

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Keluarga

2.2.1 Definisi keluarga

Keluarga adalah sekumpulan orang yang dihubungkan oleh ikatan perkawinan, adaptasi dan kelahiran yang bertujuan menciptakan dan mempertahankan budaya yang umum, meningkatkan perkembangan fisik, mental dan emosional serta sosial individu yang ada didalamnya, dilihat dari interaksi yang regular dan ditandai dengan adanya ketergantungan dan hubungan untuk mencapai tujuan umum (Zaidin Ali, 2010)

Keluarga menurut Departemen Kesehatan RI (1998) dalam Andarmoyo (2012) adalah unit terkecil dalam masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga dan beberapa orang yang berkumpul dan tinggal di suatu tempat dibawah satu atap dalam keadaan saling menguntungkan.

Menurut Johnson's (1992) dalam Andarmoyo (2012) keluarga adalah kumpulan dua orang atau lebih yang mempunyai hubungan darah sama atau tidak, yang terlibat dalam kehidupan yang terus-menerus, yang tinggal dalam satu atap, mempunyai ikatan emosional dan mempunyai kewajiban antara satu orang dengan lainnya.

Keluarga adalah sekumpulan orang yang dihubungkan oleh ikatan perkawinan, adaptasi dan kelahiran yang bertujuan menciptakan dan mempertahankan budaya yang umum, meningkatkan perkembangan fisik, mental dan emosional serta sosial individu yang ada didalamnya,

dilihat dari interaksi yang regular dan ditandai dengan adanya ketergantungan dan hubungan untuk mencapai tujuan umum (Zaidin Ali, 2010)

2.1.2 Tujuan Dasar Keluarga

Menurut Andarmoyo (2012), tujuan dasar dari keluarga terdiri dari 4 tujuan diantaranya:

1. Keluarga merupakan unit dasar memiliki pengaruh kuat terhadap perkembangan individu.
2. Keluarga sebagai perantara bagi kebutuhan dan harapan anggota dalam keluarga dengan kebutuhan dan tuntutan masyarakat.
3. Keluarga berfungsi untuk memenuhi kebutuhan anggota keluarga dengan menstabilkan kebutuhan kasih sayang, sosio-ekonomi dan kebutuhan seksualitas.
4. Keluarga memiliki pengaruh yang penting pembentukan identitas seorang individu dan perasaan harga diri.

2.1.3 Tipe/Bentuk Keluarga

Menurut Andarmoyo (2012) tipe keluarga dibagi menjadi dua yaitu tipe keluarga tradisional dan tipe keluarga nontradisional, dimana setiap tipe memiliki varian berbeda.

a. Keluarga tradisional

1. *Tradisional Nuclear* atau Keluarga inti merupakan suatu bentuk keluarga tradisional yang di anggap paling ideal. Keluarga ini

adalah keluarga yang terdiri ayah, ibu, dan anak tinggal dalam suatu rumah, dimana ayah adalah pencari nafkah dan ibu sebagai ibu rumah tangga. Pada tipe ini keluarga tradisional terdapat varian keluarga inti yang meliputi keluarga pasangan suami istri bekerja, yaitu keluarga dimana pasangan suami istri keduanya bekerja di luar rumah. Keluarga ini merupakan pengembangan varian non tradisional dimana pengambilan keputusan dan pembagian fungsi keluarga diterapkan secara bersama-sama oleh kedua orang tua. Meskipun demikian, beberapa orang masih menganut bahwa fungsi kerumahtanggaan tetap dipegang oleh istri.

2. Keluarga Tanpa Anak atau *Dyodic Nuclear* adalah keluarga dimana suami istri sudah berumur, tetapi tidak mempunyai anak. Keluarga tanpa anak dapat diakibatkan oleh ketidakmampuan pasangan suami istri untuk menghasilkan keturunan ataupun ketidakmampuan untuk mempunyai anak akibat kesibukan dari keduanya. Biasanya keluarga akan mengadopsi anak.
3. *Commuter family* yaitu keluarga dengan pasangan suami istri terpisah tempat tinggal secara sukarela karena tugas dan kesempatan tertentu keduanya bertemu dalam suatu rumah.
4. *Reconstituted Nuclear* adalah bentuk keluarga baru dari keluarga inti melalui perkawinan suami istri, tinggal dalam suatu rumah dengan anaknya, baik anak bawaan dari perkawinan lama

maupun hasil perkawinan baru. Pada umumnya bentuk keluarga ini terdiri dari ibu dengan anaknya dan tinggal bersama ayah tiri.

5. *Extented Family* atau Keluarga Besar adalah suatu bentuk keluarga dimana pasangan suami istri sama-sama melakukan pengaturan dan belanja rumah tangga dengan orang tua, sanak saudara, atau kerabat dekat lainnya. Dengan demikian, anak dibesarkan oleh beberapa generasi dan memiliki pilihan terhadap model-model yang akan menjadi pola perilaku bagi anak.

6. Keluarga dengan Orang Tua tunggal atau *Single Parent* adalah bentuk keluarga yang didalamnya hanya terdapat satu orang kepala rumah tangga yaitu ayah atau ibu. Varian tradisional keluarga ini adalah bentuk keluarga dimana kepala keluarga adalah janda karena cerai atau ditinggal mati suaminya, sedangkan varian nontradisional dari keluarga ini adalah Single Adult yaitu kepala keluarga seorang perempuan atau laki-laki yang belum menikah atau tinggal sendiri.

7. Keluarga nontradisional

Bentuk-bentuk keluarga nontradisional meliputi bentuk-bentuk keluarga yang sangat berbeda satu sama lain, baik dalam struktur maupun dinamika, meski lebih memiliki perasaan satu sama lain dalam hal tujuan dan nilai dari pada keluarga inti tradisional.

Orang-orang dalam pengaturan keluarga nontradisional sering menekankan nilai aktualisasi diri, kemandirian, persamaan jenis

kelamin, keintiman dan berbagai hubungan interpersonal. Bentuk-bentuk keluarga nontradisional meliputi:

1. *Commune Family Communal* atau adalah keluarga dimana satu rumah terdiri dari dua atau lebih pasangan yang memomongi tanpa pertalian keluarga dengan anak-anaknya dan bersama-sama, dalam penyediaan fasilitas. Tipe keluarga ini biasanya terjadi pada daerah perkotaan dimana penduduknya padat.
2. *Unmarried Parent and Child* adalah keluarga yang terdiri dari ibu, anak, tidak ada perkawinan dan anaknya dari hasil adopsi.
3. *Cohibing Couple* adalah keluarga yang terdiri dari dua orang atau satu pasangan yang tinggal bersama tanpa kawin.
4. *Institutional* adalah keluarga yang terdiri dari anak-anak atau orang-orang dewasa yang tinggal bersama-sama dalam panti. Sebenarnya keluarga ini tidak cocok untuk disebut sebagai keluarga, tetapi mereka sering mempunyai sanak saudara yang mereka anggap sebagai keluarga sehingga sebenarnya terjadi jaringan yang berupa kerabat.

2.1.4 Fungsi Keluarga

Menurut WHO (1978) dan Friedman (1998) dalam Andarmoyo (2012), fungsi keluarga dibagi menjadi beberapa fungsi tetapi mempunyai tujuan sama yaitu mewujudkan keluarga yang harmonis dan sejahtera.

Fungsi keluarga menurut WHO (1978) dalam Andarmoyo (2012) dibagi menjadi 5 fungsi yang meliputi:

- a. Fungsi biologis adalah fungsi untuk reproduksi, pemeliharaan, dan membesarkan anak, member makan, mempertahankan kesehatan, dan rekreasi.
- b. Fungsi ekonomi adalah fungsi untuk memnuhi sumber penghasilan, menjamin keamanan finansial anggota keluarga, dan menentuka alokasi sumber yang diperlukan.
- c. Fungsi psikologis adalah fungsi untuk menyediakan lingkungan yang dapat meningkatkan perkembangan kepribadian secara alami, guna memberikan perlindungan psikologis yang optimis.
- d. Fungsi edukasi adalah fungsi untuk mengajarkan ketrampilan, sikap, dan pengetahuan.
- e. Fungsi sosiokultura adalah fungsi untuk melaksanakan transfer nilai-nilai yang berhubungan dengan perilaku, tradisi, atau adat dan bahasa.

2.1.5 Struktur Keluarga

Menurut Firedman dalam Bakri (2017), ada empat struktur keluarga yaitu :

1. Pola komunikasi keluarga

Pola interaksi dari dalam keluarga hendaknya memiliki keterbukaan, kejujuran berfikir positif dan menyelesaikan konflik bersama dalam keluarga, komunikasi yang bermakna antara

pendengar dan pembicara yang kemudian menimbulkan umpan balik dan melakukan validasi. Bagi keluarga dengan pola komunikasi kurang terbuka maka akan menyebabkan berbagai macam persoalan, karakteristik pola komunikasi yang kurang baik yaitu, fokus pembicaraan hanya pada satu orang saja, tidak ada diskusi dalam keluarga, anggota hanya menyetujui entah benar atau salah, dan hilangnya rasa empati dalam keluarga sehingga menjadi keluarga yang tertutup.

2. Struktur peran

Merupakan perilaku yang diinginkan berdasarkan posisi sosial yang diberikan. Peran keluarga menggambarkan perilaku interpersonal yang berhubungan dengan masalah kesehatan dalam posisi dan situasi tertentu, Effendi (1998) dalam Bakri (2017)

3. Struktur kekuatan

Menggambarkan adanya kekuasaan atau kekuatan dalam sebuah keluarga yang digunakan untuk mengendalikan dan mempengaruhi anggota keluarganya yang lain ke arah positif. Kekuatan merupakan kemampuan seseorang dalam mengontrol, mempengaruhi dan mengubah tingkah laku seseorang

4. Nilai-nilai dalam kehidupan keluarga

Suatu sistem, sikap dan kepercayaan yang menyatukan anggota keluarga dalam satu budaya. Nilai keluarga menjadi petunjuk untuk kemajuan norma dan peraturan. Norma yaitu

tingkah laku yang baik bagi pandangan masyarakat yang bersumber pada sistem nilai yang ada di keluarga

2.1.6 Tahap dan Perkembangan keluarga

Siklus kehidupan setiap keluarga mempunyai tahapan-tahapan. Seperti individu-individu yang mengalami tahap pertumbuhan dan perkembangan yang berturut-turut, keluarga juga mengalami tahap perkembangan berdasarkan konsep Duvall dan Miller (Friedman, 2010) adalah:

a. Tahap 1

Keluarga pemula atau keluarga pasangan baru. Tugas perkembangan menjadi:

- 1). Membangun perkawinan yang saling memuaskan
- 2). Membangun jalinan persaudaraan yang harmonis.
- 3). Keluarga berencana

Masalah kesehatan utama adalah penyesuaian seksual dan peran perkawinan, penyuluhan dan konseling prenatal dan komunikasi, keluarga informasi sering mengakibatkan masalah-masalah emosional dan seksual, kekuatan, rasa bersalah, kehamilan yang tidak direncanakan, dan penyakit-penyakit kelamin baik sebelum maupun sesudah perkawinan

