

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Landasan Teori

1. Konsep Keluarga

a. Definisi Keluarga

Menurut Friedman (1998), Keluarga adalah satuan unit terkecil dari masyarakat terdiri dari orang-orang yang hidup bersama dan disatukan oleh perkawinan, hubungan darah atau adopsi dan tinggal dalam satu rumah. Terikat oleh kebersamaan dan emosional yang mengidentifikasikan diri sebagai keluarga.

Keluarga adalah dua orang atau lebih dari individu yang tergabung karena hubungan darah, hubungan perkawinan atau adopsi hidup dalam suatu rumah tangga, berinteraksi satu sama lain, dan memiliki peran masing-masing untuk menciptakan serta mempertahankan kebudayaan (Bailon & Maglaya, 1989).

Keluarga merupakan suatu sistem yang saling berinteraksi satu sama lain dalam memenuhi kebutuhan termasuk kesehatan, sehingga keluarga mempunyai peranan penting dalam mengembangkan, mencegah dan mengatasi atau memperbaiki masalah kesehatan yang ada dalam keluarga. Sehingga keluarga di pandang sebagai instansi (lembaga) yang dapat memenuhi kebutuhan insani (Effendi 1009)

b. Karakteristik Keluarga

Menurut Friedman (1998), karakteristik keluarga adalah:

- 1) Dua atau lebih individu yang diikat oleh hubungan darah, perkawinan atau adopsi.
- 2) Anggota keluarga biasanya hidup bersama atau jika berpisah mereka tetap memperhatikan satu sama lain.
- 3) Anggota keluarga berinteraksi satu sama lain dan masing-masing mempunyai peran sosial.
- 4) Mempunyai tujuan menciptakan dan mempertahankan budaya, meningkatkan perkembangan fisik, psikologi dan sosial anggota.

c. Bentuk Keluarga

- 1) Keluarga inti (*nuclear family*) adalah keluarga yang terdiri dari ayah, ibu dan anak-anak.
- 2) Keluarga besar (*extended family*) adalah keluarga inti di tambah dengan sanak saudara, misalnya kakek, nenek, kakek, keponakan, saudara, sepupu, paman, bibi dan sebagainya. Keluarga Indonesia umumnya menganut tipe keluarga besar (*extended family*), karena masyarakat Indonesia terdiri dari berbagai suku hidup dalam suatu komunitas adat istiadat yang sangat kuat. Bentuk keluarga ini merupakan keluarga tradisional dimana beberapa generasi tinggal dalam satu rumah. tipe keluarga luas seperti ini saling memberikan

dukungan penting dan dukungan yang terus menerus kepada anggota keluarga yang lain.

- 3) Keluarga berantai (*serial family*), adalah keluarga yang terdiri dari wanita dan pria yang menikah lebih dari satu kali dan merupakan suatu keluarga inti.
- 4) Keluarga duda atau janda (*single family*), adalah keluarga yang terjadi karena perceraian dan kematian.
- 5) Keluarga kabitas (*cahabitation*), adalah dua orang yang menjadi satu tanpa pernikahan tetapi membentuk suatu keluarga (Effendy,1998).

d. Fungsi Keluarga

Fungsi keluarga menurut Friedman (1998), dibedakan menjadi:

1) Fungsi Biologis

Keluarga berfungsi untuk menjamin kontinuitas keluarga antar generasi dan masyarakat sehingga menambah sumber daya manusia.

2) Fungsi Afektif

Fungsi afektif adalah suatu dasar bagi pembentukan dan kelangsungan individu sehingga keluarga merupakan fungsi yang paling vital.

Keluarga harus memenuhi kebutuhan- kebutuhan anggota

keluarganya yaitu kebutuhan kasih sayang dari anggotanya

karena hal tersebut akan memberikan dukungan antar anggota keluarga.

3) Fungsi Sosialisasi

Sosialisasi merupakan proses yang dilakukan individu sehingga menghasilkan interaksi sosial serta interaksi dengan lingkungan. Keluarga merupakan tempat individu untuk belajar bersosialisasi. Keberhasilan individu dan keluarga dicapai melalui interaksi atau hubungan antara keluarga yang diwujudkan dalam sosialisasi.

