

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Pengalaman**

##### **1. Definisi Pengalaman**

Pengalaman adalah sesuatu yang pernah dialami (dijalani, dirasakan, ditanggung) (KBBI, 2005). Pengalaman juga diartikan sebagai memori episodik, yaitu memori yang menerima dan menyimpan peristiwa yang terjadi atau dialami individu pada waktu dan tempat tertentu, yang berfungsi sebagai referensi otobiografi (Alwisol, 2012)

Pengalaman juga merupakan hal yang tak dapat dipisahkan dari kehidupan manusia sehari-harinya. Pengalaman sangat berharga bagi setiap manusia, dan pengalaman juga dapat diberikan kepada siapa saja untuk digunakan dan menjadi pedoman serta pembelajaran manusia (Daru Purnomo, 2014)

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, yang terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap objek tertentu. Sebagian besar pengetahuan diperoleh dari mata dan telinga. Pengetahuan merupakan pedoman dalam membentuk tindakan seseorang (Notoadmojo, 2007).

Sikap merupakan reaksi suatu stimulus atau objek. Manifestasi sikap tidak dapat langsung dilihat, tetapi hanya dapat ditafsirkan terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup. Sikap secara nyata menunjukkan konotasi adanya kesesuaian reaksi terhadap stimulus tertentu yang dalam kehidupan sehari-hari merupakan reaksi yang bersifat emosional terhadap stimulus sosial (Notoatmodjo, 2007).

Menurut Lewit seperti yang dikutip oleh Notoadmojo (1993), perilaku merupakan hasil pengalaman dan proses interaksi dengan lingkungannya, yang terwujud dalam bentuk pengetahuan, sikap dan tindakan sehingga diperoleh keadaan seimbang antara kekuatan pendorong dan kekuatan penahan. Perilaku seseorang dapat berubah jika terjadi ketidakseimbangan antara kedua kekuatan dalam diri seseorang.

Pengalaman akan sangat mempengaruhi bagaimana seseorang mempersiapkan sesuatu yang dirasakan (diketahui, dikerjakan, dan dipersepsikan) juga merupakan kesadaran akan suatu hal yang tertangkap oleh indra manusia, persepsi itu tidak hanya ditentukan oleh stimulus (rangsangan) secara objektif, tetapi juga dipengaruhi oleh keadaan diri sang perseptor (Carol Wade dan Carol Tavris, 2008). Aktivitas di dalam diri atau pengalaman dari seseorang akan menghasilkan persepsi yang berbeda. Pendapat ini berarti bahwa objek-objek yang mendapat tekanan dalam persepsi pada umumnya adalah objek-objek yang memenuhi tujuan individu yang melakukan persepsi, persepsi yang sering kita alami (konsisten) secara berulang-ulang maka dengan sendirinya akan terekam di dalam memori kita dan menjadi sebuah pengalaman atau persepsi yang akan di *recall* kembali apabila kita mengalami sensasi yang sama dilain waktu (Yati Afyanti dan Imami Nur Rachmawati, 2014)

## **2. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pengalaman**

Faktor yang membuat seseorang memiliki pengalaman adalah adanya suatu pengalaman yang didapatkannya secara kontinu, pengalaman seorang ahli diperoleh melalui pengalaman selama bertahun-tahun. Lebih lanjut dapat dikatakan bahwa dalam rangka pencapaian keahlian, seseorang harus mempunyai pengetahuan yang tinggi. Pengalaman yang lebih akan menghasilkan pengetahuan yang lebih (Carol Wade dan Carol Tavris, 2008).

Adanya keterlibatan langsung yang dilakukan seseorang individu akan melakukan suatu kegiatan maupun prinsip aktifitas yang dialaminya adalah faktor yang mempengaruhi adanya suatu hal yang dapat menciptakan adanya pengalaman sehingga individu tersebut dapat menuangkannya ke dalam suatu informasi baik secara persepsi maupun keterampilan yang dimilikinya (Sardiman, 2007)

## **B. Konsep Keluarga**

### **1. Definisi Keluarga**

Keluarga berasal dari bahasa sansekerta : *kula* dan *warga* “kulawarga” yang beraarti “anggota” kelompok kerabat. Keluarga adalah lingkungan dimana beberapa orang yang masih memiliki hubungan darah (Jhonson & Leny, 2010)

Keluarga tersusun dari dua orang atau lebih, masing-masing mempunyai hubungan kekerabatan yaitu bapak, ibu, adik, kakak dan nenek (Raisner, 1980)

Menurut Dauvall (1986), menguraikan bahwa keluarga adalah sekumpulan orang dengan ikatan perkawinan, kelahiran dan adopsi

yang bertujuan untuk menciptakan, mempertahankan budaya dan meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional serta sosial dari setiap anggota keluarga.

Keluarga sebagai unit pelayanan perawatan, karena keluarga merupakan unit utama dari masyarakat dan merupakan lembaga yang menyangkut kehidupan bermasyarakat. Keluarga merupakan kelompok yang dapat menimbulkan, mencegah, mengabaikan, atau memperbaiki masalah-masalah kesehatan dalam kelompoknya sendiri. Masalah kesehatan dalam keluarga saling berkaitan, penyakit yang di derita salah satu anggota keluarga akan dapat mempengaruhi keluarga tersebut, karena keluarga merupakan perantara yang afektif dan mudah untuk berbagai usaha-usaha kesehatan masyarakat. Keluarga tetap berperan dalam mengambil keputusan dalam pemeliharannya, keluarga juga merupakan lingkungan yang serasi untuk mengembangkan potensi tiap individu dalam keluarga (Harmoko, 2012)

## **2. Bentuk Keluarga**

Menurut Syafrudin (2010) adapun bentuk-bentuk keluarga terdiri atas :

### **a. Nuclear Family**

Keluarga inti (ayah, ibu dan anak ditambah belum menikah).