Pada tahap ini, peran perawat sebagai perawat keluarga harus memberikan penyuluhan ataupun konseling tentang seksualitas, keluarga berencana, prenatal, dan masalah-masalah yang terkait pada keluarga pemula/pasangan baru.

b. Tahap 2

Dimulai dengan kelahiran anak pertama hingga bayi berusia 30 bulan. Setelah lahir anak pertama keluarga mempunyai tugas perkembangan yang penting yaitu:

- 1). Membentuk keluarga muda sebagai sebuah unit yang mantap
- 2). Rekonsiliasi tugas-tugas perkembangan yang bertentangan dengan kebutuhan anggota keluarga
- 3). Mempertahankan hubungan perkawinan yang memuaskan
- 4). Mempertahankan persahabatan dengan keluarga besar dengan menumbuhkan peran orang tua, kakek, nenek

Masalah keluarga utama dalam tahap ini adalah pendidikan maternitas yang terpusat pada keluarga, perawat bayi yang baik, pengertian dan penanganan masalah kesehatan fisik secara dini, imunisasi, konseling, perkembangan anak, keluarga berencana, interaksi keluarga, dan bidang-bidang, peningkatan kesehatan umumnya.

c. Tahap 3

Tahap ini dimulai ketika anak pertama berusia 2 ¹/₂ tahun dan berakhir ketika anak berusia 5 tahun. keluarga mungkin terdiri dari tiga

hingga lima orang, dengan pasti suami-ayah, istri-ibu, anak laki-laki-saudara, anak perempuan-saudari

d. Tahap 4

Tahap ini dimulai ketika anak pertama telah berusia 6 tahun dan mulai masuk sekolah dasar dan berakhir pada usia 13 tahun dengan tugas perkembangannya adalah mensosialisasi anak-anak, termasuk meningkatkan prestasi sekolah dan mengembangkan hubungan dengan keluarga, teman sebaya yang sehat, kemudian mempertahankan hubungan perkawinan yang memuaskan dan memenuhi kebutuhan kesehatan fisik anggota keluarga.

e. Tahap 5

Keluarga dengan anak remaja yang dimulai ketika anak pertama melewati umur 13 tahun, berlangsung selama 6 sampai 7 tahun. Tahap ini dapat lebih singkat jika anak meninggalkan keluarga lebih awal atau lebih lama jika anak masih tinggal di rumah hingga berumur 19 atau 20 tahun.

Tugas perkembangan keluarga dengan anak remaja, yaitu:

- 1). Mengembangkan kebebasan remaja dengan tanggung jawab sejalan dengan maturitas remaja
- 2). Memfokuskan kembali hubungan perkawinan antar pasangan
- 3). Melakukan komunikasi terbuka, antara anak dan orang tua. Hindari perdebatan, kecurigaan dan permusuhan
- 4). Mempertahankan standar etik dan moral keluarga

f. Tahap 6

Keluarga yang melepas anak usia dewasa muda yang ditandai oleh anak pertama meninggalkan rumah orang tua dan berakhir dengan rumah kosong, ketika anak terakhir meninggalkan rumah. Tahap ini dapat singkat atau agak panjang, tergantung pada beberapa banyak anak yang belum menikah yang masih tinggal di rumah. Fase ini ditandai oleh tahun-tahun puncak persiapan dan oleh anak-anak untuk kehidupan dewasa yang mandiri.

g. Tahap 7

Keluarga orang tua usia pertengahan dimulai ketika anak terakhir meninggalkan rumah dan terakhir pada saat pensiun atau kematian salah satu pasangan. Tahap ini biasanya dimulai ketika orang tua memasuki usia 45-55 tahun sampai kurang lebih 16-17 tahun kemudian.

Tugas perkembangan yang pertama adalah menyediakan lingkungan yang meningkatkan kesehatan, kemudian mempertahankan hubungan-hubungan yang memuaskan dan penuh arti dengan para orang tua, lansia dan anak-anak, dan yang terakhir memperoleh hubungan perkawinan

h. Tahap 8

Tugas keluarga antara lain, yang pertama untuk mempertahankan pengaturan hidup yang menurun untuk tetap bisa mempertahankan hubungan perkawinan dan menyesuaikan diri terhadap kehilangan

pasangan, hal ini juga perlu mempertahankan ikatan keluarga agar generasi penerus untuk memahami eksistensi mereka.

2.2. Konsep Penyakit CVA

2.2.1 Definisi

Stroke atau *Cerebro Vaskuler Accident* (CVA) merupakan suatu sindrom klinis yang ditandai dengan hilangnya fungsi otak secara akut dan dapat menimbulkan kematian (*World Health Organization* {WHO}, 2014).

Stroke diklasifikasikan menjadi stroke iskemik dan stroke hemoragik. Kurang lebih 83% dari seluruh kejadian stroke berupa stroke iskemik, dan kurang lebih 51% stroke disebabkan oleh trombosis arteri, yaitu pembentukan bekuan darah dalam arteri serebral akibat proses aterosklerosis. Trombosis dibedakan menjadi dua subkategori, yaitu trombosis pada arteri besar (meliputi arteri karotis, serebri media dan basilaris), dan trombosis pada arteri kecil. 30% stroke disebabkan trombosis arteri besar, sedangkan 20% stroke disebabkan trombosis cabang-cabang arteri kecil yang masuk dalam korteks serebri (misalnya arteri lentikulostriat, basilaris penetran, medularis) dan yang menyebabkan stroke trombosis adalah tipe lekuner. Kurang lebih 32% stroke disebabkan emboli, yaitu tertutupnya arteri oleh bekuan darah yang lepas dari tempat lain di sirkulasi. Stroke perdarahan frekuensinya sekitar 20% dari seluruh kejadian stroke (*Washington University*, 2011)

2.2.2 Etiologi Stroke

Menurut Smeltzer dan Bare (2012) stroke biasanya diakibatkan oleh salah satu dari empat kejadian dibawah ini, yaitu :

1. Trombosis yaitu bekuan darah di dalam pembuluh darah otak atau leher. Arteriosklerosis serebral adalah penyebab utama trombosis, yang adalah penyebab paling umum stroke. Secara umum, trombosis tidak terjadi secara tiba-tiba, dan kehilangan bicara sementara, hemiplegia atau paresthesia pada setengah tubuh dapat mendahului paralisis berat pada beberapa jam atau hari.
2. Embolisme serebral yaitu bekuan darah atau material lain yang dibawa ke otak dari bagian tubuh yang lain. Embolis biasanya menyumbat arteri serebral tengah atau cabang-cabangnya yang merusak sirkulasi serebral (Valante *et al*, 2015)
3. Iskemia yaitu penurunan aliran darah ke area otak. Iskemia terutama karena konstiksi atheroma pada arteri yang menyuplai darah ke otak (Valante *et al*, 2015)
4. Hemoragi serebral yaitu pecahnya pembuluh darah serebral dengan perdarahan ke dalam jaringan otak atau ruang sekitar otak. Pasien dengan perdarahan dan hemoragi mengalami penurunan nyata pada tingkat kesadaran dan dapat menjadi stupor atau tidak responsive.
5. Perdarahan intra serebral
Pembuluh darah otak bisa pecah, terjadi karena atherosclerosis dan hipertensi. Pecahnya pembuluh darah otak akan menyebabkan penekanan, pergeseran dan pemisahan jaringan otak yang berdekatan

akibatnya otak akan bengkak, jaringan otak internal tertekan sehingga menyebabkan infark otak, edema dan mungkin terjadi herniasi otak (Pudiastuti, 2011)

2.2.3 Faktor Risiko Stroke

Faktor risiko terjadinya stroke secara garis besar dapat dikelompokkan menjadi 2 yaitu: faktor yang tidak dapat dimodifikasi dan faktor yang dapat dimodifikasi (AHA, 2015)

1. Faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi

Faktor-faktor tersebut terdiri atas faktor genetik, ras, usia, jenis kelamin, dan riwayat stroke sebelumnya (AHA, 2015). Faktor genetik seseorang berpengaruh karena individu yang memiliki riwayat keluarga dengan stroke akan memiliki risiko tinggi mengalami stroke, ras kulit hitam lebih sering mengalami hipertensi dari pada ras kulit putih sehingga ras kulit hitam memiliki risiko lebih tinggi terkena stroke (AHA, 2015).

2. Faktor risiko yang dapat diubah

Faktor risiko yang dapat diubah adalah obesitas (kegemukan), hipertensi, hiperlipidemia, kebiasaan merokok, penyalahgunaan alkohol, obat dan pola hidup tidak sehat (AHA, 2015). Menurut *Stroke Association* (2012) dan AHA (2015) individu yang merokok dan mengkonsumsi minuman beralkohol memiliki risiko lebih tinggi terkena stroke karena dapat memicu terbentuknya plak dalam pembuluh darah.

2.2.4 Patofisiologi

Oksigen sangat penting untuk otak, jika terjadi hipoksia seperti yang terjadi pada stroke, di otak akan mengalami perubahan metabolic, kematian sel dan kerusakan permanen yang terjadi dalam 3 sampai 10 menit (AHA, 2015). Pembuluh darah yang paling sering terkena adalah arteri serebral dan arteri karotis interna yang ada di leher (Guyton & Hall, 2012).

Adanya gangguan pada peredaran darah ke otak dapat mengakibatkan cedera otak melalui beberapa mekanisme, yaitu :

1. Penebalan dinding pembuluh darah (arteri serebral) yang menimbulkan penyempitan sehingga aliran darah tidak adekuat yang selanjutnya akan terjadi iskemik.
2. Pecahnya dinding pembuluh darah yang menyebabkan hemoragi
3. Pembesaran satu atau sekelompok pembuluh darah yang menekan ke otak
4. Edema serebral yang merupakan pengumpulan cairan pada ruang interstitial jaringan otak (Smeltzer dan Bare, 2012)

Penyempitan pembuluh darah otak mula-mula menyebabkan perubahan pada aliran darah dan setelah terjadi stenosis cukup hebat dan melampaui batas klinis terjadi pengurangi darah secara drastic dan cepat. Obstruksi suatu pembuluh darah arteri di otak akan menimbulkan reduksi suatu area dimana jaringan otak normal sekitarnya masih mempunyai peredaran darah yang baik berusaha membantu suplai darah melalui jalur-jalur anastomosis yang ada. Perubahan yang terjadi pada kortek

akibat oklusi pembuluh darah awalnya adalah gelapnya warna darah vena, penurunan kecepatan aliran darah dan dilatasi arteri dan arteriola (AHA, 2015)

2.2.5 Tanda dan gejala

Menurut Smeltzer dan Bare (2012) tanda dan gejala dari stroke adalah hipertensi, gangguan motorik yang berupa hemiparesis (kelemahan) dan hemiplegia (kelumpuhan salah satu sisi tubuh), gangguan sensorik, gangguan visual, gangguan keseimbangan, nyeri kepala (migrant atau vertigo), mual muntah, disatria (kesulitan berbicara), perubahan mendadak status mental dan hilangnya pengendalian terhadap kandung kemih.

