

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Masalah Stroke

2.1.1 Pengertian

Definisi Stroke menurut WHO adalah suatu gangguan yang terjadi pada fungsi otak dengan adanya tanda klinis yang berlangsung dalam waktu lama yaitu lebih dari 24 jam. Stroke adalah penyakit yang disebabkan oleh putusnya aliran darah ke otak akibat pecahnya pembuluh darah atau tersumbatnya pembuluh darah yang menuju ke otak sehingga berkurangnya energi dan pasokan nutrisi ke otak (Tomm et al., 2017). Stroke merupakan salah satu jenis penyakit tidak menular yang dapat menjadi penyebab utama kecacatan dan mengakibatkan kematian (Assaui et al., 2016).

2.1.2 Etiologi

Karakteristik utama yang muncul pada pasien stroke adalah kesulitan membolak-balik posisi (100%), keterbatasan kemampuan melakukan keterampilan motorik halus (100%), keterbatasan kemampuan melakukan keterampilan motorik kasar (100%), keterbatasan rentang pergerakan sendi (26, 9%), dan pergerakan lambat (3, 8%). Etiologi utama yang muncul pada pasien stroke adalah penurunan kekuatan otot (92, 3%), gangguan neuromuskular (80, 8%), nyeri (19, 2%), kaku sendi (3, 8%), dan gangguan sensoripreseptual (3, 8%). (Selvia Harum Sari, Abdurahman Wahid Dunia Keperawatan: Jurnal Keperawatan dan Kesehatan 3 (1), 12-21, 2015).

2.1.3 Patofisiologi

Stroke dapat diklasifikasikan/digolongkan menjadi dua jenis, yaitu stroke iskemik dan stroke hemoragik (Annisa *et al.*, 2022).

1. Stroke Iskemik

Stroke iskemik terjadi karena adanya penyumbatan pada pembuluh darah di otak oleh kolesterol atau lemak lain sehingga suplai oksigen ke otak terhambat. Stroke iskemik adalah stroke yang terjadi akibat kematian jaringan otak karena gangguan aliran darah ke daerah otak, yang disebabkan oleh tersumbatnya arteri serebral atau servikal. Patologi utama Stroke iskemik adalah aterosklerosis pada pembuluh darah besar dan stroke lacunar.

a. Stroke iskemik terdiri dari 3 jenis yaitu :

1) Stroke Trombotik

Yaitu jenis stroke yang disebabkan terbentuknya thrombus yang menyebabkan terjadinya penggumpalan.

2) Stroke Embolik

Yaitu jenis stroke yang disebabkan oleh karena tertutupnya pembuluh arteri oleh bekuan darah.

3) Hipoperfusion Sistemik

Yaitu jenis stroke yang disebabkan berkurangnya aliran darah ke seluruh bagian tubuh karena adanya gangguan denyut jantung.

b. Manifestasi Klinis

Pada stroke iskemik dapat timbul muntah, disfagia (kesulitan menelan), kebutaan monokuler, afasia/gangguan bahasa, gangguan sensorik dan motorik, hilangnya kesadaran, dan dapat mengganggu fungsi serebelar. Pada stroke

hemoragik dapat timbul berbagai manifestasi klinis, seperti nyeri kepala, tekanan darah meningkat, muntah, kejang, lesu, penurunan kesadaran, bradikardi, kaku leher, kelumpuhan, kelumpuhan lapang pandang vertikal, penurunan kelopak mata dan pupil tidak reaktif (Alifia, 2021).

2. Stroke Hemoragik

a. Patofisiologi Stroke Hemoragik

Stroke hemoragik terjadi karena adanya satu atau beberapa dari pembuluh darah di otak yang melemah kemudian pecah sehingga terjadinya perdarahan disekitar otak. Umumnya stroke hemoragik didahului oleh adanya penyakit hipertensi. Hipertensi merupakan faktor risiko yang potensial pada kejadian stroke karena hipertensi dapat mengakibatkan pecahnya pembuluh darah otak. Pecahnya pembuluh darah otak akan mengakibatkan perdarahan otak (Annisa *et al.*, 2022). Stroke hemoragik juga dapat dipengaruhi oleh faktor genetik, usia, jenis kelamin, serta suku/ras. Keluhan yang menjadi tanda klinis yang biasa muncul pada stroke hemoragik adalah terjadinya defisit neurologis fokal dengan onset mendadak, antara lain sakit kepala, muntah, kejang, tekanan darah yang sangat tinggi, dan penurunan tingkat kesadaran. Gejala awal yang paling sering dialami adalah sakit kepala. Pada semua pasien stroke hemoragik, perlu dilakukan pemeriksaan umum neurologis, tingkat kesadaran dan tanda-tanda vital sebagai satu bentuk penilaian klinis. Umumnya pada pasien stroke hemogenik memiliki keadaan lebih buruk dibandingkan dengan pasien stroke iskemik (Setiawan, 2020).

b. Stroke hemoragik dapat dibagi menjadi dua jenis menurut letaknya, yaitu

1) Hemorragik intraserebral

Yaitu perdarahan terjadi di dalam jaringan otak. Pendarahan ini biasanya

disebabkan hipertensi yang menyebabkan terjadinya kerusakan pada dinding pembuluh darah.

