

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Konsep Kebutuhan Dasar

1. Konsep kebutuhan Dasar Manusia

Virginia Henderson (Potter dan Perry, 1997 dalam Mubaraq, 2015) membagi kebutuhan dasar manusia kedalam 14 komponen sebagai berikut.

- a. Bernafas secara normal.
- b. Makan dan minum cukup.
- c. Eliminasi (buang air besar dan kecil).
- d. Bergerak dan mempertahankan postur yang digunakan.
- e. Tidur dan istirahat.
- f. Memilih pakaian yang tepat.
- g. Mempertahankan suhu tubuh dalam kisaran yang normal dengan menyesuaikan pakaian yang digunakan dalam memodifikasi lingkungan.
- h. Menjaga kebersihan diri dan penampilan.
- i. Menghindari bahaya dari lingkungan dan menghindari membahayakan orang lain.
- j. Berekomunikasi dengan orang lain dalam mengekspresikan emosi, kebutuhan, kekhawatiran, dan opini.
- k. Beribadah sesuai dengan agama dan kepercayaan
- l. Bekerja sedemikian rupa sebagai modal untuk membiayai kebutuhan hidup.
- m. Bermain atau berpartisipasi dalam berbagai bentuk rekreasi.
- n. Belajar, menemukan, atau memuaskan rasa ingin tahu yang mengarah pada perkembangan yang normal, kesehatan, dan penggunaan fasilitas kesehatan yang tersedia.

2. Mobilisasi dan Imobilisasi

Mobilisasi ditujukan pada kemampuan klien bergerak dengan bebas dan imobilisasi ditujukan pada ketidakmampuan bergerak dengan bebas. Beberapa klien dapat bergerak atau tidak dapat bergerak, meskipun pengalaman akan mempengaruhi derajat imobilisasi. Pikirkan mobilisasi sebagai satu kontinuitas, dimana mobilisasi berada pada satu ujung, dan

imobilisasi pada ujung yang lain. Beberapa klien bergerak kebelakang dan kedepan di antara mobilisasi dan imobilisasi, akan tetapi yang lainnya, imobilisasi bersifat absolut dan terus berlanjut dengan pasti. (Potter & Perry 2010.) [467]

Menurut Haswita & Sulastyowati (2017) menjelaskan Mobilisasi dan Imobilitas sebagai berikut:

a. Mobilisasi

Mobilisasi merupakan kemampuan suatu individu untuk bergerak secara bebas. Mudah dan teratur dengan tujuan memenuhi kebutuhan aktivitas guna mempertahankan kesehatannya.

1) Jenis-jenis Mobilisasi

a) Mobilisasi penuh

Merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak secara penuh dan bebas sehingga dapat melakukan interaksi sosial dan dapat menjalankan peran sehari-hari. Mobilisasi penuh ini merupakan fungsi saraf motorik volunter dan sensorik untuk dapat mengontrol seluruh area tubuh seseorang.

b) Mobilisasi sebagian

Merupakan kemampuan seseorang untuk dapat bergerak dengan batasan jelas dan tidak mampu bergerak secara bebas karena dipengaruhi oleh gangguan saraf motorik dan sensorik pada area tubuhnya. Hal ini dijumpai pada kasus cedera atau patah tulang dengan pemasangan traksi. Pada pasien paraplegia dapat mengalami mobilisasi sebagian pada ekstermitas bawah karena kehilangan kontrol motorik dan sensorik.

Mobilisasi sebagian dibagi menjadi dua, yaitu:

(a). Mobilisasi sebagian temporer.

Merupakan kemampuan individu untuk bergerak dengan batasan yang sifatnya sementara. Hal tersebut dapat disebabkan oleh trauma reversible pada sistem muskuloskeletal contohnya adalah adanya dislokasi sendi dan tulang.

(b). Mobilitas permanen.

Merupakan kemampuan individu untuk bergerak dengan batasan yang sifatnya menetap. Hal tersebut disebabkan oleh rusaknya sistem saraf reversible, contohnya terjadi hemiplegia karena stroke, paraplegi karena cedera tulang belakang, poliomyelitis karena terganggunya saraf sensorik dan motorik.