4) Fungsi Ekonomi

Fungsi ekonomi merupakan fungsi keluarga untuk memenuhi kebutuhan seluruh anggota keluarganya. Fungsi ekonomi meliputi tersedianya sumber pendapatan keluarga yang digunakan dalam memenuhi kebutuhan keluarga seperti sandang, pangan, papan dan perawatan keluarga yang memadai.

5) Fungsi Perawatan Kesehatan

Keluarga merupakan system dasar dimana perilaku sehat dan perawatan keluarga diatur, dilaksanakan, dan diamankan. Keluarga memberikan perawatan kesehatan yang bersifat preventif dan secara bersama-sama merawat anggota keluarganya yang sakit. Keluarga bertanggung jawab dalam merawat anggota keluarga dengan penuh kasih sayang.

identifikasi kesehatan keluarga, serta penggunaan sumber dana yang ada di masyarakat untuk mengatasi kesehatan keluarga.

e. Tugas-tugas Keluarga

Menurut Effendy (1998), tugas-tugas pokok keluarga terdiri dari 8 tugas pokok, yaitu:

- 1) Memelihara fisik keluarga dan anggotanya.
- 2) Memelihara sumber daya dalam keluarga.
- 3) Pembagian tugas anggota sesuai kedudukan masing-masing.
- 4) Sosialisasi antar anggota keluarga.
- 5) Pengaturan jumlah anggota keluarga.
- 6) Pemeliharaan anggota keluarga.
- 7) Penempatan anggota keluarga, dalam masyarakat yang lebih luas.
- 8) Membangkitkan dorongan dan semangat para anggota keluarga.

2. Beban Keluarga dengan keluarga penderita stroke

a. Definisi Beban Keluarga

Beban keluarga adalah beban yang dialami oleh keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit (Wilson & Kneisl, 1988). Menurut Stuart dan Laraia (2005), beban keluarga merupakan dampak emosional yang dirasakan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sedang sakit, ditambah minimnya informasi tentang stroke sehingga dapat mempengaruhi perilaku

keluarga terhadap anggota keluarga yang sedang sakit. Beban dan penderitaan keluarga serta ketidaktahuan dalam merawat anggota keluarga akan melahirkan sikap emosional dan kritis, jauh dari sikap hangat yang dibutuhkan oleh penderita sehingga proses penyembuhannya lama.

Menurut Wanda (2003), beban keluarga merupakan beban yang dirasakan atau yang ditanggung oleh keluarga dalam merawat penderita stroke baik secara langsung maupun tidak langsung. Kemampuan dan kesiapan khususnya masa akut perawatan dan rehabilitas pasca stroke masih sangat terbatas baik perawatan yang dilakukan di rumah sakit, dalam keluarga maupun yang berbasis masyarakat. Tingkat ketergantungan yang tinggi inilah yang akan menimbulkan beban bagi keluarga.

b. Klasifikasi Beban Keluarga

Menurut Stuart dan Laraia (2005), beban keluarga dapat digolongkan menjadi 3 bagian yaitu :

1) Beban *obyektif*

Beban *obyektif* merupakan masalah yang dihadapi keluarga berhubungan pelaksanaan perawatan klien, yang meliputi, tempat tinggal, pengobatan, keuangan. Keluarga memerlukan biaya untuk klien di rumah sakit,

mengantarkannya berobat. Beban keluarga akan meningkat jika proses penyembuhan berlangsung lama.

2) *Beban subyektif.*

Beban *subyektif* berhubungan dengan peran dan tanggung jawab keluarga, dalam proses penyembuhan dan mobilitas yang tinggi dari anggota keluarga yang sakit. Beban subjektif mengacu pada kesedihan, rasa bersalah, kemarahan, ketidakberdayaan dan ketakutan yang dirasakan oleh keluarga dalam memberikan perawatan pada anggota keluarga yang sakit. Dampak Beban Keluarga meliputi :

a) Kesedihan

Berhubungan dengan hilangnya masa depan yang mereka harapkan untuk berbagi dengan anggota keluarga yang sakit. Kerana penyakit serius yang diderita, kesedihan cenderung berulang. Di samping itu, kurangnya sistem dukungan sosial yang terkait dengan stigma yang ada.

