

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Teori Stroke

1. Pengertian

Batticaca, F (2008) mendefinisikan stroke adalah keadaan yang timbul karena terjadi gangguan peredaran darah di otak yang menyebabkan terjadinya kematian jaringan otak sehingga mengakibatkan seseorang menderita kelumpuhan atau kematian. Junaidi, Iskandar (2011) menjelaskan pengertian stroke adalah penyakit atau gangguan fungsional otak berupa kelumpuhan saraf (*deficit neurologic*) akibat terhambatnya aliran darah ke otak. Budiman Y, (2013) menjelaskan stroke adalah keadaan hilangnya sebagian atau seluruh fungsi neurologis (*deficit neurologic*) yang terjadi secara mendadak, berlangsung lebih 24 jam atau menyebabkan kematian, yang semata-mata disebabkan oleh gangguan peredaran darah otak karena berkurangnya suplai darah (stroke iskemik) atau pecahnya pembuluh darah secara spontan (stroke perdarahan). WHO memaparkan pengertian stroke adalah terjadinya gangguan fungsional otak fokal lebih dari 24 jam, akibat gangguan aliran darah ke otak.

Uraian diatas dapat disimpulkan pengertian stroke adalah gangguan sirkulasi serebral yang disebabkan oleh sumbatan atau penyempitan pembuluh darah oleh karena emboli, trombosis atau perdarahan serebral sehingga terjadi penurunan aliran darah ke otak yang timbulnya secara mendadak.

2. Etiologi

Batticaca, F (2008) menjelaskan penyebab stroke ada 3: 1) kekurangan suplai oksigen yang menuju otak; 2) pecahnya pembuluh darah di otak karena kerapuhan pembuluh darah otak; 3) adanya sumbatan bekuan darah di otak. Junaidi, Iskandar (2011)

memaparkan penyebab stroke disebabkan oleh dua hal utama, yaitu penyumbatan arteri yang mengalirkan darah ke otak disebut stroke iskemik/non perdarahan, sedangkan karena adanya perdarahan di otak disebut stroke perdarahan/hemoragik. Dijelaskan juga mengenai stroke iskemik, sesuai namanya stroke iskemik disebabkan oleh penyumbatan pembuluh darah otak. Otak dapat berfungsi dengan baik jika aliran darah yang menuju ke otak lancar dan tidak mengalami hambatan. Namun jika persediaan oksigen dan nutrisi di bawa oleh sel-sel darah dan plasma terhalang oleh suatu bekuan darah atau terjadi trombosis pada dinding arteri yang mensuplai otak maka akan terjadi stroke iskemik yang berakibat pada kematian jaringan otak yang disuplai. Terhalangnya aliran darah yang menuju ke otak dapat disebabkan oleh thrombosis atau emboli. Keduanya merupakan jenis bekuan darah dan pengerasan arteri yang disebut plak aterosklerotik melalui proses aterosklerosis yang merupakan penumpukan dari lemak darah, kolesterol, kalsium pada dinding pembuluh darah arteri dan disebut juga dengan ateroma.

Junaidi, Iskandar (2011) menjelaskan penyebab stroke hemoragik adalah terhalangnya suplai darah ke otak pada stroke perdarahan disebabkan oleh arteri yang mensuplai darah ke otak pecah. Perdarahan otak dapat terjadi di dalam otak yang disebut hemoragik otak sehingga otak tercemar oleh kumpulan darah (hematom). Atau darah masuk ke selaput otak/ruang subaraknoid yang disebut perdarahan subaraknoid. Perdarahan subaraknoid ada 2 macam yaitu primer, bila pembuluh darah yang pecah berasal dari arteri yang ada di subaraknoid dan sekunder bila sumber darah berasal dari tempat lain di luar ruangan subaraknoid yang masuk ke ruangan subaraknoid. Pada pembuluh darah yang pecah dapat terjadi kontraksi/vasokonstriksi yaitu pengecilan diameter atau saluran arteri yang dapat menghambat aliran darah ke otak dan gejala yang timbul tergantung pada daerah otak mana yang dipengaruhinya.

3. Patofisiologi

Batticaca, F (2008), memaparkan setiap kondisi yang menyebabkan perubahan perfusi darah pada otak akan menyebabkan keadaan hipoksia. Hipoksia yang berlangsung lama dapat menyebabkan iskemik otak. Iskemik yang terjadi dalam waktu yang singkat kurang dari 10-15 menit dapat menyebabkan defisit sementara dan bukan defisit permanen dan mengakibatkan infark pada otak.

Setiap defisit fokal permanen akan tergantung pada daerah otak mana yang terkena. Daerah otak yang terkena akan menggambarkan pembuluh darah otak yang terkena. Pembuluh darah yang paling sering mengalami iskemik adalah arteri serebral tengah dan arteri karotis interna. Defisit fokal permanen tidak dapat diketahui jika klien pertama kali mengalami iskemik otak total yang dapat diatasi. Jika aliran darah ke bagian otak terhambat karena thrombus atau emboli, maka mulai terjadi kekurangan suplai oksigen ke jaringan otak. Kekurangan oksigen dalam menit dapat menyebabkan gejala yang dapat pulih seperti kehilangan kesadaran. Sedangkan kehilangan oksigen dalam waktu yang lebih lama menyebabkan nekrosis mikroskopik neuron-neuron. Area yang mengalami nekrosis disebut infark.

