

## **BAB II**

### **TINJAUAN TEORI**

#### **2.1 Konsep Stroke**

##### **2.1.1 Definisi Stroke**

Stroke adalah suatu penyakit menurunnya fungsi syaraf secara akut disebabkan oleh gangguan pembuluh darah otak, terjadi secara mendadak dan cepat yang menimbulkan gejala dan tanda sesuai dengan daerah otak yang terganggu (Dinkes Jateng, dalam Dewangga, 2016).

Stroke Cerebro Vaskuler Accident (CVA) adalah kumpulan gejala klinis berupa gangguan dalam sirkulasi darah kebagian otak yang menyebabkan gangguan perfusi baik lokal atau global yang terjadi secara mendadak, progresif dan cepat yang umumnya menyebabkan hemiparalisis pada penderita stroke (Heriyanto & Ana, 2015). Dampaknya adalah fungsi kontrol bagian tubuh oleh daerah otak yang terkena stroke itu akan hilang atau mengalami gangguan dan dapat mengakibatkan kematian (Sustrani dkk, 2003). Gejala klinis berlangsung mendadak dan progresif sehingga terjadi kerusakan otak secara akut serta terjadi secara fokal atau global (Lingga, 2013).

##### **2.1.2 Etiologi Stroke**

Menurut Brunner & Suddart, (2017) menjelaskan bahwa stroke biasanya diakibatkan oleh :

1. Trombosis (bekuan darah didalam pembuluh darah otak atau leher).

2. Embolisme serebral (bekuan darah atau material lain yang dibawa ke otak dari bagian tubuh yang lain).
3. Iskemia (penurunan aliran darah ke area otak).
4. Hemoragik serebral ( pecahnya pembuluh darah serebral dengan pendarahan ke dalam jaringan otak atau ruang sekitar otak).
5. Faktor resiko, Kejadian stroke dan kematian karena stroke secara perlahan menurun dinegara- negara maju dalam beberapa tahun terakhir ini, sebagai akibat dari adanya peningkatan dalam hal mengenali dan mengobati faktor – faktor resiko. Faktor – faktor resiko dapat dimodifikasi atau dihilangkan melalui perubahan gaya hidup, pengobatan tekanan darah, hiperlipidemia, merokok, konsumsi alkohol berlebihan, penggunaan kokain, dan kegemukan. Kejadian stroke jarang terjadi pada wanita usia produktif atau usia mengandung. Adapun faktor resiko yang tidak bisa dimodifikasi adalah jenis kelamin, usia, dan riwayat keluarga.

### **2.1.3 Faktor Risiko Stroke**

1. Faktor Risiko yang Tidak dapat dimodifikasi
  - Riwayat Keluarga dan Genetik

Riwayat pada keluarga yang pernah mengalami serangan stroke menjadi faktor risiko untuk mengalami serangan stroke juga. Hal ini disebabkan oleh beberapa faktor , diantaranya faktor genetik, pengaruh budaya, dan gaya hidup dalam keluarga, interaksi antara genetik dan pengaruh lingkungan (Burhanuddin, Wahidudin, dan Jumriani (2012).
  - Usia

Umur merupakan faktor risiko stroke, dimana semakin meningkatnya umur seseorang, maka risiko untuk terkena stroke juga semakin meningkat. Menurut hasil penelitian pada Framingham Study menunjukkan risiko stroke meningkat sebesar 20 % pada usia 45-55 tahun, 32% pada usia 55-64 tahun, dan 83% pada kelompok umur 65-74 tahun (Burhanuddin, Wahidudin, dan Jumriani (2012)).

- Jenis kelamin

Kejadian stroke lebih sering terjadi pada laki-laki dibandingkan pada wanita. Akan tetapi, karena usia harapan hidup wanita lebih tinggi dari pada laki-laki, maka tidak jarang pada studi tentang stroke didapatkan pasien wanita pun cukup banyak.

- Ras

Orang kulit hitam, seperti di Hispanik Amerika, Cina, dan Jepang memiliki insiden stroke yang lebih tinggi dibandingkan dengan orang kulit putih. Di Indonesia, seperti pada suku Batak dan Padang lebih rentan terserang stroke dibandingkan dengan suku Jawa. Hal ini dikarenakan pola dan jenis makanan yang lebih banyak mengandung kolesterol pada daerah tersebut (Depkes, 2010).

## 2. Faktor yang dapat dimodifikasi

- Hipertensi

Hipertensi dapat mengakibatkan pecahnya maupun menyempitnya pembuluh darah otak. Apabila pembuluh darah otak menyempit maka

aliran darah ke otak juga akan terganggu dan dapat mengakibatkan sel-sel otak akan mengalami kematian.

- Riwayat Penyakit jantung

Beberapa penyakit jantung berpotensi menimbulkan stroke dikemudian hari seperti penyakit jantung reumatik, penyakit jantung koroner dengan infark dan gangguan irama denyut jantung. Faktor resiko

ini pada umumnya akan menimbulkan hambatan atau sumbatan aliran darah ke otak karena jantung melepaskan sel-sel atau jaringan-jaringan yang telah mati ke aliran darah.