b) Rasa bersalah

Pengalaman emosi keluarga terkait dengan anggota keluarga yang sedang sakit. Biasanya, keluarga akan merasa bersalah karena interpretasi mereka terhadap situasi.

c) Kemarahan

Berhubungan dengan persepsi keluarga dan penderita yang berbeda dan beragam ide tentang bagaimana mengelola

penyakit. Kemarahan dihubungkan dengan kekurangan dalam aksesibilitas atau penerimaan yang di perlukan dalam layanan kesehatan.

d) Ketidakberdayaan dan ketakutan

Kebanyakan keluarga percaya bahwa sistem perawatan kesehatan harus mengobati penyakit. Ketika hal ini tidak mungkin, maka keluarga akan merasa tak berdaya dan frustrasi. Pemahaman ini juga dapat mengakibatkan ketakutan tentang masa depan anggota keluarga yang sakit.

3) *Beban Iatrogenic*

Beban *iatrogenic* merupakan beban yang disebabkan oleh tidak berfungsinya sistem pelayanan kesehatan, disebabkan oleh tidak mengetahui teori keluarga. Hal ini mengakibatkan perawatan dan proses penyembuhan tidak berjalan sesuai fungsinya.

3. Stroke

a. Definisi Stroke

Menurut *World Health Organization* (WHO, 1998), stroke adalah tanda-tanda klinis, mengenai gangguan fungsi serebral secara fokal ataupun global yang berkembang dengan cepat, dengan gejala berlangsung selama 24 jam atau lebih dan mengarah pada kematian tanpa ada penyebab yang tampak, selain tanda-tanda yang berkenaan dengan aliran darah. Termasuk disini pendarahan darah subarahnoid,

perdarahan intraserebral dan infark serebral. Stroke merupakan serangan otak yang terjadi secara tiba-tiba dengan akibat kematian atau kelumpuhan sebelah bagian tubuh (Vitaheath, 2005).

Stroke adalah cedera vaskular pada otak. Ini berarti bahwa stroke adalah cedera mendadak dan berat pada pembuluh darah otak.

(Valery Feigi, 2006).

Secara sederhana, jika perdarahan ke otak terputus untuk sementara. Otak kita tergantung pada perbekalan darah yang kaya oksigen secara terus menerus yang dibawa oleh arteri. Jika darah terhenti, misal karena bekuan darah, bagian otak yang dialiri oleh nadi tersebut akan mati. Kerusakan ini dapat diperbaiki, kadang - kadang stroke disebut juga CVA atau *cerebro-vascular accident* (Henderson, 2002).

b. Klasifikasi Stroke

Menurut Gordon, (2000) Penyakit stroke dapat dikategorikan ke dalam dua besar kategori yaitu :

1. *Stroke Iskemik (Stroke Non Hemoragi)*

Bila darah pada sebagian otak berkurang, terjadilah iskemik dan sel yang kekurangan O₂ itu akan berhenti mengerjakan fungsinya dengan sempurna. Stroke tipe ini di sebabkan oleh adanya thrombus dan embolus. Pada umumnya berat otak normal

suplai darah yang relative besar yaitu 20% dari seluruh curah jantung.

Dalam keadaan normal aliran darah ke otak sekitar 60ml/100gr jaringan otak / menit. Peristiwa iskemia terjadi apabila aliran darah ke otak menjadi di bawah 20ml/100gr jaringan otak / menit. Sedang apakah akan berhenti untuk sementara waktu atau selamanya tergantung pada tingkat serangan dan lamanya.