2) Faktor yang Mempengaruhi Mobilisasi

a) Gaya Hidup

Perubahan gaya hidup dapat mempengaruhi kemampuan mobilisasi seseorang karena gaya hidup berdampak pada perilaku atau kebiasaan sehari-hari.

b) Proses Penyakit/Cedera

Proses penyakit/cedera dapat mempengaruhi kemampuan mobilisasi seseorang, karena dapat mempengaruhi sistem tubuh. Sebagai contoh orang yang menderita fraktur femur akan mengalami keterbatasan pergerakan dalam ekstermitas bagian bawah.

c) Kebudayaan

Kemampuan mobilisasi dapat juga disebabkan oleh kebudayaan. Sebagai contoh orang yang memiliki budaya sering berjalan jauh memiliki kemampuan mobilisasi yang kuat, sebaliknya ada orang mengalami gangguan mobilisasi (sakit) karena adat dan budaya tertentu di larang untuk beraktivitas.

d) Tingkat Energi

Energi adalah sumber untuk melakukan mobilisasi. Agar seseorang dapat melakukan mobilisasi dengan baik dibutuhkan energi yang cukup.

e) Usia dan Status Perkembangan

Terdapat perbedaan kemampuan mobilisasi pada tingkat usia yang berbeda. Hal ini dikarenakan kemampuan atau kematangan fungsi alat gerak sejalan dengan perkembangan usia

b. Imobilisasi

Imobilisasi merupakan keadaan dimana seseorang tidak dapat bergerak secara bebas karena kondisi yang mengganggu pergerakan (aktivitas), misalnya mengalami trauma tulang belakang, cedera otak berat disertai fraktur pada bagian ekstermitas dan sebagainya.

1) Jenis-jenis Imobilisasi

a) Imobilisasi Fisik

Merupakan pembatasan untuk bergerak secara fisik dengan tujuan mencegah terjadinya komplikasi pergerakan.

b) Imobilisasi Intelektual

Merupakan keadaan saat seseorang mengalami keterbatasan daya pikir.

c) Imobilisasi Emosional

Merupakan keadaan saat seseorang mengalami keterbatasan secara emosional karena adanya perubahan secara tiba-tiba dalam menyesuaikan diri.

d) Imobilisasi Sosial

Merupakan keadaan individu yang mengalami hambatan dalam melakukan interaksi sosial karena keadaan penyakitnya, sehingga dapat mempengaruhi perannya dalam kehidupan social.

2) Perubahan Sistem Tubuh Akibat Imobilisasi

Dampak dari imobilisasi dalam tubuh dapat mempengaruhi sistem tubuh, seperti perubahan pada metabolisme tubuh, ketidak seimbangan metabolisme dan elektrolit, gangguan dalam kebutuhan nutrisi, gangguan dalam fungsi gastrointestinal, perubahan sistem pernafasan, perubahan kardiovaskuler, perubahan sistem muskulokletal, perubahan kulit, perubahan eliminasi (BAB, BAK) dan perubahan perilaku.

B. Tinjauan Konsep Keluarga

1. Keluarga

a. Pengertian keluarga

Keluarga merupakan sistem dasar tempat perilaku dan perawatan kesehatan diatur, dilakukan, dan dijalankan. Keluarga memiliki tanggung jawab utama dalam layanan kesehatan keluarga, 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, 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 terlahir 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 usia pertengahan

Tugas perkembangan keluarga:

- 1) Menyediakan lingkungan yang dapat meningkatkan kesehatan.
- 2) Mempertahankan hubungan yang memuaskan dan penuh arti dengan para orang tua (lansia) dan anak-anak.
- 3) Memperkokoh hubungan perkawinan
- 4) Persiapan masa tua/pensiun (Padila, 2015).

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 dikeluarga. *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.

C. Tinjauan Asuhan Keperawatan

1. Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga

a. Pengkajian

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

1) Data Umum

a) Identitas kepala keluarga

Meliputi, Nama kepala keluarga (KK), Umur (KK), Pekerjaan kepala keluarga, Pendidikan kepala keluarga, Alamat dan nomor telepon

b) Komposisi anggota keluarga

Meliputi Nama, Umur, Jenis kelamin, Hubungan dengan KK, Pendidikan, Pekerjaan, dan Keterangan

c) Genogram

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

d) Tipe keluarga

Pembagian tipe ini bergantung kepada konteks keilmuan dan orang yang mengelompokkan

(1) Keluarga Tradisional

Secara tradisional keluarga dikelompokkan menjadi 2 yaitu:

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

(2) Keluarga Moderen

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).

e) Suku bangsa

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

f) Agama

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

g) 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).

h) 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).