2.2.6 Komplikasi

Menurut Ariani (2012) komplikasi stroke yaitu:

- a. Komplikasi dini (0-48 jam pertama)
 1. Edema serebri : defisit neurologis cenderung memberat, dapat mengakibatkan tekanan intracranial, herniasi, dan akhirnya menimbulkan kematian
 2. Infark miokard : penyebab kematian mendadak pada stroke stadium awal
- b. Komplikasi jangka pendek (1-14 hari pertama)
 1. Pneumonia : akibat immobilisasi lama
 2. Infark miokard
 3. Emboli paru : cenderung terjadi 7-14 hri pasca-stroke, sering kali pada saat penderita mulai mobilisasi
 4. Stroke rekuen : dapat terjadi pada setiap saat

c. Komplikasi jangka panjang

Stroke rekuren, infark miokard, gangguan vaskuler lain : penyakit vasikuler perifer

2.2.7 Penatalaksanaan stroke

Menurut Tarwoto (2013) secara umum:

a. Penatalaksanaan umum

1. Pada fase akut

a). Terapi cairan, pada fase akut stroke berisiko terjadinya dehidrasi karena penurunan kesadaran atau mengalami disfagia. Terapi cairan ini penting untuk mempertahankan sirkulasi darah dan tekanan darah

b). Terapi Oksigen, pasien stroke iskemik dan hemoragik mengalami gangguan aliran darah ke otak. Sehingga kebutuhan oksigen sangat penting untuk mengurangi hipoksia dan juga mempertahankan metabolisme otak. Pertahankan jalan nafas, pemberian oksigen, penggunaan ventilator merupakan tindakan yang dapat dilakukan sesuai hasil pemeriksaan analisis gas darah atau oksimetri.

c). Penatalaksanaan peningkatan tekanan intracranial. Peningkatan intracranial biasanya disebabkan karena edema serebri, oleh karena itu pengurangan edema penting dilakukan misalnya dengan pemberian manitol, control atau pengendalian tekanan darah.

d). Monitor fungsi pernafasan :Analisa Gas Darah

- e). Monitor jantung dan tanda-tanda vital, pemeriksaan EKG
- f). Evaluasi status cairan dan elektrolit
- g). Kontrol kejang jika ada dengan pemberian antikonvulsan, dan cegah resiko injuri
- h). Lakukan pemasangan NGT untuk mengurangi kompresi lambung dan pemberian makanan
- i). Cegah emboli paru dan tromboflebitis dengan anti koagulan.
- j). Monitor tanda-tanda neurologi seperti tingkat kesadaran, keadaan pupil, fungsi sensorik dan motorik, nervus cranial dan refleks.

2. Fase rehabilitasi

- a). Pertahankan nutrisi yang adekuat
- b). Program management bladder dan bowel
- c). Mempertahankan keseimbangan tubuh dan rentang gerak sendi (ROM)
- d). Pertahankan integritas kulit.
- e). Pertahankan komunikasi yang efektif
- f). Pemenuhan kebutuhan sehari-hari
- g). Persiapan pasien pulang.

b. Pembedahan

Dilakukan jika perdarahan serebrum diameter lebih dari 3 cm atau volume lebih dari 50ml untuk dekompresi atau pemasangan pintasan ventrikulo-peritoneal bila ada hidrosefalus obstruksi akut

c. Terapi obat-obatan

Terapi pengobatan tergantung dari jenis stroke

1. Stroke iskemik
 - a. Pemberian trombolisis dengan rt-PA (recombinant tissue-plasminogen)
 - b. Pemberian obat-obatan jantung seperti digoksin pada aritmia jantung atau alfa beta, kaptopril, antagonis kalsium pada pasien dengan hipertensi
2. Stroke hemoragik
 - a. Antihipertensi : Katropil, antagonis kalsium
 - b. Dieritik : Manitol 20%, furosemide
 - c. Antikonvulsan : Fenitoin

2.3 Konsep Kesiapan Meningkatkan Koping Keluarga

2.3.1 Pengertian

Kesiapan meningkatkan koping keluarga adalah suatu pola manajemen tugas adaptif oleh individu utama (anggota keluarga, orang terdekat, atau sahabat) yang melibatkan tuntutan kesehatan klien yang dapat ditingkatkan (Herman & Kamitsaru, 2015).

2.3.2 Batasan Karakteristik

1. Menyatakan keinginan untuk memilih pengalaman yang mengoptimalkan kesejahteraan.
2. Menyatakan keinginan untuk meningkatkan gaya hidup.

3. Menyatakan keinginan untuk meningkatkan hubungan dengan orang lain yang mengalami situasi yang sama.
4. Menyatakan keinginan untuk meningkatkan promosi kesehatan
5. Menyatakan keinginan untuk menjelaskan dampak krisis terhadap pertumbuhan (Herman & Kamitsaru, 2015).

2.3.3 Faktor yang mempengaruhi mekanisme koping keluarga

1. Dukungan sosial

Individu dengan dukungan sosial tinggi akan mengalami stres yang rendah ketika mereka mengalami stres, dan mereka akan mengatasi stres atau melakukan koping lebih baik. Selain itu dukungan sosial juga menunjukkan kemungkinan untuk sakit lebih rendah, mempercepat proses penyembuhan ketika sakit (Nugroho, 2016).

2. Pendidikan

Pendidikan berarti bimbingan yang diberikan seseorang terhadap perkembangan orang lain menuju kearah cita-cita tertentu yang menentukan manusia untuk berbuat dan mengisi kehidupan untuk mencapai keselamatan dan kebahagiaan. Pendidikan diperlukan untuk mendapatkan informasi misalnya hal-hal yang menunjang kesehatan sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup. Pendidikan dapat mempengaruhi seseorang termasuk juga perilaku seseorang akan pola hidup terutama dalam memotivasi untuk sikap

berperan serta dalam pembangunan, pada umumnya makin tinggi pendidikan seseorang makin mudah menerima informasi (Notoatmodjo, 2010).

3. Pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil penginderaan manusia atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indera yang dimilikinya seperti mata, hidung, telinga dan sebagainya (Notoatmodjo, 2010)

Pengetahuan merupakan faktor penting terbentuknya perilaku seseorang. Ketidakeimbangan antara koping individu dengan banyaknya informasi yang tersedia dapat menghambat kesembuhan.

4. Jenis kelamin

Anak laki-laki lebih sering menunjukkan perilaku-perilaku yang kita anggap sulit yaitu gembira berlebihan dan kadang-kadang melakukan kegiatan fisik yang agresif, menentang, menolakk otoritas. Perempuan diberi penghargaan atau sensitivitas, kelembutan dan perasaan kasih, sedangkan laki-laki didorong untuk menonjolkan emosinya, juga menyembunyikan sisi lembut mereka dan kebutuhan mereka akan kasih sayang serta kehangatan. Bagi sebagian anak laki-laki, kemarahan adalah reaksi emosional terhadap rasa frustrasi yang paling bisa diterima secara luas (Mutoharoh, 2010).

2.3.4 Tipe-tipe strategi koping

Tipe strategi koping keluarga dapat dibagi menjadi 2 yaitu:

a) Internal atau intrafamilia (dalam keluarga inti)

Pada strategi ini koping keluarga internal ini meliputi 7 strategi koping, yaitu:

1. Mengandalkan kelompok keluarga

Keluarga yang mengalami stres akan lebih mengandalkan sumber-sumber dari mereka sendiri. Dengan melakukan pembentukan struktur lebih besar dalam keluarga inti. Pembentukan struktur yang lebih besar merupakan sebuah upaya control dengan membuat peraturan anggota baru.

2. Penggunaan Humor

Perasaan humor adalah asset keluarga yang penting dalam memberikan bantuan perbaikan dari sikap-sikap keluarga terhadap masalah-masalahnya serta perawatan kesehatan. Humor dapat diakui sebagai suatu cara oleh individu serta kelompok untuk menghilangkan rasa cemas dan tegang, selain itu humor juga menyatakan kekuatan dalam menghadapi bahaya, serta keunggulan dan kemenangan terhadap kekalahan.

3. Menggunakan pengungkapan bersama atau (memelihara ikatan keluarga)

Merupakan cara untuk membawa keluarga supaya lebih dekat satu dengan yang lainnya dan memelihara serta mengatasi tingkat stres serta pikiran dan ikut berperan dalam pengalaman

bersama keluarga dan aktivitas-aktivitas keluarga. Dalam strategi koping ini juga lebih banyak melakukan pengungkapan bersama untuk menghasilkan ikatan keluarga yang lebih kuat.

4. Pengontrol makna dari masalah dan penyusun kembali penilaian

Dalam strategi koping ini keluarga lebih menggunakan mekanisme mental atau lebih cenderung melihat segi positif dari masalah untuk mengontrol makna dari masalah, mengurangi atau menetralkan rangsangan yang berbahaya yang dialami dalam kehidupan. Perumusan kembali kognitif atau penilaian dalam keluarga merupakan cara untuk mengontrol sebuah stressor dengan penilaian positif dan keyakinan atau optimis terhadap sebuah masalah yang dialami.

5. Pemecahan masalah secara bersama-sama

Pemecahan masalah bersama-sama dapat digunakan sebagai suatu situasi dimana keluarga mendiskusikan masalah yang dihadapi secara bersama-sama, mengupayakan mencari solusi atau jalan keluar berdasarkan logika, mencapai suatu konsensus tentang apa yang diperlu dilakukan atas dasar petunjuk yang diupayakan bersama, persepsi-persepsi, serta usulan-usulan dari anggota keluarga yang berbeda.

6. Fleksibilitas peran

Cepatnya perubahan-perubahan dan meluas dalam masyarakat dan dengan demikian pula dalam kehidupan keluarga, fleksibilitas peran, khususnya di kalangan pasangan,

merupakan strategi koping yang kokoh. Fleksibilitas peran mengubah peran-peran secara eksternal sangat adaptif terhadap tuntutan-tuntutan insitusosial lain secara internal sangat adaptif terhadap kebutuhan anggotanya.

7. Normalisasi

Normalisasi merupakan salah satu strategi koping keluarga yang cenderung menormalkan segala sesuatu sebanyak mungkin ketika mereka melakukan koping terhadap sebuah stressor dalam jangka panjang yang cenderung merusak kehidupan dalam keluarga serta kegiatan rumah tangga.

b) Eksternal atau ektrafamilia (diluar keluarga inti)

Pada strategi koping keluarga ekaternal meliputi :

1) Mencari informasi

Keluarga-keluarga yang mengalami stress akan memberikan respon secara kognitif dengan mencari pengetahuan dan informasi yang berhubungan dengan stresor. Hal ini berfungsi untuk menambah rasa kontrol terhadap situasi dan mengurangi perasaan takut terhadap orang yang tidak dikenal, membantu keluarga stressor (maknanya) secara akurat, serta memperkuar cara-cara keluarga mencegah stressor yang menimpa keluarga.

2) Memelihara Hubungan Aktif dengan Komunitas

Strategi ini merupakan suatu koping keluarga yang berkesinambungan, jangka panjang dan bersifat umum, dan bukan

sebuah kategori yang dapat meningkatkan stresor spesifik tertentu. Anggota keluarga merupakan partisipan-partisipan aktif (baik sebagai anggota yang aktif maupun pemimpin anggota) dalam sebuah kelompok komunitas, dan organisasi.