### **b. Extended Family**

Keluarga besar (Ayah, ibu dan anak ditambah kakek dan nenek)

### **c. Serial Family**

Keluarga yang terdiri dari satu wanita dan pria yang menikah lebih dari satu kali dan merupakan satu keluarga inti

d. Single Family

Keluarga duda dan janda.

e. Composite Family

Keluarga yang perkawinannya berpoligami.

### 3. Struktur Keluarga

Struktur keluarga menunjukkan cara pengaturan keluarga, cara pengaturan unit-unit ini saling mempengaruhi. Friedman (2010), menyatakan ada 4 dimensi struktural keluarga, yaitu sebagai berikut :

- a. Sistem nilai, menggambarkan nilai dan norma yang dipelajari dan di yakini oleh keluarga, khususnya yang berhubungan dengan kesehatan.
- b. Jaringan komunikasi, menggambarkan bagaimana cara dan pola komunikasi ayah-ibu (orang tua), orang tua dengan anak, anak dengan anak, dan anggota keluarga lain (pada keluarga besar) dan keluarga inti.
- c. Sistem peran, menggambarkan peran masing-masing anggota dalam keluarga sendiri dan peranya di lingkungan masyarakat atau peran formal dan informan.
- d. Kekuasaan dan pengambilan keputusan, menggambarkan kemampuan anggota keluarga untuk mempengaruhi dan mengendalikan orang lain untuk mengubah perilaku keluarga yang mendukung kesehatan.

### 4. Fungsi Keluarga

Pada dasarnya keluarga mempunyai fungsi-fungsi pokok yakni fungsi yang sulit dirubah dan digantikan oleh orang lain. Sedangkan fungsi-fungsi lain atau fungsi-fungsi sosial, relatif lebih mudah berubah atau mengalami perubahan.

Fungsi-fungsi pokok tersebut antara lain :

a. fungsi biologik

Dalam fungsi biologi ini keluarga merupakan tempat dimana lahirnya anak-anak, fungsi biologik orang tua ialah melahirkan anak. Fungsi ini merupakan dasar kelangsungan hidup masyarakat. Namun fungsi ini juga mengalami perubahan, karena keluarga sekarang cenderung kepada jumlah anak yang sedikit. Kecenderungan kepada jumlah anak yang lebih sedikit ini dikarenakan, antara lain :

- 1) Berubahnya tempat tinggal keluarga dari desa ke kota.
- 2) Makin sulitnya fasilitas perumahan.
- 3) Banyaknya anak dilihat sebagai hambatan untuk mencapai sukses material keluarga.
- 4) Banyaknya anak dipandang sebagai hambatan untuk tercapainya kemesraan keluarga.
- 5) Meningkatnya taraf pendidikan wanita berakibat berkurangnya fertilitasnya.
- 6) Perubahan ajaran agama, agar keluarga mempunyai banyak anak.
- 7) Semakin banyak ibu-ibu yang bekeja di luar rumah.

8) Semakin meluasnya pengetahuan dan penggunaan alat-alat kontrasepsi.

b. fungsi afeksi (kasih sayang)

Dalam keluarga terjalin hubungan yang penuh dengan kemesraan dan kasih sayang. Hubungan afeksi ini tumbuh dari hubungan cinta kasih yang menjadi dasar perkawinan. Dari hubungan cinta kasih inilah terjadi hubungan persaudaraan, persahabatan, kebiasaan, identifikasi, persamaan pandangan mengenai nilai-nilai. Dasar cinta kasih ini merupakan faktor penting bagi perkembangan pribadi anak.

c. fungsi sosialisasi

Fungsi sosialisasi ini menunjukkan peranan keluarga dalam membentuk kepribadian anak. Anak yang berkomunikasi dengan keluarga, anak dapat mempelajari pola-pola tingkah laku, sikap, keyakinan, cita-cita, dan nilai-nilai di masyarakat dalam rangka perkembangan kepribadianya (Khairuddin, 2008)

## 5. Peranan Keluarga

Menurut Effendy (1998), peranan keluarga yaitu sebagai berikut :

- a. Ayah, berperan sebagai suami dan ayah pencari nafkah, pelindung, pemberi rasa aman, kepala keluarga, anggota masyarakat, dan kelompok sosial.
- b. Ibu, berperan sebagai istri dan ibu pengasuh dan pendidik anak-anak, pelindung, anggota masyarakat, dan kelompok sosial.

- c. Anak, menjalankan peranan psikososial sesuai tingkat perkembangan fisik, mental, sosial, dan spritual.

## 6. Tugas Kesehatan Keluarga

Baiton dan Maglaya (1998) dalam Efendy dan Makhfuldi (2009) tugas kesehatan keluarga meliputi :

- a. Mengenal masalah kesehatan keluarga

Keluarga mempengaruhi pengenalan dan interpretasi masalah kesehatan / penyakit. Kesehatan termasuk kebutuhan keluarga yang tidak boleh diabaikan karena tanpa kesehatan segala sesuatu tidak akan berarti dan karena kesehatanlah kadang seluruh kekuatan sumber daya dan dana keluarga habis. Orang tua perlu mengenal keadaan kesehatan dan perubahan-perubahan yang dialami anggota keluarga. Perubahan sekecil apapun yang dialami anggota keluarga secara tidak langsung menjadi perhatian anggota keluarga.

