

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Keluarga**

##### **1. Pengertian Keluarga**

Keluarga merupakan sekumpulan orang yang dihubungkan oleh perkawinan, adopsi dan kelahiran yang bertujuan menciptakan dan mempertahankan budaya yang umum, meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional, dan sosial dari individu-individu yang ada di dalamnya terlihat dari pola interaksi yang saling ketergantungan untuk mencapai tujuan bersama. (Friedman 1998 dalam Komang Ayu 2010). Keluarga terdiri dari orang-orang yang disatukan oleh ikatan perkawinan, darah dan ikatan adopsi yang hidup bersama dalam satu rumah tangga, anggota keluarga berinteraksi dan berkomunikasi satu sama lain dengan peran sosial keluarga, (Burgess dkk, 1963 dalam Komang Ayu 2010).

Keluarga adalah suatu system sosial yang berisi dua atau lebih orang yang hidup bersama yang mempunyai hubungan darah, perkawinan atau adopsi, atau tinggal bersama dan saling menguntungkan, mempunyai tujuan bersama, mempunyai generasi penerus, saling pengertian dan saling menyayangi. (Murray & Zentner, 1997 dalam Komang Ayu 2010)

Keluarga sebagai dua orang atau lebih yang disatukan oleh ikatan kebersamaan dan ikatan emosional serta mengidentifikasi diri mereka sebagai bagian dari keluarga ( Wall 1986 dalam padila

2012 ). Keluarga adalah suatu ikatan atau persekutuan hidup atas dasar perkawinan antara orang dewasa yang berlainan jenis yang hidup bersama atau seorang perempuan yang sudah sendirian dengan atau tanpa anak, baik anaknya sendiri atau adopsi dan tinggal dalam sebuah rumah ( Sayekti 1994 .dalam Padila 2012 ). Keluarga adalah kumpulan dua orang atau lebih yang mempunyai hubungan darah yang sama atau tidak, yang terlibat dalam kehidupan terus menerus, yang tinggal dalam satu atap, mempunyai ikatan emosional dan mempunyai kewajiban antara satu orang dengan yang lainya ( johnson's 1992. Dalam Padila 2012 ).

Pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa keluarga adalah terdiri dari dua atau lebih individu yang diikat oleh hubungan darah, perkawinan atau adopsi; anggota keluarga biasanya hidup bersama atau jika terpisah mereka tetap memperhatikan satu sama lain; anggota keluarga berinteraksi satu sama lain dan masing-masing mempunyai peran sosial: suami, istri, kakak dan adik; mempunyai tujuan: menciptakan dan mempertahankan budaya, meningkatkan perkembangan fisik, psikologis, dan sosial anggota.

## 2. Struktur Keluarga

Friedman (2010) menjelaskan ciri- ciri struktur keluarga terdiri dari :

### a. Pola dan proses komunikasi

Pola interaksi keluarga yang berfungsi antara lain bersifat terbuka dan jujur, selalu menyelesaikan konflik keluarga ; berfikir positif, tidak mengulang-ulang isu dan pendapat sendiri. Faktor-faktor yang

mempengaruhi komunikasi dalam keluarga berfungsi atau tidak antara lain: sender, channel atau media, message, environment dan receiver.

b. Struktur peran

Peran adalah serangkaian perilaku yang diharapkan sesuai dengan posisi sosial yang diberikan. Peran dalam keluarga terdiri dari: peran ayah sebagai pencari nafkah, pendidik, pelindung dan pemberi rasa aman; peran ibu sebagai pengurus rumah tangga, pengasuh dan pendidik anak-anaknya; peran anak sebagai pelaksana psiko sosial sesuai tingkat perkembangan. Friedmen (2010) menjelaskan perilaku peran anggota keluarga dibagi menjadi dua yaitu ; formal dan informal. Ayah (suami), ibu (istri), anak laki-laki (saudara laki-laki), anak perempuan (saudara perempuan) masuk kedalam peran formal sedangkan peran informal hanya bersifat untuk memenuhi kebutuhan-kebutuhan emosional individual.

Berbagai peran keluarga menurut padila ( 2012 ) :

1) Peran formal

Peran formal berkaitan dengan posisi formal keluarga, bersifat homogeny. Peran formal yang standar dalam keluarga seperti pencari nafkah, ibu rumah tangga, pengasuh anak, sopir, tukang perbaiki rumah, tukang masak, dan lain-lain.

2) Peran-peran informal keluarga

Peran-peran informal biasanya bersifat implicit, tidak tampak ke permukaan dan dimainkan hanya untuk memenuhi kebutuhan emosional atau untuk menjaga keseimbangan keluarga. Peran-peran informal mempunyai tuntutan yang berbeda, tidak terlalu

didasarkan pada usia, jenis kelamin, namun lebih didasarkan pada personalitas anggota keluarga. Peran-peran informal tidak mutlak membuat stabil keluarga, ada yang bersifat adaptif bahkan ada yang merusak kesejahteraan keluarga. Peran tersebut diantaranya adalah : pendorong, pengharmonis, inisiator-kontributor, pendamaian, penghalang, dominator, penyalah, pengikut, pencari pengakuan, matriks, keras hati, sahabat, kambing hitam keluarga, penghibur, perawat keluarga, penghubung keluarga, dan saksi.

c. Struktur kekuatan

Kekuatan merupakan kemampuan dari individu untuk mengendalikan atau mempengaruhi untuk merubah orang lain ke arah positif.

d. Nilai-nilai keluarga

Nilai merupakan suatu sistem, sikap dan kepercayaan yang mempersatukan anggota keluarga dalam satu budaya.