3) Mencari dukungan sosial

mencari sistem pendukung sosial dalam jaringan kerja sosial keluarga merupakan strategi coping keluarga eksternal yang utama. Tujuan dari sistem dukungan sosial adalah keluarga dekat dan teman-teman dekat mendorong anggota keluarga untuk menceritakan atau mengkomunikasikan kesukitan atau masalah pribadi secara bebas.

4) Mencari dukungan spiritual

Kepercayaan terhadap Tuhan dan berdoa diidentifikasi oleh keluarga sebagai sebuah cara yang paling penting bagi keluarga untuk mengatasi sebuah stresor yang berkaitan dengan kesehatan sebagai suatu metode yang sangat penting dan sangat sering digunakan (Andarmoyo, 2012).

2.3.5. Intervensi

Dukungan Keluarga

1. Yakinkan keluarga bahwa pasien sedang diberikan perawatan terbaik, membina hubungan saling percaya dengan anggota keluarga tentang perawatan yang dilakukan.

2. Membantu anggota keluarga untuk mendukung klien dalam memenuhi kebutuhan sendiri dalam kemampuan dan atau kendala penyakit/situasi, memberikan motivasi keluarga untuk selalu mendampingi klien dalam memenuhi kebutuhannya.
3. Fasilitas komunikasi akan kekhawatiran/perasaan antara pasien dan keluarga atau antara anggota keluarga, memberikan umpan balik tentang kekhawatiran/perasaan antara pasien dan keluarga atau antar anggota keluarga.
4. Dengarkan kekhawatiran, perasaan dan pertanyaan dari keluarga, memfasilitas, memberikan umpan balik tentang pertanyaan dari keluarga.
5. Berikan informasi bagi keluarga terkait perkembangan pasien dengan sering, melakukan pemeriksaan fisik.
6. Identifikasi sifat dukungan spiritual bagi keluarga, melihat sejauh mana yang dilakukan keluarga dalam melakukan kegiatan spiritual.
7. Beritahu keluarga mengenai rencana medis dan keperawatan, menjelaskan kepada keluarga rencana medis dan keperawatan yang akan dilakukan untuk pengobatan anggota keluarga, melakukan diskusi tentang pengawasan kepatuhan minum obat dalam pengobatan pasien dengan cara yang tepat serta mendukung pengobatan pasien.

Peningkatan Koping

1. Bantu pasien dalam mengidentifikasi tujuan jangka pendek dan jangka panjang, menanyakan ke pasien apakah tujuan jangka pendek dan jangka panjang yang ingin dilakukan dalam keluarga.
2. Bantu pasien dalam memeriksa sumber-sumber yang tersedia untuk memenuhi tujuan-tujuannya, memfasilitasi keluarga untuk mengetahui sumber-sumber yang tersedia mudah untuk didapatkan.
3. Dukungan kesabaran dalam mengembangkan suatu hubungan, mendukung setiap anggota keluarga dalam kegiatan agar tetap menjalin hubungan yang baik.
4. Dukungan keterlibatan keluarga dengan cara yang tepat, dalam hal perawatan klien libatkan anggota keluarga terdekat klien.
5. Dukungan keluarga untuk memverbalisasikan perasaan mengenai sakitnya anggota keluarga, mendengarkan dan memberikan umpan balik curahan perasaan mengenai sakitnya anggota keluarga (bulechek, butcher, dochterman, & wagner, 2016).

2.3.6 Indikator/instrumen

a. Fungsi keluarga

Untuk menilai persepsi anggota keluarga dari fungsi keluarga dengan memeriksa kepuasan terhadap hubungan keluarga dikembangkan instrument penilai yang disebut APGAR Keluarga

(Famili APGAR) menggunakan kuesiner yang di adopsi dari Arda Nandi (2016).

Instrumen ini terdiri dari lima parameter fungsi keluarga yaitu, kemampuan beradaptasi (*adaptation*), kemitraan (*partnership*), pertumbuhan (*growth*), kasih sayang (*affection*), dan kebersamaan (*resolve*). Pilihan respon dirancang untuk menggambarkan frekuensi rasa puas dengan masing-masing mempunyai 3 parameter berkisar antara 0 (hampir tidak pernah) ke 2 (hampir selalu).

a. Adaptasi (*Adaptation*)

Tingkat kepuasan anggota keluarga dalam menerima bantuan yang diperlukannya dari anggota keluarga lainnya.

b. Kemitraan (*Partnership*)

Tingkat kepuasan anggota keluarga terhadap berkomunikasi, musyawarah dalam mengambil suatu keputusan dan atau menyelesaikan suatu masalah yang sedang dihadapi dengan anggota keluarga lainnya.

c. Pertumbuhan (*Growth*)

Tingkat kepuasan anggota keluarga terhadap kebebasan yang diberikan mematangkan pertumbuhan dan atau kedewasaan setiap anggota keluarga.

d. Kasih sayang (*Affection*)

Tingkat kepuasan anggota keluarga terhadap kasih sayang serta interaksi emosional yang berlangsung dalam keluarga.

e. Kebersamaan (*Resolve*)

Tingkat kepuasan anggota keluarga terhadap kebersamaan dalam membagi waktu, kekayaan dan ruang antara anggota keluarga.

Hasil pengukuran APGAR diklasifikasikan sebagai berikut :

- 7-10 : Fungsi keluarga sehat
- 4-6 : Fungsi keluarga kurang sehat
- 0-3 : Fungsi keluarga tidak sehat

(Arda Nandi, 2016)

b. Koping keluarga

Instrumen berupa kuesioner koping yang di adopsi dari Nasution, (2010) dalam penelitian Manangin (2017) yang terdiri dari 12 pertanyaan, pertanyaan yang berasal dari strategi koping yang digunakan keluarga untuk mengetahui pernyataan koping keluarga dengan koping internal berjumlah 6 skor dan koping eksternal berjumlah 6 skor. Dengan begitu akan mengetahui kesiapan keluarga untuk meningkatkan koping keluarga.

a. Pernyataan koping internal :

1. Keluarga menggunakan humor untuk meramaikan suasana dalam keluarga saat merawat anggota keluarga yang sakit.
2. Keluarga dapat menerima kondisi anggota keluarga yang sakit.

3. Keluarga mendiskusikan masalah merawat anggota keluarga yang sakit.
 4. Keluarga akan menggantikan peran keluarga yang sedang sakit.
 5. Keluarga melakukan kegiatan kumpul bersama saat anggota keluarga yang sakit.
 6. Keluarga saling memperhatikan satu dari yang lainnya saat merawat anggota keluarga yang sakit.
- b. Penyakit koping eksternal
1. Keluarga mencari berbagai informasi untuk merawat anggota keluarga yang sakit.
 2. Keluarga merasa membutuhkan bantuan orang lain untuk menghadapi masalah yang terjadi.
 3. Keluarga mengungkapkan masalah yang dihadapi kepada teman/tetangga/orang lain yang dipercaya.
 4. Keluarga merasa bahwa masalah yang dihadapi akan lebih ringan jika bersabar dan berdoa kepada Tuhan.
 5. Keluarga sering mengikuti kegiatan keagamaan di sekitar tempat tinggal saat merawat anggota keluarga yang sakit.
 6. Keluarga memiliki pergaulan dan sosialisasi yang baik.

Nilai 1 jika jawaban “Ya” dan nilai 0 jika jawaban “Tidak”.

Hasil pengukuran diklasifikasikan sebagai berikut :

- | | |
|------------------------|------------------------------|
| Koping keluarga Baik | : Hasil prosentase 76% -100% |
| Koping keluarga Cukup | : Hasil prosentase 56% -75% |
| Koping keluarga Kurang | : Hasil prosentase <56% |

(Manangin, 2017).

2.4 Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga

Asuhan keperawatan keluarga merupakan proses yang kompleks dengan menggunakan pendekatan yang sistematis untuk bekerjasama dengan keluarga dan individu-individu sebagai anggota keluarga. Tahapan dari proses keperawatan keluarga meliputi pengkajian, perumusan diagnose keperawatan, penyusunan perencanaan, pelaksanaan rencana asuhan keperawatan dan penilaian hasil (Padila, 2012)

2.4.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan proses yang berkelanjutan, oleh karena itu perawat akan mengumpulkan data tentang kondisi atau situasi klien sebelumnya dan saat ini sehingga informasi yang diperoleh sebagai perencanaan berikutnya (Kholifah, 2016) hal-hal yang dikaji dalam keluarga yaitu:

a. Data umum

1) Identifikasi kepala keluarga

Berupa nama inisial kepala keluarga, usia (usia merupakan salah satu faktor resiko stroke karena dengan pertambahan usia terjadi penurunan fungsi sel, jaringan dan organ sebagai proses fisiologis penuaan), jenis kelamin (perempuan lebih berisiko terkena stroke dibandingkan laki-laki karena pengaruh mengkonsumsi pil KB, migrant, menopause, depresi, dan stress emosional merupakan salah satu factor pemicu stroke), pekerjaan (stress yang terjadi saat menghadapi masalah pekerjaan juga dapat

mempengaruhi terjadinya stroke), pendidikan (karena tingkat pendidikan seseorang dapat mempengaruhi pengetahuan tentang penyakit), agama, genogram dalam 3 generasi dan hubungan dengan klien (Kemenkes, 2014 dalam Zahro, 2018)

2). Tipe keluarga

Menjelaskan mengenai jenis atau tipe keluarga beserta masalah yang terjadi dengan tipe keluarga tersebut (Andarmoyo, 2012)

a. Keluarga tradisional

1. *Tradisional Nuclear* atau Keluarga inti

Merupakan suatu bentuk keluarga tradisional yang dianggap paling ideal. Keluarga ini adalah keluarga yang terdiri ayah, ibu, dan anak tinggal dalam suatu rumah, dimana ayah adalah pencari nafkah dan ibu sebagai ibu rumah tangga. Pada tipe ini keluarga tradisional terdapat varian keluarga inti yang meliputi keluarga pasangan suami istri bekerja, yaitu keluarga dimana pasangan suami istri keduanya bekerja di luar rumah. Keluarga ini merupakan pengembangan varian non tradisional dimana pengambilan keputusan dan pembagian fungsi keluarga diterapkan secara bersama-sama oleh kedua orang tua. Meskipun demikian, beberapa orang masih menganut bahwa fungsi kerumah tangga tetap dipegang oleh istri.

2. Keluarga Tanpa Anak atau *Dyodic Nuclear*

Keluarga dimana suami istri sudah berumur, tetapi tidak mempunyai anak. Keluarga tanpa anak dapat diakibatkan oleh

ketidakmampuan pasangan suami istri untuk menghasilkan keturunan ataupun ketidaksanggupan untuk mempunyai anak akibat kesibukan dari keduanya. Biasanya keluarga akan mengadopsi anak.

3. *Commuter family*

keluarga dengan pasangan suami istri terpisah tempat tinggal secara sukarela karena tugas dan kesempatan tertentu keduanya bertemu dalam suatu rumah.

4. *Reconstituted Nuclear*

Bentuk keluarga baru dari keluarga inti melalui perkawinan suami istri, tinggal dalam suatu rumah dengan anaknya, baik anak bawaan dari perkawinan lama maupun hasil perkawinan baru. Pada umumnya bentuk keluarga ini terdiri dari ibu dengan anaknya dan tinggal bersama ayah tiri.

