

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Keluarga

2.1.1 Pengertian Keluarga

Keluarga adalah kumpulan anggota rumah tangga yang saling berhubungan melalui pertalian darah, adopsi atau perkawinan (WHO, 1969 dalam Andarmoyo, 2012).

Keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri dari kepala keluarga dan beberapa orang yang terkumpul dan tinggal di suatu tempat di bawah satu atap dan dalam keadaan saling ketergantungan (Depkes RI, 1988 dalam Andarmoyo, 2012).

Keluarga adalah suatu sistem sosial yang terdiri dari individu-individu yang bergabung dan berinteraksi secara teratur antara satu dengan lainnya yang diwujudkan dengan saling adanya ketergantungan dan berhubungan untuk mencapai tujuan bersama. Dari pengertian keluarga diatas dapat disimpulkan bahwa karakteristik keluarga adalah:

- 1) Terdiri dari dua atau lebih individu yang diikat oleh hubungan perkawinan, darah atau adopsi
- 2) Anggota keluarga biasanya hidup bersama, atau jika terpisah mereka akan tetap memperhatikan satu sama lain

- 3) Anggota keluarga berinteraksi satu sama lain dan masing-masing individu memiliki peran sosial, yaitu: sebagai suami, istri, anak, kakak dan adik
- 4) Memiliki tujuan menciptakan dan mempertahankan budaya serta meningkatkan perkembangan fisik, psikologis, dan sosial anggota keluarga

2.1.2 Tipe Keluarga

Menurut Andarmoyo (2012), macam-macam bentuk keluarga menggambarkan adaptasi terhadap keluarga yang terbebani pada orang dan keluarga. Dalam sosiologi keluarga, bentuk keluarga digolongkan menjadi dua bagian besar yaitu bentuk tradisional dan bentuk nontradisional atau sebagai bentuk normatif dan nonnormatif dan bentuk keluarga varian. Beberapa bentuk keluarga yang berkaitan dengan pemberian asuhan keperawatan keluarga antara lain:

- 1) Keluarga Tradisional
 - a. Keluarga Inti (*Tradisional Nuclear*) adalah keluarga yang terdiri dari ayah, ibu, dan anak. Tinggal dalam satu rumah dengan ayah sebagai pencari nafkah dan ibu sebagai ibu rumah tangga.
 - b. *Commuter Family* adalah keluarga dengan pasangan suami dan istri terpisah secara sukarela karena tugas dan pada kesempatan tertentu akan kembali dalam satu rumah.
 - c. *Reconstituted Nuclear* adalah pembentukan keluarga baru dari keluarga inti melalui pernikahan kembali suami atau istri, tinggal

satu rumah bersama anaknya baik anak bawaan dari pernikahan lama ataupun hasil pernikahan baru.

- d. Keluarga Besar (*Extended Family*) adalah keluarga dengan suami istri sama-sama melakukan pengaturan dan belanja rumah tangga dengan orang tua, saudara atau kerabat dekat lainnya.
- e. Keluarga dengan Orang Tua Tunggal (*Single Parent*) adalah keluarga yang hanya terdapat satu orang kepala rumah tangga yaitu ayah atau ibu.

2) Keluarga Nontradisional

- a. *Commune Family* adalah keluarga dalam satu rumah yang terdiri dari dua atau lebih pasangan yang monogami tanpa pertalian keluarga dengan anak-anaknya dan bersama dalam penyediaan fasilitas.
- b. *Unmarried Parent and Child* adalah keluarga yang terdiri dari ibu dan anak. Tidak ada pernikahan dan anaknya hasil dari adopsi.
- c. *Cohibing Couple* adalah keluarga yang terdiri dari dua orang atau satu pasangan tinggal bersama tanpa pernikahan.
- d. *Institusional* adalah keluarga yang terdiri dari anak-anak atau orang dewasa yang tinggal bersama dalam panti.

2.1.3 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 lima fungsi, yaitu:

- a. Fungsi biologis adalah fungsi untuk reproduksi, pemeliharaan, dan membesarkan anak, memberi makan, mempertahankan kesehatan dan rekreasi.
- b. Fungsi ekonomi adalah fungsi untuk memenuhi sumber penghasilan, menjamin keamanan finansial anggota keluarga, dan menentukan 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 sosiokultural adalah fungsi untuk melaksanakan transfer nilai-nilai yang berhubungan dengan perilaku, tradisi, atau adat dan bahasa.

2.1.4 Struktur Keluarga

Menurut Friedman 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.

3) Struktur Kekuatan

Menggambarkan adanya kekuasaan atau kekuatan dalam sebuah keluarga yang digunakan untuk mengendalikan dan mempengaruhi anggota keluarganya yang lain ke arah positif. Kekuasaan 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.

2.1.5 Tahap Dan Perkembangan Keluarga

Tahap-tahap perkembangan keluarga berdasarkan konsep Duvall dan Miller (Friedman, 2010) adalah :

1) Tahap I

Keluarga pemula atau keluarga pasangan baru. Tugas perkembangan menjadi :

- a. Membangun perkawinan yang saling memuaskan
- b. Membangun jalinan persaudaraan yang harmonis
- c. Keluarga berencana

2) Tahap II

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

- a. Membentuk keluarga muda sebagai sebuah unit yang mantap
- b. Rekonsiliasi tugas-tugas perkembangan yang bertentangan dengan kebutuhan anggota keluarga
- c. Mempertahankan hubungan perkawinan yang memuaskan
- d. Mempertahankan persahabatan dengan keluarga besar dengan menambahkan peran orang tua, kakek dan nenek

3) Tahap III

Tahap ini dimulai ketika anak pertama berusia 2 tahun dan berakhir ketika anak berusia 5 tahun. Menurut Duvall dan Miller (1985) dalam Friedman (2010) tugas perkembangan keluarga pada tahap ini yaitu :

- a. Memenuhi kebutuhan anggota keluarga seperti rumah, ruang bersalin, privasi, keamanan
- b. Mensosialisasikan anak
- c. Mengintegrasikan anak yang baru sementara tetap memenuhi kebutuhan anak-anak yang lain
- d. Mempertahankan hubungan yang sehat dalam keluarga (hubungan perkawinan dan hubungan orang tua dan anak) dan diluar keluarga (keluarga besar dan komunitas).

4) Tahap IV

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 mensosialisasikan anak-anak, termasuk meningkatkan prestasi sekolah dan mengembangkan hubungan dengan teman sebaya yang sehat, kemudian mempertahankan hubungan perkawinan yang memuaskan dan memenuhi kebutuhan kesehatan fisik anggota keluarga.

5) Tahap V

Keluarga dengan anak remaja yang dimulai ketika anak pertama melewati umur 13 tahun, berlangsung selama 6 sampai 7 tahun. Tugas perkembangan keluarga dengan anak remaja yaitu :

- a. Mengimbangi kebebasan remaja dengan tanggung jawab sejalan dengan maturitas remaja
- b. Memfokuskan kembali hubungan perkawinan antar keluarga

- c. Melakukan komunikasi terbuka antara anak dan orang tua.
Hindari perdebatan, kecurigaan dan permusuhan
- d. Mempertahankan standar etik dan moral keluarga

6) Tahap VI

Pada tugas perkembangan tahap ini yaitu memperoleh siklus keluarga dengan memasukkan anggota keluarga baru, dengan melanjutkan untuk mempengaruhi dan menyesuaikan kembali, serta yang terpenting adalah membantu orang tua lanjut usia yang sakit-sakitan dari suami atau istri.

7) Tahap VII

Tahap ini 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.

8) Tahap VIII

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 CVA

2.2.1 Pengertian CVA

Stroke atau CVA *Cerebro Vaskuler Accident (CVA)* adalah sindrom klinis awal timbulnya mendadak, progresif, cepat, berupa defisit neurologis lokal atau global yang berlangsung selama 24 jam atau lebih atau langsung menimbulkan kematian, dan semata-mata disebabkan oleh gangguan peredaran darah otak non traumatic (Rendi, 2012).

Stroke adalah gangguan fungsional otak akut lokal maupun global akibat terhambatnya aliran darah ke otak karena perdarahan ataupun sumbatan, dengan gejala dan tanda sesuai bagian otak yang terkena yang dapat sembuh sempurna, sembuh dengan cacat, atau bahkan terjadi kematian (Junaidi, 2011).

Menurut Neil F Gordon dalam Irfan (2010), stroke adalah gangguan potensial yang fatal pada suplai darah bagian otak. Tidak ada satupun bagian tubuh manusia yang dapat bertahan bila terdapat gangguan suplai darah dalam waktu relatif lama sebab darah sangat dibutuhkan dalam kehidupan terutama oksigen pengangkut bahan makanan yang dibutuhkan pada otak dan otak adalah pusat control system tubuh termasuk perintah dari semua gerakan fisik.