2) Hemoragik subaraknoid

Yaitu perdarahan terjadi di ruang subaraknoid (ruang sempit antara permukaan otak dan lapisan jaringan yang menutupi otak. (Agromedia, 2009)

c. Manifestasi Klinis

Pada stroke hemoragik, penilaian klinis dapat dilakukan dengan pemeriksaan fisik umum neurologis, pengukuran tanda vital, dan tingkat kesadaran. Pemeriksaan fisik yang dilakukan adalah pemeriksaan kepala, telinga, hidung dan tenggorokan (THT), serta ekstremitas. Untuk mencari edema tungkai yang diakibatkan trombosis vena dapat dilakukan pemeriksaan ekstremitas. Untuk pemeriksaan neurologis lainnya dapat dilakukan pemeriksaan refleks batang otak, refleks fisiologis dan patologis serta nervus kranialis. Untuk menentukan luas dan lokasi lesi, pemeriksaan neurologis dilakukan dengan membandingkan semua sisi yaitu kanan- kiri, atas-bawah (Setiawan, 2020).

2.1.4 Tanda dan Gejala

Secara umum tanda dan gejala penyakit stroke adalah munculnya sakit kepala yang hebat, afasia (bicara tidak lancar, ucapan kurang, atau sulit memahami ucapan), hemiparesis (kelemahan otot pada salah satu sisi tubuh) dan *facial palsy* (kelemahan pada sebagian otot wajah), perubahan mendadak status mental (bingung, mengigau, koma), disartria (bicara pelo atau cadel), gangguan penglihatan atau diplopia (penglihatan dobel) (Alifia, 2021).

2.1.5 Komplikasi

Stroke merupakan penyakit yang mempunyai risiko tinggi terjadinya komplikasi medis, adanya kerusakan jaringan saraf pusat yang terjadi secara dini pada stroke, sering diperlihatkan adanya gangguan kognitif, fungsional, dan defisit sensorik. Pada umumnya pasien pasca stroke memiliki komorbiditas yang dapat meningkatkan risiko komplikasi medis sistemik selama pemulihan stroke. Komplikasi medis sering terjadi dalam beberapa minggu pertama serangan stroke. Pencegahan, pengenalan dini, dan pengobatan terhadap komplikasi pasca stroke merupakan aspek penting. Beberapa komplikasi stroke dapat terjadi akibat langsung stroke itu sendiri, imobilisasi atau perawatan stroke. Hal ini memiliki pengaruh besar pada luaran pasien stroke sehingga dapat menghambat proses pemulihan neurologis dan meningkatkan lama hari rawat inap di rumah sakit. Komplikasi jantung, pneumonia, tromboemboli vena, demam, nyeri pasca stroke, disfagia, inkontinensia, dan depresi adalah komplikasi sangat umum pada pasien stroke (Mutiarasari, 2019).

2.1.6 Pemeriksaan Penunjang

Menurut (Wijaya & Putri, 2013) beberapa pemeriksaan yang dapat dilakukan sebagai penunjang pada penyakit stroke, antara lain :

1) Angiografi Serebral

Pemeriksaan yang dilakukan untuk membantu menentukan penyebab dari stroke secara spesifik.

2) CT Scan.

Pemeriksaan ini dapat membantu untuk memperlihatkan secara spesifik letak edema, posisi hematoma, adanya jaringan otak yang infark atau iskemia, dan posisinya secara pasti. Umumnya hasil pemeriksaan didapatkan hiperdens fokal,

kadang pepadatan terlihat di ventrikel, atau menyebar ke permukaan otak.

3) MRI (*Magnetic Imaging Resonance*).

Pemeriksaan ini menggunakan gelombang magnetik untuk menentukan posisi dan besar/luas terjadinya perdarahan otak. Hasil pemeriksaan biasanya didapatkan area yang mengalami lesi dan infark akibat dari hemoragik.

4) *USG Doppler*.

Pemeriksaan ini membantu untuk mengidentifikasi adanya penyakit arteriovena (masalah sistem karotis).

5) EEG (*Electroencephalogram*)

Pemeriksaan ini bertujuan untuk melihat masalah yang timbul dan dampak dari jaringan yang infark sehingga menurunnya impuls listrik dalam jaringan otak.

2.1.7 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan penyakit stroke secara umum dimulai dengan evaluasi dan diagnosis yang cepat karena *therapeutic window stroke* akut sangat pendek. Dalam evaluasi ini harus dilakukan secara sistemik dan cermat yang meliputi anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan neurologis dan skala stroke. Umumnya terapi yang diberikan untuk stroke adalah stabilisasi jalan napas dan pernapasan, stabilisasi hemodinamik, pemeriksaan awal fisik umum (tekanan darah, jantung, neurologi umum awal), pengendalian peninggian tekanan intrakranial, penanganan transformasi hemoragik, pengendalian kejang, pengendalian suhu tubuh dan pemeriksaan penunjang (EKG dan CT-Scan) (PERDOSSI,2011).

Terapi stroke bertujuan untuk :

1. Untuk meminimalisir terjadinya cedera neurologis dan menurunkan angka kematian serta kecacatan jangka panjang.

2. Untuk mencegah terjadinya komplikasi sekunder, yaitu imobilitas dan disfungsi neurologis
 3. Untuk mencegah terjadinya stroke berulang (Wells *et al.*, 2015).
- a. Terapi Farmakologi Penyakit Stroke Iskemik
- Pada stroke iskemi, *American Heart Association* (AHA) merekomendasi terapi antiplatelet/antikoagulan, antihipertensi, antidislipidemia, dan antihiperglikemi untuk mencegah terjadinya stroke yang berulang (Wahidin, 2022). Pengobatan pada pasien stroke iskemik dilakukan dengan dua pendekatan. Pertama, pengobatan medik untuk memulihkan sirkulasi otak di daerah yang terkena stroke (jika mungkin sampai keadaan sebelum sakit) dan kedua, adalah pengobatan dengan menggunakan obat-obat yang mampu menghancurkan emboli atau thrombus pada pembuluh darah (Putri & Muti, 2017). Pilihan terapi yang dapat digunakan untuk stroke iskemik antara lain :

1. Fibrinolitik/Trombolitik (*rtPA/ recombinant tissue plasminogen activator*)
Intravena. Golongan obat ini digunakan sebagai terapi reperfusi, untuk mengembalikan perfusi darah yang terhambat pada serangan stroke akut. Contoh dari golongan obat ini adalah : alteplase, tenecteplase dan reteplase. Obat ini bekerja memecah trombus dengan mengaktivasi plasminogen yang terikat pada fibrin (Mutiarasari, 2019).
2. *Anticoagulan Unfractionated Heparin* (UFH) dan *Lower Molecular Weight Heparin* (LMWH).