5. *Extended Family* atau Keluarga Besar

Suatu bentuk keluarga dimana pasangan suami istri sama-sama melakukan pengaturan dan belanja rumah tangga dengan orang tua, sanak saudara, atau kerabat dekat lainnya. Dengan demikian, anak dibesarkan oleh beberapa generasi dan memiliki pilihan terhadap model-model yang akan menjadi pola perilaku bagi anak.

6. Keluarga dengan Orang Tua tunggal atau *Single Parent*

bentuk keluarga yang didalamnya hanya terdapat satu orang kepala rumah tangga yaitu ayah atau ibu. Varian tradisional keluarga ini adalah bentuk keluarga dimana kepala keluarga adalah janda karena cerai atau ditinggal mati suaminya, sedangkan varian nontradisional

dari keluarga ini adalah Single Adult yaitu kepala keluarga seorang perempuan atau laki-laki yang belum menikah atau tinggal sendiri.

b. Keluarga nontradisional

Bentuk-bentuk keluarga nontradisional meliputi bentuk-bentuk keluarga yang sangat berbeda satu sama lain, baik dalam struktur maupun dinamika, meski lebih memiliki perasaan satu sama lain dalam hal tujuan dan nilai dari pada keluarga inti tradisional. Orang-orang dalam pengaturan keluarga nontradisional sering menekankan nilai aktualisasi diri, kemandirian, persamaan jenis kelamin, keintiman dan berbagai hubungan interpersonal. Bentuk-bentuk keluarga nontradisional meliputi:

- a). *Commune Family Communal* atau adalah keluarga dimana satu rumah terdiri dari dua atau lebih pasangan yang memomong tanpa pertalian keluarga dengan anak-anaknya dan bersama-sama, dalam penyediaan fasilitas. Tipe keluarga ini biasanya terjadi pada daerah perkotaan dimana penduduknya padat.
- b). *Unmarried Parent and Child* adalah keluarga yang terdiri dari ibu, anak, tidak ada perkawinan dan anaknya dari hasil adopsi.
- c). *Cohabiting Couple* adalah keluarga yang terdiri dari dua orang atau satu pasangan yang tinggal bersama tanpa kawin.
- d). *Institutional* adalah keluarga yang terdiri dari anak-anak atau orang-orang dewasa yang tinggal bersama-sama dalam panti. Sebenarnya keluarga ini tidak cocok untuk disebut sebagai keluarga, tetapi mereka sering mempunyai sanak saudara yang mereka anggap

sebagai keluarga sehingga sebenarnya terjadi jaringan yang berupa kerabat.

3). Suku bangsa

Mengenai suku bangsa keluarga tersebut serta mengidentifikasi budaya suku bangsa tersebut terkait dengan kesehatan. Ras Amerika-Afrika mempunyai risiko lebih tinggi mengalami kematian dan kecacatan akibat stroke dibandingkan dengan ras kulit putih (Padilla, 2012).

4). Agama

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

5). Status sosial dan ekonomi keluarga

Jenis makanan tinggi lemak dan kolesterol yang sering di konsumsi oleh responden pada kelompok lasus adalah jenis *fast food*, makanan yang berasal dari daging ayam, daging sapi, maupun daging kambing serta makanan bersantan(Purwaningtyas dkk 2012.)

6). Aktivitas rekreasi dalam keluarga

Dalam pola aktivitas, seorang yang jarang melakukan aktivitas fisik terkena stroke seperti penelitian yang dilakukan oleh (Purwaningtyas, 2014) seseorang yang jarang atau tidak pernah

melakukan aktivitas fisik mempunyai resiko sebesar 6,463 kali terhadap kejadian stroke usia dewasa muda dibandingkan dengan seseorang yang melakukan aktivitas fisik.

b. Riwayat dan tahap perkembangan keluarga

1. Tahap perkembangan keluarga saat ini

Dalam tahap perkembangan keluarga terdapat 8 tahap. Pada tahap perkembangan keluarga yang berisiko mengalami masalah stroke adalah tahap perkembangan keluarga 8 yaitu keluarga dengan usia pertengahan dan lansia. Karena pada tahap ini terjadi proses degenerative yaitu kemunduran fungsi sistem organ tubuh (Padila, 2013)

2. Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi

Keluarga dengan penderita post CVA yang berisiko jatuh dan kurang pemahaman tentang stroke sehingga anggota keluarga kurang dalam memberikan edukasi, motivasi dan monitor atau mengontrol perkembangan kesehatan keluarga yang menderita post CVA sehingga terjadi risiko jatuh (Dwipayanti, 2011)

3. Riwayat kesehatan keluarga inti

Stroke dapat menurun dari keluarga yang pernah memiliki hipertensi, kelainan jantung sebelumnya. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual muntah bahkan kejang sampai tidak sadar. Keluhan perubahan perilaku juga umum terjadi. sesuai perkembangan penyakit dapat terjadi latergi, tidak responsive dan koma (Mutaqin, 2011)

4. Riwayat kesehatan keluarga sebelumnya

Perlu dikaji adanya riwayat diabetes mellitus, hipertensi, kelainan jantung karena hal ini berhubungan dengan penurunan kualitas pembuluh darah ke otak menjadi menurun (Padila, 2012)

c. Data lingkungan

1. Karakteristik rumah

Karakteristik rumah identifikasi dengan melihat luar rumah, tipe rumah, jumlah jendela, pemanfaatan ruangan, peletakan prabot rumah, jenis septic tank, jarak septic tank dengan sumber air, denah rumah.

2. Karakteristik tetangga dan komunitas

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

3. Mobilitas geografis keluarga

Ditentukan dengan apakah keluarga hidup menetap dalam satu tempat atau mempunyai kebiasaan berpindah-pindah.

4. Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat

Menjelaskan waktu yang digunakan keluarga untuk berkumpul dan berinteraksi dengan masyarakat lingkungan tempat tinggal.

5. Sistem pendukung atau jaringan sosial keluarga

Sumber dukungan dari anggota keluarga dan fasilitas sosial atau dukungan masyarakat, serta jaminan pemeliharaan kesehatan yang dimiliki keluarga untuk meningkatkan upaya kesehatan.

d. Struktur keluarga

1. Pola komunikasi keluarga

Mengkaji mengenai cara berkomunikasi antara anggota keluarga. Apakah keluarga berkomunikasi secara langsung atau tidak, bahasa yang digunakan keluarga, frekuensi dan kualitas komunikasi yang berlangsung dalam keluarga. Rendahnya rasa kepedulian antar anggota keluarga sehingga kurang komunikasi yang efektif dalam mengingatkan anggota keluarga yang sakit sehingga terjadinya muncul risiko jatuh (Yulia, 2015)

e. Struktur kekuatan keluarga

Mengkaji kemampuan anggota keluarga mengendalikan dan mempengaruhi orang lain untuk merubah perilaku. Keluarga dengan penderita post CVA harus memberikan kekuatan dan dukungan yang lebih karena adanya motivasi penderita post CVA akan lebih peduli dalam mengontrol risiko jatuh (Bartalina, 2016)

f. Struktur peran

Keluarga dengan penderita post CVA untuk menyelesaikan masalah stroke, semua anggota keluarga harus ikut serta karena perannya sebagai *support sistem* yang paling penting bagi penderita post CVA dalam mempertahankan risiko jatuh (Bartalina, 2016)

g. Nilai dan norma keluarga

Menjelaskan nilai norma yang dianut keluarga dengan penderita post CVA berpengaruh dengan kesehatan keluarga karena keluarga yakin setiap penyakit pasti ada obatnya bila berobat secara teratur akan sembuh (Gusti, 2013)

h. Fungsi keluarga

1. Fungsi afektif

Mengkaji seperti apa gambaran dari keluarga, perasaan memiliki dan dimiliki dalam keluarga, keluarga yang sehat member dukungan kepada anggota keluarga yang sakit post CVA agar semangat untuk sembuh, dan bagaimana keluarga mengembangkan sikap saling menghargai satu sama lain (Gusti, 2013)

2. Fungsi keperawatan kesehatan

Keluarga harus siap merawat anggotanya apabila ada yang mengalami perubahan dalam kesehatannya, perubahan yang dimaksud bersifat preventif (Leo,2016)

3. Fungsi reproduksi

Mencari tahu seperti apa keluarga yang merencanakan jumlah keturunan, serta program yang dilakukan dalam pengendalian keturunan(Bakri,2016)

4. Fungsi ekonomi

Menjelaskan bagaimana upaya keluarga memenuhi kebutuhan sandang, pangan, papan serta manfaat lingkungan rumah meningkatkan penghasilan keluarga. Stroke merupakan penyakit yang menyerang

berbagai kalangan masyarakat menengah kebawah maupun menengah keatas (Gusti, 2013)

i. Stress dan koping keluarga

1. Stressor jangka pendek dan panjang

Stressor jangka pendek yaitu stressor yang dialami keluarga memerlukan penyelesaian dalam waktu kurang dari 6 bulan. Sedangkan stressor jangka panjang yaitu stressor yang saat ini dialami memerlukan penyelesaian lebih dari 6 bulan. Sedangkan stressor jangka panjang yaitu stressor yang saat ini yang dialami memerlukan penyelesaian lebih dari 6 bulan (Gusti, 2013)

2. Kemampuan keluarga berespon terhadap situasi / stressor

Mengkaji sejauh mana keluarga berespon terhadap situasi stressor yang ada.

3. Strategi koping yang digunakan

Strategi koping apa yang digunakan keluarga bila menghadapi permasalahan.

4. Strategi adaptasi disfungsional

Menjelaskan perilaku keluarga yang tidak adaptif keluarga menghadapi masalah

j. Pemeriksaan fisik

1. Keadaan Umum

Pada pasien post CVA umumnya meninggalkan gejala-gejala sisa seperti kelemahan sehingga menyebabkan pasien harus dibantu dalam memenuhi kebutuhannya. Tanda-tanda vital pada pasien post

CVA yang memiliki riwayat hipertensi sering terjadi peningkatan darah kurang lebih 180/80 mmhg, nadi normal, suhu dalam batas normal (Nursalam, 2009).