3. Fungsi Keluarga

Friedman (2010), fungsi keluarga meliputi :

a. Fungsi afektif

Upaya keluarga difokuskan pada pemenuhan kebutuhan anggota keluarga akan kasih sayang dan pengertian. Fungsi ini berhubungan dengan persepsi keluarga dan kepedulian terhadap kebutuhan sosio emosional semua anggota keluarga.

b. Fungsi Sosialisasi

Sosialisasi merujuk banyaknya pengalaman belajar yang diberikan dalam keluarga yang ditujukan untuk mendidik anak-anak tentang cara menjalankan fungsi dan memikul peran sosial orang dewasa

seperti peran yang dipikul suami-ayah dan istri-ibu. Sosialisasi seharusnya lebih kepada proses seumur hidup yang meliputi internalisasi sekumpulan norma dan nilai yang tepat agar menjadi seorang remaja, suami/istri, orang tua, seorang pegawai yang baru bekerja, kakek/nenek, dan pensiunan.

c. Fungsi reproduksi

Salah satu fungsi dasar keluarga untuk menjamin kontinuitas antar-generasi keluarga dan masyarakat.

d. Fungsi ekonomi

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

4. Tahap dan Tugas Perkembangan Keluarga

Perawat keluarga perlu mengetahui tentang tahapan dan tugas perkembangan keluarga, untuk memberikan pedoman dalam menganalisis pertumbuhan dan kebutuhan promosi kesehatan keluarga serta untuk memberikan dukungan pada keluarga untuk kemajuan dari satu tahap ke tahap berikutnya. Tahap perkembangan keluarga menurut Duvall & Miller (1995) ; Carter & Mc Goldrick (1988) dalam Komang Ayu (2010), mempunyai tugas perkembangan yang berbeda seperti :

a. Tahap I, keluarga pemula atau pasangan baru

Tugas perkembangan keluarga pemula antara lain membina hubungan yang harmonis dan kepuasan bersama dengan membangun perkawinan yang saling memuaskan, membina hubungan dengan orang lain dengan menghubungkan jaringan

persaudaraan secara harmonis, merencanakan kehamilan dan mempersiapkan diri menjadi orang tua.

- b. Tahap II, keluarga sedang mengasuh anak (anak tertua bayi sampai umur 30 bulan)

Tugas perkembangan keluarga pada tahap II yaitu membentuk keluarga muda sebagai sebuah unit, mempertahankan hubungan perkawinan yang memuaskan, memperluas persahabatan dengan keluarga besar dengan menambahkan peran orang tua kakek dan nenek dan mensosialisasikan dengan keluarga.

- c. Tahap III, keluarga dengan anak usia pra sekolah (anak tertua berumur 26 tahun)

Tugas perkembangan keluarga pada tahap III yaitu memenuhi kebutuhan anggota keluarga, mensosialisasikan anak, mengintegrasikan anak yang baru sementara tetap memenuhi kebutuhan anak yang lainnya, mempertahankan hubungan yang sehat dalam keluarga dan luar keluarga, menanamkan nilai dan norma kehidupan, mulai mengenalkan kultur keluarga, menanamkan keyakinan beragama, memenuhi kebutuhan bermain anak.

- d. Tahap IV, keluarga dengan anak usia sekolah (anak tertua usia 6-13 tahun)

Tugas perkembangan keluarga pada tahap IV yaitu mensosialisasikan anak termasuk meningkatkan prestasi sekolah dan mengembangkan hubungan dengan teman sebaya, mempertahankan hubungan perkawinan yang memuaskan, memenuhi kebutuhan

kesehatan fisik anggota keluarga, membiasakan belajar teratur, memperhatikan anak saat menyelesaikan tugas sekolah.

- e. Tahap V, keluarga dengan anak remaja (anak tertua umur 13-20 tahun)

Tugas perkembangan keluarga pada tahap V yaitu menyeimbangkan kebebasan dengan tanggung jawab ketika remaja menjadi dewasa dan mandiri, memfokuskan kembali hubungan perkawinan, berkomunikasi secara terbuka antara orang tua dan anak-anak, memberikan perhatian, memberikan kebebasan dalam batasan tanggung jawab, mempertahankan komunikasi terbuka dua arah.

- f. Tahap VI, keluarga yang melepas anak usia dewasa muda (mencakup anak pertama sampai terakhir yang meninggalkan rumah)

Tugas perkembangan keluarga pada tahap VI yaitu memperluas siklus keluarga dengan memasukkan anggota keluarga baru yang didapat melalui perkawinan anak-anak, melanjutkan untuk memperbaharui hubungan perkawinan, membantu orang tua lanjut usia dan sakit-sakitan dari suami maupun istri, membantu anak mandiri, mempertahankan komunikasi, memperluas hubungan keluarga antara orang tua dengan menantu, menata kembali peran dan fungsi keluarga setelah ditinggalkan anak.

- g. Tahap VII, orang tua usia pertengahan (tanpa jabatan, pensiun)

Tugas perkembangan keluarga pada tahap VII yaitu menyediakan lingkungan yang meningkatkan kesehatan, mempertahankan hubungan yang memuaskan dan penuh arti para

orang tua dan lansia, memperkokoh hubungan perkawinan, menjaga keintiman, merencanakan kegiatan yang akan datang, memperhatikan kesehatan masing-masing pasangan, tetap menjaga komunikasi dengan anak-anak.

h. Tahap VIII, keluarga dalam masa pensiun dan lansia

Tugas perkembangan keluarga pada tahap VIII yaitu mempeertahankan pengaturan hidup yang memuaskan, menyesuaikan terhadap pendapatan yang menurun, mempertahankan hubungan perkawinan, menyesuaikan diri terhadap kehilangan pasangan, mempertahankan ikatan keluarga antar generasi, meneruskan untuk memahami eksistensi mereka, saling memberi perhatian yang menyenangkan antar pasangan, merencanakan kegiatan untuk mengisi waktu tua seperti berolahraga, berkebun mengasuh cucu.

5. Tingkat Kemandirian Keluarga

Kriteria atau ciri-ciri yang menjadi ketentuan tingkatan mulai dari tingkat kemandirian I sampai tingkat kemandirian IV, menurut Dep-Kes (2006) sebagai berikut :

- a. Tingkat kemandirian I ( keluarga mandiri tingkat I / KM-I) yaitu :  
Menerima petugas Perawatan Kesehatan Masyarakat; menerima pelayanan keperawatan yang diberikan sesuai dengan rencana keperawatan.
- b. Tingkat kemandirian II (keluarga mandiri tingkat II/KM-II) yaitu :  
Menerima petugas Perawatan Kesehatan Masyarakat; menerima pelayanan keperawatan yang diberikan sesuai dengan rencana

keperawatan; tahu dan dapat mengungkapkan masalah kesehatan secara benar; melakukan tindakan keperawatan sederhana sesuai yang dianjurkan; memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan secara aktif.

