

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Keluarga

1. Pengertian

Keluarga adalah sebuah kelompok kecil yang terdiri dari individu-individu yang memiliki hubungan erat satu sama lain, saling tergantung yang diorganisir dalam satu unit tunggal dalam mencapai tujuan tertentu (Mendrofa & Setiyaningrum, 2023).

Keluarga sering didefinisikan sebagai unit sosial terkecil dalam masyarakat yang terdiri dari dua orang atau lebih yang memiliki ikatan darah, perkawinan, atau adopsi, dan hidup bersama dalam satu rumah tangga. Keluarga terikat oleh relasi pernikahan, darah, atau adopsi, dengan interaksi dan peran sosial di antara anggotanya misalnya ayah, ibu, anak (Dermott, 2020).

2. Tipe-Tipe Keluarga

Tipe keluarga dibagi menjadi dua kategori besar yaitu tradisional dan non-tradisional. Berikut penjabarannya (Mendrofa & Setiyaningrum, 2023):

a. Keluarga Tradisional (*Traditional Family Types*)

1) *Nuclear Family* (Keluarga Inti)

Suami, istri, dan anak-anak (kandung atau adopsi) tinggal bersama.

2) *Dyad Family* (Pasangan inti tanpa anak)

Suami dan istri saja, tanpa anak.

3) *Single Parent*

Hanya satu orang tua (ayah atau ibu) dengan anak-anak, bisa disebabkan perceraian, kematian, atau ditinggal.

4) *Single Adult*

Seorang dewasa tunggal yang tinggal sendiri.

5) *Extended Family* (Keluarga Besar)

Tiga generasi atau lebih tinggal bersama (misalnya orang tua, anak, kakek atau nenek).

6) *Middle-aged or Elderly Couple*

Pasangan suami-istri lanjut usia yang anak-anaknya sudah meninggalkan rumah.

b. Keluarga Non-Tradisional (*Non-Traditional Family Types*)

1) *Unmarried Parent & Child Family*

Orang tua dan anak tanpa ikatan pernikahan formal.

2) *Cohabiting Couple*

Pasangan yang hidup bersama tanpa menikah (“kumpul kebo”).

3) *Gay or Lesbian Family*

Pasangan sejenis (homoseksual) yang membentuk rumah tangga seperti pasangan suami istri.

4) *Commune / Communal Family*

Lebih dari satu pasangan monogami dengan anak-anak tinggal bersama dan berbagi fasilitas serta sumber daya.

3. Tahap Perkembangan Keluarga

a. Tahap I. Keluarga Pemula / Pasangan Baru (*Beginning Family*)

Tahap ini dimulai sejak pasangan menikah hingga sebelum kelahiran anak pertama. Fokus utama keluarga pada fase ini adalah penyesuaian peran suami dan istri, pembentukan pola komunikasi yang efektif, pengelolaan keuangan keluarga, serta pembentukan nilai dan tujuan keluarga. Keberhasilan keluarga dalam menyelesaikan tugas perkembangan pada tahap ini menjadi fondasi bagi stabilitas emosional dan fungsional keluarga pada tahap berikutnya. Ketidaksiapan pasangan dalam beradaptasi dapat memicu konflik peran dan stres keluarga.

b. Tahap II. Keluarga dengan Anak (*Child-Bearing Family*)

Tahap ini berlangsung sejak kelahiran anak pertama hingga usia anak sekitar 30 bulan. Keluarga mengalami perubahan signifikan dalam struktur dan fungsi, terutama pada peran orang tua, pembagian waktu, serta pemenuhan kebutuhan fisik dan emosional bayi. Orang tua dituntut untuk mengembangkan keterampilan pengasuhan dasar serta

menjaga keseimbangan hubungan suami istri. Dukungan sosial dan edukasi kesehatan sangat penting pada tahap ini.

c. Tahap III. Keluarga dengan Anak Pra Sekolah (*Families with Preschool Children*)

Tahap ini ditandai dengan anak usia 2,5–6 tahun yang sedang berada pada masa emas pertumbuhan dan perkembangan. Tugas keluarga meliputi stimulasi tumbuh kembang, pembentukan perilaku dasar, disiplin, serta penguatan nilai moral dan sosial. Orang tua dituntut mampu mengelola perilaku anak sekaligus mempertahankan keharmonisan keluarga. Selain fokus pada anak, keluarga juga perlu menjaga keseimbangan antara peran pengasuhan dan kebutuhan pasangan. Apabila orang tua terlalu terfokus pada anak tanpa memperhatikan hubungan suami istri, dapat muncul ketegangan dalam keluarga. Oleh karena itu, manajemen waktu dan komunikasi yang baik menjadi aspek penting pada tahap ini.

d. Tahap IV. Keluarga dengan Anak Usia Sekolah (*Families with School Children*)

Tahap ini ditandai dengan anak mulai memasuki pendidikan formal dan memperluas interaksi sosial di luar keluarga. Tugas utama keluarga adalah mendukung proses belajar anak, memantau perkembangan akademik, serta membantu anak beradaptasi dengan lingkungan sekolah. Orang tua juga berperan dalam membentuk disiplin, tanggung jawab, dan kemandirian anak. Selain itu, keluarga harus mulai menyesuaikan pola asuh dari pengawasan ketat menuju bimbingan yang lebih fleksibel. Interaksi antara keluarga dan lingkungan sekolah menjadi penting untuk memastikan perkembangan anak berjalan optimal. Keterlibatan aktif orang tua dalam pendidikan anak terbukti berpengaruh positif terhadap prestasi dan kesejahteraan psikososial anak.

e. Tahap V. Keluarga dengan Anak Remaja (*Families with Teenagers*)

Tahap keluarga dengan anak remaja merupakan fase yang penuh

tantangan karena anak mengalami perubahan fisik, emosional, dan sosial yang signifikan. Keluarga dituntut untuk menyesuaikan pola komunikasi agar lebih terbuka dan saling menghargai. Orang tua perlu memberikan kebebasan yang bertanggung jawab sekaligus tetap menjaga batasan yang jelas. Konflik sering muncul pada tahap ini akibat perbedaan pandangan antara orang tua dan remaja. Namun, apabila keluarga mampu mengelola konflik secara konstruktif, tahap ini justru dapat memperkuat hubungan keluarga. Dukungan emosional dan pemahaman dari keluarga sangat penting dalam membantu remaja membentuk identitas diri yang positif.

f. Tahap VI. Keluarga dengan Anak Dewasa (*Launching Center Families*)

Tahap ini dimulai ketika anak dewasa mulai meninggalkan rumah untuk bekerja, menikah, atau hidup mandiri. Keluarga mengalami perubahan peran yang signifikan, terutama berkurangnya tanggung jawab pengasuhan. Orang tua dituntut untuk melepaskan anak secara emosional sekaligus tetap menjaga hubungan yang sehat antar generasi. Pada tahap ini, keluarga juga mulai menghadapi fenomena *empty nest*, yang dapat memunculkan perasaan kehilangan atau kesepian. Di sisi lain, fase ini dapat menjadi kesempatan bagi pasangan untuk memperkuat kembali hubungan mereka dan mempersiapkan masa tua, termasuk kesiapan menghadapi masalah kesehatan kronis seperti stroke.

g. Tahap VII. Keluarga Usia Pertengahan (*Middle Age Families*)

Tahap keluarga usia pertengahan ditandai dengan fokus pada pemeliharaan kesehatan, stabilitas ekonomi, dan persiapan masa pensiun. Pasangan mulai mengalami perubahan fisik dan psikologis yang memerlukan penyesuaian gaya hidup. Pada fase ini, keluarga seringkali memiliki peran ganda sebagai orang tua bagi anak dewasa dan sebagai anak bagi orang tua lanjut usia. Selain itu, keluarga pada tahap ini sering menjadi *caregiver* bagi anggota keluarga yang sakit

kronis, termasuk pasien stroke. Tuntutan peran tersebut dapat meningkatkan stres keluarga apabila tidak diimbangi dengan dukungan yang memadai. Oleh karena itu, intervensi berbasis keluarga dan dukungan layanan kesehatan komunitas sangat dibutuhkan.

h. Tahap VIII. Keluarga Lanjut Usia (*Aging Families*)

Tahap keluarga lanjut usia merupakan fase akhir dalam siklus kehidupan keluarga yang ditandai dengan masa pensiun, penurunan fungsi fisik, dan meningkatnya kebutuhan perawatan kesehatan. Keluarga diharapkan mampu beradaptasi terhadap perubahan kondisi kesehatan serta mempertahankan kualitas hidup lansia. Selain menghadapi masalah kesehatan, keluarga juga harus menyesuaikan diri dengan kemungkinan kehilangan pasangan atau anggota keluarga. Dukungan emosional, sosial, dan spiritual menjadi sangat penting pada tahap ini. Peran keluarga dan komunitas sangat menentukan kesejahteraan lansia, terutama dalam perawatan jangka panjang di rumah.

4. Struktur Keluarga

Struktur keluarga meliputi beberapa hal yaitu (Mendrofa & Setiyaningrum, 2023):

a. Berdasarkan dominasi jalur hubungan darah

1) Patrilineal

Keluarga sedarah yang terdiri dari sanak saudara sedarah dalam beberapa generasi, dimana hubungan itu disusun melalui jalur ayah.

2) Matrilineal

Keluarga sedarah yang terdiri dari sanak saudara sedarah dalam beberapa generasi dimana hubungan itu disusun melalui jalur garis ibu.

b. Berdasarkan dominasi keberadaan tempat tinggal

1) Matrilokal

Sepasang suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarah ibu.

2) Patrilokal

Sepasang suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarah suami.