2.2.2 Klasifikasi CVA

Menurut Irfan (2010) stroke dikelompokkan menjadi dua, yaitu:

a. Stroke Non Hemoragik (Iskemik)

Hampir 85% stroke disebabkan oleh sumbatan bekuan darah, penyempitan sebuah arteri atau beberapa arteri yang mengarah ke otak, atau *embolus* yang terlepas dari jantung atau arteri *ekstrakranial* (arteri yang berada diluar tengkorak) yang menyebabkan sumbatan di satu atau beberapa arteri *intrakrani* (arteri yang berada didalam tengkorak). Ini disebut sebagai infark otak atau stroke iskemik. Pada orang berusia lanjut lebih dari 65 tahun, penyumbatan atau penyempitan dapat disebabkan oleh *aterosklerosis*. Stroke ini biasanya terjadi saat melakukan aktivitas atau saat aktif namun bisa juga terjadi pada saat istirahat. Kesadaran klien pada umumnya menurun.

b. Stroke Hemoragik

Stroke hemoragik disebabkan oleh perdarahan ke dalam jaringan otak (*hemoragia intraserebrum* atau *hematom intraserebrum*) atau ke dalam ruang subaraknoid yaitu ruang sempit antara permukaan otak dan lapisan jaringan yang menutupi otak (*hemoragia subaraknoid*). Ini adalah jenis stroke yang paling mematikan tetapi relatif hanya menyusun sebagian kecil dari stroke total 10-15% untuk perdarahan intraserebrum dan 5% untuk perdarahan subaraknoid. Stroke ini biasanya terjadi saat setelah lama beristirahat, baru bangun tidur atau dipagi hari. Tidak terjadi

perdarahan namun terjadi iskemia yang menimbulkan hipoksia dan selanjutnya dapat timbul edema sekunder.

2.2.3 Etiologi CVA

Menurut (Ariani, 2012) stroke biasanya disebabkan oleh :

a. Trombosis Serebral

Trombosis ini terjadi pada pembuluh darah yang mengalami oklusi sehingga menyebabkan iskemi jaringan otak yang dapat menimbulkan edem dan kongesti disekitarnya. Trombosis biasanya terjadi pada orang tua yang sedang tidur atau bangun tidur. Hal ini bisa terjadi karena penurunan aktivitas simpatis dan penurunan tekanan darah yang dapat menyebabkan iskemi serebral. Tanda dan gejala neurologis seringkali memburuk pada 48 jam setelah trombosis. Beberapa keadaan dibawah ini yang dapat menyebabkan trombosis otak:

- 1) *Aterosklerosis* (mengerasnya arteri)
- 2) *Hiperkoagulasi* (pembekuan darah) pada *polisitemia*
- 3) *Arteritis* (radang pada arteri)
- 4) Emboli

b. Hemoragi

Perdarahan *intrakranial* atau *intraserebral* termasuk perdarahan dalam ruang subaraknoid atau kedalam jaringan otak sendiri. Perdarahan ini dapat terjadi karena *aterosklerosis* dan hipertensi. Pecahnya pembuluh darah otak menyebabkan perembesan darah

kedalam parenkim otak yang dapat mengakibatkan penekanan, pergeseran dan pemisahan jaringan otak yang berdekatan, sehingga otak akan membengkak, jaringan otak tertekan sehingga terjadi infark otak, oedema dan mungkin berniasi otak.

Beberapa penyebab yang berhubungan dengan hipoksia umum:

- 1) Hipertensi yang parah
- 2) Henti jantung-paru
- 3) Curah jantung turun akibat aritmia

Sedangkan menurut Irfan (2010) stroke disebabkan oleh sumbatan bekuan darah, penyempitan pembuluh darah atau pecahnya pembuluh darah. Semua ini menyebabkan kurangnya pasokan darah yang memadai. Secara sederhana stroke diartikan sebagai penyakit otak akibat terhentinya suplai darah ke otak karena sumbatan atau perdarahan dengan gejala lumpuh sesaat, lemas, atau gejala berat sampai hilangnya kesadaran bahkan terjadi kematian.

2.2.4 Faktor Risiko CVA

Menurut Irfan, 2010 faktor resiko dari stroke adalah :

Faktor risiko yang dapat dikendalikan :

- 1) Hipertensi

Merupakan faktor risiko utama. Hipertensi dapat disebabkan *arterosklerosis* pembuluh darah serebral, sehingga pembuluh

darah tersebut mengalami penebalan dan degenerasi yang kemudian pecah atau menimbulkan pendarahan.

2) Diabetes Mellitus

Pada penyakit DM akan mengalami penyakit vaskuler, sehingga terjadi *mikrovaskulerisasi* dan terjadi *aterosklerosis* elastisitas pembuluh darah menurun, sehingga perfusi ke otak menurun juga dan akhirnya terjadi stroke.

3) Merokok

Pada perokok akan timbul plak pada pembuluh darah oleh nikotin sehingga memungkinkan penumpukan *aterosklerosis* dan kemudian berakibat pada stroke.

4) Alkoholik

Pada alkoholik dapat menyebabkan hipertensi, penurunan aliran darah ke otak dan *kardiak aritmia* serta kelainan motilitas pembuluh darah sehingga terjadi emboli serebral.

5) Peningkatan Kolesterol

Peningkatan kolesterol tubuh dapat menyebabkan *arterosklerosis* dan terbentuknya emboli lemak sehingga aliran darah lambat termasuk ke otak, maka perfusi otak menurun.

6) Obesitas

Pada obesitas kadar kolesterol tinggi. Terjadi gangguan pada pembuluh darah. Keadaan ini berkontribusi dalam stroke.

7) Stres emosional

Stres membuat tubuh mengalami tekanan darah tinggi yang dapat memicu kerusakan dinding pembuluh darah, sehingga menyebabkan risiko penyakit salah satunya stroke.

Sedangkan faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi antara lain:

1) Jenis kelamin

Stroke memiliki kemungkinan menyerang perempuan 30% hingga 80% lebih tinggi dibanding laki-laki (*Agency for Health Care Policy and Research, 1995 dalam Irfan, 2010*).

2) Usia

Usia merupakan salah satu faktor risiko stroke karena dengan pertambahan usia terjadi penurunan fungsi sel, jaringan dan organ sebagai proses fisiologis penuaan. Dalam kasus stroke penuaan menyebabkan penurunan elastisitas pembuluh darah yang memperbesar kemungkinan terjadinya *aterosklerosis* sebagai penyebab stroke (*Manurung, Diani, & Agianto, 2015*).

3) Riwayat Keluarga

Keluarga dengan riwayat anggota keluarga pernah mengalami stroke berisiko lebih besar daripada keluarga tanpa riwayat stroke.

4) Ras

Ras Amerika-Afrika mempunyai risiko lebih tinggi mengalami kematian dan kecacatan akibat stroke dibandingkan dengan ras kulit putih.

2.2.5 Patofisiologi

Stroke terjadi karena *oklusi* arteri serebri oleh trombosis atau emboli yang berkaitan dengan *aterosklerosis*. Pada *aterosklerosis* mula-mula terbentuk darah berlemak yang berwarna kuning pada permukaan intima arteri. Terbentuk plak fibrosis (ateroma) dilokasi yang terbatas seperti di tempat percabangan arteri dan *bifurkasio* arteri ekstraserebral yang radikal bebas sehingga terjadi perioksidasi lipid dan merusak membran sel. Neuron akan menyusut dan mati serta respon inflamasi terpicu. Sel fagosit mengabsorpsi jaringan nekrotik, dan seiring waktu jaringan nekrotik diganti oleh jaringan parut. Perdarahan yang disebabkan oleh ruptur pembuluh arteri serebral merupakan penyebab kematian akibat stroke yang paling sering ditemukan dan dapat terjadi pada segala usia, kendati 50% terjadi pada seseorang berusia diatas 75 tahun penyakit hipertensi dan ruptur (Irfan 2010).

2.2.6 Manifestasi Klinis

Dalam Irfan (2010) manifestasi stroke tergantung besarnya lesi bisa terjadi:

- 1) *Hemiparese atau hemiplegia*

Kelumpuhan yang terjadi pada salah satu sisi tubuh. Hal ini disebabkan oleh kerusakan atau masalah pada sistem kontrol otak. Jika otak bagian kiri yang cedera maka sisi tubuh kanan mengalami kelumpuhan, sebaliknya jika otak kanan yang cedera maka sisi tubuh kiri mengalami kelumpuhan.

2) *Hemiparestesia*

Kesemutan atau sensasi seperti tertusuk jarum dan mati rasa pada bagian tubuh tertentu. Keadaan ini dapat bersifat sementara atau terjadi secara berkepanjangan.

