

## **BAB II TINJAUAN PUSTAKA**

### **A. Tinjauan Konsep Kebutuhan Dasar**

#### **1. Kebutuhan dasar manusia**

Kebutuhan dasar manusia menurut Abraham Maslow atau yang disebut dengan Hierarki kebutuhan dasar maslow yang meliputi lima kategori kebutuhan dasar, yaitu:

a. **Kebutuhan Fisiologis**

Kebutuhan fisiologis memiliki prioritas tertinggi dalam hierarki maslow. Umumnya, seseorang yang memiliki beberapa kebutuhan yang belum terpenuhi akan lebih dulu memenuhi kebutuhan fisiologisnya dibandingkan kebutuhan lainnya. Berikut adalah macam-macam kebutuhan dasar fisiologis menurut hierarki maslow meliputi kebutuhan oksigen dan pertukaran gas, kebutuhan cairan dan elektrolit, kebutuhan makanan, kebutuhan eliminasi urine , kebutuhan istirahat tidur, kebutuhan aktivitas, kebutuhan kesehatan temperature tubuh, dan kebutuhan seksual. Apabila kebutuhan fisiologis ini terpenuhi, maka seseorang akan berusaha untuk memenuhi kebutuhan lain yang lebih tinggi dan begitu seterusnya.

b. **Kebutuhan Keselamatan dan Rasa Aman**

Kebutuhan keselamatan dan rasa aman adalah kebutuhan untuk melindungi diri dari berbagai macam bahaya yang mengancam, baik yang mengancam fisik dan psikososial. Ancaman terhadap fisik dalam kebutuhan ini adalah ancaman mekanik, kimia, termal, dan bakteri. Keselamatan dan keamanan dalam konteks secara fisiologis berhubungan dengan sesuatu yang mengancam tubuh seseorang dan kehidupannya. Ancaman itu bisa berbentuk nyata ataupun berbentuk imajinasi, misalnya penyakit, nyeri, cemas dan lain sebagainya. Salah satu contoh dalam memenuhi kebutuhan keselamatan dan rasa aman yaitu pada orang dengan masalah gangguan kebutuhan mobilitas fisik karena dalam beraktivitas dan memenuhi kebutuhan membutuhkan bantuan dari orang lain maka untuk melindungi diri dari berbagai

macam bahaya yang mengancam dibutuhkan bantuan dan dukungan dari orang terdekat atau orang lain

c. **Kebutuhan Rasa Cinta, Memiliki dan Dimiliki**

Kebutuhan rasa cinta adalah kebutuhan saling memiliki dan dimiliki terdiri dari memberi dan menerima kasih sayang, perasaan dimiliki dan hubungan yang berarti dengan orang lain, kehangatan, persahabatan, mendapat tempat atau diakui dalam keluarga, kelompok serta lingkungan sosial. Rasa cinta juga dapat diartikan sebagai keadaan untuk saling mengerti secara dalam dan menerima sepenuh hati.

d. **Kebutuhan Harga Diri**

Kebutuhan harga diri adalah penilaian individu terhadap kehormatan diri, melalui sikap terhadap dirinya sendiri yang menggambarkan sejauh mana individu tersebut menilai dirinya.

e. **Kebutuhan Aktualisasi Diri**

Aktualisasi diri merupakan kemampuan seseorang untuk mengatur diri sendiri sehingga bebas dari berbagai tekanan, baik tekanan yang berasal dari dalam diri maupun tekanan dari luar diri. Kebutuhan aktualisasi diri merupakan tingkat kebutuhan yang paling tinggi menurut Maslow dan Kalish. Oleh karenanya untuk mencapai tingkat kebutuhan aktualisasi diri banyak hambatan yang harus dilalui (Adinda & Yuni Fitriani, 2017).

Dalam buku *Kebutuhan Dasar Manusia*, konsep hierarki Maslow ini menjelaskan bahwa manusia memiliki sifat yang selalu berubah menurut kebutuhannya. Jika seseorang merasa puas terhadap kebutuhannya, ia akan menikmati kesejahteraan dan bebas untuk berkembang menuju potensi yang lebih besar. Sebaliknya, jika proses pemenuhan kebutuhan ini mengalami gangguan maka akan timbul kondisi patologis. Oleh karena itu, dengan konsep kebutuhan dasar Maslow akan diperoleh persepsi yang sama bahwa untuk beralih ke kebutuhan yang lebih tinggi, kebutuhan dasar yang ada dibawahnya harus terpenuhi terlebih dahulu (Mubarak 2015).

## 2. Konsep dasar aktivitas

Dikutip dalam buku ajar ilmu keperawatan dasar (Mubarak,2015) kebanyakan orang menilai tingkat kesehatannya berdasarkan kemampuannya untuk melakukan aktivitas sehari-hari. Kemampuan beraktivitas merupakan kebutuhan dasar manusia yang diharapkan oleh setiap manusia. Kemampuan tersebut meliputi berdiri, berjalan, bekerja dan sebagainya. Dengan beraktivitas tubuh akan menjadi sehat, seluruh sistem tubuh dapat berfungsi dengan baik dan metabolisme tubuh dapat menjadi lebih optimal. Disamping itu, kemampuan bergerak (mobilisasi) juga dapat mempengaruhi harga diri dan citra tubuh. Dalam hal ini, kemampuan aktivitas tubuh tidak lepas dari sistem muskuloskeletal dan persarafan yang adekuat.

### a. Sistem Tubuh yang Berperan dalam Aktivitas

Dikutip dalam buku ajar ilmu keperawatan dasar (Mubarak,2015) Sistem tubuh yang berperan membantu dalam aktivitas adalah sistem muskuloskeletal dan sistem persarafan.

#### 1) Sistem Muskuloskeletal

Sistem muskuloskeletal terdiri atas tulang (rangka), otot dan sendi. Sistem ini sangat berperan dalam pergerakan aktivitas manusia. Secara umum, rangka memiliki beberapa fungsi, yakni sebagai berikut :

- a) Menyokong jaringan tubuh, termasuk memberi bentuk pada tubuh (postur tubuh)
- b) Melindungi bagian tubuh yang lunak, seperti otak, paru-paru, hati dan medulla spinalis
- c) Sebagai tempat melekatnya otot dan tendon, termasuk juga ligament
- d) Sebagai sumber mineral, seperti garam, fosfat dan lemak.
- e) Berperan dalam proses hematopoiesis (produksi sel darah).

#### 2) Sistem Persarafan

Secara spesifik, sistem persarafan memiliki beberapa fungsi, yaitu:

- a) Saraf aferen (reseptor), berfungsi menerima rangsangan dari luar kemudian meneruskannya ke susunan saraf pusat
- b) Sel saraf atau neuron, berfungsi membawa impuls dari bagian tubuh satu ke bagian tubuh lainnya
- c) Sistem Saraf Pusat (SSP), berfungsi memproses impuls dan kemudian memberikan respon melalui saraf eferen.
- d) Saraf eferen, berfungsi menerima respon dari SSP kemudian meneruskan ke otot rangka.

### 3) Sendi

Sendi adalah hubungan diantara tulang. Setiap sendi di klasifikasikan sesuai dengan struktur dengan tingkat mobilisasinya. Terdapat empat klasifikasi sendi, yaitu sinostatik, kartilago gonus, fibrosa dan sinovial.

- a) Sendi sinostatik Sendi sinostatik adalah sendi yang menghubungkan antara tulang. Sendi sinostatik ini adalah salah satu jenis sendi diam, jaringan tulang yang memberikan kekuatan dan stabilitas.
- b) Sendi kartilago Sendi kartilago atau sendi sinkondrosis ini berfungsi untuk menggabungkan komponen tulang. Sendi kartilago dapat ditemukan ketika tulang mengalami penekanan yang konstan, seperti sendi, kostosternal antara sternum dan iga.
- c) Sendi fibrosa Sendi fibrosa adalah sendi tempat kedua permukaan tulang disatukan dengan ligament atau membran. Serat atau ligamennya fleksibel dan dapat diregangkan, dapat bergerak dengan jumlah terbatas. Misalnya, sepasang tulang pada kaki bawah (tibia dan fibula) adalah sendi sindesmotik.

### 4) Otot

Gerakan tulang dan sendi merupakan proses aktif yang harus terintegrasi secara hati-hati untuk mencapai koordinasi. Otot skelet, karena kemampuannya untuk berkontraksi dan berelaksasi, merupakan elemen kerja dari pergerakan. Elemen kontraktile otot

skelet dicapai oleh struktur anatomis dan ikatannya pada skelet. Kontraksi otot dirangsang oleh impuls elektrokimia yang berjalan dari saraf ke otot melalui sambungan mioneural. Impuls elektrokimia menyebabkan aktin tipis yang mengandung filamen. menjadi memendek, kemudian otot berkontraksi. Adanya stimulus tersebut membuat otot relaksasi.

