

Laporan Karya Ilmiah Ners

**Asuhan Keperawatan Keluarga Dengan Stroke Pada Keluarga Ny. G.I
di Desa Waleo Dua Kecamatan Kema
Kabupaten Minahasa Utara**

**Disusun dalam rangka Menyelesaikan
Tahap Profesi Ners**



Oleh

(Fidelia Orah, S.Kep)

(NIM : 23062068)

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS KATOLIK DE LA SALLE MANADO**

2024

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Fidelia Orah, S.Kep

NIM : 23062068

Program Studi : Profesi Ners

Menyatakan bahwa karya ilmiah akhir nets ini adalah benar merupakan karya sendiri dan sepanjang pengetahuan serta keyakinan saya, saya tidak mencantumkan tanpa pengakuan bahan-bahan yang telah dipublikasikan sebelumnya atau ditulis oleh orang lain atau sebagian bahan yang pernah diajukan untuk gelar Ners atau ijasah pada Universitas Katolik De La Salle Manado atau penyusun tinggi lainnya.

Apabila pada masa yang akan datang diketahui bahwa pernyataan ini tidak benar adanya, saya bersedia menerima sanksi yang diberikan dengan segala konsekuensinya.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Manado, 04 Juli 2024



(Fidelia Orah, S.Kep)

HALAMAN PERSETUJUAN

**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA DENGAN STROKE PADA
KELUARGA NY. G.I DI DESA WALEO DUA KECAMATAN KEMA
KABUPATEN MINAHASA UTARA**

Fidelia Orah, S.Kep

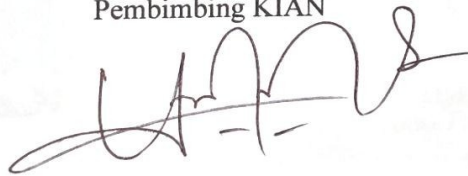
23062068

Laporan Karya Ilmiah Akhir Ners

Telah disetujui untuk diuji di hadapan tim penguji KIAN
Program Studi Profesi Ners
Fakultas Keperawatan Universitas Katolik De La Salle Manado

Manado, 04 Juli 2024

Pembimbing KIAN



(Vervando J. Sumilat, S.Kep., Ns., M.Kep)

Mengetahui

Ketua Program Studi Profesi Ners



Johanis Kerangan, S.Kep., Ns., M.Kep

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir Ners ini diajukan oleh:

Nama : Fidelia Orah, S.Kep

NIM : 23062068

Program Studi : Profesi Ners

Judul KIAN : Asuhan Keperawatan Keluarga pada Ny. G.I dengan
Stroke di Desa Waleo Dua Kecamatan Kema Kabupaten
Minahasa Utara.

Telah berhasil dipertahankan di hadapan tim penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Ners pada program studi ners Fakultas Keperawatan Universitas Katolik De La Salle Manado.

TIM PENGUJI

Pembimbing : Vervando J. Sumilat, S.Kep., Ns., M.Kep.



Penguji : Vervando J. Sumilat, S.Kep., Ns., M.Kep.



Ditetapkan di : Manado

Tanggal : 04 Juli 2024

ABSTRAK

ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA DENGAN STROKE PADA KELUARGA NY. G.I DI DESA WALEO DUA KECAMATAN KEMA KABUPATEN MINAHASA UTARA

Orah Fidelia¹⁾, Sumilat Vervando²⁾

Fakultas Keperawatan Universitas Katolik De La Salle Manado

Email : fideliaaorah@gmail.com

ABSTRAK

Latar Belakang : Stroke adalah gangguan saraf yang ditandai dengan penyumbatan pembuluh darah. Gumpalan terbentuk di otak dan mengganggu aliran darah, menyumbat arteri dan menyebabkan pembuluh darah pecah, menyebabkan pendarahan. **Metode :** Menggunakan terapi Range of Motion (ROM) dengan metode observasi dan wawancara.

Hasil : Pemberian asuhan keperawatan dilakukan selama 3 hari dengan dilakukannya pemberian terapi ROM dan menunjukkan hasil bahwa penurunan kekuatan otot yang dialami klien membaik sehingga dapat disimpulkan bahwa pemberian terapi ROM efektif dilakukan pada pasien dengan Stroke.

Kata Kunci: *Stroke, Range of motion (ROM)*

ABSTRACT

FAMILY NURSING CARE WITH STROKE IN THE FAMILY OF Mrs. G.I IN WALEO DUA VILLAGE KEMA SUB-DISTRICT NORTH MINAHASA DISTRICT

Orah Fidelia¹⁾, Sumilat Vervando²⁾

Faculty of Nursing University of Catholic De La Salle Manado

Email : fideliaaorah@gmail.com

Abstract

Background: Stroke is a nervous disorder characterized by blockage of blood vessels. Clots form in the brain and disrupt blood flow, block arteries and cause blood vessels to rupture, causing bleeding. **Method:** Using Range of Motion (ROM) therapy with observation and interview methods. **Results:** Nursing care was provided for 3 days with ROM therapy and showed that the decrease in muscle strength experienced by the client improved so that it can be concluded that ROM therapy is effective in patients with stroke.

Keywords: *Stroke, Range of motion (ROM)*

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur saya panjatkan kehadirat Tuhan Yesus Kristus karena Kasih dan Anugrah-Nya kepada saya sehingga saya bisa menyelesaikan penyusunan Laporan Karya Ilmiah Akhir Ners ini dengan judul “Asuhan Keperawatan Keluarga pada Ny. G.I dengan Stroke di Desa Waleo Dua Kecamatan Kema Kabupaten Minahasa Utara”.

Dengan rasa hormat saya mengucapkan terima kasih kepada :

1. Prof. Dr. Johanis Ohoitumur, Rektor Universitas Katolik De La Salle Manado
2. Wahyuni Langelo, BSN., M.Kes, Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Katolik De La Salle Manado
3. Natalia E. Rakinaung, S.Kep., Ns., MNS, Wakil Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Katolik De La Salle Manado
4. Helly Budiawan, S.Kep., Ns., M.Kes, Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Katolik De La Salle Manado
5. Vervando J. Sumilat, S.Kep., Ns., M.Kep, Dosen Pembimbing (CT) yang telah banyak memberikan informasi dan pengetahuan serta berperan dalam memberikan arahan, bimbingan, motivasi, dan masukan bagi saya dalam penyusunan skripsi ini
6. Seluruh Dosen dan Staf Fakultas Keperawatan Universitas Katolik De La Salle Manado yang tidak dapat disebutkan satu persatu yang telah banyak memberikan dukungan serta arahan bagi saya dalam menyusun Laporan Karya Ilmiah Akhir Ners
7. Bagi keluarga tercinta Mama, Papa dan Kakak yang selalu membantu, memotivasi, mendoakan dan selalu memberikan semangat kepada saya sehingga bisa menyusun dan menyelesaikan Laporan Karya Ilmiah Akhir Ners ini
8. Bagi teman-teman angkatan 2023 Profesi Ners Fakultas Keperawatan Universitas Katolik De La Salle Manado

9. Ucapan terima kasih juga saya sampaikan kepada semua pihak yang tidak dapat saya sebutkan satu persatu yang telah memberikan bantuan dan dukungannya selama penyusunan Laporan Karya Ilmiah Akhir Ners ini

Manado,04 Juli 2024

Fidelia Orah, S.Kep.