5. Fungsi Keluarga

Berikut fungsi keluarga antara lain (Mendrofa & Setiyaningrum, 2023):

a. Fungsi Afektif

Fungsi afektif merupakan peran keluarga dalam memenuhi kebutuhan emosional setiap anggotanya. Keluarga menyediakan lingkungan yang penuh kasih sayang, perhatian, dan dukungan psikologis, sehingga menjadi tempat pertama bagi individu untuk membangun rasa aman, kepercayaan diri, serta stabilitas emosi. Kehangatan hubungan antar anggota keluarga berkontribusi pada pembentukan karakter dan kesehatan mental yang positif.

b. Fungsi Sosialisasi

Fungsi sosialisasi mencakup proses penanaman nilai, norma, dan aturan sosial yang berlaku di masyarakat. Melalui interaksi sehari-hari, keluarga menjadi agen sosialisasi utama yang membimbing anak dalam mengenali perilaku yang dapat diterima, memahami peran sosial, serta mengembangkan kemampuan berkomunikasi. Peran ini memastikan bahwa setiap anggota keluarga mampu beradaptasi dan berperan secara efektif di lingkungan sosial yang lebih luas.

c. Fungsi Ekonomi

Fungsi ekonomi berfokus pada pemenuhan kebutuhan dasar keluarga seperti pangan, sandang, papan, pendidikan, dan kesehatan. Orang tua berperan dalam mengelola sumber daya ekonomi, mengambil keputusan finansial, serta memastikan keberlanjutan kehidupan keluarga. Selain itu, keluarga juga mengajarkan nilai-nilai terkait tanggung jawab, pengelolaan keuangan, dan kemandirian ekonomi kepada anak sebagai bekal untuk masa depan.

6. Peran Keluarga

Berbagai peranan formal dalam keluarga menurut (Mendrofa & Setiyaningrum, 2023) yang terdapat di dalam keluarga adalah sebagai berikut:

a. Peranan Ayah

Ayah sebagai suami dari istri, berperan sebagai pencari nafkah, pendidik, pelindung, dan pemberi rasa aman, sebagai kepala keluarga, sebagai anggota dari kelompok sosialnya, serta sebagai anggota masyarakat dari lingkungannya

b. Peranan Ibu

Sebagai istri dan ibu dari anak-anaknya, ibu mempunyai peranan untuk mengurus rumah tangga, sebagai pengasuh dan pendidik anak-anaknya, pelindung dan sebagai salah satu kelompok dari peranan sosialnya, serta sebagai anggota masyarakat dari lingkungannya, disamping itu juga dapat berperan sebagai pencari nafkah tambahan dalam keluarganya.

c. Peranan Anak

Anak-anak melaksanakan peranan psiko-sosial sesuai dengan tingkat perkembangannya, baik fisik, mental, sosial dan spiritual.

B. Konsep Dasar Penyakit Stroke

1. Pengertian Stroke

Stroke adalah suatu penyakit yang disebabkan oleh terganggunya aliran darah di otak yang dapat menyebabkan kematian. Faktor risiko terjadinya penyakit stroke dibedakan menjadi faktor yang dapat diubah dan faktor yang tidak dapat diubah. Mencegah terjadinya stroke dapat dilakukan dengan menghindari faktor resiko yang dapat diubah (Rahayu, 2023). Stroke atau Cerebrovascular disease menurut World Health Organization (WHO) adalah tanda-tanda klinis yang berkembang cepat akibat gangguan fungsi otak fokal atau global karena adanya sumbatan atau pecahnya pembuluh darah di otak dengan gejala-gejala yang berlangsung selama 24 jam atau lebih (Astannudinsyah *et al.*, 2020).

2. Klasifikasi Stroke

a. Klasifikasi Berdasarkan Mekanisme Patologis (Penyebab)

Klasifikasi ini adalah yang paling umum digunakan dan membagi stroke menjadi dua jenis utama:

1) Stroke Iskemik (*Ischemic Stroke*)

Stroke Iskemik terjadi akibat penyumbatan pembuluh darah yang mengalirkan darah ke otak. Ini adalah jenis stroke yang paling umum, mencakup sekitar 80% hingga 87% dari semua kasus. Subklasifikasi Utama Stroke Iskemik :

a) Stroke Trombotik (*Thrombotic Stroke*) : Disebabkan oleh trombus (gumpalan darah) yang terbentuk di dalam pembuluh darah otak itu sendiri. Ini sering terjadi di area pembuluh darah yang sudah mengalami aterosklerosis (pengerasan dan penyempitan akibat plak).

b) Stroke Embolik (*Embolic Stroke*): Disebabkan oleh emboli (gumpalan darah atau material lain, seperti lemak, udara, atau plak) yang terbentuk di bagian tubuh lain (paling sering jantung, seperti pada kasus Atrial Fibrilasi/AF) dan kemudian bergerak mengikuti aliran darah hingga menyumbat pembuluh darah yang lebih kecil di otak.

c) Stroke Lakunar (*Lacunar Stroke*): Merupakan stroke iskemik kecil yang terjadi ketika pembuluh darah penetrasi yang sangat kecil dan dalam tersumbat. Penyebabnya biasanya adalah lipohyalinosis (perubahan pada dinding pembuluh darah kecil) akibat hipertensi kronis.

d) Stroke Penyebab Tidak Diketahui/Lainnya (*Cryptogenic Stroke*): Stroke iskemik yang penyebabnya tidak dapat diidentifikasi setelah penyelidikan menyeluruh (Rahayu, 2023).

2) Stroke Hemoragik (*Hemorrhagic Stroke*)

Stroke Hemoragik terjadi akibat pecahnya pembuluh darah

di otak, yang menyebabkan darah bocor ke dalam jaringan otak dan menimbulkan tekanan. Jenis ini lebih jarang (sekitar 10% hingga 20% kasus) namun sering kali lebih fatal. Subklasifikasi Utama Stroke Hemoragik:

a) Perdarahan Intracerebral (*Intracerebral Hemorrhage/ICH*)

Perdarahan yang terjadi di dalam jaringan otak itu sendiri. Penyebab paling umum adalah hipertensi kronis yang menyebabkan pembuluh darah kecil menjadi rapuh dan pecah.

b) Perdarahan Subaraknoid (*Subarachnoid Hemorrhage/SAH*)

Perdarahan yang terjadi di ruang subaraknoid (ruang antara otak dan selaput pelindungnya). Penyebab utamanya adalah pecahnya aneurisma (pelebaran abnormal) pembuluh darah di otak.

3) Klasifikasi Berdasarkan Waktu dan Gejala

Selain berdasarkan penyebab, stroke juga diklasifikasikan berdasarkan durasi gejala:

Tabel 2.1. Klasifikasi Stroke

Klasifikasi	Keterangan
Transient Ischemic Attack (TIA)	Sering disebut sebagai "stroke ringan" atau <i>mini-stroke</i> . Gejala neurologisnya sementara dan berlangsung kurang dari 24 jam (biasanya kurang dari 1 jam), tanpa adanya bukti kerusakan jaringan otak permanen pada pencitraan. TIA adalah tanda peringatan serius.
Stroke Progresif/Evolusioner	Defisit neurologis (gejala) yang memburuk secara bertahap selama beberapa jam atau hari.
Stroke Komplet	Defisit neurologis yang sudah maksimal saat pertama kali diperiksa dan stabil.

Sumber : Rahayu, (2023)

3. Etiologi Stroke

Etiologi stroke merujuk pada penyebab atau mekanisme yang mendasari terganggunya aliran darah ke otak. Karena stroke terbagi menjadi Iskemik (sumbatan) dan Hemoragik (perdarahan), maka etiologinya pun berbeda secara fundamental.

a. Etiologi Stroke Iskemik (Stroke Sumbatan)

Stroke iskemik terjadi akibat penyumbatan pada pembuluh darah otak yang menyebabkan suplai oksigen dan nutrisi (iskemia) berkurang, yang berujung pada kematian jaringan otak (infark). Tiga mekanisme utama yang menyebabkan penyumbatan adalah (Salman *et al.*, 2022):

1) Trombosis Serebral

Terjadi ketika trombus (gumpalan darah) terbentuk di dalam arteri serebral itu sendiri. Etiologi utamanya adalah Aterosklerosis, penebalan dinding arteri karena penumpukan plak kolesterol dan lemak yang menyempitkan lumen pembuluh darah, dan memicu pembentukan gumpalan di lokasi tersebut. (Salman *et al.*, 2022)

2) Emboli Serebral

Terjadi ketika emboli (gumpalan darah atau material lain) yang berasal dari bagian tubuh lain (biasanya jantung atau arteri karotis leher) berjalan melalui aliran darah hingga akhirnya tersangkut dan menyumbat pembuluh darah yang lebih kecil di otak. Kondisi jantung seperti Atrial Fibrilasi (AF) merupakan penyebab emboli kardiogenik tersering. (Salman *et al.*, 2022)

3) Hipoperfusi Global

Terjadi ketika aliran darah ke seluruh otak berkurang secara signifikan (misalnya akibat serangan jantung mendadak, syok berat, atau penurunan tekanan darah yang sangat drastis dan berkepanjangan). (Salman *et al.*, 2022)

b. Etiologi Stroke Hemoragik (Stroke Perdarahan)

Stroke hemoragik terjadi akibat pecahnya pembuluh darah, yang menyebabkan darah bocor ke dalam jaringan otak atau ruang di sekitarnya, merusak sel-sel otak dan meningkatkan tekanan intracranial. (Dewi & Fitraneti, 2024):

1) Perdarahan Intra serebral (ICH)

Penyebab utama (sekitar 80%) adalah Hipertensi Kronis (Tekanan Darah Tinggi). Tekanan darah tinggi yang tidak terkontrol secara terus-menerus merusak dinding pembuluh darah kecil (arteriol) di otak, membuatnya rapuh dan rentan pecah. (Dewi & Fitraneti, 2024)

2) Perdarahan Subarachnoid (SAH)

Penyebab utamanya adalah pecahnya Aneurisma (pelebaran abnormal seperti balon pada dinding pembuluh darah) atau Malformasi Arteriovenosa (AVM), yaitu kelainan kongenital (bawaan) pada sambungan pembuluh darah di otak. (Dewi & Fitraneti, 2024)

4. Patofisiologi Stroke

Stroke Iskemik (Sumbatan) adalah jenis stroke yang paling umum, disebabkan oleh penyumbatan aliran darah ke area otak. Penyebab utama terjadi akibat trombosis (sumbatan lokal pada pembuluh darah otak yang aterosklerotik) atau emboli (bekuan darah dari tempat lain, seperti jantung, yang terbawa ke otak). Proses kerusakannya yaitu penyumbatan menyebabkan iskemia (kekurangan oksigen dan glukosa). Ini mematikan pompa ion seluler, menyebabkan sel melepaskan glutamat berlebihan (eksitotoksitas). Influx kalsium (Ca^{2+}) yang masif kemudian mengaktifkan enzim perusak, yang akhirnya memicu kematian sel otak (infark) dalam hitungan menit hingga jam. Zona kritis di sekitar inti infark terdapat penumbra iskemik, yaitu area yang berpotensi untuk diselamatkan jika aliran darah segera dipulihkan (Dewi & Fitraneti, 2024).