#### **2.1.4 Patofisiologi Stroke**

##### **1. Patofisiologi Stroke Iskemik**

Stroke Iskemik terjadi ketika sebuah arteri ke otak tersumbat. Otak bergantung pada arteri yang membawa darah segar dari jantung dan paru-paru. Darah membawa oksigen dan zat-zat makanan ke otak dan mengambil karbondioksida dan zat-zat sisa. Jika sebuah arteri tersumbat, sel-sel otak tidak dapat menghasilkan energi yang cukup dan pada akhirnya akan berhenti bekerja. Jika sumbatan tersebut lebih dari beberapa menit, maka sel-sel otak akan mati.

##### **2. Patofisiologi Stroke Perdarahan Interaserebral**

Perubahan dalam otak terjadi bila pembuluh darah otak pecah dan darah masuk ke dalam otak. Peningkatan tekanan darah otak secara tiba-tiba bisa menyebabkan kerusakan sel-sel otak sekitar darah. Jika jumlah darah meningkat secara cepat, tekanan yang terbentuk secara tiba-tiba bisa mengarah ke penurunan kesadaran atau kematian.

### 3. Patofisiologi stroke Perdarahan Subaraknoid

Perdarahan subaraknoid terjadi ketika pembuluh darah tepat diluar otak pecah. Daerah sekitar otak (ruang araknoid) terisi dengan darah secara cepat. Paling sering disebabkan oleh arteri pada dasar otak yang tidak normal disebut aneurisma serebral. Ada bidang-bidang bulat kecil atau bengkak sangat hebat, dinding pembuluh darah menjadi mudah pecah.

#### **2.1.5 Klasifikasi Stroke**

##### 1. Stroke Iskemik

Penyebab stroke Iskemik adalah penyumbatan aliran darah dimana penyumbatan ini bisa diakibatkan karena penumpukan timbunan lemak yang mengandung kolestrol (disebut plak) dalam pembuluh darah besar (arteri karotis), pembuluh darah sedang (arteri serebri) atau pembuluh darah kecil. Penyumbatan pada pembuluh darah kecil tidak memberikan dampak stroke yang parah biasanya disebut Infarction Lacunar (Lanny Sustrani, dkk, 2006:12).

##### 2. Stroke haemoragik (Perdarahan)

Salah satu penyebab stroke haemoragik adalah penyumbatan pada dinding pembuluh darah yang rapuh, mudah menggelembung dan rawan pecah yang umumnya terjadi pada usia lanjut atau karena faktor keturunan. Tetapi pada umumnya kerapuhan terjadi akibat mengerasnya dinding pembuluh darah akibat timbunan plak (aterosklerosis). Keadaan ini akan lebih diperburuk bila terdapat gejala Hipertensi dan Stres (Lanny Sustrani, dkk 2006:14).

### **2.1.6 Faktor Penyebab Terjadinya Stroke**

Penyebab stroke adalah pecahnya pembuluh darah otak atau trombosis dan emboli. Akibat penyakit lain atau karena bagian otak terluka dan menyumbat 2 arteri serebral, bekuan darah tersebut akan masuk ke aliran darah. Akibatnya fungsi otak terhenti dan fungsi otak menurun (Nasution, 2019). Stroke dapat disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah di otak dan area subarachnoid (stroke hemoragik), yang menyebabkan darah bocor ke jaringan parenkim otak, ruang cairan serebrospinal, atau keduanya. Penghambatan struktur otak dan hematoma menyebabkan kerusakan serabut saraf kranial. Hematoma menyebabkan iskemia jaringan di sekitarnya, yang menyebabkan penonjolan jaringan otak dan menghambat batang otak. Stroke non-hemoragik disebabkan oleh iskemia serebral yang disebabkan oleh obstruksi vaskuler serviks dan insufisiensi serebral. Insufisiensi vaskular serebral dipengaruhi oleh banyak faktor, seperti aterosklerosis, emboli, atau ketidakstabilan hemodinamik. Plak aterosklerotik kecil atau bercabang mempersempit pembuluh darah dan menyebabkan trombosis lokal (Oktaria & Fazriesa, 2017).

### **2.1.7 Dampak yang ditimbulkan oleh Stroke**

#### **1. Lumpuh**

Kelumpuhan tidak hanya terjadi pada otot lengan dan tungkai. Otot yang mengendalikan gerakan menelan dan pernapasan pun bisa saja terjadi. 80 % pasien stroke mengalami penurunan parsial atau total gerak dan kekuatan lengan atau tungkai di salah satu sisi tubuh, dan 30 % penderita stroke mengalami kesulitan menelan (Burhanuddin, Wahidudin, dan Jumriani (2012).

