

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Konsep Kebutuhan Dasar

1. Konsep kebutuhan dasar manusia

Manusia mempunyai kebutuhan dasar yang harus dipenuhi secara memuaskan melalui proses homeostasis, baik fisiologis maupun psikologis. Adapun kebutuhan merupakan suatu hal yang sangat penting untuk menjaga homeostasis dan kehidupan itu sendiri. Abraham Maslow membagi kebutuhan dasar manusia menjadi 5 tingkatan, yaitu sebagai berikut (Mubarak, Indrawati, & Susanto, 2015).

a. Kebutuhan fisiologis (*physiologis needs*)

Kebutuhan fisiologis memiliki prioritas tertinggi dalam hierarki Maslow. Umumnya, seseorang akan lebih dulu memenuhi kebutuhan fisiologisnya dibandingkan kebutuhan lain. Kebutuhan ini meliputi:

- 1) Kebutuhan oksigen dan pertukaran gas.
- 2) Kebutuhan cairan dan elektrolit.
- 3) Kebutuhan makanan.
- 4) Kebutuhan eliminasi dan alvi.
- 5) Kebutuhan istirahat dan tidur.
- 6) Kebutuhan aktivitas.
- 7) Kebutuhan kesehatan temperatur tubuh.
- 8) Kebutuhan seksual.

b. Kebutuhan keselamatan dan rasa aman (*safety and security needs*)

Kebutuhan keselamatan dan rasa aman yang dimaksud adalah aman dari berbagai aspek, baik fisiologis maupun psikologis. Kebutuhan ini meliputi:

- 1) Kebutuhan perlindungan diri dari udara dingin, panas, kecelakaan, dan infeksi.
- 2) Bebas dari rasa takut dan kecemasan.
- 3) Bebas dari perasaan terancam karena pengalaman yang baru.

- c. Kebutuhan rasa cinta, memiliki, dan dimiliki (*love and belonging needs*)

Kebutuhan ini meliputi:

- 1) Memberi dan menerima kasih sayang.
- 2) Perasaan dimiliki dan hubungan yang berarti dengan orang lain.
- 3) Kehangatan.
- 4) Persahabatan.
- 5) Diakui dalam keluarga, kelompok, serta lingkungan sosial.

- d. Kebutuhan harga diri (*self-esteem needs*)

Ada dua macam kebutuhan akan harga diri. Pertama, adalah kebutuhan-kebutuhan akan kekuatan, penguasaan, kompetensi, pervaaya diri, dan kemandirian. Kedua, adalah kebutuhan akan penghargaan dari orang lain, status, ketenaran, dominasi, kebanggaan, dianggap penting, dan apresiasi dari orang lain.

- e. Kebutuhan aktualisasi diri (*need for self actualization*)

Kebutuhan ini meliputi:

- 1) Dapat mengenal diri sendiri dengan baik.
- 2) Belajar memenuhi kebutuhan diri sendiri.
- 3) Tidak emosional.
- 4) Mempunyai dedikasi yang tinggi.
- 5) Kreatif.
- 6) Mempunyai kepercayaan diri yang tinggi dan sebagainya.

2. Konsep kebutuhan aktivitas

a. Pengertian kebutuhan aktivitas

Kemampuan beraktivitas (misal: berdiri, bekerja, makan) merupakan kebutuhan dasar yang mutlak diharapkan oleh setiap manusia. Tubuh akan menjadi sehat, sistem pernafasan dan sirkulasi tubuh akan berfungsi dengan baik, dan metabolisme tubuh dapat optimal dengan beraktivitas. Dalam hal ini, kemampuan beraktivitas tidak lepas dari sistem pernafasan dan muskuloskeletal yang adekuat (Lilis, Taylor, & Lemonek, 1989 dalam Mubarak & Chayatin, 2007).

Aktivitas fisik merupakan irama sirkadian manusia. Tiap individu mempunyai irama atau pola tersendiri dalam kehidupan sehari-hari untuk melakukan kerja, rekreasi, makan, istirahat, dan lain-lain. Aktifitas fisik pada dasarnya adalah bagaimana menggunakan tubuh secara efisien, terkoordinasi, dan aman, sehingga menghasilkan gerakan yang baik dan memelihara keseimbangan selama beraktivitas (Asmadi, 2008). Kebutuhan aktivitas adalah kebutuhan dasar untuk melakukan mobilitas (bergerak). Kebutuhan dasar ini diatur oleh beberapa sistem/organ tubuh diantaranya tulang, otot, tendon, ligamen, sistem saraf, dan sendi (Hidayat & Uliyah, 2015).

b. Koordinasi aktivitas fisik

Koordinasi aktivitas fisik melibatkan fungsi sistem muskuloskeletal dan sistem saraf (neuromuskuler).

1) Sistem muskuloskeletal

Komponen sistem muskuloskeletal melibatkan tulang, otot, tendon, ligamen, kartilago, dan sendi (Asmadi, 2008).

a) Tulang

Tulang adalah jaringan dinamis yang tersusun dari tiga jenis sel, yaitu osteoblas, osteosit, dan osteoklas. Fungsi tulang:

- (1) Sebagai penunjang jaringan tubuh yang membentuk otot-otot tubuh.
- (2) Melindungi organ yang lunak, seperti otak, jantung, paru-paru, dan sebagainya.
- (3) Membantu pergerakan tubuh.
- (4) Menyimpan garam-garam mineral, seperti kalsium.
- (5) Membantu proses hematopoiesis, yaitu proses pembentukan sel darah merah di sumsum tulang.

b) Otot

Otot secara umum berfungsi untuk kontraksi dan menghasilkan gerakan-gerakan. Otot ada tiga macam, yaitu otot rangka, otot polos, dan otot jantung. Otot rangka terdapat pada sistem skletal dan merupakan otot yang paling berperan dalam aktivitas fisik. Otot rangka berfungsi dalam membantu pengontrolan gerakan, mempertahankan postur tubuh, dan menghasilkan panas.

c) Tendon

Tendon adalah sekumpulan jaringan fibrosa padat yang merupakan perpanjangan dari pembungkus otot dan membentuk ujung-ujung otot yang mengikatkannya pada tulang. Tendon ini dibatasi oleh membran sinovial yang berfungsi untuk memberikan pelicin agar pergerakan tendon menjadi mudah.

d) Ligamen

Ligamen adalah sekumpulan jaringan penyambung fibrosa yang padat, lentur, dan kuat. Ligamen berfungsi menghubungkan ujung persendian dan menjaga kestabilan.

e) Kartilago

Kartilago terdiri atas serat yang tertanam dalam suatu gel yang kuat tetapi elastis dan tidak mempunyai pembuluh darah. Fungsi kartilago antara lain:

- (1) Mengurangi gesekan dan berperan sebagai bantalan antar tulang di persendian.
- (2) Membantu menopang berat badan saat tubuh melakukan kegiatan seperti berlari, membungkuk, atau melakukan peregangan.
- (3) Sebagai perekat tulang-tulang di tubuh.
- (4) Menjalankan fungsi sesuai organ yang dibentuknya. Contoh, telinga yang seluruhnya terdiri dari kartilago berfungsi untuk mendengar.

f) Sendi

Persendian memfasilitasi pergerakan dengan memungkinkan terjadinya kelenturan. Ada tiga jenis sendi, yaitu sendi sinartroses (sendi yang tidak bergerak, seperti batas tulang tengkorak), sendi amfiartroses (sendi yang pergerakannya terbatas hanya satu gerakan, seperti tulang vertebrae), dan sendi diartroses (sendi yang bebas pergerakannya, seperti sendi bahu dan sendi leher).

2) Sistem persarafan

Menurut Mubarak, Indrawati, dan Susanto (2015), secara spesifik sistem persarafan memiliki beberapa fungsi, yaitu:

- a) Saraf eferen (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 meneruskannya ke otot rangka.

c. Faktor yang memengaruhi aktivitas fisik

Menurut Tarwoto dan Wartonah (2015), faktor yang memengaruhi aktivitas fisik antara lain sebagai berikut:

1) Tingkat perkembangan tubuh

Usia akan mempengaruhi tingkat perkembangan neuromuskular dan tubuh secara proporsional, postur, dan refleks akan berfungsi secara optimal sesuai dengan tingkat perkembangan.

2) Kesehatan fisik

Penyakit, cacat tubuh, dan imobilisasi akan memengaruhi pergerakan tubuh. Banyak penyakit yang menimbulkan keterbatasan aktivitas, baik karena efek penyakitnya maupun faktor terapi pembatasan aktivitas.

3) Keadaan nutrisi

Kurangnya nutrisi dapat menyebabkan kelemahan pada otot, sedangkan obesitas dapat menyebabkan pergerakan menjadi kurang bebas.

4) Kelemahan neuromuskular dan skeletal

Adanya postur abnormal seperti skoliosis, lordosis, dan kifosis dapat berpengaruh terhadap pergerakan.

5) Pekerjaan

Seseorang yang bekerja di kantor kurang melakukan aktivitas bila dibandingkan dengan petani atau buruh.

3. Konsep mobilitas

a. Pengertian mobilitas

Mobilitas merupakan suatu kemampuan individu untuk bergerak secara bebas, mudah, dan teratur dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan aktivitas dalam rangka mempertahankan kesehatannya (Hidayat & Uliyah, 2015). Mobilitas adalah kemampuan seseorang untuk bergerak secara bebas, mudah, dan teratur yang bertujuan untuk memenuhi kebutuhan hidup sehat. Mobilitas diperlukan untuk meningkatkan kemandirian diri, meningkatkan kesehatan, memperlambat proses penyakit khususnya penyakit degeneratif, dan untuk aktualisasi diri. Lingkup mobilitas itu sendiri mencakup *exercise* atau *range of motion* (ROM), ambulansi, dan *body mechanic* (Kozier, 2000 dalam Mubarak, Indrawati, & Susanto, 2015)

b. Tujuan mobilitas

Tujuan mobilitas adalah memenuhi kebutuhan dasar (termasuk melakukan aktivitas hidup sehari-hari dan aktivitas rekreasi), mempertahankan diri (melindungi diri dari trauma), mempertahankan konsep diri, dan mengekspresikan emosi dengan gerakan tangan non verbal. Adapun tujuan dari mobilitas menurut Brunner dan Suddarth (2002) dalam Mubarak, Indrawati, dan Susanto (2015) meliputi:

- 1) Mempertahankan fungsi tubuh dan mencegah kemunduran serta mengembalikan rentang gerak aktivitas tertentu sehingga penderita dapat kembali normal atau setidaknya-tidaknya dapat memenuhi kebutuhan sehari-hari.
- 2) Memperlambat peredaran darah.
- 3) Membantu pernafasan menjadi lebih kuat.
- 4) Mempertahankan tonus otot, memelihara, dan meningkatkan pergerakan dari persendian.
- 5) Memperlancar eliminasi alvi dan urine.
- 6) Melatih atau ambulasi.

c. Jenis mobilitas

Menurut Hidayat dan Uliyah (2015), jenis mobilitas:

- 1) Mobilitas penuh merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak secara penuh, bebas tanpa pembatasan jelas yang dapat mempertahankan untuk berinteraksi sosial dan menjalankan peran sehari-harinya. Mobilitas penuh memberikan fungsi saraf motorik volunter dan sensori yang dapat mengontrol seluruh area tubuh seseorang yang melakukan mobilitas.
- 2) Mobilitas sebagian merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak dengan batasan jelas atau tidak mampu bergerak secara bebas, hal tersebut dapat dipengaruhi oleh gangguan saraf motorik dan sensorik pada area tubuh seseorang. Mobilitas sebagian ada dua jenis, yaitu:
 - a) Mobilitas sebagian temporer merupakan kemampuan individu untuk bergerak dengan batasan bersifat sementara. Hal ini disebabkan adanya trauma reversibel pada sistem muskuloskeletal, contohnya ada dislokasi sendi dan tulang.
 - b) Mobilitas sebagian permanen merupakan kemampuan individu untuk bergerak dengan batasan yang sifatnya menetap. Hal tersebut disebabkan oleh rusaknya sistem saraf yang reversibel, contohnya terjadi hemiplegia karena stroke.

d. Faktor yang memengaruhi mobilitas

Menurut Mubarak, Indrawati, dan Susanto (2015), faktor yang memengaruhi mobilitas meliputi :

1) Gaya hidup

Mobilitas seseorang dipengaruhi oleh latar belakang budaya, nilai-nilai yang dianut, serta lingkungan tempat tinggal (masyarakat). Contoh sederhananya adalah wanita Jawa yang dituntut untuk berpenampilan lemah dan lembut. Selain itu, tabu bagi mereka untuk melakukan aktivitas yang berat.