### **3. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Aktivitas**

Menurut (Mubarak,2015) Faktor yang mempengaruhi aktivitas diantaranya adalah :

a. Perumbuhan dan perkembangan

Usia serta perkembangan sistem muskuloskeletal dan persarafan akan berperan terhadap postur tubuh, proporsi tubuh, massa tubuh, pergerakan, serta refleks tubuh seseorang.

b. Kesehatan fisik

Gangguan pada sistem muskuloskeletal atau persarafan dapat menyebabkan dampak yang negatif pada pergerakan dan mekanika tubuh seseorang. Adanya penyakit, trauma, atau kecacatan dapat mengganggu sistem pergerakan dan struktur tubuh.

c. Status mental

Gangguan mental atau afektif seperti depresi atau stres kronis dapat memengaruhi seseorang untuk bergerak. Individu yang mengalami depresi cenderung tidak antusias dalam mengikuti kegiatan tertentu, bahkan kehilangan energi untuk melakukan perawatan hygiene. Demikian juga dengan stres yang berkepanjangan, Kondisi ini dapat menguras energi sehingga individu kehilangan semangat untuk beraktivitas.

d. Gaya hidup

Gaya hidup, perubahan pola hidup seseorang dapat menimbulkan stres dan kemungkinan besar akan menimbulkan kecerobohan dalam melakukan aktivitas, sehingga dapat mengganggu

koordinasi antara sistem muskuloskeletal dan neurologi, yang dapat menyebabkan perubahan mekanika tubuh.

e. Sikap dan nilai personal

Nilai-nilai yang tertanam dalam keluarga dapat memengaruhi aktivitas yang akan dilakukan oleh individu. Sebagai contoh, anak-anak yang tinggal dalam lingkungan keluarga yang senang melakukan kegiatan olahraga sebagai contoh rutinitas akan belajar menghargai aktivitas fisik.

f. Nutrisi

Nutrisi berfungsi bagi organ tubuh untuk mempertahankan status kesehatan. Apabila pemenuhan nutrisi tidak adekuat, hal ini dapat mengakibatkan kelelahan atau kelemahan otot yang akan mengakibatkan penurunan aktivitas atau pergerakan. Sebaliknya, kondisi nutrisi yang berlebih dapat menyebabkan terbatasnya pergerakan tubuh sehingga individu menjadi mudah lelah.

g. Stress

Status emosi seseorang akan berpengaruh terhadap aktivitas tubuhnya. Perasaan tertekan, cemas, dan depresi dapat menurunkan semangat seseorang untuk beraktivitas. Kondisi ini ditandai dengan penurunan nafsu makan, perasaan tidak bergairah, dan pada akhirnya menyendiri.

h. Faktor sosial

Individu dengan tingkat kesibukan yang tinggi secara tidak langsung akan sering menggerakkan tubuhnya. Sebaliknya, individu yang jarang berinteraksi dengan lingkungan sekitar tentu akan lebih sedikit beraktivitas atau menggerakkan tubuhnya.

#### **4. Konsep dasar gangguan mobilitas fisik**

Menurut standar diagnosis keperawatan indonesia gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam melakukan gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri. Manifestasi klinis terkait

gangguan mobilitas fisik yaitu stroke, cedera medula spinalis, trauma, fraktur, osteoarthritis dan osteomalasia (SDKI, 2016).

## **5. Batasan karakteristik gangguan mobilitas fisik**

Menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (2016) batasan karakteristik meliputi, gejala mayor dan gejala minor, yaitu:

- a. Gejala dan tanda mayor yaitu mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas, kekuatan otot menurun dan rentang gerak (ROM) menurun .
- b. Gejala dan tanda minor yaitu meliputi nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, merasa cemas saat bergerak, sendi kaku, gerakan tidak terkoordinasi, gerakan terbatas dan fisik lemah.
- c. Penyebab gangguan mobilitas fisik yaitu kerusakan integritas struktur tulang, perubahan metabolisme, ketidakbugaran fisik, penurunan kendali otot, penurunan massa otot, penurunan kekuatan otot, keterlambatan perkembangan, kekakuan sendi, kontraktur, malnutrisi, gangguan muskuloskeletal, gangguan neuromuskular, Indeks Masa Tubuh (IMT) diatas persentil ke-75 sesuai usia, efek agen farmakologis, program pembatasan gerak, nyeri, kecemasan, kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik, gangguan kognitif, keengganan melakukan pergerakan dan gangguan sensoripersepsi

## **B. Tinjauan Asuhan Keperawatan**

### **a. Pengkajian**

Dikutip dalam buku ajar asuhan keperawatan klien dengan gangguan sistem persarafan (Muttaqin, 2011). Pengkajian keperawatan pada sistem persarafan adalah salah satu komponen dari proses keperawatan yang merupakan suatu usaha yang dilakukan oleh perawat dalam menggali permasalahan dari klien meliputi usaha pengumpulan data dan membuktikan data dan membuktikan data

tentang status kesehatan seorang klien. Data tentang fisik, emosi, pertumbuhan, sosial, kebudayaan, intelektual, dan aspek spiritual. Keahlian dalam melakukan observasi, komunikasi, wawancara, dan pemeriksaan fisik sangat penting untuk mewujudkan fase proses keperawatan.

**b. Anamnesis**

Dikutip dalam buku ajar asuhan keperawatan klien dengan gangguan sistem persyarafan (Muttaqin, 2011). Anamnesis dalam pengkajian keperawatan sistem persyarafan merupakan hal utama yang dilaksanakan perawat. Sebagian dari masalah sistem persyarafan dapat tergalai melalui anamnesis yang baik dan teratur.

Anamnesis meliputi identitas klien, keluhan utama, riwayat penyakit saat ini, riwayat penyakit dahulu, dan riwayat penyakit keluarga.

a. Identitas klien

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

b. Keluhan utama

Keluhan utama pada pasien gangguan sistem syaraf biasanya akan terlihat bila sudah terjadi disfungsi neurologis. Keluhan yang sering didapatkan untuk meminta pertolongan kesehatan adalah kelemahan anggota gerak sebelah badan, bicara pelo, tidak dapat berkomunikasi, sakit kepala yang hebat, sakit punggung dan penurunan tingkat kesadaran.

c. Riwayat penyakit saat ini

Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah bahkan kejang sampai tidak sadar, selain gejala kelumpuhan separuh badan atau gangguan fungsi otak lain. Adanya penurunan atau perubahan pada tingkat kesadaran disebabkan perubahan di dalam intrakranial. Keluhan perubahan perilaku juga umum

terjadi. Sesuai perkembangan penyakit, dapat terjadi letargi, tidak responsif, dan koma.

d. Riwayat penyakit dahulu

Beberapa pertanyaan yang mengarah pada riwayat penyakit dahulu dalam pengkajian neurologis meliputi : Adanya riwayat hipertensi, riwayat stroke sebelumnya, diabetes militus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral lama, penggunaan obat anti koagulan, aspirin, vasodilator, obat-obat adiktif, dan kegemukan.

e. Riwayat penyakit keluarga

Umumnya pada penderita stroke terdapat riwayat keluarga yang menderita hipertensi, diabetes militus, atau adanya riwayat stroke dari generasi terdahulu yang memberikan hubungan dengan beberapa masalah disfungsi neurologis.

**c. Pemeriksaan fisik**

Dikutip dalam buku ajar asuhan keperawatan klien dengan gangguan sistem persyarafan (Muttaqin, 2011). Pemeriksaan fisik neurologis ditujukan untuk area fungsi mayor seperti pemeriksaan :

1) Keadaan umum

Umumnya mengalami penurunan kesadaran, kadang mengalami gangguan bicara yaitu sulit dimengerti, kadang tidak bisa bicara dan pada tanda-tanda vital tekanan darah meningkat, dan denyut nadi bervariasi.

2) Pengkajian tingkat kesadaran

Kualitas kesadaran klien merupakan parameter yang paling mendasar dan parameter yang paling penting yang membutuhkan pengkajian. Kesadaran yang sehat dan adekuat dikenal sebagai kewaspadaan, yaitu aksi dan reaksi terhadap apa yang dilihat, didengar, dihidu, dikecap. Keadaan saat suatu aksi sama sekali tidak di balas dengan suatu reaksi dikenal dengan istilah koma.

### 3) Pengkajian Fungsi Serebral

Pengkajian ini meliputi status mental, fungsi intelektual, daya pikir, status emosional, dan kemampuan bahasa, lobus temporal, dan lobus frontal.

#### a) Status mental

Observasi penampilan, tingkah laku, nilai gaya bicara, ekspresi wajah, dan aktivitas motorik klien. Pada klien stroke tahap lanjut biasanya status mental klien mengalami perubahan.

#### b) Fungsi intelektual

Didapatkan penurunan dalam ingatan dan memori, baik jangka pendek maupun jangka panjang. penurunan kemampuan berhitung dan kalkulasi. Pada beberapa kasus klien mengalami *brain damage* yaitu kesulitan untuk mengenal persamaan dan perbedaan yang tidak begitu nyata.

#### c) Daya pikir

Pengkajian kemampuan berpikir klien dapat dilakukan dengan wawancara meliputi :Apakah fikiran klien bersifat spontan, alamiah, jernih, relevan, dan masuk akal.