Stroke iskemik dibagi menjadi 4 macam berdasarkan kejadian klinis, yaitu :

- a) Serangan Iskemia Sepintas/ *Transient Ischaemic Attak (TIA)*.
Gejala neurologik yang timbul akibat gangguan peredaran darah di otak dan akan menghilang dalam waktu 24 jam.
- b) Defisit Neurologis Iskemik Sepintas/*Reversible ilchaemic Neurological Deficit (RIND)*. Gejala neurologik yang timbul dalam waktu lebih lama dari 24 jam, tetapi tidak lebih dari seminggu.
- c) Stroke Progresif (*Progressive Stroke/ Stroke in Evolution*).
Gejala neurologik makin lama makin berat.
- d) Stroke Komplet (*Completed Stroke/Permanent Stroke*)

2. Stroke hemoragik

Jenis stroke ini disebabkan oleh adanya perdarahan. Perdarahan dapat terjadi dimana saja di dalam badan, tetapi perdarahan di dalam atau disekeliling otak merupakan permasalahan hidup atau mati. Karena bila pembuluh arteri pecah di dalam otak maka darah akan tumpah ke dalam atau rongga antara otak dan tengkorak, sehingga terjadi hematoma. Hematom ini menyebabkan timbulnya tekanan tinggi *intracranial*, dan terjadi pada perdarahan intrakranial. Ada beberapa penyebab stroke *hemoragi Aneurisma* yaitu kelemahan dinding arteri, *arteriosklerosis*, hipertensi. Dengan demikian untuk mencegah stroke hemoragi dapat dilakukan dengan pola hidup yang lebih sehat.

c. Etiologi

Terjadinya gangguan peredaran darah di otak yang mengakibatkan stroke dapat disebabkan oleh dua masalah utama, yaitu :

1. Penyumbatan arteri yang mengalirkan darah ke otak (disebut stroke iskemik atau non perdarahan).

2. Karena adanya perdarahan di otak (disebut stroke hemoragik).

Faktor yang mempengaruhi stroke dibagi jadi dua faktor, yaitu :

a) Faktor Internal

Merupakan hal yang berhubungan langsung dengan klien itu sendiri, meliputi :

- (1) Rokok, stres mental, alkohol, kegemukan, konsumsi garam berlebihan.
- (2) Kolesterol dan lemak dalam makanan.
- (3) Penyakit–penyakit seperti hipertensi, diabetes melitus, penyakit jantung, dan penyakit vaskuler arteriosklerotik.

b) Faktor Eksternal

Merupakan faktor yang berhubungan dengan lingkungan klien terutama keluarga. Keluarga harus dilibatkan seoptimal mungkin karena sebagai pengambil keputusan dalam memelihara kesehatan anggota keluarganya. Keputusan yang diambil itu berdasarkan pengetahuan tentang perawatan kesehatan yang akan dilakukan pada individu (Efendi, 1998).

Terjadinya gangguan peredaran darah di otak yang mengakibatkan stroke dapat disebabkan tiga hal, yaitu trombosis, emboli, dan peredaran darah serebri (Stroke Center, 2003).

(1) Trombosis

Trombosis yaitu, penyumbatan dalam pembuluh

darah halus di otak. Trombosis merupakan darah beku

yang terjadi akibat kerusakan atau iritasi pada permukaan dalam pembuluh darah, sehingga aliran darah terganggu dan pada akhirnya dapat berhenti total. Trombosis merupakan faktor penyebab stroke yang paling sering terjadi.

(2) Emboli

Emboli terjadi karena adanya sumbatan jendalan darah. Tetap pada kasus stroke, emboli atau jendalan darah terbentuk di tempat lain selain di otak. Emboli sering terjadi di jantung, mengikuti aliran darah hingga berhenti di suatu tempat dan tidak dapat mengalir lebih jauh. Hal ini dapat mengganggu aliran darah ke otak dan menyebabkan kerusakan fisik dan neurologis otak dengan cepat.

(3) Perdarahan Serebral

Perdarahan dapat terjadi di daerah otak (*intracranial*) maupun di ruang *subaraknoid* (*subaraknoid*). Perdarahan di otak menyebabkan jaringan otak disekitar lokasi perdarahan mendapat tekanan. Hal ini menyebabkan terjadinya peningkatan tekanan intracranial yang dapat menyebabkan kematian sel-sel otak. Jika peningkatan tekanan ini terjadi secara tiba-tiba, maka dapat menyebabkan penurunan kesadaran bahkan kematian.