2) Ketidakmampuan

Kelemahan fisik dan mental akan menghalangi seseorang untuk melakukan aktivitas hidup sehari-hari. Secara umum, ketidakmampuan ada dua macam, ketidakmampuan primer dan sekunder. Ketidakmampuan primer disebabkan oleh penyakit atau trauma (misal: paralisis akibat gangguan atau cedera pada medula spinalis). Sementara ketidakmampuan sekunder terjadi akibat dampak dari ketidakmampuan primer (misal: kelemahan otot dan tirah baring). Penyakit-penyakit tertentu dan kondisi cedera akan berpengaruh terhadap mobilitas.

3) Tingkat energi

Energi dibutuhkan untuk banyak hal, salah satunya mobilitas. Dalam hal ini, cadangan energi yang dimiliki masing-masing individu bervariasi. Di samping ini, ada kecenderungan seseorang untuk menghindari stresor guna mempertahankan kesehatan fisik dan psikologis.

4) Usia

Usia berpengaruh terhadap kemampuan seseorang dalam melakukan mobilitas. Pada individu lansia, kemampuan untuk melakukan aktivitas dan mobilitas menurun sejalan dengan penuaan.

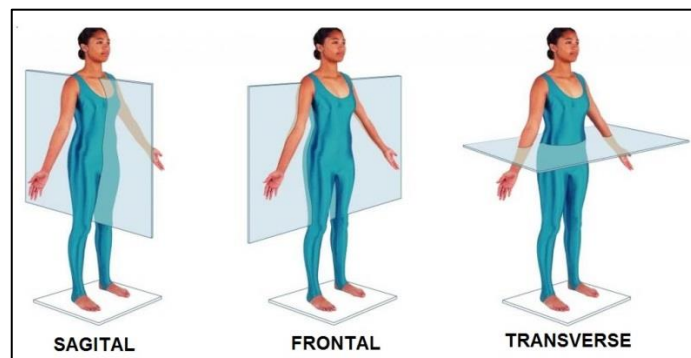
5) Sistem neuromuskular

Mobilitas sangat dipengaruhi oleh sistem neuromuskuler, meliputi sistem otot, skeletal, sendi, ligamen, tendon, kartilago, dan saraf. Otot skeletal mengatur gerakan tulang karena adanya kemampuan otot berkontraksi dan relaksasi yang bekerja sebagai sistem pengungkit. Ada dua tipe kontrak otot, yaitu isotorik dan isometrik. Peningkatan tekanan otot pada kontraksi isotonik menyebabkan otot memendek sedangkan peningkatan tekanan otot pada kontraksi isometrik tidak menyebabkan otot memendek.

e. Rentang gerak dalam mobilitas

Rentang gerak merupakan jumlah maksimum gerakan yang mungkin dilakukan sendi pada salah satu dari tiga potongan tubuh, yaitu sagital, frontal, dan transversal. Menurut Carpenito (2000) dalam Mubarak, Indrawati, dan Susanto (2015) terdapat tiga rentang gerak :

- 1) Rentang gerak pasif, berguna untuk menjaga kelenturan otot-otot dan persendian dengan menggerakkan otot orang lain secara pasif misalnya perawat mengangkat dan menggerakkan kaki pasien.
- 2) Rentang gerak aktif, berguna untuk melatih kelenturan dan kekuatan otot serta sendi dengan cara menggunakan otot-ototnya secara aktif misalnya berbaring pasien menggerakkan kakinya.
- 3) Rentang gerak fungsional, berguna untuk memperkuat otot-otot dan sendi dengan melakukan aktivitas yang diperlukan.



Gambar 2.1 Garis Potongan Pada Tubuh
Sumber: Mubarak, Indrawati, dan Susanto (2015)

B. Tinjauan Asuhan Keperawatan

1. Tinjauan asuhan keperawatan kebutuhan mobilitas

a. Pengkajian keperawatan

Menurut Hidayat & Uliyah (2015) pengkajian kebutuhan mobilitas :

- 1) Pengkajian riwayat pasien saat ini, meliputi alasan pasien yang menyebabkan terjadi keluhan/gangguan mobilitas, seperti adanya kelemahan otot, kelelahan, tingkat mobilitas, daerah terganggunya mobilitas, dan lama terjadinya gangguan mobilitas.
- 2) Pengkajian riwayat penyakit dahulu yang berhubungan dengan pemenuhan kebutuhan mobilitas, seperti adanya riwayat penyakit sistem neurologis (cerebro vaskular acident, trauma kepala, peningkatan intrakranial, miastenia gravis, gullain barre, cedera medula spinalis, dan lain-lain), riwayat sistem kardiovaskuler (infark miokard, gagal jantung kongestif), riwayat penyakit sistem muskuloskeletal (osteoporosis, fraktur, artritis), riwayat penyakit sistem pernafasan (penyakit paru obstruksi menahun, pneumonia, dan lain-lain), riwayat pemakaian obat-obatan (sedatif, hipotik, depressan sistem saraf pusat, laksantif, dan lain-lain).
- 3) Pengkajian fungsi motorik dilakukan pada tangan kanan dan kiri, kaki kanan dan kiri untuk dinilai ada tidaknya kelemahan dan kekuatan.
- 4) Pengkajian terhadap kemampuan mobilitas, meliputi kemampuan untuk miring secara sendiri, duduk, berdiri, bangun, dan berpindah. Untuk mengkaji kemampuan mobilitas maka ditentukan tingkatan mobilitas atau aktivitas.

Tabel 2.1 Tingkat Mobilitas
Sumber: Hidayah dan Uliyah (2015)

Tingkat mobilitas	Kategori
Tingkat 0	Mampu merawat sendiri secara penuh.
Tingkat 1	Memerlukan penggunaan alat atau peralatan.
Tingkat 2	Memerlukan bantuan atau pengawasan orang lain.
Tingkat 3	Memerlukan bantuan, pengawasan orang lain, dan alat.
Tingkat 4	Semua tergantung dan tidak dapat melakukan atau berpartisipasi dalam perawatan.

5) Pengkajian rentang gerak

Tabel 2.2 Pengkajian Rentang Gerak Sendi
Sumber: Hidayah dan Uliyah (2015)

Gerak sendi	Derajat rentang normal
Bahu Aduksi: gerakan lengan ke lateral dari posisi samping ke atas kepala, telapak tangan menghadap ke posisi yang paling jauh.	180
Siku Fleksi: angkat lengan bawah ke arah depan dan ke arah atas menuju bahu.	150
Pergelangan tangan 1. Fleksi: tekuk jari-jari tangan ke bagian dalam lengan bawah. 2. Ekstensi: luruskan pergelangan tangan dari posisi fleksi. 3. Hiperekstensi: tekuk jari-jari tangan ke arah belakang sejauh mungkin. 4. Abduksi: tekuk pergelangan tangan ke sisi ibu jari ketika telapak tangan menghadap ke arah atas. 5. Adduksi: tekuk pergelangan tangan ke arah kelingking, telapak tangan menghadap ke arah atas.	80-90 80-90 70-90 0-20 30-50
Tangan dan kaki 1. Fleksi: buat kepalan tangan. 2. Ekstensi: luruskan jari. 3. Hiperekstensi: tekuk jari-jari ke belakang sejauh mungkin. 4. Abduksi: kembangkan jari tangan. 5. Adduksi: rapatkan jari-jari dari posisi abduksi.	90 90 30 20 20

6) Pengkajian terhadap kekuatan otot untuk menentukan derajat kekuatan otot.

Tabel 2.3 Derajat Kekuatan Otot
Sumber: Hidayah & Uliyah (2015)

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

7) Pengkajian perubahan psikologis yang disebabkan adanya gangguan mobilitas antara lain perubahan perilaku, meningkatnya emosi, perubahan dalam coping mekanisme, dan lain-lain.

b. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga, dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan. Diagnosa keperawatan masalah mobilitas fisik adalah gangguan mobilitas fisik (SDKI, 2017).

1) Definisi gangguan mobilitas fisik

Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri.

2) Penyebab gangguan mobilitas fisik

- a) Kerusakan integritas struktur tulang.
- b) Perubahan metabolisme.
- c) Ketidakbugaran fisik.
- d) Penurunan massa otot.
- e) Penurunan kekuatan otot.
- f) Keterlambatan perkembangan.
- g) Kekakuan sendi.
- h) Kontraktur.
- i) Malnutrisi.
- j) Gangguan muskuloskeletal.
- k) Gangguan neuromuskular.
- l) Indeks masa tubuh di atas persentil ke-75 sesuai usia.
- m) Efek agen farmakologis.
- n) Program pembatasan gerak.
- o) Nyeri.
- p) Kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik.
- q) Kecemasan.
- r) Gangguan kognitif.
- s) Keengganan melakukan pergerakan.
- t) Gangguan sensori persepsi.

3) Gejala dan tanda gangguan mobilitas fisik

Tabel 2.4 Gejala Dan Tanda Gangguan Mobilitas Fisik
Sumber: SDKI, 2017

Gejala dan tanda mayor	
Subjektif	Objektif
1. Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas.	1. Kekuatan otot menurun. 2. Rentang gerak (ROM) menurun.
Gejala dan tanda minor	
Subjektif	Objektif
1. Nyeri saat bergerak. 2. Enggan melakukan pergerakan. 3. Merasa cemas saat bergerak.	1. Sendi kaku. 2. Gerakan tidak terkoordinasi. 3. Gerakan terbatas. 4. Fisik lemah.

4) Kondisi klinis terkait

- a) Stroke.
- b) Cedera medula spinalis.
- c) Trauma.
- d) Fraktur.
- e) Osteoarthritis.
- f) Osteomalasia.
- g) Keganasan.

c. Intervensi keperawatan

Menurut Tarwoto & Wartonah (2010), pada tahap perencanaan, ada empat hal yang harus diperhatikan antara lain:

- 1) Menentukan prioritas masalah.
- 2) Menentukan tujuan.
- 3) Menentukan kriteria hasil.
- 4) Merumuskan intervensi dan aktivitas perawatan.