Pasien stroke dapat menggunakan obat ini dengan harapan dapat mencegah terjadinya kembali stroke emboli, namun hingga saat ini literatur yang mendukung pemberian antikoagulan untuk pasien stroke iskemik masih terbatas dan belum kuat. Antikoagulan sebagian besar digunakan untuk

pencegahan sekunder jangka panjang pada pasien dengan fibrilasi atrium dan stroke kardioemboli. Terapi antikoagulan untuk stroke kardioemboli dengan pemberian heparin yang disesuaikan dengan berat badan dan warfarin (Coumadin) mulai dengan 5-10 mg per hari (Mutiarasari, 2019).

3. Antiplatelet

Antiplatelet adalah obat yang dapat menghambat agregasi trombosit sehingga menyebabkan terhambatnya pembentukan trombus pada sistem arteri. Antiplatelet yang umum digunakan pada pasien ini adalah clopidogrel 75 mg. Clopidogrel adalah obat penghambat antiagregasi trombosit yang memiliki efek untuk mencegah terjadinya stroke susulan (Wahidin, 2022).

4. Neuroprotektif

Neuroprotektor merupakan obat yang bertujuan untuk menyelamatkan jaringan yang terkena iskemia, membatasi area infark agar tidak meluas, memperlama *time window* dan mengurangi cedera reperfusi. Beberapa obat mempunyai efek neuroprotector antara lain penghambat kanal kalsium (Nimodipine), *antagonis presinaptik Excitatory Amino Acid* (EAA) (fenitoin, libeluzole, prepentofilin), sitikolin, pentoksifilin dan pirasetam (Putri & Muti, 2017)

b. Terapi Farmakologi Penyakit Stroke Hemoragik

Tujuan dari tatalaksana awal dari terapi pada stroke hemoragik adalah untuk mengoptimalkan metabolisme otak saat keadaan patologis, dengan melakukan stabilisasi jalan dan saluran napas pada pasien untuk menghindari hipoksia. Pada fase akut, sebaiknya (PCC). Menurut Pedoman *American Heart Association and American Stroke Association* (AHA/ASA tahun 2015 kelas IIb, level B) menganjurkan penggunaan *Protrombin Complex Concentrate* (PCC) untuk mengatasi stroke hemoragik bila dibandingkan dengan *Fresh Frozen Plasma* (FFP)

karena tindakan yang lebih cepat dan memiliki efek samping yang lebih sedikit (Setiawan, 2020).

2.2 Konsep asuhan Keluarga Pada Pasien Stroke

2.2.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan proses yang berkelanjutan, sehingga perawat akan mengumpulkan informasi tentang kondisi pasien atau kondisi masa lalu dan tentang dirinya sendiri, untuk menggunakan informasi yang diperoleh untuk merencanakan masa depan (Kholifah NS, 2016). Hal-hal yang diajarkan dalam keluarga adalah:

1. Data Umum

a. Identifikasi kepala keluarga

Berupa nama inisial kepala keluarga, usia, pekerjaan, pendidikan terakhir, nomor telepon jika ada komposisi keluarga yang terdiri atas nama atau inisial, usia, jenis kelamin, hubungan dengan kepala keluarga, pendidikan, agama, status imunisasi, dan genogram dalam 3 generasi (Kemenkes RI, 2014).

b. Tipe Keluarga

Menjelaskan mengenai jenis atau tipe keluarga beserta kendala atau masalah yang terjadi dengan jenis tipe keluarga tersebut (Andarmoyo, 2015).

c. Suku Bangsa

Mengetahui suku bangsa keluarga tersebut dan mengidentifikasi budaya atau kebiasaan yang berhubungan dengan kesehatan (Bakri, 2017).

d. Agama

Mengetahui agama pasien dan keluarganya serta mengetahui sejauh mana kesehatan keluarga dijaga melalui ajaran agama (Bakri, 2017).

e. Status Sosial Ekonomi dalam Keluarga

Perawatan keluarga bisa terpenuhi dan bisa menjaga kesehatan pada anggota keluarganya apabila status social ekonomi dalam keluarga berkecukupan (Bakri, 2017).

f. Aktifitas Rekreasi dalam Keluarga

Melakukan rekreasi bisa mengurangi taraf stress dalam keluarga yang mengakibatkan beban pikiran sehingga timbul penyakit. Bentuk rekreasi tidak hanya dilihat kemana pergi bersama keluarga, melainkan hal-hal sederhana yang bisa dilakukan dirumah seperti menonton televisi (Bakri, 2017).

