarga (Stanhope & Lancaster, 2004).

2) Koordinator

Perawat bertanggung jawab memberikan pelayanan keperawatan yang komprehensif dan berkesinambungan untuk menghindari kesenjangan antara keluarga dan unit pelayanan kesehatan.

3) Pelaksana

Perawat memberikan pelayanan keperawatan kepada keluarga dengan stroke melalui kontak pertama dengan anggota keluarga yang sakit karena merupakan “*entry point*” bagi perawat untuk diberikan asuhan keperawatan keluarga secara komprehensif.

4) Pembela (*Advocat*)

Perawat berperan untuk melindungi hak-hak keluarga sebagai klien, membela kepentingan klien dan membantu klien agar memahami semua informasi dan upaya kesehatan yang diberikan oleh tim kesehatan.

5) Konsultan

Perawat sebagai tempat konsultasi terhadap masalah atau tindakan keperawatan yang tepat untuk diberikan. Peran ini dilakukan atas permintaan klien terhadap informasi tentang tujuan pelayanan keperawatan yang diberikan.

6) Kolaborasi (*Collaborator*)

Perawat bekerjasama dengan anggota tim kesehatan lain dan keluarga dalam menentukan rencana atau pelaksanaan asuhan keperawatan.

7) Pengelola

Perawat mengatur kegiatan dalam upaya mencapai tujuan yang diharapkan, sehingga pasien dan perawat mendapatkan kepuasan karena asuhan keperawatan yang diberikan.

8) Peneliti (*Researcher*)

Mengidentifikasi masalah praktik dan mencari penyelesaian melalui investigasi ilmiah secara mandiri maupun kolaborasi

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 penderita 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, 2007).

d) Riwayat kesehatan keluarga sebelumnya

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

7) Data Lingkungan

e) 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 (Manurung, 2011). Keadaan rumah lebih mudah dipelajari bila digambar sebagai denah rumah

f) Karakteristik tetangga dan komunitas

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

g) Mobilitas geografis keluarga

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

h) 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

i) 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 sadang, 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 berkaita 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 penderitaan 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 coping keluarga tidak efektif dan terdapat stressor yang muncul dalam anggota keluarga, maka akan menjadi stress pada anggota keluarga yang menderita 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 (Widiari, 2019).

b) Tanda-tanda vital

Kemungkinan pada klien stroke didapatkan tekanan darah meningkat (Doengoes, 2000).

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

Klien dengan stroke pada pemeriksaan telinga biasanya akan berdenging atau mengalami penurunan dalam pendengaran (Hidayat, 2021)

f) Hidung

Biasanya penderita stroke mengalami gangguan penciuman seperti ketajaman penciuman berbeda antara kiri dan kanan (Framaisella, 2021).

g) Mulut. Adanya keluhan kesulitan dalam menelan (Muttaqin, 2008).

h) Leher. Kemungkinan tidak ada kaku kuduk (Styanegara, 1998), tidak terdapat pembesaran vena jugularis, tidak ada pembesaran kelenjar *thyroid* 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, 1999).

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

- a) Kulit : jika klien kekurangan oksigen kulit akan tampak pucat jika kekurangan cairan maka turgor kuli akan jelek.
- b) Kuku : kemungkinan klien mengalami sianosis

l) Eliminasi

Dikaji berapa kali BAB dan BAK nya dalam 1 hari.

2.3.2 Analisa Data

Pada analisa data, kegiatan yang dilakukan yaitu menetapkan masalah kesehatan keluarga yang diangkat dari lima tugas keluarga, yaitu:

- 1) Mengenal masalah kesehatan keluarga
- 2) Membuat keputusan tindakan kesehatan yang tepat
- 3) Memberi perawatan pada anggota keluarga yang sakit
- 4) Mempertahankan suasana rumah yang sehat
- 5) Menggunakan fasilitas kesehatan yang ada di masyarakat

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 (Susanto, Tantut 2012). Pada pasien stroke dapat ditemukan Terdapat tujuh diagnosa yang etiologinya mengarah kedalam lima tugas keluarga (Salvari Gusti, 2013) 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 Diagnosa Keperawatan

Tabel 2.3 Skala Prioritas Masalah

Kriteria	Skor	Bobot
Sifat masalah Skala: - Tidak/kurang sehat - Ancaman kesehatan - Krisis	3 2 1	1
Kemungkinan masalah dapat diubah Skala: - Dengan mudah - Hanya sebagian - Tidak dapat	2 1 0	2
Potensi masalah untuk diubah Skala: - Tinggi - Cukup - Rendah	3 2 1	1
Menonjolnya masalah Skala: - Masalah berat harus ditangani - Masalah yang tidak perlu segera ditangani - Masalah tidak dirasakan	2 1 0	1

Keterangan :

Total didapatkan dengan :

$\frac{\text{Skor (Total nilai kriteria) x bobot}}{\text{Angka tertinggi dalam skor}}$
--

Cara melakukan skoring adalah sebagai berikut :