- c. Tingkat kemandirian III (keluarga mandiri tingkat III/KM-III) yaitu ; Menerima petugas Perawatan Kesehatan Masyarakat; menerima pelayanan keperawatan yang diberikan sesuai dengan rencana keperawatan; tahu dan dapat mengungkapkan masalah kesehatan secara benar; Melakukan tindakan keperawatan sederhana sesuai yang dianjurkan; memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan secara aktif; melaksanakan tindakan pencegahan sesuai anjuran.
- d. Tahap kemandirian IV (keluarga mandiri tingkat IV/KM-IV) yaitu : Menerima petugas Perawatan Kesehatan Masyarakat ;menerima pelayanan keperawatan yang diberikan sesuai dengan rencana keperawatan;tahu dan dapat mengungkapkan masalah kesehatan secara benar; melakukan tindakan keperawatan sederhana sesuai yang dianjurkan; memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan secara aktif;melaksanakan tindakan pencegahan sesuai anjuran; melakukan tindakan promotif secara aktif.

## **B. Konsep Dasar Stroke**

### 1. Pengertian

*Word Hard Organisation* (WHO) stroke adalah terjadinya gangguan fungsional otak fokal maupun global secara mendadak dan

akut yang berlangsung lebih dari 24 jam, akibat gangguan aliran darah otak Junaidi (2012).

Stroke adalah gangguan fungsional otak akut fokal maupun global akibat terhanbatnya aliran darah ke otak karena perdarahan ataupun sumbatan dengan gejala dan tanda sesuai bagian otak yang terkena, yang dapat sembuh sempurna, sembuh dngan cacat, atau kematian Junaidi (2012).

Deficit neurologis yang mempunyai serangan mendadak dan berlangsung 24 jam sebagai akibat dari CVD. (Hudak 1996 dikutip Fransisca, 2008)

## 2. Etiologi

Fransisca (2008) menyatakan etiologi Stroke adalah : kekurangan suplai oksigen menuju ke otak, pecahnya pembuluh darah ke otak karena kerapuhan pembuluh darah otak, adanya sumbatan bekuan darah di otak.

### 1) Trombosit

Trombosit adalah gumpalan darah yang adadi dalam dinding pembuluh darah, perlahan akan menutup akibat penyimpanan kolesterol dalam dinding arteri. Tanda tanda trombosit bervariasi, missal : sakit kepala, pusing kejang dan kehilangan bicara sementara, paralysis dan tanda ini tidak terjadi secara tiba-tiba.

### 2) Embolisme serebral

Bekuan darah atau material lain yang dibawa ke otak dari bagian tubuh yang lain : endocarditis, penyakit jantung reumatik, infeksi pulmonal. Emboli ini berasal dari thrombus dalam jantung sehingga emboli ini merupakan perwujudan dari penyakit jantung.

### 3) Iskemia

Iskemia adalah penurunan aliran darah ke otak yang disebabkan adanya sumbatan pembuluh darah arteri yang menuju ke otak sehingga suplai oksigen pada jaringan ke otak terganggu sehingga terjadi iskemia pada jaringan tersebut.

### 4) Hemoragic serebral

Hemoragic serebral adalah perdarahan pada batang otak akibat pecahnya pembuluh darah serebral dengan perdarahan ke dalam jaringan otak atau ruang sekitar otak sehingga darah masuk ke dalam jaringan otak.

## 3. Faktor resiko

Faktor resiko stroke dibagi menjadi dua yaitu faktor resiko Stroke yang tidak dapat dikendalikan dan dapat dikendalikan. Faktor resiko Stroke yang tidak dapat dikendalikan yaitu : faktor keturunan, umur, jenis kelamin, ras.

Junaidi (2012) mengatakan faktor resiko stroke yang dapat dikendalikan :

### 1) Stress

Stress jika tidak dikontrol dengan baik akan menimbulkan keadaan pada tubuh adanya keadaan bahaya sehingga direpson oleh tubuh secara berlebihan dengan mengeluarkan hormone-hormon yang membuat tubuh waspada. Dengan dikeluarkannya adrenalin atau hormone kewaspadaan lainnya secara berlebihan akan berefek pada peningkatan tekanan darah dan denyut jantung

2) Tekanan darah tinggi

Hipertensi mempercepat pengerasan dinding pembuluh darah arteri dan mengakibatkan penghancuran lemak pada sel otot polos sehingga mempercepat proses aterosklerosis.

3) Merokok

Merokok mengurangi seseorang dalam menanggulangi stress karena zat kimia dalam rokok terutama karbon monoksida akan mengikat oksigen dalam darah sehingga kadar oksigen dalam darah berkurang. Akibat yang ditimbulkan metabolisme tidak berjalan dengan semestinya.

4) Peminum alcohol

Alcohol merupakan racun pada otak dan pada tingkatan yang tinggi dapat mengakibatkan otak berhenti berfungsi. Alcohol oleh tubuh dipersepsikan sebagai racun. Oleh karenanya tubuh dalam hal ini hati akan memfokuskan kerjanya untuk menyingkirkan racun tersebut. Akibatnya bahan lain yang masuk dalam tubuh seperti karbohidrat dan lemak akan bersikulasi dalam darah harus menunggu giliran sampai proses pembuangan alcohol pada kadar yang normal selesai dilakukan.

5) Diabetes Millitus

Diabetes militus menyebabkan kadar lemak darah meningkat karena konversi lemak tubuh yang terganggu. Bagi penderita diabetes peningkatan kadar lemak darah sangat meningkatkan resiko penyakit jantung dan stroke. Diabetes mempercepat terjadinya aterosklerosis baik pada pembuluh darah kecil maupun pembuluh darah besar

diseluruh pembuluh darah termasuk pembuluh darah otak dan jantung. Kadar glukosa darah tinggi pada stroke akan memperbesar meluasnya area infark karena terbentuknya asam laktat akibat metabolisme glukosa yang dilakukan secara anaerob yang merusak jaringan otak.

#### 6) Kegemukan atau Obesitas

Obesitas dapat meningkatkan kejadian stroke terutama bila disertai dengan dyslipidemia dan atau hipertensi, melalui proses aterosklerosis.