2) 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 pertengahan, yaitu dengan tugas:

- a) Menyediakan lingkungan yang dapat meningkatkan kesehatan
- b) Mempertahankan hubungan yang mengesankan dan penuh arti dengan para orang tua (lansia) dan anak-anak
- c) Memperkokoh hubungan perkawinan
- d) Persiapan masa tua/ pensiun

3) Lingkungan

a) 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).

b) Karakteristik tetangga dan komunitas RW

Menjelaskan mengenai karakteristik dari tetangga dan komunitas setempat meliputi kebiasaan, lingkungan fisik, aturan atau kesepakatan penduduk setempat serta budaya setempat yang mempengaruhi kesehatan (Padila, 2018).

c) Mobilitas geografis keluarga

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

d) 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).

4) Struktur keluarga

a) 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).

b) Pola komunikasi keluarga

Menjelaskan mengenai cara berkomunikasi antar anggota keluarga.

- (1) Apakah anggota keluarga mengutarakan kebutuhan dan perasaan mereka dengan jelas
- (2) Apakah anggota keluarga memperoleh dan memberikan respons dengan baik terhadap pesan
- (3) Apakah anggota keluarga mendengar dan mengikuti pesan
- (4) Bahasa apa yang digunakan dalam keluarga
- (5) Pola yang digunakan dalam berkomunikasi untuk menyampaikan pesan (langsung atau tidak langsung)
- (6) Jenis-jenis disfungsi komunikasi apa yang terlihat dalam pola komunikasi keluarga (Padila, 2018).

c) Struktur kekuatan keluarga

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

d) Struktur peran

Menjelaskan peran dari masing-masing anggota keluarga baik secara formal maupun informal. (Padila, 2018).

e) Nilai dan norma keluarga

Menjelaskan mengenai nilai dan norma yang dianut oleh keluarga yang berhubungan dengan kesehatan (Padila, 2018).

5) Fungsi keluarga

a) 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).

b) Fungsi sosialisasi

Dikaji bagaimana interaksi atau hubungan dalam keluarga, sejauh mana anggota keluarga belajar disiplin, norma, budaya serta perilaku (Padila, 2018)

c) 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 dilingkungan setempat. (Padila, 2018)

d) Fungsi reproduksi

Hal yang perlu dikaji yaitu : Berapa jumlah anak, Apakah rencana keluarga berkaitan dengan jumlah anggota keluarga, Metode yang digunakan keluargapaya, dalam mengendalikan jumlah anggota keluarga (Padila, 2018).

e) Fungsi ekonomi

Hal yang perlu dikaji adalah :

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

keluarga? (Padila, 2018)

- 6) Stress dan coping keluarga
 - a) Stressor jangka pendek dan panjang
 - (1) Stressor jangka pendek yaitu stressor yang dialami keluarga yang memerlukan penyelesaian dalam waktu kurang dari enam bulan.
 - (2) Stressor jangka panjang yaitu stressor yang dialami keluarga yang memerlukan penyelesaian dalam waktu lebih dari enam bulan.
 - b) Kemampuan keluarga berespon terhadap stressor dikaji sejauh mana keluarga berespon terhadap stressor
 - c) Strategi coping yang digunakan
Dikaji strategi coping yang digunakan keluarga bila menghadapi masalah/stressor
 - d) Strategi adaptasi disfungsional
Dijelaskan mengenai strategi adaptasi disfungsional yang digunakan keluarga bila menghadapi permasalahan/ stress. (Padila, 2018)
- 7) Pemeriksaan fisik
Pemeriksaan fisik dilakukan pada semua anggota keluarga. Metode yang digunakan sama dengan pemeriksaan fisik klinik. (Padila, 2018)
- 8) 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 diagnosa keperawatan. Diagnosa keperawatan keluarga disusun berdasarkan jenis diagnosis seperti:

- 1) Diagnosis sehat/ *wellness*
Diagnosa 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, yaitu:

a) Mengenal masalah kesehatan

Kesehatan merupakan bagian dari kebutuhan keluarga yang tidak boleh diabaikan, karna kesehatan berperan penting dalam keluarga

b) Memutuskan tindakan yang tepat bagi keluarga

Peran ini merupakan upaya keluarga untuk mencari pertolongan yang tepat sesuai dengan keadaan keluarga. Adapun klasifikasi nya adalah :