DAFTAR ISI

Halaman Judul	
Halaman Pernyataan Orisinalitas	i
Halaman Persetujuan	ii
Halaman Pengesahan	iii
Abstrak Indonesia	iv
Abstrak Bahasa Inggris	v
Kata Pengantar	vi
Daftar Isi	viii
Daftar Lampiran	ix
Daftar Gambar	x
BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	3
1.3 Tujuan	3
1.4 Manfaat	4
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Landasan Teori	5
2.2 Askep Teori	22
2.3 Penelitian Terkait	28
BAB III GAMBARAN KASUS	
BAB IV PEMBAHASAN	
4.1 Analisis Dan Diskusi Hasil	41
4.2 Keterbatasan Pelaksanaan	48
BAB V PENUTUP	
5.1 Kesimpulan	49
5.2 Saran	49
DAFTAR PUSTAKA	51
LAMPIRAN	54

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 : SAP Stroke

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Stroke Iskemik dan Hemoragik

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Penyakit Tidak Menular (PTM) merupakan penyakit yang dikenal juga dengan penyakit kronis, penyakit non-infeksi, *new communicable disease* dan penyakit generatif yang tidak dapat menular dari orang ke orang melalui bentuk apapun. Masih banyak orang yang tidak menyadari dirinya mengidap PTM, sehingga mereka terlambat dalam mendapatkan penanganan yang mengakibatkan terjadinya komplikasi. Salah satu penyebab utama dalam kematian adalah penyakit tidak menular. dan yang paling utama dalam penyakit tidak menular ialah penyakit stroke. Penyakit stroke merupakan salah satu penyakit tidak menular yang angkanya selalu mengalami peningkatan (Cahyati dkk, 2022).

Stroke adalah gangguan saraf yang ditandai dengan penyumbatan pembuluh darah. Gumpalan terbentuk di otak dan mengganggu aliran darah, menyumbat arteri dan menyebabkan pembuluh darah pecah, menyebabkan pendarahan. Pecahnya arteri yang menuju ke otak selama stroke mengakibatkan kematian mendadak sel-sel otak karena kekurangan . Stroke merupakan penyebab kematian terbesar ketiga dengan jumlah kematian mencapai 138.268 jiwa (Khariri & Saraswati, 2021).

Stroke disebabkan oleh banyaknya faktor risiko salah satunya yaitu faktor gaya hidup. Gaya hidup yang awalnya sehat, saat ini berubah menjadi tidak sehat salah satunya perubahan pola hidup yang tidak sehat, seperti makan-makanan yang banyak mengandung lemak dan kolesterol, merokok, kurang olahraga, minum alkohol dan berlebihan dalam bekerja. Faktor lain yang dapat menjadi faktor risiko stroke adalah penyakit hipertensi. Hipertensi salah satu faktor risiko yang meningkatkan terjadinya stroke sebanyak 6 kali lipat (Maria, 2021). Faktor resiko stroke yang tidak dapat diubah meliputi genetik, ras, usia, jenis kelamin dan riwayat stroke sebelumnya. Sedangkan factor resiko stroke yang dapat diubah yaitu obesitas (kegemukan), hipertensi, kebiasaan merokok, kebiasaan minum alcohol, dan pola hidup yang tidak sehat (Srilestari, 2023).

Data dari World Health Organization (WHO) pada tahun 2018 stroke menjadi salah satu masalah kesehatan yang utama di dunia. Stroke menempati peringkat ke tiga penyebab kematian. Pada tahun 2013 terdapat 5,5 juta orang meninggal dan meningkat sebanyak 12% pada tahun 2018 yaitu sekitar 14 juta orang. Stroke menjadi penyebab utama kematian dan kecacatan diseluruh dunia. Prevalensi stroke di Indonesia pada tahun 2018 diperkirakan sebanyak 2.120.362 orang (Kemenkes, 2022). Data dari WHO menunjukkan setiap tahun terdapat 5,5 juta kasus kematian akibat stroke. Riset kesehatan dasar tahun 2007 menyatakan stroke menjadi penyebab kematian tertinggi di Indonesia dengan prevalensi 15,4% dari seluruh penyakit (Balqis dkk, 2022). Di Amerika Serikat stroke menjadi penyebab kematian ketiga dengan angka kematian sebanyak 146.664 jiwa. Data di Indonesia memperlihatkan stroke sebagai penyebab kematian sebanyak 138.268 jiwa (Khariri & Saraswati, 2021).

Kejadian stroke di Indonesia pada tahun 2018 yaitu sebanyak 10,9% dari 1.000 penduduk Indonesia. Dengan provinsi paling banyak penderita stroke adalah Kalimantan Timur sebanyak 14.7% per 1000 penduduk. Kasus stroke non hemoragik tertinggi berdasarkan usia adalah penderita yang berusia 75 tahun keatas sebanyak 65,6% dan terendah pada kelompok usia 15-24 tahun yaitu sebesar 0,2%. Prevalensi stroke non hemoragik berdasarkan jenis kelamin lebih banyak laki-laki (16,3%) dibandingkan dengan perempuan (12,9%). Disusul oleh Daerah Istimewah Yogyakarta dan Sulawesi Utara, sedangkan provinsi Jawa Barat menempati posisi ke dua penderita penyakit stroke terbanyak. Data yang ada pada tahun 2018 di kota Balikpapan menunjukkan angka kejadian stroke mengalami penambahan kasus sebanyak 456 kasus baru (Kemenkes, 2019).

Asuhan keperawatan pada pasien stroke diawali dengan pengkajian. Adapun hal yang dikaji dalam aspek stroke antara lain tanda-tanda anamnesis atau kelainan syaraf, riwayat penyakit dahulu, riwayat keluarga, riwayat sosial, riwayat pemakaian obat, dan juga pemeriksaan fisik. Masalah kesehatan yang timbul akibat stroke sangat bervariasi, tergantung pada luasnya daerah otak yang mengalami nekrosis atau kematian jaringan, dan

lokasi yang terkena. Salah satu gangguan klinis yang sering ditemukan akibat stroke adalah gangguan menelan atau disfagia. Disfagia adalah kesulitan menelan cairan atau makanan yang disebabkan gangguan pada proses menelan. Ditemukan sekitar 28-65% pasien yang mengalami disfagia setelah serangan stroke. Setelah dilakukan rehabilitasi selama 14 hari paska stroke, sekitar 90% pasien dapat melakukan latihan menelan (Marko dkk, 2023).

Saya tertarik untuk mengambil kasus ini karena melihat kondisi klien yang sangat memprihatinkan dan kesehatannya yang semakin memburuk dari waktu ke waktu. Ketertarikan ini muncul karena saya merasa memiliki tanggung jawab moral dan profesional untuk memberikan bantuan serta perawatan yang terbaik bagi klien yang membutuhkan. Melalui kasus ini, saya melihat kesempatan untuk memberikan kontribusi nyata dalam memperbaiki kualitas hidup klien dan membantu mereka menghadapi tantangan kesehatan yang mereka alami, dalam upaya penyembuhan dan perawatan klien, dengan tujuan akhirnya adalah membantu mereka mencapai kesejahteraan maksimal yang mungkin dalam situasi mereka. Kasus seperti ini juga memberikan kesempatan untuk belajar dan saya dapat memperdalam pengetahuan saya dalam manajemen kasus yang kompleks, mengasah keterampilan klinis, dan memperluas wawasan tentang berbagai kondisi medis yang mungkin tidak saya hadapi sebelumnya. Melalui pengalaman ini, saya berharap dapat memberikan kontribusi yang berarti dalam bidang kesehatan dan meningkatkan kemampuan saya dalam memberikan perawatan yang empatik dan efektif bagi klien saya.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana Asuhan Keperawatan keluarga dengan stroke pada keluarga Ny.G.I di Desa Waleo Dua Kecamatan Kema.

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Menganalisis Asuhan Keperawatan keluarga dengan stroke pada keluarga Ny.G.I di Desa Waleo Dua Kecamatan Kema.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Menganalisis gambaran kasus stroke pada keluarga Ny.G.I di Desa Waleo Dua Kecamatan Kema.
- b. Menganalisis Asuhan Keperawatan keluarga dengan stroke pada keluarga Ny.G.I di Desa Waleo Dua Kecamatan Kema.
- c. Menganalisis adanya kesenjangan pada praktik pengelolaan Asuhan Keperawatan keluarga dengan stroke pada keluarga Ny.G.I di Desa Waleo Dua Kecamatan Kema.