Gangguan peredaran darah akan menimbulkan gangguan pada metabolisme sel-sel neuron, dimana sel-sel neuron tidak mampu menyimpan glikogen sehingga kebutuhan metabolisme tergantung dari glukosa dan oksigen yang terdapat pada arteri-arteri yang menuju otak. Perdarahan intrakranial masuk perdarahan kedalam ruang subarakhnoid atau kedalam jaringan otak sendiri. Hipertensi mengakibatkan timbulnya penebalan dan degenerative pembuluh darah yang dapat menyebabkan rupturnya arteri serebral sehingga perdarahan menyebar dengan cepat dan menimbulkan perubahan setempat serta iritasi pada pembuluh darah otak.

Perdarahan biasanya berhenti karena pembentukan thrombus oleh fibrin trombosit oleh tekanan jaringan. Setelah 3 minggu, darah mulai direabsorpsi. Ruptur ulangan merupakan resiko serius yang

terjadi sekitar 7-10 hari setelah perdarahan pertama. Ruptur ulangan mengakibatkan terhentinya aliran darah ke bagian tertentu, menimbulkan iskemik fokal, dan infrak jaringan otak. Hal tersebut dapat menimbulkan gegar otak dan kehilangan kesadaran, peningkatan cairan serebrospinal, dan menyebabkan gesekan otak (otak terbelah menjadi serabut). Perdarahan mengisi ventrikel atau hematoma yang merusak jaringan otak. Perubahan sirkulasi CSS, obstruksi vena, adanya edema dapat meningkatkan tekanan intrakranial yang membahayakan jiwa dengan cepat. Peningkatan tekanan intrakranial yang tidak diobati mengakibatkan herniasi unkus atau serebellum. Disamping itu terjadi bradikardi, hipertensi sistemik, dan gangguan pernapasan.

Darah merupakan bagian yang merusak dan bila terjadi hemodialisa, darah dapat mengiritasi pembuluh darah, meningen, dan otak. Darah dan vasoaktif yang dilepas, mendorong spasme arteri yang berakibat menurunnya perfusi serebral. Spasme serebri atau vasospasme biasa terjadi pada hari ke 4 sampai 10 hari setelah terjadinya perdarahan dan menyebabkan kontriksi arteri otak. Vasospasme merupakan komplikasi yang mengakibatkan terjadinya fokal neologis, iskemik otak, dan infrak.

4. Klasifikasi

Junaidi, Iskandar (2011) membagi stroke menjadi dua, yaitu: 1) Stroke perdarahan, pecahnya pembuluh darah sehingga aliran darah menjadi tidak normal dan darah yang keluar merembes masuk ke dalam suatu daerah di otak dan merusaknya. Dibagi dua; a) Perdarahan subarakhnoid (PSA), Darah yang masuk ke selaput otak; b) Perdarahan Intraserebral (PIS), darah yang masuk ke dalam struktur atau jaringan otak. 2) Stroke iskemik (non perdarahan), terhentinya aliran darah ke otak karena aterosklerotik atau bekuan darah yang telah menyumbat suatu pembuluh darah, melalui proses aterosklerosis (Junaidi dan Iskandar, 2011: 15).

5. Manifestasi Klinis

Junaidi, Iskandar (2011) menjabarkan gejala dan tanda umum stroke berupa gangguan kesadaran (perasaan ingin tidur, sulit mengingat, penglihatan kabur, dan sebagainya), tidak sadar, bingung, sakit kepala, sulit konsentrasi, disorientasi, atau dalam bentuk lain. Gangguan kesadaran akan berlanjut yang menurunkan kekuatan otot. Gejala stroke iskemik antara lain: adanya serangan defisit neurologis fokal, berupa kelemahan atau kelumpuhan lengan atau tungkai salah satu sisi tubuh, hilangnya rasa atau adanya sensasi abnormal pada lengan atau tungkai salah satu bagian tubuh, mulut tidak simetris, gangguan menelan, bicara tidak jelas, sulit memikirkan atau mengucapkan kata-kata yang tepat, tidak memahami pembicaraan orang lain, hilang kendali terhadap kandung kemih, menjadi piku, vertigo, hilangnya penglihatan, gangguan pendengaran (Junaidi dan Iskandar, 2011: 23-27)

6. Komplikasi

Junaidi, Iskandar (2011) menjelaskan komplikasi stroke yaitu : Decubitus adalah tidur yang terlalu lama karena lumpuh dapat mengakibatkan luka/lecet pada bagian tubuh yang menjadi tumpuan saat berbaring. Bekuan darah adalah bekuan darah mulai terjadi pada kaki yang lumpuh, penumpukan cairan dan pembengkakan, embolisme paru-paru. Pneumonia adalah terjadi karena pasien biasanya tidak dapat batuk atau menelan dengan baik sehingga menyebabkan terkumpul di paru-paru dan selanjutnya terinfeksi, untuk mengatasi ini dokter akan memberikan antibiotik. Kekuatan otot dan sendi adalah berbaring lama akan mengakibatkan kekakuan otot dan sendi. Pembengkakan otak. Infeksi : saluran kemih, paru . Kardiovaskuler : gagal jantung, serangan jantung, emboli paru. Gangguan prose berfikir dan ingatan (Junaidi dan Iskandar, 2011: 47)

7. Pencegahan Stroke

Junaidi, Iskandar (2011) menjelaskan pencegahan stroke ada 2 yaitu:

a. Pencegahan Primer

Pencegahan primer penyakit stroke yaitu : menjalankan gaya hidup sehat dengan pola makan sehat, istirahat cukup, mengelola stress, mengurangi kebiasaan yang dapat merugikan tubuh seperti : merokok, makan berlebihan, makan mengandung lemak jenuh, kurang aktif berolahraga.

b. Pencegahan Sekunder

Penderita stroke biasanya banyak memiliki faktor resiko. Oleh karena itu stroke sering kali berulang. Faktor-faktor resiko yang harus diobati seperti : tekanan darah tinggi, kencing manis, penyakit jantung koroner, kadar kolesterol LDL darah yang tinggi, kadar asam urat darah tinggi, kegemukan, perokok, peminum alkohol, stress.