Mengenali masalah kesehatan keluarga dimulai ketika suatu gejala individu dikenali, ditafsirkan terkait dengan keparahannya, kemungkinan penyebab, dan makna atau artinya dirasakan mengganggu oleh individu yang mengalami gejala tersebut dan keluarganya. Tahap ini terdiri atas keyakinan keluarga akan gejala atau penyakit seorang anggota keluarga dan bagaimana mengalami penyakit tersebut (Friedman, 2010)

- b. Memutuskan tindakan kesehatan yang tepat bagi anggota keluarganya.

Tugas ini merupakan upaya keluarga yang utama untuk mencari pertolongan / perawatan yang tepat sesuai dengan keadaan keluarga. Pencarian keperawatan dimulai ketika keluarga memutuskan bahwa anggota keluarga yang sakit benar-benar sakit dan membutuhkan pertolongan. Individu yang sakit dan keluarga mulai mencari pengobatan, informasi, saran, dan validasi profesional dari *extended family*, teman, tetangga, pihak non profesional lainnya (struktur rujukan awam), dan internet. Keputusan ini menyangkut apakah penyakit anggota keluarga sebaiknya di tangani dirumah, diklinik atau dirumah sakit, cenderung dibicarakan antar anggota keluarga (Friedman, 2010).

Tindakan kesehatan yang dapat dilakukan oleh keluarga diharapkan tepat, sehingga masalah kesehatan dapat dikurangi dan bahkan dapat teratasi. Jika keluarga mempunyai keterbatasan dapat meminta bantuan kepada orang di lingkungan tempat tinggal keluarga agar memperoleh bantuan.

- c. Merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan kesehatan

Ketika keluarga memberikan perawatan kepada anggota keluarganya yang sakit, keluarga harus mengetahui bagaimana keadaan penyakitnya, sifat dan perkembangan, perawatan yang dibutuhkan, fasilitas yang dibutuhkan, sumber-sumber yang

ada dalam keluarga, dan bagaimana sikap keluarga terhadap sakit.

- d. Memodifikasi lingkungan keluarga untuk menjamin kesehatan keluarga

Ketika memodifikasi lingkungan atau menciptakan suasana rumah yang sehat, keluarga harus mengetahui sumber-sumber keluarga yang dimiliki, keuntungan dan manfaat pemeliharaan lingkungan, pentingnya hygiene sanitasi, upaya pencegahan penyakit, dan bagaimana sikap atau pandangan keluarga terhadap hygiene sanitasi.

- e. Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan disekitarnya bagi keluarga

Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan bagi keluarga di mulai saat dilakukan kontak dengan pelayanan kesehatan profesional dan praktisi pengobatan tradisional atau rakyat. Banyak penelitian telah menunjukkan secara jelas bahwa keluarga berfungsi sebagai lembaga yang membantu dalam menentukan tempat terapi yang harus diberikan dan oleh siapa (Friedman, 2010). Keluarga bertindak sebagai agen perunjukan kesehatan utama dan akan merujuk anggotanya ke jenis layanan atau praktisi yang dinilai sesuai.

### **C. Konsep *Palliative Care***

#### **1. Definisi *Palliative Care***

Kata '*Palliative*' berasal dari kata latin '*Pallium*' yang berarti jubah atau mantel yang biasa digunakan untuk melindungi seseorang yang memakainya dari kedinginan. Dalam pelayanan kesehatan, arti kata *palliative* bisa diartikan sebagai melindungi penderita dari berbagai penderitaan akibat penyakitnya. Perawatan *palliative* hendaknya memperhatikan peningkatan kualitas hidup penderita dengan memperhatikan berbagai aspek fisik, psiko-sosial, dan spritual. Perawatan *palliative* tidak hanya diberikan pada penderita melainkan juga pada keluarganya (Kepmenkes RI Nomor : 812, 2007).

Perawatan *palliative* bertujuan memperbaiki kualitas hidup pasien dan keluarga, yang menghadapi masalah yang berhubungan dengan penyakit yang dapat mengancam jiwa, melalui pencegahan dan peniadaan melalui identifikasi dini serta penilaian yang tertib juga penanganan nyeri / masalah-masalah lain, fisik, psikososial dan spiritual (Kepmenkes RI Nomor : 812, 2007).

## **2. Tujuan dan *palliative***

Perawatan *Paliative* adalah pendekatan yang bertujuan memperbaiki kualitas hidup pasien dan keluarga yang menghadapi masalah yang berhubungan dengan penyakit yang dapat mengancam jiwa, melalui pencegahan dan peniadaan melalui identifikasi dini dan penilaian yang tertib serta penanganan nyeri dan masalah-masalah lain, fisik, psikososial dan spiritual. Tujuan utama perawatan *palliative* adalah tercapainya kemungkinan kualitas hidup terbaik bagi penderita sepanjang

kehidupan mereka dan tercapainya dukungan keluarga pada saat pasien hidup dan meninggal.