#### 4. Patofisiologi

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 defisi sementara dan bukan deficit permanen. Sedangkan iskemik yang terjadi dalam waktu lama dapat menyebabkan sel mati permanen dan mengakibatkan infark pada otak.

Setiap deficit permanen 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. Deficit fokal permanen dapat tidak diketahui jika klien pertama kali mengalami iskemik otak total yang dapat teratasi.

Jika aliran darah ke bagian otak terhambat karena thrombus atau emboli, maka mulai terjadi kekurangan suplai oksigen ke jaringan otak.

Kekurangan oksigen dalam satu menit dapat menunjukkan 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, di mana sel-sel neuron tidak mampu menyimpan glikogen sehingga kebutuhan metabolisme tergantung dari glukosa dan oksigen yang terdapat pada arteri-arteri yang menuju otak.

Perdarahan intracranial termasuk perdarahan kedalam ruang subaraknoid 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 tromosit dan oleh tekanan jaringan. Setelah 3 minggu, darah mulai direabsorpsi. Rupture ulangan merupakan resiko serius yang terjadi sekitar 7-10 hari setelah perdarahan pertama.

Ruptur ulangan mengakibatkan terhentinya aliran darah kebagian tertentu, menimbulkan iskemik fokal, dan infark jaringan otak. Hal tersebut dapat menimbulkan gegar otak dan kehilangan kesadaran, peningkatan tekanan cairan serebrospinal (CSS), dan menyebabkan gesekan otak (otak terbelah sepanjang serabut). Perdarahan mengisi ventrikel atau hematoma yang merusak jaringan otak.

Perubahan sirkulasi CSS, obstruksi vena, adanya edema dapat meningkatkan tekanan intracranial yang membahayakan jiwa dengan cepat. Peningkatan tekanan intracranial yang tidak diobati mengakibatkan herniasi unkus atau serebellum. Disamping itu terjadi brancikardia, 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 ,endorong spasme arteri ang berakibat menurunnya perfusi serebral. Spasme serebri atau vasospasme biasa terjadi pada hari ke 4 sampai ke 10 setelah terjadinya perdarahan dan mnyebabkan konstriksi ateri otak. Vasospasme merupakan komplikasi yang mengakibatkan terjadinya penurunan fokal neurologis, iskemik otak, dan infark Junaidi (2012)

## 5. Klasifikasi

### a. Stroke iskemik (non hemoragik)

Stroke iskemik yaitu tersumbatnya pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ke oak sebagian atau keseluruhan terhenti. 80% stroke adalah stroke iskemik, gejala utama adalah timbulnya deficit neurologis secara mendadak didahului gejala prodromal, terjadi pada waktu istirahat atau bangun pagi dan biasanya kesadaran tidak menurun, kecuali bila embolus cukup besar, biasanya terjadi pada usia 50 tahunke atas.

Stroke iskemik dibagi menjadi 3 jenis yaitu :

- 1) Stroke trombolik, yaitu proses terbentuknya thrombus yang membuat penggumpalan sehingga terjadi penyumbatan pembuluh darah oleh kerak/plak dinding arteri.
- 2) Stroke embolik, yaitu tertutupnya pembuluh arteri oleh bekuan darah sehingga terjadi sumbatan arteri oleh pecahan plak (emboli) dari jantung.
- 3) Hipoperfusi sistemik, yaitu berkurangnya aliran darah ke seluruh bagian tubuh karena adanya gangguan denyut jantung. NANDA (2012)

b. Stroke Hemoragik

Serangan sering terjadi pada usia 20-40 tahun dan biasanya timbul setelah beraktivitas fisik atau karena psikologis (mental).

Fransisca 2008 menjelaskan stroke hemoragik dibagi menjadi 2 jenis yaitu :

1) Perdarahan intraserebral (*parenchymatons hemorrhage*)

Gejalanya yang dirasakan yaitu : tidak jelas, kecuali nyeri kepala hebat karena hipertensi. Serangan terjadi pada pada siang hari, saat beraktivitas, dan emosi atau marah. Mual atau muntah pada permulaan serangan Hemiparesis atau hemiplegia terjadi sejak awal serangan. Kesadaran menurun dengan cepat dan menjadi koma ( 65% terjadi kurang dari ½ jam-2 jam, < 2% terjadi setelah 2 jam-19 hari)

2) Perdarahan subarachnoid (*subarachnoid hemorrhage*)

Gejala yang dirasakan yaitu : nyeri kepala hebat dan mendadak. Kesadaran sering terganggu dan sangat bervariasi. Ada tanda atau gejala meninggal. Papilledema terjadi bila ada perdarahan

subarachnoid karena pecahnya aneurisma pada arteri komunikans anterior atau arteri karotis interna.

#### 6. Manifestasi klinis

Gejala klinis pada stroke hemoragik berupa : Deficit neurologis mendadak, didahului gejala prodromal yang terjadi pada saat istirahat atau bangun pagi. Kadang tidak terjadi penurunan kesadaran. Terjadi terutama pada usia >50 tahun. Gejala neurologis yang timbul tergantung pada berat ringannya gangguan pembuluh darah dan lokasinya.

Gejala klinis pada stroke akut berupa : kelumpuhan wajah atau anggota badan (biasanya hemiparesis) yang timbul mendadak. Gangguan sensibilitas pada satu anggota badan (gangguan hemisensorik). Perubahan mendadak pada status mental(konfusi, delirium, letargi, stupor atau koma). *Afasia* (tidak lancar atau tidak dapat bicara). *Disartria* (bicara pelo atau cedal). *Ataksia* (tungkai atau anggota badan tidak tepat pada sasaran). *Vertigo* (mual dan muntah atau nyeri kepala). Fransisca (2008)

#### 7. Pemeriksaan Diagnostik

- a. Fransisca (2008) menjabarkan pemeriksaan penunjang stroke yaitu : 1) Angiografi serebral. Membantu menentukan penyebab stroke secara spesifik misalnya pertahanan atau sumbatan arteri; 2) Scan Tomografi Komputer ( *Computer Tomography scan-CT scan*). Mengetahui adanya tekanan abnormal dan adanya thrombosis, emboli serebral, dan tekanan intracranial (TIK). Peningkatan TIK dan cairan yang mengandung darah menunjukkan adanya perdarahan subarachnoid dan perdarahan intracranial. Kadar protein total meningkat, beberapa kasus thrombosis disertai proses inflamasi. 3) *Magnetic Resonance*