- 1) Tentukan skor untuk setiap kriteria yang dibuat
- 2) Skor dibagi dengan angka yang tertinggi dan dikalikan dengan bobot
- 3) Jumlahkan skor untuk semua kriteria
- 4) Tentukan skor (skor tertinggi menentukan urutan nomor diagnosa keperawatan keluarga)

Tahap selanjutnya dalam asuhan keperawatan keluarga adalah menentukan prioritas masalah keluarga. Perumusan diagnosis keperawatan keluarga dapat diarahkan pada sasaran individu atau keluarga. Komponen diagnosis keperawatan keluarga di rumuskan berdasarkan data yang didapat pada pengkajian. Tipe dan komponen diagnosa keperawatan antara lain: Aktual, resiko, kemungkinan, kesejahteraan dan sindrom. Sedangkan etiologi mengacu pada 5 tugas keluarga sebagai berikut:

- 1) Mengenal masalah kesehatan keluarga
- 2) Membuat keputusan tindakan kesehatan yang tepat
- 3) Memberi perawatan pada anggota keluarga yang sakit
- 4) Mempertahankan suasana rumah yang sehat
- 5) Menggunakan fasilitas kesehatan yang ada di masyarakat

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 (Susanto, Tantut. 2012). Berikut merupakan intervensi keperawatan yang dapat dilakukan pada pasien stroke:

- 1) Risiko peningkatan TIK berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan keluarga.

Tujuan:

- a) Tujuan umum: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 minggu, diharapkan risiko peningkatan TIK menjadi berkurang.
- b) Tujuan khusus: setelah pertemuan 1x30 menit, keluarga mampu mengenal masalah risiko peningkatan TIK.

Intervensi:

- a) Kaji faktor penyebab dari situasi atau keadaan klien/penyebab koma atau penurunan perfusi jaringan dan kemungkinan penyebab peningkatan TIK.
- b) Berikan penyuluhan tentang terjadinya peningkatan TIK.
- c) Berikan kesempatan kepada keluarga untuk bertanya mengenai penjelasan yang telah diberikan.

- d) Motivasi keluarga untuk menjelaskan kembali tentang peningkatan TIK.
 - e) Berikan pujian kepada keluarga atas kemampuannya.
 - f) Berikan penjelasan ulang bila ada yang belum dimengerti.
- 2) Gangguan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan keluarga.

Tujuan:

- a) Tujuan umum: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 minggu, diharapkan gangguan perfusi jaringan berkurang.
- b) Tujuan khusus: setelah pertemuan 1x30 menit, keluarga mampu mengenal masalah gangguan perfusi jaringan serebral.

Intervensi:

- a) Kaji pengetahuan keluarga tentang stroke, meliputi pengertian, tanda gejala, cara penanganan yang tepat pada stroke.
- b) Berikan penyuluhan tentang penyakit stroke.
- c) Berikan kesempatan kepada keluarga untuk bertanya mengenai penjelasan yang telah diberikan.
- d) Motivasi keluarga untuk menjelaskan Kembali tentang penyakit stroke.

- e) Berikan pujian kepada keluarga atas kemampuannya.
 - f) Berikan penjelasan ulang bila ada yang belum dimengerti.
- 3) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit.

Tujuan:

- a) Tujuan umum: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 minggu, diharapkan klien dapat melakukan mobilisasi secara mandiri.
- b) Tujuan khusus: setelah pertemuan 1x30 menit, keluarga mampu merawat anggota keluarga dengan gangguan mobilitas fisik.

Intervensi :

- a) Tindakan mencegah resiko injuri atau jatuh.
 - b) Bantu meningkatkan kemampuan berjalan, mempertahankan dan mengembalikan fungsi otonomik dan voluntary tubuh selama tindakan dan memulihkan penyakit.
 - c) Libatkan keluarga dalam program injuri.
 - d) Konsultasikan dengan ahli fisioterapi secara aktif, latihan ambulasi.
- 4) Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan keluarga.

Tujuan:

- a) Tujuan umum: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 minggu, diharapkan defisit nutrisi terpenuhi.
- b) Tujuan khusus: setelah pertemuan 1x30 menit, keluarga mampu mengenal masalah defisit nutrisi.

Intervensi:

- a) Dukung pasien untuk mengonsumsi makanan dengan porsi kecil dan sering.
 - b) Bantu dalam pemberian asupan diit makanan dan cairan yang seimbang.
 - c) Informasikan makanan yang dilarang dan dianjurkan kepada pasien.
 - d) Identifikasi pola makan.
 - e) Berikan pasien makanan dan minuman ringan bernutrisi.
 - f) Ajarkan pasien bagaimana cara menyimpan makanan.
 - g) Beri umpan balik kepada pasien untuk motivasi kebutuhan nutrisi.
 - h) Libatkan keluarga dalam support dan program terapi.
 - i) Pertahankan pencatatan berat badan harian.
- 5) Defisit perawatan diri berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit.

Tujuan:

- a) Tujuan umum: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 minggu, diharapkan klien mampu melakukan perawatan diri secara mandiri.

- b) Tujuan khusus: setelah pertemuan 1x30 menit, keluarga mampu merawat anggota keluarga dengan masalah defisit perawatan diri.