Stroke Hemoragik (Perdarahan) ini terjadi akibat pecahnya pembuluh darah di otak. Sering disebabkan oleh hipertensi kronis (menyebabkan

perdarahan di dalam otak/ICH) atau pecahnya aneurisma (menyebabkan perdarahan di permukaan otak/SAH). Darah yang keluar dari pembuluh darah membentuk hematoma yang menekan jaringan otak di sekitarnya (efek massa), menyebabkan edema dan peningkatan tekanan intrakranial (TIK). Selain itu, komponen darah juga bersifat neurotoksik dan memicu peradangan, yang memperburuk kerusakan sel (Dewi & Fitraneti, 2024).

5. Manifestasi Klinis Stroke

Manifestasi klinis (gejala) stroke terjadi secara mendadak dan bervariasi tergantung pada lokasi pembuluh darah otak yang terkena (disebut juga sindrom stroke). Secara umum, gejala stroke sering disingkat dengan akronim "FAST" (*Face, Arms, Speech, Time*). (Setiyawan et al., 2019).

1) Kelemahan/Kelumpuhan Tubuh

Hemiparesis (kelemahan) atau hemiplegia (kelumpuhan) yang mendadak pada satu sisi wajah dan/atau satu sisi tubuh (lengan dan kaki). (Setiyawan et al., 2019).

2) Gangguan Wajah (*Face Drooping*)

Salah satu sisi wajah terlihat kendur atau tidak simetris (tersenyum tidak sempurna). (Setiyawan et al., 2019).

3) Gangguan Bicara (*Speech Difficulty*)

Disartria (kesulitan mengucapkan kata-kata karena otot bicara lemah) atau Afasia (kesulitan memahami atau membentuk bahasa). (Setiyawan et al., 2019).

4) Gangguan Keseimbangan/Koordinasi Ataksia (jalan sempoyongan), pusing berputar mendadak (vertigo), dan kehilangan keseimbangan. (Setiyawan et al., 2019).

5) Gangguan Penglihatan

Kehilangan penglihatan mendadak pada satu atau kedua mata (hemianopsia atau kebutaan mendadak). (Setiyawan et al., 2019).

6) Sakit Kepala Hebat

Sakit kepala hebat yang muncul tiba-tiba tanpa sebab jelas, terutama pada stroke hemoragik (Setiawan *et al.*, 2019).

6. Pemeriksaan Penunjang Stroke

Pemeriksaan penunjang pada pasien Stroke yaitu sebagai berikut (Setiawan, 2020):

1) Pencitraan Otak (Neuro imaging)

Pemeriksaan paling penting yang harus dilakukan segera (dalam 60 menit pertama) untuk membedakan stroke iskemik dan hemoragik.

2) CT Scan Kepala (Non-Kontras)

Modalitas pemeriksaan pertama yang paling sering digunakan karena cepat dan tersedia. Sangat efektif untuk segera mendeteksi adanya perdarahan (terlihat sebagai area hiperdens/putih terang) dan menyingkirkan perdarahan sebagai penyebab. Pada stroke iskemik akut, tanda-tanda iskemia biasanya baru terlihat jelas setelah 6-24 jam.

3) MRI (*Magnetic Resonance Imaging*)

Lebih sensitif daripada CT Scan dalam mendeteksi iskemia, terutama pada jam-jam awal (menggunakan sekuens DWI *DiffusionWeighted Imaging*). Menentukan infark yang sangat dini, menilai area penumbra, dan mencari lesi kecil.

4) CT Angiografi / MRI Angiografi (MRA)

Memvisualisasikan pembuluh darah di leher dan otak untuk mengidentifikasi adanya oklusi (sumbatan) atau stenosis (penyempitan) arteri.

5) Pemeriksaan Jantung dan Vaskular

1) Elektrokardiografi (EKG) & Ekokardiografi (ECHO) Dilakukan untuk mencari sumber emboli (bekuan darah) yang berasal dari jantung, seperti pada kasus Fibrilasi Atrium (AF).

2) Ultrasonografi Doppler (Carotis dan Transkranial)

Menilai aliran darah dan mendeteksi adanya stenosis atau oklusi (penyumbatan) pada arteri karotis ekstra kranial dan arteri intra

kranial.

6) Pemeriksaan Laboratorium Darah

Dilakukan untuk mengevaluasi faktor risiko dan mengelola pasien

1) Hematologi: Darah lengkap, hitung trombosit.

Fungsi Koagulasi: *Prothrombin Time* (PT), *Activated Partial Thrombin Time* (APTT), dan INR. Penting untuk pasien yang akan menerima terapi trombolisis atau jika dicurigai adanya kelainan pembekuan darah.

2) Biokimia Darah: Gula darah (glukosa), profil lipid, serum elektrolit, dan penanda jantung (Troponin, CKMB) jika dicurigai ada masalah jantung.

3) Biomarker Khusus: Beberapa penelitian menunjukkan biomarker seperti protein S100 dan GFAP (*Glial Fibrillary Acidic Protein*) dapat membantu membedakan stroke hemoragik dan iskemik.

7. Penatalaksanaan Farmakologis dan Non Farmakologis

1. Terapi Farmakologis Stroke

1) Terapi Trombolisis Akut

Agen Alteplase (r-tPA). Obat ini memecah bekuan darah (trombus) yang menyumbat arteri serebral. Harus diberikan dalam window period (jendela waktu) yang ketat, biasanya <4,5 jam sejak onset gejala. Memperbaiki perfusi ke area penumbra iskemik untuk mencegah kematian sel.

2) Terapi Anti platelet

Agen Aspirin atau Klopidoogrel. Mencegah agregasi trombosit, mengurangi risiko pembentukan bekuan baru. Diberikan setelah 24 jam jika tidak ada trombolisis, atau untuk pencegahan sekunder jangka panjang.

3) Terapi Anti koagulan

Agen Heparin, Warfarin, atau *Direct Oral Anticoagulants* (DOACs). Mencegah pembentukan bekuan darah, terutama pada stroke yang disebabkan oleh emboli dari jantung (misalnya pada

Fibrilasi Atrium).

4) Kontrol Tekanan Darah

Target tekanan darah disesuaikan. Pada fase akut stroke iskemik, tekanan darah dipertahankan sedikit lebih tinggi (sebelum trombolisis) untuk memastikan perfusi otak. Jika diberikan r-tPA, tekanan darah harus dikontrol ketat di bawah 185/110 mmHg.

5) Kontrol Tekanan Darah Agresif

Tekanan darah diturunkan secara cepat dan hati-hati untuk mencegah perluasan hematoma. Agen seperti Labetalol atau Nicardipine sering digunakan.

6) Kontrol Tekanan Intrakranial (TIK)

Penggunaan Manitol atau cairan hipertonik untuk mengurangi edema otak dan TIK yang meningkat.

7) Antagonis Kalsium (SAH)

Agen Nimodipine. Diberikan pada *Subarachnoid Hemorrhage* (SAH) untuk mencegah vasospasme (penyempitan pembuluh darah) sekunder yang dapat menyebabkan iskemia (Ackerson *etal.*, 2020).

2. Penatalaksanaan Non Farmakologi Stroke

Terapi non farmakologi berfokus pada rehabilitasi, pencegahan komplikasi, dan dukungan psikososial.

a) Rehabilitasi (Fisik, Okupasi, Wicara)

Dimulai sedini mungkin. Bertujuan mengoptimalkan fungsi motorik, kognitif, dan komunikasi untuk memaksimalkan kemandirian.

b) Pengelolaan Faktor Risiko

Modifikasi gaya hidup diet sehat, berhenti merokok, olahraga teratur.

c) Edukasi dan kepatuhan pengobatan hipertensi, diabetes, dan dislipidemia (Miranda, 2021)

C. Konsep Intervensi *Foot Massage*

1. Pengertian *Foot Massage*

Foot massage atau pijat kaki adalah teknik manipulasi jaringan lunak pada kaki yang tujuannya menciptakan relaksasi, meningkatkan sirkulasi darah, dan mengurangi ketegangan otot. Dalam literatur keperawatan dan terapi komplementer, pijat kaki termasuk kategori ini yang memberi rangsangan pada titik-titik refleks tertentu yang diyakini berkaitan dengan sistem organ dan sistem saraf (Harliani & Anugrah, 2024).

2. Tujuan *Foot Massage*

Tujuan penerapan *foot massage* dalam konteks perawatan paliatif keluarga pada pasien stroke adalah untuk meningkatkan kenyamanan fisik dan psikologis pasien, serta mendukung kualitas hidup pasien dan keluarga sebagai *caregiver* utama (Talebipour et al., 2020). Secara khusus, tujuan *foot massage* meliputi:

1. Mengurangi ketidaknyamanan fisik seperti nyeri, ketegangan otot, dan rasa tidak nyaman pada ekstremitas bawah akibat imobilitas pasca-stroke.
2. Meningkatkan relaksasi dan ketenangan melalui stimulasi sistem saraf parasimpatis, sehingga membantu mengurangi kecemasan dan stres pada pasien stroke.
3. Membantu pengendalian tekanan darah, terutama pada pasien stroke dengan riwayat hipertensi, yang merupakan faktor risiko utama kekambuhan stroke.
4. Meningkatkan kualitas tidur pasien, yang sering terganggu akibat nyeri, kecemasan, atau ketidaknyamanan fisik.
5. Memberdayakan keluarga sebagai pemberi perawatan dengan memberikan intervensi sederhana, aman, dan bermakna dalam perawatan paliatif di rumah (Talebipour et al., 2020).