Hampir tiga perempat kasus stroke di sebabkan oleh obstruksi vaskuler (*trombi dan emboli*) yang mengakibatkan iskemia dan infark. Sedangkan sekitar seperempat kasus stroke adalah hemorhagi (Hudak, et al, 1996).

d. Manifestasi Stroke

Manifestasi yang timbul bervariasi, tergantung bagian otak mana yang terserang stroke (Junaidi, 2006). Manifestasinya antara lain :

1. Serangan defisit neurologis fokal, berupa kelemahan otot wajah, lengan atau kaki, di salah satu sisi tubuh secara tiba-tiba.
2. Gangguan sensibilitas pada satu atau lebih anggota badan (gangguan hemisensorik).
3. Perubahan mendadak status mental (delirium, stupor, atau koma).
4. *Afasia* (bicara tidak lancar, kesulitan dalam memahami ucapan orang lain).
5. *Disartria* (pelo)

e. Pathofisiologi Stroke

Otak mendapatkan darah dari tiga arteri besar di leher, yaitu dua arteri interna kanan dan kiri di sebelah anterior dan arteri basilaris di sebelah posterior. Dari sejumlah darah yang diperoleh otak tersebut 80% dibawa melalui arteri karotis interna kanan dan kiri

sedangkan 20% sisanya di bawa arteri basalis. Ketiganya membentuk sirkulum willis yang merupakan sirkulasi kolateral.

Otak membutuhkan banyak oksigen, sedangkan berat otak hanya 2,5% dari berat badan seluruhnya. Oksigen yang dibutuhkan otak hampir mencapai 20% dari kebutuhan badan seluruhnya, oksigen di otak di dapatkan dari pembuluh darah. Di otak sendiri hampir tidak ada cadangan oksigen, dengan demikian otak sangat bergantung pada keadaan aliran darah di setiap saat. Apabila suplai oksigen terputus selama 6-8 menit, maka terjadilah jejas (lesi) yang tidak pulih lagi (*irreversible*) dan menyebabkan terjadi kematian (Lumbatombing, 2003).

f. Faktor Resiko

Belakangan, stroke tidak hanya menyerang orang yang sering atau sedang sakit, tapi bisa juga dialami oleh mereka yang secara fisik tampak sehat. Bahkan, orang yang rajin berolahraga pun bisa mengalaminya. Hal ini sebabkan oleh tingkat stres yang makin tinggi dan dampak sarana hidup yang makin modern.

Mengenai faktor resiko, ada beberapa faktor resiko stroke yang tidak dapat dikontrol. Misalnya, riwayat keluarga yang menderita penyakit jantung, hipertensi, diabetes mellitus, gangguan aliran darah ke otak sepiantas, merokok, obesitas, faktor usia, dan jenis kelamin. Orang yang berusia di atas 55 tahun juga lebih berisiko

mengalami stroke dibanding mereka yang berusia lebih muda (Sarkamo, 2008).

Selain faktor resiko, stroke juga memiliki sejumlah gejala, antara lain: mengalami gangguan gerak sehingga tak mampu untuk mengambil gelas, menggosok gigi, atau memasang kancing dengan sempurna. Dalam tingkat yang lebih parah, terjadi lumpuh total yang bisa menimpa tiap organ gerak, termasuk bibir, wajah, dan mata.

g. Dampak yang Timbul Paska Stroke

Stroke adalah penyakit pada otak yang paling destruktif dengan konsekuensi berat, termasuk beban psikologis, fisik, dan keuangan yang besar pada pasien dan keluarga. Pada kenyataannya, banyak orang yang lebih takut akan menjadi cacat oleh stroke dibandingkan dengan kematian itu sendiri. Jika tidak ada perbaikan dalam metode-metode pencegahan yang ada sekarang, jumlah penderita stroke akan tumbuh pesat dalam beberapa dekade mendatang.

Stroke selain menimbulkan gangguan neurologis, juga mengakibatkan gangguan non neurologis. Menurut Vitahealth (2004), dampak dari stroke ditentukan oleh bagian otak mana yang cedera. Berbagai masalah medik tersebut antara lain adanya hipertensi di rongga tengkorak, gangguan fungsi bahasa, gangguan perspektif, gangguan sistem pernafasan, gangguan fungsi kandung kemih,

gangguan fungsi otot dan sendi, gangguan nutrisi dan keseimbangan elektrolit, nyeri dan gelisah (Harsono, 1999). Gangguan neurologik akibat stroke antara lain :

(1) Hipertensi di rongga tengkorak

Jendalan darah di dalam otak atau pembengkakan otak dapat meningkatkan tekanan di rongga tengkorak. Dalam keadaan normal, isi dan tekanan didalam rongga tengkorak selalu dalam keadaan konstan.