1.4 Manfaat

- a. Bagi Penderita Stroke
Dari hasil pengkajian ini diharapkan dapat bermanfaat dan menjadi salah satu sumber informasi bagi penderita Stroke maupun keluarga untuk mengetahui apa itu Stroke beserta upaya pencegahan yang dapat dilakukan.
- b. Bagi Puskesmas
Diharapkan dapat meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan bagi keluarga, khususnya di Desa Waleo Dua, serta memberikan wawasan dan masukan kepada puskesmas untuk lebih menekankan pentingnya edukasi kepada masyarakat.
- c. Bagi Penulis
Untuk menambah pengembangan dalam ilmu pengetahuan dan informasi bagi penulis tentang penerapan asuhan keperawatan pada keluarga dengan Stroke.
- d. Bagi Institusi Keperawatan
Dapat mengevaluasi sejauh mana mahasiswa menguasai penerapan asuhan keperawatan pada keluarga dengan Stroke.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Landasan Teori Keluarga

2.1.1 Pengertian/Definisi

Keluarga memiliki peranan penting dalam kehidupan bermasyarakat. Berdasarkan definisi keluarga merupakan bagian terkecil dari suatu sistem sosial yang berinteraksi dan saling ketergantungan dengan yang lain. Definisi lainnya 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 tiap anggota keluarga. Oleh karena itu dapat disimpulkan dari kedua pengertian terkait keluarga adalah sekumpulan orang yang hidup bersama dengan ikatan perkawinan, kelahiran atau adopsi yang saling berinteraksi dan saling ketergantungan yang berkontribusi terhadap status kesehatan anggota keluarga dan masyarakat (Sahar dkk, 2019).

Keluarga menurut UU No. 52 Tahun 2009 adalah unit terkecil dalam masyarakat yang terdiri dari suami istri, atau suami, istri dan anaknya, atau ayah dan anaknya, atau ibu dan anaknya. 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 tiap anggota keluarga (Friedman, 2019).

Stroke merupakan salah contoh dari penyakit yang memerlukan proses rehabilitasi. Perawat keluarga dalam hal ini dapat melakukan tindakan ROM (Range Of Motion) secara aktif ataupun pasif kepada anggota keluarga yang sakit stroke dengan tujuan untuk mengoptimalkan fungsi saraf. Perawat keluarga dalam tahap rehabilitasi selain memperhatikan anggota keluarga yang sakit, perlu juga dalam melakukan pendampingan terhadap keluarga dalam beradaptasi dan melakukan perawatan terhadap anggota keluarga yang sakit (Safitri, 2020).

2.1.2 Tipe Keluarga

Menurut Nadirawati (2019) pembagian tipe keluarga adalah :

1. Keluarga Tradisional

a. Keluarga Inti (The Nuclear Family) adalah keluarga yang terdiri dari suami, istri, dan anak baik dari sebab biologis maupun adopsi yang tinggal bersama dalam satu rumah. Tipe keluarga inti diantaranya:

1) Keluarga Tanpa Anak (The Dyad Family) yaitu keluarga dengan suami dan istri (tanpa anak) yang hidup Bersama dalam satu rumah.

2) The Childless Family yaitu keluarga tanpa anak dikarenakan terlambat menikah dan untuk mendapatkan anak terlambat waktunya disebabkan mengejar karir/pendidikan yang terjadi pada wanita.

3) Keluarga Adopsi yaitu keluarga yang mengambil tanggung jawab secara sah dari orang tua kandung ke keluarga yang menginginkan anak.

b. Keluarga Besar (The Extended Family) yaitu keluarga yang terdiri dari tiga generasi yang hidup bersama dalam satu rumah, contohnya seperti nuclear family disertai paman, tante, kakek dan nenek.

c. Keluarga Orang Tua Tunggal (The Single-Parent Family) yaitu keluarga yang terdiri dari satu orang tua (ayah atau ibu) dengan anak. Hal ini biasanya terjadi karena perceraian, kematian atau karena ditinggalkan (menyalahi hukum pernikahan).

d. Commuter Family yaitu kedua orang tua (suami-istri) bekerja di kota yang berbeda, tetapi salah satu kota tersebut sebagai tempat tinggal dan yang bekerja di luar kota bisa berkumpul dengan anggota keluarga pada saat akhir minggu, bulan atau pada waktu-waktu tertentu.

- e. Multigeneration Family yaitu keluarga dengan beberapa generasi atau kelompok umur yang tinggal bersama dalam satu rumah.
 - f. Kin-Network Family yaitu beberapa keluarga inti yang tinggal dalam satu rumah atau berdekatan dan saling menggunakan barang-barang dan pelayanan yang sama. Contohnya seperti kamar mandi, dapur, televisi dan lain-lain.
 - g. Keluarga Campuran (Blended Family) yaitu duda atau janda (karena perceraian) yang menikah kembali dan membesarkan anak dari hasil perkawinan atau dari perkawinan sebelumnya.
 - h. Dewasa Lajang yang Tinggal Sendiri (The Single Adult Living Alone), yaitu keluarga yang terdiri dari orang dewasa yang hidup sendiri karena pilihannya atau perpisahan (separasi), seperti perceraian atau ditinggal mati.
 - i. Foster Family yaitu pelayanan untuk suatu keluarga dimana anak ditempatkan di rumah terpisah dari orang tua aslinya jika orang tua dinyatakan tidak merawat anak-anak mereka dengan baik. Anak tersebut akan dikembalikan kepada orang tuanya jika orang tuanya sudah mampu untuk merawat.
 - j. Keluarga Binuklir yaitu bentuk keluarga setelah cerai di mana anak menjadi anggota dari suatu sistem yang terdiri dari dua rumah tangga inti.
2. Keluarga Non-tradisional
- a. The Unmarried Teenage Mother yaitu keluarga yang terdiri dari orang tua (terutama ibu) dengan anak dari hubungan tanpa nikah.
 - b. The Step Parent Family yaitu keluarga dengan orang tua tiri.
 - c. Commune Family yaitu beberapa keluarga (dengan anak) yang tidak ada hubungan saudara yang hidup bersama dalam satu rumah, sumber, dan fasilitas yang sama, pengalaman yang sama; serta sosialisasi anak melalui aktivitas kelompok/membesarkan anak bersama.

- d. Keluarga Kumpul Kebo Heteroseksual (The Nonmarital Heterosexual Cohabiting Family), keluarga yang hidup Bersama berganti-ganti pasangan tanpa melakukan pernikahan.
- e. Gay and Lesbian Families, yaitu seseorang yang mempunyai persamaan seks hidup bersama sebagaimana ‘marital partners’.
- f. Cohabiting Family yaitu orang dewasa yang tinggal bersama diluar hubungan perkawinan melainkan dengan alasan tertentu.
- g. Group-Marriage Family, yaitu beberapa orang dewasa yang menggunakan alat-alat rumah tangga bersama yang saling merasa menikah satu dengan lainnya, berbagi sesuatu termasuk seksual dan membesarkan anak.
- h. Group Network Family, keluarga inti yang dibatasi aturan/nilai-nilai, hidup berdekatan satu sama lain, dan saling menggunakan alat-alat rumah tangga bersama, pelayanan, dan bertanggung jawab membesarkan anaknya.
- i. Foster Family, keluarga menerima anak yang tidak ada hubungan keluarga/saudara di dalam waktu sementara, pada saat orang tua anak tersebut perlu mendapatkan bantuan untuk menyatukan kembali keluarga aslinya.
- j. Homeless Family, yaitu keluarga yang terbentuk dan tidak mempunyai perlindungan yang permanen karena krisis personal yang dihubungkan dengan keadaan ekonomi dan atau masalah kesehatan mental.
- k. Gang, bentuk keluarga yang destruktif dari orang-orang muda yang mencari ikatan emosional dan keluarga mempunyai perhatian, tetapi berkembang dalam kekerasan dan kriminal dalam kehidupannya.