3. Manfaat *Foot Massage*

- a. Manfaat bagi Pasien Stroke

Penerapan *foot massage* memberikan berbagai manfaat bagi pasien stroke, antara lain:

- 1) Menurunkan tekanan darah dan denyut nadi, melalui mekanisme relaksasi dan vasodilatasi perifer akibat aktivasi sistem saraf parasimpatis.
- 2) Mengurangi kecemasan, stres, dan ketegangan emosional, yang sering dialami pasien stroke, terutama pada fase kronis dan paliatif.
- 3) Meningkatkan sirkulasi darah perifer, sehingga membantu mencegah kekakuan sendi, edema, dan ketidaknyamanan pada ekstremitas bawah.
- 4) Meningkatkan rasa nyaman dan relaksasi umum, yang berkontribusi pada peningkatan kualitas hidup pasien stroke dalam jangka panjang.
- 5) Beberapa penelitian melaporkan bahwa *foot massage* efektif menurunkan tekanan darah, meningkatkan relaksasi, serta memperbaiki kualitas tidur pada pasien stroke maupun pasien dengan penyakit kronis lainnya (Talebipour *et al.*, 2020).

b. Manfaat bagi Keluarga sebagai *Caregiver*

Dalam perawatan paliatif berbasis keluarga, *foot massage* juga memberikan manfaat signifikan bagi *caregiver*, yaitu:

- 1) Meningkatkan keterlibatan dan peran aktif keluarga dalam perawatan pasien stroke.
- 2) Mengurangi beban psikologis *caregiver*, karena keluarga merasa mampu memberikan kontribusi nyata terhadap kenyamanan pasien.
- 3) Memperkuat hubungan emosional antara pasien dan keluarga, melalui sentuhan terapeutik yang menumbuhkan rasa aman dan empati.
- 4) Meningkatkan kepuasan keluarga terhadap perawatan,

karena intervensi dapat dilakukan secara mandiri, murah, dan berkelanjutan di rumah (Wyatt *et al.*, 2018).

4. Indikasi *Foot Massage*

Foot massage diindikasikan pada pasien stroke yang berada dalam konteks perawatan paliatif keluarga dengan kriteria sebagai berikut (Talebipour *et al.*, 2020):

- a. Pasien stroke fase kronis atau paliatif, dengan keterbatasan mobilitas atau ketergantungan dalam aktivitas sehari-hari.
- b. Pasien stroke dengan keluhan ketidaknyamanan fisik, seperti nyeri ringan sampai sedang, ketegangan otot, kaki terasa kaku, atau mudah lelah.
- c. Pasien stroke dengan hipertensi terkontrol, sebagai terapi nonfarmakologis pendamping untuk membantu stabilisasi tekanan darah.
- d. Pasien stroke yang mengalami gangguan tidur, kecemasan, atau stres psikologis, terutama akibat penyakit jangka panjang.
- e. Pasien stroke yang dirawat di rumah oleh keluarga, di mana keluarga telah mendapatkan edukasi dasar mengenai teknik *foot massage* yang aman (Talebipour *et al.*, 2020).

5. Strategi Operasional Prosedur (SOP) *Foot Massage*

- a. Persiapan
 - 1) Perawat
 - a) Cuci tangan dan gunakan APD sesuai kebutuhan
 - b) Jelaskan prosedur kepada pasien dan keluarga
 - c) Pastikan privasi dan kenyamanan pasien
 - 2) Pasien
 - a) Pasien dalam posisi nyaman (terlentang atau setengah duduk)
 - b) Kaki bersih dan terbuka
- b. Alat
 - 1) Minyak pijat atau lotion

- 2) Handuk bersih
- 3) Sarung tangan (bila diperlukan)
- c. Prosedur Pelaksanaan
 - 1) Cuci tangan
 - 2) Identifikasi pasien dan verifikasi persetujuan
 - 3) Atur posisi pasien dengan nyaman
 - 4) Observasi kondisi kaki (warna, suhu, luka, nyeri)
 - 5) Oleskan minyak/lotion secukupnya
 - 6) Lakukan pijatan secara perlahan:
 - a) Usapan lembut dari tumit ke arah jari
 - b) Gerakan memutar pada telapak kaki
 - c) Tekanan ringan–sedang (hindari tekanan kuat)
 - d) Pijat setiap kaki selama 15-20 menit
 - 7) Observasi respons pasien selama tindakan
 - 8) Akhiri pijatan, bersihkan kaki, rapikan posisi pasien
 - 9) Cuci tangan kembali
- d. Evaluasi
 - 1) Pasien tampak lebih rileks
 - 2) Penurunan skala nyeri (jika ada)
 - 3) Ekspresi wajah lebih tenang
 - 4) Tanda vital stabil
 - 5) Tidak ada keluhan selama atau setelah tindakan
- e. Edukasi Keluarga
 - 1) Jelaskan manfaat foot massage dalam perawatan paliatif
 - 2) Demonstrasikan teknik dasar yang aman
 - 3) Anjurkan keluarga melakukan pijatan secara rutin sesuai toleransi pasien
 - 4) Ingatkan tanda-tanda yang harus dihindari (nyeri, luka, bengkak)
- f. Dokumentasi

Catat dalam catatan keperawatan:

- 1) Tanggal dan waktu tindakan
 - 2) Kondisi pasien sebelum dan sesudah intervensi
 - 3) Respons pasien
 - 4) Edukasi yang diberikan kepada keluarga
 - 5) Nama dan tanda tangan perawat
- g. Keselamatan Pasien
- 1) Hentikan tindakan bila pasien merasa tidak nyaman
 - 2) Gunakan tekanan lembut
 - 3) Selalu libatkan keluarga dalam pengawasan

D. Konsep Intervensi Latihan ROM

1. Pengertian Latihan ROM

Latihan *Range of Motion* (ROM) adalah latihan gerak sendi yang dilakukan secara sistematis dan terkontrol untuk mempertahankan atau meningkatkan rentang gerak sendi, fleksibilitas, dan kekuatan otot, terutama pada pasien dengan keterbatasan mobilitas seperti pasien stroke. Latihan ROM dapat berupa ROM pasif, ROM aktif, dan ROM aktif-bantu, yang pemilihannya disesuaikan dengan kondisi dan kemampuan motorik pasien (Andriani Dian, 2021).

Pada pasien stroke, ROM merupakan bagian penting dari intervensi rehabilitatif dan keperawatan karena stroke sering menimbulkan kelemahan otot (hemiparesis), kekakuan sendi, dan gangguan mobilitas. Dalam perawatan paliatif keluarga, latihan ROM dilakukan dengan tujuan mempertahankan fungsi tubuh yang tersisa serta meningkatkan kenyamanan pasien, bukan semata-mata untuk pemulihan fungsi total (Andriani Dian, 2021).

2. Tujuan Latihan ROM

Tujuan penerapan latihan ROM pada pasien stroke dalam perawatan paliatif keluarga adalah untuk mempertahankan fungsi muskuloskeletal dan meningkatkan kualitas hidup pasien. Secara

khusus, tujuan latihan ROM meliputi (Andriani Dian, 2021):a

- a. Mempertahankan dan meningkatkan rentang gerak sendi.
- b. Mencegah terjadinya kekakuan sendi dan kontraktur.
- c. Meningkatkan atau mempertahankan kekuatan otot ekstremitas.
- d. Mencegah komplikasi akibat imobilisasi jangka panjang.
- e. Mendukung kenyamanan dan kualitas hidup pasien stroke paliatif.

3. Manfaat Latihan ROM

a. Manfaat bagi Pasien Stroke

Latihan ROM memberikan manfaat fisiologis yang signifikan bagi pasien stroke, antara lain (Andriani Dian, 2021):

- 1) Meningkatkan fleksibilitas dan mobilitas sendi, sehingga mengurangi kekakuan ekstremitas.
- 2) Meningkatkan kekuatan otot secara bertahap, terutama bila dilakukan secara rutin.
- 3) Melancarkan sirkulasi darah perifer, yang membantu suplai oksigen dan nutrisi ke jaringan.
- 4) Mengurangi nyeri dan ketidaknyamanan akibat imobilisasi. Mendukung kemampuan fungsional dan kualitas hidup pasien.

b. Manfaat bagi Keluarga (*Caregiver*)

Dalam perawatan paliatif berbasis keluarga, latihan ROM juga memberikan manfaat bagi *caregiver*, antara lain (Andriani Dian, 2021):

- 1) Meningkatkan peran aktif keluarga dalam perawatan pasien.
- 2) Mengurangi ketergantungan total pasien terhadap perawat profesional.
- 3) Meningkatkan rasa percaya diri dan kompetensi keluarga dalam merawat pasien stroke.
- 4) Memperkuat hubungan emosional antara pasien dan

keluarga.

4. Indikasi Latihan ROM

Latihan ROM diindikasikan pada pasien stroke dengan kondisi berikut (Andriani Dian, 2021):

- a. Pasien stroke dengan keterbatasan mobilitas fisik parsial atau total.
- b. Pasien stroke fase subakut, kronis, atau paliatif.
- c. Pasien dengan kelemahan otot yang masih memungkinkan dilakukan ROM pasif atau aktif bantu.
- d. Pasien stroke yang menjalani perawatan di rumah dengan pendampingan keluarga.
- e. Pasien dalam kondisi hemodinamik stabil.

E. Konsep Kekuatan Otot

1. Pengertian Kekuatan Otot

Kekuatan otot adalah kemampuan mengerahkan kekuatan maksimal melawan tekanan lawan. Otot yang kuat dapat melindungi persendian di sekitarnya dan mengurangi risiko cedera saat beraktivitas fisik. Oleh karena itu, penting untuk melatih kekuatan otot agar mempunyai tenaga. Kekuatan otot merupakan indikator utama fungsi neuromuskular yang dipengaruhi oleh integritas sistem saraf, massa otot, dan latihan. Pada pasien stroke, penurunan kekuatan otot (paresis) menjadi masalah utama sehingga intervensi seperti latihan ROM dan terapi komplementer sangat penting untuk mempertahankan dan meningkatkan fungsi tersebut (Pangemanan & Engka, 2020).

2. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kekuatan Otot

Faktor-faktor mempengaruhi kekuatan otot diantaranya sebagai berikut (Pangemanan & Engka, 2020):

f. Ukuran Otot / Massa Otot

Ukuran (diameter atau massa) otot berhubungan langsung dengan kemampuan menghasilkan gaya. Otot yang lebih besar umumnya dapat menghasilkan kekuatan yang lebih besar karena memiliki lebih

banyak serat otot yang bekerja bersama.

g. Komposisi & Kualitas Otot

Kualitas otot meliputi aspek fisiologis seperti jaringan adiposa intramuskular, intensitas sinyal neuromuskular, dan kondisi serat otot. Variasi dalam komposisi ini mempengaruhi seberapa efektif otot menghasilkan gaya.

h. Aktivasi Neuromuskular

Efisiensi rekrutmen unit motorik dan kecepatan impuls saraf yang mencapai otot berpengaruh pada kekuatan yang dapat dihasilkan.

i. Faktor Biomekanika

Susunan struktur otot, hubungan titik tempuh otot terhadap sendi, dan sudut otot terhadap tulang memengaruhi leverage dan output kekuatan.

j. Jenis Kelamin

Perbedaan hormon dan massa otot biasanya membuat laki-laki memiliki nilai kekuatan otot yang lebih tinggi dibanding perempuan, terutama setelah masa pubertas.

k. Usia

Kekuatan otot meningkat sampai usia tertentu (dewasa muda), kemudian cenderung menurun seiring penuaan karena atrofi atau perubahan serat otot.

l. Status Nutrisi & Asupan Energi/Protein

Gizi dan asupan protein memainkan peran penting dalam sintesis protein otot dan pemeliharaan massa otot. Kekurangan nutrisi dapat menurunkan kekuatan muscle strength.

m. Aktivitas Fisik & Latihan

Latihan beban dan stimulus mekanik memicu adaptasi otot (hipertrofi dan peningkatan sinyal neuromuskular) yang meningkatkan kekuatan.

n. Status Kesehatan & Penyakit

Kondisi medis seperti gangguan neurologis, penyakit kronis, atau

imobilisasi dapat mempengaruhi kekuatan otot. (Mis. penurunan kekuatan pada pasien hemodialisis) (Pangemanan & Engka, 2020).



F. Penelitian Terkait

Tabel 2.3 Penelitian Terkait

NO	Penulis&Judul	Jurnal &TahunTerbit	Sampel Penelitian	Metode Penelitian	Hasil Penelitian
1.	Azam Talebipour Vakilian, Sadeghi Alireza, Sayadi Tabandeh, Reza Ahmad (Talebipour et al., 2020) “The Effect of Foot Reflexive Massage on the Physiological Indexes of Cerebrovascular Accident (CVA) Patients”	Penelitian ini dipublikasikan pada tahun 2020 dalam <i>Pakistan Journal of Medical & Health Sciences</i> , Volume 14, Nomor 2.	Sampel penelitian terdiri dari pasien stroke yang mengalami peningkatan tekanan darah dan menjalani perawatan medis. Jumlah sampel dibagi ke dalam kelompok intervensi dan kelompok kontrol, dengan karakteristik responden dewasa dan kondisi hemodinamik relatif stabil. Responden dipilih berdasarkan kriteria inklusi tertentu, seperti mampu berkomunikasi dan tidak memiliki kontraindikasi terhadap terapi pijat kaki.	Penelitian ini menggunakan desain quasi-experimental dengan pretest–posttest control group design. Kelompok intervensi diberikan terapi <i>foot massage</i> , sedangkan kelompok kontrol hanya menerima perawatan standar tanpa pijat kaki. Intervensi <i>foot reflexology</i> dilakukan oleh tenaga terlatih dengan teknik pemijatan pada titik-titik refleksi kaki tertentu selama ± 30 menit per sesi, dalam periode waktu yang	Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat penurunan tekanan darah sistolik dan diastolik yang signifikan pada kelompok yang menerima intervensi <i>foot massage</i> dibandingkan dengan kelompok kontrol. Penurunan tekanan darah terjadi setelah pemberian terapi pijat kaki secara konsisten, yang mengindikasikan bahwa <i>foot massage</i> efektif dalam membantu menstabilkan tekanan darah pada pasien stroke.

				telah ditentukan oleh peneliti. Tekanan darah sistolik dan diastolik diukur sebelum dan sesudah intervensi menggunakan alat ukur standar. Data dianalisis secara statistik untuk melihat perbedaan perubahan tekanan darah antara kedua kelompok.	
2.	Desnayati Purba, Bagus Sidiq, Ingkai, Elfride, Kristina L, Dedek Sucahyo, Dian (Desnayati, dkk., 2022) "Efektivitas ROM (Range of Motion) terhadap Kekuatan Otot pada Pasien Stroke di Rumah Sakit Royal Prima Tahun 2021"	JUMANTIK Volume 7 No. 1 Februari 2022	Sampel penelitian ini berjumlah 20 orang pasien stroke yang dirawat di Rumah Sakit Umum Royal Prima Medan pada bulan Juli 2021. Sampel diambil dari populasi sebanyak 30 pasien stroke dengan menggunakan teknik accidental sampling , yaitu responden yang kebetulan ditemui dan memenuhi kriteria inklusi saat penelitian berlangsung.	Penelitian ini menggunakan metode quasi-eksperimental dengan desain one group pretest–posttest. Pengukuran kekuatan otot dilakukan sebelum dan sesudah pemberian intervensi <i>latihan Range of Motion (ROM)</i> . Kekuatan otot diukur menggunakan Manual Muscle Testing (MMT) dengan skala 0–5. Analisis data dilakukan secara bivariat	Hasil penelitian menunjukkan adanya peningkatan kekuatan otot yang signifikan setelah dilakukan latihan ROM. Rata-rata kekuatan otot responden sebelum intervensi adalah 3,50 , kemudian meningkat menjadi 4,00 setelah intervensi. Uji statistik Wilcoxon menunjukkan nilai p = 0,004 (p < 0,05) dengan nilai Z sebesar 2,887 , yang berarti terdapat pengaruh yang signifikan antara latihan ROM terhadap peningkatan

				menggunakan uji Wilcoxon Signed Rank Test untuk mengetahui perbedaan kekuatan otot sebelum dan sesudah intervensi ROM.	kekuatan otot pada pasien stroke. Dengan demikian, latihan ROM terbukti efektif sebagai salah satu intervensi rehabilitatif untuk meningkatkan kekuatan otot pasien stroke.
3.	Fajar Amanah Ariga, Youlanda Sari (Fajar & Youlanda, 2025) ”Pengaruh Latihan ROM terhadap Peningkatan kekuatan otot pada pasien stroke”	Jurnal Keperawatan dan Kesehatan Holistik Vol 1, No 2, Juli, 2025	Jumlah sampel 14 responden dengan teknik consecutive sampling yang diberikan latihan ROM dengan latihan 7 hari dengan latihan 6 kali sehari pada pasien stroke di Rumah Sakit Sundari Medan.	Rancangan penelitian dengan menggunakan metode pre- eksperimen dengan One Group pre test-post test desain	Hasil dari penelitian ini dapat disimpulkan yaitu Derajat kekuatan otot sebelum dilakukan Range Of Motion terbanyak pada derajat 2 yaitu dengan kemampuan pasien bergerak tapi tidak dapat melawan gravitasi 2. Derajat kekuatan otot setelah dilakukan Range Of Motion, terbanyak pada derajat 4 yaitu dengan kemampuan pasien untuk melawan tahanan ringan.. Terdapat pengaruh latihan Range Of Motion terhadap kekuatan otot pada pasien stroke di RSUD Sundari Medan. hal ini menunjukkan nilai p 0.001

G. Rencana Asuhan Keperawatan Keluarga

1. Pengkajian

Dalam konteks asuhan keperawatan keluarga, proses pengkajian merupakan tahap awal yang bersifat sistematis dan berkesinambungan dalam mengumpulkan data mengenai kondisi kesehatan individu, keluarga, serta lingkungan tempat tinggalnya. Informasi yang diperoleh tidak hanya dikumpulkan, tetapi juga dianalisis dan diinterpretasikan secara mendalam untuk mengidentifikasi masalah kesehatan, kebutuhan, serta kemampuan keluarga dalam merawat anggotanya. Sumber data pengkajian meliputi anamnesis atau wawancara dengan anggota keluarga, pengamatan langsung terhadap interaksi dan pola hidup keluarga, pemeriksaan fisik anggota keluarga, serta penelaahan data dokumentasi yang relevan, seperti catatan kesehatan atau riwayat penyakit. Hasil pengkajian ini menjadi dasar dalam penetapan diagnosis keperawatan keluarga dan perencanaan intervensi keperawatan yang tepat dan berorientasi pada pemberdayaan keluarga. Adapun cara dalam pengumpulan data, yaitu :

a. Observasi

Observasi merupakan metode pengkajian yang dilakukan melalui pengamatan langsung terhadap kondisi keluarga tanpa harus selalu melalui proses wawancara. Pengamatan ini ditujukan pada hal-hal yang dapat dinilai secara objektif, seperti kondisi lingkungan fisik tempat tinggal keluarga. Aspek yang diamati antara lain ventilasi rumah, pencahayaan, kebersihan lingkungan, kepadatan hunian, serta ketersediaan sarana sanitasi. Melalui observasi, perawat dapat memperoleh data yang akurat mengenai faktor lingkungan yang berpotensi memengaruhi kesehatan anggota keluarga.

b. Wawancara

Pengkajian dalam asuhan keperawatan keluarga mencakup berbagai aspek yang perlu diketahui secara menyeluruh, baik yang berkaitan dengan kondisi fisik, mental, sosial budaya, ekonomi, kebiasaan hidup, maupun lingkungan keluarga. Pengkajian aspek fisik bertujuan untuk

mengetahui status kesehatan anggota keluarga, sedangkan aspek mental dan psikososial berfokus pada kondisi emosional, pola coping, serta hubungan antaranggota keluarga. Selain itu, aspek sosial budaya dan ekonomi penting untuk memahami nilai, norma, kepercayaan, serta kemampuan keluarga dalam memenuhi kebutuhan kesehatan. Kebiasaan sehari-hari dan kondisi lingkungan juga dikaji untuk mengidentifikasi faktor risiko yang dapat memengaruhi derajat kesehatan keluarga.

c. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan secara sistematis dengan pendekatan *head to toe* terhadap anggota keluarga yang memiliki masalah kesehatan atau kebutuhan keperawatan. Pemeriksaan ini bertujuan untuk menilai kondisi fisik secara menyeluruh, mengidentifikasi tanda dan gejala penyakit, serta menentukan tingkat keparahan masalah kesehatan yang dialami. Hasil pemeriksaan fisik menjadi dasar penting dalam penegakan diagnosis keperawatan keluarga dan perencanaan intervensi keperawatan yang sesuai dengan kondisi klien dan keluarga.

d. Data Dokumentasi

Data dokumentasi merupakan sumber data sekunder yang diperoleh melalui pengkajian terhadap berbagai catatan atau dokumen kesehatan klien dan keluarga. Dokumen yang dikaji antara lain Kartu Menuju Sehat (KMS), kartu keluarga, rekam medis, serta catatan kesehatan lain yang berkaitan dengan kondisi klien. Data dokumentasi ini digunakan untuk melengkapi dan memvalidasi data hasil wawancara, observasi, dan pemeriksaan fisik, sehingga perawat memperoleh gambaran kondisi kesehatan keluarga secara lebih komprehensif.