#### d) Status emosional

Pertanyaan-pertanyaan yang sering efektif memancing reaksi emosional adalah pertanyaan mengenai keadaan dirumah, bisnis, perusahaan, situasi negara, dan kesehatan diri klien.

#### e) Kemampuan bahasa

Penurunan kemampuan bahasa tergantung pada daerah lesi yang memengaruhi fungsi dari serebral. Lesi pada daerah hemisfer yang dominan pada bagian posterior dari girus temporalis superior (area *Wernicke*) didapatkan *difasia reseptif*, yaitu klien tidak dapat memahami bahasa lisan atau bahasa tertulis. Sedangkan lesi pada bagian posterior dari

girus frontalis inferior (area *Broca*) didapatkan *disfagia ekspresif*, yaitu klien dapat mengerti, tetapi tidak dapat menjawab dengan tepat dan bicaranya tidak lancar. *Disartria* (kesulitan bicara), disebabkan oleh paralisis otot yang bertanggung jawab untuk menghasilkan bicara. *Apraksia* (ketidakmampuan untuk melakukan tindakan yang dipelajari sebelumnya), seperti terlihat klien mengambil sisir dan berusaha menyisir rambutnya.

f) Lobus temporal

Lobus ini berhubungan dengan memori jangka pendek dan memori jangka panjang. Memori jangka pendek dapat diperiksa dengan meminta klien untuk mengingat sebuah nama dan alamat dan ulangi dengan segera. Tes memori jangka panjang dengan meminta klien untuk menjawab tahun berapa indonesia merdeka

g) Lobus frontal

Kerusakan fungsi kognitif dan efek psikologis didapatkan jika kerusakan telah terjadi pada lobus frontal kapasitas, memori atau fungsi intelektual yang lebih tinggi mungkin rusak. Disfungsi ini dapat ditunjukkan dalam lapang perhatian terbatas, kesulitan dalam pemahaman, lupa, dan kurang motivasi, yang menyebabkan klien ini menghadapi masalah frustrasi dalam program rehabilitasi mereka.

4) Pemeriksaan saraf kranial

a) Saraf Kranial I (*olfaktorius*)

Saraf olfaktorius, saraf ini merupakan saraf sensorik murni yang serabut-serabutnya berasal dari membran mukosa hidung dan menembus area kribiformis dari tulang etmoid untuk bersinapsis di *bubulus olfaktorius*.

b) Saraf Kranial II (*Optikus*)

Saraf optikus, disfungsi persepsi visual karena gangguan jarak sensori primer di antara mata dan korteks visual.

c) Saraf Kranial III (*Okulomotorius*)

Saraf ini untuk penggerak kelopak mata, ukuran pupil, reaktivitas terhadap cahaya. Gambaran klinisnya yaitu ptosis total, strabismus divergen, pupil yang melebar tidak bereaksi terhadap cahaya langsung dan tidak bereaksi terhadap akomodasi.

d) Saraf Kranial IV (*Trochlearis*)

Saraf ini untuk kemampuan bola mata bergerak kebawah dan lateral, menoleh ke arah bawah dan lateral

e) Saraf Kranial V (*Trigeminus*)

Saraf trigeminus menyebabkan penurunan kemampuan koordinasi gerakan mengunyah, penyimpangan rahang bawah ke sisi ipsilateral, serta kelumpuhan satu sisi otot pterigoideus internus dan eksternus.

f) Saraf Kranial VI (*abducens*)

Saraf ini untuk menggerakkan bola mata ke arah lateral. Gambaran klinisnya yaitu terdapat kegagalan gerakan ke lateral, strabismus konvergen, dan diplodia.

g) Saraf Kranial VII (*fasialis*)

Saraf ini untuk memberi ekspresi wajah, refleks kornea, penutupan kelopak mata, dan bibir. Tehnik pemeriksaannya yaitu lakukan tes kekuatan otot.

h) Saraf Kranial VIII (*akustikus*)

Saraf ini untuk mengendalikan pendengaran dan keseimbangan tubuh. Tes yang dilakukan yaitu dengan memasukkan satu jari tangan ke dalam telinga kontralateral dari klien dan lepaskan jari tangan ini secara bergantian sambil membisikkan sebuah angka pada telinga lainnya. maka lakukan tes Rinne dan tes Weber.

i) Saraf Kranial IX (*glossofaringeus*) dan X (*vagus*)

Saraf-saraf glossofaringeus mempunyai bagian sensorik yang menghantarkan rangsangan pengecapan dari bagian

posterior lidah, mempersarafi sinus karotis dan korpus karotikus, dan mengatur sensasi faring.

j) Saraf Kranial XI (*asesorius*)

Saraf ini untuk mengendalikan gerak bahu dan rotasi kepala. Fungsi saraf asesorius dapat dinilai dengan memerhatikan adanya atrofi otot sternokleidomastoideus dan trapezius dan dengan menilai kekuatan otot-otot tersebut.

k) Saraf Kranial XII (hipoglosus)

Saraf ini mengatur otot-otot lidah. Fungsi lidah yang normal penting untuk berbicara dan menelan. Pemeriksaan lidah termasuk ada tidaknya asimetris, deviasi pada satu sisi, dan fasikulasi.

5) Pengkajian sistem motorik

Stroke merupakan penyakit saraf motorik atas, dan mengakibatkan kehilangan kontrol volunter terhadap gerakan motorik. Oleh karena saraf motorik atas bersilangan, gangguan kontrol motor volunter pada salah satu sisi tubuh dapat menunjukkan kerusakan pada saraf di sisi yang berlawanan.

- a) Inspeksi umum didapatkan hemiplegia (paralisis pada salah satu sisi) karena lesi pada sisi otak yang berlawanan. Hemiparesis atau kelemahan salah satu sisi tubuh adalah tanda yang lain.
- b) Fasikulasi didapatkan pada otot-otot ekstremitas.
- c) Hasil pemeriksaan tonus otot didapatkan menurun.
- d) Kekuatan otot pada penilaian dengan menggunakan tingkat kekuatan otot pada sisi yang sakit didapatkan tingkat nol.
- e) Keseimbangan dan koordinasi didapatkan mengalami gangguan karena hemiparase dan hemiplegia.

#### 6) Pengkajian refleks

Pada fase akut refleks fisiologis sisi yang lumpuh akan hilang. Setelah beberapa hari refleks fisiologis akan muncul kembali didahului dengan refleks patologis.

#### 7) Pengkajian sistem sensorik

Dapat terjadi hemihiprestisi. Pada persepsi terdapat ketidakmampuan untuk menginterpretasikan sensasi. Disfungsi persepsi visual karena gangguan jaras sensori primer diantara mata dan korteks visual. Kehilangan sensori karena stroke dapat berupa kerusakan sentuhan ringan atau mungkin lebih berat, dengan kehilangan propriosepsi (kemampuan untuk merasakan posisi dan gerakan bagian tubuh) serta kesulitan dalam menginterpretasikan stimulasi visual, taktil, dan auditorius.

#### 8) Keadaan lokal Pemeriksaan fisik

##### a) *Look* (inspeksi)

Perhatikan yang dilihat: *sikatrik, birth mark, Fistula*, Warna (kemerahan, kebiruan, hiperpigmentasi), benjolan, pembengkakan, cekukan dengan hal-hal yang tidak biasa, misalnya ada rambut di atasnya, posisi serta bentuk dari ekstremitas (deformitas), cara jalan pasien (gait, sewaktu masuk kamar periksa)

##### b) *Feel* (palpasi)

Sebelum dilakukan palpasi, terlebih dahulu perbaiki posisi penderita agar di mulai dari posisi netral/posisi anatomi. Pemeriksaan ini memberikan informasi dua arah bagi pemeriksa dan penderita. Karena itu perlu diperhatikan wajah penderita atau menanyakan perasaan penderita. Yang perlu dicatat pada palpasi adalah:

- 1) Perubahan suhu terhadap sekitarnya serta kelembaban kulit
- 2) Apabila ada pembengkakan, apakah terdapat fluktuasi atau hanya oedema terutama pada daerah persendian.

- 3) Nyeri tekan (tenderness), krepitasi, catat adanya kelainan Otot: tonus otot pada waktu relaksasi atau kontraksi benjolan yang terdapat di permukaan tulang atau melekat pada tulang. Selain itu juga diperiksa status neurovaskuler. Apabila ada benjolan, maka sifat benjolan perlu ditentukan permukaannya, konsistensinya dan pergerakan terhadap permukaan atau dasar, nyeri atau tidak dan ukurannya.

9) Move (*pergerakan*)

Setelah memeriksa *feel*, pemeriksaan diteruskan dengan menggerakkan anggota gerak dan dicatat apakah terdapat keluhan nyeri pada pergerakan. Pada pemeriksaan move, periksalah anggota bagian tubuh yang normal terlebih dahulu. Selain untuk mendapatkan kerjasama dari penderita juga untuk mengetahui gerakan normal penderita, evaluasi keadaan sebelum dan sesudah dilakukan pergerakan.

