

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

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

##### 1. Konsep kebutuhan Dasar Manusia

Dikutip dalam buku kebutuhan dasar manusia (Wahid Iqbal Mubarak, Lilis Indrawati, Joko Susanto,2015). Kebutuhan dasar manusia merupakan suatu hal yang sangat penting, bermanfaat atau diperlukan untuk menjaga homeostasis dan kehidupan itu sendiri. Banyak ahli filsafat, psikologis dan fisiologis dan menguraikan kebutuhan manusia dan membahasnya dari berbagai segi. Orang pertama yang menguraikan kebutuhan manusia adalah Aristoteles. Sekitar tahun 1950, Abraham Maslow seorang psikolog dari Amerika mengembangkan teori tentang kebutuhan dasar manusia yang lebih dikenal dengan istilah hierarki kebutuhan dasar manusia Maslow. Hierarki tersebut meliputi lima kategori kebutuhan dasar yakni :

- a. Kebutuhan Fisiologis (*Physiologic Needs*)
- b. Kebutuhan keselamatan dan rasa nyaman (*Safety and Security Needs*).
- c. Kebutuhan rasa cinta, memiliki dan dimiliki (*love and belonging needs*)
- d. Kebutuhan harga diri (*self-esteem needs*).
- e. Kebutuhan aktualitas diri dalam kurung (*need for self actualization*)

##### 2. Kebutuhan Aktivitas

Menurut (Mubarak & Chayatin,2008) Kebanyakan orang menilai tingkat kesehatan seseorang berdasarkan kemampuannya untuk melakukan aktivitas sehari-hari. Kemampuan beraktivitas untuk melakukan aktivitas merupakan kebutuhan dasar manusia yang diharapkan oleh setiap manusia. Kemampuan tersebut meliputi berdiri, berjalan, bekerja dan sebagainya. Dengan beraktivitas tubuh akan

menjadi sehat, seluruh sistem tubuh dapat berfungsi dengan baik dan metabolisme tubuh dapat optimal.

Disamping itu, kemampuan bergerak (mobilisasi) juga dapat mempengaruhi harga diri dan citra tubuh. Dalam hal ini, kemampuan aktivitas tubuh tidak lepas system muskuloskeletal dan persarafan yang adekuat.

Aktivitas adalah kegiatan atau aktivitas keaktifan. Jadi, segala sesuatu yang dilakukan atau kegiatan-kegiatan yang terjadi baik fisik maupun non-fisik merupakan suatu aktivitas (Haswita dan Sulistyowati,2017)

Menurut (World Health Organization,2008), Aktivitas fisik adalah gerakan tubuh yang dihasilkan otot rangka yang memerlukan suatu pengeluaran energi. Kurangnya aktivitas fisik akan menjadi salah satu faktor independen dalam suatu penyakit kronis yang menyebabkan kematian secara global (Haswita dan Sulistyowati, 2017).

Jadi, dapat disimpulkan bahwa aktivitas fisik merupakan kegiatan atau keaktifan dari gerakan tubuh yang dihasilkan oleh otot rangka yang memerlukan pengeluaran energi dengan melibatkan sistem muskuloskeletal otot dan tulang serta sistem persarafan.

### 3. System tubuh yang berperan dalam aktivitas

Menurut (Wahid Iqbal Mubarak, Lilis Indrawati, Joko Susanto, 2015). Kemampuan aktivitas merupakan kebutuhan dasar yang mutlak diharapkan oleh setiap manusia. Kemampuan tersebut menyerupai berdiri, berjalan, bekerja, makan, minum, dan lain sebagainya. Dengan aktivitas tubuh akan menjadi sehat, sistem pernafasan dan sirkulasi tubuh akan berfungsi dengan baik, dan metabolisme tubuh dapat optimal. Disamping itu, kemampuan beraktivitas tidak lepas dari sistem persarafan dan sistem muskuloskeletal yang adekuat. Gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstermitas secara mandiri :

a. Koordinasi mekanika tubuh

Menurut (Wahid Iqbal Mubarak, Lilis Indrawati, Joko Susanto,2015). Koordinasi mekanika tubuh melibatkan fungsi sistem muskuloskeletal dan sistem syaraf (*neuromuskular*).Komponen sistem muskuloskeletal melibatkan tulang, otot, tendon, ligamen, kartilago dan sendi.