(Junaidi dan Iskandar, 2011: 69-70)

8. Penanganan Pasca Stroke

Batticaca, F (2008) menjabarkan penanganan pasca stroke yang perlu dilakukan yaitu : berobat secara teratur ke dokter, jangan menghentikan atau mengubah dan menambah dosis obat tanpa petunjuk dokter. Minta bantuan petugas kesehatan atau fisioterapi untuk memulihkan kondisi tubuh yang lemah atau lumpuh. Perbaiki kondisi fisik dengan latihan teratur dirumah. Bantu kebutuhan klien. Motivasi klien agar tetap bersemangat dalam latihan fisik. Periksa tekanan darah secara teratur. Segera bawa klien ke dokter atau rumah sakit jika timbul tanda dan gejala stroke (Batticac, F, 2008: 65)

B. Konsep Dasar Keluarga

1. Pengertian Keluarga

Keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga serta beberapa orang yang berkumpul dan tinggal di satu atap dalam keadaan saling bergantung (Departemen Kesehatan RI, 2012). Friedman (2010) mendefinisikan keluarga

merupakan sebuah kelompok yang terdiri atas dua atau lebih individu yang memiliki hubungan khusus yang ditandai dengan kelahiran, pernikahan, adopsi atau pilihan. Friedmen,2010: 9. Menurut Bailon dan Maglaya (2009) keluarga merupakan dua atau lebih individu yang hidup dalam satu rumah tangga karena adanya hubungan darah, perkawinan atau adopsi.

Pengertian diatas dapat disimpulkan keluarga adalah kumpulan dua individu atau lebih yang terikat oleh darah, perkawinan, atau adopsi yang tinggal dalam satu rumah atau jika terpisah tetap memperhatikan satu sama yang lain. Anggota keluarga berinteraksi satu sama yang lain dan masing – masing mempunyai peran sosial.

2. Tahap Perkembangan Keluarga

Duvall (1985) dalam Friedmen (2010) membagi tahap perkembangan keluarga menjadi 8. Penulis akan menjelaskan tugas perkembangan keluarga sesuai dengan kasus keluarga yaitu: Tahap IV yaitu Keluarga dengan anak usia sekolah. Dimana pada tahap ini anak masuk sekolah pada usia 6 tahun dan berakhir pada usia 13 tahun. Pada fase ini umumnya keluarga mencapai jumlah anggota keluarga maksimal, sehingga keluarga sangat sibuk. Selain aktivitas di sekolah, masing-masing anak memiliki aktifitas dan minat sendiri, demikian pula orang tua yang mempunyai aktifitas berbeda dengan anak, untuk itu keluarga perlu bekerjasama untuk mencapai tugas perkembangan anak sekolah. Tugas perkembangan keluarga dengan anak sekolah antara lain: membantu sosialisasi anak, mempertahankan keintiman pasangan, memenuhi kebutuhan dan biaya kehidupan yang semakin meningkat, termasuk kebutuhan untuk meningkatkan kesehatan keluarga. Pada tahap ini orang tua perlu belajar berpisah dengan anak, memberi kesempatan pada anak untuk bersosialisasi baik aktivitas disekolah maupun di luar sekolah. (Friedmen, 2010: 105)

3. Struktur keluarga

Friedman (2010) membagi struktur keluarga menjadi 4 yakni:

a. Pola dan proses komunikasi

Pola interaksi keluarga yang berfungsi antara bersifat terbuka dan jujur, selalu menyelesaikan konflik keluarga, berfikir positif, tidak mengulang-ulang isu dan pendapat sendiri. Komunikasi dalam keluarga ada yang berfungsi dan ada yang tidak, hal ini bisa disebabkan oleh beberapa faktor yang ada dalam komponen komunikasi seperti: sender, channel-media, message, environment, dan receiver. (Friedman, 2010: 246-248)

b. Struktur peran

Peran adalah serangkaian perilaku yang diharapkan sesuai dengan posisi sosial yang diberikan. Yang dimaksud dengan posisi atau status adalah posisi individu dalam masyarakat, peran anggota keluarga antara lain: Peran ayah sebagai pencari nafkah, pendidik, pelindung, dan pemberi rasa aman, sebagai kepala keluarga sebagai anggota dari kelompok sosialnya serta sebagai anggota masyarakat dari lingkungannya; peran ibu sebagai pengurus rumah tangga, sebagai pengasuh dan pendidik anak – anaknya, pelindung dan disamping itu ibu dapat berperan sebagai pencari nafkah tambahan; Peran anak pelaksana peranan psiko-sosial sesuai dengan tingkat perkembangan baik fisik, mental, sosial, dan spiritual. (Friedman, 2010: 301-305)