#### **2. Perubahan Mental**

Stroke tidak selalu membuat mental penderita menjadi merosot, dan beberapa perubahan biasanya bersifat sementara. Setelah Stroke memang dapat terjadi gangguan pada daya pikir, kesadaran, konsentrasi, kemampuan belajar, dan fungsi Interektual lainnya (Lanny, dkkk, 2006:25)

### 3. Kemunduran daya ingat

Terjadi pada seseorang yang mengalami stroke yang menyerang kedua sisi hemisfer serebral. Gangguan daya ingat dapat bervariasi diantara masing-masing penderita diperkirakan 80-90 % orang yang telah mengalami stroke menderita kebingungan masalah dengan kemampuan berfikir dan mengingat (Burhanuddin, Wahidudin, dan Jumriani (2012).

### 4. Gangguan Komunikasi

Hampir 30 % pasien stroke mengalami satu atau lebih masalah komunikasi tidak mampu berbicara atau memahami bahasa lisan (afasia atau Disfasia), gejalanya mencakup kesulitan memilih kata-kata yang tepat untuk diucapkan atau ditulis, kesulitan memahami tulisan, pemakaian kata-kata tanpa makna. Mengalami kesulitan berbicara, atausama sekali tidak mampu bersuara meskipun tetap mengerti bahasa lisan (Feigin, 2006:101).

## **2.1.8 Manifestasi Klinis Stroke**

Strok menyebabkan defisit neurologik, bergantung pada lokasi lesi, (pembuluh darah mana yang tersumbat), ukuran area yang perfusinya tidak adekuat dan jumlah aliran darah kolateral. Stroke akan meninggalkan gejala sisa karena fungsi otak tidak akan kembali membaik sepenuhnya. Manifestasi klinis stroke menurut Smeltzer & Bare (2011). Antara lain:

### 1. Defisit Lapang pandang

- a. Tidak menyadari orang atau objek di tempat kehilangan penglihatan.
- b. Kesulitan menilai jarak
- c. Diplopia

### 2. Defisit Motorik

- a. Hemiparesia (kelemahan wajah, lengan, dan kaki pada sisi yang sama).
- b. Hemiplegi (Paralisis wajah, lengan dan kaki pada sisi yang sama)
- c. Ataksia (berjalan tidak mantap, tidak mampu menyatukan kaki)
- d. Disartia (Kesulitan berbicara) ditunjukkan dengan bicara yang sulit dimengerti yang disebabkan oleh paralisis otot yang bertanggung jawab untuk menghasilkan bicara.
- e. Disfagia (kesulitan dalam menelan).

### 3. Defisit Sensorik: kebas dan kesemutan pada bagian tubuh.

### 4. Defisit Verbal

- a. Afasia Ekspresif (tidak mampu membentuk kata yang dapat dipahami).
- b. Afasia Reseptif (tidak mampu memahami kata yang dibicarakan).
- c. Afasia Global (Kombinal baik afasia Reseptif dan ekspresif).

### 5. Defisit Kognitif

- a. Kehilangan memori jarak pendek dan panjang
- b. Penurunan lapang perhatian
- c. Kerusakan kemampuan untuk berkonsentrasi

- d. Perubahan penilaian

#### 6. Defisit emosional Kehilangan kontrol diri

- a. Labilitas emosional
- b. Penurunan toleransi pada situasi yang menimbulkan stres.
- c. Depresi
- d. Menarik diri
- e. Rasa takut bermusuhan dan marah
- f. Perasaan isolasi

#### **2.1.9 Komplikasi Stroke**

Menurut Smeltzer & Bare (2011).komplikasi yang sering terjadi pada pasien stroke yaitu:

- a. Dekubitus merupakan tidur yang terlalu lama karena kelumpuh dapat mengakibatkan luka/lecet pada bagian yang menjadi tumpuan saat berbaring, seperti pinggul, sendi kaki, pantat dan tumit. Luka dekubitus jika dibiarkan akan menyebabkan infeksi.
- b. Bekuan darah merupakan bekuan darah yang mudah terjadi pada kaki yang lumpuh dan penumpukan cairan.
- c. Kekuatan otot melemah merupakan terbaring lama akan menimbulkan kekakuan pada otot atau sendi. Penekanan saraf peroneus dapat menyebabkan drop foot. Selain itu dapat terjadi kompresi saraf ulnar dan kompresi saraf femoral.
- d. Osteopenia dan osteoporosis, hal ini dapat dilihat dari berkurangnya densitas mineral pada tulang. Keadaan ini dapat disebabkan oleh imobilisasi dan kurangnya paparan terhadap sinar matahari.

- e. Depresi dan efek psikologis dikarenakan kepribadian penderita atau karena umur sudah tua. 25% menderita depresi mayor pada fase akut dan 31% menderita depresi pada 3 bulan paska stroke s dan keadaan ini lebih sering pada hemiparesis kiri.
- f. Inkontinensia dan konstipasi pada umumnya penyebab adalah imobilitas,kekurangan cairan dan intake makanan serta pemberian obat.
- g. Spastisitas dan kontraktur pada umumnya sesuai pola hemiplegi dan nyeri bahu pada bagian di sisi yang lemah. Kontraktur dan nyeri bahu (*shoulder hand syndrome*) terjadi pada 27% pasien stroke.