1) Tulang adalah jaringan dinamis yang tersusun dari tiga jenis sel yaitu osteoblast, osteoit, osteoklas.

Fungsi tulang antara lain :

- a) Sebagai penjang jaringan tubuh yang membentuk otot-otot tubuh.
- b) Melindungi organ tubuh lunak, seperti otak, jantung dan paru-paru.
- c) Membantu pergerakan tubuh.
- d) Membantu prose hematopises yaitu prose pembentukan sel darah merah disumsum tulang.

2) Otot

Berfungsi untuk kontraksi dan menghasilkan gerakan-gerakan. Otot ada tiga macam, yaitu otot rangka, otot polos, otot jantung.

3) Tendon

Adalah jaringan ikat fibrosa bewarna putih, mengkilat, yang menghubungkan otot dengan tulang. Tendon bersifat kuat, fleksibel dan tidak elastis, serta mempunyai panjang dan ketebalan yang bervariasi. Tendon Achilles (tendon kalkaneus) adalah tendon yang paling tebal dan paling kuat didalam tubuh.

4) Ligamen

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

#### 5) Kartilago

Terdiri atas serat yang tertanam dalam suatu gel yang kuat, tetapi elastis dan tidak mempunyai pembuluh darah. Zat makanan yang sampai ke sel kartilago berasal dari kapiler diperikondrium (jaringan fibrosa yang menutupi kartilago) dengan proses difusi, atau pada kartilago sendi melalui cairan sinoveral.

#### 6) Sendi

Persendian memfasilitasi pergerakan dengan memungkinkan terjadinya kelenturan. Ada beberapa jenis persendian, antara lain sendi sinartoses (sendi yang tidak bergerak), sendi amfiartoses (sendi yang pergerakannya terbatas hanya satu gerakan, seperti tulang vertebrata), dan sendi diartroses (sendi yang bebas pergerakannya, seperti sendi bahu dan sendi leher).

### 4. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Aktivitas

Menurut mubarak & Chayatin (2008) Faktor yang mempengaruhi aktivitas diantaranya adalah :

#### a. Pertumbuhan dan Perkembangan

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

#### b. Kesehatan Fisik

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

#### c. Status Mental

Gangguan mental atau afektif seperti depresi atau stres kronis dapat memengaruhi seseorang untuk bergerak. Individu yang mengalami depresi cenderung tidak antusias dalam

mengikuti kegiatan tertentu, bahkan kehilangan energi sehingga individu kehilangan semangat untuk beraktivitas.

d. Gaya Hidup

Gaya hidup terkait dengan kebiasaan yang dilakukan individu sehari-hari. Individu dengan pola hidup yang sehat atau kebiasaan makan yang baik kemungkinan tidak akan mengalami hambatan dalam pergerakan. Sebaliknya, individu dengan gaya hidup yang tidak sehat dapat mengalami gangguan kesehatan yang pada akhirnya akan menghambat pergerakannya.

e. Sikap dan Nilai Personal

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

f. Nutrisi

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

g. Stres

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

#### h. Faktor sosial

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

#### 5. Batasan karakteristik gangguan mobilitas fisik

Menurut standar diagnosis keperawatan indonesia (2017) batasan karakteristik meliputi, gejala mayor dan gejala minor, yaitu:

##### a. Gejala dan tanda mayor

Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas, Kekuatan otot menurun, Rentang gerak (ROM) menurun.

##### b. Gejala dan tanda minor

Nyeri saat bergerak, Enggan melakukan pergerakan, Merasa cemas saat bergerak, Sendi kaku, Gerakan tidak terkoordinasi, Gerakan terbatas, Fisik lemah.