2. Riwayat dan Tahap Perkembangan Keluarga

a. Tahap perkembangan keluarga saat ini

Hubungan dan komunikasi keluarga apakah ada permasalahan atau perdebatan dalam keluarga. Seperti halnya permasalahan social ekonomi yang kurang berkaitan dengan masalah kesehatan yang dihadapi keluarga karena ketidakmampuan keluarga dalam menghadapi masalah kesehatan yang terjadi (Susanto, 2013).

b. Tahap perkembangan dalam keluarga yang belum terpenuhi

Memberikan penjelasan penyebab dari tahapan keluarga yang belum dilakukan seperti tugas pada perkembangan keluarga (Susanto, 2013).

c. Riwayat yang terjadi pada keluarga inti

Mengkaji tentang kesehatan pada seluruh anggota keluarga, riwayat penyakit yang beresiko menurun, upaya pencegahan penyakit dengan imunisasi, fasilitas kesehatan yang pernah diakses, perubahan yang terjadi dan berkaitan dengan kesehatan (Bakri, 2017).

d. Riwayat keluarga sebelumnya

Mengkaji riwayat keluarga besar baik dari suami maupun istri untuk mengetahui adanya penyakit yang bersifat genetik (Bakri, 2017). TB Paru bukan penyakit menurun, tetapi bisa menjadi factor pencetus terjadinya penularan keanggota keluarga.

3. Data lingkungan

a. Karakteristik rumah

Mengkaji posisi rumah pada denah perkampungan dengan jelas yang ditempat tinggal keluarga saat ini. Lingkungan rumah yang bersih, pembuangan sampah dan pembuangan limbah yang benar dapat mengurangi penularan TB Paru dan menghambat proses pertumbuhan bakteri (Harmoko, 2017).

b. Karakteristik tetangga dan komunitas

Perlu dilakukan pengkajian mengenai keadaan rumah dan aktivitas yang dilakukan setiap hari.

c. Mobilitas geografis keluarga

Mengkaji tempat tinggal keluarga serta lingkungan sekitar.

d. Perkumpulan keluarga serta interaksi didalam keluarga

Mengkaji mengenai komunikasi dengan tetangga, seperti perkumpulan ibu-ibu rumah tangga, pengajian dimasjid, karang taruna dan lain sebagainya (Susanto, 2013).

e. Sistem pendukung dalam keluarga

Mengkaji adanya masalah kesulitan keuangan yang bisa diselesaikan dengan adanya dukungan dari keluarga. Menurut Friedman (2015) dukungan keluarga ada dua yang pertama dukungan internal seperti dukungan yang diberikan suami atau istri serta dari saudara kandung sendiri, dan dukungan eksternal berasal dari keluarga besar dan sosial.

4. Struktur keluarga

a. Pola komunikasi keluarga

Keluarga mampu menjelaskan komunikasi dengan anggota keluarga, pesan akan disampaikan, bahasa didalam keluarga, komunikasi baik secara langsung atau tidak, pesan emosional (positif/negatif), frekuensi kualitas dalam berkomunikasi secara langsung. Mengetahui rahasia dikeluarga yang ingin didiskusikan bersama.

b. Struktur kekuatan keluarga

Menentukan siapa yang berperan sebagai pengambilan keputusan di dalam keluarga seperti dalam pengambilan keputusan, mengelola keuangan, keputusan dalam pekerjaan, tempat tinggal, menentukan bagaimana kegiatan serta kedisiplinan anak.

c. Struktur peran

Memberikan penjelasan tugas setiap anggota keluarga yang digunakan untuk membantu memberikan dukungan salah satu keluarga yang menghadapi suatu masalah (Efendy & Makhfudi, 2017).

d. Struktur nilai atau norma keluarga

Mengetahui nilai yang dimiliki dalam keluarga dengan kelompok atau komunitas (Mubarok, 2016).

5. Fungsi Keluarga

a. Fungsi Afektif

Mengkaji seperti apa gambaran dari setiap anggota keluarga, hubungan psikososial dalam keluarga, serta seperti apa keluarga menumbuhkan sikap saling menghargai (Andarmoyo, 2015).

b. Fungsi sosialisasi

Mengkaji interaksi atau hubungan yang ada di keluarga, sampai mana anggota keluarga belajar disiplin, norma, dan perilaku (Andarmoyo, 2013).

c. Fungsi perawatan kesehatan

Keluarga harus siap merawat anggota keluarganya apabila ada yang mengalami perubahan dalam kesehatannya. Perubahan yang dimaksudkan bersifat preventif. (Wahid I dalam Leo R, 2016).

d. Fungsi reproduksi

Mencari tahu seperti apa keluarga dalam merencanakan jumlah anak, serta program yang dilakukan keluarga dalam pengendalian jumlah anak (Bakri, 2017).

e. Fungsi ekonomi

Mengkaji seberapa besar perjuangan keluarga dalam memenuhi kebutuhan seluruh anggota keluarga (Bakri, 2017).

6. Stress dan koping keluarga

Menyebutkan stressor jangka pendek (ditangani dalam jangka waktu < 6 bulan) dan stressor jangka panjang (ditangani dalam jangka waktu > 6 bulan) yang saat ini terjadi pada keluarga. Mencari alasan seperti apa strategi yang digunakan keluarga dalam menghadapi, merespon serta menyelesaikan stressor (Bakri, 2017).

7. Pemeriksaan fisik

Pasien dan seluruh anggota keluarga yang tinggal serumah dilakukan pemeriksaan fisik.

Pemeriksaan Fisik Pasien TB Paru

1) Keadaan umum

Penderita Stroke bisa dilihat dari keadaan umumnya dengan menilai keadaan fisiknya saja. Penilaian lain yang bisa dilakukan pada pasien yaitu mengenai kesadarannya yang terdiri dari composmentis, somnolen, spoor, soporokoma, atau koma. Pengetahuan khusus serta pengalaman yang harus dimiliki perawat yaitu agar dapat menilai keadaan umum, kesadaran dan pengukuran GCS, perawat tersebut harus memahami anatomi fisiologi umum.