- (1) Apakah masalah dirasakan oleh keluarga ?
- (2) Apakah kepala keluarga merasa menyerah terhadap masalah yang di hadapi salah satu anggota keluarga?
- (3) Apakah kepala keluarga takut akibat dari terapi yang di lakukan terhadap salah satu anggota keluarga nya ?
- (4) Apakah kepala keluarga percaya pada petugas kesehatan ?
- (5) Apakah keluarga mempunyai kemampuan untuk menjangkau fasilitas kesehatan ?

c) Memberikan perawatan pada keluarga yang sakit

Suprajitno (2004) menyatakan bahwa keluarga memiliki keterbatasan dalam mengatasi masalah keperawatan keluarga,

Untuk mengetahui yang dapat di kaji yaitu :

- (1). Apakah keluarga aktif dalam ikut merawat pasien ..?
- (2). Bagaimana keluarga mencari pertolongan dan mengerti tentang perawatan yang di perlukan pasien ..?
- (3). Bagaimana sikap keluarga terhadap pasien ..?

d) Memodifikasi lingkungan

Memodifikasi lingkungan keluarga untuk menjamin kesehatan keluarga

- (1) Pengetahuan keluarga tentang sumber yang di miliki di sekitar lingkungan rumah
- (2) Pengetahuan tentang penting nya sanitasi lingkungan dan manfaat nya
- (3) Kebersamaan dalam meningkat kan dan memelihara lingknagan rumah yang menunjang kesehatan

e) Menggunakan pelayanan kesehatan

Untuk mengetahui kemampuan keluarga dalam memanfaatkan sarana kesehatan yang perlu di kaji tentang :

- (1) Pengetahuan keluarga tentang fasilitas kesehatan yang dapat di jangkau keluarga
- (2) Keuntungan dari adanya fasilitas kesehatan
- (3) Kepercayaan keluarga terhadap pelayanan kesehatan yang ada
- (4) Apakah fasilitas kesehatan dapat terjangkau oleh keluarga

4) Prioritas masalah

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

Tabel 2.1**Prioritas Masalah Asuhan Keperawatan Keluarga**

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

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

Diagnosa yang mungkin muncul :

- Gangguan mobilisasi fisik berhubungan, neuro muskula

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). (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).

D. Tinjauan Konsep Penyakit

1. Deskripsi Stroke

Stroke adalah penyakit pada otak berupa gangguan fungsi saraf lokal dan atau global, muncul mendadak, progresif, dan cepat. Gangguan fungsi saraf pada stroke disebabkan oleh gangguan peredaran darah ke otak non traumatic. Gangguan saraf tersebut melanimbulkan gejala antara lain kelumpuhan wajah atau anggota badan, bicara tidak lancer, bicara tidak jelas

(pelo), mungkin perubahan kesadaran, gangguan penglihatan, dan lain-lain (Rikesdas,2013). Stroke adalah defisit neurologis yang mempunyai serangan mendadak dan berlangsung 24 jam sebagai akibat dari *cardiovascular disease* (CDV) (Battica,2011). Stroke merupakan kelainan fungsi otak yang timbul mendadak yang disebabkan karena terjadinya gangguan pendarahan ke otak dan bisa terjadi pada siapa saja dan kapan saja (Muttaqin,2011)

2. Etiologi Stroke

a. Trombosis Serebral

Trombosis ini terjadi pada pembuluh darah yang mengalami oklusi sehingga menyebabkan iskemi jaringan otak yang menimbulkan edema dan kongest disekitarnya. Trombosis biasanya terjadi pada orang tua yang sedang tidur atau bangun tidur. Hal ini terjadi karena penurunan aktivitas simpatis dan penurunan tekanan darah yang dapat menyebabkan iskemi serebral. Tanda dan gejala neurologis sering kali memburuk pada 48 jam trombosis. Beberapa keadaan dibawah ini dapat menyebabkan trombosis otak :

- 1) Aterosklerosis;
- 2) Hiperkoagulasi pada polistemia;
- 3) Arteritis (radang pada arteri);
- 4) Emboli.

a) Hemoragik

Perdarahan intrakranial atau intraserebral termasuk perdarahan dalam ruang subaraknoid atau ke dalam jaringan otak sendiri. Perdarahan ini dapat terjadi karena aterosklerosis dan hipertensi. Akibat pecahnya pembuluh darah otak yang menyebabkan perembesan darah ke dalam parenkim otak yang dapat mengakibatkan penakanan, pergeseran dan pemisahan jaringan otak yang berdekatan, sehingga otak akan membengkak, jaringan otak tertekan, sehingga terjadi infark otak, edema, dan mungkin herniasi otak.

b) Hipoksia Umum

Beberapa penyebab yang berhubungan dengan hipoksia umum adalah:

- Hipertensi yang parah.
- Henti jantung-paru.
- Curah jantung turun akibat aritmia.

c) Hipoksia Setempat

Beberapa penyebab yang berhubungan dengan hipoksia setempat adalah :

- Spasme arteri serebral, yang disertai perdarahan subaraknoid;
- Vasokonstriksi arteri otak disertai sakit kepala migrain.