2.1.3 Struktur Keluarga

Beberapa ahli meletakkan struktur pada bentuk/tipe keluarga, namun ada juga yang menggambarkan subsistem-subsistemnya sebagai dimensi struktural. Struktur keluarga menurut Friedman (2009) dalam Nadirawati (2019) sebagai berikut :

1. Pola dan Proses Komunikasi

Komunikasi keluarga merupakan suatu proses simbolik, transaksional untuk menciptakan mengungkapkan pengertian dalam keluarga.

2. Struktur Kekuatan

Struktur keluarga dapat diperluas dan dipersempit tergantung pada kemampuan keluarga untuk merespon stressor yang ada dalam keluarga. Struktur kekuatan keluarga merupakan kemampuan (potensial/aktual) dari individu untuk mengontrol atau memengaruhi perilaku anggota keluarga. Beberapa macam struktur keluarga:

- a. Legimate power/authority (hak untuk mengontrol) seperti orang tua terhadap anak.
- b. Referent power (seseorang yang ditiru) dalam hal ini orang tua adalah seseorang yang dapat ditiru oleh anak.
- c. Resource or expert power (pendapat, ahli, dan lain).
- d. Reward power (pengaruh kekuatan karena adanya harapan yang akan diterima).
- e. Coercive power (pengaruh yang dipaksa sesuai dengan keinginannya).
- f. Informational power (pengaruh yang dilalui melalui pesuasi)
- g. Affective power (pengaruh yang diberikan melalui manipulasi cinta kasih, misalnya hubungan seksual). Sedangkan sifat struktural di dalam keluarga sebagai berikut:
 - 1) Struktur egilasi (demokrasi), yaitu dimana masing-masing anggota keluarga memiliki hak yang sama dalam menyampaikan pendapat.
 - 2) Struktur yang hangat, menerima, dan toleransi.

- 3) Struktur yang terbuka dan anggota yang terbuka (honesty dan authenticity), struktur keluarga ini mendorong kejujuran dan kebenaran.
 - 4) Struktur yang kaku, yaitu suka melawan dan bergantung pada peraturan.
 - 5) Struktur yang bebas (permissiveness), pada struktur ini tidak adanya peraturan yang memaksa.
 - 6) Struktur yang kasar (abuse); penyiksaan, kejam dan kasar.
 - 7) Suasana emosi yang dingin; isolasi dan sukar berteman.
 - 8) Disorganisasi keluarga; disfungsi individu, stres emosional.
3. Struktur Peran

Peran biasanya meyangkut posisi dan posisi mengidentifikasi status atau tempat sementara dalam suatu sistem sosial tertentu.

a. Peran-peran formal dalam keluarga

Peran formal dalam keluarga adalah posisi formal pada keluarga, seperti ayah, ibu dan anak. Setiap anggota keluarga memiliki peran masing-masing. Ayah sebagai pemimpin keluarga memiliki peran sebagai pencari nafkah, pendidik, pelindung, pemberi rasa aman bagi seluruh anggota keluarga, dan sebagai anggota Masyarakat atau kelompok sosial tertentu. Ibu berperan sebagai pengurus rumah tangga, pengasuh dan pendidik anak, pelindung keluarga, sebagai pencari nafkah tambahan keluarga, serta sebagai anggota masyarakat atau kelompok sosial tertentu. Sedangkan anak berperan sebagai pelaku psikososial sesuai dengan perkembangan fisik, mental, sosial dan spiritual.

b. Peran Informal keluarga

Peran informal atau peran tertutup biasanya bersifat implisit, tidak tampak ke permukaan, dan dimainkan untuk memenuhi kebutuhan emosional atau untuk menjaga keseimbangan keluarga.

4. Struktur Nilai

Sistem nilai dalam keluarga sangat memengaruhi nilai-nilai masyarakat. Nilai keluarga akan membentuk pola dan tingkah laku dalam menghadapi masalah yang dialami keluarga. Nilai keluarga ini akan menentukan bagaimana keluarga menghadapi masalah Kesehatan dan stressor-stressor lain.

2.1.4 Fungsi Keluarga

Fungsi keluarga menurut Friedman (2003) dalam Nadirawati (2019) sebagai berikut:

1. Fungsi afektif dan koping; dimana keluarga memberikan kenyamanan emosional anggota, membantu anggota dalam membentuk identitas, dan mempertahankan saat terjadi stres.
2. Fungsi sosialisasi; keluarga sebagai guru, menanamkan kepercayaan, nilai, sikap, dan mekanisme koping, memberikan feedback dan saran dalam penyelesaian masalah.
3. Fungsi reproduksi; dimana keluarga melanjutkan garis keturunannya dengan melahirkan anak.
4. Fungsi ekonomi; keluarga memberikan finansial untuk anggota keluarga dan kepentingan di masyarakat.
5. Fungsi pemeliharaan kesehatan; keluarga memberikan keamanan dan kenyamanan lingkungan yang dibutuhkan untuk pertumbuhan, perkembangan dan istirahat juga penyembuhan dari sakit.

2.1.5 Tahap Perkembangan Keluarga

Salah satu teori perkembangan keluarga adalah keluarga berkembang dari waktu-kewaktu dengan pola secara umum dan dapat diprediksi. Paradigma siklus kehidupan ialah menggunakan tingkat usia, tingkat sekolah dan anak paling tua sebagai tonggak untuk interval siklus kehidupan (Duvall dan Miller, 1987 dalam Zakaria, 2019)

1. Tahap I Keluarga pemula (Keluarga baru menikah - hamil).
2. Tahap II Keluarga mengasuh anak (anak tertua bayi - umur 30 bulan).

3. Tahap III Keluarga dengan anak usia pra sekolah (anak tertua berusia 2 - 6 tahun).
4. Tahap IV Keluarga dengan anak usia sekolah (anak tertua berusia 6 – 13 tahun).
5. Tahap V Keluarga dengan anak usia remaja (anak tertua berusia 13 – 20 tahun).
6. Tahap VI Keluarga melepas anak usia dewasa muda (mencakup anak pertama sampai dengan anak terakhir meninggalkan rumah).
7. Tahap VII Orang tua usia pertengahan (tanpa jabatan, pension).
8. Tahap VIII Keluarga dalam masa pension dan lansia (hingga pasangan meninggal dunia).

2.2 Landasan Teori Stroke

2.2.1 Definisi

Stroke adalah gangguan neurologis yang ditandai oleh adanya defisit neurologis yang juga berhubungan dengan cedera fokal akut pada sistem saraf pusat atau SSP. Ini terjadi karena masalah vaskular, termasuk perdarahan subarachnoid, perdarahan intraserebral, dan infark serebral, yang merupakan penyebab utama kematian dan kecacatan di seluruh dunia (Puspitasari, 2020).

Penderita stroke mengalami sumbatan pada suplai darah ke otak, yang disebabkan oleh pembentukan gumpalan darah. Hal ini mengakibatkan gangguan pasokan nutrisi dan oksigen ke otak, yang pada akhirnya menyebabkan kerusakan pada jaringan otak. Selain itu, stroke juga dapat disebabkan oleh gangguan fungsi syaraf otak akibat terganggunya daerah fokal yang disebabkan oleh gangguan peredaran darah ke otak. Terdapat dua jenis stroke, yaitu stroke hemoragik, yang terjadi karena pecahnya aneurisma pada otak dan tengkorak, serta stroke iskemik, yang disebabkan oleh penyempitan atau penyumbatan pembuluh darah akibat penumpukan plak atau lemak, mengakibatkan suplai

darah ke otak berkurang dan terjadi iskemia pada jaringan otak (Puspitasari, 2020).