#### **2.1.10 Penatalaksanaan Stroke**

##### **a. Penatalaksanaan Farmakologi secara Umum**

1. Stabilisasi jalan nafas dan pernafasan
2. Stabilisasi hemodinamik dengan pemberian cairan kristaloid atau koloid intravena.
3. Reperfusi dan neuroproteksi, yaitu membuka sumbatan dengan pemberian obat trombolitik dan pemberian neuroprotektor untuk melindungi bagian otak.
4. Pengendalian peningkatan tekanan intrakranial (TIK).
5. Pemberian nutrisi yang adekuat baik enteral maupun parenteral.
6. Pencegahan dan penanganan komplikasi
7. Antihipertensi: captropil, antagonis kalsium
8. Diuretik : manitol 20%, furosemide
9. Antikonvulsan : fenitolin

## **b. Penatalaksanaan Non Farmakologi**

### 1. Diet Sehat

Penyebab utama terjadinya penyumbatan pembuluh darah yang menuju ke otak pada penderita stroke adalah lemak jahat atau kolesterol yang menumpuk, terutama bagi penderita obesitas. Dengan menjalani program diet sehat maka kolesterol yang menyumbat aliran darah tersebut secara bertahap akan larut bersama dengan darah. Sehingga aliran darah menjadi lancar ke otak dan sel-sel mati di otak dapat bergenerasi dengan baik.

### 2. Hindari merokok

Kandungan nikotin yang terdapat dalam roko dapat menyebabkan penyempitan pembuluh darah. Sehingga jika penyempitan itu terjadi pada penderita penyakit stroke maka akan pembuluh darah terputus atau meninggal. Oleh sebab itu penderita stroke tidak dianjurkan untuk merokok

### 3. Olahraga

Demi memperlancar sistem peredaran darah yang terjadi di dalam arteri sangat penting bila penderita rutin melakukan olahraga tapi tidak perlu melakukan olahraga yang banyak, cukup dengan melakukan senam Aerobik ataupun pelenturan sudah cukup untuk memperlancar peredaran darah

### 4. Motivasi

Pada penderita Stroke biasanya merasa dirinya sudah mengalami banyak kemunduran fisik bahkan banyak yang merasa sudah tidak berguna lagi. Bagi pasien stroke untuk memulai Suatu yang baru telah menjadi beban moral. Dengan kondisi

seperti ini untuk tetap bisa menjalankan kehidupan seperti biasanya perlunya motivasi dari orang terdekat dengan pasien untuk mencapai kesembuhan.

## 5. Dukungan Keluarga

Peran keluarga dalam merawat dan mendampingi pasien ternyata sangat menentukan keberhasilan program terapi pemulihan. Hal ini sangat penting mengingat interaksi antara pasien dan keluarga memiliki waktu bersama yang relatif lebih banyak. Untuk itu sangat perlu edukasi cara merawat pasien Stroke di rumah. Lingkungan rumah yang suportif juga penting bagi pasien stroke untuk memulihkan aktifitas dan kegiatan sehari-hari serta dapat meningkatkan dan mempertahankan kualitas hidup pasien.

## 2.2 Konsep Lansia

### 2.2.1 Pengertian Lansia

Lanjut usia menurut UU kesejahteraan lansia No.13 tahun 1998 adalah penduduk yang telah mencapai usia 60 tahun keatas. Umur yang dijadikan patokan sebagai lanjut usia berbeda-beda, umumnya berkisar antara 60-65 tahun. (WHO) Organisasi Kesehatan Dunia menggolongkan lanjut usia menjadi 4 yaitu : usia pertengahan (*middle age*) 45-59 tahun, lanjut usia (*elderly*) 60-74 tahun, lanjut usia tua (*old*) 75-90 tahun dan usia sangat tua (*very old*) diatas 90 tahun.

Usia lanjut merupakan seorang laki-laki atau perempuan yang berusia 60 tahun atau lebih, baik secara fisik masih berkemampuan (potensial) ataupun karena sesuatu hal tidak mampu lagi berperan secara aktif dalam pembangunan (tidak potensial). Di negara-negara maju seperti Amerika Serikat usia lanjut sering didefinisikan mereka yang telah menjalani siklus kehidupan diatas usia 60 tahun ( Nugroho, 2008).