(2) Fungsi berbahasa

Gangguan berbahasa yang termasuk didalamnya yaitu, tidak mampu berbicara (pelo) serta tidak dapat menerima isi pembicaraan orang lain. Gangguan berbahasa dapat menimbulkan gangguan pada komunikasi.

(3) Gangguan *perspektif*

Gangguan ini berupa gangguan penglihatan, gangguan persepsi ruang, gangguan identifikasi (melalui penglihatan, pendengaran, dan perabaan), ketidakmampuan melakukan gerakan tertentu karena adanya gangguan sensorik.

(4) Gangguan sistem pernafasan

Setiap penderita stroke mengalami penurunan keadaran atau yang berbaring terlalu lama maka resiko untuk mengalami gangguan fungsi pernafasan menjadi lebih besar. Gangguan ini dapat muncul sebagai akibat dari tertutupnya jalan nafas oleh lendir, lidah atau

makanan. Sistem pernafasan dapat terancam oleh timbulnya emboli pada paru-paru atau pembengkakan paru-paru.

(5) Gangguan fungsi kandung kemih

Keluarnya urin tanpa terkontrol dan terbungahnya urin di kandung kemih merupakan ancaman terhadap fungsi kandung kemih dan ginjal.

(6) Gangguan fungsi otot

Otot-otot tungkai dan lengan yang mengalami kelumpuhan dapat mengecil (atrofi) karena kurang gerak. Pada penderita stroke mempunyai kemungkinan besar mengalami hemiparase, hemiplegi atau bahkan tetraplegi tergantung kondisi atau area otak yang terkena infark akibat stroke.

(7) Gangguan nutrisi dan keseimbangan elektrolit

Gangguan keseimbangan nutrisi dan berubahnya keseimbangan cairan elektrolit dapat disebabkan oleh ketidakmampuan makan dan minum, menurunnya kesadaran atau kelumpuhan. Sebab yang lain karena menurunnya kemampuan membuka mulut serta menurunnya refleks menelan akan mengakibatkan kesulitan mengunyah dan menelan.

(8) Nyeri dan gelisah

Nyeri kepala sering terjadi pada penderita stroke. sementara kegelisahan penderita stroke dapat di sebabkan oleh nyeri kepala

dehidrasi, tertahannya urin dalam kandung kemih dan faktor psikologi.

h. Pencegahan Stroke

Tujuan umum pencegahan stroke pada individu dengan resiko tinggi dan individu penderita pasca stroke adalah untuk menurunkan kecacatan dini, kematian, dan memperpanjang hidup dengan kualitas yang memadai dan lebih baik (Junaidi, 2006).

Menurut Mansjoer et al (2000), pencegahan stroke ada 2 macam, yaitu pencegahan primer dan pencegahan skunder.

1. Pencegahan Primer

Pencegahan primer dilakukan bagi mereka yang belum pernah mengalami stroke, tetapi mempunyai resiko untuk terkena stroke. Langkah pertama dalam mencegah stroke adalah memodifikasi gaya hidup dalam segala hal dan memodifikasi faktor resiko (Junaidi, 2006). Pencegahan primer diantaranya adalah :

- a) Menghindari rokok, stres mental, minum kopi, minum alkohol, kegemukan, dan mengkonsumsi golongan obat-obatan yang mempengaruhi serebrovaskuler seperti amfetamin, kokain.
- b) Mengurangi asupan lemak, asupan kalori, asupan garam berlebihan.

c) Mengendalikan hipertensi, diabetes mellitus (gadar gula

darah), dislipidemia (kadar lemak darah).