Intervensi:

- a) Bina hubungan saling percaya.
 - b) Jelaskan kepada keluarga tentang cara merawat pasien yang sakit.
 - c) Ketahui tingkat kemampuan keluarga pasien untuk merawat anggota yang sakit.
 - d) Bantu pasien dalam memenuhi perawatan diri.
 - e) Motivasi keluarga untuk menjelaskan kembali.
 - f) Berikan pujian atau kemampuan dalam menjelaskan dan melakukan perawatan terhadap anggota yang sakit.
- 6) Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit.

Tujuan:

- a) Tujuan umum: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 minggu, diharapkan gangguan komunikasi verbal menjadi berkurang.
- b) Tujuan khusus: setelah pertemuan 1x30 menit, keluarga mampu merawat anggota keluarga dengan gangguan komunikasi verbal.

Intervensi:

- a) Identifikasi metode yang dapat dipahami oleh pasien untuk memenuhi kebutuhan dasar.
 - b) Sediakan metode komunikasi yang alternatif.
 - c) Libatkan keluarga dalam diskusi masalah untuk meningkatkan kemampuan komunikasi pasien.
 - d) Beri support sistem untuk mengatasi ketidakmampuan pasien.
 - e) Ajarkan pasien berbicara sesuai kemampuan.
- 7) Nyeri berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam mengenal masalah kesehatan keluarga.

Tujuan:

- a) Tujuan umum: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 minggu, diharapkan nyeri pada kepala menjadi berkurang.
- b) Tujuan khusus: setelah pertemuan 1x30 menit, keluarga mampu mengenal masalah nyeri pada kepala.

Intervensi:

- a) Kaji pengetahuan keluarga tentang penyakit stroke meliputi pengertian, tanda, gejala, cara penanganan yang tepat pada pasien.
- b) Catat perubahan dalam perabaan.
- c) Motivasi keluarga untuk menjelaskan kembali pengertian, tanda, gejala, cara penanganan yang tepat pada pasien.

- d) Berikan pujian kepada keluarga atas kemampuannya.
- e) Berikan kesempatan keluarga untuk menanyakan kembali jika ada yang belum dimengerti.
- f) Berikan penjelasan ulang.

2.3.6 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah suatu proses tindakan keperawatan keluarga yang sudah direncanakan dalam rencana keperawatan yang telah ditentukan. Tindakan ini dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik dan dapat mencapai kriteria hasil yang diharapkan. Pelaksanaan terapi keperawatan keluarga mencakup tindakan mandiri perawat dan kolaborasi dengan tenaga kesehatan lainnya. Implementasi ini diprioritaskan sesuai dengan kemampuan dan sumber yang dimiliki oleh keluarga (Amiyetti, 2018).

Tindakan keluarga mencakup hal-hal dibawah ini yaitu :

- 1) Meningkatkan pengetahuan keluarga mengenai masalah dan kebutuhan kesehatan dengan cara : memberikan informasi, mengidentifikasi, kebutuhan dan harapan keluarga tentang kesehatan dan mendorong sikap emosi yang sehat terhadap keluarga.
- 2) Menumbuhkan kepercayaan keluarga untuk mengambil keputusan yang tepat dalam merawat anggota keluarga stroke dengan cara : mengidentifikasi konsekuensi tidak

melakukan tindakan, mengidentifikasi sumber-sumber yang di miliki keluarga dan mendiskusikan tentang konsekuensi tiap tindakan.

- 3) Memotivasi dan memberi kepercayaan keluarga dalam merawat anggota keluarga stroke dengan cara : mendemostrasikan cara perawatan, menggunakan alat dan fasilitas yang ada di rumah dan mengawasi keluarga dalam perawatan.
- 4) Mendiskusikan dan membantu keluarga dalam memodifikasi lingkungan menjadi sehat dengan cara : menemukan sumber- sumber yang dapat digunakan keluarga dan melakukan perubahan pada lingkungan keluarga secara optimal.
- 5) Memotivasi keluarga untuk memanfaatkanfasilitas kesehatan yang ada dengan cara : mengenalkan fasilitas kesehatan yang ada dilingkungan keluarga dan membantu keluarga dalam menggunakan fasilitas kesehatan yang ada (Mubarak, 2006).

2.3.7 Evaluasi Keperawatan

Tahap penilaian atau evaluasi adalah perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan keluarga dengan tujuan/kriteria hasil yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara berkesinambungan dengan melibatkan keluarga agar mencapai tujuan/kriteria hasil yang telah ditetapkan. Evaluasi merupakan kegiatan yang dilakukan untuk membandingkan anatra hasil,

implementasi dengan kriteria dan standar yang telah ditetapkan untuk mencapai tujuan yang diharapkan dan tujuan yang telah dicapai oleh keluarga. Bila hasil dan evaluasi tercapai sebagian atau timbul masalah keperawatan baru, maka perlu disusun rencana keperawatan yang baru (Salvari, Gusti, 2013). Evaluasi didasarkan pada keefektifan intervensi yang telah dilakukan oleh keluarga, perawat dan tenaga kesehatan lainnya. Kefektifan tersebut dilihat dari respon keluarga.