Pemeriksaan pada pasien Stroke dilihat dari tanda-tanda vital seperti terjadinya peningkatan suhu secara signifikan, mengalami denyut nadi yang meningkat, terjadinya peningkatan frekuensi napas dan tekanan darah biasanya disertai penyakit hipertensi.

2) Kepala

- a) Inspeksi: kesimetrisan muka, tengkorak, warna rambut, bentuk rambut, kebersihan rambut
- b) Palpasi: massa, pembengkakan dan nyeri tekan.

3) Mata

a) Inspeksi

1. Kelopak mata
2. Konjungtiva
3. Pupil
4. Sclera

b) Palpasi: tidak ada nyeri tekan.

4) Telinga

Inspeksi dan palpasi

1. Pinna: bentuk simetris, warna, tidak ada lesi, dan massa
2. Tragus: mengalami nyeri tekan
3. Lubang telinga: tidak ada serumen

5) Hidung

1. Inspeksi: Posisi hidung simetris kiri dan kanan, tidak tampak adanya polip, nampak adanya cairan, dan secret dihidung,
2. Palpasi :Pada pasien stroke ada/tidak ada nyeri tekan.

6) Dada dan paru-paru

1. Inspeksi

Terjadi pelebaran intercostal space (ICS) pada salah satu sisi yang sakit, tampak adanya ketidaksimetrisan rongga dada, adanya tanda- tanda penarikan paru, diafragma, pergerakan napas yang tertinggal, suara napas melemah.

2. Palpasi: adanya nyeri tekan dan kesimetrisan ekspansi dada,
3. Perkusi: suara ketok redup, pekak, penurunan taktil fremitus
4. Auskultasi: suara/bunyi nafas ronkhi

7) Jantung

1. Inspeksi: bentuk dada, denyut jantung apeks (PMI)
2. Palpasi: denyut apeks, denyut nadi perifer melemah
3. Perkusi: batas jantung mengalami penggeseran pada tuberculosi paru dengan efusi pleura massif mendorong kesisi barat.
4. Auskultasi:
 - a. Dengarkan BJ I dengan meletakkan stetoskop pada area mitral dan trikuspidalis
 - b. Dengarkan BJ II dengan meletakkan stetoskop pada area aorta dan pulmonalis.

8) Payudara dan aksila

1. Inspeksi: puting dan areola mammae (bentuk, kesimetrisan, warna, kulit, vaskularisasi).
2. Palpasi: adanya nyeri tekan dan benjolan pada aksila

9) Abdomen

1. Inspeksi: simetris dan warna kulit abdomen
2. Auskultasi: Bising usus 4x/ menit
3. Palpasi: mengetahui adanya distensi kandung kemih
4. Perkusi: timpani

10) Ekstremitas

Kehilangan tonus otot, tidak ada kelainan bentuk di bagian ekstremitas, kulit terlihat pucat dan kering.

11) Genitalia

- a. Genitalia wanita

1. Inspeksi: kualitas dan penyebaran pertumbuhan rambut pubis, serta karakteristik permukaan labia mayora.

2. Palpasi: kaji ketegangan otot pada saluran vagina dan palpasi kelenjar perineum.

b. Genetalia pria

Kaji kematangan seksual klien dengan memperhatikan ukuran, bentuk penis, dan tekstur dari kulit scrotum serta karakteristik dan penyebaran rambut pubis.

8. Pemeriksaan Diagnostik

a) Angiografi Serebral

Pemeriksaan yang dilakukan untuk membantu menentukan penyebab dari stroke secara spesifik.

b) CT Scan.

Pemeriksaan ini dapat membantu untuk memperlihatkan secara spesifik letak edema, posisi hematoma, adanya jaringan otak yang infark atau iskemia, dan posisinya secara pasti. Umumnya hasil pemeriksaan didapatkan hiperdens fokal, kadang pepadatan terlihat di ventrikel, atau menyebar ke permukaan otak.

c) MRI (*Magnetic Imaging Resonance*).

Pemeriksaan ini menggunakan gelombang magnetik untuk menentukan posisi dan besar/luas terjadinya perdarahan otak. Hasil pemeriksaan biasanya didapatkan area yang mengalami lesi dan infark akibat dari hemoragik.

d) *USG Doppler*.

Pemeriksaan ini membantu untuk mengidentifikasi adanya penyakit arteriovena (masalah sistem karotis).

e) EKG (*Electroencephalogram*)

Pemeriksaan ini bertujuan untuk melihat masalah yang timbul dan dampak dari jaringan yang infark sehingga menurunnya impuls listrik dalam jaringan otak.

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan keluarga merupakan kesimpulan yang ditarik dari data yang dikumpulkan tentang keluarga. Diagnosis ini berfungsi sebagai alat untuk menggambarkan masalah keluarga yang dapat ditangani oleh perawat. Diagnosa keperawatan adalah penilaian klinik mengenai respons individu, keluarga, dan komunitas terhadap permasalahan kesehatan atau proses kehidupan yang aktual dan potensial. Diagnosa ini memberikan dasar untuk pemilihan intervensi keperawatan untuk mencapai hasil yang merupakan tanggung jawab perawat. Diagnosis keperawatan keluarga merupakan hasil dari analisis data sari hasil pengkajian keluarga, yang dimana diagnosisnya diangkat berdasarkan masalah-masalah pada fungsi keluarga, struktur keluarga, dan lingkungan keluarga (Andarmoyo, 2014).