*Imaging* (MRI). Menunjukkan daerah infark, perdarahan, malformasi arteriovena (MAV); 4) *Ultrasonografi Doppler* (USG Doppler). Mengidentifikasi penyakit arteriovena ( masalah system atrei karotis [aliran darah atau timbulnya plak dan arteriklerosis; 5) Elektroensefalogram. Mengidentifikasi masalah pada gelombang otak dan memperlihatkan daerah lesi yang spesifik; 6) Sinar tengkorak. Menggambarkan perubahan kelenjar lempeng pienal daerah yang berlawanan dari massa yang meluas, klasifikasi karotis interna terdapat pada thrombosis serebral, klasifikasi parsial dinding aneurisma pada perdarahan subrakhnoid.

b. Pemeriksaan laboratorium

Fransisca (2008) menjelaskan pemeriksaan laboratorium meliputi : pemeriksaan darah rutin, gula darah, urine rutin, cairan cerebrospinal, analisa gas darah (AGD), biokimia darah, elektrolit.

8. Komplikasi

Junaidi (2012) menjelaskan komplikas stroke yaitu :

- a. Decubitus : tidur yang terlalu lama karena lumpuh dapat mengakibatkan luka/lecet pada abgian tubuh yang menjadi tumpuan saat berbaring, seperti : punggung, pantat, sendi kaki, dan tumit.
- b. Bekuan darah : bekuan darah mulai terjadi pada kaki yang lumpuh, penumpukan cairan dan pembengkakan, embolisme paru-paru.
- c. Pneumonia : 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 antibiotic.

- d. Kekakuan otot dan sendi : terbaring lama akan mengakibatkan kekakuan otot dan sendi, untuk itulah fisioterapidilakukan sehingga kekakuan tidak terjadi atau mibimal dikurangi.
  - e. Pembengkakan otak
  - f. Infeksi : saluran kemih, paru (pneumonia apirasi)
  - g. Kardiovaskuler : gagal jantung, serangan jantung, emboli paru.
  - h. Gangguan proses berpikir dan ingatan.
9. Penatalaksanaan Medis
- a. Terapi stroke hemoragik pada serangan akut yaitu : 1) saran operasi diikuti dengan pemeriksaan; 2) masukkan klien ke unit perawatan saraf untuk dirawat dibagian bedah syaraf; 3) penatalaksanaan umum dibagian saraf; 4) penatalaksanaan khusus pada kasus : *Subarachnoid hemorrhage* dan *intraventricular hemorrhage*, kombinasi antara *parenchymatous* dan *subarachnoid hemorrhage*. *parenchymatous hemorrhage*; 5) neurologis : pengawasan tekanan darah dan konsentrasinya, , kontrol adanya edema yang dapat menyebabkan kematian jaringan otak; 6) terapi perdarahan dan perawatan pembuluh darah : antifibrinotik untuk meningkatkan mikrosirkulasi dosis kecil, natrii Etamsylate (Dynone®) 250 mg x 4 hari IV sampai 10 hari, kalsium mengandung obat, Rutinium®, Vicasolum®, Ascorbium®; 7) kontrol adanya edema yang dapat menyebabkan kematian jaringan otak; 8) pengawasan tekanan darah dan konsentrasinya.
  - b. Perawatan umum klien dengan serangan stroke akut yaitu : pengaturan suhu, atur suhu runagan menjadi 18-20°C. Pemantauan

keadaan umum klien (EKG, nadi, saturasi O<sub>2</sub>, PO<sub>2</sub>, PCO<sub>2</sub> pengukuran suhu tubuh tiap dua jam.

#### 10. Pencegahan Stroke

Junaidi (2012) menjelaskan pencegahan stroke ada 2 yaitu :

##### a. Pencegahan Primer

Pencegahan primer penyakit stroke yaitu : menjalani 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 coroner, kadar kolesterol LDL darah yang tinggi, kadar asam urat darah tinggi, kegemukan, perokok, peminum alcohol, stress.

#### 11. Penanganan pasca Stroke

Fransisca (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 di rumah. 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.

### **C. Konsep Asuhan Keperawatan**

#### 1. Pengkajian

##### a. Data umum

Pengkajian terhadap data umum keluarga meliputi:

- 1) Nama kepala keluarga
- 2) Alamat dan telephone
- 3) Pekerjaan kepala keluarga
- 4) Pendidikan kepala keluarga
- 5) Komposisi keluarga dan genogram
- 6) Tipe keluarga

Menjelaskan mengenai jenis/tipe keluarga beserta kendala atau masalah-masalah yang terjadi dengan jenis atau tipe keluarga tersebut.

##### 7) Suku bangsa

Mengkaji asal-usul suku bangsa keluarga tersebut serta mengidentifikasi budaya suku bangsa tersebut terkait dengan kesehatan.

##### 8) Agama

Mengkaji lainnya agama yang dianut oleh keluarga serta kepercayaan yang dapat mempengaruhi kesehatan.

9) Status social ekonomi keluarga

Status sosial ekonomi keluarga ditentukan oleh pendapatan baik dari kepala keluarga maupun dari anggota keluarga lainnya. Selain itu status social ekonomi keluarga ditentukan pula oleh kebutuhan-kebutuhan yang di keluarkan oleh keluarga serta barang-barang yang dimiliki oleh keluarga.

10) Aktifitas rekreasi keluarga

Rekreasi keluarga tidak hanya dilihat dari kapan saja keluarga pergi bersama-sama untuk mengunjungi tempat rekreasi tertentu, namun dengan nonton televisi an mendengar radio juga merupakan aktifitas rekreasi.

b. Riwayat dan tahap perkembangan keluarga

1) Tahap perkembangan keluarga saat ini

Tahap perkembangan keluarga ditentukan dengan anak tertua dari keluarga inti. Contoh : keluarga bapak A memiliki dua orang anak, anak pertama berusia tujuh tahun dan anak kedua berusia empat tahun, maka keluarga bapak A berada pada tahap perkembangan keluarga dengan usia sekolah.

2) Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi.