Menurut Muttaqin (2008) beberapa faktor penyebab stroke antara lain :

- Hipertensi, merupakan faktor risiko utama.
- Penyakit kardiovaskular-embolisme serebral berasal dari jantung.
- Kolesterol tinggi.
- Obesitas.
- Peningkatan hematokrit meningkatkan risiko infark serebral.
- Diabetes-terkait dengan aterosclerosis.
- Kontrasepsi oral (khususnya dengan hipertensi, merokok, dan kadar estrogentinggi)
- Merokok
- Penyalahgunaan obat (khususnya kokain).
- Konsumsi alkohol

3. Klasifikasi Stroke

Stroke terbagi menjadi 2 klasifikasi yaitu stroke hemoragik dan stroke iskemi:

a. Stroke Hemoragik

Jenis stroke ini yang disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah di otak atau pembuluh darah otak bocor. Ini bisa terjadi karena tekanan darah ke otak tiba-tiba menjadi tinggi, sehingga menekan pembuluh darah. Pembuluh darah yang tersumbat tidak lagi dapat menahan tekanan itu.

Darah akan menggenangi otak. Darah yang membawa oksigen tidak

sampai di otak, padahal semestinya darah harus mengalir di sel-sel otak. Akibatnya, sebagian otak tidak mendapatkan asupan makanan. Selain itu, tekanan yang kuat membuat kebocoran juga merusak sel-sel otak di sekelilingnya. Pecahnya pembuluh darah juga bisa terjadi lantaran dinding pembuluh darah yang lemah, sehingga gampang robek, seperti yang terjadi pada aneurisma maupun AVM (*arteriovenous malformation*) (Sutrisno, 2007). Stroke hemoragik juga dibagi dua berdasarkan lokasi serangan yaitu:

a) Stroke Hemoragik Intracerebral

Banyak terjadi dalam otak dan tergolong membahayakan. Stroke perdarahan terjadi di dalam otak. Biasanya mengenai basal ganglia, otak kecil, batang otak, dan otak besar. Jika terkena di daerah talamus, sering penderitanya sulit ditolong meskipun dilakukan tindakan operatif untuk mengevakuasi perdarahannya

b) Stroke Hemoragik Subarahnoid

Memiliki kesamaan dengan stroke hemoragik intracerebral yang membedakannya, stroke ini terjadi di pembuluh darah di luar otak, tapi masih di daerah kepala, seperti di selaput otak atau bagian bawah otak. Penyebab lain dari stroke hemoragik subarahnoid adalah *cerebral aneurysm* (adanya penonjolan pembuluh darah seperti balon) dan penyakit ini sering menyerang bagian bawah otak atau di sirkulasi Willis atau AVM (*arteriovenous malformation*), maupun cavernous angioma - suatu tumor pembuluh darah. Pecahnya pembuluh darah ini karena darah mengalir ke otak tidak teratur.

b. Stroke Iskemik

Menurut Dewi (2015) stroke iskemik terjadi karena tersumbatnya pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ke otak sebagian atau keseluruhan terhenti. Hal ini disebabkan oleh aterosklerosis yaitu penumpukan kolesterol pada dinding pembuluh darah atau bekuan darah yang telah menyumbat suatu pembuluh darah ke otak. Hampir sebagian besar pasien atau sebesar 83 % mengalami stroke jenis ini. Penyumbatan

biasa terjadi di sepanjang jalur pembuluh darah arteri menuju otak.

Stroke iskemik ini dibagi menjadi 3 jenis, yaitu:

- a) Stroke trombotik: proses terbentuknya thrombus hingga menjadi gumpalan.
- b) Stroke embolik: tertutupnya pembuluh arteri oleh bekuan darah.
- c) Hipoperfusion sistemik: aliran darah ke seluruh bagian tubuh berkurang karena adanya gangguan denyut jantung.