- (a). Apabila ada fraktur akan terdapat gerakan abnormal di daerah fraktur (kecuali fraktur *incomplete*)
- (b). Pergerakan yang perlu dilihat adalah pergerakan aktif dan pasif
- (c). Pemeriksaan sendi

Bandingkan antara bagian kiri dan kanan tentang bentuk, ukuran, tanda radang, Adanya nyeri tekan, nyeri gerak, nyeri sumbu, Adanya bunyi krepitasi, Adanya kontraktur sendi, dan nilai *Range Of Motion* (ROM) secara aktif dan pasif.

10) Kemampuan fungsi motorik

Pengkajian fungsi motorik antara lain dilakukan pada tangan kanan, tangan kiri, kaki kanan, kaki kiri untuk menilai ada tidaknya kelamahan, kekuatan, atau spatis. Derajat kekuatan otot dapat ditentukan berdasarkan tabel berikut:

**Tabel 2.1 Derajat kekuatan otot**

Skala	Presentase kekuatan normal	Karakteristik
0	0	Pralisi sempurna
1	10	Tidak ada gerakan, kontraksi otot dapat dipalpasi atau dilihat
2	25	Gerakan otot penuh melawan gravitasi topangan
3	50	Gerakan normal melawan gravitasi
4	75	Gerakan penuh normal melawan tahanan minimal
5	100	Kekuatan normal, gerakan penuh yang normal melawan gravitasi dan tahanan penuh

#### 11) Kemampuan Mobilisasi

Kemampuan mobilisasi dilakukan untuk menilai kemampuan individu untuk bergerak dan beraktivitas. Kategori tingkat kemampuan aktivitas sebagai berikut.

**Tabel 2.2 Tingkat kemampuan aktivitas**

Tingkat aktivitas/mobilitas	Kategori
Tingkat 0	Mampu merawat diri secara penuh
Tingkat 1	Memerlukan alat untuk mobilisasi
Tingkat 2	Memerlukan bantuan untuk pengawasan orang lain untuk Mobilisasi
Tingkat 3	Memerlukan bantuan, pengawasan orang lain, dan peralatan untuk mobilisasi
Tingkat 4	Sangat tergantung pada bantuan alat dan orang lain serta tidak dapat melakukan atau berpartisipasi dalam perawatan

#### d. Diagnosis Keperawatan

Menurut SDKI (2017) Diagnosis keperawatan yang sering muncul pada klien gangguan kebutuhan aktivitas salah satunya adalah adalah:

- a. Gangguan mobilisasi fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular

### e. Intervensi

Standar intervensi dari diagnosa keperawatan yang akan muncul pada klien dengan gangguan mobilisasi fisik dapat dilihat pada tabel dibawah ini.

**Tabel 2.3 Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (2018)**

<b>Diagnosa keperawatan</b>	<b>Intervensi Utama</b>	<b>Intervensi Pendukung</b>
<p>Gangguan mobilisasi fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular</p> <p><b>Tujuan :</b> Setelah dilakukan Asuhan keperawatan diharapkan mobilisasi pasien teratasi dengan criteria hasil :</p> <p>a. Pasien meningkat dalam aktivitas fisik</p> <p>b. Mengerti tujuan dari peningkatan mobilitas</p> <p>c. Memverbalisasikan perasaan dalam meningkatkan kekuatan dalam kemampuan berpindah kesehatan lainnya</p>	<p><b>Dukungan Ambulasi</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>— Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi</li> <li>— Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi</li> <li>— Monitor kondisi umum Selma melakukan ambulasi</li> </ul> <p><b>Terapeutik :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis. Tongkat, kruk)</li> <li>— Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik, jika perlu</li> <li>— Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi</li> </ul> <p><b>Edukasi :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi.</li> <li>— Anjurkan melakukan ambulasi dini</li> <li>— Ajarkan ambulasi sederhana yang</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bimbingan sistem Dukungan kepatuhan program pengobatan</li> <li>2. Dukungan perawatan diri : BABA/BAK, Berpakaian , Makan/Minum, Mandi. - Edukasi latihan fisik</li> <li>3. Edukasi teknik ambulasi</li> <li>4. Latihan otogenik</li> <li>5. Manajemen energy</li> <li>6. Manajemen lingkungan</li> <li>7. Manajemen mood , Nutrisi, Nyeri, Medikasi, program latihan, sensai perifer.</li> <li>8. Pemantauan Neurologis</li> <li>9. Pemberian : Obat, Obat intravena</li> <li>10. Pengaturan posisi</li> <li>11. Pengekangan fisik</li> <li>12. Perawatan kaki, sirkulasi, tirah baring, traksi</li> <li>13. Promosi : Berat badan, kepatuhan program latihan, latihan fisik</li> <li>14. Teknik latihan penguatan otot, penguatan sendi</li> <li>15. Terapi aktivitas</li> <li>16. Terapi relaksasi otot progresif</li> </ol>

	<p>harus dilakukan Dukungan</p> <p><b>Mobilisasi :</b>  <b>Observasi :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>— Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</li> <li>— Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi</li> <li>— Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</li> </ul> <p><b>Terapeutik :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu</li> <li>— Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu</li> <li>— Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan.</li> </ul> <p><b>Edukasi :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</li> <li>— Anjurkan melakukan mobilisasi dini</li> <li>— Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan</li> </ul>	
--	---	--

Sumber : (PPNI, Tim Pokja SIKI DPP, 2018)

#### f. Implementasi

Implementasi merupakan tindakan yang sudah direncanakan dalam rencana keperawatan. Tindakan keperawatan mencakup tindakan mandiri dan tindakan kolaborasi. Tindakan mandiri adalah aktivitas perawat yang didasarkan pada kesimpulan atau keputusan sendiri dan bukan merupakan petunjuk atau perintah dari petugas kesehatan lain. Tindakan kolaborasi adalah tindakan yang didasarkan hasil keputusan bersama, seperti dokter dan petugas kesehatan lain (Tarwoto,2010).

#### g. Evaluasi

Evaluasi merupakan tahap akhir dalam proses keperawatan untuk dapat menentukan keberhasilan dalam asuhan keperawatan. Evaluasi pada dasarnya adalah membandingkan status keadaan kesehatan pasien dengan tujuan atau kriteria hasil yang telah ditetapkan. Perkembangan pasien dapat dilihat dari hasil tindakan keperawatan. Tujuannya adalah untuk mengetahui sejauh mana tujuan keperawatan dapat dicapai dan memberikan umpan balik terhadap asuhan keperawatan yang diberikan. Jika tujuan tidak tercapai, maka perlu dikaji ulang letak kesalahannya, dicari jalan keluarnya, kemudian catat apa yang telah ditemukan, serta apakah perlu dilakukan perubahan intervensi (Tarwoto, 2010). Kriteria hasil mobilitas fisik dapat dilihat pada tabel dibawah ini.

**Tabel 2.4 Standar Luaran Indonesia (2018)**

#### Kriteria Hasil Mobilitas Fisik

Kriteria	Menurun	Cukup Menurun	Sedang	Cukup Meningkatkan	Meningkat
Pergerakan ekstermitas	1	2	3	4	5
Keluatan otot	1	2	3	4	5
Rentang gerak (ROM)	1	2	3	4	5

<b>Kriteria</b>	<b>Menurun</b>	<b>Cukup menurun</b>	<b>Sedang</b>	<b>Cukup meningkat</b>	<b>Meningkat</b>
Nyeri	1	2	3	4	5
Kecemasan	1	2	3	4	5
Kaku sendi	1	2	3	4	5
Gerakan tidak terkoordinasi	1	2	3	4	5
Gerakan terbatas	1	2	3	4	5
Kelemahan fisik	1	2	3	4	5

Sumber : (PPNI, SLKI, 2018)

### **C. Tinjauan Konsep Penyakit**

#### **1. Definisi Stroke**

Stroke adalah suatu keadaan dimana ditemukan tanda-tanda klinis yang berkembang cepat berupa defisit neurologi fokal dan global, yang dapat memberat dan berlangsung lama selama 24 jam atau lebih dan atau dapat menyebabkan kematian, tanpa adanya penyebab lain yang jelas selain vaskuler (WHO 2019).

#### **2. Etiologi Stroke**

Dikutip dalam buku Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Sistem Persyarafan (Muttaqin, 2008) penyebab stroke meliputi :

##### **a. Trombosis serebral**

Trombosis ini terjadi pada pembuluh darah yang mengalami oklusi sehingga mengakibatkan iskemi jaringan otak yang dapat menimbulkan edema dan kongesti di sekitarnya. Trombosis biasanya terjadi pada orang tua yang sedang tidur atau bangun tidur. Hal ini dapat terjadi karena penurunan aktivitas simpatis dan penurunan tekanan darah yang dapat mengakibatkan iskemi

serebral. Tanda dan gejala neurologis sering kali memburuk pada 48 jam setelah trombosis. Beberapa keadaan yang dapat menyebabkan trombosis diantaranya: aterosklerosis, hiperkoagulasi pada polisitemia, arteritis (radang pada arteri) dan emboli.

b. Hemoragik

Pendarahan intrakranial atau intraserebral termasuk pendarahan dalam ruang subaraknoid atau ke dalam jaringan otak sendiri. Pendarahan ini dapat terjadi karena aterosklerosis dan hipertensi. Akibat pecahnya pembuluh darah dalam otak yang menyebabkan pembesaran darah ke dalam parenkim otak yang dapat mengakibatkan penekanan, pergeseran dan pemisahan jaringan otak yang berdekatan, sehingga otak akan mengalami pembengkakan, jaringan otak mengalami tekanan, sehingga terjadi infark otak, edema dan mungkin herniasi otak.

c. Hipoksia umum

Adapun beberapa penyebab yang berhubungan dengan hipoksia umum ialah: hipertensi, henti jantung-paru, curah jantung turun akibat aritmia.

d. Hipoksia setempat

Beberapa penyebab yang berhubungan dengan hipoksia setempat adalah: spasme arteri serebral (yang disertai dengan pendarahan subaraknoid), vasokonstriksi arteri otak disertai sakit kepala migrain.