### 2.2.2 Klasifikasi Lansia

Klasifikasi lansia menurut world healty organiztion (WHO) dalam (Azizah, 2011) usia lanjut meliputi:

1. Usia pertengahan (middle age), yaitu usia antara 25-59 tahun.
2. Lanjut usia (Elderly), yaitu usia antata 60-74 tahun.
3. Lanjut usia Tua (old), yaitu usia 75-90 tahun
4. Usia sangat tua (very old), yaitu usia diatas 90 tahun

### 2.2.3 Tipe-Tipe Lansia

lansia dalam mepersepsikan hidup saat menghadapi masa tua bermaam-macam pemikirannya. Menurut Nugroho (2008), Ada lima tipe lansia yang akan dijelaskan dibawah ini:

1. Tipe Arif bijaksana

Lanjut usia ini kaya dengan hikmah pengalaman, menyesuaikan diri dengan perubahan zaman, mempunyai kesibukan, bersikap ramah, rendah hati, sederhana, dermawan dan menjadi panutan.

2. Tipe mandiri

Lanjut usia ini senang mengamati kegiatanyang hilang dengan kegiatan baru, selektif dalam mencari pekerjaan dan teman pergaulan, serta memenuhi undangan.

3. Tipe tidak puas

Lanjut usia yang selalu mengalami konflik lahir batin, menentang proses penuaan , kehilangan daya tarik jasmani, kehilangan kekuasaan, status, teman yang

disayangi, pemarah, tidak sabar, mudah tersinggung, menuntut, sulit dilayani dan pengkritik

#### 4. Tipe pasrah

Lanjut usia yang selalu menerima dan menunggun nasib baik, mengikuti kegiatan beribadah, ringan kaki serta pekerjaan apa saja yang dilakukan

#### 5. Tipe bingung

Lanjut usia yang tidak memiliki kegiatan , kehilangan kepribadiann, mengasingkan diri, merasa minder dan menyesal, pasif acuh tak acuh.

### **2.2.4 Tugas Perkembangan Lansia**

Seiring tahap kehidupan, lansia memiliki tugas perkembangan khusus.

Tujuh kategori utama tugas perkembangan lansia meliputi:

- a. Menyesuaikan terhadap penurunan kekuatan fisik dan kesehatan.
- b. Menyesuaikan terhadap masa pensiun dan penurunan pendapatan
- c. Menyesuaikan terhadap kematian pasangan.
- d. Menerma diri sendiri sebagai individu lansia.
- e. Mempertahankan kepuasan pengaturan hidup
- f. Mendefiisikan ulang hubungan dengan anak dewasa
- g. Menemukan cara untuk mempertahankan kualitas hiduup

(potter& perry dalam Azizah, 2011).

## **2.3 Konsep Dasar Peran**

### **2.3.1 Definisi Peran**

Peran keluarga adalah tingkah laku yang diharapkan oleh seseorang dalam konteks keluarga. Peran keluarga menggambarkan seperangkat perilaku interpersonal, sifat, kegiatan yang berhubungan dengan individu dalam posisi dan situasi tertentu. Peranan individu dalam keluarga didasari oleh harapan dan pola perilaku dari keluarga, kelompok dan masyarakat. Peran keluarga dalam pemenuhan kebutuhan lansia sangatlah penting dalam kehidupan lansia sehari-hari, terutama peran keluarga sebagai motivator, edukator dan fasilitator. Lansia yang mendapatkan peran keluarga 10 yang cukup tersebut berarti masih kurang dalam mendapatkan peranan keluarga dalam kehidupannya. Peran keluarga sebagai edukator, keluarga diharapkan dapat memberikan informasi tentang kesehatan pada lansia sehingga lansia tahu apa yang harus dilakukan dan tidak dilakukan. Peran keluarga sebagai pendidik bagi anggota keluarga yang lain dalam melaksanakan program asuhan kesehatan secara mandiri. (Setiadi, 2008).

### **2.3.2 Lima Tugas-tugas Keluarga Dalam Pemeliharaan Kesehatan**

1. Mengetahui gangguan perkembangan kesehatan setiap anggota keluarganya
2. Mengambil keputusan untuk tindakan kesehatan yang tepat
3. Memberikan perawatan kepada anggota keluarga yang sakit
4. Mempertahankan suasana rumah yang menguntungkan untuk kesehatan dan perkembangan kepribadian anggota keluarganya
5. Mempertahankan hubungan timbal balik antara keluarga dan fasilitas kesehatan

### 2.3.3 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Peran

Menurut Fallis (2017) faktor-faktor yang mempengaruhi peran adalah sebagai berikut:

1. Pendidikan

Bidang pendidikan memegang peranan penting. Semakin tinggi pendidikan semakin mudah menerima hal-hal baru dan bisa menyesuaikan dengan mudah. Pendidikan yang semakin tinggi memungkinkan seseorang untuk dapat menerima informasi.

2. Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu objek.

3. Perilaku

Perilaku adalah perbuatan atau tindakan dan perkataan seseorang yang sifatnya dapat diamati, digambarkan dan dicatat oleh orang lain ataupun orang yang melakukannya.

4. Sikap

Sikap adalah pandangan atau perasaan yang disertai kecenderungan untuk bertindak, sikap senantiasa terarah terhadap suatu hal atau objek. Manusia dapat mempunyai sikap terhadap bermacam-macam hal. Sikap merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak dan bukan merupakan pelaksana motif tertentu. Sikap belum merupakan suatu tindakan atau aktivitas akan tetapi merupakan predisposisi tindakan atau perilaku.