Stroke menyerang otak dan merusak sel-sel otak yang berhubungan dengan saraf. Kerusakan saraf yang disebabkan oleh gangguan stroke dapat menimbulkan berbagai masalah, termasuk gangguan fungsi seksualitas bagi pria maupun wanita.

4. Manifestasi Klinis

Berdasarkan NIC-NOC (2015) manifestasi klinis stroke adalah:

- a. Tiba-tiba mengalami kelelahan atau kelumpuhan separo badan
- b. Tiba-tiba hilang rasa peka
- c. Berbicara cadal atau pelo
- d. Gangguan bicara atau bahasa
- e. Gagguan penglihatan
- f. Mulut moncong atau tidak simetriks ketika menyeringai
- g. Gangguan daya ingat
- h. Nyeri kepala hebat
- i. Vertigo
- j. Kesadaran menurun
- k. Kesadaran menurun
- l. Proses BAK terganggu
- m. Gangguan fungsi otak

Table 2.2
Perbedaan stroke hemoragik dan non hemoragik

Gejala klinis	Stroke hemoragik		Stroke Non Hmoragik
	PIS	PSA	
Gejala defisit local	Berat	Ringan	Berat / Ringan
SIS sebelumnya	Amat jarang		+/- Biasa
Permulaan (onset)	Menit/Jam	1-2 menit	Pelan (Jam/Hari)
Nyeri kepala	Hebat	Sangat hebat	Ringan / tak ada
Muntah pada awalnya	Sering	Sering	Tidak. Kecuali lesi di batang otak
Hipertensi	Hampir selalu	Biasanya tidak	Sering kali
Kesadaran	Bisa hilang	Bisa hilang sebentar	Dapat hilang
Kaku kuduk	Jarang	Bisa ada pada permulaan	Tidak ada
Hemiprasis	Sering sejak awal	Tidak ada	Sering dari awal
Deviasi mata	Bisa ada	Tidak ada	Mungkin ada
Gangguan bicara	Sering	Jarang	Sering
Likvor	Sering berdarah	Selalu berdarah	Jernih
Perdarahan subrakhoid	Tidak ada	Bisa ada	Tidak ada
Presis/ Gangguan N III		Mungkin (+)	

5. Patofisiologis

Infark serebral adalah berkurangnya, suplai darah ke otak ke area tertentu di otak. Luasnya infark bergantung pada faktor-faktor seperti lokasi dan besarnya pembuluh darah dan adekuatnya sirkulasi kolateral terhadap area yang disuplai oleh pembuluh darah yang tersumbat. Suplai darah ke otak dapat berubah (makin lambat atau cepat) pada gangguan lokal (trombus, emboli, perdarahan, atau spasme vaskular) atau karena gangguan umum (hipoksia karena gangguan paru dan jantung). Aterosklerosis sering berbagai faktor penyebab infark pada otak. Trombus dapat berasal dari plak arteriosklerotik, atau darah dapat beku pada area yang stenosis, tempat aliran darah mengalami pelambatan atau terjadi turbulensi (Muttaqin, 2008).

Trombus dapat pecah dari dinding pembuluh darah terbawa sebagai emboli dalam aliran darah. Trombus mengakibatkan iskemia jaringan otak yang disuplai oleh pembuluh darah yang bersangkutan dengan edema dan kongesti di sekitar area. Area edema ini menyebabkan disfungsi yang lebih besar daripada area infark itu sendiri. Edema dapat berkurang dalam beberapa jam atau kadang-kadang sesudah beberapa hari. Dengan berkurangnya edema klien mulai menunjukkan perbaikan. Oleh karena trombosis biasanya tidak fatal, jika tidak terjadi perdarahan masif. Oklusi

pada pembuluh darah serebral oleh embolus menyebabkan edema dan nekrosis 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 pembuluh darah. Hal ini akan menyebabkan perdarahan serebral, jika aneurisma pecah atau ruptur.

Perdarahan sel otak disebabkan oleh ruptur arteriosklerotik dan hipertensi pembuluh darah. Perdarahan intraserebral yang sangat luas akan lebih sering menyebabkan kematian dibandingkan keseluruhan penyakit serebro vaskular, karena perdarahan yang luas terjadi destruksi massa otak, peningkatan tekanan intrakranial dan yang lebih berat dapat menyebabkan herniasi otak pada falk serebri atau lewat foramen magnum.