Adapun pengkajian dalam keluarga meliputi :

a. Data Umum

1) Identitas Keluarga

Pengkajian identitas keluarga mencakup nama kepala keluarga, alamat tempat tinggal, nomor telepon yang dapat dihubungi, pekerjaan dan

tingkat pendidikan kepala keluarga, serta komposisi anggota keluarga. Pada keluarga yang memiliki anggota menderita stroke, data identitas ini penting untuk mengetahui siapa yang berperan sebagai pengambil keputusan, penanggung jawab perawatan, serta potensi dukungan yang tersedia di dalam keluarga. Komposisi keluarga juga membantu perawat dalam mengidentifikasi anggota keluarga yang dapat dilibatkan sebagai *caregiver* utama dalam perawatan pasien stroke di rumah.

2) Tipe Keluarga

Pengkajian tipe keluarga dilakukan untuk menjelaskan bentuk atau struktur keluarga, seperti keluarga inti, keluarga besar, atau keluarga dengan orang tua tunggal, serta mengidentifikasi kendala atau masalah yang mungkin timbul dari tipe keluarga tersebut. Pada keluarga dengan anggota yang menderita stroke, tipe keluarga sangat memengaruhi pola perawatan, pembagian peran, dan kemampuan keluarga dalam memenuhi kebutuhan pasien, terutama terkait dengan perawatan jangka panjang, rehabilitasi, dan pemenuhan aktivitas sehari-hari pasien stroke.

3) Suku Bangsa

Pengkajian suku bangsa bertujuan untuk mengetahui latar belakang budaya keluarga serta nilai, norma, dan kebiasaan yang berkaitan dengan kesehatan dan perawatan penyakit. Pada keluarga dengan pasien stroke, pemahaman terhadap budaya suku bangsa menjadi penting karena dapat memengaruhi persepsi keluarga terhadap penyakit stroke, cara keluarga merawat anggota yang sakit, pola makan, penggunaan pengobatan tradisional, serta penerimaan terhadap tindakan keperawatan dan rehabilitasi yang dianjurkan.

4) Agama

Pengkajian agama meliputi identifikasi agama yang dianut oleh

keluarga serta kepercayaan spiritual yang dapat memengaruhi perilaku kesehatan. Pada keluarga yang memiliki anggota menderita stroke, aspek agama dan spiritual sering menjadi sumber kekuatan dan dukungan emosional dalam menghadapi kondisi penyakit yang bersifat kronis dan menimbulkan keterbatasan fisik. Selain itu, keyakinan agama juga dapat memengaruhi kepatuhan keluarga terhadap pengobatan, cara memaknai sakit, serta keputusan dalam perawatan pasien stroke.

5) Status Sosial ekonomi keluarga

Status sosial ekonomi keluarga ditentukan oleh tingkat pendapatan kepala keluarga dan anggota keluarga lainnya, pengeluaran rutin, serta kepemilikan aset atau barang berharga. Pada keluarga dengan anggota yang menderita stroke, kondisi sosial ekonomi sangat berpengaruh terhadap kemampuan keluarga dalam memenuhi kebutuhan perawatan, seperti biaya pengobatan, rehabilitasi, alat bantu (kursi roda, tongkat), serta modifikasi lingkungan rumah. Keterbatasan ekonomi dapat menjadi faktor penghambat dalam optimalisasi perawatan dan pemulihan pasien stroke.

6) Aktivitas Rekreasi Keluarga

Aktivitas rekreasi keluarga tidak hanya diartikan sebagai kegiatan bepergian ke tempat wisata, tetapi juga mencakup aktivitas sederhana seperti menonton televisi, mendengarkan radio, atau berkumpul bersama di rumah. Pada keluarga dengan anggota menderita stroke, aktivitas rekreasi berperan penting dalam menjaga kesehatan psikologis pasien dan keluarga. Kegiatan rekreasi yang disesuaikan dengan kondisi fisik pasien stroke dapat membantu mengurangi stres, meningkatkan motivasi, serta memperkuat hubungan antaranggota keluarga dalam proses perawatan jangka panjang.

b. Riwayat dan tahap perkembangan keluarga

1) Tahap perkembangan Keluarga Saat Ini

Tahap perkembangan keluarga ditentukan berdasarkan usia dan peran anak tertua dalam keluarga inti. Pada keluarga yang memiliki anggota menderita stroke sering kali kepala keluarga atau orang tua tahap perkembangan keluarga dapat mengalami perubahan atau gangguan. Kondisi stroke yang menimbulkan keterbatasan fisik dan ketergantungan dapat menggeser peran dan tanggung jawab dalam keluarga, sehingga memengaruhi pencapaian tugas perkembangan yang seharusnya dipenuhi pada tahap tersebut.

- 2) Tahap Perkembangan Keluarga yang Belum Terpenuhi
- 3) Riwayat Kesehatan Keluarga Inti
- 4) Riwayat Kesehatan Keluarga Sebelumnya

c. Lingkungan

1) Karakteristik Rumah

Karakteristik rumah dikaji dengan menilai luas dan tipe rumah, jumlah ruangan dan jendela, pencahayaan, ventilasi, penataan perabot, sanitasi, sumber air minum, serta denah rumah. Pada keluarga dengan pasien stroke, kondisi rumah sangat berpengaruh terhadap keselamatan dan kenyamanan pasien, terutama terkait risiko jatuh, aksesibilitas, serta kemudahan mobilisasi. Modifikasi lingkungan rumah sering kali diperlukan untuk mendukung perawatan pasien stroke di rumah.

2) Karakteristik Tetangga dan Komunitas Setempat

Pengkajian komunitas mencakup kebiasaan, lingkungan fisik, aturan atau kesepakatan setempat, serta budaya yang memengaruhi kesehatan. Dukungan dari tetangga dan komunitas dapat membantu keluarga dalam merawat pasien stroke, baik dalam bentuk dukungan sosial, emosional, maupun bantuan praktis.

3) Mobilitas Geografis Keluarga

Mobilitas geografis keluarga dinilai dari kebiasaan berpindah tempat tinggal. Pada keluarga dengan anggota menderita stroke, mobilitas

cenderung menurun karena kebutuhan perawatan berkelanjutan dan keterbatasan fisik pasien, sehingga keluarga lebih menetap untuk memudahkan akses pelayanan kesehatan.

4) Perkumpulan Keluarga dan Interaksi dengan Masyarakat

Pengkajian ini menilai frekuensi keluarga berkumpul serta keterlibatan keluarga dalam kegiatan masyarakat. Pada keluarga dengan pasien stroke, interaksi sosial dapat berkurang akibat keterbatasan pasien atau beban perawatan, sehingga perlu dukungan untuk tetap mempertahankan hubungan sosial yang positif.

5) Sistem Pendukung Keluarga

Sistem pendukung keluarga meliputi jumlah anggota keluarga yang sehat, ketersediaan fasilitas kesehatan, serta sumber daya lain yang menunjang kesehatan. Pada kasus stroke, keberadaan *caregiver* utama dan akses terhadap fasilitas rehabilitasi sangat menentukan keberhasilan perawatan jangka panjang.

d. Fungsi Keluarga

1) Fungsi Afektif

Fungsi afektif terlihat dari adanya rasa saling menyayangi, menghargai, dan mendukung antaranggota keluarga. Pada keluarga dengan pasien stroke, dukungan emosional sangat penting untuk membantu pasien dan keluarga menghadapi perubahan peran serta keterbatasan yang muncul akibat penyakit.

2) Fungsi Sosial

Fungsi sosial keluarga tercermin dari kemampuan keluarga menjalin hubungan dengan lingkungan dan mengikuti kegiatan masyarakat. Stroke dapat membatasi fungsi sosial pasien dan keluarga, sehingga perlu adaptasi agar interaksi sosial tetap terjaga.

3) Fungsi Perawatan Kesehatan

Fungsi ini berkaitan dengan kemampuan keluarga mengenali masalah kesehatan, mengambil keputusan, dan merawat anggota keluarga yang

sakit. Pada keluarga dengan pasien stroke, kemampuan keluarga dalam memahami penyebab stroke, menjalankan pengobatan, melakukan perawatan sehari-hari, serta memanfaatkan fasilitas kesehatan menjadi sangat penting.

4) Fungsi Ekonomi

Fungsi ekonomi mencakup kemampuan keluarga memenuhi kebutuhan dasar seperti makanan, tempat tinggal, dan rasa aman. Stroke sering menimbulkan dampak ekonomi akibat biaya pengobatan dan berkurangnya pendapatan, sehingga menjadi fokus penting dalam pengkajian keperawatan keluarga.

e. Stress dan coping keluarga

1) Stresor Jangka Pendek

Stresor jangka pendek merupakan masalah yang memerlukan penyelesaian dalam waktu kurang dari enam bulan, seperti kelelahan keluarga akibat perawatan awal pasien stroke atau kecemasan menghadapi kondisi akut.

2) Stresor Jangka Panjang

Stresor jangka panjang berkaitan dengan perawatan kronis pasien stroke, perubahan peran keluarga, ketergantungan pasien, serta masalah ekonomi yang memerlukan adaptasi dalam jangka waktu lama.