Tabel 2.5 Intervensi Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik
Sumber: SIKI (2018)

Diagnosa	Intervensi utama	Intervensi pendukung
<p>Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot.</p> <p>Tujuan: Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan ekstremitas meningkat. 2. Kekuatan otot meningkat. 3. Rentang gerak (ROM) meningkat. 4. Nyeri menurun. 5. Kecemasan menurun. 6. Kaku sendi menurun. 7. Gerakan tidak terkoordinasi menurun. 8. Gerakan terbatas menurun. 9. Kelemahan fisik menurun. <p>Sumber: (SLKI, 2019)</p>	<p>Dukungan mobilisasi</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. 2. Identifikasi toleransi aktivitas fisik melakukan pergerakan. 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi. 4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi. <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. pagar tempat tidur). 2. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu. 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan. <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi. 2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini. 3. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi). <p>Dukungan Ambulasi</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. 2. Identifikasi toleransi aktivitas fisik melakukan ambulasi. 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi. 4. Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi. <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis. tongkat, kruk). 2. Anjurkan melakukan mobilisasi fisik, jika perlu. 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi. 4. Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dukungan kepatuhan program pengobatan. 2. Dukungan perawatan diri. 3. Dukungan perawatan diri: BAB/BAK. 4. Dukungan perawatan diri: berpakaian. 5. Dukungan perawatan diri: makan/minum. 6. Dukungan perawatan diri: mandi. 7. Edukasi latihan fisik. 8. Edukasi teknik ambulasi. 9. Edukasi teknik transfer. 10. Konsultasi via telepon. 11. Latihan otogenik. 12. Manajemen energi. 13. Manajemen lingkungan. 14. Manajemen mood. 15. Manajemen nutrisi. 16. Manajemen nyeri. 17. Manajemen medikasi. 18. Manajemen program latihan. 19. Manajemen sensasi perifer. 20. Manajemen neurologis. 21. Pemberian obat. 22. Pemberian obat intravena. 23. Pembidaian. 24. Pencegahan jatuh. 25. Pencegahan luka tekan. 26. Pengaturan posisi. 27. Pengekangan fisik. 28. Perawatan kaki. 29. Perawatan sirkulasi. 30. Perawatan tirah baring. 31. Perawatan traksi. 32. Promosi berat badan. 33. Promosi kepatuhan program latihan. 34. Teknik latihan penguatan otot. 35. Teknik latihan penguatan sendi. 36. Teknik aktivitas. 37. Teknik pemijatan. 38. Teknik relaksasi otot progresif.

d. Implementasi

Implementasi/tindakan keperawatan mencakup tindakan mandiri dan tindakan kolaborasi. Tindakan mandiri adalah aktivitas perawat yang didasarkan pada keputusan sendiri. Tindakan kolaborasi adalah tindakan yang didasarkan hasil keputusan bersama, seperti dokter (Tarwoto & Wartonah, 2010). Implementasi keperawatan dapat disesuaikan dengan rencana tindakan yang telah ditetapkan dalam Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) meliputi tindakan observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi. Bentuk implementasi keperawatan gangguan mobilitas fisik:

- 1) Bentuk perawatan, pengkajian untuk mengidentifikasi masalah baru atau mempertahankan masalah yang ada.
- 2) Pengajaran/pendidikan kesehatan pada pasien untuk membantu menambah pengetahuan tentang kesehatan.
- 3) Konseling pasien untuk memutuskan kesehatan pasien.
- 4) Konsultasi atau berdiskusi dengan tenaga profesional kesehatan lainnya sebagai bentuk perawatan holistik.
- 5) Membantu pasien dalam melakukan aktivitas sendiri.

e. Evaluasi

Langkah-langkah evaluasi pasien antara lain: membuat daftar tujuan pasien, melakukan pengkajian apakah pasien dapat melakukan sesuatu, membandingkan antara tujuan dengan kemampuan pasien, dan mendiskusikan dengan pasien mengenai tujuan dapat tercapai atau tidak (Tarwoto & Wartonah, 2010). Evaluasi keperawatan terhadap pasien dengan masalah gangguan mobilitas fisik mengacu pada capaian tujuan yang telah ditetapkan berdasarkan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) meliputi apakah pasien mengalami peningkatan terhadap kemampuan pergerakan ekstremitas, kekuatan otot, dan rentang gerak (ROM) serta apakah pasien mengalami penurunan terhadap nyeri, kecemasan, kaku sendi, gerakan tidak terkoordinasi, gerakan terbatas, dan kelemahan fisik.

2. Tinjauan asuhan keperawatan keluarga

Proses keperawatan keluarga merupakan suatu proses yang kompleks dan bersifat dinamis dengan menggunakan pendekatan yang sistematis pada keluarga dan anggota keluarga. Langkah-langkah yang dilakukan dimulai dari pengkajian, penetapan diagnosa, rencana, implementasi, dan evaluasi keperawatan (Dion & Betan, 2013).

a. Pengkajian keluarga

Pengkajian merupakan suatu tahapan dimana perawat mengambil data secara terus-menerus terhadap keluarga yang dibinanya (Padila, 2018).

Pengkajian keluarga meliputi:

1) Data umum

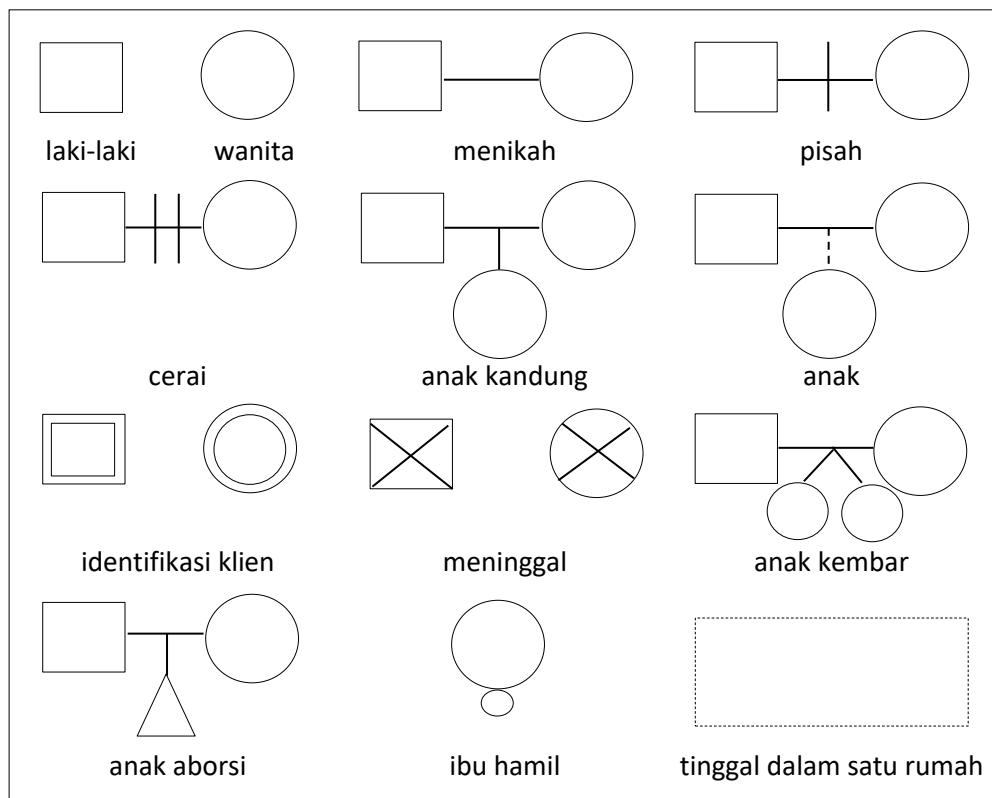
- a) Nama kepala keluarga (KK)
- b) Alamat dan nomor telepon
- c) Pekerjaan kepala keluarga
- d) Pendidikan kepala keluarga
- e) Komposisi keluarga

Komposisi keluarga terdiri dari nama, jenis kelamin, umur, hubungan keluarga dengan KK, pendidikan, pekerjaan, dan status kesehatan dari anggota keluarga yang dibuat dalam bentuk tabel untuk memudahkan pengamatan (Padila, 2018). Bentuk komposisi keluarga dengan mencatat terlebih dahulu anggota keluarga yang sudah dewasa, kemudian diikuti dengan anggota keluarga yang lain sesuai dengan susunan kelahiran mulai dari yang lebih tua (Dion & Betan, 2013).

f) Genogram

Genogram menggambarkan hubungan vertikal (lintas generasi) dan horizontal (dalam generasi yang sama) untuk memahami kehidupan keluarga dihubungkan dengan pola penyakit (Padila, 2018). Menurut Dion dan Betan (2013), data-data yang perlu dicantumkan dalam pembuatan genogram:

- (1) Anggota keluarga yang lebih tua berada di sebelah kiri.
- (2) Umur anggota keluarga ditulis dalam simbol laki-laki dan perempuan.
- (3) Tahun dan penyebab kematian ditulis di sebelah simbol laki-laki dan perempuan.
- (4) Paling sedikit disusun 3 generasi.
- (5) Penyakit yang sedang diderita saat ini ditulis sebelah simbol.



Gambar 2.2 Aturan Simbol Genogram

Sumber: Dion dan Betan (2013)

g) Tipe keluarga

Menjelaskan mengenai tipe keluarga beserta masalah-masalah yang terjadi pada tipe keluarga tersebut (Padila, 2018).

h) Suku bangsa

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

- i) Agama
Mengkaji agama yang dianut oleh keluarga serta kepercayaan yang dapat memengaruhi kesehatan (Padila, 2018).
 - j) Status sosial ekonomi
Status sosial ekonomi keluarga ditentukan oleh pendapatan, kebutuhan-kebutuhan yang dikeluarkan, dan barang-barang yang dimiliki keluarga (Padila, 2018).
 - k) Aktivitas rekreasi keluarga
Rekreasi keluarga tidak hanya dilihat dari kapan saja keluarga pergi bersama untuk mengunjungi tempat rekreasi tertentu, namun dengan menonton televisi dan mendengarkan radio juga merupakan aktivitas rekreasi (Padila, 2018).
- 2) Riwayat dan tahap perkembangan keluarga
- a) Tahap perkembangan keluarga saat ini
Tahap perkembangan keluarga ditentukan oleh anak tertua dari keluarga inti (Padila, 2018). Menurut Dion dan Betan (2013), dalam menentukan tahap perkembangan keluarga mengacu pada delapan tahap kehidupan keluarga menurut Friedman.
 - b) Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi
Menjelaskan mengenai tugas perkembangan keluarga yang belum terpenuhi serta kendala-kendala mengapa tugas perkembangan tersebut belum terpenuhi (Padila, 2018).
 - c) Riwayat keluarga inti
Menjelaskan riwayat kesehatan keluarga inti, meliputi riwayat penyakit keturunan dan kesehatan anggota keluarga, perhatian keluarga terhadap pencegahan penyakit, status imunisasi, sumber pelayanan kesehatan yang biasa digunakan keluarga, dan pengalaman terhadap pelayanan kesehatan (Padila, 2018).
 - d) Riwayat keluarga sebelumnya
Menjelaskan mengenai riwayat kesehatan pada keluarga dari pihak suami dan istri (Padila, 2018).

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, meliputi kebiasaan, lingkungan fisik, aturan atau kesepakatan penduduk setempat yang memengaruhi kesehatan (Padila, 2018).

c) Mobilitas geografis keluarga

Mobilitas geografis keluarga ditentukan dengan kebiasaan keluarga berpindah tempat dan sudah berapa lama tinggal di daerah tersebut (Dion & Betan, 2013).

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).

e) Sistem pendukung keluarga

Sistem pendukung keluarga, yaitu jumlah anggota keluarga yang sehat dan fasilitas-fasilitas yang dimiliki keluarga untuk menunjang kesehatan mencakup fasilitas fisik, fasilitas psikologis atau dukungan dari anggota keluarga, dan fasilitas sosial atau dukungan dari masyarakat setempat dengan mengkaji siapa saja yang menolong keluarga pada saat keluarga membutuhkan bantuan dan dukungan konseling (Dion & Betan, 2013).

4) Struktur keluarga

a) Pola komunikasi keluarga

Menurut Padila (2018), untuk mengetahui pola komunikasi keluarga maka perlu mengkaji:

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

b) Struktur kekuatan keluarga

Untuk mengetahui kemampuan anggota keluarga dalam mengendalikan dan memengaruhi anggota keluarga lainnya untuk mengubah perilaku yang berkaitan dengan kesehatan maka perlu mengkaji siapa yang mengambil keputusan dalam keluarga dan bagaimana cara keluarga dalam mengambil keputusan tersebut (Dion & Betan, 2013).

c) Struktur peran

Menjelaskan peran dari masing-masing anggota keluarga baik formal maupun informal dan siapa saja yang menjadi model peran dalam keluarga dan apakah ada konflik dalam pengaturan peran yang selama ini dijalani (Dion & Betan, 2013).

d) Nilai dan norma budaya

Menjelaskan mengenai nilai dan norma yang dianut keluarga yang berhubungan dengan kesehatan (Dion & Betan, 2013).

5) Fungsi keluarga

a) Fungsi afektif

Mengkaji gambaran diri anggota keluarga, perasaan memiliki dan dimiliki dalam keluarga, dukungan keluarga terhadap anggota keluarga lainnya, bagaimana kehangatan tercipta pada anggota keluarga dan bagaimana keluarga mengembangkan sikap saling menghargai (Padila, 2018).

b) Fungsi sosialisasi

Mengkaji bagaimana interaksi atau hubungan dalam keluarga dan sejauh mana anggota keluarga belajar disiplin, norma, budaya, dan perilaku (Dion & Betan, 2013).

c) Fungsi perawatan kesehatan

Mengkaji sejauhmana keluarga melakukan pemenuhan lima tugas perawatan kesehatan keluarga (Padila, 2018).