5. Perhatian

Perhatian adalah keaktifan jiwa yang diarahkan kepada suatu obyek.

#### 6. Ekonomi

Kekurangan pendapatan ekonomi keluarga membawa konsekuensi buruk terhadap peran.

## **2.4 Konsep Dasar Keluarga**

### **2.4.1 Pengertian Keluarga**

Keluarga merupakan sistem dasar tempat perilaku dan perawatan kesehatan di atur, dilakukan dan dijalankan. Keluarga memiliki tanggung jawab utama dalam layanan kesehatan yaitu dengan memberikan informasi kesehatan (promosi kesehatan) dan perawatan kesehatan preventif, serta perawatan kesehatan lain bagi anggota keluarga yang sakit (Padila, 2015).

Keluarga mempunyai peran yang sangat penting dalam mengembangkan, mencegah, mengadaptasi dan atau, memperbaiki masalah kesehatan yang ditemukan dalam keluarga itu sendiri. Masalah kesehatan yang ada di dalam keluarga dan saling berkaitan sehingga mempengaruhi antar anggota keluarga yang pada akhirnya akan mempengaruhi masyarakat yang ada di sekitarnya. Oleh karena itu keluarga memiliki posisi yang sangat strategi untuk di jadikan bagian dari unit pelayanan kesehatan terpadu. salah satu faktor pendukung penting bagi keluarga dalam 16 memecahkan masalah kesehatan serta peningkatan kualitas hidup anggota keluarga yang sakit disebut keluarga fungsional. Keyakinan dan kemampuan seseorang yang dapat mempengaruhi juga dalam memberikan motivasi, motivasi bisa berasal dari dalam diri seseorang tersebut ataupun dari diri sendiri melalui dukungan orang lain. Seperti penderita stroke

yang dapat dimotivasi oleh keluarga yang seharusnya keluarga juga membantu dalam berlatih di bawah pengawasan perawat atau ahli terapi fisik. dalam memberikan dukungan pada pasien, agar melanjutkan hidupnya, menyakini pasien bahwa mereka juga sangat penting dalam hidupnya sendiri dan memberikan semangat motivasi yang kuat untuk bisa menjalankan aktifitasnya kembali (Handayani et al., 2020).

#### **2.4.2 Fungsi Keluarga**

Berkaitan dengan peran keluarga yang bersifat ganda, yakni satu sisi keluarga berperan sebagai matriks bagi anggotanya, disisi lain keluarga harus memenuhi tuntutan dan harapan masyarakat, maka selanjutnya akan dibahas tentang fungsi keluarga sebagai berikut:

1. Fungsi afektif Fungsi afektif merupakan fungsi keluarga dalam memenuhi pemeliharaan kepribadian dari anggota keluarga. Merupakan respon dari keluarga terhadap kondisi dan situasi yang dialami tiap anggota keluarga baik senang maupun sedih, dengan melihat bagaimana cara keluarga mengekspresikan kasih sayang.
2. Fungsi sosialisasi Fungsi sosialisasi merupakan proses perkembangan dan perubahan yang dialami individu yang menghasilkan interaksi sosial dan belajar peran dalam lingkungan sosial. Sosialisasi dimulai sejak individu dilahirkan dan berakhir setelah meninggal. Keluarga merupakan tempat dimana individu melakukan sosialisasi. Anggota keluarga belajar disiplin, memiliki nilai atau norma, budaya dan perilaku melalui interaksi dalam keluarga sehingga individu mampu berperan dalam masyarakat.

3. Fungsi ekonomi Fungsi ekonomi, Untuk memenuhi kebutuhan keluarga seperti sandang, pangan, papan, dan kebutuhan lainnya maka keluarga memerlukan sumber keuangan. Mencari sumber penghasilan guna memenuhi kebutuhan keluarga, pengaturan penghasilan keluarga, menabung untuk memenuhi kebutuhan keluarga.
4. Fungsi reproduksi Keluarga berfungsi untuk meneruskan kelangsungan keturunan dan meningkatkan sumber daya manusia. Dengan adanya program keluarga berencana, maka fungsi ini dapat terkontrol. Namun di sisi lain banyak kelahiran yang tidak diharapkan atau diluar ikatan perkawinan sehingga akhirnya keluarga baru dengan satu orang tua (single parent).
5. Fungsi perawatan kesehatan Fungsi lain keluarga adalah Fungsi perawatan kesehatan. Selain keluarga menyediakan makanan, pakaian dan rumah, keluarga juga berfungsi melakukan asuhan kesehatan terhadap anggotanya baik untuk mencegah adanya gangguan maupun merawat anggota yang sakit. Keluarga juga menentukan kapan anggota keluarga yang mengalami gangguan kesehatan memerlukan bantuan atau pertolongan tenaga profesional (Padila, 2015).