Diagnosa keperawatan mengacu pada perumusan PES (problem, etiologi, dan symptom). Sedangkan untuk etiologi dapat menggunakan pendekatan lima tugas keluarga atau dengan menggunakan pohon masalah. Tipologi dari diagnosa keperawatan keluarga terdiri dari diagnosa keperawatan keluarga aktual (terjadi defisit atau gangguan kesehatan), risiko (ancaman kesehatan), dan keadaan sejahtera (wellness).

Diagnosa keperawatan keluarga yang mungkin muncul adalah :

1. Manajemen Kesehatan Keluarga Tidak Efektif (D.0115)
 - a. Definisi

Pola penanganan masalah kesehatan dalam keluarga tidak memuaskan untuk memulihkan kondisi kesehatan anggota keluarga.

b. Penyebab

- a) Kompleksitas sistem pelayanan kesehatan.
- b) Kompleksitas program perawatan/pengobatan.
- c) Konflik pengambilan keputusan.
- d) Kesulitan ekonomi.
- e) Banyak tuntutan.
- f) Konflik keluarga.

c. Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif :

- a) Mengungkapkan tidak memahami masalah kesehatan yang diderita.
- b) Mengungkapkan kesulitan menjalankan perawatan yang diterapkan.

Objektif :

- a) Gejala penyakit anggota keluarga semakin memberat.
- b) Aktivitas keluarga untuk mengatasi masalah kesehatan tidak tepat.

d. Gejala dan Tanda Minor

Subjektif : (tidak tersedia).

Objektif :

- a) Gagal melakukan tindakan untuk mengurangi faktor risiko.

e. Kondisi Klinis terkait :

- a) PPOK.
- b) Sklerosis multipel.
- c) Arthritis rheumatoid.
- d) Nyeri Kronis.

- e) Penyalahgunaan zat.
- f) Gagal ginjal/hati tahap terminal.

2. Kesiapan Peningkatan Koping Keluarga (D.0090)

a. Definisi

Pola adaptasi anggota keluarga dalam mengatasi situasi yang dialami klien secara efektif dan menunjukkan keinginan serta kesiapan untuk meningkatkan kesehatan keluarga dan klien.

b. Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif :

- a) Anggota keluarga menetapkan tujuan untuk meningkatkan gaya hidup sehat
- b) Anggota keluarga menetapkan sasaran untuk meningkatkan kesehatan

Objektif : (tidak tersedia)

a. Gejala dan Tanda Minor

Subjektif :

- a) Anggota keluarga mengidentifikasi pengalaman yang mengoptimalkan kesejahteraan.
- b) Anggota keluarga berupaya menjelaskan dampak krisis terhadap perkembangan.
- c) Anggota keluarga mengungkapkan minat dalam membuat kontak dengan orang lain yang mengalami situasi yang sama.

Objektif : (tidak tersedia)

c. Kondisi Klinis Terkait

- a) Kelainan genetik (mis. sindrome down, fibrosis kistik)

- b) Cedera traumatik (mis. amputasi, cedera spinal)
- c) Kondisi kronis (mis. asma, AIDS, penyakit alzheimer)

3. Defisit nutrisi (D.0019)

a. Definisi

Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme.

b. Penyebab

- a) Ketidakmampuan menelan makanan
- b) Ketidakmampuan mencerna makanan
- c) Ketidakmampuan mengabsorbsi nutrient
- d) Peningkatan kebutuhan metabolisme
- e) Faktor ekonomi (mis, finansial tidak mencukupi)
- f) Faktor psikologis (mis, stres, keengganan untuk makan)

c. Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif : (tidak tersedia)

Objektif :

- a) Berat badan menurun minimal 10% di bawah rentang ideal.

d. Gejala dan Tanda Minor

Subjektif :

- a) Cepat kenyang setelah makan
- b) Kram/nyeri abdomen
- c) Nafsu makan menurun .

Objektif :

- a) Bising usus hiperaktif

- b) Otot pengunyah lemah
- c) Otot menelan lemah
- d) Membran mukosa pucat
- e) Sariawan
- f) Serum albumin turun
- g) Rambut rontok berlebihan
- h) Diare
- a. Kondisi Klinis terkait :
 - a) Stroke
 - b) Parkinson
 - c) Mobius syndrome
 - d) Cerebral palsy
 - e) Cleft lip
 - f) Cleft palate
 - g) Amyotrophic lateral sclerosis
 - h) Kerusakan neuromuscular
 - i) Luka bakar
 - j) Kanker
 - k) Infeksi
 - l) AIDS
 - m) Penyakit Crohn's
 - n) Enterokolitis
 - o) Fibrosis kistik

2.2.3 Perencanaan

Perencanaan keperawatan keluarga terdiri dari beberapa penetapan tujuan, mencakup tujuan umum dan khusus, rencana intervensi serta dilengkapi dengan rencana evaluasi yang membuat kriteria dan standar. Tujuan dirumuskan secara spesifik (spesifik), dapat diukur (measurable), dapat dicapai (achievable), rasional atau masuk akal (rasional) dan menunjukkan waktu (time) yang disingkat menjadi SMART. Rencana intervensi ditetapkan untuk mencapai tujuan (Padila, 2016).

Selanjutnya intervensi keperawatan keluarga diklasifikasikan menjadi intervensi yang mengarah pada aspek kognitif, efektif, dan psikomotor (perilaku) yang ditujukan untuk meningkatkan kemampuan keluarga melaksanakan lima tugas keluarga dalam kesehatan. Kriteria dan standar merupakan rencana evaluasi, berupa pernyataan spesifik tentang hasil yang diharapkan dari setiap tindakan berdasarkan tujuan khusus yang ditetapkan. Kriteria dapat berupa respon verbal, sikap, atau psikomotor, sedangkan standar berupa patokan/ukuran yang kita tentukan berdasarkan kemampuan keluarga (Padila, 2016).