(1) Mengenal masalah kesehatan

Untuk mengetahui kemampuan keluarga mengenal masalah kesehatan, maka perlu dikaji sejauhmana keluarga mengetahui fakta-fakta dari masalah kesehatan, meliputi pengertian, tanda dan gejala, faktor penyebab yang memengaruhinya serta persepsi keluarga terhadap masalah.

(2) Mengambil keputusan tindakan kesehatan yang tepat

Untuk mengetahui kemampuan keluarga mengambil keputusan mengenai tindakan kesehatan yang tepat, perlu dikaji:

(a) Sejauhmana kemampuan keluarga mengerti mengenai sifat dan luasnya masalah?

(b) Apakah masalah kesehatan yang dirasakan oleh keluarga?

(c) Apakah keluarga merasa menyerah terhadap masalah kesehatan yang dialami?

(d) Apakah keluarga merasa takut akan akibat dari penyakit?

- (e) Apakah keluarga mempunyai sikap negatif terhadap masalah kesehatan?
- (f) Apakah keluarga dapat menjangkau fasilitas yang ada?
- (g) Apakah keluarga kurang percaya terhadap kesehatan yang ada?
- (h) Apakah keluarga mendapat informasi yang salah terhadap tindakan dalam mengatasi masalah?

(3) Merawat anggota keluarga yang sakit

Untuk mengetahui sejauhmana kemampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit termasuk kemampuan memelihara lingkungan dan menggunakan sumber/fasilitas kesehatan yang ada di masyarakat, perlu dikaji:

- (a) Apakah keluarga mengetahui sifat dan perkembangan perawatan yang dibutuhkan untuk mengulangi masalah kesehatan atau penyakit?
- (b) Apakah keluarga mempunyai sumber daya diperlukan untuk perawatan (anggota keluarga yang bertanggung jawab, keuangan, fasilitas fisik, psikososial)?
- (c) Apakah keluarga mengetahui upaya peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit?

(4) Memodifikasi lingkungan

Untuk mengetahui sejauhmana kemampuan keluarga memodifikasi lingkungan dengan memelihara lingkungan rumah yang sehat, perlu dikaji:

- (a) Sejauhmana keluarga mengetahui sumber-sumber keluarga yang dimiliki?
- (b) Sejauhmana keluarga melihat keuntungan atau manfaat pemeliharaan lingkungan?
- (c) Sejauhmana keluarga mengetahui pentingnya *hygiene* dan sanitasi?

(d) Sejauhmana keluarga mengetahui upaya pencegahan penyakit?

(e) Bagaimana sikap atau pandangan keluarga terhadap *hygiene* dan sanitasi?

(5) Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan

Untuk mengetahui sejauhmana kemampuan keluarga dalam memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan, perlu dikaji:

(a) Sejauhmana keluarga mengetahui keberadaan fasilitas pelayanan kesehatan?

(b) Sejauhmana keluarga memahami keuntungan yang dapat diperoleh dari fasilitas pelayanan kesehatan?

(c) Sejauhmana tingkat kepercayaan keluarga terhadap petugas dan fasilitas pelayanan kesehatan?

(d) Apakah keluarga memiliki pengalaman yang kurang baik terhadap fasilitas pelayanan kesehatan?

(e) Apakah fasilitas pelayanan kesehatan terjangkau oleh keluarga?

d) Pemeriksaan fisik

Menurut Dion dan Betan (2013), pemeriksaan fisik dilakukan pada semua anggota keluarga, hal yang perlu dikaji:

(1) Penampilan umum : TB, BB, IMT.

(2) TTV : TD, N, RR, HR, Suhu (axila).

(3) Bagian kepala : rambut, konjungtiva, sklera, telinga, hidung, mulut.

(4) Dada : paru-paru, jantung.

(5) Abdomen

(6) Tangan

(7) Kaki

6) Stress dan koping keluarga

Menurut Padila (2018), perlu mengkaji:

a) Stressor jangka pendek

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

b) Stressor jangka panjang

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

c) Kemampuan keluarga berespon terhadap masalah

Mengkaji sejauhmana keluarga berespon terhadap stressor.

d) Strategi koping yang digunakan

Mengkaji strategi koping yang digunakan keluarga bila menghadapi permasalahan/stress.

e) Strategi adaptasi disfungsional

Mengkaji strategi adaptasi disfungsional yang digunakan keluarga bila menghadapi permasalahan/stress.

7) Harapan keluarga

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

b. Diagnosa keperawatan keluarga

1) Pengertian diagnosa keperawatan keluarga

Diagnosa keperawatan keluarga dirumuskan berdasarkan masalah keperawatan yang didapat dari data-data pada pengkajian yang berhubungan dengan etiologi yang berasal dari data-data pengkajian fungsi perawatan keluarga (Padila, 2018).

2) Tahapan dalam diagnosa keperawatan keluarga

a) Analisa data

Menurut Dion dan Betan (2013), cara melakukan analisa data:

- (1) Validasi data, yaitu meneliti kembali data yang dikumpulkan dalam pengkajian.
- (2) Mengelompokkan data berdasarkan kebutuhan bio-psiko-sosial-spiritual.
- (3) Membandingkan dengan standar.
- (4) Membuat kesimpulan tentang kesenjangan yang ditemukan.
- (5) Data dibagi dalam data subjektif (ungkapan) dan objektif (data yang dapat diuji kebenarannya melalui observasi, pemeriksaan fisik, dll).

b) Perumusan masalah

Menurut Dion dan Betan (2013), langkah setelah dilakukan analisa data adalah merumuskan masalah. Perumusan masalah dalam keperawatan keluarga dapat diarahkan kepada sasaran individu maupun keluarga. Perumusan masalah mengacu pada PES yaitu *problem* (masalah), etiologi (penyebab), dan *sign/simptom* (tanda dan gejala).

(1) *Problem* (masalah)

Sebagai rujukan dalam menentukan diagnosa yang tepat, perlu menggunakan buku SDKI sebagai referensi.

(2) Etiologi (penyebab)

Dalam keperawatan keluarga, penyebab dari masalah diambil dari lima tugas keluarga dengan asumsi bahwa apabila keluarga tidak menjalankan kelima tugas dengan baik maka akan timbul masalah kesehatan. Kelima penyebab masalah tersebut adalah sebagai berikut:

- (a) Keluarga tidak mampu mengenal masalah kesehatan tiap anggota keluarganya.
- (b) Keluarga tidak mengambil keputusan yang tepat untuk melakukan tindakan yang tepat.

- (c) Keluarga tidak mampu merawat anggota keluarga yang sakit atau tidak mampu menolong dirinya sendiri karena cacat atau karena usianya yang terlalu muda.
- (d) Keluarga tidak mampu mempertahankan suasana rumah yang menguntungkan kesehatan dan perkembangan kepribadian anggota keluarga.
- (e) Keluarga tidak mampu mempertahankan hubungan timbal balik antara keluarga dan lembaga kesehatan.

(3) *Sign/simptom* (tanda dan gejala)

Adalah sekumpulan data tanda dan gejala yang merupakan manifestasi adanya gangguan dari hasil pengkajian baik berupa data subjektif maupun objektif. Sebagai rujukan dalam menentukan *sign/simptom* yang tepat, perlu menggunakan buku SDKI sebagai referensi.

3) Jenis diagnosa keperawatan keluarga

Menurut Dion dan Betan (2013), diagnosa keperawatan keluarga ada 3 jenis:

- a) Aktual, yaitu masalah yang nyata terjadi saat pengkajian dan didapatkan tanda dan gejala yang mengarah pada masalah tersebut.
- b) Risiko, yaitu sudah adanya data yang terjadi dan menunjang terjadinya masalah kesehatan tetapi belum terjadi gangguan.
- c) Potensial, yaitu keadaan sejahtera dimana keluarga dalam keadaan sejahtera sehingga kesehatan dapat ditingkatkan sebagai komponen diagnosa keperawatan: masalah, penyebab, tanda, dan gejala.

4) Contoh diagnosa keperawatan keluarga

Diagnosa keperawatan keluarga yang mungkin muncul pada pasien gangguan kebutuhan mobilitas fisik dengan diagnosa medis stroke adalah sebagai berikut:

- a) Gangguan mobilitas fisik pada keluarga Bapak R khususnya Ibu S berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah stroke.
- b) Gangguan mobilitas fisik pada keluarga Bapak R khususnya Ibu S berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan pasien stroke.
- c) Gangguan mobilitas fisik pada keluarga Bapak R khususnya Ibu S berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota yang sakit stroke.
- d) Gangguan mobilitas fisik pada keluarga Bapak R khususnya Ibu S berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan pasien stroke.
- e) Gangguan mobilitas fisik pada keluarga Bapak R khususnya Ibu S berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan pasien stroke.

Tabel 2.6 Contoh Perumusan Masalah

Problem (Masalah)	Etiologi (Penyebab)	Sign/Simptom (Tanda dan Gejala) pada SDKI, 2018	
		Mayor	Minor
Gangguan mobilitas fisik.	Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah gangguan mobilitas fisik akibat stroke iskemik.	Subjektif 1. Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas. Objektiv 1. Kekuatan otot menurun. 2. Rentang gerak (ROM) menurun.	Subjektif 1. Nyeri saat bergerak. 2. Enggan melakukan pergerakan. 3. Merasa cemas saat bergerak. Objektiv 1. Sendi kaku. 2. Gerakan tidak terkoordinasi. 3. Gerakan terbatas. 4. Fisik lemah.

5) Skala prioritas masalah

Pada satu keluarga mungkin saja perawat menemukan lebih dari satu diagnosa keperawatan keluarga, maka selanjutnya bersama keluarga harus menentukan prioritas dengan menggunakan skala perhitungan. Cara menentukan skala prioritas masalah:

- a) Tentukan skor untuk setiap kriteria.
- b) Skor dibagi dengan angka tertinggi dan kalikan dengan bobot.
- c) Jumlahkan skor untuk semua kriteria.
- d) Tentukan skor, nilai tertinggi menentukan urutan nomor diagnosa keperawatan keluarga.

Tabel 2.7 Skala Prioritas Masalah Keluarga
Sumber: Padila (2018)

No	Kriteria	Skor	Bobot
1	Sifat masalah 1. Aktual (tidak/kurang sehat). 2. Ancaman kesehatan. 3. Keadaan sejahtera.	3 2 1	1
2	Kemungkinan masalah dapat diubah 1. Mudah. 2. Sebagian. 3. Tidak dapat.	2 1 0	2
3	Potensi masalah untuk dicegah 1. Tinggi. 2. Cukup. 3. Rendah.	3 2 1	1
4	Menonjolnya masalah 1. Segera ditangani. 2. Ada masalah tetapi tidak perlu segera ditangani. 3. Masalah tidak dirasakan.	2 1 0	1

c. Perencanaan

Rencana keperawatan keluarga merupakan kumpulan tindakan yang direncanakan perawat untuk dilaksanakan dalam menyelesaikan masalah kesehatan dan masalah keperawatan yang telah diidentifikasi. Perencanaan keperawatan keluarga terdiri dari penetapan tujuan, mencakup tujuan umum dan khusus, rencana intervensi serta dilengkapi dengan rencana evaluasi yang memuat kriteria dan standar. Penetapan tujuan dirumuskan dengan SMART yaitu S= *specific*, M= *measurable*, A= *achivable*, R= *Relevant*, T= *time* (Padila, 2018).

d. Implementasi

Implementasi adalah rangkaian tindakan perawat pada keluarga berdasarkan perencanaan sebelumnya. Metode yang dapat dilakukan untuk menerapkan implementasi dapat bervariasi seperti melalui partisipasi aktif keluarga, pendidikan, kesehatan, kontrak, manajemen kasus, kolaborasi, dan konsultasi (Padila, 2018).