Tujuan perawatan *palliative* menurut WHO tahun 2002 adalah sebagai berikut :

- a. Meningkatkan kualitas hidup pasien dan keluarga
- b. Menganggap kematian adalah proses yang normal
- c. Tidak mempercepat atau menunda kematian
- d. Menghilangkan nyeri dan keluhan lain
- e. Menjaga keseimbangan psikologis dan spiritual
- f. Memberikan dukungan pada pasien agar tetap aktif hingga akhir hayat

Adapun tujuan kebijakan perawatan *palliative* berdasarkan Surat Keputusan (SK) Kemenkes tahun 1989 adalah sebagai berikut :

- a. Terlaksananya perawatan *palliative* yang bermutu sesuai standar yang berlaku diseluruh Indonesia
- b. Tersusunnya pedoman-pedoman pelaksanaan perawatan paliatif
- c. Tersedianya tenaga medis dan non medis yang terlatih
- d. Tersedianya sarana dan prasarana yang diperlukan

Menurut Campbell (2009), tujuan akhir dari perawatan *palliative* adalah mencegah dan mengurangi penderitaan serta memberikan bantuan kepada pasien dan keluarga, untuk memperoleh kualitas hidup terbaik tanpa memperhatikan stadium penyakit atau kebutuhan terapi lainnya, dengan demikian perawatan paliatif dapat diberikan secara bersamaan

dengan perawatan yang memperpanjang / mempertahankan kehidupan atau sebagai fokus perawatan.

Tujuan dari perawatan *palliative* adalah untuk meningkatkan kualitas hidup pasien, yang secara rinci tujuan utamanya adalah (Nendra *et al.*, 2011) :

- a. Meningkatkan kapasitas keluarga untuk memberikan perawatan paliatif.
- b. Mendukung peningkatan akses ke perawatan *palliative* dalam perawatan, dukungan dan layanan pengobatan yang ada.
- c. Mengajukan untuk perawatan *palliative* yang berkelanjutan dan holistik.
- d. Meningkatkan akses terhadap obat-obatan dan komoditas penting dalam perawatan paliatif.
- e. Meningkatkan kualitas pelayanan perawatan *palliative*.

Menurut Kemenkes RI (2007), tujuan umum kebijakan pelayanan *palliative* adalah sebagai payung hukum dan arahan bagi perawatan *palliative* di Indonesia dan tujuan khususnya adalah terlaksananya perawatan *palliative* yang bermutu sesuai standar yang berlaku di Indonesia, tersedianya tenaga medis dan non medis yang terlatih, tersusunnya pedoman-pedoman pelaksanaan perawatan *palliative* dan tersedianya sarana dan prasarana yang diperlukan.

### 3. Prinsip perawatan *palliative*

Dapat membantu pengetahuan dan keterampilan yang di butuhkan dalam memberikan pelayanan yang akan meningkatkan kualitas hidup pasien dan keluarga pada berbagai layanan, antara lain :

- a. Memberikan bantuan dari rasa sakit dan gejala menyedihkan lainnya.
- b. Menegaskan bahwa hidup dan kematian sebagai proses yang normal.
- c. Bermaksud baik untuk tidak mempercepat atau menunda kematian.
- d. Mengintegrasikan aspek psikologis dan spritual perawatan pasien.
- e. Menawarkan sistem dukungan untuk membantu pasien hidup seaktif mungkin sampai akhir hayatnya.
- f. Menawarkan sistem dukungan untuk membantu keluarga dalam mengatasi masalah selama pasien menjalani penyakit dan kematian.
- g. Menggunakan pendekatan tim untuk mengatasi kebutuhan pasien dan keluarga, termasuk konseling duka cita.
- h. Akan meningkatkan kualitas hidup, dan mungkin juga berpengaruh positif bagi perjalanan penyakit.
- i. Berlaku pada awal perjalanan peyakit, ditata laksana dengan terapi lain yang dimaksudkan untuk memperpanjang hidup,

seperti kemoterapi atau terapi radiasi, dan termasuk orang-orang yang diperlukan untuk investigasi lebih memahami dan mengelola komplikasi klinis.

(Putranto, 2015)

## **D. Konsep Stroke**

### **1. Definisi Stroke**

Stroke merupakan gangguan fungsional yang bersifat akut karena penyakit pembuluh darah otak, dengan tanda dan gejala sesuai bagian otak yang terkena. Serangan stroke terjadi tanpa peringatan dan dapat sembuh secara sempurna atau sembuh dengan cacat atau bahkan berakibat kematian, akibat gangguan aliran darah ke otak karena sumbatan pembuluh darah otak atau akibat perdarahan karena pecahnya pembuluh darah otak. Pasien paska stroke biasanya mengalami berbagai macam kerusakan neurologik tergantung dari daerah kerusakan otak yang dialaminya. Disfungsi ini akan menimbulkan dampak psikologis maupun sosial bagi pasien itu sendiri dan juga pada keluarganya. Pada dasarnya pasien yang mengalami disfungsi neurologik, sebelumnya tanpa persiapan dan tidak dikehendaki baik oleh dirinya maupun keluarganya (Iskandar, 2004)

Stroke juga merupakan salah satu penyakit defisit neurologis akut yang disebabkan oleh gangguan pembuluh darah otak yang terjadi secara mendadak dan menimbulkan gejala dan tanda yang sesuai dengan daerah otak yang terganggu (Bustan, 2007)

### **2. Klasifikasi Stroke**

Stroke terbagi 2 kategori, yaitu stroke hemoragik dan stroke iskemik Menurut Pudiastuti (2011) :

- a. Stroke hemoragik adalah stroke karena pecahnya pembuluh darah sehingga menghambat aliran darah yang normal dan darah merembes ke dalam suatu daerah otak yang merusaknya. Hampir 70% kasus stroke hemoragik diderita oleh penderita hipertensi. Stroke hemoragik ada 2 jenis, yaitu
  - 1) *Hemoragik intraserebral* : perdarahan yang terjadi di dalam jaringan otak.
  - 2) *Hemoragik subaraknoid* : perdarahan yang terjadi pada ruang subaraknoid (ruang sempit antara permukaan otak dan lapisan jaringan yang menutupi otak).