c. Struktur kekuasaan

Friedman, (2010) menjelaskan kekuasaan merupakan kemampuan dari individu untuk mengendalikan atau mempengaruhi untuk merubah perilaku orang lain. Kekuasaan melibatkan hubungan interpersonal yang tidak simetris. Kekuasaan sebagai satu dari empat struktur yang saling bergantung dari suatu keluarga. Struktur kekuasaan sangat bervariasi dari keluarga ke keluarga, dan dapat positif atau disfungsi. Kekuasaan dimanifestasikan melalui proses pembuatan keputusan dalam keluarga. Pembuatan keputusan dan kekuasaan

keluarga pada umumnya dengan musyawarah. Proses pembuatan keputusan dalam keluarga antara lain dengan kesepakatan, akomodasi dan keputusan *de facto*. Sedangkan sumber kekuasaan dalam keluarga meliputi otoritas legitimasi, kekuasaan ketidaksukaan, kekuasaan ketidakberdayaan, kekuasaan referen, kekuasaan sumber, kekuasaan memaksa, kekuasaan afektif dan informasional. (Friedmen, 2010: 281-282)

d. Nilai – nilai keluarga

Nilai merupakan suatu sistem, sikap dan kepercayaan yang secara sadar atau tidak, mempersatukan anggota keluarga dalam satu budaya. Norma adalah pola perilaku yang baik, menurut masyarakat system nilai dalam keluarga, budaya adalah kumpulan dari pola perilaku yang dapat dipelajari, dibagi dan ditularkan dengan tujuan untuk menyelesaikan masalah. (Friedmen, 2010: 326-327)

4. Fungsi Keluarga

Friedman (2010) mengidentifikasi lima fungsi dasar keluarga sebagai berikut:

a. Fungsi afektif

Fungsi afektif berhubungan erat dengan fungsi *internal* keluarga, yang merupakan basis kekuatan keluarga. Fungsi afektif berguna untuk pemenuhan kebutuhan psikososial. Keberhasilan melaksanakan fungsi afektif tampak pada kebahagiaan dan kegembiraan dari seluruh anggota keluarga. Tiap anggota keluarga saling mempertahankan iklim yang positif. Hal tersebut dapat dipelajari dan dikembangkan melalui interaksi dan hubungan dalam keluarga. Dengan demikian, keluarga yang berhasil melaksanakan fungsi afektif, seluruh anggota keluarga dapat mengembangkan konsep diri positif.

Komponen yang perlu dipenuhi oleh keluarga dalam melaksanakan fungsi afektif adalah : Saling mengasuh, cinta kasih, kehangatan, saling menerima, saling mendukung antar

anggota keluarga, mendapatkan kasih sayang dan dukungan dari anggota yang lain; saling menghargai; ikatan dan identifikasi ikatan keluarga dimulai sejak pasangan sepakat memulai hidup baru. Ikatan antar anggota keluarga dikembangkan melalui proses identifikasi dan penyesuaian pada berbagai aspek kehidupan anggota keluarga. Fungsi afektif merupakan sumber “energi” yang menentukan kebahagiaan keluarga. Keretakan keluarga, kenakalan anak atau masalah keluarga, timbul karena fungsi afektif di dalam keluarga tidak dapat dipenuhi. (Friedmen, 2010: 351-360)

b. Fungsi sosialisasi

Sosialisasi adalah proses perkembangan dan perubahan yang dilalui individu, yang menghasilkan interaksi sosial dan belajar berperan dalam lingkungan sosial. (Friedmen, 2010: 371-376)

c. Fungsi reproduksi

Keluarga berfungsi untuk meneruskan keturunan dan menambah sumber daya manusia. Maka dengan ikatan suatu perkawinan yang sah, selain untuk memenuhi kebutuhan biologis pada pasangan tujuan untuk meneruskan keturunan. (Friedmen, 2010: 88)

d. Fungsi ekonomi

Fungsi ekonomi merupakan fungsi keluarga untuk memenuhi kebutuhan seluruh anggota keluarga seperti memenuhi kebutuhan akan makanan, pakaian dan tempat tinggal atau kebutuhan pokok keluarga, banyak pasangan sekarang kita lihat dengan penghasilan yang tidak seimbang antara suami dan istri, hal ini menjadikan permasalahan yang berujung pada perceraian. (Friedmen, 2010: 88)

e. Fungsi perawatan kesehatan

Keluarga juga berperan atau berfungsi untuk melaksanakan praktek asuhan kesehatan, yaitu untuk mencegah terjadinya gangguan kesehatan dan atau merawat anggota keluarga yang sakit. Kemampuan keluarga dalam memberikan asuhan kesehatan

dapat mempengaruhi status kesehatan keluarga. Kesanggupan keluarga melaksanakan pemeliharaan kesehatan dapat dilihat dari tugas kesehatan keluarga yang dilaksanakan. Keluarga yang dapat melaksanakan tugas kesehatan berarti sanggup menyelesaikan masalah kesehatan dalam keluarga.

Fungsi perawatan kesehatan keluarga mencakup banyak beberapa aspek antara lain : 1) Keyakinan, nilai, perilaku kesehatan; 2) Definisi sehat-sakit dan tingkat pengetahuan keluarga; 3) Persepsi keluarga tentang status kesehatan dan kerentanan terhadap penyakit; 4) Praktik diet keluarga pola makan yang adekuat; 5) Kebiasaan tidur dan istirahat; 6) Praktik aktifitas dan rekreasi; 7) Praktik penggunaan obat terapeutik; 8) Peran keluarga dalam praktik perawatan diri; 9) Tindakan secara medis, terapi alternatif dan terapi komplementer; 10) Riwayat kesehatan keluarga; 11) pelayanan perawatan kesehatan yang diterima; 12) Perasaan dan persepsi tentang pelayanan kesehatan dan pelayanan kesehatan darurat; 13) Sumber dana dan logistik untuk mendapatkan perawatan. Semua tidak mungkin bagi keluarga untuk menjadi sangat bertanggung jawab tentang fungsi perawatan kesehatan, tetapi harus ada peran kemitraan antara tenaga kesehatan dan keluarga.