Kerusakan otak atau defisit neurologis yang disebabkan stroke dapat bersifat permanen bahkan dapat berdampak pada kematian jika penanganan stroke diberikan lebih dari rentang waktu 3 - 4,5 jam (golden hours), oleh karena itu diperlukan kecepatan dan ketepatan dalam penanganan dan perawatan pasien stroke (Mohtar, 2019).

Tahun demi tahun, kasus penyakit stroke terus meningkat, mencapai tingkat 70% pada tahun 2022, dengan tingkat kematian akibat stroke mencapai 43% dan kemungkinan terjadinya kecacatan akibat penyakit ini mencapai 143%. Perbandingan kemungkinan terkena penyakit stroke pada usia di atas 25 tahun adalah satu banding empat. Saat ini, sekitar 12,2 juta orang terkena stroke setiap tahunnya, dengan lebih dari 16% kasus terjadi pada usia 15-49 tahun dan lebih dari 62% kasus terjadi pada usia di bawah 70 tahun (Feigin dkk, 2022).

2.2.2 Anatomi dan Fisiologi

Stroke Iskemik:

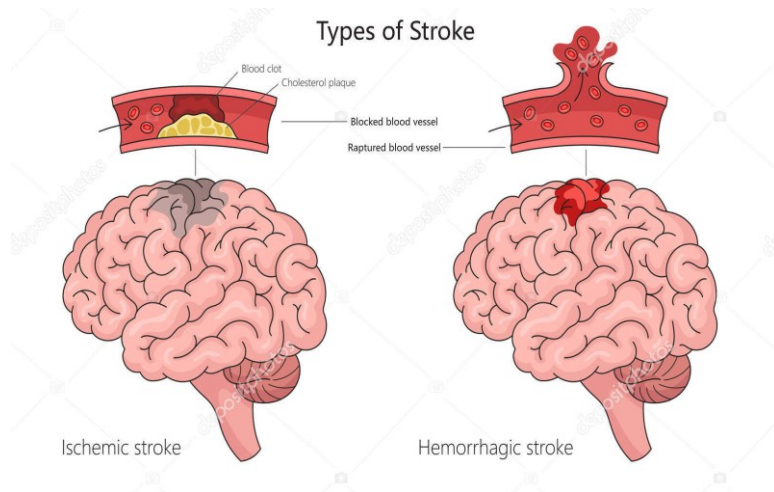
- a. **Mekanisme:** Terjadi ketika aliran darah ke area tertentu di otak terhambat akibat penyumbatan arteri serebral. Penyumbatan ini dapat disebabkan oleh trombus (bekuan darah yang terbentuk di pembuluh darah otak) atau embolus (bekuan darah atau partikel lain yang terbawa aliran darah dari bagian tubuh lain dan menyumbat pembuluh darah otak).
- b. **Dampak:** Pengurangan atau penghentian aliran darah ini menyebabkan penurunan suplai oksigen dan nutrisi ke jaringan otak, yang dapat mengakibatkan kerusakan atau kematian sel-sel otak.

Stroke Hemoragik:

- a. **Mekanisme:** Terjadi ketika pembuluh darah di otak pecah, menyebabkan perdarahan ke dalam jaringan otak atau ruang

di sekitarnya. Pecahnya pembuluh darah ini dapat disebabkan oleh hipertensi (tekanan darah tinggi), aneurisma (pelebaran abnormal dinding pembuluh darah), atau malformasi arteriovena.

- b. Dampak: Perdarahan ini meningkatkan tekanan di dalam tengkorak dan merusak jaringan otak, yang dapat mengganggu fungsi neurologis dan menyebabkan kerusakan permanen. Pemahaman mengenai anatomi dan fisiologi stroke penting untuk diagnosis dan penanganan yang tepat, serta untuk pengembangan strategi pencegahan yang efektif.



Gambar 2.1 Stroke Iskemik dan Hemoragik

2.2.2 Klasifikasi

Stroke disebabkan oleh gangguan pembuluh darah otak yang mengakibatkan deficit neurologis. Klasifikasi stroke ada 2 yaitu :

1. stroke hemoragik

Stroke hemoragik terjadi Ketika pembuluh darah pecah dan membuat aliran darah menurun ke otak sehingga menyebabkan kerusakan di otak.

2. Stroke iskemik

Stroke iskemik terjadi karena adanya arteriosklerotik atau bekuan darah pada pembuluh darah yang menyebabkan penurunan aliran darah ke otak (Malkis,2022).

2.2.3 Etiologi

Faktor-faktor yang berperan dalam penyebab penyakit stroke dapat dibagi menjadi dua kategori, yaitu faktor risiko yang dapat dimodifikasi dan yang tidak dapat dimodifikasi. Faktor yang dapat dimodifikasi melibatkan gaya hidup dan pola makan, seperti konsumsi alkohol, gaya hidup tidak sehat, hipertensi, diabetes melitus, hiperkolesterol, kurangnya aktivitas fisik, paparan polusi berlebihan, kurangnya berolahraga, konsumsi makanan junk food, kebiasaan merokok, obesitas, dan penggunaan kontrasepsi oral. Sementara itu, faktor yang tidak dapat dimodifikasi meliputi riwayat keluarga, etnis atau ras, jenis kelamin, dan usia (Rachmawati dkk, 2022).

2.2.4 Patofisiologi

Patofisiologi stroke tergantung pada jenis stroke yang terjadi, baik itu stroke iskemik atau stroke hemoragik. Berikut ini adalah penjelasan singkat mengenai patofisiologi masing-masing jenis stroke:

a. Stroke Iskemik

1. Trombotik:

Stroke trombotik terjadi ketika terbentuknya bekuan darah atau plak aterosklerotik di dalam arteri otak. Plak ini dapat mengurangi atau menghalangi aliran darah ke daerah otak tertentu, menyebabkan iskemia atau kekurangan oksigen dan nutrisi di area tersebut. Akibatnya, sel-sel otak dapat mengalami kerusakan dan kematian jika suplai darah tidak dipulihkan dalam waktu singkat.

2. Emboli:

Stroke emboli terjadi ketika bekuan darah atau material lain seperti lemak atau jaringan tumor terbawa oleh aliran darah dari bagian tubuh lain (misalnya jantung) dan menyumbat arteri otak yang lebih kecil. Emboli ini dapat menyebabkan

obstruksi mendadak dan menyebabkan iskemia di area yang distal (lebih jauh) dari lokasi emboli tersebut.

b. Stroke Hemoragik

1) Intracerebral Hemorrhage:

Stroke hemoragik intraserebral terjadi ketika pembuluh darah di otak pecah, biasanya disebabkan oleh tekanan darah tinggi atau pelebaran pembuluh darah (aneurisma). Perdarahan ini mengakibatkan darah membanjiri jaringan otak, menekan jaringan otak sekitarnya, dan menyebabkan kerusakan langsung pada sel-sel otak. Selain itu, darah yang bocor dapat mengiritasi jaringan otak dan menyebabkan peradangan lokal yang memperburuk kerusakan.