Menjelaskan mengenai tugas perkembangan keluarga yang belum terpenuhi oleh keluarga serta kendala-kendala mengapa kendala-kendala tersebut belum terpenuhi.

3) Riwayat keluarga inti

Menjelaskan mengenai riwayat kesehatan pada keluarga inti, meliputi riwayat penyakit keturunan, riwayat kesehatan masing-masing

anggota keluarga, perhatian keluarga terhadap pencegahan penyakit termasuk status imunisasi, sumber pelayanan kesehatan yang biasa digunakan keluarga dan pengalaman terhadap pelayanan kesehatan.

4) Riwayat keluarga sebelumnya

Menjelaskan mengenai riwayat kesehatan pada keluarga dari pihak suami dan istri.

c. Pengkajian lingkungan

1) Karakteristik rumah

Karakteristik rumah diidentifikasi dengan melihat luas rumah, tipe rumah, jumlah ruangan, jumlah jendela, jarak septic tank, dengan sumber air, sumber air minum yang di gunakan sekarang dengan denah rumah.

2) Karakteristik tetangga dan komunitas

Menjelaskan mengenai karakteristik dari tetangga dan komunitas setempat meliputi kebiasaan, lingkungan fisik, aturan dan kesepakatan penduduk setempat yang mempengaruhi kesehatan.

3) Mobilitas geografis

Mobilitas geografis keluarga di tentukan dengan melihat kebiasaan keluarga berpindah tempat.

4) Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat

Menjelaskan mengenai waktu yang digunakan keluarga untuk berkumpul serta perkumpulan keluarga yang ada dan sejauh mana interaksi keluarga dengan masyarakat.

#### d. Struktur keluarga

##### 1) Sistem pendukung keluarga

Yang termasuk sistem pendukung keluarga adalah jumlah anggota keluarga yang sehat, fasilitas-fasilitas yang dimiliki keluarga untuk menunjang kesehatan mencakup fasilitas fisik, fasilitas psikologis atau dukungan dari anggota keluarga dan fasilitas sosial atau dukungan dari masyarakat setempat.

##### 2) Pola komunikasi keluarga

Menjelaskan mengenai cara berkomunikasi antar anggota keluarga.

##### 3) Struktur kekuatan keluarga

Kemampuan anggota keluarga mengendalikan mempengaruhi orang lain untuk mengubah perilaku.

##### 4) Struktur peran

Menjelaskan peran dari masing-masing anggota keluarga baik secara formal maupun informal.

##### 5) Nilai dan norma keluarga

Menjelaskan mengenai nilai dan norma yang di anut oleh keluarga berhubungan dengan kesehatan.

#### e. Fungsi Keluarga

##### 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.

2) Fungsi Sosialisasi

Dikaji bagaimana interaksi atau hubungan dalam keluarga sejauh mana anggota keluarga belajar disiplin, norma, budaya serta perilaku.

3) Fungsi Perawatan Kesehatan

Menjelaskan sejauh mana keluarga menyediakan makanan, pakaian, pelindung serta merawat anggota keluarga yang sakit. Kesanggupan keluarga di dalam melaksanakan perawatan kesehatan dapat dilihat dari kemampuan keluarga dalam melaksanakan lima tugas kesehatan, yaitu keluarga mampu mengenal masalah kesehatan, mengambil keputusan untuk melakukan tindakan, melakukan perawatan terhadap anggota keluarga yang sakit, menciptakan lingkungan yang dapat meningkatkan kesehatan dan mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan yang tersapat dilingkungan setempat

Friedman (2010) menjelaskan :

a) Keyakinan, nilai dan perilaku keluarga

Keyakinan, nilai dan perilaku keluarga yang perlu dikaji yaitu nilai yang berlaku dalam keluarga, pencegahan yang berlaku dalam keluarga, kekonsistenan antara nilai dan kesehatan keluarga yang disebutkan dan perilaku kesehatan mereka. Aktivitas promosi kesehatan yang diikuti keluarga secara teratur. Tujuan kesehatan keluarga.

b) Definisi sehat-sakit keluarga dan tingkat pengetahuan keluarga

Definisi sehat sakit keluarga dan tingkat pengetahuan keluarga yang perlu dikaji yaitu keluarga mendefinisikan sehat dan sakit untuk masing-masing anggota keluarga, yang memutuskan. Keluarga mengamati dan melaporkan gejala serta perubahan yang signifikan. Sumber informasi dan saran kesehatan anggota keluarga. Informasi kesehatan dan saran diberikan kepada anggota keluarga. Status kesehatan dan kerentanan penyakit yang dirasakan keluarga. Keluarga menilai status kesehatan saat ini. Masalah kesehatan saat ini yang teridentifikasi oleh keluarga. Seberapa serius masalah kesehatan yang dirasakan anggota keluarga sehingga mereka merasa rentan. Persepsi keluarga mengenai seberapa besar pengendalian mereka terhadap kesehatan dengan melakukan tindakan kesehatan yang tepat.

c) Praktik diet keluarga

Praktik diet keluarga yang perlu dikaji yaitu : keluarga mengetahui sumber makanan dari Piramida Pedoman Makanan atau tidak, diet keluarga adekua, yang bertanggung jawab merencanakan, berbelanja, dan menyiapkan makanan. Pengolahan makanan. Makanan yang dikonsumsi sehari. Pembatasan anggaran. Pemanfaatan kupon makan. Keadekuatan penyimpanan dan pendinginan. Waktu makan berfungsi khusus bagi keluarga. Sikap keluarga terhadap makanan dan waktu makan. Kebiasaan kudapan keluarga.

d) Kebiasaan tidur dan istirahat

Kebiasaan tidur dan istirahat yang perlu dikaji yaitu : kebiasaan tidur anggota keluarga. Pemenuhan kebutuhan tidur yang sesuai dengan usia dan status kesehatan mereka. Ditetapkannya jam tidur dalam keluarga. Anggota keluarga tidur siang secara teratur atau memiliki cara istirahat lain selama siang hari. Siapa yang memutuskan kapan anak-anak tidur. Dimana anggota keluarga tidur.