3) Strategi Koping

Strategi koping keluarga dinilai dari cara keluarga menghadapi masalah, misalnya melalui komunikasi terbuka, musyawarah, dan saling mendukung. Koping yang adaptif membantu keluarga mempertahankan keseimbangan dalam merawat pasien stroke.

f. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik dalam asuhan keperawatan keluarga pada kasus stroke tidak hanya berfokus pada pasien, tetapi juga mencakup anggota keluarga lainnya. Hal ini bertujuan untuk memperoleh gambaran menyeluruh

mengenai kondisi kesehatan pasien stroke, kemampuan keluarga dalam memberikan perawatan, serta potensi masalah kesehatan keluarga yang dapat memengaruhi keberhasilan perawatan di rumah. Pemeriksaan dilakukan secara sistematis dengan pendekatan *head to toe*, disesuaikan dengan kondisi dan peran masing-masing anggota keluarga.

g. Masalah Kesehatan Keluarga

Masalah kesehatan keluarga dikelompokkan menjadi diagnosis aktual, diagnosis risiko, dan diagnosis potensial. Diagnosis aktual menunjukkan masalah keperawatan yang sedang dialami keluarga dan memerlukan penanganan segera, diagnosis risiko menggambarkan kemungkinan terjadinya masalah kesehatan apabila tidak dilakukan intervensi, sedangkan diagnosis potensial menunjukkan kondisi sejahtera keluarga yang masih dapat ditingkatkan. Penegakan diagnosis keperawatan keluarga dilakukan dengan formulasi PES (*Problem, Etiologi, Symptom*).

2. Diagnosa Keperawatan

Perumusan diagnosis keperawatan keluarga pada kasus stroke dilakukan secara sistematis dengan menggunakan pendekatan **PES (*Problem, Etiologi, Sign*)**. Diagnosis ini menggambarkan respons keluarga terhadap masalah kesehatan yang dialami oleh anggota keluarga yang menderita stroke serta kemampuan keluarga dalam menjalankan fungsi dan tugas kesehatannya.

a. Masalah (Problem)

Masalah merupakan pernyataan mengenai tidak terpenuhinya kebutuhan dasar manusia yang dialami oleh keluarga atau anggota keluarga yang menderita stroke. Pada keluarga dengan pasien stroke, masalah dapat muncul baik pada individu yang sakit maupun pada keluarga secara keseluruhan. Masalah tersebut dapat berupa gangguan mobilitas fisik, ketidakmampuan melakukan perawatan diri, gangguan komunikasi, maupun ketidakefektifan peran keluarga dalam merawat anggota yang mengalami stroke. Masalah ini mencerminkan adanya ketergantungan pasien terhadap keluarga serta dampak stroke terhadap

fungsi keluarga secara menyeluruh.

b. Penyebab (Etiologi)

Penyebab atau etiologi adalah faktor-faktor yang berkontribusi terhadap munculnya masalah keperawatan pada keluarga dengan anggota menderita stroke. Etiologi dirumuskan dengan mengacu pada lima tugas kesehatan keluarga, yaitu kemampuan keluarga dalam mengenali masalah kesehatan, mengambil keputusan yang tepat, merawat anggota keluarga yang sakit, memelihara lingkungan yang mendukung kesehatan, serta memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan. Pada kasus stroke, etiologi dapat berupa kurangnya pengetahuan keluarga tentang penyakit stroke dan perawatannya, ketidakmampuan keluarga dalam melakukan perawatan sehari-hari dan rehabilitasi di rumah, keterbatasan ekonomi, serta kurang optimalnya pemanfaatan fasilitas kesehatan dan layanan rehabilitasi.

c. Tanda dan Gejala (Sign)

Tanda dan gejala merupakan kumpulan data subjektif dan objektif yang diperoleh perawat melalui wawancara, observasi, dan pemeriksaan fisik terhadap pasien stroke dan keluarga. Data subjektif dapat berupa keluhan keluarga tentang kesulitan merawat pasien stroke, perasaan cemas, kelelahan, atau ketidakpastian dalam mengambil keputusan perawatan. Sementara itu, data objektif dapat berupa keterbatasan mobilitas pasien, ketergantungan dalam aktivitas sehari-hari, tekanan darah tidak terkontrol, lingkungan rumah yang belum aman bagi pasien stroke, serta kurangnya keterlibatan keluarga dalam program rehabilitasi. Tanda dan gejala ini memperkuat perumusan masalah dan penyebab dalam diagnosis keperawatan keluarga.

Tabel 2. 4 Skala Menentukan Prioritas Asuhan Keperawatan Keluarga

No	Kriteria	Skor	Bobot
1.	Sifat Masalah a. Aktual b. Resiko Tinggi c. Potensial	2 3 1	1
2.	Kemungkinan Masalah Dapat diubah a. Mudah b. Sebagian c. Tidak Dapat	2 1 0	2
3.	Potensi Masalah Untuk Dicegah a. Tinggi b. Cukup c. Rendah	3 2 1	1
4.	Menonjolnya Masalah a. Segera diatasi b. Tidak Segera Diatasi c. Tidak Dirasakan Ada Masalah	2 1 0	1

Penentuan Nilai (*skoring*) :

$$\frac{\text{Skor}}{\text{Angka Tertinggi}} \times \text{bobot}$$

- 1) Tentukan skor untuk setiap kriteria
- 2) Skor dibagi dengan angka tertinggi dan dikalikan dengan bobot
- 3) Jumlah skor untuk semua kriteria
- 4) Tentukan skor, nilai tertinggi menentukan urutan nomor diagnosa.

Diagnosa Keperawatan Keluarga yang mungkin muncul adalah :

- 1) Ketidakefektifan Pemeliharaan Kesehatan (00099)
- 2) Ketidakefektifan Manajemen Kesehatan Keluarga (00080)

3. Intervensi Keperawatan

No	Diagnosis	NOC	NIC
1.	Domain 1. Kelas 2. Kode(00099) Ketidakefektifan Perilaku Pemeliharaan Kesehatan Batasan Karakteristik : 1. Gagal mengambil tindakan untuk mengurangi faktor risiko 2. Kurang menunjukkan perilaku mencari Kesehatan 3. Ketidakmampuan bertanggung jawab terhadap program perawatan Kesehatan 4. Kurangnya integrasi program perawatan dalam aktivitas sehari-hari	TUK 1: Keluarga mampu mengenal masalah (1803) Pengetahuan proses penyakit Kriteria hasil : 1. Pengetahuan karakter spesifik penyakit meningkat 2. Pengetahuan faktor penyebab dan faktor yang berkontribusi meningkat 3. Pengetahuan tanda dan gejala penyakit meningkat 4. Mengetahui tanda dan gejala komplikasi penyakit	Keluarga Mampu Mengenal Masalah (5510) Pendidikan Kesehatan 1. Identifikasi faktor internal dan eksternal yang dapat meningkatkan dan mengurangi motivasi untuk berperilaku sehat. 2. Bantu individu, keluarga dan masyarakat untuk memperjelas keyakinan dan nilai-nilai kesehatan. 3. Prioritaskan kebutuhan orang yang belajar dengan mengidentifikasi kebutuhan dengan apa yang disukai klien, keterampilan perawat, sumber yang tersedia, dan kemungkinan keberhasilan pencapaian tujuan. 4. Rumuskan tujuan dan progra pendidikan kesehatan.

	5. Kegagalan mempertahankan kesehatan secara optimal 6. Tidak mampu mengidentifikasi masalah kesehatan secara tepat 7. Kurang pengetahuan tentang praktik kesehatan dasar	TUK 2: Keluarga Mampu Membuat Keputusan Perawatan Kesehatan (2605) Partisipasi keluarga dalam perawatan profesional Kriteria hasil : 1. Berpartisipasi dalam perencanaan keperawatan	5. Identifikasi sumber daya. 6. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk menolak perilaku yang tidak sehat atau beresiko daripada memberikan saran untuk menghindari atau merubah perilaku. 7. Gunakan presentasi kelompok untuk memberi dukungan dan mengurangi ancaman bagi pembelajar yang mengalami masalah atau keprihatinan yang sama 8. Berikan ceramah untuk menyampaikan informasi dalam jumlah yang besar pada saat yang tepat. Keluarga Mampu Membuat Keputusan Perawatan Kesehatan (5250) Dukungan Pengambilan
--	--	--	---

		2. Berpartisipasi dalam menyediakan perawatan 3. Menyediakan informasi yang relevan 4. Memperoleh informasi yang diperlukan	Keputusan 1. Tentukan apakah terdapat perbedaan antara pandang pasien kepada penyedia perawat kesehatan mengenai kondisi pasien. 2. Informasikan kepada pasien mengenai pandangan pandangan atau solusi alternatif dengan cara yang jelas dan mendukung. 3. Bantu pasien mengidentifikasi keuntungan dan kerugian dari setiap alternatif pilihan. 4. Bangun komunikasi dengan pasien sedini mungkin sejak pasien masuk ke unit perawatan. 5. Berikan informasi sesuai permintaan pasien.
--	--	---	--

		TUK 3 Keluarga mampu merawat anggota keluarga (1602) perilaku promosi kesehatan Kriteria hasil : 1. keterampilan menghindari perilaku yang menghindari resiko meningkat 2. keterampilan memonitor perilaku personal terkait dengan resiko meningkat 3. Keterampilan keseimbangan aktifitas dan istirahat meningkat 4. Keterampilan melakukan perilaku kesehatan secara rutin meningkat 5. Pengetahuan mendapatkan skrining kesehatan yang direkomendasikan meningkat	6. Bantu pasien menjelaskan keputusan pada orang lain, sesuai dengan kebutuhan. 7. Jadilah penghubung antara pasien dan keluarga. 8. Jadilah sebagai penghubung antara pasien dan penyedia pelayanan kesehatan yang lain. Keluarga Mampu Merawat Anggota Keluarga (5618) Pengajaran : Prosedur/Perawatan 1. Informasikan kepada pasien atau orang terdekat mengenai kapan dan dimana tindakan akan dilakukan 2. Informasikan kepada pasien dan orang terdekat mengenai lama tindakan akan berlangsung.
--	--	---	--

			3. Informasikan kepada pasien dan orang terdekat mengenai siapa yang akan melakukan tindakan. 4. Kaji pengalaman pasien sebelumnya dan tingkat pengetahuan pasien terkait tindakan yang akan dilakukan. 5. Jelaskan tujuan tindakan yang akan dilakukan. 6. Jelaskan prosedur atau penanganan. 7. Ajarkan pasien jika pasien harus berpartisipasi dalam kegiatan tersebut. 8. Berikan informasi mengenai, apa yang akan didengar, dicium, dilihat, dirasakan selama tindakan. Informasikan pasien, agar pasien ikut terlibat dalam proses penyembuhan. 9. Sediakan informasi mengenai kapan dan dimana hasil tindakan dapat
--	--	--	---