3) Kehilangan Komunikasi

Stroke adalah penyebab *afasia* paling umum. Disfungsi bahasa dan komunikasi dapat dimanifestasikan dalam hal berikut:

- a. *Disartria* (kesulitan bicara). Dibuktikan dengan bicara yang sulit dimengerti yang disebabkan oleh paralisis otot yang bertanggung jawab untuk berbicara.
- b. *Disfasia* atau *afasia* (bicara defektif atau kehilangan bicara) yang terutama ekspresif atau reseptif.
- c. *Apraksia* (ketidakmampuan melakukan tindakan yang dipelajari sebelumnya). Terlihat ketika pasien mengambil sisir dan berusaha untuk menyisir rambutnya.

4) *Hemiapnosia*

Kehilangan pengelihatan pada setengah dari bidang visual satu mata atau kedua mata.

5) Muka tidak simetris

2.2.7 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, 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 imobilisasi lama
 2. Infark miokard
 3. Emboli paru : cenderung terjadi 7-14 hari pasca stroke, sering kali pada saat penderita mulai mobilisasi
 4. Stroke rekuren : dapat terjadi setiap saat
- c. Komplikasi jangka panjang
- Stroke rekuren, infark miokard, gangguan vaskuler lain : penyakit vaskuler perifer.

2.2.8 Penatalaksanaan

Menurut Tarwoto (2013) secara umum :

- a. Penatalaksanaan umum
 1. Pada fase akut
 - a) Terapi cairan, pada fase akut stroke beresiko terjadinya dehidrasi karena penurunan kesadaran atau mengalami disfagia. Terapi cairan ini penting untuk mempertahankan sirkulasi darah dan tekanan darah.

- b) Terapi oksigen, pasien stroke 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 tekanan 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 *tromboplebitis* dengan anti koagulan
- j) Monitor tanda-tanda neurologi seperti tingkat kesadaran, fungsi sensorik dan motorik, nervus cranial dan refleks.

2. Fase rehabilitasi

- a) Pertahankan nutrisi yang adekuat
- b) Program manajemen *bladder* dan *bowel*

- c) Mempertahankan keseimbangan tubuh dan rentang gerak sendi (ROM)
- d) Pertahankan integritas kulit
- e) Pemenuhan kebutuhan sehari-hari

b. Pembedahan

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

c. Terapi obat-obatan

Terapi pengobatan tergantung dari jenis stroke

1. Stroke iskemia

- 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 : kaptopril, antagonis kalsium
- b) Diuretik : manitol 20%, furosemide
- c) Antikonvulsan : fenitoin

2.3 Konsep Pengetahuan

2.3.1 Pengertian Defisiensi Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, yang terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap objek tertentu. Sebagian besar pengetahuan diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan merupakan pedoman dalam membentuk tindakan seseorang (*over behavior*). Berdasarkan pengalaman dan penelitian, diperoleh bahwa perilaku yang didasari oleh pengetahuan lebih langgeng dari pada perilaku yang tidak didasari pengetahuan (Maulana, 2013).

2.3.2 Batasan Karakteristik

- 1) Perilaku hiperbola
- 2) Ketidakakuratan mengikuti perintah
- 3) Ketidakakuratan mengikuti tes
- 4) Perilaku tidak tepat, misalnya bermusuhan, agitasi dan apatis
- 5) Pengungkapan masalah (Herdman, 2015).

2.3.3 Faktor Yang Berhubungan

- 1) Gangguan fungsi kognitif
- 2) Gangguan memori
- 3) Kurang informasi
- 4) Kurang minat untuk belajar
- 5) Kurang sumber pengetahuan
- 6) Salah pengertian terhadap orang lain (Herdman, 2015).

2.3.4 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Pengetahuan

1) Usia

Usia mempengaruhi daya tangkap dan pola pikir seseorang. Semakin bertambah usia akan semakin berkembang pula daya tangkap dan pola pikirnya sehingga pengetahuan yang diperolehnya semakin membaik. Pada usia madya, individu akan lebih berperan aktif dalam masyarakat dan kehidupan sosial. Serta lebih banyak melakukan persiapan demi suksesnya upaya menyesuaikan diri menuju usia tua (Wardhani & Martini, 2014).

2) Pengalaman

Pengalaman sebagai sumber pengetahuan adalah suatu cara untuk memperoleh kebenaran pengetahuan dengan cara mengulang kembali pengetahuan yang diperoleh dalam memecahkan masalah yang dihadapi di masa lalu (Wardhani & Martini, 2014).

3) Lingkungan

Lingkungan adalah segala sesuatu yang ada disekitar individu, baik di lingkungan fisik, biologis maupun sosial (Wardhani & Martini, 2014).

4) Media masa / sumber informasi

Sebagai sarana komunikasi, berbagai media masa seperti televisi, radio, surat kabar, majalah, internet memiliki pengaruh besar terhadap pembenukan opini dan kepercayaan orang (Wardhani & Martini, 2014).

5) Minat

Minat sebagai salah satu kecenderungan atau keinginan yang tinggi terhadap sesuatu. Minat menjadikan seseorang mencoba dan menekuni suatu hal dan pada akhirnya diperoleh pengetahuan yang lebih mendalam (Wardhani & Martini, 2014).

6) Pendidikan

Pendidikan adalah sebuah proses perubahan sikap dan tata laku seseorang atau kelompok dan juga usaha mendewasakan manusia melalui upaya pengajaran dan pelatihan, maka jelas dapat kita kerucutkan sebagai visi pendidikan yaitu mencerdaskan bangsa (Wardhani & Martini, 2014).

2.4 Konsep Defisit Perawatan Diri

2.4.1 Pengertian

Keadaan ketika individu mengalami hambatan kemampuan untuk menyelesaikan aktivitas sehari-hari (Towsend, 2010 dalam Wahyuni.N.S, 2017). Kurang perawatan diri merupakan keadaan ketika seseorang mengalami suatu kerusakan fungsi motorik atau fungsi kognitif yang menyebabkan penurunan kemampuan untuk melakukan masing-masing dari kelima aktivitas perawatan diri, antara lain:

- 1) Makan
- 2) Mandi atau *hygiene*
- 3) Berpakaian dan berhias
- 4) *Toileting*

- 5) Instrumental (mencuci pakaian, menyetrika, berbelanja, menyiapkan makanan, menggunakan telepon, menggunakan transportasi, mengelola keuangan, mengkonsumsi obat).

2.4.2 Karakteristik Defisit Perawatan Diri

(Keliat dan Akemat, 2010 dalam Wahyuni.N.S, 2017) karakteristik defisit perawatan diri yang dapat ditemukan antara lain:

- 1) Gangguan kebersihan diri, ditandai dengan gigi kotor, rambut kotor, kulit berdaki dan bau serta kuku panjang dan kotor.
- 2) Ketidakmampuan berhias atau berpakaian, ditandai dengan rambut berantakan, pakaian kotor dan tidak rapi, pakaian tidak sesuai, pada klien laki-laki tidak bercukur, pada klien perempuan tidak berdandan.
- 3) Ketidakmampuan makan secara mandiri, ditandai dengan tidak mampu mengambil makan sendiri, makan berceceran, dan makan tidak pada tempatnya.
- 4) Ketidakmampuan eliminasi secara mandiri, ditandai dengan buang air kecil atau buang air besar tidak pada tempatnya, dan tidak dibersihkan diri dengan baik setelah BAK dan BAB.

2.4.3 Tujuan Perawatan Diri

1. Meningkatkan derajat seseorang
2. Memelihara kebersihan diri
3. Memperbaiki kebersihan diri yang kurang
4. Pencegahan penyakit
5. Meningkatkan percaya diri seseorang

6. Menciptakan keindahan (Tarwoto & Wartonah, 2011).

2.4.4 Etiologi

Ada faktor-faktor yang mempengaruhi *personal hygiene* menurut Susanto (2015) antara lain:

- a. Citra tubuh

Gambaran individu terhadap dirinya sangat mempengaruhi kebersihan diri, misalnya karena adanya perubahan fisik sehingga seseorang tidak peduli terhadap kebersihannya.

- b. Status sosial ekonomi

Personal hygiene memerlukan alat dan bahan seperti sabun, pasta gigi, sikat gigi, shampo, alat mandi yang semuanya memerlukan uang untuk menyediakannya.

- c. Pengetahuan

Pengetahuan tentang *personal hygiene* sangat penting karena pengetahuan yang baik dapat meningkatkan kesehatan. Misalnya pada pasien penderita stroke dia harus selalu menjaga kebersihan tubuhnya.

- d. Kebudayaan

Disebagian masyarakat jika individu sakit tidak boleh dimandikan.

- e. Kondisi fisik

Pada keadaan tertentu atau sakit kemampuan untuk merawat diri berkurang dan memerlukan bantuan.