e) Aktivitas dan rekreasi fisik

Aktivitas dan rekreasi fisik yang perlu dikaji yaitu : keluarga menyadari bahwa rekreasi aktif dan latihan aerobik teratur diperlukan agar kesehatan baik. Aktivitas kerja harian yang memungkinkan untuk melakukan aktivitas fisik. Jenis rekreasi dan aktivitas fisik ( misal ; jogging, bersepeda, berenang, berdansa, tenis) yang diikuti anggota keluarga, seberapa sering, siapa saja yang ikut. Aktivitas harian yang dilakukan oleh anggota keluarga membutuhkan tingkat pengeluaran energy sedang. Anggota keluarga menghabiskan minimal hampir 30 menit setiap hari mengikuti aktivitas fisik sedang atau berat. Aktivitas rekreasi/waktu luang subsistem keluarga ( subsistem keluarga, orang tua-anak, dan sibling. Seberapa sering aktiitas ini terjadi, anggota keluarga yang ikut serta dalam aktivitas tersebut. Keyakinan keluarga mengenai hubungan aktivitas fisik dengan kesehatan. Gali perasaan anggota keluarga tentang aktivitas waktu luang/rekreasi keluarga (kepuasan dengan waktu yang dihabiskan dan tipe aktivitas)

- f) Praktik obat terapeutik dan penenang, alcohol, dan tembakau dalam keluarga

Praktik obat terapeutik dan penenang, alcohol, dan tembakau dalam keluarga yang perlu dikaji yaitu : penggunaan alcohol, tembakau, kopi, atau teh dalam keluarga (kafein dan teobromin adalah stimulant). Penggunaan anggota keluarga dalam meminum obat penenang. Lama anggota keluarga yang telah menggunakan alcohol atau obat-obatan penenang lainnya. Penggunaan tembakau, alcohol, atau obat resep/terlarang oleh anggota keluarga dirasakan sebagai masalah atau tidak. Penggunaan alcohol atau obat-obatan lain mengganggu kapasitas menjalankan aktivitas biasa atau tidak. Anggota keluarga secara teratur menggunakan obat yang dijual bebas atau obat resep. Keluarga menyimpan obat selama periode waktu lama dan digunakan lagi. Obat berlabel baik dan dalam tempat aman jauh dari anak-anak kecil.

- g) Peran keluarga dalam perawatan diri

Peran keperawatan keluarga yang perlu dikaji yaitu : yang dilakukan keluarga untuk memperbaiki status kesehatan, yang dilakukan keluarga untuk mencegah sakit/penyakit, pemimpin kesehatan dalam keluarga, yang mengambil keputusan dalam keluarga, yang dilakukan keluarga untuk merawat masalah kesehatan dan penyakit di rumah, seberapa kompeten keluarga dalam perawatan diri terkait dengan pengenalan tanda dan gejala, diagnosis, dan terapi umum dirumah mengenai masalah kesehatan sedehana. Nilai, sikap, dan keyakinan keluarga mengenai perawatan dirumah

h) Praktik lingkungan dan hygiene

Pertanyaan ini telah tercakup dalam data lingkungan keluarga

i) Tindakan pencegahan berbasis medis

Tindakan pencegahan berbasis medis yang perlu dikaji yaitu : riwayat dan perasaan keluarga tentang menjalankan pemeriksaan fisik saat sehat. Pemeriksaan mata dan pendengaran terakhir yang dilakukan. Status imunisasi anggota keluarga. Penggunaan air terfloridasi dalam keluarga, atau suplemen florida harian diresepkan untuk anak-anak. Kebiasaan hygiene oral keluarga berkenaan dengan menyikat dan menggunakan benang gigi setelah makan. Pola asupan gula sederhana dan karbohidrat keluarga. Anggota keluarga mendapatkan perawatan gigi profesional yang bertujuan mencegah secara teratur termasuk pendidikan kesehatan, sinar X berkala, pembersihan, dan bagi anak-anak, florida topikal atau oral

j) Terapi komplementer dan alternative

Terapi komplementer dan alternative yang perlu dikaji yaitu : praktik perawatan kesehatan alternatif yang digunakan anggota keluarga. Seringnya mereka terlibat dalam praktik dan untuk alasan mereka melakukan praktik ini. Anggota keluarga merasa praktik ini akan menguntungkan kesehatannya atau tidak. Praktik ini dilakukan berkoordinasi dengan layanan berbasis medis lainnya atau tidak.

k) Riwayat kesehatan keluarga

Riwayat kesehatan keluarga yang perlu dikaji yaitu : kesehatan semua anggota keluarga asli dan pernikahan (kakek nenek, orang

tua, bibi, paman, saudara kandung dan anak-anak) selama 3 generasi. Riwayat penyakit genetik atau keluarga di masa lalu misal, diabetes, penyakit jantung, tekanan darah tinggi, stroke, kanker, asam urat, penyakit ginjal, penyakit tiroid, asma dan status alergi lain, penyakit darah, atau penyakit keluarga lainnya. Riwayat masalah emosional atau bunuh diri dalam keluarga. Penyakit yang terkait dengan lingkungan di masa lalu atau sekarang.

l) Pelayanan kesehatan yang diperoleh

Pelayanan kesehatan yang diperoleh yang perlu dikaji yaitu : dari praktisi perawatan kesehatan dan/atau lembaga perawatan kesehatan mana anggota keluarga memperoleh perawatan. Penyedia layanan kesehatan ini memeriksa semua anggota keluarga dan memenuhi semua kebutuhan kesehatan mereka. Perasaan dan persepsi berkenaan dengan layanan kesehatan. Perasaan keluarga tentang jenis layanan kesehatan yang ada di dalam komunitas. Perasaan dan persepsi keluarga mengenai layanan kesehatan yang diperoleh. Keluarga nyaman, puas, dan percaya dengan perawatan yang diperoleh dari penyedia perawatan kesehatannya. Keluarga memiliki pengalaman lalu dengan layanan keperawatan kesehatan keluarga. Sikap dan harapan keluarga terhadap peran perawat.

m) Layanan kesehatan darurat

Layanan kesehatan darurat yang perlu dikaji yaitu : lembaga atau dokter tempat keluarga memperoleh perawatan. Layanan medis oleh penyedia perawatan kesehatan saat ini tersedia atau tidak jika terjadi keadaan darurat. Jika layanan darurat tidak tersedia, keluarga

tahu dimana layanan darurat terdekat yang ada baik untuk anak-anak maupun orang dewasa dalam keluarga. Keluarga tahu atau tidak cara menghubungi ambulans dan layanan para medis. Rencana keluarga dalam memiliki kesehatan darurat.