2) Subarachnoid Hemorrhage:

Stroke hemoragik subarachnoid terjadi ketika pembuluh darah di permukaan otak pecah dan menyebabkan darah mengalir ke ruang subarachnoid, yang mengelilingi otak dan berisi cairan serebrospinal. Darah yang masuk ke dalam ruang subarachnoid dapat menyebabkan tekanan yang tinggi pada otak, mengiritasi jaringan otak, dan mengganggu aliran normal cairan serebrospinal.

c. Umum untuk Semua Jenis Stroke

a) Iskemia dan Neuron Injury :

Iskemia (kurangnya aliran darah) adalah ciri utama dari semua jenis stroke. Kurangnya suplai oksigen dan nutrisi menyebabkan kerusakan pada neuron (sel-sel saraf) di area yang terkena.

b) Inflamasi dan Apoptosis :

Proses inflamasi lokal dan kematian sel-sel otak (apoptosis) sering terjadi setelah stroke, baik sebagai akibat langsung dari kurangnya oksigen (hipoksia) maupun karena respons imun tubuh terhadap kerusakan jaringan.

c) Edema dan Tekanan Intrakranial:

Pada stroke berat, terjadi penumpukan cairan (edema) di otak yang dapat menyebabkan peningkatan tekanan intrakranial. Hal ini dapat mengancam fungsi otak dan memerlukan tindakan medis segera.

2.2.5 Komplikasi

Komplikasi stroke adalah masalah kesehatan tambahan yang sering kali timbul setelah seseorang mengalami serangan stroke. Komplikasi ini bisa muncul dalam beberapa hari atau minggu setelah stroke dan mempengaruhi proses pemulihan serta kualitas hidup pasien. Berikut beberapa komplikasi umum yang dapat terjadi setelah stroke:

1. Kegagalan Pernapasan: Stroke yang parah atau stroke pada batang otak dapat mempengaruhi kemampuan otak untuk mengontrol pernapasan. Ini bisa menyebabkan kesulitan bernapas atau kegagalan pernapasan yang memerlukan bantuan ventilasi.
2. Masalah Pencernaan: Stroke dapat menyebabkan gangguan pada sistem pencernaan, termasuk disfagia (kesulitan menelan), yang dapat meningkatkan risiko aspirasi makanan atau cairan ke paru-paru. Hal ini juga dapat mengganggu proses makan dan minum, serta menyebabkan penurunan asupan nutrisi.
3. Infeksi: Pasien stroke sering berisiko tinggi mengalami infeksi, terutama infeksi saluran kemih (ISK) atau pneumonia. Posisi imobilisasi atau gangguan menelan (disfagia) dapat meningkatkan risiko ini.
4. Tromboemboli: Pasca stroke, risiko terbentuknya bekuan darah (tromboemboli) dapat meningkat, terutama pada pasien yang mengalami stroke iskemik. Ini bisa

menyebabkan risiko stroke berulang atau serangan jantung.

5. Spasme Pembuluh Darah: Pada beberapa kasus, arteri di sekitar area yang terkena stroke dapat mengalami spasme, menyebabkan penurunan aliran darah ke otak yang masih sehat.
6. Masalah Kardiovaskular: Stroke dapat mempengaruhi fungsi jantung dan pembuluh darah secara keseluruhan, meningkatkan risiko hipertensi, aritmia (gangguan irama jantung), atau gagal jantung.
7. Kerusakan Otak Lanjutan: Setelah stroke, kerusakan otak yang terjadi bisa menyebabkan komplikasi jangka panjang seperti gangguan kognitif, gangguan sensorik, atau gangguan motorik yang permanen.
8. Depresi dan Masalah Mental: Banyak pasien stroke mengalami perubahan emosional dan mental, termasuk depresi, kecemasan, atau kesulitan beradaptasi dengan perubahan kondisi fisik mereka.
9. Kemandulan dan Masalah Seksual: Stroke dapat mempengaruhi fungsi seksual dan reproduksi, baik melalui gangguan hormonal, gangguan sensorik atau motorik, atau dampak psikologis dari kondisi tersebut.
10. Masalah Pergerakan dan Kemandulan: Stroke dapat mempengaruhi kemampuan seseorang untuk bergerak, berbicara, dan melakukan aktivitas sehari-hari.

2.2.6 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang stroke bertujuan untuk mendukung diagnosis, menilai jenis dan lokasi stroke, serta membantu dalam perencanaan pengelolaan dan pengobatan. Berikut ini adalah beberapa pemeriksaan penunjang yang umum dilakukan dalam evaluasi pasien dengan gejala stroke:

1. Tomografi Komputer (CT Scan) Otak:

CT scan otak dilakukan untuk membedakan antara stroke iskemik dan hemoragik.

- Stroke iskemik biasanya terlihat sebagai area hipodens (gelap) pada gambar CT karena kekurangan aliran darah.
- Stroke hemoragik akan tampak sebagai area hiperdens (terang) karena adanya perdarahan di otak.

2. Magnetic Resonance Imaging (MRI) Otak:

MRI otak memberikan gambaran yang lebih rinci dan sensitif dibandingkan CT scan, terutama untuk mendeteksi stroke iskemik awal atau stroke di daerah-daerah kecil. MRI juga membantu memvisualisasikan area yang terkena dan mengidentifikasi penyebab stroke seperti tumor atau malformasi vaskular.

3. Angiografi Otak:

Angiografi otak dilakukan untuk mengevaluasi pembuluh darah di otak dan mengidentifikasi adanya penyumbatan atau aneurisma yang dapat menjadi penyebab stroke. Teknik konvensional menggunakan kontras atau teknik non-invasif seperti angiografi CT atau MRI juga bisa digunakan.

4. Elektrokardiogram (EKG):

EKG membantu dalam menilai aktivitas listrik jantung, mengidentifikasi aritmia seperti fibrilasi atrium yang dapat meningkatkan risiko stroke embolik. Ini penting untuk menilai potensi sumber emboli dari jantung.

5. Ultrasonografi Doppler Pembuluh Darah:

Digunakan untuk mengevaluasi aliran darah di pembuluh darah leher dan kepala untuk mendeteksi penyempitan atau oklusi (sumbatan). Bisa membantu

dalam menentukan sumber emboli atau stenosis yang mungkin menyebabkan stroke.

6. Pemeriksaan Laboratorium:

Tes darah rutin, termasuk pemantauan elektrolit, fungsi ginjal, dan fungsi hati, dilakukan untuk mengevaluasi faktor risiko seperti hipertensi, diabetes, hiperlipidemia, dan infeksi yang dapat mempengaruhi kondisi pasien dan prognosinya.

7. Pemeriksaan Fungsional dan Neurologis:

Evaluasi neurologis lengkap dilakukan untuk menilai gejala dan tingkat kerusakan neurologis yang terkait dengan stroke. Skala seperti National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) digunakan untuk menilai keparahan stroke dan membantu dalam perencanaan perawatan.

Pemeriksaan penunjang ini penting untuk memastikan diagnosis yang akurat dan tepat, serta untuk merencanakan pengobatan yang sesuai dengan kondisi pasien. Setiap pemeriksaan dapat memberikan informasi tambahan yang penting bagi tim medis dalam menangani pasien stroke secara efektif (Pinzon, 2020).

2.2.7 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan stroke tergantung pada jenis stroke yang terjadi (iskemik atau hemoragik) dan faktor-faktor spesifik lainnya seperti waktu timbulnya gejala, tingkat keparahan, dan kondisi medis pasien. Tujuan utama dari penatalaksanaan stroke adalah untuk memulihkan aliran darah ke otak secepat mungkin, meminimalkan kerusakan otak, mencegah komplikasi, dan mendukung proses pemulihan. Berikut adalah langkah-langkah umum dalam penatalaksanaan stroke:

1. Penanganan Darurat dan Stabilisasi

- Evaluasi dan Diagnosis Cepat: Penting untuk segera memeriksa dan mendiagnosis stroke menggunakan skala seperti NIH Stroke Scale (NIHSS) untuk menilai keparahan gejala.
- Perawatan di Unit Stroke atau Unit Gawat Darurat: Pasien stroke sering membutuhkan perawatan di unit khusus dengan monitor dan perawatan intensif.
- Tindakan Darurat untuk Stroke Iskemik: Jika stroke iskemik, pemberian trombolisis intravena dengan agen trombolitik seperti alteplase (tPA) dapat direkomendasikan dalam waktu yang sangat terbatas setelah onset gejala, biasanya dalam 4,5 jam pertama.
- Penanganan Stroke Hemoragik: Fokus pada kontrol tekanan darah, manajemen perdarahan, dan upaya untuk mengurangi kerusakan jaringan otak lebih lanjut.