#### 6. Penyebab Gangguan Mobilitas Fisik

Kerusakan integritas struktur kulit, Perubahan metabolisme, ketidak bugaran fisik, penurunan kendali otot, enurunan massa otot, penurunan kekuatan otot, keterlambatan pengembangan, kekakuan sendi, kontraktur, malnutrisi, gangguan musculoskeletal, gangguan neuromuscular, IMT diatas persentil ke 75 sesuai usia, efek agen farmakologis, program pembatasan gerak, nyeri, kecemasan, kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik, gangguan kognitif, keengganan melakukan pergerakan, gangguan sensori persepsi.

#### 7. Kondisi klinis terkait gangguan mobilitas fisik

Stroke, cedera medula spinalis, trauma, fraktur, osteoarthritis, osteomalasia, keganasan.

## B. Tinjauan Konsep Keluarga

### 1. Pengertian Keluarga

Menurut Achjar (2012). keluarga merupakan sekumpulan orang yang dihubungkan oleh perkawinan, adopsi dan kelahiran yang bertujuan menciptakan, mempertahankan budaya yang umum, meningkatkan perkembangan fisik, emosional, mental dan sosial dari individu-individu yang ada di dalamnya terlihat dari pola interaksi yang saling ketergantungan untuk mencapai tujuan bersama. Keluarga terdiri dari orang-orang yang disatukan oleh ikatan perkawinan, darah dan ikatan adopsi yang hidup bersama dalam satu rumah tangga, anggota keluarga berinteraksi dan berkomunikasi satu sama lain dengan peran sosial keluarga.

### 2. Tipe Keluarga

Dalam Buku (Achar, 2012) Menurut Allender & Spradley (2001), membagi tipe keluarga berdasarkan:

#### a. Keluarga tradisional

- 1) Keluarga inti (*nuclear family*) yaitu keluarga yang terdiri dari suami, istri dan anak kandung atau anak angkat.
- 2) Keluarga besar (*extended family*) yaitu keluarga inti ditambah dengan keluarga lain yang mempunyai hubungan darah, misalnya kakek, nenek, paman dan bibi.
- 3) Keluarga *dyad* yaitu rumah tangga yang terdiri dari suami, istri, tanpa anak.
- 4) *Single parent* yaitu rumah tangga yang terdiri dari satu orang tua dengan anak kandung atau anak angkat, yang disebabkan karena perceraian atau kematian.
- 5) *Single adult* yaitu rumah tangga yang hanya terdiri dari seorang dewasa saja.
- 6) Keluarga usia lanjut yaitu rumah tangga yang terdiri dari suami istri yang berusia lanjut.

- b. Keluarga non tradisional
  - 1) *Commune family* yaitu lebih dari satu keluarga tanpa pertalian darah hidup serumah.
  - 2) Orang tua (ayah/ibu) yang tidak ada ikatan perkawinan dan anak hidup bersama dalam satu rumah tangga.
  - 3) Homoseksual yaitu dua individu yang sejenis kelamin hidup bersama dalam satu rumah tangga.

### 3. Tahapan dan Tugas Perkembangan Keluarga

Tahap perkembangan keluarga menurut Duvall & Miller(1985) Carter & Mc Goldrick(1998) dalam buku Achjar(2012). Mempunyai tugas perkembangan yang berbeda seperti:

#### a. Tahap I, keluarga pasangan baru

Tugas perkembangan keluarga pasangan baru antara lain membina hubungan yang harmonis dan kepuasan bersama dengan membangun perkawinan yang saling memuaskan, membina hubungan orang lain dengan menghubungkan jaringan persaudaraan secara harmonis, merencanakan kehamilan dan mempersiapkan diri menjadi orang tua.

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

Tugas perkembangan keluarga pada tahap II yaitu membentuk keluarga muda sebagai sebuah unit, mempertahankan hubungan perkawinan yang memuaskan, memperluas persahabatan dengan keluarga besar dengan menambah peran kakek dan nenek dan mensosialisasikan dengan lingkungan keluarga besar masing-masing pasangan.