Tenaga kesehatan juga harus bermitra dengan klien dan klien harus diperlakukan sebagai orang dewasa yang bertanggung jawab, bukan anak yang pasif. Klien harus terlibat didalam perawatan kesehatannya sendiri dan seperti dalam membuat keputusan tentang masalahnya. Sedangkan Maglaya, (2009) fungsi perawatan kesehatan keluarga mempunyai 5 tugas perawatan kesehatan dalam keluarga yaitu : 1) Mengenal masalah kesehatan dalam keluarga yaitu anggota keluarga perlu mengenal keadaan kesehatan dan perubahan-perubahan yang dialami anggota keluarga. Jika menyadari adanya perubahan keluarga, perlu kapan terjadinya, perubahan yang terjadi, dan sebesar besar perubahannya; 2) Memutuskan tindakan kesehatan yang tepat untuk keluarga adalah upaya keluarga untuk mencari pertolongan

yang tepat yang sesuai dengan keadaan keluarga. Tindakan kesehatan yang dilakukan oleh keluarga diharapkan tepat agar masalah kesehatan teratasi atau berkurang; 3) Memberi perawatan pada anggota keluarga yang sakit adalah dimana keluarga telah mengambil tindakan yang tepat dan benar namun keluarga memiliki keterbatasan. Oleh karena itu anggota keluarga yang sakit perlu perawatan lanjutan yang dapat dilakukan di pelayanan kesehatan atau di rumah jika keluarga telah memiliki kemampuan melakukan tindakan pertolongan pertama; 4) Memodifikasi lingkungan keluarga untuk menjamin kesehatan keluarga. Hal ini diperlukan untuk menunjang perawatan anggota keluarga yang sakit; 5) Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan di sekitarnya bagi keluarga. Hal ini diperlukan untuk mengetahui seberapa jauh tingkat keparahan penyakit atau keberhasilan suatu tindakan kesehatan yang dilakukan oleh keluarga. (Friedman, 2010: 400-416)

C. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengertian

Friedman (2010), mendefinisikan perawatan kesehatan keluarga adalah tingkat kesehatan masyarakat yang ditujukan pada keluarga sebagai unit atau salah satu kesatuan yang dirawat dengan sehat sebagai tujuan dan melalui perawatan sebagai sasaran. Asuhan keperawatan keluarga adalah suatu rangkaian kegiatan dalam praktik keperawatan yang diberikan kepada klien sebagai anggota keluarga, pada tatanan komunitas dengan menggunakan proses keperawatan, berpedoman pada standar keperawatan, berlandaskan pada etika dan etiket keperawatan, dalam lingkup wewenang serta tanggung jawab keperawatan. Tujuan asuhan keperawatan keluarga: a) Memandirikan klien sebagai bagian dari anggota keluarga; b) Menyejahterakan klien sebagai gambaran kesejahteraan keluarga; c) Meningkatkan kemampuan hidup sehat bagi setiap anggota keluarga; d)

Meningkatkan produktivitas klien dan keluarga; e) Meningkatkan kualitas keluarga.

Misi pemberian asuhan keperawatan keluarga: a) Memberdayakan keluarga untuk membangun setiap anggota keluarganya agar dapat memelihara kesehatan yang optimal; b) Membina kemitraan dengan keluarga sehingga dapat mandiri dan meningkatkan ketahanan keluarga; c) Meningkatkan peran keluarga pencegahan primer, sekunder, dan tertier dalam bidang kesehatan; d) Mewujudkan kesehatan sebagai hak setiap individu dalam anggota keluarga; e) Mempersiapkan SDM yang berkualitas dengan peran serta aktif keluarga sehingga memiliki karakter yang kuat dan cerdas.

2. Pengkajian Keluarga

Friedman (2010), menjelaskan pengkajian adalah suatu proses memperoleh informasi untuk mengenali suatu masalah. Informasi diperoleh dengan mengumpulkan data dengan menggunakan wawancara terhadap keluarga/klien, observasi terhadap rumah, fasilitas yang ada di rumah dan lingkungan sekitar, dokumen kartu keluarga, pemeriksaan fisik head to toe terhadap semua anggota keluarga.

Model pengkajian keluarga menurut Friedman, (2010) terdiri dari enam kategori :a) Mengidentifikasi Data keluarga; b) Tahap dan riwayat perkembangan; c) Data lingkungan; d) Struktur keluarga; e) Fungsi keluarga; f) Stress dan coping serta adaptasi keluarga. Setiap kategori terdiri dari banyak sub kategori, perawat yang mengkaji keluarga harus mampu memutuskan kategori mana yang relevan dengan kasus yang dihadapi sehingga dapat digali lebih mendalam pada saat kunjungan dengan demikian masalah dalam keluarga dapat mudah diidentifikasi. Tidak semua dari kategori harus diikaji tetapi tergantung pada tujuan, masalah dan sumber-sumber yang dimiliki oleh keluarga.