2. Pemeriksaan Kepala dan Muka

Kepala

Inspeksi : bagaimana penyebaran rambut, kebersihan kepala, benjolan abnormal, dan hematoma yang bisa diindikasikan adanya trauma kepala

Palpasi : nyeri tekan juga dapat diindikasikan pada tekanan intracranial (Nursalam, 2009)

Muka

Inspeksi : terdapat hemiparase / hemiplegia, salah satu sisi wajah pucat

b. Pemeriksaan mata

Inspeksi : konjungtiva pucat akibat kurangnya suplai darah ke jaringan karena kerja jantung yang menurun akibat penurunan kesadaran akibat paralisis saraf optikus (saraf II)

c. Pemeriksaan mulut

Inspeksi : mulut mencong dan penurunan koordinasi gerakan mengunyah akibat paralisis saraf trigeminus (saraf V), gangguan pada saraf XI dan X yang menyebabkan menelan kurang baik dan kesulitan membuka mulut (Nursalam, 2009)

d. Pemeriksaan ekstermitas

Menurut Smeltzer dan Bare (2012) adalah gangguan motorik yang berupa hemiparesis (kelemahan) dan hemiplegia (kelumpuhan salah satu sisi tubuh)

e. Pemeriksaan Neurologis

a. Saraf I (olfaktorius): pada pasien stroke perdarahan tidak ada kelainan pada fungsi penciuman.

b. Saraf II (optikus): disfungsi persepsi visual karena gangguan jaras sensori primer di antara mata dan korteks visual. Gangguan hubungan visual spasial sering terlihat pada pasien dengan hemiplegi kiri. Pasien mungkin tidak dapat memakai pakaian tanpa bantuan karena ketidakmampuan untuk mencocokkan pakaian ke bagian tubuh (Mutaqin, 2011).

c. Saraf III (okulomotor), IV (troklearis), VI (abduksen): stroke mengakibatkan paralisis pada satu sisi otot okularis, sehingga didapatkan penurunan kemampuan gerak dan lapang pandang pada sisi yang sakit (Mutaqin, 2011)

d. Saraf V (trigeminus):

a) Optalmikus

Reflek kornea menurun, sensasi kulit wajah pada dahi dan paranasal menurun.

b) Maksilaris

Sensasi kulit wajah bagian kanan berkurang sesisi.

c) Mandibularis

Pergerakan rahang terganggu, pasien kesulitan membuka mulut.

- e. Saraf VII (facialis): wajah asimetris dan otot wajah tertarik ke bagian sisi yang sehat (Mutaqin, 2011).
- f. Saraf VIII (vestibulokoklearis): tidak ditemukan adanya tuli konduktif dan tuli persepsi.
- g. Saraf IX (glosofaringeal) dan X (vagus): terganggunya kemampuan menelan dan kesulitan membuka mulut..
- h. Saraf XI (aksesorius): atrofi otot ekstremitas sisi akibat kurangnya pergerakan ekstremitas sekunder terhadap kelemahan atau kelumpuhan sisi.
- i. Saraf XII (hipoglossus): lidah mencong (Mutaqin, 2011).
- k. Harapan keluarga
 Harapan dan keinginan keluarga terhadap masalah kesehatan. Keluarga biasanya berharap tidak ada anggota keluarga yang mengalami gangguan kesehatan sehingga dapat menjalankan peran masing-masing dalam kehidupan sehari-hari (Gusti, 2013)

2.5 Analisa data

Proses untuk menentukan masalah kesehatan keluarga yang diangkat (Gusti, 2013). Setelah proses pengumpulan data melalui tahap pengkajian, identifikasi masalah, maka tahap selanjutnya melakukan analisis data subjektif dan objektif yang sesuai sehingga dapat dirumuskan suatu masalah keperawatan keluarga. Pada satu keluarga mungkin saja perawat menemukan lebih dari satu diagnosa keperawatan keluarga, maka selanjutnya bersama

keluarga harus menentukan prioritas dengan menggunakan skala perhitungan sebagai berikut :

Tabel 2.3 Skala Prioritas Masalah Keluarga

Kriteria	Skor	Bobot
1. Sifat masalah		
a. Aktual (tidak/kurang sehat)	3	1
b. Ancaman kesehatan	2	
c. Keadaan sejahtera	1	
2. Kemungkinan masalah dapat di ubah		
a. Mudah	2	2
b. Sebagian	1	
c. Tidak dapat	0	
3. Potensi masalah untuk di cegah		
a. Tinggi	3	1
b. Cukup	2	
c. Rendah	1	
4. Menonjolnya masalah		
a. Masalah berat, harus segera di tangani	2	1
b. Ada masalah, tetapi tidak harus segera di tangani	1	0
c. Masalah tidak di rasakan	0	

Sumber: Bailon dan Maglaya (1978) dalam Harnilawati (2013)

Rumusan perhitungan skor menurut Bailon dan Maglaya (1978) dalam Bakri (2017) :

$$\frac{\text{Skor yang diperoleh}}{\text{Skor tertinggi}} \times \text{Bobot}$$

1. Menentukan angka dari skor tertinggi terlebih dahulu. Biasanya angka tertinggi adalah 5.
2. Skor yang digunakan berasal dari skor prioritas, pilihannya skor pada setiap kriteria.
3. Skor yang diperoleh dibagi dengan skor tertinggi.
4. Selanjutnya dikali dengan bobot skor.

5. Jumlah skor dari keseluruhan kriteria.

2.6 Penentuan Diagnosa Keperawatan

Menurut Mubarok (2007) dalam Bakri (2017) diagnose keperawatan yaitu suatu keputusan tentang keluarga, masyarakat yang diperoleh dengan melakukan pengumpulan data serta analisa data dengan akurat, hal ini dilakukan perawat untuk tindakan selanjutnya

a. Problem (masalah)

Memberikan penjelasan kebutuhan dasar manusia dlam keluarga yang tidak bisa dipenuhi

b. Etiologi (penyebab)

Pernyataan berikut yang bisa mengakibatkan masalah yang mengacu pada lima tugas keluarga:

1. Mengenal masalah kesehatan yang terjadi pada keluarga
2. Memutuskan tindakan kesehatan yang tepat bagi keluarga
3. Melakukan perawatan keluarga yang sedang mengalami gangguan kesehatan
4. Mempertahankan suasana rumah sehat
5. Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan disekitarnya

2.5 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah penilaian klinik tentang respon individu, kelompok atau komunitas terhadap masalah kesehatan yang actual dan potensial. Perumusan dengan diagnosa berdasarkan data yang didapatkan pada pengkajian yang berhubungan dengan etilogi yang berasal dari data pengkajian fungsi perawatan keluarga (Gusti,2013).

Diagnosa keperawatan mengacu pada rumusan 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 diagnose keperawatan keluarga actual (terjadi defisit/gangguan kesehatan), resiko (ancaman kesehatan), dan keadaan sejahtera (wellness)

a. Penulisan diagnosa keperawatan keluarga:

1. Diagnosa actual adalah masalah keperawatan yang sedang dialami keluarga dan memerlukan antuan dari perawat dengan cepat.
2. Diagnosa resiko tinggi adalah masalah keperawatan yang belum terjadi, tetapi tanda untuk menjadi masalah keperawatan actual terjadi cepat apabila tidak segera mendapat bantuan perawat.
3. Diagnosa potensial adalah suatu keadaan sejahtera dari keluarga ketikakeluarga telh mampu memenuhi kebutuhan kesehatanya dan mempunyai sumber penunjang kesehatan yang memungkinkan dapat ditingkatkan (Gusti,2013)

b. Secara Umum faktor-faktor yang berhubungan dengan etiologi dari diagnosa keperawatan keluarga :

1. Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan keluarga
2. Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan tindakan kesehatan yang tepat untuk keluarganya
3. Ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan kesehatan

4. Ketidakmampuan keluarga dalam mempertahankan / menciptakan lingkungan rumah yang sehat
 5. Ketidakmampuan keluarga dalam menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan yang ada (Nadirawati, 2018)
- c. Diagnosa keperawatan yang muncul pada keluarga post CVA
1. Kesiapan meningkatkan coping keluarga berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota yang sakit.
 2. Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga melakukan perawatan diri.

2.6 Intervensi Keperawatan

Rencana tindakan keperawatan merupakan serangkaian tindakan yang bisa mencapai setiap tujuan khusus, perencanaan keperawatan meliputi perumusan keperawatan meliputi perumusan tujuan, tindakan dan penilaian asuhan keperawatan pada klien berdasarkan analisis pengkajian masalah kesehatan dan masalah keperawatan yang timbul pada klien bisa segeradiatasi. Pada dasarnya tindakan keperawatan terdiri dari tindakan observasi dan pengawasa, pendidikan kesehatan, dan tindakan kolaborasi. (Herdman & Kamitsuru 2010).

2.3 Tabel Intervensi Keperawatan

No	SDKI	SLKI	SIKI
1.	<p>Kesiapan meningkatkan koping keluarga</p> <p>Definisi : pola adaptasi anggota keluarga dalam mengatasi situasi yang dialami klien secara efektif dan menunjukkan keinginan serta kesiapan untuk meningkatkan kesehatan keluarga dan klien</p> <p>Gejala dan tanda mayor : Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anggota keluarga menetapkan tujuan untuk meningkatkan gaya hidup sehat 2. Anggota keluarga menetapkan sasaran untuk meningkatkan kesehatan <p>Objektif : (tidak tersedia)</p> <p>Gejala dan tanda minor: Subjektif:</p>	<p>Status koping keluarga</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 7. Komitmen pada perawatan/pengobatan menurun 8. Komunikasi antara anggota keluarga menurun 9. Perasaan tertekan (depresi) menurun 10. Perilaku menghasut 	<p>1. Dukungan koping keluarga</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Identifikasi responseemosional terhadap kondisi saat ini b. Identifikasi beban prognosis secara psikologis c. Identifikasi pemahaman tentang keputusan perawatan setelah pulang d. Identifikasi kesesuaian antara harapan pasien, keluarga dan tenaga kesehatan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Dengarkan masalah, perasaan, dan pertanyaan keluarga b. Terima nilai-nilai keluarga dengan cara yang tidak menghakimi c. Diskusikan rencana medis dan perawatan d. Fasilitasi pengungkapkan perasaan antara pasien dan keluarga atau antara anggota keluarga e. Fasilitasi pemenuhan kebutuhan dasar anggota (mis tempat tinggal, makanan, pakaian) f. Fasilitasi memperoleh

1. Anggota keluarga mengidentifikasi pengalaman yang mengoptimalkan kesejahteraan	menurun	pengetahuan, keterampilan dan peralatan yang diperlukan untuk mempertahankan keputusan perawatan pasien
2. Anggota keluarga berupaya menjelaskan dampak krisis terhadap perkembangan	11. Perilaku individualistic menurun 12. Ketergantungan pada anggota keluarga lain menurun 13. Toleransi membaik	g. Hargai dan dukung mekanisme coping adaptif yang digunakan h. Berikan kesempatan berkunjung bagi anggota keluarga
3. Anggota keluarga mengungkapkan minat dalam membuat kontak dengan orang lain yang mengalami situasi yang sama	14. Perilaku bertujuan membaik 15. Perilaku sehat membaik	Edukasi a. Informasikan kemajuan pasien secara berkala b. Informasikan fasilitas perawatan kesehatan yang tersedia
Objektif: (tidak tersedia)		Kolaborasi a. Rujuk untuk terapi keluarga, jika perlu 2. dukungan keluarga merencanakan perawatan
Kondisi klinis:		Observasi a. Identifikasi kebutuhan dan harapan keluarga tentang kesehatan b. Identifikasi konsekuensi tidak melakukan tindakan bersama keluarga c. Identifikasi sumber-sumber yang dimiliki keluarga
1. Kelainan genetic (mis sindrom down, fibrosis kistik)		Terapeutik a. Motivasi pengembangan
2. Cedera traumatic (mis amputasi,		

cidra
spinal)
3. Kondisi
kronis
(mis
asma,AID
S,penyakit
alzhaimer)

sikap dan emosi
yang mendukung
upaya kesehatan

- b. Gunakan sarana dan fasilitas yang ada dalam keluarga
- c. Ciptakan perubahan lingkungan rumah secara optimal