### 3. Faktor yang Menyebabkan Stroke

Dikutip dari buku asuhan keperawatan berdasarkan diagnosa medis dan NANDA NIC-NOC, 2015 faktor penyebab stroke meliputi :

- a. Faktor yang tidak dapat diubah (Non Reversible) yaitu jenis kelamin: Pria lebih sering ditemukan stroke dibanding wanita, usia: makin tinggi usia makin tinggi pula resiko terkena stroke, dan keturunan: adanya riwayat keluarga yang terkena stroke
- b. Faktor yang dapat diubah (Reversible) yaitu hipertensi, penyakit

jantung, kolesterol tinggi, obesitas, diabetes melitus, polisitemia dan stress emosional

- c. Kebiasaan hidup yaitu merokok, peminum alcohol, obat-obat terlarang dan aktivitas yang tidak sehat.

#### **4. Klasifikasi Stroke**

Dikutip dalam buku asuhan keperawatan klien dengan gangguan sistem persyarafan (Muttaqin, 2008) stroke dibagi menjadi 2 yaitu:

##### 1) Stroke Hemoragik

Merupakan pendarahan serebral dan mungkin pendarahan subaraknoid. Disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah dibagian otak di area otak tertentu. Biasanya pecah pembuluh darah terjadi saat melakukan aktivitas atau saat aktif, namun bisa juga terjadi ketika sedang beristirahat. Kesadaran klien umumnya menurun.

##### 2) Stroke Non Hemoragik

Dapat berupa iskemia atau emboli dan trombosis serebral, biasanya terjadi saat setelah lama beristirahat, baru bangun tidur atau di pagi hari. Tidak mengalami pendarahan namun terjadi iskemia yang menimbulkan hipoksia dan selanjutnya dapat timbul edema sekunder. Kesadaran umumnya baik.

#### **5. Patofisiologi**

Dikutip dalam buku asuhan keperawatan klien dengan gangguan sistem persyarafan (Muttaqin, 2008) Infark serebral adalah berkurangnya asupan darah ke bagian tertentu di otak. Luasnya infark bergantung pada faktor-faktor seperti lokasi dan besarnya pembuluh darah dan adekuatnya sirkulasi kolateral terhadap area yang di suplai oleh pembuluh darah yang tersumbat. Suplai darah ke otak dapat berubah (semakin lambat atau semakin cepat) pada gangguan lokal (trombus, emboli, pendarahan dan spasme vaskular) atau karena gangguan umum (hipoksia karena gangguan paru dan jantung). Aterosklerosis sering sebagai faktor penyebab infark pada otak. Trombus dapat berasal dari plak aterosklerotik, atau darah dapat beku

pada area yang stenosis, tempat aliran darah mengalami perlambatan atau terjadi turbulensi.

Trombus dapat pecah dari dinding pembuluh darah dan terbawa sebagai emboli dalam aliran darah. Trombus mengakibatkan iskemia jaringan otak yang disuplai oleh pembuluh darah yang bersangkutan dan edema dan kongesti di sekitar area. Area edema ini mengakibatkan disfungsi yang lebih besar daripada area infark itu sendiri. Edema dapat berkurang dalam waktu beberapa jam atau terkadang sesudah beberapa hari. Dengan berkurangnya edema klien mulai menunjukkan perbaikan. Oleh karena trombosis biasanya tidak fatal, tidak terjadi pendarahan masif. Oklusi pada pembuluh darah serebral oleh embolus menyebabkan edema dan nekrosis yang diikuti trombosis. Jika terjadi septik infeksi akan meluas pada dinding pembuluh darah, maka akan terjadi abses atau ensefalitis, atau jika sisa infeksi berada pada pembuluh darah yang tersumbat menyebabkan dilatasi aneurisma darah. Hal ini menyebabkan pendarahan serebral, jika aneurisma pecah atau ruptur.



## 6. Komplikasi Stroke

Dikutip dalam buku *all about stroke* (lingga, 2013) komplikasi stroke meliputi :

### a. Otot mengerut dan kaku sendi

Bagian tubuh pasien stroke sering kali mengecil, misalnya tungkai atau lengan yang lumpuh menjadi lebih kecil. Kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh menyebabkan pasien malas menggerakkan tubuhnya yang sehat sehingga persendian akhirnya menjadi kaku inilah penyebab nyeri sendi yang umumnya dirasakan.

### b. Darah beku

Akibat sumbatan darah pada sisi tubuh yang mengalami kelumpuhan, maka bagian tersebut akan bengkak. Pembekuan darah bukanlah hal yang pantas diremehkan, jika terjadi pada arteri yang mengalir ke paru-paru menyebabkan pasien sulit bernafas.

### c. Memar

Banyak ditemukan pasien stroke yang mengalami kudisan, ruam pada punggung dan lipatan tubuh, kulitnya melepuh, atau menderita gangguan dermatitis lainnya selama berbulan-bulan tubuhnya tidak bisa bergerak di atas tempat tidur dikarenakan ketidakmampuan untuk menggerakkan tubuhnya. Bagian tubuh yang tidak bergeser akan menyebabkan memar atau lecetkarna mengalami tekanan.

### d. Nyeri di bagian pundak

Kelumpuhan menyebabkan pasien mengalami nyeri dibagian pundaknya, nyeri di bagian pundak dan leher akan terasa ketika pasien dibantu berdiri, diangkat, atau ketika akan diganti pakaiannya.

### e. Radang paru-paru (pneumonia)

Kesulitan menelan yang dialami pasien menyebabkan terjadinya penumpukan cairan di dalam paru-paru. Batuk-batuk kecil yang sering dialami setelah minum dan makan

menandakan adanya tumpukan cairan atau lendir yang menyumbat saluran nafas. Jika cairan tersebut terkumpul di paru-paru maka akan menyebabkan pneumonia.

f. **Fatigue**

Kelelahan kronis (fatigue) merupakan permasalahan umum yang dihadapi oleh insan pasca stroke. Faktor yang menyebabkannya cukup beragam antara lain karena penyakit jantung yang dideritanya, penurunan nafsu makan, gangguan berkemih, infeksi paru-paru, dan depresi.

## 7. **Pemeriksaan Penunjang**

Dikutip dalam buku asuhan keperawatan klien dengan gangguan sistem persyarafan (Muttaqin, 2008) Pemeriksaan penunjang stroke didasarkan atas hasil:

a. **Pemeriksaan diagnostik**

- 1) Angiografi serebral untuk membantu menentukan penyebab stroke secara spesifik, seperti pendarahan arteriviona atau adanya ruptur.
- 2) Lumbal fungsi tekanan yang meningkat dan disertai bercak darah pada cairan lumal menunjukkan adanya hemoragik pada subarakhnoid atau perdarahan pada intrakranial.
- 3) *Computerized tomography* (CT) scan pemindaian ini memperlihatkan secara spesifik letak edema, posisi hematoma, adanya jaringan otak yang infark atau iskemik, dan posisinya secara pasti.
- 4) *Magnetic Resonance Imaging* (MRI) menggunakan gelombang magnetik untuk menentukan posisi dan besar atau luasnya terjadi perdarahan otak.
- 5) *Ultrasonografi Doppler* untuk mengidentifikasi penyakit arteriovena (masalah sistem arteri karotis/aterosklerosis).
- 6) *Elektro Encephalo Gram* (EEG) untuk melihat masalah yang timbul pdan dampak dari jaringan yang infark

sehingga menurunnya impuls listrik dalam jaringan otak.