#### c. Tahap III, keluarga dengan anak usia prasekolah (anak tertua berumur 2-6 tahun)

Tugas perkembangan keluarga pada tahap III yaitu memenuhi kebutuhan anggota keluarga, mensosialisasikan anak, menanamkan nilai dan norma kehidupan, mulai mengenal kultur keluarga,

menanamkan keyakinan beragama, memenuhi kebutuhan bermain anak.

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

Tugas perkembangan pada tahap IV yaitu mempertahankan hubungan perkawinan, mensosialisasikan dengan teman sebaya, meningkatkan prestasi sekolah, membiasakan belajar teratur, memperhatikan anak saat menyelesaikan tugas sekolah, memenuhi kebutuhan kesehatan fisik anggota keluarga.

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

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

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

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

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

Tugas perkembangan pada tahap VII yaitu menyediakan lingkungan yang meningkatkan kesehatan, mempertahankan hubungan yang memuaskan dan penuh arti para orang tua dan lansia, memperkokoh

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

h. Tahap VIII, keluarga dalam masa pensiun dan lansia

Tugas perkembangan pada tahap VIII yaitu mempertahankan hidup yang memuaskan, menyesuaikan terhadap pendapatan yang sudah menurun, mempertahankan hubungan perkawinan, menyesuaikan diri terhadap kehilangan pasangan, memperhankan ikatan keluarga antar generasi, merencanakan kegiatan untuk mengisi waktu tua seperti berolahraga, berkebun, mengasuh cucu.

4. Tugas Keluarga

Menurut Achjar(2012) Tugas keluarga merupakan pengumpulan data yang berkaitan dengan ketidak mampuan keluarga dalam menghadapi masalah kesehatan. Asuhan keperawatan keluarga mencantumkan lima tugas keluarga sebagai paparan etiologi/ penyebab masalah dan biasanya dikaji pada saat ditemui data maladaptif pada keluarga. Lima tugas keluarga yang dimaksud adalah:

- a. Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan, termasuk bagaimana persepsi keluarga terhadap tingkat keparahan penyakit, pengertian, tanda dan gejala, faktor penyebab dan persepsi keluarga terhadap masalah yang dialami keluarga.
- b. Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan, termasuk sejauh mana keluarga mengerti mengenai sifat dan luasnya masalah, bagaimana masalah dirasakan oleh keluarga, keluarga menyerah atau tidak terhadap masalah yang dihadapi, adakah rasa takut terhadap akibat atau adakah sikap negatif dari keluarga terhadap masalah kesehatan, bagaimana sistem pengambilan keputusan yang dilakukan keluarga terhadap anggota keluarga yang sakit.
- c. Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit, seperti bagaimana keluarga mengetahui keadaan sakitnya, sifat dan

- perkembangan perawatan yang diperlukan, sumber-sumber yang ada dalam keluarga serta sikap keluarga terhadap yang sakit.
- d. Ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan, pentingnya hygiene sanitasi bagi keluarga, upaya pencegahan penyakit yang dilakukan keluarga, upaya pemeliharaan lingkungan yang dilakukan keluarga, kekompakan anggota keluarga dalam menata lingkungan dalam dan luar rumah yang berdampak terhadap kesehatan keluarga.
  - e. Ketidakmampuan keluarga untuk memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan, seperti kepercayaan keluarga terhadap petugas kesehatan dan fasilitas pelayanan kesehatan, keberadaan fasilitas kesehatan yang ada, keuntungan keluarga terhadap penggunaan fasilitas kesehatan, apakah pelayanan kesehatan terjangkau oleh keluarga, adakah pengalaman yang kurang baik yang dipersepsikan keluarga.

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

(2) Keluarga Modern

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

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/ pension.