Edukasi

- a. Informasikan fasilitas kesehatan yang ada dilingkungan keluarga
- b. Anjurkan menggunakan fasilitas kesehatan yang ada
- c. Ajarkan cara perawatan yang bisa dilakukan keluarga

3. Promosi koping Obsrevasi

- a. identifikasi kegiatan jangka pendek dan panjang sesuai tujuan
- b. identifikasi kemampuan yang dimiliki
- c. identifikasi sumberdaya yang tersedia untuk memenuhi tujuan
- d. identifikasi pemahaman proses penyakit
- e. identifikasi dampak situasi terhadap peran dan hubungan



-
- f. identifikasi kebutuhan dan keinginan terhadap dukungan sosial terapeutik
- a. diskusikan perubahan peran yang dialami
 - b. gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan
 - c. diskusikan alasan mengkritik diri sendiri
 - d. diskusikan untuk mengklarifikasi kesalahpahaman dan mengevaluasi perilaku sendiri
 - e. fasilitasi dalam memperoleh informasi yang dibutuhkan
 - f. motivasi terlibat dalam kegiatan sosial
 - g. dukung penggunaan mekanisme pertahanan yang tepat
 - h. kurangi rangsangan lingkungan yang mengancam
- edukasi
- a. anjurkan menjalin hubungan yang memiliki kepentingan dan tujuan yang
-



-
- sama
- b. anjurkan penggunaan sumber spiritual, jika perlu
 - c. anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi
 - d. anjurkan keluarga terlibat
 - e. ;atih penggunaan teknik relaksasi
 - f. Latih keterampilan sosial, sesuai kebutuhan
 - g. Latih mengembangkan penilaian obyektif

Sumber: PPNI. *Standar Dignosis Keperawatan Indonesia* (2016), PPNI. *Standar Luaran Keperawatan Indonesia* (2018)& PPNI. *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia* (2018)

2.7 Implementasi

Implementasi atau pelaksanaan merupakan salah satu tahap proses keperawatan keluarga dimana perawat mendapatkan kesempatan untuk membangkitkan minat untuk mendapatkan perbaikan ke arah perilaku hidup sehat. Pelaksanaan tindakan keperawatan keluarga didasarkan kepada rencana asuhan keperawatan yang telah disusun sebelumnya (Gusti, 2013).

Menurut Gusti (2013), tindakan perawat terhadap keluarga berupa :

1. Menstimulasi kesadaran atau penerimaan keluarga mengenal masalah dan kebutuhan kesehatan, dengan cara:

- a. Memberikan informasi : penyuluhan atau konseling
- b. Mengidentifikasi kebutuhan dan harapan tentang kesehatan
2. Menstimulasi keluarga untuk memutuskan cara perawatan yang tepat, dengan cara :
 - e. Mengidentifikasi konsekuensi tindakan dn jika tidak melakukannya
 - f. Mengidentifikasi sumber-sumber yang dimiliki keluarga
3. Member kepercayaan diri dalam merawat anggota keluarga yang sakit :
 - a. Mendemonstrasikan cara perawatan dengan menggunakan alat dan fasilitas yang ada dirumah
 - b. Mengawasi keluarga melakukan tindakan perawatan
4. Membantu keluarga menemukan cara bagaimana membuat lingkungan menjadi :
 - a. Menemukan sumber-sumber yang dapat digunakan keluarga
 - b. Melakukan perubahan lingkungan keluarga seoptimal mungkin
5. Memotivasi keluarga untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada :
 - a. Memperkenalkan fasilitas kesehatan yang ada dalam lingkungan
 - b. Membantu keluarga menggunakan fasilitas kesehatan yang ada.

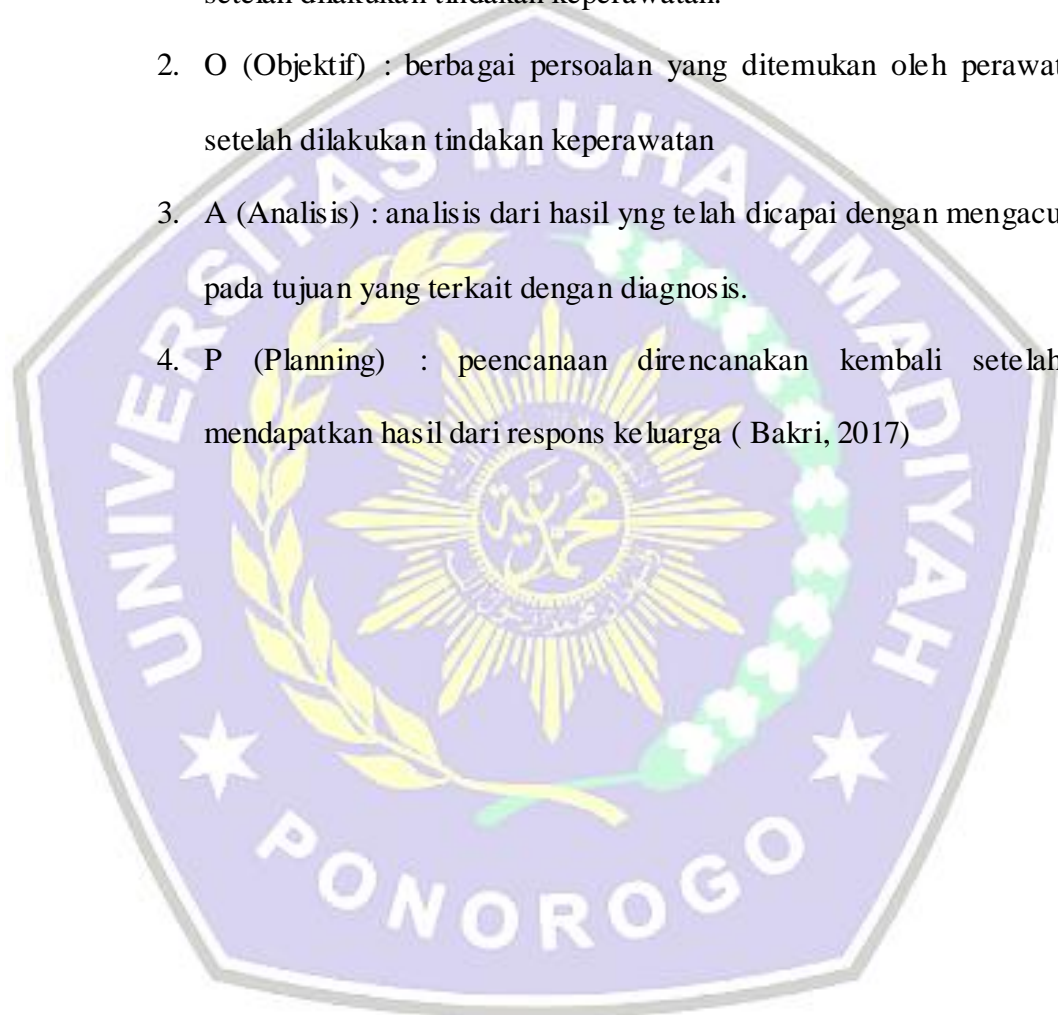
2.8 Evaluasi

Evaluasi merupakan kegiatan membandingkan antara hasil dan implementasi dengan kriteri dan standart yang telah di tetapkan untuk melihat seberapa besar keberhasilan yang telah dilakukan. Bila hasil dan evaluasi tidak berhasil sebaian perlu disusun rencana keperawatan yang baru (Gusti, 2013) Untuk keberhasilan tindakan maka selanjutnya penilaian.

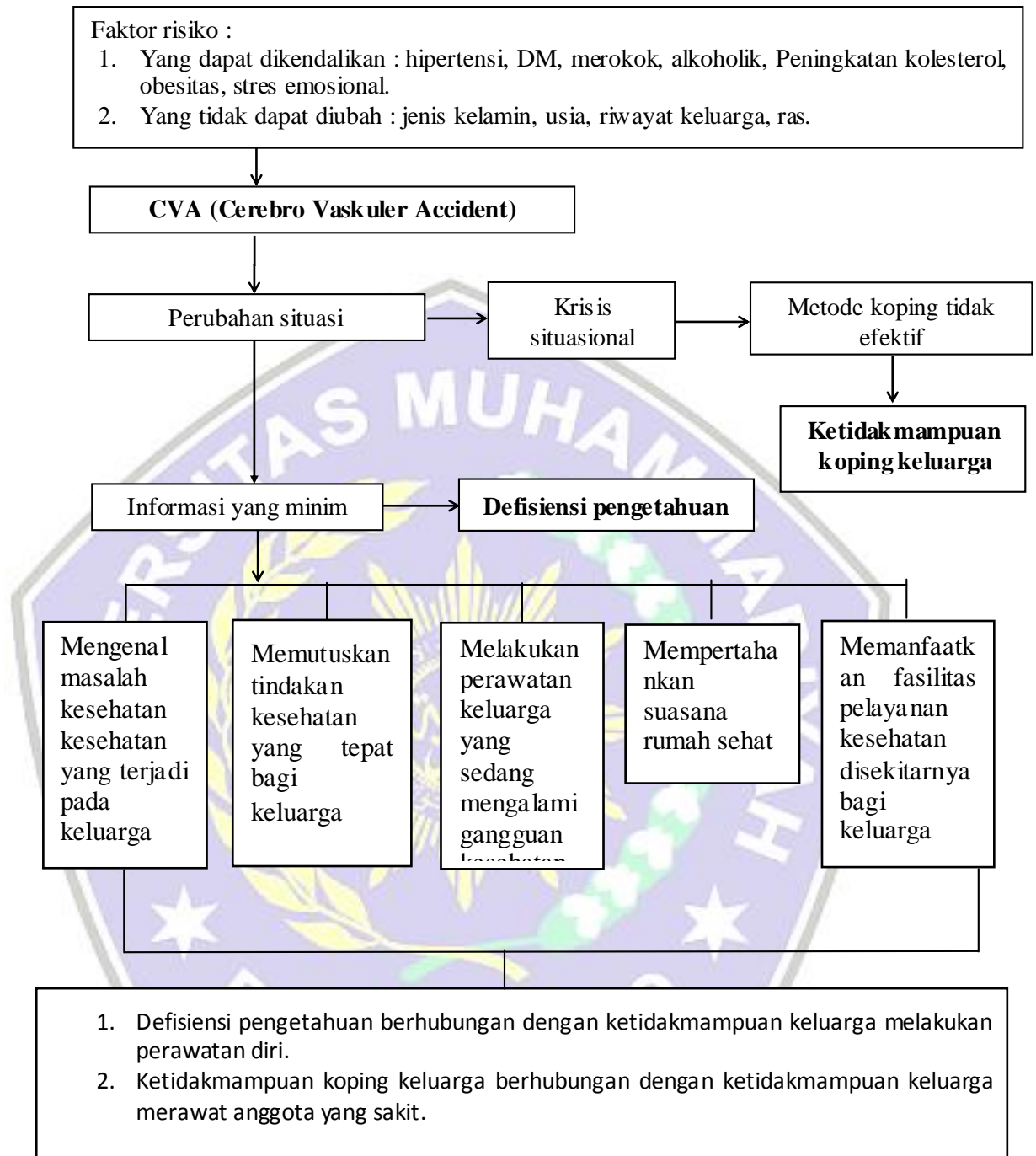
Tindakan-tindakan keperawatan keluarga mungkin saja tidak dapat dilakukan dalam satu kali kunjungan, untuk itu dilakukan secara bertahap, demikian halnya dengan penilaian.