Menurut Smeltzer (Pudiastuti, 2011) stroke hemoragik disebabkan oleh:

- 1) Iskemia  
Merupakan penurunan aliran darah otak.
- 2) Trombosit  
Merupakan penyebab stroke paling utama, umumnya karena *aterosklerosis*, hipertensi juga merupakan suatu faktor dasar yang penting, thrombus mengakibatkan oklusi lumen arteri dan menurunkan perfusi yang kemudian dapat menyebabkan iskemia dan infark.
- 3) Embolisme Cerebral

Bekuan darah atau material lain yang di bawa ke otak dari bagian tubuh yang lain.

4) Hemoragik Cerebral

- b. Stroke Iskemia : terjadi karena tersumbatnya pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ke otak sebagian atau keseluruhan terhenti. Hal ini juga dipicu oleh aterosklerosis yaitu penumpukan kolestrol pada dinding pembuluh darah atau bekuan darah yang telah menyumbat suatu pembuluh darah ke otak.

Hampir sebagian besar pasien atau sebesar 83% mengalami stroke jenis ini. Penyumbatan bisa terjadi disepanjang jalur pembuluh darah arteri menuju otak.

Stroke Iskemik ini di bagi menjadi 3 jenis, yaitu :

1. *Stroke trombotik* : proses terbentuknya thrombus hingga menjadi gumpalan.
2. *Stroke embolik* : tertutupnya pembuluh arteri oleh bekuan darah.
3. *Hipoperfusion sistemik* : aliran darah ke seluruh ke sebagian tubuh berkurang karena adanya gangguan denyut jantung.

Stroke menyerang otak dan juga merusak sel-sel otak yang berhubungan dengan saraf. Kerusakan saraf yang disebabkan oleh gangguan stroke dapat menimbulkan berbagai masalah,

termasuk gangguan fungsi seksualitas bagi pria maupun wanita  
(Pudiastuti, 2011)

### 3. Etiologi Stroke

Etiologi stroke terbagi menjadi 3 faktor, yaitu :

a. Faktor resiko medis :

- 1) Migrain
- 2) Hipertensi (penyakit tekanan darah tinggi)
- 3) Diabetes
- 4) Kolesterol
- 5) *Aterosklerosis* (pengerasan pembuluh darah)
- 6) Gangguan jantung
- 7) Riwayat stroke dalam keluarga
- 8) Penyakit ginjal
- 9) Penyakit vaskulerperifer

80% pemicu stroke disebabkan karena hipertensi dan  
*artreoklorosis*

b. Faktor resiko prilaku, antara lain :

- 1) Kurang olahraga
- 2) Merokok (Aktif & Pasif)
- 3) Makanan tidak sehat (*junk food, fast food*)
- 4) Kontrasepsi oral
- 5) Mendengkur
- 6) Narkoba
- 7) Obesitas

8) Stress

9) Cara hidup

c. Faktor lain

Data statistik 93% pengidap penyakit trombosis ada hubungannya dengan penyakit tekanan darah tinggi.

1) Trombosis serebral

Terjadi pada pembuluh darah dimana oklusi terjadi trombosis dapat menyebabkan ischemia jaringan otak, edema dan kongesti di area sekitarnya.

2) Emboli serebral

Penyumbatan pada pembuluh darah otak karena bekuan darah, lemak atau udara. Kebanyakan emboli berasal dari thrombus di jantung yang terlepas dan menyumbat sistem arteri serebral.

3) Perdarahan intra serebral

Pembuluh darah otak bisa pecah, terjadi karena *aterosklerosis* dan hipertensi. Pecahnya pembuluh darah otak dapat menyebabkan penekanan, pergeseran dan pemisahan jaringan otak yang berdekatan akibatnya otak akan bengkak, jaringan otak internal tertekan sehingga menyebabkan infark otak, edema dan mungkin terjadi herniasi otak

(Pudiastuti, 2011)

#### 4. Tanda dan Gejala Stroke

Ada beberapa tanda dan gejala timbulnya stroke menurut Sunaryati (2011) :

a. Gejala sementara

- 1) Sakit kepala secara tiba-tiba
- 2) Penglihatan kabur atau kehilangan ketajaman penglihatan pada satu atau kedua mata.
- 3) Kehilangan keseimbangan (limbung), lemah.
- 4) Rasa kebal atau kesemutan pada sisi tubuh.

b. Gejala ringan

- 1) Mengalami beberapa atau semua gejala stroke sementara.
- 2) Kelemahan / kelumpuhan tangan / kaki.
- 3) Bicara tidak jelas.

c. Gejala berat

- 1) Mengalami beberapa atau semua gejala stroke sementara dan ringan.
- 2) Koma jangka pendek (kehilangan kesadaran).
- 3) Kelemahan / kelumpuhan tangan / kaki.
- 4) Bicara tidak jelas / hilangnya kemampuan bicara.
- 5) Sukar menelan.
- 6) Kehilangan kontrol terhadap pengeluaran air seni dan feses.
- 7) Kehilangan daya ingat dan konsentrasi.

- 8) Terjadi perubahan perilaku, misalnya bicara tidak menentu, mudah marah, tingkah laku seperti anak kecil, dan sebagainya.