## **2.5 Konsep Dasar Personal Hygiene**

### **2.5.1 Definisi Personal Hygiene**

*Personal hygiene* berasal dari bahasa Yunani yaitu *personal* yang artinya perorangan dan *hygiene* yang berarti sehat. Kebersihan dan kesehatan seseorang untuk kesejahteraan fisik dan psikis (Kasiati & Rosmalawati Ni Wayan Dwi, 2016). Kebutuhan dasar manusia merupakan unsur yang dibutuhkan oleh manusia dalam mempertahankan kehidupan dan kesehatan salah satunya adalah *personal hygiene*.

Kebutuhan *personal hygiene* merupakan kebutuhan perawatan diri sendiri atau perorangan yang dilakukan perorangan untuk mempertahankan kesehatan fisik maupun psikologis (Kasiati & Rosmalawati Ni Wayan Dwi, 2016).

*Personal hygiene* (kebersihan diri) merupakan kebersihan diri yang dilakukan untuk memelihara kebersihan dan kesehatan diri sendiri baik secara fisik maupun mental. Kebersihan diri merupakan langkah awal dalam mewujudkan kesehatan diri karena tubuh yang bersih meminimalkan risiko seseorang terjangkit suatu penyakit, terutama penyakit yang berhubungan dengan kebersihan diri yang buruk (Haswita, 2017).

### **2.5.2 Faktor Yang Mempengaruhi Personal Hygiene**

Menurut Mubarak, et al (2015) sikap seseorang melakukan *personal hygiene* dipengaruhi sejumlah faktor antara lain:

#### **a. Citra tubuh**

Citra tubuh merupakan subjektif seseorang tentang penampilan fisiknya, citra tubuh ini dapat sering berubah, citra tubuh mempengaruhi cara mempertahankan *hygiene*. Jika seseorang rapi sekali maka perawat mempertimbangkan rincian kerapian ketika merencanakan keperawatan dan berkonsultasi pada klien sebelum membuat keputusan tentang bagaimana memberikan perawatan *hygiene*. Oleh karena citra tubuh klien dapat berubah akibat pembedahan atau penyakit fisik maka perawat harus membuat suatu usaha ekstra untuk meningkatkan *hygiene*.

#### **b. Praktik sosial**

Kelompok-kelompok sosial wadah seorang klien berhubungan dapat mempengaruhi praktik hygiene pribadi. Selama masa kanak-kanak, kanak-kanak mendapatkan praktik hygiene dari orang tua mereka. Kebiasaan keluarga, jumlah orang di rumah, dan ketersediaan air panas dan air mengalir hanya merupakan beberapa faktor yang mempengaruhi perawatan kebersihan.

#### c. Status sosial ekonomi

Sumber daya ekonomi seseorang mempengaruhi jenis dan tingkat praktik kebersihan yang digunakan. Perawat harus menentukan apakah klien dapat menyediakan bahan-bahan yang penting seperti deodorant, sampo, pasta gigi dan kosmetik. Perawat juga harus menentukan jika penggunaan produk-produk ini merupakan bagian dari kebiasaan sosial yang dipraktikkan oleh kelompok sosial.

#### d. Pengetahuan

Pengetahuan tentang pentingnya *hygiene* dan implikasinya bagi kesehatan mempengaruhi praktik hygiene. Kendati demikian, pengetahuan itu sendiri tidaklah cukup. Kalian juga harus termotivasi untuk memelihara perawatan diri. Seringkali, pembelajaran tentang penyakit atau kondisi mendorong klien untuk meningkatkan hygiene. Pembelajaran praktik tertentu yang diharapkan dan menguntungkan dalam mengurangi risiko kesehatan dapat memotivasi seseorang untuk memenuhi perawatan yang perlu.

#### e. Kondisi fisik

Orang yang menderita penyakit tertentu misal kanker tahap lanjut atau menjalani operasi seringkali kekurangan energi fisik atau ketangkasan untuk melakukan *hygiene* pribadi.

## **2.6 Konsep Dasar Mobilitas Fisik**

### **2.6.1 Definisi**

Gangguan mobilitas fisik merupakan suatu kondisi yang relatif dimana individu tidak hanya mengalami penurunan aktivitas dari kebiasaan normalnya kehilangan tetapi juga kemampuan gerakanya secara total. Gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Menurut North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) gangguan mobilitas fisik atau hambatan mobilitas fisik merupakan keterbatasan dalam gerakan fisik atau lebih ekstremitas secara mandiri dan terarah (Herdman, 2018).