a. Data Keluarga

Friedman (2010), menjabarkan pengkajian data-data dasar yang menggambarkan hal-hal dasar terhadap keluarga dicantumkan di bagian ini yaitu: 1) data umum keluarga meliputi, nama kepala keluarga (KK), umur, alamat, telephon, pekerjaan dan pendidikan KK; 2) Komposisi keluarga dan genogram, menjelaskan anggota keluarga yang diidentifikasi sebagai bagian dari keluarga mereka, diagram ini menggambarkan hubungan vertikal (lintas generasi) dan horizontal (dalam generasi yang sama) untuk memahami kehidupan keluarga dengan pola penyakit; 2) Tipe bentuk keluarga, tipe keluarga didasari oleh anggota keluarga yang berada dalam satu rumah, tipe keluarga dapat dilihat dari komposisi dan genogram dalam keluarga; 3) Latar belakang Budaya, latar belakang kultur keluarga merupakan hal yang penting untuk memahami perilaku sistem nilai dan fungsi keluarga, karena budaya mempengaruhi dan membatasi tindakan-tindakan individual maupun keluarga. Perbedaan budaya menjadikan akar miskinnya komunikasi antar individu dalam keluarga. Pengkajian terhadap kultur / budaya keluarga meliputi, identitas religius, bahasa yang digunakan sehari-hari, jaringan sosial, dekorasi rumah, kebiasaan makan dan berpakaian, penggunaan praktisi dan jasa perawatan kesehatan keluarga. (Friedman, 2010: 215).

b. Riwayat dan Tahap Perkembangan Keluarga

Tahap perkembangan keluarga adalah mengkaji keluarga berdasarkan tahap kehidupan keluarga berdasarkan *Duvall et al* Friedman (2010), ditentukan dengan anak tertua dari keluarga inti dan mengkaji sejauh mana keluarga melaksanakan tugas sesuai tahap perkembangan. Sedangkan riwayat keluarga adalah mengkaji riwayat kesehatan keluarga inti dan riwayat kesehatan keluarga, yang terdiri dari : 1) Tahap perkembangan keluarga saat ini adalah tahap perkembangan keluarga ditentukan oleh anak tertua dari keluarga inti; 2) Tugas perkembangan keluarga yang

belum terpenuhi adalah menjelaskan perkembangan keluarga yang belum terpenuhi oleh keluarga serta kendala-kendala mengapa tugas perkembangan tersebut belum terpenuhi; 3) Riwayat keluarga inti adalah riwayat keluarga dari lahir hingga saat ini, termasuk riwayat perkembangan dan kejadian serta pengalaman kesehatan yang unik atau yang berkaitan dengan kesehatan (perceraian, kematian, kehilangan, dll) yang terjadi dalam kehidupan keluarga; 4) Riwayat keluarga sebelumnya adalah menjelaskan riwayat kesehatan pada keluarga dari pihak suami dan istri. (Friedmen, 2010: 105).

c. Data Lingkungan

Lingkungan di keluarga meliputi seluruh alam kehidupan keluarga mulai dari pertimbangan bidang-bidang yang paling kecil seperti aspek dalam rumah sampai komunitas yang lebih luas dimana keluarga tersebut berada : 1) Karakteristik rumah di identifikasikan dengan melihat luas rumah, tipe rumah, jumlah ruangan, jumlah jendela, jarak septik tank dengan sumber air, sumber air minum yang digunakan serta dilengkapi dengan denah rumah; 2) Karakteristik tetangga dan komunitas, menjelaskan karakteristik dari tetangga dan komunitas setempat meliputi kebiasaan lingkungan fisik, aturan atau kesepakatan penduduk setempat yang mempengaruhi kesehatan; 3) Mobilitas geografis keluarga ditentukan dengan melihat kebiasaan keluarga berpindah tempat, berapa lama keluarga tinggal, riwayat mobilitas geografis dari keluarga; 4) Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat, menjelaskan waktu yang digunakan keluarga untuk berkumpul serta perkumpulan keluarga yang ada dan sejauh mana interaksi keluarga dengan masyarakat, cara keluarga memandang komunitasnya, siapa anggota keluarga yang menggunakan pelayanan komunitas dan seberapa sering menggunakannya, perasaan keluarga tentang kelompok yang memberikan bantuan kepada keluarga. (Friedmen, 2010: 230)

d. Struktur Keluarga

Struktur Keluarga yang dapat dikaji menurut Friedman (2010), adalah : 1) Pola Komunikasi keluarga, menjelaskan cara berkomunikasi antar anggota keluarga, sejauh mana komunikasi fungsional dan disfungsional, pesan-pesan emosional ditampilkan dan diekspresikan, karakteristik komunikasi, kesesuaian dan ketidaksesuaian pesan terjadi, variabel kontekstual dan keluarga yang mempengaruhi komunikasi; 2) Struktur kekuasaan/kekuatan keluarga, kemampuan anggota keluarga mengendalikan dan mempengaruhi orang lain untuk mengubah perilaku, proses pembuatan keputusan, dasar-dasar kekuasaan, variabel yang mempengaruhi karakteristik kekuasaan keluarga, posisi kontinum kekuasaan keluarga, hasil akhir kekuasaan; 3) Struktur peran formal dan informal, menjelaskan peran dari masing-masing anggota keluarga baik secara formal maupun informal antara lain analisis model peran opsional, variabel yang mempengaruhi struktur peran; 4) Struktur nilai dan norma keluarga, menjelaskan nilai dan norma yang dianut oleh keluarga yang berhubungan dengan kesehatan, mengidentifikasi nilai yang penting bagi keluarga dan prioritas keluarga, kesesuaian antara nilai keluarga dan komunitas yang dominan perbedaan dalam sistem nilai, adanya konflik dalam keluarga, pengaruh nilai-nilai keluarga dan konflik nilai terhadap status kesehatan keluarga.