2.4.5 Klasifikasi Perawatan Diri

Menurut Nanda (2012), jenis perawatan diri terdiri dari :

a. Defisit perawatan diri: Mandi

Hambatan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan mandi atau beraktivitas perawatan diri untuk diri sendiri.

b. Defisit perawatan diri: Berpakaian

Hambatan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas berpakaian dan berhias untuk diri sendiri.

c. Defisit perawatan diri: Makan

Hambatan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas makan atau minum sendiri.

d. Defisit perawatan diri: Eliminasi

Hambatan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas BAK atau BAB sendiri.

2.4.6 Tanda dan Gejala Defisit Perawatan Diri

Adapaun tanda gejala defisit perawatan diri menurut Fitria (2010) antara lain:

a. Mandi(*Hygiene*)

Klien mengalami ketidakmampuan dalam membersihkan badan, memperoleh atau mendapatkan sumber air, mengatur suhu atau aliran air mandi, mendapatkan perlengkapan mandi, mengeringkan tubuh, serta masuk dan keluar kamar mandi.

b. Berpakaian/berhias

Klien mengalami kelemahan dalam mengambil atau meletakkan pakaian, menanggalkan pakaian, serta memperoleh atau menukar pakaian. Klien juga mengalami ketidakmampuan untuk mengenakan pakaian dalam, memilih pakaian, mempertahankan penampilan pada tingkat yang memuaskan serta memakai sepatu.

c. Makan

Klien mengalami ketidakmampuan dalam mengunyah makanan, menelan makanan, mempersiapkan makanan, menggunakan alat tambahan, mengambil makanan dari wadah lalu memasukkannya ke mulut, mengambil cangkir atau gelas, serta mencerna cukup makanan dengan aman.

d. BAK atau BAB (*Toileting*)

Klien memiliki keterbatasan atau ketidakmampuan dalam mendapatkan jamban atau kamar kecil, duduk atau bangkit dari jamban, membersihkan diri setelah BAK/BAB dengan tepat dan menyiram toilet atau kamar kecil.

2.5 Konsep Pendidikan Kesehatan

2.5.1 Pengertian Pendidikan Kesehatan

Pendidikan kesehatan adalah suatu upaya atau kegiatan untuk menciptakan perilaku masyarakat yang kondusif untuk kesehatan. Pendidikan kesehatan berupaya agar masyarakat menyadari bagaimana cara memelihara kesehatan mereka, bagaimana menghindari atau mencegah hal-hal yang merugikan kesehatan dirinya dan kesehatan orang

lain, kemana seharusnya mencari pengobatan jika sakit dan sebagainya (Windasari, 2014).

2.5.2 Sasaran Pendidikan Kesehatan

Menurut Kemenkes (2011), jenis sasaran pendidikan kesehatan yaitu:

a. Sasaran Primer

Sasaran primer (utama) upaya pendidikan kesehatan sesungguhnya adalah pasien, individu sehat dan keluarga (rumah tangga) sebagai komponen dari masyarakat. Mereka diharapkan merubah perilaku hidup mereka yang tidak bersih dan tidak sehat menjadi perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS). Akan tetapi disadari bahwa mengubah perilaku bukanlah sesuatu yang mudah.

b. Sasaran Sekunder

Sasaran sekunder adalah para pemuka masyarakat, baik pemuka informal (misalnya pemuka adat, pemuka agama dan lain-lain) maupun pemuka formal (misalnya petugas kesehatan, pejabat pemerintahan dan lain-lain), organisasi kemasyarakatan dan media massa.

c. Sasaran Tersier

Sasaran tersier adalah para pembuat kebijakan publik yang berupa peraturan perundang-undangan di bidang kesehatan dan bidang-bidang lain yang berkaitan serta mereka yang dapat memfasilitasi atau menyediakan sumber daya.

2.5.3 Metode Pendidikan Kesehatan

Metode yang digunakan dalam pendidikan kesehatan didasarkan pada tujuan yang akan dicapai. Menurut Windasari (2014) beberapa metode dalam memberikan pendidikan kesehatan yaitu:

a. Metode Ceramah

Ceramah adalah pidato yang disampaikan oleh seseorang pembicara didepan sekelompok pengunjung. Ada beberapa keunggulan metode ceramah :

- 1) Dapat digunakan pada orang dewasa
- 2) Penggunaan waktu yang efisien
- 3) Dapat dipakai pada kelompok yang besar
- 4) Tidak terlalu banyak melibatkan alat bantu pengajaran

b. Metode Diskusi Kelompok

Diskusi kelompok adalah percakapan yang direncanakan atau dipersiapkan di antara tiga orang atau lebih tentang topik tertentu dengan seorang pemimpin. Ada beberapa keunggulan metode kelompok :

- 1) Memberi kemungkinan untuk saling mengemukakan pendapat
- 2) Merupakan pendekatan yang demokratis, mendorong rasa kesatuan
- 3) Dapat memperluas pandangan atau wawasan
- 4) Problem kesehatan yang dihadapi akan lebih menarik untuk dibahas karena proses diskusi melibatkan semua anggota termasuk orang-orang yang tidak suka berbicara.

c. Metode Panel

Panel adalah pembicaraan yang sudah direncanakan di depan pengunjung tentang sebuah topik dan diperlukan tiga panelis atau lebih serta diperlukan seorang pemimpin. Beberapa keunggulan metode panel :

- 1) Dapat membangkitkan pemikiran
- 2) Dapat mengemukakan pandangan yang berbeda-beda
- 3) Mendorong para anggota untuk melakukan analisis
- 4) Memberdayakan orang berpotensi

d. Metode Forum Panel

Forum panel adalah panel yang didalamnya individu ikut berpartisipasi dalam diskusi. Ada beberapa keunggulan metode forum panel :

- 1) Memungkinkan setiap anggota berpartisipasi
- 2) Memungkinkan peserta menyatakan reaksinya terhadap materi yang sedang didiskusikan
- 3) Membuat peserta mendengar dengan penuh perhatian
- 4) Memungkinkan tanggapan terhadap pendapat panelis

e. Metode Permainan Peran

Permainan peran adalah pemeran sebuah situasi dalam kehidupan manusia dengan tanpa diadakan latihan, dilakukan oleh dua orang atau lebih untuk dipakai sebagai bahan analisa oleh kelompok. Beberapa keunggulan metode permainan peran :

- 1) Dapat dipakai pada kelompok besar dan kecil

- 2) Membantu anggota untuk menganalisa situasi/masalah
- 3) Menambah rasa percaya diri peserta
- 4) Membantu anggota mendapat pengalaman yang ada pada pikiran orang lain

f. Metode *Symposium*

Symposium adalah serangkaian pidato pendek di depan pengunjung dengan seorang pemimpin yang mengemukakan aspek-aspek yang berbeda dari topik tertentu. Beberapa keunggulan metode *symposium* :

- 1) Dapat dipakai pada kelompok besar maupun kecil
- 2) Dapat mengemukakan banyak informasi dalam waktu singkat
- 3) Pergantian pembicara menambah variasi dan menjadikan lebih menarik

g. Metode Demonstrasi

Metode demonstrasi adalah metode pembelajaran yang menyajikan suara prosedur atau tugas, cara menggunakan alat, cara berinteraksi serta dapat dilakukan secara langsung atau menggunakan media, seperti radio dan film. Beberapa keunggulan metode demonstrasi :

- 1) Dapat membuat proses pembelajaran menjadi lebih jelas dan konkret
- 2) Lebih mudah memahami sesuatu karena proses pembelajaran menggunakan prosedur atau tugas dengan dibantu alat peraga
- 3) Peserta didik dirangsang untuk mengamati
- 4) Menyesuaikan teori dengan kenyataan dan dapat melakukan sendiri (rekomendasi)

2.5.4 Evaluasi Pendidikan Kesehatan

Setelah melakukan pendidikan kesehatan, untuk menilai apakah pendidikan kesehatan yang diberikan berhasil atau tidak maka dilakukan evaluasi. Menurut Rankin & Stalling (2001) dalam Aisyah (2010) beberapa metode evaluasi yaitu :

a. Observasi Langsung

Melihat atau mengobservasi tindakan yang dilakukan oleh sasaran terkait dengan promosi kesehatan yang diberikan.

b. Catatan Pasien atau Observasi

Setiap kemajuan yang dialami oleh sasaran dicatat sehingga perawat dapat menilai apakah promosi kesehatan yang diberikan berhasil atau tidak.

c. Laporan Pasien

Laporan pasien dan keluarganya dapat digunakan sebagai sumber data meskipun objektivitasnya dipertanyakan.

d. Test

Test dilakukan sebelum dan sesudah promosi kesehatan, dilakukan untuk mengetahui kemajuan sasaran secara kognitif.

e. Wawancara dan Pembagian Kuesioner

Pasien atau keluarganya diwawancara atau diberikan kuesioner untuk mengkaji harapan, opini, dan tingkat pengetahuannya.