Penilaian dilaksanakan dengan menggunakan pendekatan SOAP :

1. S (Subjektif) : berbagai persoalan yang disampaikan oleh keluarga setelah dilakukan tindakan keperawatan.
2. O (Objektif) : berbagai persoalan yang ditemukan oleh perawat setelah dilakukan tindakan keperawatan
3. A (Analisis) : analisis dari hasil yang telah dicapai dengan mengacu pada tujuan yang terkait dengan diagnosis.
4. P (Planning) : perencanaan direncanakan kembali setelah mendapatkan hasil dari respons keluarga (Bakri, 2017)

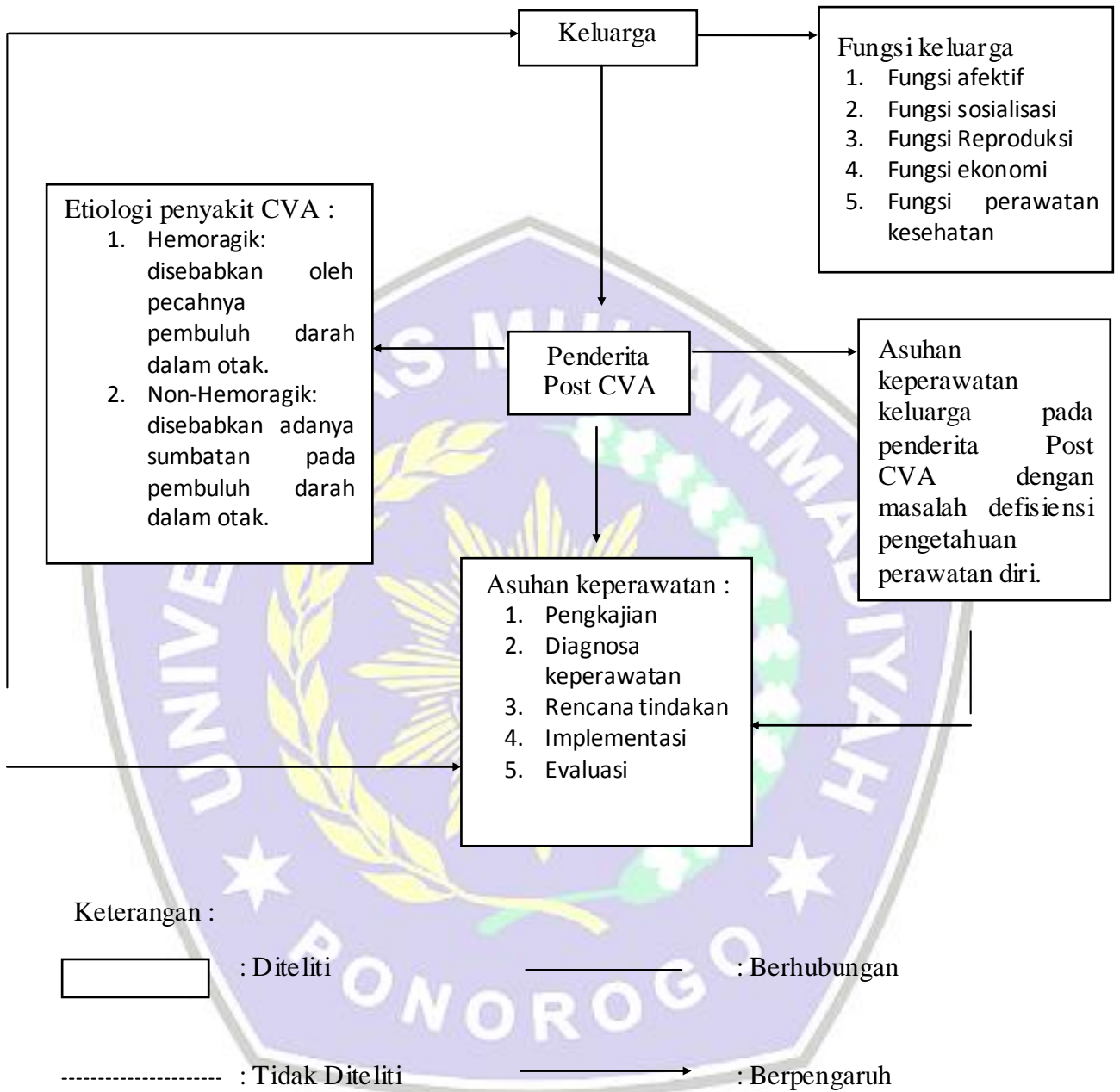


2.9 Pathway



Gambar 2.1 Pathway CVA Asuhan Keperawatan Keluarga dengan Masalah keperawatan Defisiensi Pengetahuan Perawatan Diri.

2.10 Hubungan Antar Konsep



Gambar 2.2 : Kerangka teori Asuhan keperawatan keluarga penderita Post CVA dengan masalah keperawatan defisiensi pengetahuan perawatan diri.

2.11 hasil analisis

Hasil studi yang diambil adalah Discharge Planning yang berkaitan dengan Intervensi yang dipilih dan akan dilakukan pembahasan secara mendalam pada bab 4. Dari sekian intervensi yang ada dari diagnosis keperawatan : Kesiapan Peningkatan Koping Keluarga, selanjutnya Intervensi yang diangkat adalah : dukungan koping keluarga . Dengan literatur 3 jurnal sebagai berikut.

1. Jurnal A

- a. Jurnal: jurnal kesehatan perintis (Perintis Health Journal)
- b. ISSN : E-ISSN :2622-4135
- c. Judul : pengaruh pemberian discharge planning terhadap kemampuan keluarga dalam perawatan pasca stroke dirumah
- d. Oleh : Yaslina, Moidaliza, Itra hayati
- e. Hasil ; hasil penelitian menunjukkan kemampuan keluarga pasca stroke dirumah sebelum pemberian discharge planning dengan mean =12,2 dan dengan standar deviasi 2,1 dan hasil kemampuan keluarga pasca stroke dirumah sesudah pemberian discharge planning dengan mean =21,3 dan dengan standar deviasi 2,9

2. Jurnal B

- a. Jurnal : JST kesehatan, April 2016
- b. ISSN : ISSN 2252-5416
- c. Oleh : Nurul Fuady F.A, Elly L. Sjattar, Veni Hadju
- d. Judul : pengaruh pelaksanaan discharge planning terhadap dukungan psikososial keluarga merawat pasien stroke

e. Hasil : Bahwa terdapat pengaruh pelaksanaan discharge planning terhadap dukungan psikososial keluarga dalam merawat pasien stroke. Berdasarkan hasil uji statistic dengan menggunakan uji Wilcoxon, nilai diperoleh significancy dukungan informasional 0,000 ($p < 0,05$), nilai significancy dukungan penilaian 0,003 ($p < 0,005$), nilai dukungan significancy dukungan emosional 0,001 ($p < 0,05$) dan nilai signifancy observasi keterampilan 0,000 ($p < 0,05$)

3. Jurnal C

- a. Jurnal: jurnal keperawatanabdurrab
- b. ISSN: volume 2 no 2 januari 2019
- c. Oleh: Milya Novera, LediaRestipa, Diana Arianti
- d. Judul : pengaruh discharge planning dengan pendekatan family centered nursing terhadap kualitas hidup pasien stroke
- e. Hasil : Hasil penelitian menunjukkan bahwa kualitas hidup sebelum dan sesudah pada kelompok kontrol diberikan discharge planning dengan pendekatan *family centered nursing* memperoleh nilai 0,837 yang artinya tidakterdapat perbedaan kualitas hidup pasien iskemik responden sebelum dan sesudah diberikan discharge planning dengan pendekatan *family centered nursing*. Berdasarkan uji statistic dengan *Mann Whitney* didapatkan nilai $p=0,0837$ dimana nilai $p > 0,05$

2.12 Dalam segi keislaman

Dalam islam Baginda Rasulullah SAW dan para ulama penerusnya mengajarkan umatnya untuk mau bersabar ketika diberi cobaan oleh Allah

berupa sakit atau lainnya. Kita dianjurkan untuk beribadah, bertawakal, dan lebih mendekatkan diri kepada Allah SWT. Ada banyak keutamaan yang ditawarkan bagi siapa saja yang mau bersabar menghadapi penyakitnya dan rela menerima keputusan Allah bagi dirinya. Meski di sisi lain islam juga tidak melarang untuk berobat sebagai langkah ikhtiar menjaga kesehatan badan. Allah SWT berfirman di dalam Surat Az-Zumar ayat 10:

إِنَّمَا يُوفَى الصَّابِرُونَ أَجْرَهُمْ بِغَيْرِ حِسَابٍ

Artinya: “Sesungguhnya orang-orang yang bersabar akan dipenuhi pahala mereka tanpa hitungan.”

Selain kita harus bersabar didalam islam harus mencerminkan pendidikan keluarga yang mencakup seluruh aspek dan melibatkan semua anggota keluarga, mulai dari bapak, ibu dan anak-anak. Namun yang lebih penting adalah pendidikan itu wajib diberikan orang tua (orang dewasa) kepada anak-anaknya. Anak bukanlah sekedar yang terlahir dari tulang sulbi, atau anak cucu keturunan kita saja, namun termasuk juga anak seluruh orang muslim dimana pun mereka berada atau berasal dari kebangsaan mana pun. Kesemuanya adalah termasuk generasi umat yang menjadi tempat bertumpu harapan kita, untuk dapat mengembalikan kesatuan umat seutuhnya. Hadits-hadits pendidikan di bawah ini adalah sebagian dari nasehat bapak pendidikan umat Islam Nabi Muhammad SAW, di antaranya:

عَنْ أَبِي هُرَيْرَةَ رَضِيَ اللَّهُ عَنْهُ قَالَ: أَقْبَلَ رَجُلٌ إِلَى رَسُولِ اللَّهِ صَلَّى اللَّهُ عَلَيْهِ وَسَلَّمَ فَقَالَ: أَبَايُكَ عَلَى الْهَجْرَةِ وَالْجِهَادِ أَبْتَغِي الْأَجْرَ مِنَ اللَّهِ قَالَ: هَلْ مِنْ

وَالِدَيْكَ أَحَدٌ حَيٌّ؟ قَالَ: نَعَمْ. قَالَ: فَارْجِعْ إِلَى وَالِدَيْكَ فَأَحْسِنْ صُحْبَتَهُمَا (رواه مسلم)

Artinya: "Dari Abu Hurairotah r.a. berkata: Ada seorang laki-laki menghadap kepada Rasulullah SAW lalu ia berkata : Saya berjanji kepada engkau, wahai Rasulullah untuk berhijrah dan berjuang agar mendapatkan pahala dari Allah. Beliau bersabda: Apakah salah seorang dari kedua orang tuamu masih hidup? Laki-laki itu menjawab: Ya, masih. Beliau bersabda pula: Pulanglah kamu kepada kedua orang tuamu dan dampingilah keduanya dengan baik." (H.R. Muslim)