### **2.6.2 Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Mobilitas Fisik**

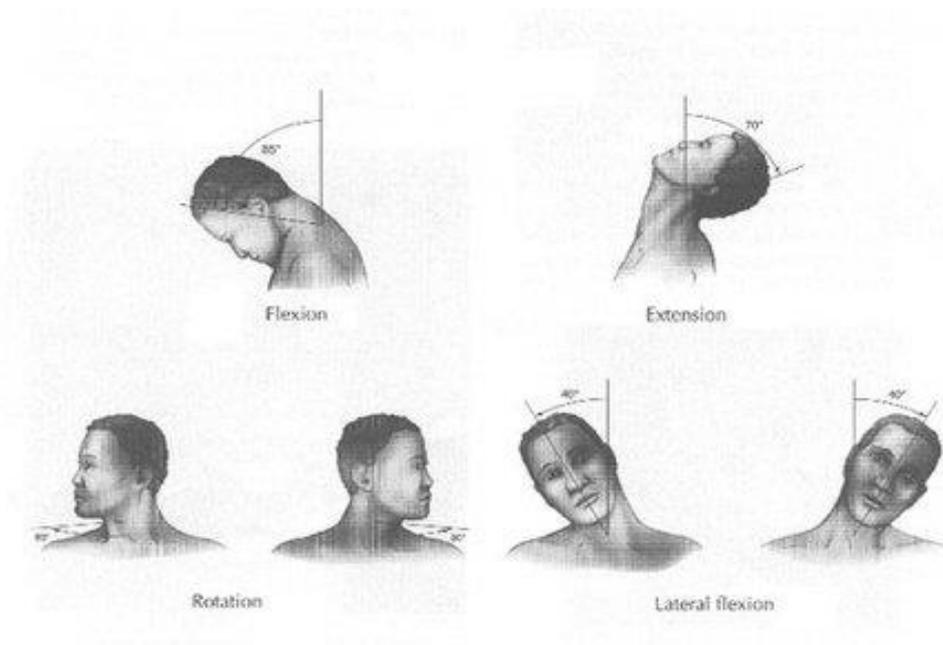
Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Mobilitas Faktor-faktor yang mempengaruhi mobilitas menurut Mubarak dalam Amalia (2020) : 1. Kesehatan fisik. 2. Status mental. 3. Gaya hidup. 4. Sikap dan nilai personal. 5. Nutrisi. 6. Stres. 7. Faktor social.

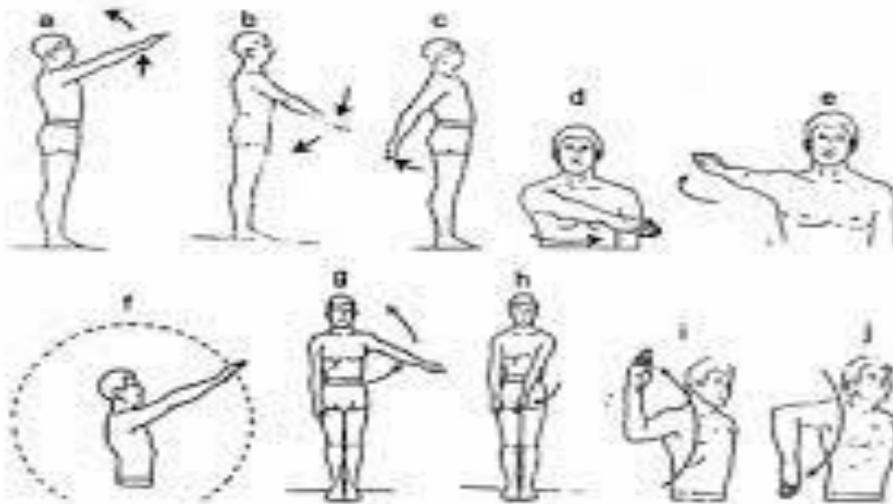
### **2.6.3 Penatalaksanaan**

Penatalaksanaan yang dapat dilakukan pada pasien dengan masalah gangguan mobilitas fisik yaitu dengan memberikan latihan rentang gerak. Latihan rentang gerak yang dapat diberikan salah satunya yaitu dengan latihan Range of Motion (ROM) yang merupakan latihan gerak sendi dimana pasien akan menggerakkan masing masing persendiannya sesuai gerakan normal baik secara pasif maupun aktif. Range of Motion (ROM) pasif diberikan pada pasien dengan kelemahan otot lengan maupun otot kaki

berupa latihan pada tulang maupun sendi dikarenakan pasien tidak dapat melakukannya sendiri yang tentu saja pasien membutuhkan bantuan dari perawat ataupun keluarga. Kemudian, untuk Range of Motion (ROM) aktif sendiri merupakan latihan yang dilakukan sendiri oleh pasien tanpa membutuhkan dari perawat ataupun keluarga. Tujuan Range of Motion bantuan (ROM) itu sendiri, yaitu mempertahankan atau memelihara kekuatan otot, memelihara mobilitas persendian, merangsang sirkulasi darah, mencegah kelainan bentuk (Mujib dan Suprayitno, 2016).

## 2.7 Gambar ROM





**Gambar 10-17** Latihan ROM aktif pada bahu: fleksi ke atas, ekstensi, hiperekstensi, fleksi ke depan menyilang, fleksi ke belakang, sirkumduksi, abduksi, adduksi, serta rotasi eksternal dan internal.