2. Manajemen Medis Pasca-Akut

- Perawatan di Unit Stroke atau Stroke Care Unit: Kontinuasi perawatan intensif untuk memantau perkembangan pasien, mengelola komplikasi seperti disfagia atau kejang, dan mencegah infeksi.
- Manajemen Tekanan Darah: Kontrol tekanan darah untuk mencegah komplikasi tambahan dan meminimalkan risiko stroke berulang.
- Manajemen Disfagia: Evaluasi dan manajemen disfagia untuk mencegah aspirasi dan pneumonia.
- Terapi Oksigen dan Monitoring: Pemantauan oksigenasi, pengelolaan hipoksia, dan ventilasi jika diperlukan.

- Pengobatan Pencegahan Tromboemboli: Pemberian antikoagulan atau antiplatelet untuk mencegah pembentukan bekuan darah baru.
- Manajemen Nutrisi dan Hidrasi: Asupan nutrisi dan cairan yang adekuat untuk mendukung pemulihan otak dan tubuh secara keseluruhan.

3. Rehabilitasi dan Perawatan Jangka Panjang

- Rehabilitasi Awal: Mulai segera setelah stabilisasi medis untuk memulihkan fungsi motorik, sensorik, dan kognitif.
- Fisioterapi: Latihan untuk meningkatkan kekuatan otot, koordinasi, dan mobilitas.
- Terapi Okupasi: Melatih kegiatan sehari-hari dan keterampilan fungsional lainnya.
- Terapi Wicara dan Bahasa: Latihan untuk memperbaiki komunikasi dan disfagia.
- Dukungan Psikologis dan Sosial: Mendukung pasien dan keluarga dalam menangani perubahan fisik, emosional, dan sosial akibat stroke.
- Edukasi dan Pemantauan Jangka Panjang: Pendidikan tentang faktor risiko modifikasi dan tanda-tanda peringatan stroke berulang.

4. Pemulihan dan Pencegahan Kambuh

- Edukasi Pasien dan Keluarga: Tentang gejala stroke dan langkah-langkah pencegahan.
- Konsultasi dengan Tim Kesehatan: Perencanaan tindak lanjut dan pemantauan rutin untuk menilai kemajuan pemulihan dan memodifikasi rencana perawatan jika diperlukan.

Penatalaksanaan stroke adalah upaya tim medis yang terkoordinasi dan holistik, melibatkan berbagai disiplin ilmu medis dan rehabilitasi untuk

memaksimalkan proses pemulihan dan meningkatkan kualitas hidup pasien pasca stroke (Pinzon, 2020).

2.3 Asuhan Keperawatan Teori

2.3.1 Pengkajian

Asuhan keperawatan keluarga dilaksanakan dengan pendekatan proses keperawatan. Proses keperawatan terdiri atas lima langkah, yaitu pengkajian, perumusan diagnosa keperawatan, penyusunan perencanaan tindakan keperawatan, pelaksanaan tindakan keperawatan, dan melakukan evaluasi

Pengkajian keperawatan adalah suatu tindakan peninjauan situasi manusia untuk memperoleh data tentang klien dengan maksud menegaskan situasi penyakit, diagnosa klien, penetapan kekuatan, dan kebutuhan promosi kesehatan klien. Pengkajian keperawatan merupakan proses pengumpulan data. Pengumpulan data adalah pengumpulan informasi tentang klien yang dilakukan secara sistematis untuk menentukan masalah-masalah, serta kebutuhan-kebutuhan keperawatan, dan kesehatan klien. Pengumpulan informasi merupakan tahap awal dalam proses keperawatan. Dari informasi yang terkumpul, didapatkan data dasar tentang masalah-masalah yang dihadapi klien. Selanjutnya, data dasar tersebut digunakan untuk menentukan diagnosis keperawatan, merencanakan asuhan keperawatan, serta tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah-masalah klien (Kholifah & Widagdo, 2019).

Pengkajian menurut Friedman (2019) dalam asuhan keperawatan keluarga diantaranya adalah :

a. Data Umum

Data Umum yang perlu dikaji adalah Nama kepala keluarga, Usia, Pendidikan, Pekerjaan, Alamat, Daftar anggota keluarga.

b. Genogram

Dengan adanya genogram dapat diketahui faktor genetik atau factor bawaan yang sudah ada pada diri manusia.

c. Status Sosial Ekonomi

Status sosial ekonomi dapat dilihat dari pendapatan keluarga dan kebutuhan-kebutuhan yang dikeluarkan keluarga. Pada pengkajian status sosial ekonomi berpengaruh pada tingkat kesehatan seseorang. Dampak dari ketidakmampuan keluarga membuat seseorang enggan memeriksakan diri ke dokter dan fasilitas kesehatan lainnya.

d. Riwayat Kesehatan Keluarga

Riwayat kesehatan keluarga yang perlu dikaji adalah Riwayat masing-masing kesehatan keluarga (apakah mempunyai penyakit keturunan), Perhatian keluarga terhadap pencegahan penyakit, Sumber pelayanan kesehatan yang biasa digunakan keluarga dan Pengalaman terhadap pelayanan kesehatan.

e. Karakteristik Lingkungan

Karakteristik lingkungan yang perlu dikaji adalah Karakteristik rumah, Tetangga dan komunitas, Geografis keluarga, Sistem pendukung keluarga.

f. Fungsi keluarga

1. Fungsi Afektif

Hal yang perlu dikaji yaitu gambaran diri anggota keluarga, perasaan memiliki dan dimiliki dalam keluarga, dukungan keluarga terhadap anggota keluarga dan bagaimana anggota keluarga mengembangkan sikap saling mengerti. Semakin tinggi dukungan keluarga terhadap anggota keluarga yang sakit, semakin mempercepat kesembuhan dari penyakitnya. Fungsi ini merupakan basis sentral bagi pembentukan dan kelangsungan unit keluarga. Fungsi ini berhubungan dengan persepsi keluarga terhadap kebutuhan emosional para anggota keluarga. Apabila kebutuhan ini tidak terpenuhi akan mengakibatkan ketidakseimbangan keluarga dalam mengenal tanda-tanda gangguan kesehatan selanjutnya.

2. Fungsi keperawatan

- a. Untuk mengetahui kemampuan keluarga mengenal masalah kesehatan sejauh mana keluarga mengetahui fakta-fakta dari masalah kesehatan yang meliputi pengertian, faktor penyebab tanda dan gejala serta yang mempengaruhi keluarga terhadap masalah, kemampuan keluarga dapat mengenal masalah, tindakan yang dilakukan oleh keluarga akan sesuai dengan tindakan keperawatan, karena Hipertensi memerlukan perawatan yang khusus yaitu mengenai pengaturan makanan dan gaya hidup. Jadi disini keluarga perlu tau bagaimana cara pengaturan makanan yang benar serta gaya hidup yang baik untuk penderita Hipertensi.
 - b. Untuk mengetahui kemampuan keluarga mengambil keputusan mengenai tindakan kesehatan yang tepat. Yang perlu dikaji adalah bagaimana keluarga mengambil keputusan apabila anggota keluarga menderita Hipertensi.
 - c) Untuk mengetahui sejauh mana kemampuan keluarga merawat keluarga yang sakit. Yang perlu dikaji sejauh mana keluarga mengetahui keadaan penyakitnya dan cara merawat anggota keluarga yang sakit Hipertensi.
 - c. Untuk mengetahui sejauh mana kemampuan keluarga memelihara lingkungan rumah yang sehat. Yang perlu dikaji bagaimana keluarga mengetahui keuntungan atau manfaat pemeliharaan lingkungan kemampuan keluarga untuk memodifikasi lingkungan akan dapat mencegah kekambuhan dari pasien Hipertensi.
 - d. Untuk mengetahui sejauh mana kemampuan keluarga menggunakan fasilitas kesehatan yang mana akan mendukung kesehatan seseorang.
3. Fungsi social
- Pada kasus penderita Hipertensi yang sudah mengalami komplikasi stroke, dapat mengalami gangguan fungsi sosial baik di dalam keluarga maupun didalam komunitas sekitar keluarga.