## 5. Patofisiologi Stroke

### a. Stroke Hemoragik

Pada stroke hemoragik, perdarahan yang terjadi disebabkan oleh karena pecahnya aneurisma, AVM (*Arterio venous Malformation*), atau yang paling sering karena hipertensi. Terjadinya peningkatan tekanan sistolik dan diastolik menyebabkan perubahan dinding dalam arteri sehingga mudah pecah. Aneurisme lebih sering ditemukan pada daerah percabangan arteri *cerebral* besar, pecahnya aneurisme menyebabkan perdarahan diruang subaraknoid atau langsung masuk kedalam ventrikel sehingga menyebabkan perdarahan intra *cerebral*, hal ini menyebabkan aliran darah ke otak menjadi berkurang dan selanjutnya akan menjadi iskemik dan kemudian penurunan fungsi neurologis (Oktavianus, 2014)

### b. Stroke Iskemik

Pada stroke trombotik, oklusi, atau sumbatan yang terjadi yang disebabkan oleh karena adanya penyumbatan lumen pembuluh darah otak karena trombus yang makin lama makin menebal, sehingga aliran darah ke otak menjadi lancar. Penurunan darah ini menjadi iskemik yang selanjutnya akan menjadi infark kalau tidak diatasi lebih lanjut. Dalam waktu  $\pm 72$  jam, darah tersebut akan menjadi edema dan lama kelamaan akan menjadi nekrosis. Lokasi yang paling sering terjadinya

*stroke* trombosis adalah di percabangan arteri *carotis* besar dan arteri basiler. Serangan *stroke* trombotik biasanya berlangsung lambat.

*Stroke* emboli terjadi karena adanya emboli yang lepas dari bagian tubuh lain sampai ke arteri *carotis*, kemudian emboli tersebut terjebak di pembuluh darah otak yang lebih kecil dan biasanya menyempit pada daerah percabangan lumen, yaitu dibagian tengah arteri *carotis* atau *Middle Carotic Artery* (MCA). Dengan demikian adanya sumbatan oleh emboli akan menyebabkan emboli pada pembuluh darah otak (Oktavianus, 2014)

## 6. Komplikasi Stroke

- a. Kelemahan fisik yang lebih berat.
- b. Penyembuhn penyakit lama.
- c. Biaya untuk penyembuhan mahal.
- d. Tidak bisa memenuhi aktivitas sehari-hari.
- e. Dapat menyebabkan kematian.
- f. Hipoksia serebral.
- g. Penurunan darah serebral.
- h. Peningkatan TIK.
- i. Distrimis jantung.
- j. Gagal napas.

(Smeltzer & Bare, 2002)

## 7. Pemeriksaan Stroke

Menurut Arif Muttaqin (2012) pemeriksaan pada pasien *stroke* dibagi menjadi 3 pemeriksaan :

a. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik sebaiknya dilakukan secara per sistem, dengan fokus pemeriksaan fisik pada pemeriksaan B3 (*Brain*).

1) Keadaan umum

Umumnya mengalami penurunan kesadaran, kadang mengalami gangguan bicara yaitu sulit dimengerti, kadang tidak bisa bicara dan pada tanda-tanda vital : tekanan darah meningkat, denyut nadi bervariasi.

2) B1 (*Breathing*)

Pada inspeksi didapatkan klien batuk, peningkatan produksi sputum, sesak napas, penggunaan otot bantu napas, dan peningkatan frekuensi pernapasan.

Pada klien dengan tingkat kesadaran *compos mentis*, pengkajian inspeksi pernapasannya tidak ada kelainan.

3) B2 (*Blood*)

Pengkajian pada sistem kardiovaskuler didapatkan renjatan (*syok hipovolemik*) yang sering terjadi pada klien stroke. Tekanan darah biasanya mengalami peningkatan yang dapat terjadi hipertensi masif ( $>200$  mmHg )

4) B3 (*Brain*)

Pengkajian B3 (*Brain*) merupakan pemeriksaan fokus dan lebih lengkap dibandingkan pengkajian pada sistem lainnya.

Stroke menyebabkan berbagai defisit neurologis, bergantung pada lokasi lesi (pembuluh darah mana yang tersumbat), ukuran area yang perfusinya tidak adekuat.

#### 5) Pengkajian Tingkat Kesadaran

Kualitas kesadaran klien merupakan parameter yang paling mendasar dan parameter yang paling penting yang membutuhkan pengkajian.

#### 6) Pengkajian Fungsi serebral

Pengkajian ini meliputi status mental, fungsi intelektual, kemampuan bahasa, lobus frontal, dan hemisfer.

- Status mental : Observasi penampilan, tingkah laku, nilai gaya bicara, ekspresi wajah, dan aktifitas motorik klien.
- Fungsi intelektual : Didapatkan penurunan dalam ingatan dan memori, baik jangka pendek, maupun jangka panjang.
- Kemampuan bahasa : Penurunan kemampuan bahasa tergantung daerah lesi yang mempengaruhi fungsi serebral.
- Lobus frontal : Kerusakan fungsi kognitif dan efek psikologis didapatkan fungsi intelektual kortikal yang lebih tinggi mungkin rusak.

- Hemisfer : Stroke hemisfer kanan di dapatkan hemispere sebelah kiri tubuh, penilaian buruk dan mempunyai kerentanan terhadap sisi kolateral sehingga kemungkinan terjatuh ke sisi yang berlawanan tersebut.