2.6 Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga

Asuhan keperawatan keluarga merupakan proses yang kompleks dengan menggunakan pendekatan sistematis untuk bekerja sama dengan keluarga

dan individu sebagai anggota keluarga, meliputi pengkajian perumusan diagnosa keperawatan, penyusunan rencana dan pelaksanaan perencanaan serta penilaian (Padila, 2012).

2.6.1 Pengkajian

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

a. Data Umum

1. Identitas Kepala Keluarga dan Anggota Keluarga

Di dalam identitas kepala keluarga yang perlu dikaji yaitu nama, umur, pendidikan, pekerjaan, agama, alamat, dan suku. Penyakit stroke dapat terjadi pada siapa saja, tetapi lebih sering ditemukan pada seseorang yang berusia di atas 50 tahun. Usia merupakan salah satu faktor resiko stroke karena dengan pertambahan usia terjadi penurunan fungsi sel, jaringan dan organ sebagai proses fisiologis penuaan. Perempuan lebih beresiko terkena stroke dibandingkan laki-laki karena pengaruh mengkonsumsi pil KB, menopause, dan depresi. Stress karena tuntutan pekerjaan juga merupakan salah satu faktor pemicu terjadinya stroke (Manurung, Diani, & Agianto, 2015).

Seorang penderita stroke yang mempunyai latar belakang pendidikan yang kurang cenderung tidak dapat menerima perkembangan baru mengenai kesehatannya. Seseorang dengan pendidikan tinggi akan

mempunyai kesempatan untuk berperilaku baik. Semakin rendah tingkat pendidikan yang dimiliki maka akan semakin rendah pula kemampuan yang akan dimiliki seseorang dalam menyikapi suatu permasalahan (Irfan, 2010).

2. Komposisi keluarga

Komposisi keluarga menjelaskan anggota keluarga yang diidentifikasi sebagai bagian dari keluarga mereka. Komposisi tidak hanya mencantumkan penghuni rumah tangga, tetapi juga anggota keluarga lain yang menjadi bagian dari keluarga tersebut (Padilla, 2012).

3. Tipe keluarga

Menjelaskan mengenai jenis atau tipe keluarga dengan jumlah penghuni yang banyak tanpa diimbangi fasilitas yang terpenuhi, beserta kendala-kendala atau masalah-masalah yang terjadi dengan jenis atau tipe keluarga tersebut. Jika dalam sebuah keluarga terjadi masalah dan tidak kunjung terselesaikan akan mengakibatkan stres yang merupakan salah satu faktor risiko terjadinya stroke (Padilla, 2012).

4. 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).

5. Agama

Mengkaji agama yang dianut oleh keluarga serta kepercayaan yang dapat mempengaruhi kesehatan (Padilla, 2012).

6. Status sosial ekonomi keluarga

Status ekonomi keluarga ditentukan oleh pendapatan kepala keluarga maupun anggota keluarga yang lainnya. Jenis makanan tinggi lemak dan kolesterol yang sering di konsumsi oleh responden pada kelompok kasus adalah jenis fast food, makanan yang berasal dari daging ayam, daging sapi, daging kambing serta makanan bersantan (Padilla, 2012).

7. Aktivitas rekreasi keluarga

Rekreasi keluarga tidak hanya dilihat dari kapan saja keluarga pergi bersama-sama untuk mengunjungi tempat rekreasi tertentu, namun dengan menonton televisi dan mendengarkan radio juga merupakan aktivitas rekreasi. 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 (Padilla, 2012).

b. Riwayat dan tahap perkembangan keluarga

1. Tahap perkembangan keluarga saat ini

Dalam tahap perkembangan keluarga terdapat 8 tahap. Pada tahap perkembangan keluarga yang beresiko mengalami masalah stroke, tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi. Memberikan penjelasan tentang penyebab dari tahapan keluarga yang belum

dilakukan seperti dari tugas pada perkembangan keluarga (Susanto, 2012).

2. Riwayat dan tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi

Keluarga dengan penderita post CVA yang beresiko mengalami defisit perawatan diri 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 defisit perawatan diri.

3. Riwayat kesehatan keluarga inti

Stroke dapat menurun dari keluarga yang memiliki riwayat 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

Mengkaji riwayat kesehatan keluarga besar baik dari suami maupun istri untuk mengetahui adakah anggota keluarga yang menderita hipertensi atau kelainan jantung sebelumnya (Padilla, 2012).

c. Data lingkungan

1. Karakteristik rumah

Karakteristik rumah identifikasikan dengan melihat luar rumah, tipe rumah, jumlah jendela, pemanfaatan ruangan, peletakan perabotan rumah, jenis septic tank, jarak septic tank dengan sumber air, denah rumah (Gusti, 2013).

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 (Padilla, 2012).

3. Mobilitas geografis keluarga

Ditentukan dengan apakah keluarga hidup menetap dalam satu tempat atau mempunyai kebiasaan berpindah-pindah (Padilla, 2012).

4. Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat

Menjelaskan waktu yang digunakan keluarga untuk berkumpul dan berinteraksi dengan masyarakat lingkungan tempat tinggal (Padilla, 2012).

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 (Padilla, 2012).

- d. Struktur keluarga

1. Pola komunikasi keluarga

Mengkaji mengenai cara berkomunikasi antara anggota keluarga. Apakah keluarga berkomunikasi secara langsung atau tidak, bahasa yang digunakan dalam keluarga, frekuensi dan kualitas komunikasi yang berlangsung dalam keluarga. Rendahnya rasa kepedulian antar anggota keluarga sehingga kurang komunikasi yang efektif dalam mengingatkan kepada anggota keluarga yang sakit sehingga terjadinya muncul defisit perawatan diri (Padilla, 2012).

2. 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 dengan adanya motivasi penderita post CVA akan lebih peduli dalam mengontrol defisit perawatan diri (Padilla, 2012).

3. Struktur peran

Keluarga dengan penderita post CVA untuk penyelesaian masalah stroke, semua anggota keluarga harus ikut serta karena keluarga perannya sebagai *support system* yang paling penting bagi penderita post CVA dalam mempertahankan kesehatan dan kebersihan (Padilla, 2012).

4. Nilai dan norma keluarga

Menjelaskan nilai dan 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).

e. Fungsi keluarga

1. Fungsi afektif

Mengkaji gambaran diri anggota keluarga, perasaan memiliki dan dimiliki dalam keluarga, keluarga yang sehat memberi 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 perawatan kesehatan

Keluarga harus siap merawat anggotanya apabila ada yang mengalami perubahan dalam kesehatannya. Misalnya pada keluarga dengan salah satu anggota menderita post CVA dan meninggalkan gejala sisa seperti kelemahan sehingga memerlukan bantuan dari anggota keluarga lainnya untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari, contohnya dalam menjaga kebersihan diri.

3. Fungsi reproduksi

Mengkaji berapa jumlah anak, merencanakan jumlah anggota keluarga, metode yang digunakan keluarga dalam upaya mengendalikan jumlah anggota keluarga (Bakri, 2017).

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 ke atas (Gusti, 2013).

f. Stress dan coping 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 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 (Gusti, 2013).

3. Strategi coping yang digunakan

Strategi coping apa yang digunakan keluarga bila menghadapi permasalahan (Gusti, 2013).

4. Strategi adaptasi disfungsional

Menjelaskan perilaku keluarga yang tidak adaptif ketika keluarga menghadapi masalah (Gusti, 2013).

a. 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 : kulit kepala kotor, penyebaran rambut merata, benjolan abnormal, dan hematoma yang bisa diindikasikan adanya trauma kepala.

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

Muka

Inspeksi : terdapat *hemiparesis / hemiplegia*, mulut mencong ke salah satu sisi, wajah pucat.

Palpasi : tidak terdapat nyeri tekan

3. Pemeriksaan telinga

Inspeksi : telinga sejajar kanan dan kiri, terdapat serumen.

4. Pemeriksaan mata

Inspeksi : konjungtiva pucat akibat kurangnya suplai darah ke jaringan karena kerja jantung yang menurun sekunder terhadap penurunan kesadaran, pupil anisokor dapat dijumpai pada pasien yang mengalami penurunan kesadaran, penglihatan dan lapang pandang kurang pada sisi yang sakit akibat gangguan saraf ke III, IV, VI sehingga terjadi kelumpuhan pada otot okularis yang sakit (Nursalam, 2009).

Palpasi : tidak terdapat nyeri tekan

5. Pemeriksaan mulut dan faring

Inspeksi : kebersihan rongga mulut dan gigi terganggu akibat kelemahan fisik, mulut mencong dan penurunan koordinasi gerakan mengunyah akibat kelumpuhan saraf *trigeminus* (saraf V), gangguan pada saraf IX dan X yang menyebabkan kemampuan menelan kurang baik dan kesulitan membuka mulut (Nursalam, 2009).