## 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 di anut 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 rencan keluarga berkaitan dengan jumlah anggota keluarga, metode yang digunakan keluargupaya, 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 koping 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 koping yang digunakan, dikaji strategi koping 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) Menenal masalah kesehatan: Kesehatan merupakan bagian dari kebutuhan keluarga yang tidak boleh di abaikan, 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 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:

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

Diagnosa yang mungkin muncul:

Gangguan mobilisasi fisik berhubungan dengan neuromuskular.

c. Perencanaan

Perencanaan diawali dengan merumuskan tujuan yang ingin dicapai serta rencana tindakan untuk mengatasi masalah yang ada. tujuan terdiri dari tujuan jangka panjang dan tujuan jangka pendek. Penetapan tujuan jangka panjang (tujuan umum) mengacu pada bagaimana mengatasi problem/masalah (P) di keluarga, sedangkan penetapan tujuan jangka pendek (tujuan khusus) mengacu pada bagaimana mengatasi etiologi (E). (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 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 membantu keluarga menggunakan fasilitas kesehatan yang ada (Achar,2010).
- e. Evaluasi

Dikutip dalam buku (Achar,2012) evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan. Evaluasi merupakan sekumpulan informasi yang sistematis berkenaan dengan program kerja dan efektifitas dari serangkaian program yang digunakan terkait program kegiatan, karakteristik dan hasil yang telah dicapai (Patton,1986 dalam Helvie,1998).

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. Definisi 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 menimbulkan gejala antara lain kelumpuhan wajah atau anggota badan, bicara tidak lancar, bicara tidak jelas (pelo), mungkin perubahan kesadaran, gangguan penglihatan, dan lain-lain (Rickesdas,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). Stroke atau cerebro vascular accident (CVA) adalah kehilangan fungsi otak yang diakibatkan oleh berhentinya suplai darah ke bagian otak. (Brunner dan Suddarth,2002)

## 2. Penyebab Stroke

### a. Stroke non Hemoragik

Jenis stroke ini disebabkan oleh thrombosis akibat plak aterosklerosis dari arteri otak atau yang memberi vaskularisasi pada otak atau suatu embolus dari pembuluh darah diluar otak yang tersangkut di arteri otak. Jenis stroke ini merupakan stroke yang tersering didapatkan sekitar 80% dari semua stroke.

### b. Stroke Hemoragik

Sekitar 20% dari semua stroke diakibatkan oleh pecahnya microaneurisma dari charcot atau etat cribre di otak. Tergantung dari tempat terjadinya dibedakan antara perdarahan intra cerebral, subdural, dan sub arachnoid.

Menurut Harsono (1999) Membagi faktor resiko yang dapat ditemui pada klien dengan stroke yaitu:

1) Faktor resiko utama

a) Hipertensi

Hipertensi dapat mengakibatkan penyempitan maupun pecahnya pembuluh darah otak. Apabila pembuluh darah otak menyempit maka aliran darah ke otak akan terganggu dan sel-sel otak akan mengalami kematian.

b) Diabetes mellitus

DM mampu menebalkan dinding pembuluh darah otak yang berukuran besar, akan menyempitkan pembuluh darah ke otak dan akan mengganggu kelancaran aliran darah ke otak pada akhirnya akan menyebabkan kematian sel-sel otak.

c) Penyakit jantung

Beberapa penyakit jantung berpotensi menimbulkan stroke. Penyakit jantung koroner dengan infark miokardium dan gangguan irama jantung melepaskan sel-sel/jaringan-jaringan yang telah mati ke aliran darah.

d) Transient ischemic attack (TIA)

TIA dapat terjadi beberapa kali dalam 24 jam/terjadi berkali-kali dalam seminggu. Makin sering seseorang mengalami TIA maka kemungkinan mengalami stroke semakin besar.

2) Faktor resiko tambahan

a) Kadar lemak darah yang tinggi, termasuk kolesterol dan trigliserida. Meningkatnya kadar kolesterol merupakan faktor penting untuk terjadinya aterosklerosis yang diikuti penurunan elastisitas pembuluh darah.

b) Kegemukan atau obesitas.

c) Merokok, dapat meningkatkan konsentrasi fibrinogen yang akan mempermudah terjadinya penebalan dinding pembuluh darah dan peningkatan kekentalan darah.

- d) Riwayat keluarga dengan stroke.
- e) Lanjut usia, penyakit darah tentu seperti polistemia dapat menghambat kelancaran aliran darah ke otak dan leukimia kanker darah dapat menyebabkan terjadinya pendarahan otak.