## 8. Penatalaksanaan

Menurut (Tarwoto,2013), penatalaksanaan stroke terbagi atas:

### a. Penatalaksanaan umum

#### 1) Pada fase akut

- a) Terapi cairan, stroke berisiko terjadinya dehidrasi karena penurunan kesadaran atau mengalami disfagia. Tetapi cairan ini penting untuk mempertahankan sirkulasi darah dan tekanan darah. *The American Heart Association* sudah menganjurkan normal saline 50 ml/jam selama jam- jam pertama dari stroke iskemik akut. Segera setelah hemodinamik stabil, terapi cairan rumatan bisa diberikan sebagai KAEN 3B/KAEN 3A. Kedua larutan ini lebih baik dari pada dehidrasi hipertonik serta memenuhi kebutuhan hemoestasis kalium dan natrium. Setelah fase akut stroke, larutan rumatan bisa diberikan untuk memelihara hemoestasis elektrolit, khususnya kalium dan natrium.
- b) Terapi oksigen, pasien stroke iskemik dan hemoragik mengalami gangguan aliran darah ke otak. Sehingga kebutuhan oksigen sangat penting untuk mengurangi hipoksia dan juga untuk mempertahankan metabolisme otak. Pertahankan jalan napas, pemberian oksigen, penggunaan ventilator, merupakan tindakan yang dapat dilakukan sesuai hasil pemeriksaan analisa gas darah atau oksimetri.
- c) Pelaksanaan peningkatan Tekanan Intra Kranial (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
- d) Monitor fungsi pernapasan : Analisa Gas Darah

- e) Monitor jantung dan tanda-tanda vital, pemeriksaan Elektro Kardiogram (EKG)
- f) Evaluasi status cairan dan elektrolit
- g) Kontrol kejang jika ada dengan pemberian antikvulsan, dan cegah resiko injuri.
- h) Lakukan pemasangan *Naso Gastric Tube* (NGT) untuk mengurangi kompresi lambung dan pemberian makanan
- i) Cegah emboli paru dan tromboplebitis dengan antikoagulan
- j) Monitor tanda-tanda neurologi seperti tingkat, keadaan pupil, fungsi sensorik dan motorik, nervus cranial dan reflek.

## 2) Fase Rehabilitas

pertahankan nutrisi yang adekuat, program manajemen *blader* dan bowel, mempertahankan keseimbangan tubuh dan rentang gerak, seni *range of motion* (rom), pertahankan integritas kulit, pertahankan komunikasi efektif, pemenuhan kebutuhan sehari-hari dan persiapan pasien pulang

## 3) Pembedahan

Dilakukan jika perdarahan serebrum lebih dari 3 cm atau volume lebih dari 50 ml untuk dekompresi atau pemasangan pintasan ventrikuloperioneal bila ada hidrosefalus obstuksis akut.

## 4) Terapi obat-obatan

- a) *Anthipertensi*: kaptopil, antogonisis kalsium
- b) Diuretic: manitol 20%, *furosemid*
- c) Antikolvusan: fenition

Sedangkan menurut Batticaca (2008), tetapi perdarahan dan perawatan pembuluh darah pada pasien stroke perdarahan adalah:

- 1) Antifibrinolitik untuk meningkatkan mikrosirkulasi dosis

kecil

- a) *Aminocaproic acid* 1 100-500 ml% dalam cairan isotonic 2 kali selama 3-5 hari, kemudian 1 kali selama 1-3 hari
- b) Antagonis untuk pencegahan permanen: gordox dosis pertama 300.000 IU kemudian 100.000 International Unit(IU) 4 kali perhari Intra Vena (IV): contircal dosis pertama 30.000, kemudian 10.000 2 kali per hari selama 5-10 hari
- 2) Natrii etamsylate (*dyone*) 250 mg x 4 hari Intra Vena (IV) sampai 10 hari
- 3) Kalsium mengandung obat: rutinium, vicasolum, ascorbicum
- 4) Profilaksis vasospasme
  - a) *Calciium-chanel antagonis* (nimstop 50 ml [10 mg per hari Ivdiberikan 2 mg perjam selama 10-14 hari])

Berikan dexason 8 4 4 4 MiliGram (MG) Intra Vena (IV) atau omotic diuretic (dua hari sekali rheugloman (manitol) 15% 200 MiliGram (MG) Intra Vena (IV) diikuti 20 mg lasix minimal 10-15 hari kemudian.

## 9. Hubungan stroke dengan gangguan mobilitas fisik

Hubungan stroke dengan gangguan mobilitas fisik Stroke iskemik merupakan suatu penyakit yang diawali dengan terjadinya serangkaian perubahan dalam otak yang terserang yang apabila tidak ditangani dengan segera berakhir dengan kematian batang otak tersebut. Stroke iskemik terjadi bila suplai darah ke otak terhambat atau terhenti. Walaupun berat otak hanya sekitar 1400 gram, namun menuntut suplai darah yang relatif sangat besar yaitu sekitar 20% dari seluruh curah jantung. Kegagalan dalam memasok darah akan menyebabkan gangguan fungsi bagian otak atau yang terserang atau terjadi kematian sel saraf (nekrosis) dan kejadian

inilah yang lazim disebut stroke (Junaidi, 2011). Menurut Bararah, 2013 stroke iskemik merupakan aliran darah ke otak terhenti karena arterosklerotik atau bekuan darah yang menyumbat pembuluh darah.

Menurut Widagdo (2008), proses terjadinya hambatan mobilitas fisik pada pasien stroke non hemoragik adalah sebagai berikut : Stroke non hemoragic disebabkan oleh thrombosis akibat plak aterosklerosis yang memberi vakularisasi pada otak atau oleh emboli dari pembuluh darah diluar otak yang tersangkut diarteri otak yang secara perlahan akan memperbesar ukuran plak sehingga terbentuk thrombus. Thrombus dan emboli didalam darah akan terlepas dan terbawa hingga terperangkap dalam pembuluh darah distal, lalu menyebabkan pengurangan aliran darah yang menuju ke otak sehingga sel otak akan mengalami kekurangan nutrisi dan juga oksigen, sel otak yang mengalami kekurangan oksigen dan glukosa akan menyebabkan asidosis lalu asidosis akan mengakibatkan natrium, klorida, dan air masuk kedalam sel otak dan kalium meninggalkan sel otak sehingga terjadi edema setempat. Kemudian kalsium akan masuk dan memicu serangkaian radikal bebas sehingga terjadi perusakan membran sel lalu mengkerut dan tubuh mengalami defisit neurologis lulumati.

Ketidakefektifan perfusi jaringan yang disebabkan oleh thrombus dan emboli akan menyebabkan iskemia pada jaringan yang tidak dialiri oleh darah, jika hal ini berlanjut terus – menerus maka jaringan tersebut akan mengalami infark. Dan kemudian akan mengganggu sistem persyarafan yang ada ditubuh seperti : penurunan kontrolvolunter yang akan menyebabkan hemiplegia atau hemiparise sehingga tubuh akan mengalami hambatan mobilitas, karena hambatan mobilitas fisik, klien hanya tidur ditempat tidur, dan jika tidak dilakukan pengubahan posisi, lama kelamaan klien akan mengalami resiko kerusakan integritas kulit, resiko jatuh juga bisa terjadi karena pasien mengalami hambatan

mobilitas fisik. Menurut Wilkinson (2013), resiko jatuh merupakan peningkatan kerentanan terhadap jatuh yang dapat menyebabkan bahaya fisik, defisit perawatan diri karena tidak bisa menggerakkan tubuh untuk merawat diri sendiri. Defisit neurologis juga akan menyebabkan gangguan pencernaan sehingga mengalami disfungsi kandung kemih dan saluran pencernaan lalu akan mengalami gangguan eliminasi. Karena ada penurunan kontrol volunter maka kemampuan batuk juga akan berkurang dan mengakibatkan penumpukan sekret sehingga pasien akan mengalami gangguan jalan napas dan pasien kemungkinan tidak mampu menggerakkan otot –otot untuk bicara sehingga pasien mengalami gangguan komunikasi verbal berupa disfungsi bahasa dan komunikasi.

#### **D. Tinjauan Konsep Keluarga**

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

###### **a. Pengertian keluarga**

Keluarga merupakan sistem dasar tempat perilaku dan perawatan kesehatan di atur, dilakukan dan dijalankan. Keluarga memiliki tanggung jawab utama dalam layanan kesehatan yaitu dengan memberikan informasi kesehatan (promosi kesehatan) dan perawatan kesehatan preventif, serta perawatan kesehatan lain bagi anggota keluarga yang sakit (Padila, 2015).

###### **b. Fungsi keluarga**

Berkaitan dengan peran keluarga yang bersifat ganda, yakni satu sisi keluarga berperan sebagai matriks bagi anggotanya, disisi lain keluarga harus memenuhi tuntutan dan harapan masyarakat, maka selanjutnya akan dibahas tentang fungsi keluarga sebagai berikut:

###### **1) Fungsi afektif**

Fungsi afektif merupakan fungsi keluarga dalam memenuhi pemeliharaan kepribadian dari anggota keluarga. Merupakan respon dari keluarga terhadap kondisi dan situasi yang dialami tiap

anggota keluarga baik senang maupun sedih, dengan melihat bagaimana cara keluarga mengekspresikan kasih sayang.

## 2) Fungsi sosialisasi

Fungsi sosialisasi merupakan proses perkembangan dan perubahan yang dialami individu yang menghasilkan interaksi sosial dan belajar peran dalam lingkungan sosial. Sosialisasi dimulai sejak individu dilahirkan dan berakhir setelah meninggal. Keluarga merupakan tempat dimana individu melakukan sosialisasi. Anggota keluarga belajar disiplin, memiliki nilai atau norma, budaya dan perilaku melalui interaksi dalam keluarga sehingga individu mampu berperan dalam masyarakat.