Palpasi : tidak terdapat nyeri tekan

6. Pemeriksaan leher

Inspeksi : kulit kasar, kering, bersisik pucat, kehilangan lemak subkutan

Palpasi : tidak ada benjolan

7. Pemeriksaan thorak

Paru-paru

Inspeksi : simetris kanan dan kiri

Palpasi : vokal fremitus kanan dan kiri sama

Perkusi : suara sonor

Auskultasi : biasanya ada suara ronkhi atau wheezing

Jantung

Inspeksi : adakah pulsasi ictus cordis

Palpasi : teraba ictus cordis pada ics lima mid klavikula sinistra

Perkusi : pekak dalam batas jantung

Auskultasi : bunyi jantung satu dan dua terdengar tunggal

8. Pemeriksaan abdomen

Inspeksi : adanya benjolan abnormal, asistes

Auskultasi : penurunan peristaltik usus akibat *bedrest* yang lama

Perkusi : timpani

Palpasi : kuadran kiri bawah dapat ditemukan penumpukan massa tinja karena penurunan peristaltik sekunder terhadap *bedrest* yang lama (Nursalam, 2009).

9. Pemeriksaan integumen

Turgor kulit jelek, terdapat daki. Selain itu perlu juga dikaji tanda-tanda dekubitus.

10. Pemeriksaan ekstremitas

Atas

Pada umumnya terdapat kelemahan otot pada bagian ekstremitas atas dekstra ataupun sinistra dengan kekuatan otot 2/2.

Bawah

Pada umumnya terdapat kelemahan otot pada bagian ekstremitas atas dekstra ataupun sinistra dengan kekuatan otot 2/2.

11. Pemeriksaan genetalia dan anus

Terkadang terdapat inkontinensia atau retensi urin.

12. Pemeriksaan neurologi

a) Saraf I (*olfaktorius*): pada pasien stroke biasanya 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*):

1. Optalmikus :Reflek kornea menurun, sensasi kulit wajah pada dahi dan paranasal menurun.
2. Maksilaris : Sensasi kulit wajah bagian berkurang sisi.
3. 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).

b. Harapan keluarga

Harapan-harapan keluarga terhadap masalah yang dialami anggota keluarganya dan harapan kepada petugas kesehatan dalam memberikan asuhan keperawatan keluarga secara optimal dan berkesinambungan demi kesembuhan pasien.

2.6.2 Analisa Data

Setelah data terkumpul, maka langkah selanjutnya ialah membuat Analisa data dengan mengelompokkan masing-masing data yang digunakan untuk merumuskan masalah keperawatan keluarga yang terjadi pada keluarga (Andarmoyo, 2012). Menurut Effendi (1998) dalam Bakri (2017) sebelum menyusun masalah kesehatan dan keperawatan dalam keluarga harus melihat masalah tersebut serta ketidakmampuan keluarga saat menjalankan tugas keluarga dibidang kesehatan.

2.6.3 Diagnosa keperawatan

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

Diagnosa keperawatan mengacu pada perumusan PES (*problem*, etiologi, dan *symptom*). Sedangkan untuk etiologi dapat menggunakan pendekatan lima tugas keluarga atau dengan menggunakan pohon masalah. Tipologi dari diagnosa keperawatan keluarga terdiri dari diagnosa keperawatan

keluarga aktual (terjadi defisit atau gangguan kesehatan), risiko (ancaman kesehatan), dan keadaan sejahtera (*wellness*).

Penulisan diagnosa keperawatan keluarga :

1. Diagnosa aktual adalah masalah keperawatan yang sedang di alami keluarga dan memerlukan bantuan dari perawat dengan cepat.
2. Diagnosa resiko tinggi adalah masalah keperawatan yang belum terjadi, tetapi tanda untuk menjadi masalah keperawatan aktual terjadi cepat apabila tidak segera mendapat bantuan perawat.
3. Diagnosa potensial adalah suatu keadaan sejahtera dari keluarga ketika keluarga telah mampu memenuhi kebutuhan kesehatannya dan mempunyai sumber penunjang kesehatan yang memungkinkan dapat di tingkatkan (Gusti, 2013).

Secara umum faktor-faktor yang berhubungan dengan etiologi dari diagnosa keperawatan keluarga:

1. Ketidaktahuan (kurangnya pengetahuan, pemahaman, kesalahan persepsi)
2. Ketidakmauan (sikap dan motivasi)
3. Ketidakmampuan (kurang ketrampilan terhadap suatu prosedur atau tindakan, kurangnya sumber daya keluarga baik finansial, fasilitas, sistem pendukung, lingkungan fisik dan psikologis (Gusti, 2013).

Diagnosa keperawatan keluarga yang mungkin muncul pada penderita post CVA:

1. Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga melakukan perawatan diri.

2. Ketidakmampuan koping keluarga berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota yang sakit(Nanda, 2012).

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 2.1 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	
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.

Diagnosa yang menjadi fokus utama pada studi kasus yang akan dilakukan oleh penulis yaitu : Defisit perawatan diri berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat salah satu anggota keluarga stroke.

2.6.4 Intervensi Keperawatan

Perencanaan perawatan keluarga terdiri dari beberapa penetapan tujuan, mencakup tujuan umum dan khusus, rencana intervensi serta dilengkapi dengan rencana evaluasi yang membuat kriteria dan standar. Tujuan dirumuskan secara spesifik (spesifik), dapat diukur (*measurable*), dapat dicapai (*achievable*), rasional atau masuk akal (rasional) dan menunjukkan waktu (*time*) yang disingkat menjadi SMART. Rencana intervensi ditetapkan untuk mencapai tujuan (Padila, 2012).

Selanjutnya intervensi keperawatan keluarga diklasifikasikan menjadi intervensi yang mengarah pada aspek kognitif, efektif, dan psikomotor (perilaku) yang ditujukan untuk meningkatkan kemampuan keluarga melaksanakan lima tugas keluarga dalam kesehatan. Kriteria dan standar merupakan rencana evaluasi, berupa pernyataan spesifik tentang hasil yang

diharapkan dari setiap tindakan berdasarkan tujuan khusus yang ditetapkan. Kriteria dapat berupa respon verbal, sikap, atau psikomotor, sedangkan standar berupa patokan/ukuran yang kita tentukan berdasarkan kemampuan keluarga (Padila, 2012).

Tabel 2.2 Rencana Asuhan Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
1.	<p>Defisiensi pengetahuan</p> <p>Definisi: Ketiadaan atau kurangnya informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu.</p> <p>Penyebab:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keterbatasan kognitif 2. Gangguan fungsi kognitif 3. Kekeliruan mengikuti anjuran 4. Kurang terpapar informasi 5. Kurang minat dalam belajar 6. Kurang mampu mengingat 7. Ketidaktahuan menemukan sumber informasi <p>Gejala dan Tanda Mayor Subjektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menanyakan 	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan masalah pada defisiensi pengetahuan dapat teratasi dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perilaku sesuai anjuran 2. Verbalisasi minat dalam belajar 3. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik 4. Kemampuan menggambarkan pengalaman sebelumnya yang sesuai dengan topik 5. Perilaku sesuai dengan pengetahuan 	<p>Edukasi Kesehatan</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi. 2. Identifikasi faktor-fakto yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat. <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan materi media pendidikan kesehatan. 2. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan. 3. Berikan kesempatan untuk bertanya. <p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup

<p>masalah yang dihadapi</p> <p>Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran 2. Menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah 	<p>bersih dan sehat.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Jelaskan faktor-faktor yang dapat mempengaruhi kesehatan. 3. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat.
---	--

Gejala dan Tanda

Minor

Subjektif

(tidak tersedia)

Objektif

1. Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat
2. Menunjukkan perilaku berlebihan (mis. apatis, bermusuhan, agitasi, histeria)

Kondisi klinis terkait:

1. Kondisi klinis yang baru dihadapi oleh klien
2. Penyakit akut
3. Penyakit kronis

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

2.6.5 Implementasi Keperawatan

Implementasi atau pelaksanaan merupakan salah satu tahap proses keperawatan keluarga dimana perawat mendapatkan kesempatan untuk membangkitkan minat untuk mendapatkan perbaikan kearah 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:

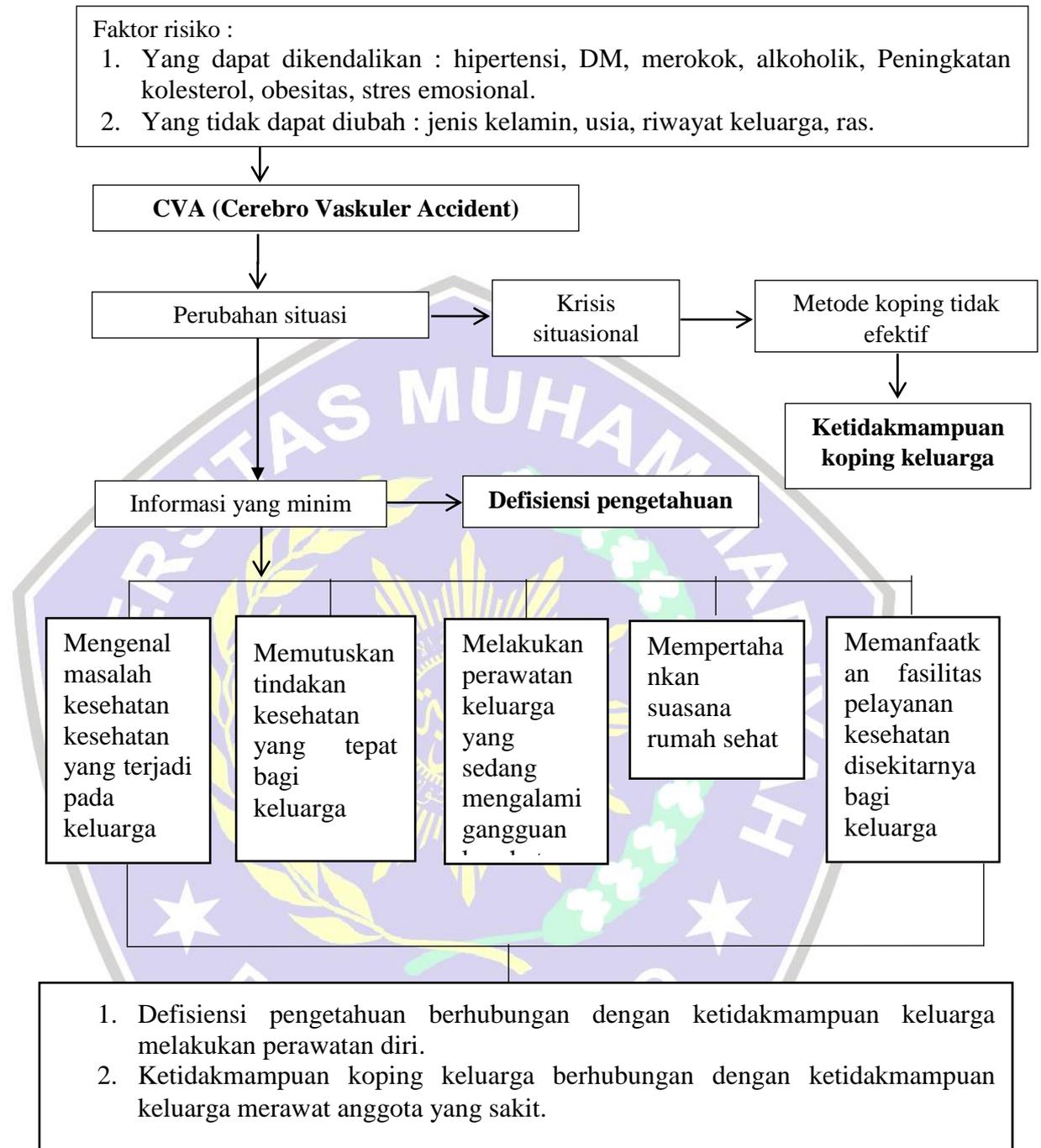
1. Menstimulasi kesadaran atau penerimaan keluarga mengenal masalah dan kebutuhan kesehatan, dengan cara:
 - a. Memberikan informasi: penyuluhan atau konseling
 - b. Mengidentifikasi kebutuhan dan harapan tentang kesehatan
2. Menstimulasi keluarga untuk memutuskan cara perawatan yang tepat, dengan cara:
 - a. Mengidentifikasi konsekuensi tindakan dan jika tidak melakukannya
 - b. Mengidentifikasi sumber-sumber yang dimiliki keluarga
3. Memberi kepercayaan diri dalam merawat anggota keluarga yang sakit:
 - a. Mendemonstrasikan cara perawatan dengan menggunakan alat dan fasilitas yang ada di rumah
 - b. Mengawasi keluarga melakukan tindakan keperawatan
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

2.6.6 Evaluasi

Evaluasi merupakan tahap terakhir dari proses keperawatan. Kegiatan evaluasi ini yaitu membandingkan hasil yang telah dicapai setelah implementasi keperawatan dengan tujuan sesuai perencanaan (Bararah & Jauhar, 2013).

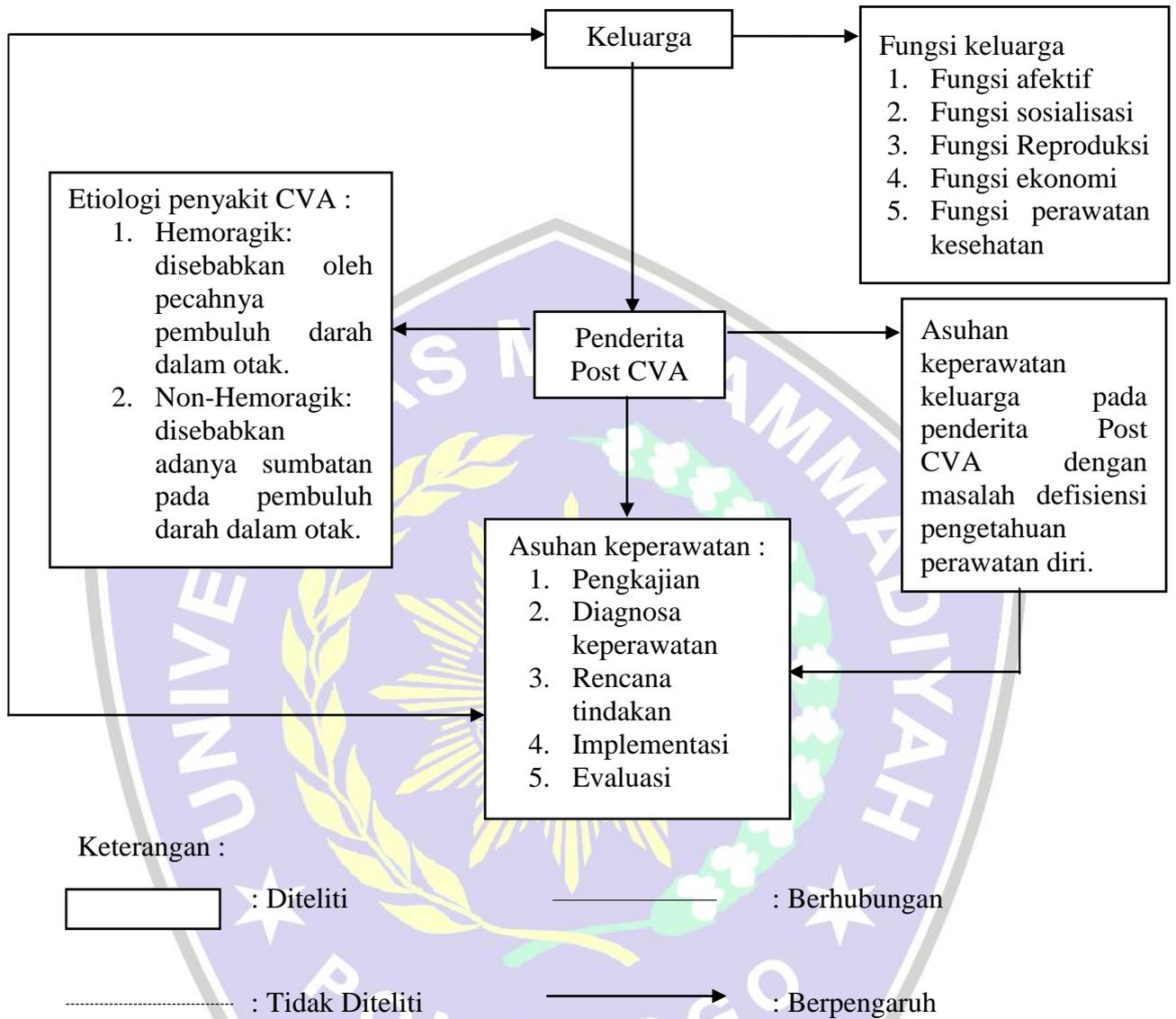


2.7 Pathway



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

2.8 Hubungan Antar Konsep



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

2.9 Keefektifan Tindakan Keperawatan

Hasil beberapa penelitian terdahulu yang berhubungan dengan keefektifan tindakan keperawatan yang diangkat oleh peneliti yakni edukasi kesehatan sebagai berikut :

1. Berdasarkan penelitian Cecep Eli Kosasih, Tetti Solehati & Chandra Isabela Purba (2018) yang berjudul Pengaruh Edukasi Kesehatan Terhadap Pengetahuan Pasien Stroke Dan Keluarga: Peran, Dukungan, Dan Persiapan Perawatan Pasien Stroke di Rumah didapatkan hasil yaitu :

Tujuan penelitian ini untuk mengetahui pengaruh edukasi kesehatan terhadap pengetahuan pasien stroke dan keluarga akan peran, dukungan, dan persiapan perawatan. Metode penelitian menggunakan desain *quasi eksperimen* dengan rancangan *one-group pre-post test design*. Penelitian dilakukan di RS Al Islam Bandung pada bulan November 2018. Responden terdiri dari 16 pasien stroke dan 16 keluarga pasien stroke. Instrumen menggunakan kuesioner. Analisis data menggunakan analisis univariat dan bivariat.