		TUK 4: Keluarga Mampu memodifikasi lingkungan (2006) Status Kesehatan Kriteria hasil : 1. Tingkat kenyamanan meningkat 2. Pola tidur istirahat meningkat 3. Kontrol gejala meningkat 4. Kemampuan untuk mengatasi masalah	diambil, beserta petugas yang akan menjelaskan hasil tersebut. 10. Berikan kesempatan bagi pasien untuk bertanya ataupun mendiskusikan perasaannya. 11. Libatkan keluarga atau orang-orang terdekat jika memungkinkan. Keluarga Mampu memodifikasi lingkungan (6484) Modifikasi perilaku 1. Dukung untuk mengganti kebiasaan yang tidak diinginkan dengan kebiasaan yang diinginkan 2. Berikan jaminan bahwa intervensi diimplementasikan secara konsisten oleh semua staf
--	--	---	---

		TUK 5 : Keluarga Mampu Memanfaatkan Pelayanan Kesehatan Dan Fasilitas Kesehatan Yang Ada (1600) Perilaku Patuh Kriteria Hasil : 1. Keluarga mencari informasi kesehatan dari beberapa sumber meningkat 2. Mengevaluasi kekurangan dari informasi kesehatan yang diperoleh meningkat 3. Keluarga menggunakan informasi kesehatan yang dapat dipercaya untuk mengembangkan strategi meningkat 4. Keluarga dapat menggunakan pelayanan kesehatan sesuai kebutuhan meningkat	3. Hindari menunjukkan perilaku atau ketidaktarikan pada saat pasien berjuang untuk merubah perilaku nya 4. Identifikasi masalah pasien terkait dengan istilah perilaku 5. Tentukan apakah target perilaku yang telah diidentifikasi perlu untuk di tingkatkan, diturunkan atau di pelajari 6. Dukung pasien untuk berpartisipasi dalam myenyeleksi penguatan yang memiliki arti Keluarga Mampu Memanfaatkan Pelayanan Kesehatan Dan Fasilitas Kesehatan Yang Ada (7910) Konsultasi 1. identifikasi tujuan berkonsultasi
--	--	--	---

			2. kumpulkan data dan identifikasi masalah yang menjadi fokus dalam konsultasi 3. kembangkan kontrak tertulis untuk mendefinisikan persetujuan dan menghindari kesalah pahaman 4. dukung kemampuan bagi mereka yang mencari pertolongan untuk melangkah lebih baik terkait dengan lebih mampu mengarahkan diri sendiri dan tanggung jawab
2.	Domain 1. Kelas 2. Kode (00080) Ketidakefektifan Manajemen Kesehatan Keluarga	TUK 1: Keluarga mampu mengenal masalah (1803) Pengetahuan proses penyakit Kriteria hasil : 5. Pengetahuan karakter spesifik penyakit meningkat 6. Pengetahuan faktor penyebab dan faktor yang berkontribusi meningkat	Keluarga Mampu Mengenal Masalah (5510) Pendidikan Kesehatan 9. Identifikasi faktor internal dan eksternal yang dapat meningkatkan dan mengurangi motivasi untuk berperilaku sehat.

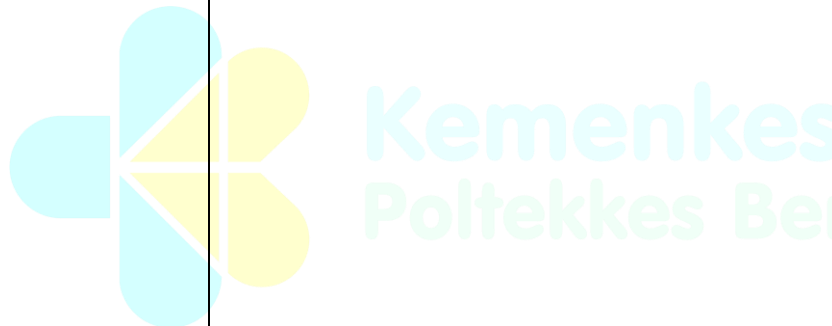
		7. Pengetahuan tanda dan gejala penyakit meningkat 8. Mengetahui tanda dan gejala komplikasi penyakit	10. Bantu individu, keluarga dan masyarakat untuk memperjelas keyakinan dan nilai-nilai kesehatan. 11. Prioritaskan kebutuhan orang yang belajar dengan mengidentifikasi kebutuhan dengan apa yang disukai klien, keterampilan perawat, sumber yang tersedia, dan kemungkinan keberhasilan pencapaian tujuan. 12. Rumuskan tujuan dan progra pendidikan kesehatan. 13. Identifikasi sumber daya. 14. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk menolak prilaku yang tidak sehat atau beresiko daripada memberikan saran untuk mrnghindari atau merubah prilaku. 15. Gunakan presentasi kelompok untuk memberi dukungan dan mengurangi
--	--	---	---

		TUK 2: Keluarga Mampu Membuat Keputusan Perawatan Kesehatan (2605) Partisipasi keluarga dalam perawatan profesional Kriteria hasil : 5. Berpartisipasi dalam perencanaan keperawatan 6. Berpartisipasi dalam menyediakan perawatan 7. Menyediakan informasi yang relevan 8. Memperoleh informasi yang diperlukan	ancaman bagi pembelajar yang mengalami masalah atau keprihatinan yang sama 16. Berikan ceramah untuk menyampaikan informasi dalam jumlah yang besar pada saat yang tepat. Keluarga Mampu Membuat Keputusan Perawatan Kesehatan (5250) Dukungan Pengambilan Keputusan 9. Tentukan apakah terdapat perbedaan antara pandang pasien kepada penyedia perawat kesehatan mengenai kondisi pasien. 10. Informasikan kepada pasien mengenai pandangan pandangan atau solusi
--	--	--	--

		 TUK 3 Keluarga mampu merawat anggota keluarga (1602) perilaku promosi kesehatan Kriteria hasil : 6. keterampilan menghindari perilaku yang menghindari resiko meningkat	alternatif dengan cara yang jelas dan mendukung. 11. Bantu pasien mengidentifikasi keuntungan dan kerugian dari setiap alternatif pilihan. 12. Bangun komunikasi dengan pasien sedini mungkin sejak pasien masuk ke unit perawatan. 13. Berikan informasi sesuai permintaan pasien. 14. Bantu pasien menjelaskan keputusan pada orang lain, sesuai dengan kebutuhan. 15. Jadilah penghubung antara pasien dan keluarga. 16. Jadilah sebagai penghubung antara pasien dan penyedia pelayanan kesehatan yang lain.
--	--	--	---

		7. keterampilan memonitor perilaku personal terkait dengan resiko meningkat 8. Keterampilan keseimbangan aktifitas dan istirahat meningkat 9. Keterampilan melakukan perilaku kesehatan secara rutin meningkat 10. Pengetahuan mendapatkan skrining kesehatan yang direkomendasikan meningkat	Keluarga Mampu Merawat Anggota Keluarga (5618) Pengajaran : Prosedur/Perawatan 12. Informasikan kepada pasien atau orang terdekat mengenai kapan dan dimana tindakan akan dilakukan 13. Informasikan kepada pasien dan orang terdekat mengenai lama tindakan akan berlangsung. 14. Informasikan kepada pasien dan orang terdekat mengenai siapa yang akan melakukan tindakan. 15. Kaji pengalaman pasien sebelumnya dan tingkat pengetahuan pasien terkait tindakan yang akan dilakukan. 16. Jelaskan tujuan tindakan yang akan dilakukan. 17. Jelaskan prosedur atau penanganan.
--	--	---	---

		 TUK 4: Keluarga Mampu memodifikasi lingkungan (2006) Status Kesehatan Kriteria hasil : 5. Tingkat kenyamanan meningkat 6. Pola tidur istirahat meningkat 7. Kontrol gejala meningkat 8. Kemampuan untuk mengatasi masalah	18. Ajarkan pasien jika pasien harus berpartisipasi dalam kegiatan tersebut. 19. Berikan informasi mengenai, apa yang akan didengar, dicium, dilihat, dirasakan selama tindakan. Informasikan pasien, agar pasien ikut terlibat dalam proses penyembuhan. 20. Sediakan informasi mengenai kapan dan dimana hasil tindakan dapat diambil, beserta petugas yang akan menjelaskan hasil tersebut. 21. Berikan kesempatan bagi pasien untuk bertanya ataupun mendiskusikan perasaannya. 22. Libatkan keluarga atau orang-orang terdekat jika memungkinkan. Keluarga Mampu memodifikasi lingkungan
--	--	--	--

		 TUK 5 : Keluarga Mampu Memanfaatkan Pelayanan Kesehatan Dan Fasilitas Kesehatan Yang Ada (1600) Perilaku Patuh	(6484) Modifikasi perilaku 7. Dukung untuk mengganti kebiasaan yang tidak diinginkan dengan kebiasaan yang diinginkan 8. Berikan jaminan bahwa intervensi diimplementasikan secara konsisten oleh semua staf 9. Hindari menunjukan perilaku atau ketidaktarikan pada saat pasien berjuang untuk merubah perilaku nya 10. Identifikasi masalah pasien terkait dengan istilah perilaku 11. Tentukan apakah target perilaku yang telah di identifikasi perlu untuk di tingkatkan, diturunkan atau di pelajari 12. Dukung pasien untuk berpartisipasi dalam myenyeleksi penguatan yang memiliki arti
--	--	---	---

		Kriteria Hasil : 5. Keluarga mencari informasi kesehatan dari beberapa sumber meningkat 6. Mengevaluasi kekurangan dari informasi kesehatan yang diperoleh meningkat 7. Keluarga menggunakan informasi kesehatan yang dapat dipercaya untuk mengembangkan strategi meningkat 8. Keluarga dapat menggunakan pelayanan kesehatan sesuai kebutuhan meningkat	Keluarga Mampu Memanfaatkan Pelayanan Kesehatan Dan Fasilitas Kesehatan Yang Ada (7910) Konsultasi 5. identifikasi tujuan berkonsultasi 6. kumpulkan data dan identifikasi masalah yang menjadi fokus dalam konsultasi 7. kembangkan kontrak tertulis untuk mendefinisikan persetujuan dan menghindari kesalah pahaman dukung kemampuan bagi mereka yang mencari pertolongan untuk melangkah lebih baik terkait dengan lebih mampu mengarahkan diri sendiri dan tanggung jawab
--	--	---	---