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan (SLKI)	Intervensi (SIKI)
1	Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif (D.0115) Definisi : Pola penanganan masalah kesehatan dalam keluarga tidak memuaskan untuk memulihkan kondisi kesehatan anggota keluarga. Gejala dan tanda mayor a. Subjektif 1. Mengungkapkandidak	Manajemen kesehatan keluarga (L.12105) Definisi : kemampuan menaangani masalah kesehatan keluarga secara optimal untuk memulihkan kondisi kesehatan anggota keluarga Kriteria hasil : 1. Aktivitas keluarga	Dukungan koping keluarga (I.09260) Observasi : 1. Identifikasi respons emosional terhadap kondisi saat ini 2. Identifikasi beban

	memahami 2. Masalah kesehatan yang diderita. 3. Mengungkapkan kesulitan menjalankan 4. perawatan yang 5. ditetapkan. b. Objektif : 1. Gejala penyakit anggota keluarga semakin memberat. 2. Aktivitas keluarga untuk mengatasi masalah 3. kesehatan tidak tepat. 4. Gejala dan tanda Minor	mengatasi masalah kesehatan tepat. 2. Tindakan untuk mengurangi faktor resiko. Menurun : 1. Verbalisasi kesulitan menjalankan perawatan yang ditetapkan 2. Gejala penyakit anggota keluarga. Luaran utama : manajemen kesehatan keluarga Luaran tambahan : 1. Ketahanan keluarga 2. Perilaku kesehatan 3. Status kesehatan keluarga 4. Tingkat pengetahuan	prognosis secara psikologis 3. Identifikasi pemahaman tentang keputusan perawatan setelah pulang Terapeutik : a. Dengarkan masalah, perasaan, dan pertanyaan keluarga. b. Terima nilai-nilai keluarga dengan cara yang tidak menghakimi. c. Fasilitasi pengambilan keputusan secara kolaboratif. d. Hargai dan dukung mekanisme coping adaptif yang digunakan e. Fasilitasi pemenuhan kebutuhan dasar keluarga. Edukasi : a. Informasikan kemajuan pasien
--	--	---	--

			secara berkala. b. Informasikan fasilitas perawatan kesehatan yang tersedia.
2	Kesiapan meningkatkan koping keluarga (D.0090) Definisi : pola adaptasi anggota keluarga dalam mengatasi situasi yang dialami klien secara efektif dan menunjukkan keinginan serta kesiapan untuk meningkatkan kesehatan keluarga dan klien. Subjektif : 1. Anggota keluarga mengidentifikasi pengalaman yang mengoptimalkan kesejahteraan. 2. Anggota keluarga berupaya menjelaskan dampak krisis terhadap perkembangan. 3. Anggota keluarga mengungkapkan minat dalam membuat kontak dengan orang lain yang mengalami situasi yang sama. Objektif: (tidak tersedia) Kondisi klinis 1. Kelainan genetic (mis sindrom down, fibrosis kistik) 2. Cedera traumatic (mis amputasi, cedera spinal) 3. Kondisi kronis (mis	Status koping keluarga (L.09088) Definisi : koping keluarga adalah proses aktif saat keluarga memanfaatkan sumber keluarga yang ada dan mengembangkan perilaku serta sumber baru yang akan memperkuat unit keluarga dan mengurangi dampak peristiwa hidup penuh stres. Kriteria hasil : 1. Kepuasan terhadap perilaku bantuan anggota keluarga lain meningkat. 2. Keterpaparan informasi meningkat. 3. Perasaan diabaikan menurun. 4. Kekhawatiran tentang anggota keluarga menurun. 5. Perilaku mengabaikan anggota keluarga menurun. 6. Kemampuan memenuhi kebutuhan anggota keluarga menurun.	Dukungan keluarga merencanakan perawatan (I.13477) Observasi : a. Identifikasi kebutuhan dan harapan keluarga tentang kesehatan. b. Identifikasi tindakan yang dilakukan keluarga. Terapeutik : a. Motivasi pengembangan sikap dan emosi yang mendukung upaya kesehatan b. Gunakan sarana dan fasilitas yang ada dalam keluarga c. Ciptakan

	asma,AIDS,penyakit alzheimer)	7. Komitmen pada perawatan/pengobatan menurun. 8. Komunikasi antara anggota keluarga menurun. 9. Perasaan tertekan (depresi) menurun. 10. Perilaku menghasut menurun. 11. Perilaku individualistic menurun. 12. Ketergantungan pada anggota keluarga lain menurun. 13. Toleransi membaik. 14. Perilaku bertujuan 15. membaik. 16. Perilaku sehat membaik.	perubahan lingkungan rumah secara optimal. Edukasi : a. Informasikan fasilitas kesehatan yang ada dilingkungan keluarga b. Anjurkan cara perawatan yang bisa dilakukan keluarga
3	Penurunan kopling keluarga (D.0097) Definisi : ketidakefektifan dukungan, rasa nyaman, bantuan dan motivasi orang terdekat (anggota keluarga atau orang berarti) yang dibutuhkan klien untuk mengelola atau mengatasi masalah kesehatan. Subjektif : Klien mengeluh/khawatir tentang respon orang terdekat pada masalah kesehatan Objektif : Orang terdekat menarik diri dari klien Terbatasnya komunikasi orang terdekat dengan klien	Penurunan kopling keluarga (L.13123) Definisi : Proses keluarga membaik berarti membaiknya kemampuan untuk berubah dalam hubungan atau fungsi keluarga. Kriteria hasil untuk membuktikan bahwa proses keluarga membaik : 1. Kesehatan fisik anggota keluarga membaik	Kondisi Diskusi Keluarga (I.12482) Observasi : a. Identifikasi gangguan kesehatan setiap anggota keluarga. Terapeutik : a. Ciptakan suasana rumah yang sehat dan mendukung b. Fasilitasi keluarga mendiskusikan