Metode yang digunakan dalam pemberian edukasi kesehatan tersebut dilakukan dengan metode Ceramah Tanya Jawab (CTJ) Interaktif menggunakan power point yang disertai foto dan gambar terkait materi. Edukasi dilakukan dengan interaktif dibantu oleh 6 orang fasilitator yang sebelumnya telah dilakukan penyamaan persepsi terlebih dahulu oleh peneliti. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebelum dan setelah intervensi terdapat perbedaan rata-rata yang

signifikan tingkat pengetahuan pasien dari 7,94 menjadi 10,38 ($p=0,002$), tetapi ada variabel kesiapan pasien stroke tidak terdapat perbedaan rata-rata yang signifikan yaitu 14,25 menjadi 15,88 ($p=0,411$). Pada keluarga pasien menunjukkan bahwa sebelum dan setelah intervensi terdapat perbedaan rata-rata tingkat pengetahuan yang signifikan dari 5,19 menjadi 6,81 ($p=0,012$).

Peningkatan rata-rata tingkat pengetahuan pada keluarga ini disebabkan oleh adanya diskusi yang dilakukan oleh peneliti dengan keluarga pasien saat intervensi berlangsung. Keluarga dapat melakukan tanya jawab dengan bebas karena adanya fasilitator yang memotivasi keluarga untuk menanyakan hal-hal yang tidak diketahui oleh keluarga pasien serta untuk menjawab hal-hal yang diketahui oleh keluarga tentang pasien stroke. Kesimpulan: edukasi kesehatan terbukti berpengaruh dalam meningkatkan tingkat pengetahuan pasien dan keluarganya mengenai stroke, kesiapan, peran keluarga pengasuh pasien stroke, dan persiapan perawatan pasien stroke dirumah.

2. Berdasarkan penelitian Rolly Rondonuwu, Isworo, Marjes Tumurang, Dorce Sarimin, Dwita Marasi (2019) yang berjudul Pengetahuan Keluarga Setelah Di Edukasi Penanganan Kegawatdaruratan Stroke Pre Hospital Di RS Pancaran Kasih Manado didapatkan hasil yaitu :

Tujuan penelitian ini untuk mengetahui pengaruh edukasi kesehatan tentang penanganan kegawatdaruratan stroke *pre hospital* terhadap pengetahuan keluarga. Metode penelitian ini adalah *pre experimental design* dengan menggunakan desain *onegroup pre test –*

post test. Populasi berjumlah 120 anggota keluarga dan ditentukan 30 sampel menggunakan metode *purposive sampling*. Peneliti menggunakan uji *Wilcoxon Signed Rank*, data di olah menggunakan program IBM SPSS *Statistic* dengan tingkat kemaknaan 95% ($\alpha=0,05$).

Teknik pengumpulan data dalam penelitian ini adalah dengan menggunakan teknik wawancara melalui kuesioner dan studi dokumentasi. Menggunakan daftar pertanyaan (kuesioner) pengetahuan tentang penanganan stroke pre hospital. Kuesioner yang digunakan berisi 12 item pertanyaan dengan jenis pertanyaan tertutup. Isi pertanyaan kuesioner mengenai penanganan stroke pre hospital yang harus dijawab oleh responden. Dibagikan sebelum dan sesudah diberikan edukasi kesehatan (*pre-post test*) untuk melihat tingkat pengetahuan keluarga. Hasil penelitian menunjukkan bahwa terjadi peningkatan pengetahuan yang ditandai dengan nilai rata-rata pengetahuan keluarga sebelum dilakukan intervensi adalah 4,23 dan nilai rata-rata sesudah dilakukan intervensi adalah 10,1. Peningkatan pengetahuan mencakup 3 tingkatan yaitu tahu, memahami, dan aplikasi. Hasil uji statistik terhadap pengetahuan dengan menggunakan *Wilcoxon* diperoleh nilai $p=0,000$, ini berarti nilai yang didapatkan lebih kecil daripada nilai signifikansi ($p<0,05$). Kesimpulan: edukasi kesehatan berpengaruh secara bermakna terhadap pengetahuan keluarga tentang penanganan kegawatdaruratan stroke *pre hospital*.

3. Berdasarkan penelitian Winanda Rizki Bagus Santosa, Aldilla Nur Sukma Trisnain (2019) yang berjudul Pengaruh Pendidikan Kesehatan

Pre Hospital Stroke Terhadap Pengetahuan Dan *Self-Efficacy* Masyarakat Dalam Melakukan Tindakan Pertolongan Pre Hospital Stroke didapatkan hasil yaitu :

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh dari pendidikan kesehatan tentang *pre hospital* stroke terhadap pengetahuan dan *self-efficacy* masyarakat di Desa Jongbiru Kecamatan Gampengrejo Kabupaten Kediri dalam melakukan tindakan pertolongan *pre hospital* stroke. Metode penelitian yang digunakan adalah *pra experimental design* dengan rancangan *one group pre test-post test design*. Teknik sampling dilakukan dengan menggunakan *total sampling*. Populasi dalam penelitian ini adalah semua masyarakat yang tinggal di RT.03 RW.01, Desa Jongbiru Kecamatan Gampengrejo Kabupaten Kediri. Sampel yang diambil dalam penelitian adalah yang memenuhi kriteria inklusi yaitu sebanyak 33 responden. Penelitian dilakukan tanggal 10-14 Maret 2019. Instrumen yang digunakan adalah kuesioner yang sudah dilakukan validitas dan reabilitas yang hasilnya valid dan reabel, serta dianalisa dengan uji statistik non parametrik yaitu *Wilcoxon*.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pengetahuan yang dimiliki sebagian besar responden sebelum diberikan pendidikan kesehatan dalam kategori rendah yaitu sebanyak 23 responden (69,7%) dan setelah dilakukan pendidikan kesehatan sebagian responden dalam kategori tinggi yaitu sebanyak 21 responden (66,7%). Setelah dilakukan uji statistik *Wilcoxon* dengan nilai $\alpha=0,05$, didapatkan hasil

nilai signifikansi atau *p-value* pada nilai pengetahuan adalah 0,000 yang artinya nilai *p-value* < nilai $\alpha=0,05$ sehingga hipotesis yang didapat adalah H_0 ditolak. Dengan demikian dapat diambil kesimpulan bahwa ada pengaruh pendidikan kesehatan tentang *pre hospital stroke* terhadap pengetahuan.

2.10 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 يُوفَّى الصَّابِرُونَ أَجْرَهُمْ بِغَيْرِ حِسَابٍ

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

Selain bersabar dalam islam menjaga kebersihan juga merupakan salah satu hal yang penting karena Allah menyukai kebersihan. Kebersihan adalah upaya manusia untuk memelihara diri dan lingkungannya dari segala yang kotor dan keji dalam rangka mewujudkan dan melestarikan kehidupan yang sehat dan nyaman. Kebersihan merupakan syarat bagi terwujudnya kesehatan,

dan sehat adalah salah satu faktor yang dapat memberikan kebahagiaan. Sebaliknya, kotor tidak hanya merusak keindahan tetapi juga dapat menyebabkan timbulnya berbagai penyakit, dan sakit merupakan salah satu faktor yang mengakibatkan penderitaan. Terkait tentang hal tersebut, al-qur'an juga mempunyai istilah-istilah tersendiri dalam mengungkapkan istilah kata kesehatan.

Hadist Riwayat At-Turmudzi:

يُحِبُّ طَيِّبٌ اللَّهُ إِنَّ وَسَلَّمَ يَهْدَى اللَّهُ صَلَّى النَّبِيِّ عَنِ أَبِيهِ عَنْ وَقَاصٍ أَبِي سَعْدِ بْنِ عَنْ
الْجَوَادِ فَتَطْفُؤُ الْفَنَيْتِكُمْ جَوَادِيحِبُّ الْكِرْمَ يُحِبُّ النَّظَافَةَ كَرِيمٌ يُحِبُّ نَظِيفُ الطَّيِّبِ

Artinya : "Sesungguhnya Allah Ta'ala itu baik (dan) menyukai kebaikan, bersih (dan) menyukai kebersihan, mulia (dan) menyukai kemuliaan, bagus (dan) menyukai kebagusan. Oleh sebab itu, bersihkanlah lingkunganmu".