- 1) Menstimulasi kesadaran atau penerimaan keluarga mengenal masalah dan kebutuhan kesehatan, dengan cara sebagai berikut:
 - a) Memberikan informasi, seperti penyuluhan atau konseling.
 - b) Mengidentifikasi kebutuhan dan harapan tentang kesehatan.
 - c) Mendorong sikap emosi yang sehat terhadap masalah.
- 2) Menstimulasi keluarga untuk memutuskan cara perawatan yang tepat dengan cara sebagai berikut:
 - a) Mengidentifikasi konsekuensi tidak melakukan tindakan.
 - b) Mengidentifikasi sumber-sumber yang dimiliki keluarga.
 - c) Mendiskusikan tentang konsekuensi setiap tindakan.
- 3) Memberikan kepercayaan diri dalam merawat anggota keluarga yang sakit dengan cara sebagai berikut:
 - a) Mendemonstrasikan cara perawatan.
 - b) Menggunakan alat dan fasilitas yang ada di rumah.
 - c) Mengawasi keluarga melakukan tindakan/perawatan.
- 4) Membantu keluarga menemukan cara bagaimana membuat lingkungan dengan cara sebagai berikut:
 - a) Menemukan sumber-sumber yang dapat digunakan keluarga.
 - b) Melakukan perubahan lingkungan keluarga se-optimal mungkin.
- 5) Memotivasi keluarga untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada dengan cara sebagai berikut:
 - a) Memperkenalkan fasilitas kesehatan yang ada dalam lingkungan keluarga.
 - b) Membantu keluarga menggunakan fasilitas kesehatan yang ada.

e. Evaluasi

Evaluasi bertujuan untuk melihat kemampuan keluarga dalam mencapai tujuan. Menurut Dion dan Betan (2013) terdapat dua jenis evaluasi dalam melaksanakan asuhan keperawatan keluarga:

1) Evaluasi formatif

Evaluasi yang dilakukan sesaat setelah pelaksanaan tindakan keperawatan. Penulisannya lebih dikenal dengan menggunakan format SOAP (subjektif, objektif, analisa, *planning*).

S : hal-hal yang dikemukakan keluarga.

O : hal-hal yang dikemukakan perawat yang dapat diukur.

A : analisa hasil yang telah dicapai, mengacu pada tujuan dan diagnosa.

P : perencanaan yang akan datang setelah melihat respon keluarga.

2) Evaluasi sumatif

Evaluasi akhir apabila waktu perawatan sudah sesuai dengan perencanaan. Bila terdapat ketidaksesuaian dalam hasil yang dicapai, keseluruhan proses mulai dari pengkajian sampai dengan tindakan perlu ditinjau kembali. Komponen yang perlu di evaluasi dalam keperawatan keluarga meliputi komponen kognitif, afektif, dan psikomotor dengan penentuan keputusan sebagai berikut:

a) Keluarga telah mencapai hasil yang ditentukan sesuai dengan tujuan dan standar sehingga rencana dihentikan.

b) Keluarga masih dalam proses mencapai hasil yang ditentukan, sehingga perlu penambahan waktu, *resource*, dan intervensi sebelum tujuan berhasil.

c) Klien tidak dapat mencapai hasil yang ditentukan sehingga perlu:

(1) Mengkaji ulang masalah atau respon lebih akurat.

(2) Membuat *outcomes* yang baru, mungkin yang sebelumnya tidak dikehendaki keluarga sehingga susah untuk dicapai.

(3) Intervensi keperawatan harus di evaluasi dalam hal ketepatan untuk mencapai tujuan sebelumnya.

C. Tinjauan Konsep Penyakit

1. Tinjauan stroke secara umum

a. Pengertian stroke

Berikut ini beberapa pengertian stroke menurut beberapa sumber:

1) Menurut WHO (1988) dalam Anggriani (2018)

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

2) Menurut Riskesdas (2018)

Stroke adalah kerusakan pada otak yang muncul mendadak, progresif, dan cepat akibat gangguan peredaran darah otak non traumatik. Gangguan tersebut secara mendadak menimbulkan gejala antara lain kelumpuhan sisi wajah atau anggota badan, bicara tidak lancar, bicara tidak jelas (pelo), perubahan kesadaran, gangguan penglihatan, dan lain-lain.

3) Menurut Aru (2009) dalam Nurarif dan Kusuma (2015)

Stroke adalah gangguan peredaran darah otak yang menyebabkan defisit neurologis mendadak sebagai akibat iskemia atau hemoragi sirkulasi saraf otak.

4) Menurut Junaidi (2011)

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

b. Klasifikasi stroke

Menurut Junaidi (2011), secara garis besar stroke dibagi menjadi 2 kelompok besar, yaitu:

- 1) Stroke perdarahan (hemoragik)
- 2) Stroke non perdarahan (iskemik atau infark)

c. Penyebab stroke

Menurut Junaidi (2011), penyebab stroke yaitu sebagai berikut:

1) Stroke iskemik

Stroke iskemik disebabkan oleh penyumbatan pembuluh darah otak. Penyumbatan dapat berupa hal sebagai berikut:

- a) Ateroma. Penyumbatan terjadi di sepanjang jalur arteri yang menuju ke otak. Misalnya suatu ateroma terbentuk di dalam arteri karotis sehingga menyebabkan berkurangnya aliran darah. Keadaan ini sangat serius karena setiap arteri karotis jalur utama memberikan darah ke sebagian besar otak.
- b) Emboli. Endapan lemak terlepas dari dinding arteri dan mengalir di dalam darah, kemudian menyumbat arteri yang lebih kecil. Arteri karotis dan arteri vertebralis serta percabangannya tersumbat karena adanya bekuan darah yang berasal dari tempat lain, misalnya dari jantung atau katupnya. Emboli lemak terbentuk jika lemak sumsum tulang yang pecah dilepaskan ke dalam aliran darah dan tersumbat di dalam sebuah arteri.
- c) Infeksi. Stroke terjadi bila suatu peradangan atau infeksi menyebabkan menyempitnya pembuluh darah yang menuju ke otak. Selain peradangan umum oleh bakteri, peradangan juga bisa dipicu oleh asam urat yang berlebih dalam darah.
- d) Obat-obatan. Kokain, amfetamin, epinefrin, dan adrenalin dengan jalan mempersempit diameter pembuluh darah di otak dapat menyebabkan stroke. Fungsi obat-obatan di atas menyebabkan kontraksi arteri sehingga diameternya mengecil.

e) Hipotensi. Penurunan tekanan darah yang tiba-tiba menyebabkan berkurangnya aliran darah. Stroke terjadi jika tekanan darah rendahnya berat dan menahun. Hal ini terjadi jika seseorang mengalami kehilangan darah yang banyak karena cedera atau pembedahan, serangan jantung atau irama jantung yang abnormal.

2) Stroke perdarahan

Stroke perdarahan disebabkan oleh pecahnya arteri yang menyuplai darah ke otak. Salah satu penyebab pecahnya arteri adalah tekanan darah yang mendadak tinggi dan/atau oleh stres psikis berat. Peningkatan tekanan darah yang mendadak tinggi juga dapat disebabkan oleh trauma kepala atau peningkatan tekanan lainnya, seperti mengedan, batuk keras, mengangkat beban, dan sebagainya. Pembuluh darah yang pecah umumnya karena arteri tersebut berdinding tipis berbentuk balon yang disebut aneurisma atau arteri yang lecet bekas plak aterosklerotik.

d. Faktor risiko stroke

Menurut Junaidi (2011) faktor risiko yang menyebabkan stroke:

- 1) Faktor risiko internal yang tidak dapat dikontrol/ diubah/ dimodifikasi
 - a) Umur, yaitu semakin bertambahnya umur maka semakin tinggi angka kejadian stroke.
 - b) Ras/suku bangsa, yaitu bangsa Afrika, Jepang, Cina lebih sering terkena stroke. Orang berwatak keras terbiasa terburu-buru, seperti orang Sumatra, Sulawesi, dan Madura rentan terkena stroke.
 - c) Jenis kelamin, yaitu laki-laki lebih lebih tinggi terkena stroke lebih tinggi daripada perempuan.
 - d) Riwayat keluarga (orangtua, saudara) yang pernah mengalami stroke pada usia muda maka yang bersangkutan berisiko tinggi terkena stroke.

- 2) Faktor risiko eksternal yang dapat dikontrol/ diubah/ dimodifikasi
 - a) Hipertensi.
 - b) Diabetes mellitus (kencing manis).
 - c) *Transient Ischemic Attack* (TIE), serangan lumpuh sementara.
 - d) Fibrilasi atrial jantung.
 - e) Pascastroke/pernah terserang stroke.
 - f) Abnormalitas lemak: lipoprotein.
 - g) Fibrinogen tinggi dan perubahan hemoreologikal lain.
 - h) Perokok (utamanya rokok sigaret).
 - i) Peminum alkohol.
 - j) Hiperhomocysteinemia.
 - k) Infeksi: virus dan bakteri.
 - l) Obat-obatan misalnya kontrasepsioral/pil KB.
 - m) Obesitas/kegemukan.
 - n) Kurang aktivitas fisik.
 - o) Hiperkolesterolemia.
 - p) Stress fisik dan mental.
- 3) Faktor risiko generasi baru
 - a) Defisiensi atau kurangnya hormon wanita.
 - b) Homosistein tinggi.
 - c) Plasma fibrinogen.
 - d) Faktor VII pembekuan darah.
 - e) Tissue plasminogen activator (t – PA).
 - f) Plasminogen activator inhibitor type I.
 - g) Lipoprotein (a).
 - h) C-creative protein (CRP), yang terjadi saat inflamasi /infeksi.
 - i) Chlamydia pneumonia (infeksi).
 - j) Virus herpes/sitomegalovirus, helicobacter pylori.
 - k) Genetik atau bawaan (ACE polymorphisms, human leucocyte antigen/HLA-DR, class II genotype) sebagai genetik markers pada ateroskelosis.