## 3) Fungsi ekonomi

Fungsi ekonomi, Untuk memenuhi kebutuhan keluarga seperti sandang, pangan, papan, dan kebutuhan lainnya maka keluarga memerlukan sumber keuangan. Mencari sumber penghasilan guna memenuhi kebutuhan keluarga, pengaturan penghasilan keluarga, menabung untuk memenuhi kebutuhan keluarga.

## 4) Fungsi reproduksi

Keluarga berfungsi untuk meneruskan kelangsungan keturunan dan meningkatkan sumber daya manusia. Dengan adanya program keluarga berencana, maka fungsi ini dapat terkontrol. Namun di sisi lain banyak kelahiran yang tidak diharapkan atau diluar ikatan perkawinan sehingga akhirnya keluarga baru dengan satu orang tua (single parent).

## 5) Fungsi perawatan kesehatan

Fungsi lain keluarga adalah Fungsi perawatan kesehatan. Selain keluarga menyediakan makanan, pakaian dan rumah, keluarga juga berfungsi melakukan asuhan kesehatan terhadap anggotanya baik untuk mencegah adanya gangguan maupun merawat anggota yang sakit. Keluarga juga menentukan kapan anggota keluarga yang mengalami gangguan kesehatan

memerlukan bantuan atau pertolongan tenaga profesional (Padila, 2015).

c. Tahap perkembangan keluarga lanjut usia

Dalam Friedman (2010) tahap perkembangan keluarga dikelompokkan menjadi delapan tahap. Salah satunya yaitu tahap keluarga lanjut usia. Tugas keperawatan pada tahap keluarga lanjut usia yaitu :

- 1) Penyesuaian tahap masa pensiun dengan cara merubah cara hidup
- 2) Mempertahankan pengaturan hidup yang memuaskan
- 3) Menyesuaikan terhadap pendapatan yang menurun
- 4) Mempertahankan hubungan perkawinan
- 5) Menyesuaikan diri terhadap kehilangan pasangan
- 6) Mempertahankan ikatan keluarga antar generasi
- 7) Melakukan life review masa lalu

d. Tugas kesehatan keluarga

Pendidikan kesehatan merupakan upaya terencana untuk perubahan perilaku masyarakat sesuai dengan norma-norma kesehatan. Pendidikan kesehatan merupakan upaya persuasi atau pembelajaran kepada masyarakat agar masyarakat mau melakukan tindakan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatannya. Perubahan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan yang terjadi, seharusnya didasarkan pengetahuan dan kesadaran.

Pendidikan kesehatan merupakan strategi penting dalam asuhan keperawatan komunitas, karena pendidikan kesehatan merupakan upaya transformasi pengetahuan tertentu dari perawat kepada masyarakat. Pendidikan kesehatan diberikan agar masyarakat menjadi tahu, mau dan mampu dalam menyelesaikan masalah.

Pendidikan kesehatan diperlukan pada lima tingkat pencegahan yaitu pada health promotion, dalam upaya peningkatan gizi, perilaku hidup bersih dan sehat, hygiene dan perbaikan sanitasi lingkungan. Specific protection (pencegahan spesifik), dalam program imunisasi.

Early diagnosis and prompt treatment, ditujukan pada keluarga yang sulit mendeteksi penyakit yang terjadi di keluarga. Disability limitation, ditujukan pada keluarga yang tidak melakukan pemeriksaan dan pengobatan yang lengkap terhadap penyakitnya. Rehabilitation, diperlukan pendidikan kesehatan pada pemulihan cacat dengan latihan atau ditujukan pada masyarakat untuk kembali diterima sebagai anggota keluarga dan masyarakat setelah sembuh dari penyakit.

## 2. Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga

### a. Pengkajian

Pengkajian asuhan keperawatan keluarga menurut teori/model *Family Centre Nursing Friedman*, meliputi 7 komponen yaitu :

#### a. Data Umum

##### 1.) Identitas kepala keluarga

- (a). Nama kepala keluarga (KK)
- (b). Umur (KK)
- (c). Pekerjaan kepala keluarga
- (d). Pendidikan kepala keluarga
- (e). Alamat dan nomor telepon

##### 2.) Komposisi anggota keluarga

Nama	Umur	Sex	Hub dengan KK	Pendidikan	Pekerjaan	Keterangan

##### 3.) Genogram

Genogram harus menyangkut minimal 3 generasi, harus tertera nama, umur, kondisi kesehatan tiap keterangan gambar. Terdapat keterangan gambar dengan simbol berbeda (Friedman, 1998).

#### 4.) Tipe keluarga

Pembagian tipe ini bergantung kepada konteks keilmuan dan orang yang mengelompokkan

##### a) Keluarga Tradisional

Secara tradisional keluarga dikelompokkan menjadi 2 yaitu:

- (1). Keluarga Inti (*Nuclear Family*) adalah keluarga yang diperoleh dari ayah, ibu, dan anak yang diperoleh dari keturunannya atau adopsi atau keduanya.
- (2). Keluarga besar (*Extended Family*) adalah keluarga inti ditambah anggota keluarga lain yang masih mempunyai hubungan darah (kakek-nenek, pama-bibi) (Setiadi, 2008).

##### b) Keluarga Modern

Berkembangnya individu dan meningkatnya rasa individualisme maka pengelompokkan tipe keluarga selain diatas yaitu : *tradisional nuclear, reconstituted nuclear, niddle age/aging couple, dyadic nuclear, single parent, dual carrier, commuter married, single adult, three generation, instritutional, communal, group marriage, unmarried parent and child, cohibing couple, gay and lesbian family* (Setiadi, 2008).

#### 5.) Suku bangsa

Mengkaji asal suku bangsa keluarga tersebut serta mengidentifikasi budaya suku bangsa tersebut terkait dengan kesehatan (Padila, 2018).

#### 6.) Agama

Mengkaji agama yang dianut oleh keluarga serta kepercayaan yang dapat mempengaruhi kesehatan (Padila, 2018).

#### 7.) Status sosial ekonomi keluarga

Status sosial ekonomi keluarga ditentukan oleh pendapatan baik dari kepala keluarga maupun anggota keluarga lainnya.

Selain itu status sosial ekonomi keluarga ditentukan pula oleh kebutuhan-kebutuhan yang dikeluarkan oleh keluarga serta barang-barang yang dimiliki oleh keluarga (Padila, 2018).

#### 8.) Aktivitas rekreasi keluarga

Rekreasi keluarga tidak hanya dilihat dari kapan saja keluarga pergi bersama-sama untuk mengunjungi tempat rekreasi tertentu, namun dengan menonton televisi dan mendengarkan radio juga merupakan aktivitas rekreasi (Padila, 2018).

#### b. Riwayat dan tahap perkembangan keluarga

Pengkajian asuhan keperawatan pada tahap tumbuh kembang keluarga berfokus pada kriteria keluarga yang ingin diberikan asuhan keperawatan. Tahap perkembangan keluarga ditentukan dengan anak tertua. Didalam asuhan keperawatan ini pengkajian berfokus terhadap keluarga dengan tahap keluarga lanjut usia, yaitu dengan tugas:

- 1) Penyesuaian tahap masa pensiun dengan cara merubah cara hidup
- 2) Mempertahankan pengaturan hidup yang memuaskan
- 3) Menyesuaikan terhadap pendapatan yang menurun
- 4) Mempertahankan hubungan perkawinan
- 5) Menyesuaikan diri terhadap kehilangan pasangan
- 6) Mempertahankan ikatan keluarga antar generasi
- 7) Melakukan life review masa lalu

#### c. 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 digunakan serta dilengkapi dengan denah rumah (Padila, 2018).

##### 2) Karakteristik tetangga dan komunitas RW

Menjelaskan mengenai karakteristik dari tetangga dan komunitas setempat meliputi kebiasaan, lingkungan fisik, aturan atau

keepakatan penduduk setempat serta budaya setempat yang mempengaruhi kesehatan (Padila, 2018).

3) Mobilitas geografis keluarga

Mobilitas geografis keluarga ditentukan dengan melihat kebiasaan keluarga berpindah tempat (Padila, 2018).

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 (Padila, 2018).

d. Struktur keluarga

1) Sistem pendukung keluarga

Termasuk sistem pendukung keluarga adalah jumlah anggota keluarga yang sehat, fasilitas-fasilitas yang dimiliki keluarga untuk menunjang kesehatan keluarga mencakup fasilitas fisik, fasilitas psikologis atau dukungan dari anggota keluarga dan fasilitas sosial atau dukungan dari masyarakat setempat (Padila, 2018).

2) Pola komunikasi keluarga

Menjelaskan mengenai cara berkomunikasi antar anggota keluarga.

- (a). Apakah anggota keluarga mengutarakan kebutuhan dan perasaan mereka dengan jelas
- (b). Apakah anggota keluarga memperoleh dan memberikan respons dengan baik terhadap pesan
- (c). Apakah anggota keluarga mendengar dan mengikuti pesan
- (d). Bahasa apa yang digunakan dalam keluarga
- (e). Pola yang digunakan dalam berkomunikasi untuk menyampaikan pesan (langsung atau tidak langsung)
- (f). Jenis-jenis disfungsi komunikasi apa yang terlihat dalam pola komunikasi keluarga (Padila, 2018).