Kematian dapat disebabkan oleh kompresi batang otak, hemisfer otak, dan perdarahan batang otak sekunder atau ekstensi perdarahan ke batang otak. Perembesan darah ke ventrikel otak terjadi pada sepertiga kasus perdarahan otak dinukleus kaudatus, talamus, dan pons.

Jika sirkulasi serebral terhambat, dapat berkembang anoksia serebral. Perubahan yang disebabkan oleh anoksia serebral dapat reversibel untuk waktu 4- 6 menit. Perubahan ireversibel jika anoksia lebih dari 10 menit. Anoksia serebral dapat terjadi oleh karena gangguan yang bervariasi salah satunya henti jantung.

Selain kerusakan parenkim otak, akibat volume perdarahan yang relatif banyak akan mengakibatkan peningkatan tekanan intrakranial dan penurunan tekanan perfusi otak serta gangguan drainase otak. Elemen-elemen vasoaktif darah yang keluar dan kaskade iskemik akibat menurunnya tekanan perfusi, menyebabkan saraf di area yang terkena darah dan sekitarnya tertekan lagi.

Jumlah darah yang keluar menentukan prognosis. Jika volume darah lebih dari 60 cc maka risiko kematian besar 93% pada perdarahan dalam dan 71% pada perdarahan lebar. Sedangkan jika terjadi perdarahan serebral dengan volume antara 30-60 cc diperkirakan kemungkinan kematian sebesar 75%, namun volume darah 5 cc dan terdapat dipons sudah berakibat fatal

(Jusuf Misbach,1999 dalam Muttaqin,2011).

6. Penatalaksanaan Medis

Untuk mengobati keadaan akut perlu diperhatikan faktor-faktor kritis sebagai berikut:

- a. Berusaha menstabilkan tanda-tanda vital dengan:
 - 1) Mempertahankan saluran nafas yang paten, yaitu sering lakukan penghisapa lendir, oksigenisasi, kalau perlu trakeostomi, membantu pernafasan
 - 2) Mengontrol tekanan darah berdasarkan kondisi klien, termasuk usaha memperbaiki hipotensi dan hipertensi
- b. Berusaha menemukan dan memperbaiki aritmia jantung
- c. Merawat kandung kemih, edapat mungkin jangan memakai kateter
- d. Menempatkan klien dalam posisi yang tepat, harus dilakukan secepat mungkin, posisi klien harus di ubah tiap 2 jam dan dilakukan latihan gerak pasif

7. Pengobatan Konservatif

- a. Vasodilator meningkatkan aliran darah serebri (ADS) secara percobaan tapi maknanya pada tubuh manusia belum dapat dibuktikan
- b. Dapat diberi histamine, aminophilin, asetazolamid, papaverin intraarterial
- c. Medikasi anti trombosit dapat diresepkan karena trombosit memainkan peran sangat penting dalam pembentukan thrombus dan embolisasi. Antiagregasi thrombosis seperti aspirin digunakan untuk menghambat aksi pelepasan agregasi thrombosis yang terjadi sudah ulserasi alteroma.
- d. Antikoagulan dapat diresepkan untuk mencegah terjadinya atau memberatnya thrombosis atau embolisis dari tempat lain dalam sistem kardiovaskular.

8. Pengobatan pembedahan

Tujuan utama adalah memperbaiki aliran darah serebri dengan:

- a. Endosterektomi karotis membentuk kembali arteri karotis, yaitu dengan membuka arteri karotis di leher
- b. Revaskularisasi terutama tindakan pembedahan dan manfaatnya paling dirasakan oleh pasien TIA

- c. Evaluasi bekuan darah dilakukan pada stroke akut
- d. Ligase arteri karotis komunis di leher khususnya pada aneurisma

9. Komplikasi

Menurut Handerson (2002) dalam Dewi (2015) pada stroke yang berbaring lama dapat menyebabkan masalah emosional dan fisik, diantaranya :

a) Bekuan darah

Mudah terbentuk pada kaki yang lumpuh menyebabkan penimbunan cairan, pembengkakan selain itu juga menyebabkan embolisme paru yaitu sebuah bekuan yang terbentuk dalam satu arteri yang mengalirkan darah ke paru.

b) Dekubitus

Bagian yang biasa memar adalah pinggul, pantat, sendi kaki dan tumit bila memar ini tidak bisa dirawat bisa menjadi infeksi.

c) Pneumonia

Pasien stroke tidak bisa batuk dan menelan dengan sempurna, hal ini menyebabkan cairan berkumpul di paru-paru dan selanjutnya pneumonia.