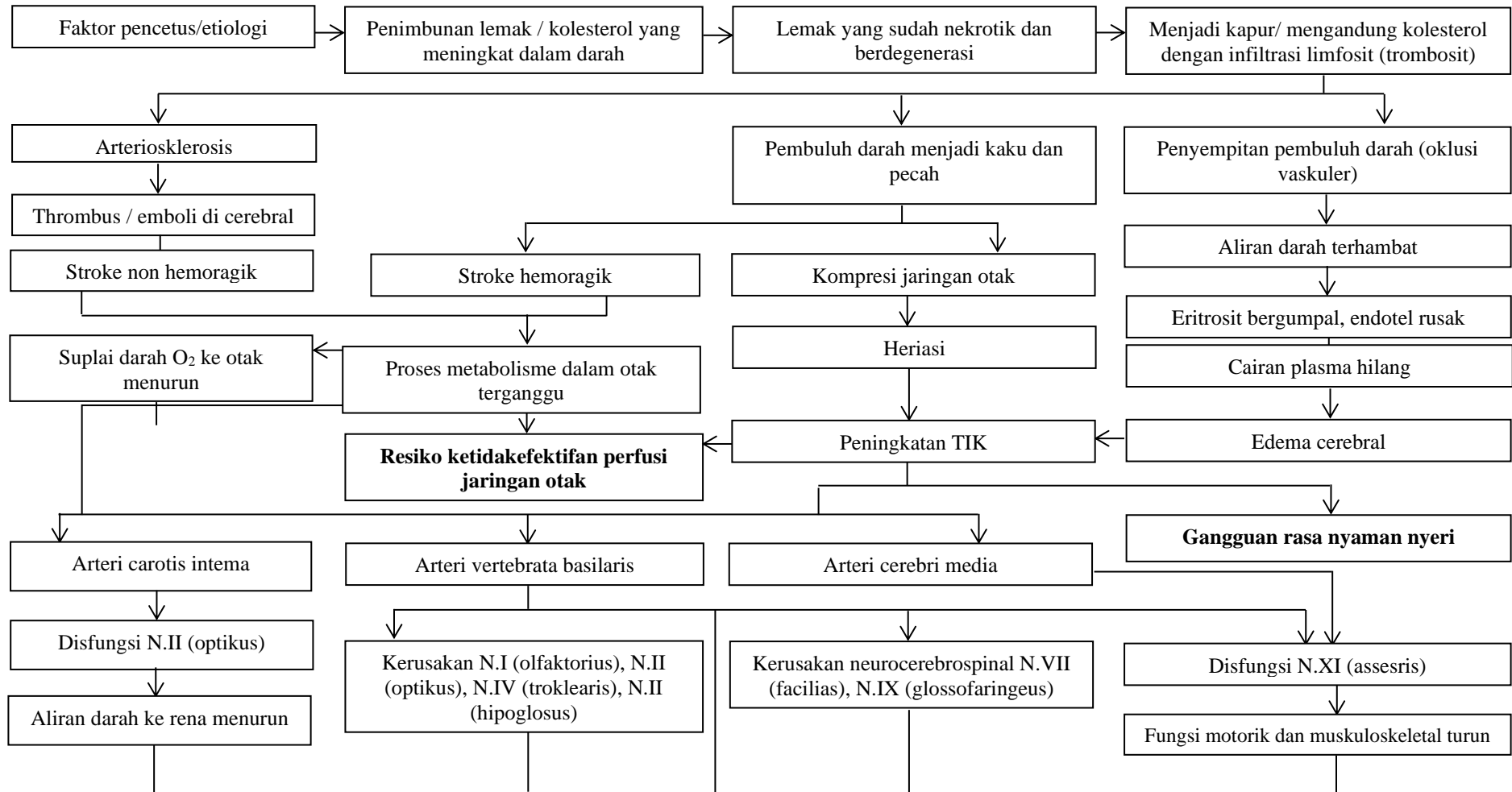
e. Manifestasi klinis stroke

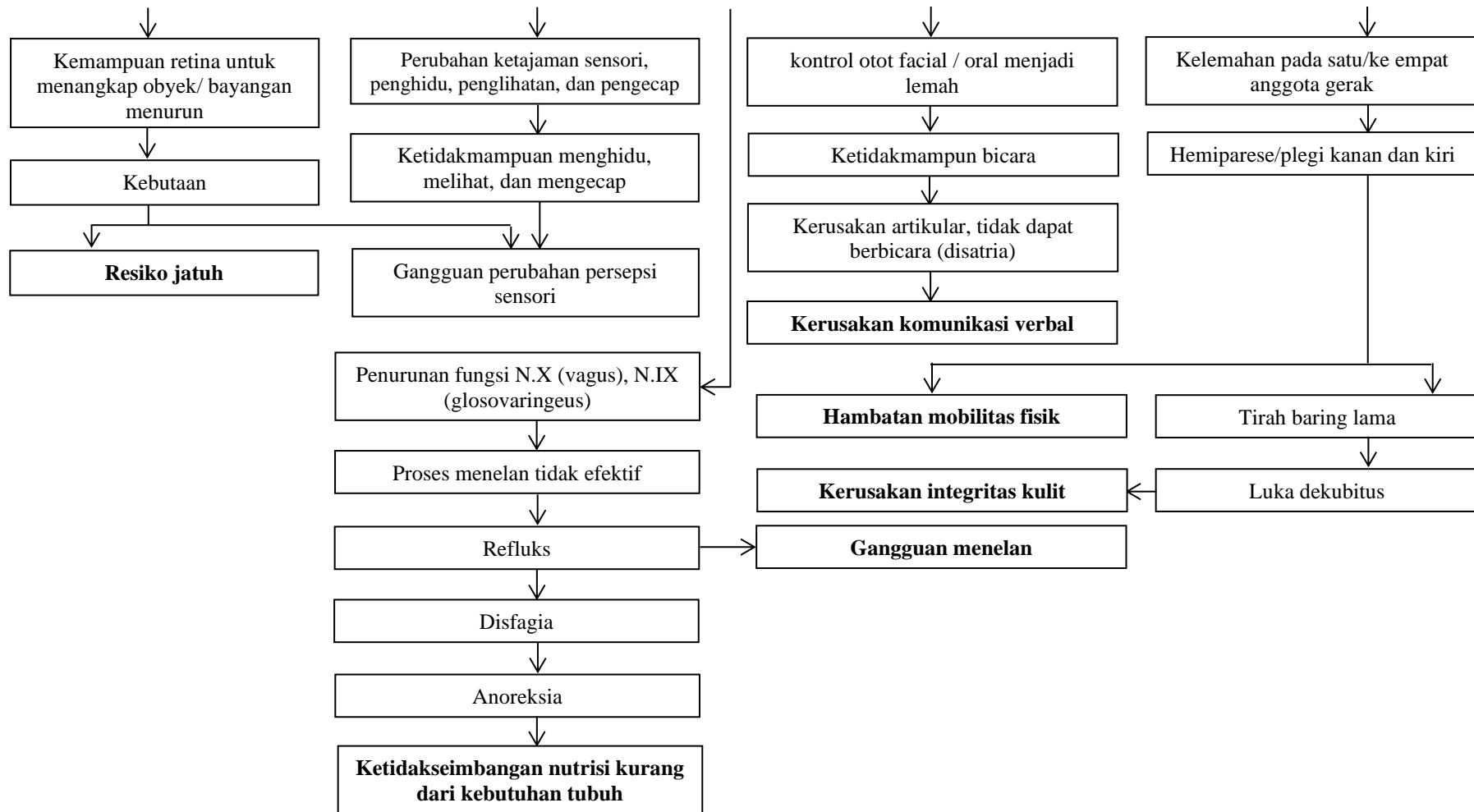
Menurut Junaidi (2011) tanda dan gejala stroke:

- 1) Adanya serangan defisit neurologis fokal, berupa kelemahan atau kelumpuhan lengan atau tungkai atau salah satu sisi tubuh.
- 2) Hilangnya rasa pada lengan atau tungkai atau salah satu sisi tubuh, baal atau mati rasa sebelah badan, terasa kesemutan.
- 3) Mulut tidak simetris, lidah moncong bila diluruskan.
- 4) Gangguan menelan, seperti sulit menelan, minum sering tersedak.
- 5) Pelo/cadel, sulit berbicara, gangguan bicara ngaco, sengau, kata-kata tidak dapat dipahami (afasia), dan bicara tidak lancar.
- 6) Sulit memikirkan atau mengucapkan kata-kata yang tepat.
- 7) Tidak memahami pembicaraan orang lain.
- 8) Tidak mampu membaca, menulis, dan tidak memahami tulisan.
- 9) Tidak dapat berhitung dan kepandaian menurun.
- 10) Tidak mampu mengenali dan merasakan bagian tubuhnya.
- 11) Hilang kendali terhadap kandung kemih, kencing tidak disadari.
- 12) Sulit berjalan, langkahnya kecil-kecil dan menjadi sempoyongan.
- 13) Menjadi pelupa (dimensia).
- 14) Vertigo atau perasaan berputar yang menetap saat beraktivitas.
- 15) Awal terjadinya penyakit cepat, onset (mendadak), dan biasanya terjadi pada saat beristirahat atau bangun tidur.
- 16) Hilangnya penglihatan, berupa penglihatan terganggu, sebagian lapang pandangan tidak terlihat, gangguan pandangan tanpa rasa nyeri, penglihatan gelap atau ganda sesaat.
- 17) Kelopak mata sulit dibuka atau dalam keadaan terjatuh/tertutup.
- 18) Pendengaran hilang atau gangguan pendengaran, berupa tuli satu telinga atau kemampuan mendengar menurun.
- 19) Menjadi lebih sensitif, seperti lebih mudah menangis atau tertawa.
- 20) Kebanyakan tidur atau selalu ingin tidur, mengantuk.
- 21) Kehilangan keseimbangan, gerakan tubuh tidak terkoordinasi dengan baik, sempoyongan atau terjatuh.
- 22) Gangguan kesadaran, pingsan sampai tidak sadarkan diri (koma).

f. Patofisiologi stroke

Menurut Nurarif dan Kusuma (2015) patofisiologi stroke, yaitu sebagai berikut:





g. Penatalaksanaan medis stroke

Penatalaksanaan medis stroke menurut Nurarif dan Kusuma (2015):

1) Stadium Hiperakut

Tindakan pada stadium ini dilakukan di Instalasi Rawat Darurat dan merupakan tindakan resusitasi serebro-kardio-pulmonal bertujuan agar kerusakan jaringan otak tidak meluas. Pada stadium ini, pasien diberi oksigen 2 L/menit dan cairan kristaloid/koloid; hindari pemberian cairan destrosa atau salin dalam H₂O. Dilakukan pemeriksaan CT scan otak, elektrokardiografi, foto toraks, darah perifer lengkap dan jumlah trombosit, protrombin *time*/INR, APTT, glukosa darah, kimia darah (termasuk elektrolit); jika hipoksia, dilakukan analisis gas darah. Tindakan lain di Instalasi Rawat Darurat adalah memberikan dukungan mental kepada pasien serta memberikan penjelasan pada keluarganya agar tetap tenang.

2) Stadium Akut

Pada stadium ini, dilakukan penanganan faktor-faktor etiologi maupun penyulit, tindakan terapi fisik, okupasi, wicara, dan psikologis serta telaah sosial untuk membantu pemulihan pasien. Penjelasan dan edukasi kepada keluarga pasien perlu, menyangkut dampak stroke terhadap pasien dan keluarga serta tata cara perawatan pasien yang dapat dilakukan keluarga.

a) Stroke iskemik

Terapi umum: letakkan kepala pasien pada posisi 30°, kepala dan dada pada satu bidang; ubah posisi tidur setiap 2 jam; mobilitas dimulai bertahap bila hemodinamik sudah stabil. Selanjutnya, bebaskan jalan napas, beri oksigen 1-2 liter/menit sampai didapatkan hasil analisis gas darah. Jika perlu, dilakukan intubasi. Demam diatasi dengan kompres dan antipiretik, kemudian dicari penyebabnya.

Pemberian nutrisi dengan cairan isotonik, kristaloid atau koloid 1500-2000 mL dan elektrolit sesuai kebutuhan, hindari cairan mengandung glukosa atau salin isotonik. Pemberian nutrisi per oral hanya jika fungsi menelannya baik; jika didapatkan gangguan menelan atau kesadaran menurun, dianjurkan melalui selang nasogastik. Kadar gula darah >150 mg% atau <80 mg% dengan gejala diatasi segera dengan dekstrosa 40% iv sampai kembali normal dan harus dicari penyebabnya.

Nyeri kepala atau mual dan muntah diatasi dengan pemberian obat-obatan sesuai gejala. Tekanan darah tidak perlu segera diturunkan, kecuali bila tekanan sistolik ≥ 220 mmHg, diastolik ≥ 120 mmHg, *Mean Arterial Blood Pressure* (MAP) ≥ 130 mmHg (pada 2 kali pengukuran dengan selang waktu 30 menit) atau didapatkan infark miokard akut, gagal jantung kongestif serta gagal ginjal. Penurunan tekanan darah maksimal adalah 20% dan obat yang direkomendasikan: natrium nitroprusid, penyekat reseptor alfa-beta, penyekat ACE atau antagonis kalsium.

Jika terjadi hipotensi, yaitu tekanan sistolik ≤ 90 mmHg, dapat diberi dopamin 2-20 $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{menit}$ sampai tekanan darah sistolik ≥ 110 mmHg. Jika kejang, diberi diazepam 5-20 mg iv pelan-pelan selam 3 menit, maksimal 100 mg/hari; dilanjutkan pemberian antikonvulsan per oral (fenitoin, karbamazepin). Jika kejang muncul setelah setelah 2 minggu, diberikan antikonvulsan per oral jangka panjang.

Jika didapatkan tekanan intrakranial meningkat, diberi manitol bolus intravena 0,25 sampai 1 g/kgBB per 30 menit, dan jika dicurigai fenomena *rebound* atau keadaan umum memburuk, dilanjutkan 0,25 g/kgBB per menit setiap 6 jam selama 3-5 hari. Harus dilakukan pemantauan osmolalitas

(<320 mmol); sebagai alternatif, dapat diberikan larutan hipertonik (NaCL 3%) atau furosemid.