3) Struktur kekuatan keluarga

Kemampuan anggota keluarga mengendalikan dan mempengaruhi orang lain untuk mengubah perilaku (Padila, 2018).

- 4) Struktur peran  
Menjelaskan peran dari masing-masing anggota keluarga baik secara formal maupun informal. (Padila, 2018).
  - 5) Nilai dan norma keluarga  
Menjelaskan mengenai nilai dan norma yang di anut oleh keluarga yang berhubungan dengan kesehatan (Padila, 2018).
- e. Fungsi keluarga
- 1) Fungsi afektif  
Hal yang perlu dikaji yaitu gambaran diri anggota keluarga, perasaan memiliki dan dimiliki keluarga, dukungan keluarga terhadap anggota keluarga lainnya, bagaimana kehangatan tercipta pada keluarga dan bagaimana keluarga mengembangkan sikap saling menghargai (Padila, 2018).
  - 2) Fungsi sosialisasi  
Dikaji bagaimana interaksi atau hubungan dalam keluarga, sejauh mana anggota keluarga belajar disiplin, norma, budaya serta perilaku (Padila, 2018)
  - 3) Fungsi perawatan kesehatan  
Menjelaskan sejauh mana keluarga menyediakan makanan, pakaian, perlindungan serta merawat anggota keluarga yang sakit. Kesanggupan keluarga melaksanakan perawatan dilihat dari kemampuan keluarga dalam melaksanakan lima tugas keluarga, yaitu keluarga mampu mengenal masalah kesehatan, mengambil keputusan melakukan tindakan, melakukan perawatan terhadap anggota keluarga yang sakit, menciptakan lingkungan yang dapat meningkatkan kesehatan dan mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan di lingkungan setempat (Padila, 2018).
  - 4) Fungsi reproduksi  
Hal yang perlu dikaji yaitu : Berapa jumlah anak, Apakah rencan keluarga berkaitan dengan jumlah anggota keluarga, Metode yang digunakan keluargapaya, dalam mengendalikan jumlah anggota keluarga (Padila, 2018).

5) Fungsi ekonomi

Hal yang perlu dikaji adalah :

- a) Sejauh mana keluarga memenuhi kebutuhan sandang, pangan, dan papan?
- b) Sejauh mana keluarga memanfaatkan sumber yang ada dimasyarakat dalam upaya peningkatan status kesehatan keluarga? (Padila, 2018)

f. Stress dan coping keluarga

1) Stressor jangka pendek dan panjang

- a) Stressor jangka pendek yaitu stressor yang dialami keluarga yang memerlukan penyelesaian dalam waktu kurang dari enam bulan.
- b) Stressor jangka panjang yaitu stressor yang dialami keluarga yang memerlukan penyelesaian dalam waktu lebih dari enam bulan.

2) Kemampuan keluarga berespon terhadap stressor dikaji sejauh mana keluarga berespon terhadap stressor

3) Strategi coping yang digunakan

Dikaji strategi coping yang digunakan keluarga bila menghadapi masalah/stressor

4) Strategi adaptasi disfungsional

Dijelaskan mengenai strategi adaptasi disfungsional yang digunakan keluarga bila menghadapi permasalahan/ stress. (Padila, 2018)

g. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan pada semua anggota keluarga. Metode yang digunakan sama dengan pemeriksaan fisik klinik (Padila, 2018).

h. Harapan keluarga

Pada akhir pengkajian, perawat menanyakan harapan keluarga terhadap petugas kesehatan yang ada (Padila, 2018).

## b. Analisa data

Setelah dilakukan pengkajian, selanjutnya data dianalisis untuk dapat dilakukan perumusan diagnose keperawatan. Diagnose keperawatan keluarga disusun berdasarkan jenis diagnosis seperti:

### 1. Diagnosis sehat/*wellness*

Diagnose sehat/*wellness*, digunakan bila keluarga mempunyai potensi untuk ditingkatkan, belum ada data maladaptive. Perumusan diagnosis keperawatan keluarga potensial, hanya terdiri dari komponen problem (P) saja atau P (problem) dan S (*symptom/sign*), tanpa komponen etiologi (E).

### 2. Diagnosis ancaman (risiko)

Diagnosis ancaman, digunakan bila belum terdapat paparan masalah kesehatan, namun sudah ditemukan beberapa data maladaptif yang memungkinkan timbulnya gangguan. Perumusan diagnosis keperawatan keluarga risiko, terdiri dari problem (P), etiologi (E) dan *symptom/sign* (S).

### 3. Diagnosis nyata/gangguan

Diagnosis gangguan, digunakan bila sudah timbul gangguan/masalah kesehatan di keluarga, didukung dengan adanya beberapa data maladaptif. Perumusan diagnosis keperawatan keluarga nyata/ gangguan, terdiri dari problem (P), etiologi (E) dan *symptom/ sign* (S).

Perumusan problem (P) merupakan respon terhadap gangguan pemenuhan kebutuhan dasar. Sedangkan etiologi (E) mengacu pada 5 tugas keluarga.

Sebelum menentukan diagnosa keperawatan tentu harus menyusun prioritas masalah dengan menggunakan proses skoring seperti pada tabel dibawah :

**Tabel 2.5 Prioritas Masalah Asuhan Keperawatan Keluarga**

No	Kriteria	Nilai	Bobot
1.	Sifat Masalah :		
	a. Tidak/kurang sehat	3	
	b. Ancaman Kesehatan	2	1
	c. Kritis	1	

2.	Kemungkinan masalah dapat diubah a. Dengan Mudah b. Hanya sebagian c. Tidak dapat	2 1 0	2
3.	Potensi Masalah untuk diubah a. Tinggi b. Cukup c. Rendah	3 2 1	1
4.	Menonjolnya masalah a. Masalah berat harus ditangani b. Masalah yang tidak perlu segera ditangani c. Masalah tidak dirasakan	2 1 0	1

Sumber : (Achjar, 2010).

Skoring :

- a) Tentukan skor untuk setiap kriteria.
- b) Skor dibagi dengan angka tertinggi dan kalikan dengan bobot.
- c) Jumlahkan skor untuk semua kriteria.
- d) Skor tertinggi adalah 5 dan sama untuk seluruh bobot.

Diagnosa yang mungkin muncul :

- 1) Gangguan mobilisasi fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular

### c. Perencanaan

Perencanaan diawali dengan merumuskan tujuan yang ingin dicapai serta rencana tindakan untuk mengatasi masalah yang ada. Tujuan terdiri dari tujuan jangka panjang dan tujuan jangka pendek. Penetapan tujuan jangka panjang (tujuan umum) mengacu pada bagaimana mengatasi problem/masalah (P) di keluarga, sedangkan penetapan tujuan jangka pendek (tujuan khusus) mengacu pada bagaimana mengatasi etiologi (E). Tujuan jangka pendek harus SMART (S= spesifik, M= *measurable*/dapat diukur, A= *achievable*/dapat dicapai, R= *reality*, T= *time limited*/punya limit waktu) (Padila, 2015).

#### **d. Implementasi**

Implementasi merupakan langkah yang dilakukan setelah perencanaan program. Program dibuat untuk menciptakan keinginan berubah dari keluarga, memandirikan keluarga. Seringkali perencanaan program yang sudah baik tidak diikuti dengan waktu yang cukup untuk merencanakan implementasi. Tindakan keperawatan terhadap keluarga mencakup hal-hal dibawah ini:

- 1) Menstimulasi kesadaran atau penerimaan keluarga mengenai masalah dan kebutuhan kesehatan
- 2) Menstimulasi keluarga untuk memutuskan cara perawatan yang tepat
- 3) Memberikan kepercayaan diri dalam merawat anggota keluarga yang sakit, dengan cara mendemonstrasikan cara perawatan kesehatan.
- 4) Membantu keluarga untuk menemukan cara bagaimana membuat lingkungan menjadi sehat.
- 5) Memotivasi keluarga untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada, dengan cara: Memebantu keluarga menggunakan fasilitas kesehatan yang ada (Achar, 2010).

#### **e. Evaluasi**

Sesuai dengan rencana tindakan yang telah diberikan, dilakukan penilaian untuk melihat keberhasilannya. Bila tidak/belum berhasil perlu disusun rencana baru yang sesuai. Semua tindakan keperawatan mungkin tidak dapat dilaksanakan dalam satu kali kunjungan ke keluarga. Untuk dapat dilaksanakan secara bertahap sesuai dengan waktu dan kesediaan keluarga. Evaluasi disusun dengan menggunakan SOAP secara operasional:

S : Keluarga dapat menjelaskan kembali materi dijelaskan oleh perawat .

O : Keluarga dapat menjawab pertanyaan yang diberikan perawat.

A : Analisa dari hasil yang telah dicapai dengan mengacu pada tujuan yang terkait dengan diagnosis

P : Perencanaan yang akan datang setelah melihat respon dari keluarga pada tahapan evaluasi (Padila, 2015).