#### 7) Pengkajian Saraf Kranial

Pemeriksaan ini meliputi pemeriksaan saraf kranial I-XII.

#### 8) Pemeriksaan Sistem Motorik

Stroke adalah penyakit saraf motorik atas dan mengakibatkan kehilangan kontrol volunter terhadap gerakan motorik.

- Inspeksi umum : Didapatkan hemipelgia (paralisis pada salah satu sisi) karena lesi pada lesi otak yang berlawanan.
- Fasikulasi : Didapatkan pada otot-otot ekstremitas.
- Tonus Otot : Didapatkan meningkat.
- Kekuatan Otot : Pada penilaian dengan menggunakan tingkat kekuatan otot pada sisi sakit di dapatkan tingkat 0.
- Keseimbangan dan Koordinasi : Didapatkan mengalami gangguan karena hemiparese dan hemipelgia.

## 9) Pengkajian Refleks

Pemeriksaan refleks profunda dan patologis.

- Pemeriksaan Refleks Profunda : Pengetukan pada tendon, ligamentum atau porioosteum drajat reflekspada respons normal.
- Pemeriksaan Refleks Patologis : pada fase akut refleks fisiologis sisi yang lumpuh atau yang hilang.

## 10) Pengkajian Sistem Sensorik

Pada persepsi terdapat ketidakmampuan untuk menginterpretasikan sensasi.

### b. Pemeriksaan Diagnostik

#### 1) Angiografi Serebral

Menentukan penyebab dari stroke secara spesifik seperti perdarahan arteriovena atau adanya ruptur dan untuk mencari sumber perdarahan seperti aneurisma atau malforasi vaskular.

#### 2) Lumbal fungsi

Tekanan yang meningkat dan disertai bercak darah pada cairan lumbal menunjukkan adanya hemoragi pada subraknoid atau perdarahan pada intrakranial.

#### 3) CT Scan

Pemindaian ini memperlihatkan secara spesifik letak edema, posisi hematoma, adanya jaringan otak yang infark atau iskemia, dan posisinya secara pasti (hiperdens fokal, pepadatan di ventrikel / menyebar ke permukaan otak ).

4) MRI (*Magnetic Imaging Resonance*)

Menggunakan gelombang magnetik untuk menentukan posisi dan besar/luas terjadinya perdarahan otak. Hasil didapatkan biasanya didapatkan area yang mengalami lesi dan infark akibat hemoragik.

5) USG Doppler

Untuk mengidentifikasi adanya penyakit arteriovena (masalah sistem karotis).

6) EEG

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

c. Pemeriksaan Laboratorium

- 1) Lumbal Fungsi : Pemeriksaan likuor merah biasanya di jumpai pada perdarahan yang masif, sedangkan perdarahan yang kecil biasanya warna likuor masih normal sewaktu hari-hari pertama.
- 2) Pemeriksaan darah rutin.
- 3) Pemeriksaan kimia darah : pada stroke akut dapat terjadi hiperglikemia. Gula darah dapat mencapai 250 mg di dalam serum dan kemudian berangsur-angsur turun kembali.
- 4) Pemeriksaan darah lengkap : agar dapat melihat kelainan pada darah itu sendiri.

## 8. Pencegahan Stroke

Menurut Pudiastuti (2011) pencegahan stroke berulang adalah pencegahan bagi mereka stroke atau setidaknya pernah mengalami TIA (*Transient Iskemik Atrrak*) cara ini dapat dilakukan melalui :

### a. Pencegahan primer

1) Membuat rencana kampanye nasional yang berisi program pencegahan penyakit vaskular lainnya.

2) Memasyarakatkan gaya hidup sehat bebas stroke :

- Menontrol terjadinya dtroke dengan hindari merokok, hindari minum alkohol, hindari kegemukan, hindari konsumsi garam berlebihan. Obat-obat golongan amfetamin, kokain, dan sejenisnya dan periksa kesehatan secara rutin (tekanan darah, diabetes, jantung, dan kolesterol)
- Mengurangi : kolesterol dan lemak dalam makanan.
- Mengendalikan : hipertensi, diabetes melitus, penyakit jantung (fibrilasi atrium, infark miokard akut, penyakit jantung reumatik, dll)
- Menganjurkan : konsumsi gizi seimbang dan olah raga teratur minimal 3 kali seminggu selama 20-30 menit, misalnya bersepeda, berenang, jalan cepat.
- Ubah pola dan gaya hidup. Dapat dilakukan dengan pola makan yang baik dan sehat (seimbang kebutuhan

antara pemasukan dan pengeluaran) melakukan aktifitas fisik yang dapat membakar kalori, sikap hidup yang rilek dan cukup istirahat, selain menyehatkan, aktifitas fisik dan menurunkan tekanan darah, mengenalkan berat badan meningkatkan daya tahan tubuh dan menguatkan otot serta tulang.

b. Pencegahan sekunder

1) Modifikasi gaya hidup berisiko stroke dan faktor resiko, misalnya :

- Hipertensi : diet, obat anti hipertensi yang sesuai.
- Penyakit jantung aritmia non valvular antikoagulan oral.
- Dislipidemia : diet rendah lemak dan obat antidislipidemia.
- Diabetes melitus : diet, obat hipoglikemik oral / insulin.
- Hiperurisemia : diet, antihiperurisemia.
- Polisitemia.

2) Melibatkan peran serta keluarga seoptimal mungkin.

Keluarga harus bisa memahami perubahan yang terjadi terhadap anggota keluarga yang mengalami stroke termasuk perubahan kemampuan produksi, harga diri dan emosi.