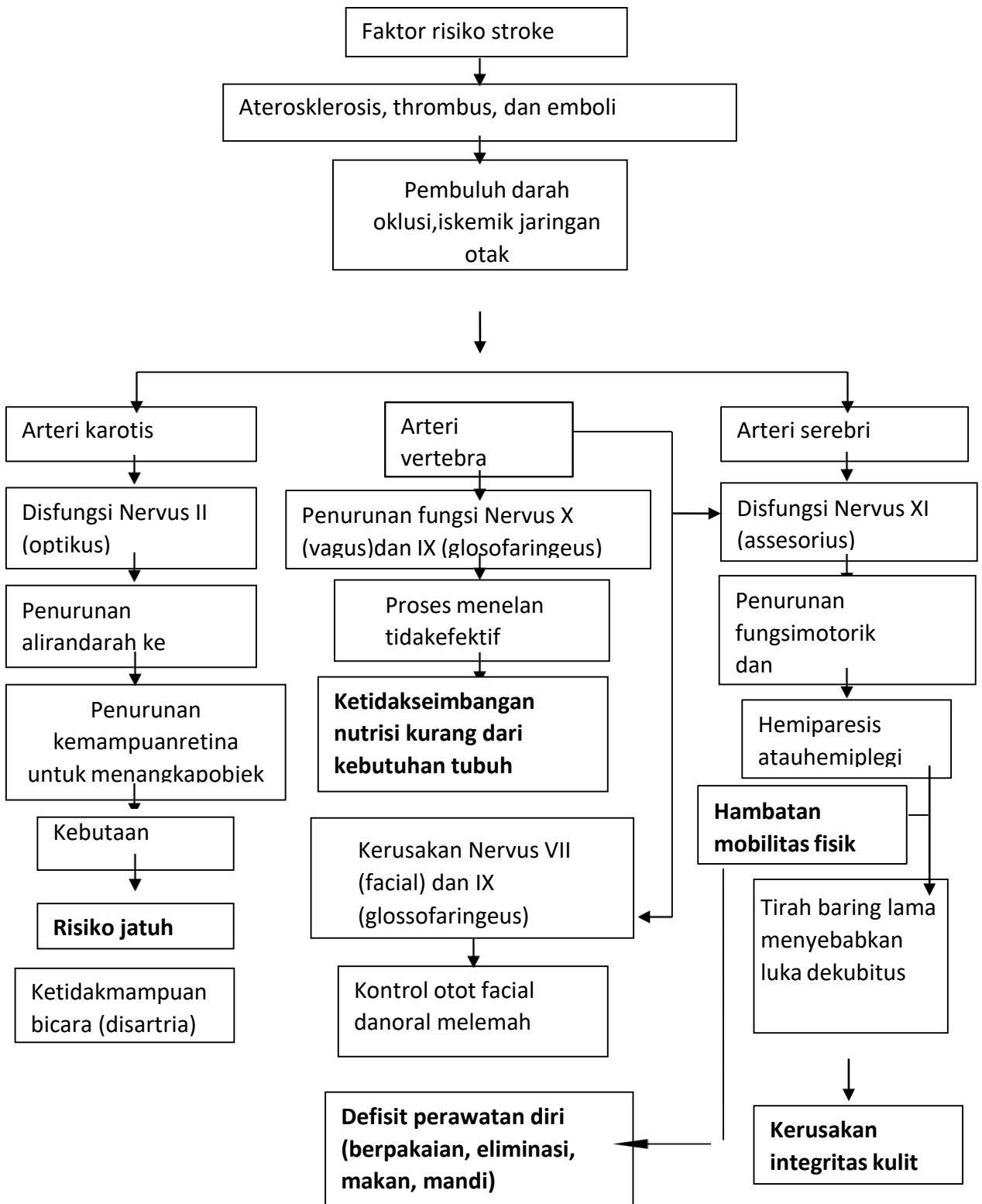
d) Atrofi atau kekakuan sendi

Hal ini disebabkan karena kurang gerak dan mobilisasi. Komplikasi lain dari stroke adalah :

- Disritmia
- Peningkatan intra kranial
- Kontraktur
- Gagal nafas
- Kematian

10. Pathway

Gambar 2.1 Pathway Stroke



Sumber: Nurarih dan Kusuma (2015)