e. Fungsi Keluarga

Fungsi keluarga yang perlu dikaji menurut Friedman (2010), meliputi :

1) Fungsi Afektif

Hal yang perlu dikaji yaitu gambaran diri anggota keluarga, perasaan memiliki dan dimiliki dalam keluarga, dukungan keluarga terhadap anggota keluarga lainnya, bagaimana kehangatan tercipta pada anggota keluarga dan bagaimana keluarga mengembangkan sikap saling menghargai

keterpisahan dan keterkaitan, pola kebutuhan dan respon keluarga.

2) Fungsi sosial

Bagaimana interaksi atau hubungan dalam keluarga, sejauh mana anggota keluarga belajar disiplin, norma, budaya, serta perilaku; praktik keluarga dalam membesarkan anak, kemampuan beradaptasi, keyakinan budaya, faktor-faktor yang mempengaruhi pola pengasuhan anak, lingkungan rumah yang adekuat.

3) Fungsi perawatan kesehatan

Fungsi perawatan kesehatan keluarga mencakup banyak beberapa aspek antara lain : a) Keyakinan, nilai, perilaku kesehatan; b) Definisi sehat-sakit dan tingkat pengetahuan keluarga; c) Persepsi keluarga tentang status kesehatan dan kerentanan terhadap penyakit; d) Praktik diet keluarga pola makan yang adekuat; e) Kebiasaan tidur dan istirahat; f) Praktik aktifitas dan rekreasi; g) Praktik penggunaan obat terapeutik; h) Peran keluarga dalam praktik perawatan diri; i) Praktek kebersihan dan lingkungan keluarga; j) Dasar ukuran pencegahan pengobatan; k) Terapi pelengkap dan alternative; l) Riwayat Kesehatan Keluarga; m) Pencapaian pelayanan perawatan kesehatan; n) Perasaan dan persepsi mencakup pelayanan kesehatan; o) Pelayanan kesehatan emergensi; p) Sumber pendapatan; q) Logistik dari penerima

Maglaya (2009), menjelaskan fungsi perawatan kesehatan keluarga mempunyai 5 tugas perawatan kesehatan dalam keluarga yaitu : 1) Mengenal masalah kesehatan dalam keluarga yaitu anggota keluarga perlu mengenal keadaan kesehatan dan perubahan-perubahan yang dialami anggota keluarga. Jika menyadari adanya perubahan keluarga, perlu kapan terjadinya, perubahan yang terjadi, dan sebesar besar perubahannya; 2) Memutuskan tindakan kesehatan yang tepat untuk keluarga adalah upaya keluarga untuk mencari

pertolongan yang tepat yang sesuai dengan keadaan keluarga. Tindakan kesehatan yang dilakukan oleh keluarga diharapkan tepat agar masalah kesehatan teratasi atau berkurang; 3) Memberi perawatan pada anggota keluarga yang sakit adalah dimana keluarga telah mengambil tindakan yang tepat dan benar namun keluarga memiliki keterbatasan. Oleh karena itu anggota keluarga yang sakit perlu perawatan lanjutan yang dapat dilakukan di pelayanan kesehatan atau di rumah jika keluarga telah memiliki kemampuan melakukan tindakan pertolongan pertama; 4) Memodifikasi lingkungan keluarga untuk menjamin kesehatan keluarga. Hal ini diperlukan untuk menunjang perawatan anggota keluarga yang sakit. Keluarga dapat mengajarkan cara memodifikasi, memanipulasi, atau mengatur lingkungan untuk meminimalkan atau menghindari ancaman atau resiko kesehatan atau mengatur ruangan untuk tempat perawatan keluarga. Keluarga juga dapat belajar membangun atau memodifikasi fasilitas yang diperlukan di dalam rumah seperti penggunaan kamar mandi, memberi penerangan yang cukup; 5) Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan di sekitarnya bagi keluarga. Hal ini diperlukan untuk mengetahui seberapa jauh tingkat keparahan penyakit atau keberhasilan suatu tindakan kesehatan yang dilakukan oleh keluarga.

4) Fungsi Reproduksi

Fungsi dasar keluarga adalah untuk menjamin kontinuitas antar generasi keluarga dan masyarakat yaitu menyediakan anggota baru untuk masyarakat.

5) Fungsi Ekonomi

Menjelaskan kemampuan keluarga untuk mengalokasikan sumber yang sesuai guna memenuhi kebutuhan keluarga seperti sandang, pangan, papan, dan perawatan kesehatan yang adekuat.

f. Stress, Koping dan Adaptasi keluarga

Freidman (2010), menjelaskan dalam mengkaji stress, koping dan adaptasi keluarga meliputi : 1) apa saja stresor baik jangka panjang maupun pendek yang dialami keluarga, kekuatan yang dapat mengimbangi stresor itu apa, keluarga mampu atau tidak mengatasi stresor, sumber apa yang dimiliki keluarga untuk mengatasi stresor, bagaimana keluarga menjelaskan situasi dapat menilai secara objektik, realistik atau merusak; 2) Strategi koping keluarga, bagaimana keluarga bereaksi terhadap stresor, sejauh mana keluarga berespon terhadap stresor, penggunaan koping internal-ekternal-disfungsional dahulu dan sekarang; 3) Adaptasi keluarga, bagaimana adaptasi keluarga secara keseluruhan, perkiraan apakah keluarga berada dalam krisis; 4) Melacak stresor, koping adaptasi sepanjang waktu. (Friedmen, 2010: 427)

g. Harapan Keluarga terhadap Petugas Kesehatan

Bagaimana harapan keluarga terhadap petugas kesehatan dalam menyelesaikan masalah kesehatannya.