Terapi khusus: ditujukan untuk reperfusi dengan pemberian antiplatelet seperti aspirin dan anti koagulan, atau yang dianjurkan dengan trombolitik rt-PA (*recombinant tissue Plasminogen Activator*). Dapat juga diberi agen neuroproteksi, yaitu sitikolin atau pirasetam (jika afasia).

b) Stroke Hemoragik

Terapi umum: pasien stroke hemoragik harus di rawat di ICU jika volume hematoma >30 mL, perdarahan intraventrikuler dengan hidrosefalus, dan keadaan klinis cenderung memburuk. Tekanan darah harus diturunkan sampai tekanan darah premorbid 15-20% bila tekanan sistolik >180 mmHg, diastolik >120 mmHg, MAP >130 mmHg, dan volume hematoma bertambah. Bila terdapat gagal jantung, tekanan darah harus segera diturunkan dengan labetalol iv 10 mg (pemberian dalam 2 menit) sampai 20 mg (pemberian dalam 10 menit) maksimum 300 mg; enalapril iv 0,625-1,25 mg per 6 jam; kaptopril 3 kali 6,25-25 mg per oral.

Jika didapatkan tanda tekanan intrakranial meningkat, posisi kepala dinaikkan 30°, posisi kepala dan dada di satu bidang, posisi manitol dan hiperventilasi (pCO₂ 20-35 mmHg). Penatalaksanaan umum sama dengan pada stroke iskemik, tukak lambung diatasi dengan antagonis H₂ parenteral, sukralfat, atau inhibitor pompa proton; komplikasi saluran napas dicegah dengan fisioterapi dan diobati dengan antibiotik spektrum luas.

Terapi khusus: Neuroprotektor dapat diberikan kecuali yang bersifat vasodilator. Tindakan bedah mempertimbangkan usia dan letak perdarahan yaitu pada pasien yang kondisinya kian memburuk dengan perdarahan serebelum berdiameter $>3 \text{ cm}^3$, hidrosefalus akut akibat pendarahan intraventrikel atau serebelum, dilakukan VP-shunting, dan perdarahan lobar $>60 \text{ mL}$ dengan tanda peningkatan tekanan intrakranial akut dan ancaman herniasi. Pada perdarahan subaraknoid, dapat digunakan antagonis kalsium (nimodipin) atau tindakan bedah (lihasi, embolisasi, ekstirpasi, maupun *gamma knife*) jika penyebabnya adalah aneurisma atau malformasi arteri-vena (arteovenous malformation, AVM).

3) Stadium Subakut

Tindakan medis dapat berupa terapi kognitif, tingkah laku, menelan, terapi wicara, dan *bladder training* (termasuk terapi fisik). Meningkatkan perjalanan penyakit yang panjang, dibutuhkan penatalaksanaan khusus intensif pasca stroke di rumah sakit dengan tujuan kemandirian pasien, mengerti, memahami, dan melaksanakan program pendidikan preventif primer dan sekunder. Terapi fase subakut:

- a) Melanjutkan terapi sesuai kondisi akut sebelumnya.
- b) Penatalaksanaan komplikasi.
- c) Restorasi/rehabilitasi (sesuai kebutuhan pasien) yaitu fisioterapi, terapi wicara, terapi kognitif, dan terapi okupasi.
- d) Prevensi sekunder.
- e) Edukasi keluarga dan *discharge planning*.

2. Tinjauan stroke iskemik

a. Definisi stroke iskemik

Stroke iskemik merupakan suatu penyakit yang diawali dengan terjadinya serangkaian perubahan dalam otak yang terserang. Jika tidak ditangani dengan segera, maka akan menyebabkan kematian bagian otak. Stroke iskemik terjadi karena suplai darah ke otak terhambat atau terhenti (Junaidi, 2011).

b. Pembagian stroke iskemik

Kejadian stroke iskemik sekitar 70-85% dari total kejadian stroke.

1) Stroke iskemik berdasarkan perjalanan klinisnya dikelompokkan sebagai berikut:

- a) *Transient ischemic attack* (TIA), yaitu serangan stroke sementara yang berlangsung < 24 jam.
- b) *Reversible ischemic neurologic deficit* (RIND), yaitu gejala neurologik akan hilang antara > 24 jam – 21 hari.
- c) *Progressing stroke* atau *stroke in evolution*, yaitu kelainan atau defisit neurologi berlangsung secara bertahap dari yang ringan sampai menjadi berat.
- d) Stroke komplit atau *completed stroke*, yaitu kelainan neurologis sudah lengkap menetap dan tidak berkembang lagi.

2) Stroke iskemik berdasarkan penyebabnya dikelompokkan sebagai berikut:

- a) Aterotrombotik, yaitu penyumbatan pembuluh darah oleh kerak/plak dinding arteri.
- b) Kardioemboli, yaitu sumbatan arteri oleh pecahan plak (emboli) dari jantung.
- c) Lakuner, yaitu sumbatan plak pada pembuluh darah yang berbentuk lubang.
- d) Penyebab lain, yaitu semua hal mengakibatkan tekanan darah turun (hipotensi).

c. Proses terjadinya stroke iskemik

Stroke iskemik terjadi karena aliran darah ke otak berkurang karena sumbatan sehingga oksigen yang sampai ke otak juga berkurang atau tidak ada tergantung berat ringannya aliran darah yang tersumbat. Sumbatan oleh kerak (plak) aterosklerosis, trombus (pecahan bekuan darah/plak), emboli (udara, lemak) pada arteri otak yang bersangkutan, merupakan sumbernya. Iskemik otak terjadi apabila aliran darah ke otak kurang dari 20 ml per 100 gram otak per menit.

Plak penyebab sumbatan terbentuk karena adanya proses aterosklerosis yang diperkuat dengan berbagai faktor risiko. Penumpukan plak pada dinding arteri yang semakin banyak membuat lapisan bawah garis pelindung arteri perlahan-lahan mulai menebal dan jumlah sel otot bertambah. Setelah beberapa waktu, jaringan penghubung yang menutupi daerah itu berubah menjadi jaringan parut (*sclerosis*). Jaringan parut tersebut akan mengurangi elastisitas dinding pembuluh darah sehingga mudah pecah. Akibatnya mulai terjadi penempelan daerah parut oleh sel-sel darah yang beredar dalam darah. Selanjutnya gumpalan darah dapat dengan cepat tertumpuk pada permukaan lapisan arteri yang robek dan semakin lama semakin banyak tumpukan terbentuk sehingga menimbulkan penyempitan arteri, lalu terjadi penyumbatan total. Apabila aterosklerosis terjadi dalam arteri otak maka terjadi serangan stroke iskemik.

d. Gejala stroke iskemik

Menurut Junaidi (2011), gejala *Transient ischemic attack* (TIA) :

- 1) Berdasarkan penyebab gangguan penglihatan pada satu mata tanpa disertai rasa nyeri:
 - a) Kelumpuhan lengan, tungkai, atau keduanya pada sisi yang sama.
 - b) Defisit motorik dan sensorik pada wajah. Wajah dan lengan atau tungkai saja secara uniteral.
 - c) Kesulitan untuk berbahasa, sulit mengerti atau berbicara.
- 2) Berdasarkan penyebab terserangnya sistem vertebrobasilaris:
 - a) Vertigo dengan atau tanpa muntah dan/atau muntah, terutama bila disertai dengan diplopia, disfagi, atau disartri.
 - b) Mendadak tidak stabil.
 - c) Gangguan visual, motorik, sensorik, unilateral, atau bilateral.
 - d) Hemianopsia homonim.
 - e) Serangan drop atau *drop attack*.

D. Konsep Keluarga

1. Pengertian keluarga

Keluarga merupakan sebuah kelompok kecil yang terdiri dari individu-individu yang memiliki hubungan erat satu sama lain, saling tergantung yang diorganisir dalam satu unit tunggal dalam rangka mencapai tujuan tertentu (Friedman, 1998 dalam Padila, 2018). Menurut Dion dan Betan (2013), pengertian keluarga:

- a. Terdiri dari dua orang atau lebih yang memiliki ikatan atau persekutuan berupa perkawinan atau persekutuan yang dibentuk.
- b. Terdapat hubungan yang dibentuk melalui adanya hubungan darah (garis keturunan langsung), adopsi, dan kesepakatan yang dibuat.
- c. Tinggal bersama di bawah satu atap atau antara satu anggota dengan yang lain dengan yang lain memiliki tempat tinggal berbeda karena sesuatu urusan tertentu (misalnya urusan pekerjaan) akan tetapi untuk sementara waktu.
- d. Memiliki peran masing-masing dan bertanggung jawab terhadap tugas yang diberikan.
- e. Ada ikatan emosional yang sulit untuk ditinggalkan oleh setiap anggota keluarga.

2. Tujuan dasar keluarga

Keluarga merupakan unit dasar dari masyarakat, yang mana unit dasar ini memiliki pengaruh yang begitu kuat terhadap perkembangan-perkembangan individu yang dapat menentukan keberhasilan kehidupan individu tersebut. Keluarga berfungsi sebagai *buffer* atau sebagai perantara antara masyarakat dan individu, yakni bertujuan untuk mewujudkan semua harapan dan kewajiban masyarakat dengan memenuhi kebutuhan setiap anggota serta menyiapkan peran anggotanya menerima peran di masyarakat (Padila, 2018).

3. Ciri dan Sifat Keluarga

a. Sifat keluarga (Stuart, 2001 dalam Dion & Betan, 2013):

- 1) Keluarga merupakan unit terkecil dari suatu sistem.
- 2) Keluarga mempertahankan fungsinya secara konsisten terhadap perlindungan, makanan, dan sosialisasi anggotanya.
- 3) Memiliki komitmen saling melengkapi antar anggota keluarga.
- 4) Setiap anggota keluarga dapat atau tidak dapat saling berhubungan dan dapat atau tidak dapat tinggal dalam satu atap.
- 5) Keluarga bisa memiliki anak atau tidak.

b. Ciri keluarga Indonesia (Dion & Betan, 2013):

- 1) Memiliki ikatan yang sangat erat dengan dilandasi semangat gotong royong.
- 2) Dijiwai oleh nilai kebudayaan ketimuran.
- 3) Umumnya dipimpin oleh suami meskipun proses pemutusan dilakukan secara musyawarah.

4. Struktur keluarga

Struktur keluarga di Indonesia (Padila, 2018):

- a. Patrilineal, yaitu keluarga sedarah yang terdiri dari sanak saudara sedarah dalam beberapa generasi, dimana hubungan itu disusun melalui jalur ayah.
- b. Matrilineal, yaitu keluarga sedarah yang terdiri dari sanak saudara sedarah dalam beberapa generasi, dimana hubungan itu disusun melalui jalur ibu.
- c. Matrilokal, yaitu sepasang suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarah ibu.
- d. Patrilokal, yaitu sepasang suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarah ayah.
- e. Keluarga kawin, yaitu suami istri sebagai dasar pembinaan keluarga dan beberapa sanak saudara yang menjadi bagian keluarga karena adanya hubungan dengan suami atau istri.

5. Peran dan fungsi pokok keluarga

a. Peran formal dalam keluarga (Nasrul Effendy, 1998 dalam Dion & Betan, 2013):

- 1) Peranan ayah: sebagai suami dari istri, ayah dari anak-anak, pencari nafkah, pendidik, pelindung, pemberi rasa aman, kepala keluarga, anggota dari kelompok sosialnya, dan anggota masyarakat dari lingkungan.
- 2) Peranan ibu: sebagai istri dari suami, ibu dari anak-anak, pengurus rumah tangga, pengasuh dan pendidik bagi anak-anaknya, pelindung, anggota kelompok sosial, anggota masyarakat dari lingkungan, dan pencari nafkah tambahan keluarga.
- 3) Peranan anak: melaksanakan peranan psikososial sesuai dengan tingkat perkembangannya baik fisik, mental, sosial, dan spiritual.

b. Fungsi dasar keluarga (Friedman, 1998 dalam Dion & Betan, 2013):

1) Fungsi afektif

Fungsi afektif berguna untuk pemenuhan kebutuhan psikososial. Komponen yang perlu dipenuhi oleh keluarga untuk memenuhi kebutuhan afektif adalah sebagai berikut:

- a) Saling mengasuh, cinta kasih, kehangatan, saling menerima, dan mendukung.
- b) Saling menghargai.
- c) Ikatan dan identifikasi yang dimulai sejak pasangan sepakat memulai hidup baru (suami istri).