2. Pencegahan Sekunder

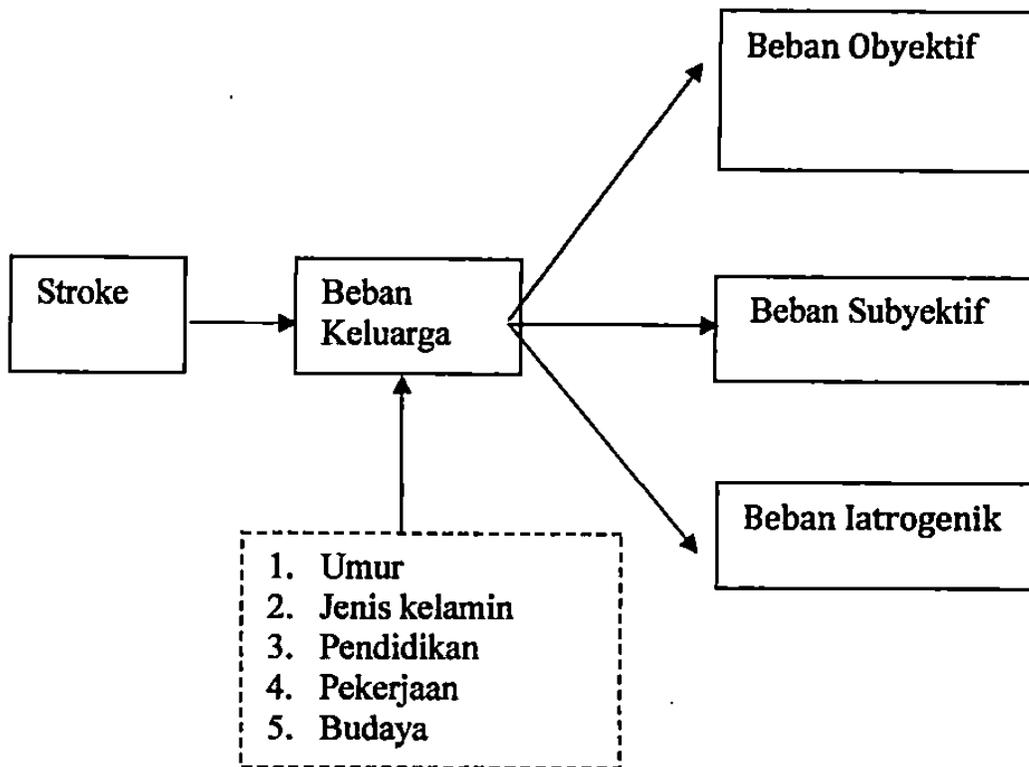
Pencegahan sekunder dilakukan bagi mereka yang pernah mengalami stroke dan beresiko untuk terkena stroke berulang (Junaidi, 2006). Pencegahan sekunder diantaranya adalah :

- a) Mengontrol faktor resiko stroke, melalui modifikasi gaya hidup.
- b) Melibatkan peran serta keluarga seoptimal mungkin.
- c) Menggunakan obat-obatan yang dapat mencegah stroke.

i. Peran keluarga dalam perawatan anggota stroke

Keluarga merupakan sistem pendukung utama yang memberi perawatan langsung pada setiap keadaan (sehat-sakit) klien. Umumnya keluarga meminta bantuan tenaga kesehatan jika mereka tidak sanggup lagi merawatnya (Yayasan Stroke Indonesia, 2009). Oleh karena itu asuhan keperawatan yang berfokus pada keluarga bukan hanya memulihkan keadaan klien tetapi bertujuan untuk mengembangkan dan meningkatkan kemampuan keluarga dalam mengatasi masalah kesehatan dalam keluarga (Effendi, 1009).

B. Kerangka Konsep



Keterangan:

————— : Diteliti

----- : Tidak diteliti

Skema 1. Kerangka konsep penelitian

Stroke merupakan suatu penyakit yang proses penyembuhannya membutuhkan waktu yang lama, sehingga dapat menimbulkan beban bagi

keluarga. Beban keluarga disini terbagi menjadi 3 yaitu, beban objektif, beban subyektif, beban iatrogenik. Penelitian dengan kuesioner dilakukan untuk mengetahui bagaimana gambaran beban keluarga pada pada keluarga penderita stroke.

C. Hipotesis

Ada gambaran beban keluarga dengan anggota keluarga yang menderita stroke di Wilayah Kerja Puskesmas Kesihan II Dental Masyarakat