		2. Kesehatan mental anggota keluarga membaik 3. Aktivitas fisik anggota keluarga membaik 4. Perkembangan psikososial anggota keluarga membaik	masalah kesehatan yang sedang dialami c. Pertahankan hubungan timbal balik antara keluarga dan fasilitas kesehatan. Edukasi : a. Anjurkan anggota keluarga dalam memanfaatkan sumber-sumber yang ada dalam masyarakat. Intervensi tambahan 1. Bimbingan antisipatif 2. Bimbingan sistem kesehatan 3. Dukungan keluarga merencanakan kesehatan 4. Dukungan perawatan diri 5. Edukasi penyaki 6. Edukasi program
--	--	--	--

			pengobatan
--	--	--	------------

Sumber : (SDKI, 2016), (SLKI, 2018), (SIKI, 2018)

2.2.4 Pelaksanaan

Implementasi keperawatan adalah suatu proses keperawatan yang mengikuti rumusan yang sudah ada di rencana keperawatan. Tahap implementasi mengacu pada pelaksanaan dari rencana keperawatan yang telah disusun. Implementasi mencakup pelaksanaan dari intervensi keperawatan yang ditunjukkan dalam mengatasi diagnosa keperawatan, masalah-masalah kolaboratif dan untuk memenuhi kebutuhan pasien (Smeltzer & Bare, 2013).

2.2.5. Evaluasi

Evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan dan bertujuan untuk menentukan berbagai respon pasien terhadap intervensi keperawatan yang sudah disusun dan sebatas mana tujuan-tujuan yang di rencanakan sudah tercapai (Smeltzer & Bare, 2013). Tujuan dan kriteria hasil yang diharapkan setelah tindakan yang diberikan untuk manajehmehn kehluarga tidak efektif sesuai perencanaan.

2.3 Konsep Masalah Manajemen Kesehatan Keluarga Tidak Efektif pada pasien Stroke

2.3.1. Pengertian Manajemen Kesehatan Keluarga Tidak Efektif

Manajemen kesehatan tidak efektif adalah suatu kondisi dimana seseorang dalam pola pengaturan masalah kesehatan di kehidupan sehari-hari tidak memuaskan untuk mencapai status kesehatan yang diharapkan. Pemeliharaan kesehatan tidak efektif terjadi ketika seseorang atau individu mengalami gangguan kesehatan karena gaya hidup

yang tidak sehat atau kurangnya pengetahuan untuk mengatur kondisinya (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

2.3.2. Gangguan Manajemen Kesehatan Keluarga Tidak Efektif

Menurut buku modul Keperawatan Keluarga dengan Manajemen Kesehatan Keluarga Tidak Efektif pada anggota keluarga dengan Stroke disebabkan karena:

- a. Kompleksitas sistem pelayanan kesehatan.
- b. Kompleksitas program perawatan atau pengobatan.
- c. Konflik dalam pengambilan keputusan.
- d. Kesulitan ekonomi.
- e. Banyak tuntutan.
- f. Konflik keluarga.

2.3.3. Pengaturan Manajemen Kesehatan Keluarga Tidak Efektif

Menurut (SDKI, 2017) data mayor pada masalah manajemen kesehatan tidak efektif adalah :

1. Subjektif
 - a. Mengungkapkan kesulitan dalam menjalani program perawatan/pengobatan.
2. Objektif
 - a. Gagal melakukan tindakan untuk mengurangi faktor resiko.
 - b. Gagal menerapkan program perawatan/pengobatan.
 - c. Aktivitas hidup sehari-hari tidak efektif untuk memenuhi tujuan kesehatan.

2.3.4. Penatalaksanaan Manajemen Kesehatan Keluarga Tidak Efektif

Dalam penatalaksanaan utama tuberkulosis paru dengan masalah manajemen kesehatan tidak efektif menurut (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018) dapat dilakukan dengan memberikan :

1. Edukasi Kesehatan Edukasi kesehatan adalah upaya meningkatkan pengetahuan kesehatan dan mengajarkan pengelolaan faktor resiko penyakit dan perilaku hidup bersih dan sehat untuk meningkatkan status kesehatan.

Dalam penatalaksanaan pendukung pada penderita tuberkulosis paru dengan masalah keperawatan manajemen kesehatan tidak efektif menurut (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018) dapat dilakukan dengan memberikan : Edukasi program pengobatan adalah suatu kegiatan mengajarkan penggunaan obat secara aman dan efektif.

2.3.5. Edukasi Manajemen Kesehatan Keluarga Tidak Efektif

Edukasi merupakan hal yang penting untuk meningkatkan manajemen kesehatan keluarga dalam merawat anggota yang dengan Stroke dapat optimal, edukasi yang diberikan harus menggunakan cara yang tepat agar keluarga dapat memahami apa yang telah dijelaskan (Huda Nurarif & Kusuma, 2015). Adapun edukasi yang dapat diberikan berupa:

- a. Pemberian edukasi mengenai Stroke.
- b. Penyebab timbulnya Stroke.
- c. Faktor risiko Stroke.
- d. Tanda gejala Stroke.
- e. Penanganan pasien Strok di rumah.
- f. Pemberian obat secara teratur.