2) Fungsi sosialisasi

Merupakan fungsi yang mengembangkan dan tempat melatih anak untuk kehidupan sosial sebelum meninggalkan rumah untuk berhubungan dengan orang lain.

3) Fungsi reproduksi

Keluarga berfungsi untuk meneruskan kelangsungan keturunan dan meningkatkan sumber daya manusia.

4) Fungsi ekonomi

Untuk memenuhi kebutuhan anggota keluarga seperti makanan, pakaian, dan rumah yang aman dan nyaman, maka keluarga harus menjalankan fungsinya sebagai pencari sumber penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga, mengatur penggunaan penghasilan keluarga, dan menabung untuk memenuhi keluarga di masa yang akan datang seperti pendidikan jaminan hari tua.

5) Fungsi perawatan kesehatan

Tugas perawatan kesehatan menurut Friedman (1988) dalam Dion & Betan (2013), yaitu sebagai berikut:

- a) Mengetahui masalah kesehatan.
- b) Mengambil keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat.
- c) Memberikan perawatan pada anggota keluarga yang sakit.
- d) Mempertahankan suasana rumah yang sehat.
- e) Menggunakan fasilitas kesehatan yang ada di masyarakat.

6. Tipe keluarga

Menurut Sussman (1974) dan Maclin (1988) dalam Padila (2018), tipe keluarga dibedakan berdasarkan keluarga tradisional dan non tradisional.

a. Keluarga tradisional

- 1) Keluarga inti (*nuclear family*) adalah keluarga yang terdiri dari suami, istri, dan anak-anak yang hidup dalam rumah tangga yang sama.
- 2) Keluarga dengan orangtua tunggal (*single parent*) yaitu keluarga hanya dengan satu orang yang mengepalai akibat perceraian, pisah atau ditinggalkan.
- 3) Pasangan inti (*dyad family*), hanya terdiri dari suami dan istri saja, tanpa anak atau tidak ada anak yang tinggal bersama mereka.
- 4) Bujang dewasa (*single adult*) yang tinggal sendirian.

- 5) Pasangan usia pertengahan atau lansia, suami sebagai pencari nafkah, istri tinggal di rumah dengan anak sudah kawin atau bekerja.
- 6) Jaringan keluarga besar terdiri dari dua keluarga inti dan/atau lebih anggota keluarga yang tidak menikah yang hidup berdekatan dalam daerah geografis.

b. Keluarga non tradisional

- 1) Keluarga dengan orangtua yang memiliki anak tetapi tidak menikah (biasanya terdiri dari ibu dan anak saja).
- 2) Pasangan yang memiliki anak tetapi tidak menikah.
- 3) Keluarga gay/lesbian adalah pasangan yang berjenis kelamin sama yang hidup bersama sebagai pasangan yang menikah.
- 4) Keluarga komuni adalah rumah tangga yang terdiri dari lebih satu pasangan monogami dengan anak-anak, secara bersama menggunakan fasilitas, sumber, dan memiliki pengalaman yang sama.

7. Tahap perkembangan keluarga

Tahap perkembangan keluarga (Friedman, 1998 dalam Padila, 2018):

a. Tahap I (pasangan keluarga baru/*beginning family*)

Tahap ini dimulai saat individu (pria dan wanita) membentuk keluarga melalui perkawinan dan berakhir saat memiliki anak pertama. Tugas perkembangan:

- 1) Membangun hubungan perkawinan yang saling memuaskan.
- 2) Menghubungkan jaringan persaudaraan secara harmonis.
- 3) Keluarga berencana (keputusan tentang kedudukan sebagai orangtua).
- 4) Menetapkan tujuan bersama.
- 5) Persiapan menjadi orangtua.
- 6) Memahami *prenatal care* (pengertian kehamilan, persalinan, dan menjadi orangtua).

b. Tahap II (keluarga anak pertama/*child bearing*)

Tahap ini dimulai sejak anak pertama lahir sampai berusia kurang dari 30 bulan. Tugas perkembangan:

- 1) Adaptasi perubahan anggota keluarga (peran, interaksi, seksual dan kegiatan).
- 2) Mempertahankan hubungan yang memuaskan dengan pasangan.
- 3) Membagi peran dan tanggung jawab (bagaimana peran orangtua terhadap bayi dengan memberi sentuhan dan kehangatan).
- 4) Bimbingan orangtua tentang pertumbuhan dan perkembangan anak.
- 5) Menata ruang untuk anak.
- 6) Menyiapkan biaya *child bearing*.
- 7) Mengadakan kebiasaan keagamaan yang rutin.

c. Tahap III (keluarga dengan anak usia pra-kesekolah)

Tahap ini dimulai dari anak pertama berusia 2,5 tahun sampai 5 tahun.

Tugas perkembangan:

- 1) Pemenuhan kebutuhan anggota keluarga seperti rumah, ruang bermain, privasi, dan keamanan.
- 2) Membantu anak bersosialisasi.
- 3) Mengintegrasikan anak yang baru dan memenuhi kebutuhan anak yang lain.
- 4) Mempertahankan hubungan yang sehat (hubungan perkawinan dan hubungan orangtua-anak) serta hubungan di luar keluarga (keluarga besar dan komunitas).
- 5) Pembagian waktu individu, pasangan, dan anak.
- 6) Pembagian tanggung jawab.
- 7) Merencanakan kegiatan dan waktu stimulasi tumbuh dan kembang anak.

d. Tahap IV (keluarga dengan usia anak sekolah)

Keluarga pada tahap ini dimulai ketika anak pertama berusia 6 tahun mulai sekolah dasar dan berakhir pada usia 13 tahun. Tugas perkembangan:

- 1) Keluarga beradaptasi terhadap pengaruh teman dan sekolah anak.
- 2) Membantu sosialisasi anak terhadap lingkungan di luar rumah, sekolah, dan lingkungan yang lebih luas. Selain itu, juga meningkatkan prestasi sekolah dan mengembangkan hubungan dengan teman sebaya yang sehat.
- 3) Mempertahankan hubungan perkawinan yang memuaskan.
- 4) Mendorong anak untuk mencapai pengembangan daya intelektual.
- 5) Menyediakan aktivitas fisik untuk anak.
- 6) Memenuhi kebutuhan yang meningkat termasuk biaya kehidupan dan kesehatan anggota keluarga.
- 7) Meningkatkan komunikasi terbuka.

e. Tahap V (keluarga dengan anak remaja)

Keluarga pada tahap ini dimulai ketika anak pertama berusia 13 tahun sampai dengan usia 20 tahun. Tugas perkembangan:

- 1) Pengembangan terhadap remaja (memberikan kebebasan yang seimbang dan bertanggung jawab mengingat remaja adalah seorang dewasa muda dan mulai memiliki otonom).
- 2) Memelihara komunikasi terbuka.
- 3) Memelihara hubungan intim dengan keluarga.
- 4) Mempersiapkan perubahan untuk memenuhi kebutuhan tumbuh dan kembang anggota keluarga.

f. Tahap VI (keluarga dengan anak dewasa)

Tahap ini dimulai sejak anak pertama meninggalkan rumah orangtua sampai dengan anak terakhir. Tugas perkembangan:

- 1) Memperluas keluarga inti menjadi keluarga besar.
- 2) Mempertahankan keintimaan pasangan.
- 3) Melanjutkan untuk memperbaharui dan menyesuaikan kembali hubungan perkawinan.
- 4) Membantu anak untuk mandiri sebagai keluarga baru di masyarakat.
- 5) Mempersiapkan anak untuk hidup mandiri dan menerima kepergian anaknya.
- 6) Membantu orangtua suami/istri yang sedang sakit atau memasuki masa tua.
- 7) Orangtua berperan suami dan istri, kakek, dan nenek.
- 8) Menciptakan lingkungan rumah yang dapat menjadi contoh bagi anak-anaknya.

g. Tahap VII (keluarga usia pertengahan)

Tahap ini dimulai ketika anak terakhir meninggalkan rumah dan berakhir pada saat pensiun atau salah satu pasangan meninggal. Tugas perkembangan:

- 1) Mempertahankan kesehatan.
- 2) Mempertahankan hubungan yang memuaskan dengan teman sebaya dan anak-anak.
- 3) Meningkatkan keakraban pasangan.
- 4) Mempertahankan kesehatan dengan olahraga, pengontrolan berat badan, diet seimbang, dan istirahat cukup.
- 5) Mempunyai lebih banyak waktu dan kebebasan dalam mengolah minat sosial dan waktu santai.
- 6) Memulihkan hubungan antara generasi muda dan tua.
- 7) Memulihkan hubungan/kontak dengan anak dan keluarga.
- 8) Persiapan masa tua /pensiun.

h. Tahap VIII (keluarga lansia)

Tahap ini dimulai dengan salah satu atau kedua pasangan memasuki usia pensiun sampai keduanya meninggal. Tugas perkembangan:

- 1) Mempertahankan suasana rumah yang menyenangkan.
- 2) Adaptasi dengan perubahan, kehilangan pasangan, teman, dll.
- 3) Mempertahankan keakraban suami istri yang saling merawat.
- 4) Mempertahankan hubungan dengan anak dan sosial masyarakat.
- 5) Melakukan “*live review*”.

8. Tugas keluarga dalam bidang kesehatan

Tugas kesehatan keluarga menurut Friedman (1998) dalam Dion dan Betan (2013), yaitu sebagai berikut:

a. Mengetahui masalah kesehatan keluarga

Sejauhmana keluarga mengetahui dan mengenal fakta-fakta dari masalah kesehatan yang meliputi pengertian, tanda dan gejala, faktor penyebab dan yang memengaruhinya, serta persepsi keluarga terhadap masalah.

b. Membuat keputusan tindakan yang tepat

Berikut ini hal-hal yang perlu dikaji perawat:

- 1) Sejauhmana kemampuan keluarga mengerti mengenai sifat dan luasnya masalah?
- 2) Apakah keluarga merasakan adanya masalah yang dialami?
- 3) Apakah keluarga menyerah terhadap masalah yang dialami?
- 4) Apakah keluarga merasa takut akan akibat penyakit?
- 5) Apakah keluarga mempunyai sikap negatif terhadap masalah kesehatan?
- 6) Apakah keluarga kurang percaya terhadap petugas kesehatan?
- 7) Apakah keluarga mendapat informasi yang salah terhadap tindakan dalam mengatasi masalah?

- c. Memberi perawatan pada anggota keluarga yang sakit
- Ketika memberikan perawatan kepada anggota keluarganya yang sakit, keluarga harus mengetahui hal sebagai berikut:
- 1) Keadaan penyakitnya (sifat, penyebaran, komplikasi, prognosis, dan perawatannya).
 - 2) Sifat dan perkembangan perawatan yang dibutuhkan.
 - 3) Keberadaan fasilitas yang dibutuhkan untuk perawatan.
 - 4) Sumber-sumber yang ada dalam keluarga (anggota keluarga yang bertanggung jawab, sumber keuangan atau finansial, fasilitas fisik, psikososial).
 - 5) Sikap keluarga terhadap yang sakit.
- d. Mempertahankan atau mengusahakan suasana rumah yang sehat
- Ketika memodifikasi lingkungan atau menciptakan suasana lingkungan yang sehat, keluarga harus mengetahui hal-hal sebagai berikut:
- 1) Sumber-sumber yang dimiliki oleh keluarga.
 - 2) Keuntungan atau manfaat pemeliharaan lingkungan.
 - 3) Pentingnya higiene sanitasi.
 - 4) Upaya pencegahan penyakit.
 - 5) Sikap atau pandangan keluarga terhadap *higiene* sanitasi.
 - 6) Kekompakan antar anggota keluarga.
- e. Menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan yang ada di masyarakat
- Ketika merujuk pada anggota keluarga ke fasilitas pelayanan kesehatan, keluarga harus mengetahui hal-hal sebagai berikut:
- 1) Keberadaan fasilitas keluarga.
 - 2) Keuntungan-keuntungan yang diperoleh dari fasilitas kesehatan.
 - 3) Tingkat kepercayaan keluarga terhadap petugas dan fasilitas kesehatan.
 - 4) Pengalaman yang kurang baik terhadap petugas kesehatan.
 - 5) Fasilitas kesehatan yang ada terjangkau oleh keluarga.