### 3. Patofisiologi

#### a) Stroke Hemoragik

Perdarahan serebri termasuk urutan ketiga dari semua penyebab kasus gangguan pembuluh darah otak. Perdarahan serebral dapat terjadi diluar durameter (hemoroli Ekstradural dan epidural), dibawah durameter (hemoragi subdural), diruang subarachnoid (hemoragi subarachnoid) atau didalam substansi otak (hemoragi intraserebral).

Hemoragi ektradural (epidural) adalah kesadaran bedah neuro yang memerlukan perawatan segera . Ini biasanya mengikuti fraktur tengkorak dengan robekam arteri dengan arteri meningeal lain.

Hemoragi subdural (intervensi jelas lebih lama) dan menyebabkan tekanan pada otak. Beberapa klien mungkin mengalami henoragi subdural krooni tanpa menunjukkan tanda dan gejala.

Hemoragi subarchnoid dapat terjadi sebagai akibat trauma atau hipertensi, tetapi penyebab paling sering adalah kebocoran aneurisma pada area sirkulus wilisi dan malformasi arteri-vena kongenital pada otak. Arteri didalam otak dapat menjadi aneurisma.

Hemoragi intraserebral paling umum pada kliien dengan hipertensi adalah atterosklerosis serebbral, Karena perubahan degenerative karena penyakit ini biasanya menyebabkan ruptur pembuluh darah. Pada orang yang lebih muda dari 40<sup>th</sup>. hemoragi intraserebral biasanya disebabkan oleh malformasi arteri-vena,

hemangioblastoma dan trauma, juga disebabkan oleh tipe patologi arteri tertentu, adanya tumor otak dan penggunaan medikasi (antikoagulan oral, amfetamin dan berbagai obat aditif)

b) Stroke Non Hemoragik

Pada stroke trombotik, okulasi disebabkan karena adanya penyumbatan lumen pembuluh darah otak karena thrombus yang makin lama menebal, sehingga aliran darah menjadi tidak lancar. Penurunan aliran darah ini menyebabkan iskemik yang akan berlanjut menjadi infark. Dalam waktu 72 jam daerah tersebut akan mengalami edema dan kelamaan akan nekrosis. Lokasi yang paling sering terjadi pada stroke thrombosis adalah percabangan arteri carotis nedar dan arteri vertebrata yang berhubungan dengan arteri basiler. Onset stroke trombotik biasanya berjalan lambat.

Sedangkan stroke emboli terjadi karena adanya emboli yang lepas dan bagian tubuh lain sampai ke arteri caotis, emboli tersebut terjebak di pembuluh darah otak yang lebih kecil dan biasanya pada daerah percabangan lumen yang menyempit, yaitu arteri carotis dibagian tengah atau *Middle Carotic Arteri* (MCA). Dengan adanya sumbatan oleh emboli akan menyebabkan iskemia.

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. Proses BAK terganggu.
- l. Gangguan fungsi otak.

**Tabel 2**  
**Perbedaan Stroke Hemoragik dan Non Hemoragik**

Gejala klinis	Stroke hemoragik		Stroke Non Hemoragik
	PIS	PSA	
Gejala defisit local	Berat	Ringan	Berat / Ringan
SIS sebelumnya	Amat jarang		+ / Biasa
Permulaan (onset)	Menit/Jam	1-2 menit	Pelat (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
Likuor	Sering berdarah	Selalu berdarah	Jernih
Perdarahan subrakhoid	Tidak ada	Bisa ada	Tidak ada
Presis/ Gangguan N III	-	Mungkin (+)	-

#### 5. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang dapat dilakukan untuk menegakkan stroke antara lain adalah :

##### a. Angiografi

Membantu menentukan penyebab stroke secara spesifik seperti perdarahan, atau obstruksi arteri, adanya titik oklusi atau raktur

##### b. CT scan

CT scan dapat menunjukkan lokasi perdarahan, gelombang delta lambat didaerah yang mengalami gangguan.