n) Sumber pembayaran

Sumber pembayaran yang perlu dikaji yaitu : cara keluarga membayar layanan yang diperoleh. keluarga memiliki polis asuransi kesehatan swasta, Medicare, atau Medicaid, atau keluarga harus membayar penuh atau sebagian untuk layanan. Cara keluarga memperoleh layanan gratis ( atau mengetahui siapa yang berhak mendapatkan ). Pengaruh biaya perawatan kesehatan pada pemanfaatan layanan kesehatan keluarga. Jika keluarga memiliki asuransi kesehatan (swasta, Medicare, dan/atau Medicaid), apakah keluarga diberi informasi mengenai layanan yang tercakup, seperti layanan pencegahan, peralatan medis khusus, kunjungan rumah, dan sebagainya.

o) Logistik perawatan yang diperoleh

Logistic perawatan yang diperoleh yang perlu dikaji yaitu : jarak fasilitas perawatan kesehatan dari rumah. Model transportasi yang digunakan keluarga untuk sampai ke pelayanan kesehatan. Jika keluarga harus bergantung pada transportasi umum, masalah berkenaan dengan jam layanan dan waktu perjalanan fasilitas perawatan kesehatan.

4) Hal yang perlu dikaji sejauh mana keluarga melakukan pemenuhan tugas perawatan kesehatan keluarga:

- a. Untuk mengetahui kemampuan keluarga mengenal masalah kesehatan, maka perlu dikaji sejauh mana keluarga mengetahui fakta-fakta dari masalah kesehatan, meliputi pengertian, tanda dan gejala, factor penyebab dan yang mempengaruhinya serta persepsi keluarga terhadap masalah.
- b. Untuk mrngetahui keluarga dalam mengambil keputusan mengenai tindakan kesehatan yang tepat
- c. Untuk mengetahui sejauh mana pengetahuan keluarga yang sakit, termasuk kemampuan memelihara lingkungan dan menggunakan sumber/fasilitas kesehatan yang ada di masyarakat.
- d. Untuk mengetahui sejauh mana kemampuan keluarga memelihara lingkungan rumah yang sehat.
- e. Untuk mengetahui sejauh mana kemampuan keluarga memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan masyarakat.

5) Fungsi Reproduksi

Hal yang perlu dikaji mengetahui fungsi reproduksi keluarga adalah berapa jumlah anak, rencana keluarga berkaitan dengan jumlah anggota keluarga, metode yang di gunakan keluarga dalam upaya mengendalikan jumlah anggota keluarga.

6) Fungsi Ekonomi

Hal yang perlu dikaji yaitu sejauh mana keluarga memenuhi sandang, pangan, papan, sejauh mana keluarga memanfaatkan sumber

yang ada di masyarakat dalam upaya peningkatan status kesehatan keluarga.

f. Stres Dan Koping

1. Stressor jangka pendek dan panjang.

Stressor jangka pendek yang dialami keluarga memerlukan penyelesaian dalam waktu kurang dari 6 bulan. Stressor jangka panjang yaitu stressor yang dialami keluarga memerlukan penyelesaian dalam waktu lebih dari 6 bulan.

2. Kemampuan keluarga berespon terhadap stressor

Dikaji sejauh mana keluarga berespon terhadap stressor.

3. Strategi koping yang digunakan

Dikaji strategi koping yang digunakan bila menghadapi permasalahan.

4. Strategi adaptasi disfungsional

Dijelaskan mengenai strategi adaptasi disfungsional yang digunakan keluarga bila menghadapi permasalahan.

g. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan pada semua anggota keluarga. Metode yang di gunakan sama dengan pemeriksaan fisik diklinik.

h. Harapan keluarga

Pada akhir pengkajian perawat menanyakan harapan keluarga terhadap petugas kesehatan yang ada.

i. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa yang sering muncul dalam proses asuhan keperawatan keluarga :

- 1) Resiko cedera
- 2) Kerusakan mobilitas fisik
- 3) Regimen terapeutik tidak efektif
- 4) Gangguan mobilitas

j. Intervensi

1) Resiko cedera

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x45menit selama 3 hari diharapkan keluarga mampu:

- a) TUK 1 mengenal masalah: pengajaran proses penyakit
- b) TUK 2 mengambil keputusan: dukungan mengambil keputusan
- c) TUK 3 merawat anggota keluarga: manajemen nutrisi
- d) TUK 4 memodifikasi lingkungan : manajemen lingkungan (kenyamanan)
- e) TUK 5 memanfaatkan fasilitas kesehatan: konsultasi

2) Kerusakan mobilitas fisik

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x45menit selama 3 hari diharapkan keluarga mampu:

- a) TUK 1 mengenal masalah: pengajaran proses penyakit
- b) TUK 2 mengambil keputusan: dukungan mengambil keputusan
- c) TUK 3 merawat anggota keluarga: manajemen nutrisi
- d) TUK 4 memodifikasi lingkungan : manajemen lingkungan (kenyamanan)

- e) TUK 5 memanfaatkan fasilitas kesehatan: konsultasi dan mengunjungi fasilitas kesehatan.

3) Regimen terapeutik tidak efektif

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x45menit selama 3 hari diharapkan keluarga mampu:

- a) TUK 1 mengenal masalah: pengajaran proses penyakit
- b) TUK 2 mengambil keputusan: dukungan mengambil keputusan
- c) TUK 3 merawat anggota keluarga: manajemen nutrisi
- d) TUK 4 memodifikasi lingkungan : manajemen lingkungan (kenyamanan)
- e) TUK 5 memanfaatkan fasilitas kesehatan: konsultasi

4) Gangguan mobilitas

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x45menit selama 3 hari diharapkan keluarga mampu:

- a) TUK 1 mengenal masalah: pengajaran proses penyakit
- b) TUK 2 mengambil keputusan: dukungan mengambil keputusan
- c) TUK 3 merawat anggota keluarga: manajemen nutrisi
- d) TUK 4 memodifikasi lingkungan : manajemen lingkungan (kenyamanan)
- e) TUK 5 memanfaatkan fasilitas kesehatan: konsultasi