3) Mengikuti kegiatan senam stroke. Kegiatan ini dapat dilakukan dengan bergabung pada club stroke yang terdekat, rekreasi bersama, diskusi, saling tukar pengalaman sesama penderita

stroke dan mendengarkan ceramah ilmiah untuk menambah tentang pengetahuan stroke.

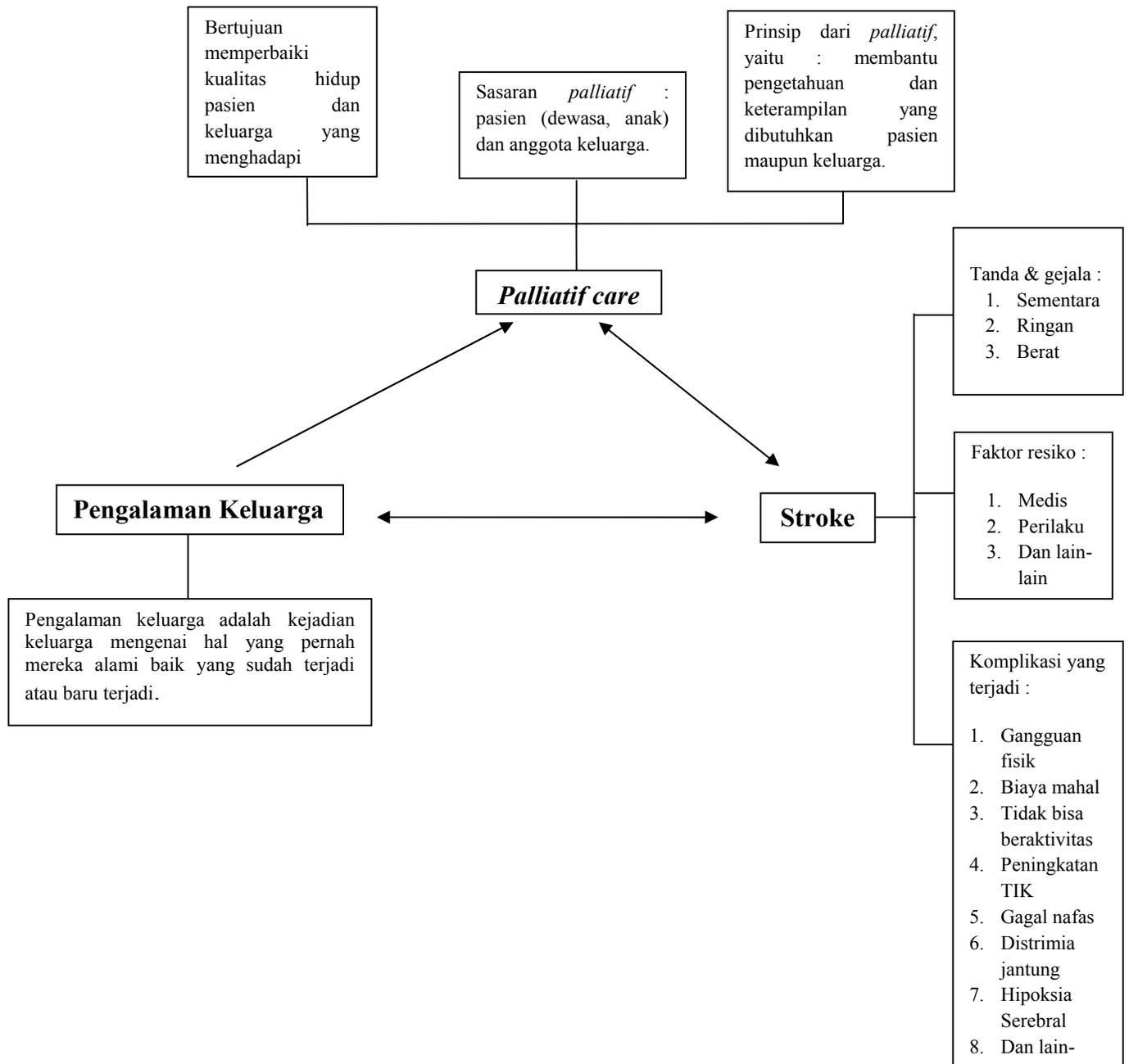
4) Hindari stress.

## **9. Perawatan Stroke di Rumah**

Menurut Batticaca (2012) jika salah satu anggota keluarga mengalami penyakit stroke dirumah, kita sebagai anggota keluarga bisa melakukan perawatan sebagai berikut :

- a. Berobat secara teratur ke dokter.
- b. Jangan menghentikan atau mengubah dan menambah dosis obat tanpa petunjuk dokter.
- c. Minta bantuan petugas kesehatan atau fisioterapi untuk memulihkan kondisi tubuh yang lemah atau lumpuh.
- d. Perbaiki kondisi fisik dengan latihan teratur dirumah.
- e. Bantu kebutuhan klien.
- f. Motivasi klien agar tetap bersemangat dalam latihan fisik.
- g. Periksa tekanan darah secara teratur.
- h. Segera bawa klien ke dokter atau rumah sakit jika timbul tanda dan gejala stroke.

## F. Kerangka Teori



**Gambar 2.1 Kerangka Teori Penelitian**

Sumber : Modifikasi Alwisol (2012), Kemp (2007), Putranto (2015), Pudiastuti z;(2011), Sunaryati (2011), Smeltzer & Bare (2002).