h. Pengkajian Fisik Anggota Keluarga

Pemeriksaan fisik dilakukan pada semua anggota keluarga secara menyeluruh (*head to toe*)

i. Analisa Data

Analisa data pengkajian adalah proses klarifikasi dan validasi informasi untuk membuat diagnosis akurat, review data/situasi untuk mengidentifikasi kemungkinan penyebab masalah, dan hubungan data dan pengaruhnya pada kesehatan keluarga.

3. Dampak Terhadap Kebutuhan Dasar Manusia

Hidayat (2014) menjelaskan dampak stroke pada kebutuhan dasar manusia antara lain: a) Perubahan sistem integumen, perubahan sistem integumen yang terjadi berupa penurunan elastisitas kulit karena menurunnya sirkulasi darah akibat imobilitas dan terjadinya iskemia serta nekrosis jaringan superfisial dengan adanya luka dekubitus sebagai akibat tekanan kulit yang kuat dan

sirkulasi yang menurun ke jaringan; b) Perubahan sistem muskuloskeletal antara lain gangguan muskular ditandai dengan menurunnya massa otot sebagai dampak imobilitas dapat menyebabkan turunnya kekuatan otot secara langsung. Menurunnya fungsi kapasitas otot ditandai dengan menurunnya stabilitas. Kondisi berkurangnya massa otot menyebabkan atrofi pada otot, gangguan skeletal ditandai dengan mudah terjadinya kontraktur sendi dan osteoporosis; c) Gangguan fungsi gastrointestinal, hal ini disebabkan karena imobilitas dapat menurunkan hasil makanan yang dicerna, sehingga penurunan jumlah masukan yang cukup dapat menyebabkan keluhan, seperti perut kembung, mual, nyeri lambung yang dapat menyebabkan gangguan proses eliminasi. (Hidayat, 2014: 176-177).

4. Diagnosa Keperawatan Keluarga

Departemen Kesehatan Republik Indonesia (DEPKES RI) menjabarkan diagnosa keperawatan keluarga pada penyakit Stroke: 1) Hambatan mobilitas fisik; 2) kerusakan komunikasi verbal

5. Rencana Keperawatan

a. Perencanaan Keperawatan Keluarga

Penetapan perencanaan menurut Friedman (2010), adalah perencanaan harus disusun bersama keluarga serta melibatkan seluruh anggota keluarga dalam unit pelayanan. Perencanaan secara umum mengacu pada: 1) analisa dengan keluarga yang didasarkan pada pengalaman hidup, 2) meningkatkan kognitif, afektif dan psikomotor, 3) fokus intervensi pada kemampuan keluarga melaksanakan tugas kesehatan : mengenal masalah kesehatan, mengambil keputusan berkaitan dengan masalah kesehatan yang dihadapi, meningkatkan kemampuan keluarga memberikan perawatan pada anggota keluarga yang memiliki masalah kesehatan, meningkatkan kemampuan keluarga memodifikasi lingkungan sesuai dengan syarat kesehatan, memanfaatkan fasilitas kesehatan untuk mengatasi masalah kesehatan; 4) mengkatalis perilaku melalui motivasi dan dukungan.

b. Penetapan Rencana Evaluasi

Penetapan rencana evaluasi menurut Maglaya, *et al* (2009), adalah menyusun rencana evaluasi, secara spesifik adalah bagaimana perawat akan menggambarkan perubahan status kesehatan, kondisi, situasi dan pencapaian *outcome* secara spesifik yang telah disebutkan dalam obyektif. Rencana evaluasi meliputi indikator, standar, metode dan sumber data evaluasi. Menurut Friedman, (2010) dasar melakukan evaluasi bagaimana efektifnya intervensi yang telah dilakukan perawat dan keluarga. Keberhasilan ditentukan dengan melihat respon keluarga dan hasilnya bukan intervensi yang diimplementasikan.

Intervensi Departemen Kesehatan Republik Indonesia (DEPKES RI) antara lain:

1) Mobilitas Fisik

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 6x45 menit diharapkan keluarga mampu :1) Mengenal masalah : Menjelaskan proses penyakit; 2) Mengambil Keputusan : Terapi latihan keseimbangan; 3) Merawat anggota keluarga : Pemberian posisi yang benar; 4) Memodifikasi lingkungan : Managemen lingkungan yang nyaman; 5) Memanfaatkan fasilitas kesehatan : Konsultasi

2) Kerusakan komunikasi verbal

Tujuan : Setelah dilakukan keperawatan selama 3x45 menit diharapkan keluarga mampu : 1) Mengenal masalah : Menjelaskan proses penyakit; 2) Mengambil keputusan : Beri dukungan mengambil keputusan untuk melatih mpenggunaan latihan kembali persepsi – kognitif; 3) Merawat anggota keluarga : jelaskan mengenai kerusakan komunikasi verbal; 4) Memodifikasi lingkungan : managemen lingkungan yang nyaman; 5) Memanfaatkan fasilitas kesehatan : Konsultasi