##### c. EEG (*Electro Encephalogram*)

Dapat menunjukkan lokasi pendarahan, gelombang delta lebih lambat didaerah yang mengalami gangguan.

d. Fungsi Lumbal

Menunjukkan adanya tekanan normal dan tekanan meningkat dan cairan yang mengandung darah menunjukkan adanya perdarahan.

e. MRI

Menunjukkan daerah yang mengalami infark, hemoragic.

f. Ultrasonografi

Menggambarkan perubahan kelenjar lempeng pineal

(Doenges E.Marilyn,2000)

6. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan klien stroke (Mansjoer,A 2000)

a. Stroke hemoragic

- 1) Kendalikan hipertensi
- 2) Pertimbangkan konsultasi bedah syaraf bila pendarahan serebelum diameter lebih dari 3cm.
- 3) Pertimbangkan angiografi untuk menyingkirkan aneurisma.
- 4) Singkirkan kemungkinan koagulopati.
- 5) Berikan monitol 20% untuk klien dengan koma dalam atau tanda-tanda tekanan intracranial yang meninggi
- 6) Pertimbangkan Fenitoin.
- 7) Perdarahan intraserebral: Obati penyebabnya, turunkan tekanan intra kranial yang meninggi dan berikan neuroprotektor
- 8) Pertimbangkan terapi hipervolemik
- 9) Pendarahan subarachnoid:
  - a) Nimlodipin dapat diberikan untuk mencegah Vasospasme pada pendarahan subarachnoid primer akut.
  - b) Tindakan operasi dapat dilakukan pada pendarahan subarachnoid stadium satu dan dua akibat pecahnya aneurisme sakular berry (celipping)

b. Stroke iskemik/stroke non hemoragic

- 1) Membatasi atau memulihkan iskemia akut yang sedang berlangsung (3-6 jam pertama)
- 2) Mencegah perburukan neurologis yang berhubungan dengan stroke yang masih berkembang.
- 3) Tekanan darah yang tinggi pada stroke iskemik tidak boleh cepat-cepat diturunkan.
- 4) Pertimbangkan observasi diunit rawat intensif pada klien dengan tanda klinis/radiologis.
- 5) Pertimbangkan konsuk bedah syaraf untuk dekompresi dengan infark serebelum yang luas
- 6) Pertimbangkan oemerikaan darah

7. Komplikasi

a. Komplikasi akut pada stroke

Kenaikan tekanan darah, keadaan ini biasanya merupakan mekanisme kompensasi dalam upaya mengejar pasokan darah ditempat lesi, kadar gula darah, penderita stroke sering kali merupakan penderita diabetes militus, sehingga kadar gula darah pasca stroke tinggi, gangguan jantung baik sebagai penyebab maupun sebgai komplikasi, gangguan respirasi baik akibat infeksi maupun akibat penekanan dipusat nafas.

b. Komplikasi kronis akibat stroke

Akibat baring ditempat tidur lama, bisa terjadi pneumonia, decubitus, inkontinensia dan lain-lain, Rekurensi stroke, gangguan *social* dan ekonomi, ganguan psikologik.

Komplikasi bisa terjadi pada otot (Atrofi otot) yaitu otot yang tidak dipergunakan dalam jangka waktu yang lama akan kehilangan sebagian besar kekuatan dan fungsi normalnya.

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

## 1) 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.

## 2) Dekubitus

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

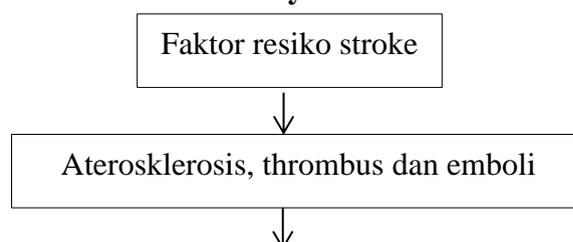
## 3) Pneumonia

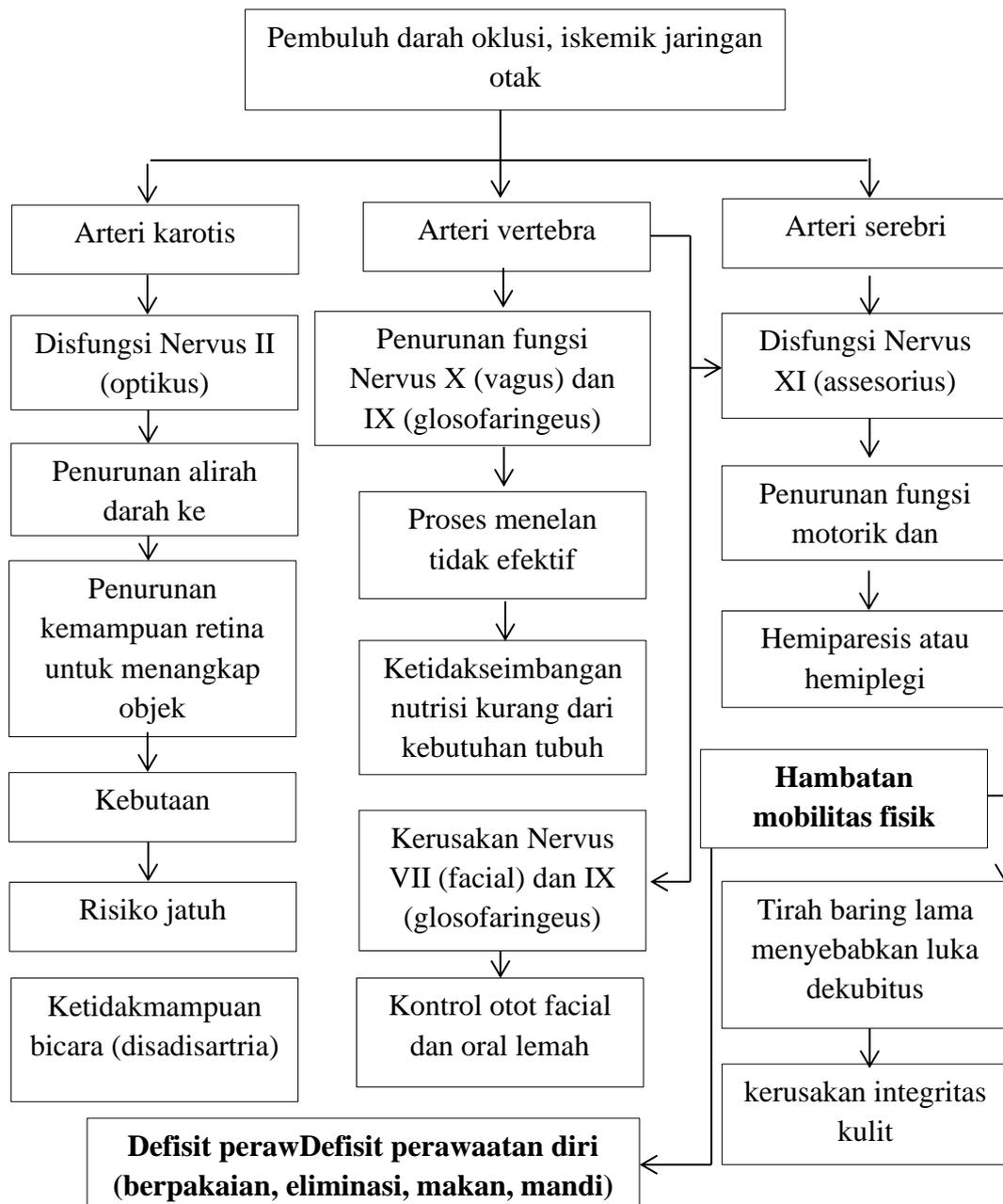
Pasien stroke tidak bisa batuk dan menelan dengan sempurna, hal ini menyebabkan cairan berkumpul di paru-paru dan selanjutnya pneumonia.

## 4) Atrofi atau kekakuan sendi

Hal ini disebabkan karena kurang gerak dan mobilisasi. Komplikasi lain dari stroke adalah: Disritmia, peningkatan intra krania, kontraktu, gagal nafas, kematian.

## 8. Pathway

**Gambar 1  
Pathway Stroke**



Sumber: Nurarih dan Kusuma ( 2015 ).