4. Fungsi Reproduksi

Pada penderita Hipertensi perlu dikaji riwayat kehamilan (untuk mengetahui adanya tanda-tanda Hipertensi saat hamil).

5. Fungsi Ekonomi

Status ekonomi keluarga sangat mendukung terhadap kesembuhan penyakit. Biasanya karena faktor ekonomi rendah individu segan untuk mencari pertolongan dokter ataupun petugas kesehatan lainnya.

6. Stres dan Koping Keluarga

Stres dan koping keluarga yang perlu dikaji adalah Stresor yang dimiliki, Kemampuan keluarga berespons terhadap stresor, Strategi koping yang digunakan, Strategi adaptasi disfungsional.

7. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan Fisik meliputi:

1) Keadaan Umum :

- a. Kaji tingkat kesadaran (GCS) : kesadaran bisa compos mentis sampai mengalami penurunan kesadaran, kehilangan sensasi, susunan saraf dikaji (I-XII), gangguan penglihatan, gangguan ingatan, tonus otot menurun dan kehilangan reflek tonus, BB biasanya mengalami penurunan.
- b. Mengkaji tanda-tanda vital Tanda-tanda vital biasanya melebihi batas normal.

2) Sistem Penginderaan (sistem penglihatan)

Pada kasus Hipertensi, terdapat gangguan penglihatan seperti penglihatan menurun, buta total, kehilangan daya lihat sebagian (kebutaan monokuler), penglihatan ganda, (diplopia)/gangguan yang lain. Ukuran reaksi pupil tidak sama, kesulitan untuk melihat objek, warna dan wajah yang pernah dikenali dengan baik

3) Sistem Penciuman

Terdapat gangguan pada sistem penciuman, terdapat hambatan jalan nafas.

4) Sistem Pernafasan

Adanya batuk atau hambatan jalan nafas, suara nafas tredengar ronki (aspirasi sekresi).

5) Sistem Kardiovaskular

Nadi, frekuensi dapat bervariasi (karena ketidakstabilan fungsi jantung atau kondisi jantung), perubahan EKG, adanya penyakit jantung miocard infark, rematik atau penyakit jantung vaskuler.

6) Sistem Pencernaan

Ketidakmampuan menelan, mengunyah, tidak mampu memenuhi kebutuhan nutrisi sendiri.

7) Sistem Urinaria

Terdapat perubahan sistem berkemih seperti inkontinensia.

8) Sistem Persyarafan

- Nervus I Olfaktori (penciuman)
- Nervus II Optic (penglihatan)
- Nervus III Okulomotor (gerak ekstraokuler mata, konstriksi dilatasi pupil)
- Nervus IV Trokhlear (gerak bola mata ke atas ke bawah)
- Nervus V Trigeminal (sensori kulit wajah, penggerak otot rahang)
- Nervus VI Abdusen (gerak bola mata menyamping)
- Nervus VII Fasial (ekspresi fasial dan pengecapan)
- Nervus VIII Auditori (pendengaran)
- Nervus IX Glosvaringeal (gangguan pengecapan, kemampuan menelan gerak lidah)
- Nervus X Vagus (sensasi faring, gerakan pita suara)
- Nervus XI Asesori (gerakan kepala dan bahu)
- Nervus XII Hipoglosal (posisi lidah)

9) Sistem Musculoskeletal

Kaji kekuatan dan gangguan tonus otot, pada klien Hipertensi didapat klien merasa kesulitan untuk melakukan aktivitas karena kelemahan, kesemutan atau kebas.

10) Sistem integumen

Keadaan turgor kulit, ada tidaknya lesi, oedem, distribusi rambut.

8. Harapan Keluarga

Perlu dikaji bagaimana harapan keluarga terhadap perawat (petugas kesehatan) untuk membantu penyelesaian masalah kesehatan yang terjadi.

2.3.2 Diagnosa Keperawatan Keluarga

Diagnosa keperawatan keluarga disusun berdasarkan hasil pengkajian yang dilakukan oleh perawat dengan menganalisis komponen pengkajian yang memiliki masalah. Diagnosa keperawatan keluarga dapat bersifat actual, risiko maupun sejahtera yang bertujuan untuk mengatasi masalah yang ada di keluarga tersebut. Penulisan diagnosa keperawatan keluarga adalah tunggal tanpa menuliskan etiologi dari masalah tersebut. Daftar diagnosis keperawatan keluarga menggunakan SDKI. Beberapa contoh diagnosa keperawatan keluarga yang diambil dari SDKI yaitu:

1.1.4 Gangguan rasa nyaman (D.0074) berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah.

2.1.4 Defisit pengetahuan (D.0111) berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah.

3.1.4 Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054) berhubungan dengan penurunan kekuatan otot.

2.4 Penelitian Terkait

Pertama dalam jurnal Yuniati tentang Implementasi Asuhan Keperawatan Keluarga Penderita Stroke dengan Masalah kelkuatan otot melalui *Range Of Montion* tahun 2021, data pengkajian dilakukan dengan Analisa dan skoring untuk memprioritaskan masalah keperawatan keluarga berdasarkan sifat

masalah. Dan sesuai dengan skoring prioritas masalah ada 3 diagnosa yang di angkat oleh peneliti yaitu Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan otot , kedua kurangnya pengetahuan keluarga berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah Kesehatan, dan yang ketiga resiko jatuh berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan rumah sehat. Kemudian intervensi yang diberikan oleh peneliti yaitu dengan ROM dan berjalan, dan edukasi Kesehatan, dan untuk evaluasi hasilnya ROM sangat efektif diberikan karena klien menunjukkan peningkatan kemampuan otot ekstremitas dengan skor 1 menjadi 4 dan 3 secara berturut.

Jurnal yang kedua mengenai Asuhan Keperawatan Keluarga pada Ny.E dengan focus intervensi pemberian terapi ROM pada penderita Stroke di desa Depok kecamatan Toroh Kabupaten Grobogan tahun 2023, pengkajian yang dilakukan dengan menggunakan metode wawancara dan untuk diagnose yang di ambil oleh peneliti dalam jurnal yaitu gangguan mobilitas fisik, manajemen Kesehatan keluarga tidak efektif dan Kesiapan Peningkatan Koping Keluarga. Dan kesulitan yang di alami oleh peneliti selama melakukan intervensi yaitu cara pengucapan klien yang kurang jelas/pello akibat dari stroke dan untuk pengucapan klien dibantu oleh keluarga. Dan hasil dari pemberian ROM sangat efektif karena pasien mengalami peningkatan kekuatan otot.

Ketiga jurnal dari sasongko mengenai Penerapan *Range Of Motion* (ROM) Pada Asuhan Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik Pasien Stroke Hemoragik tahun 2023. Pengkajian yang dilakukan dengan wawancara dan observasi, untuk diagnosa yang diangkat oleh penulis yaitu gangguan mobilitas fisik saja, dan intervensi yang diberikan yaitu ROM , dan hasil pengimplementasian ROM pada pasien dalam jurnal sangat bermanfaat dalam meningkatkan kekuatan otot karena klien mengalami peningkatan kekuatan otot.

Keempat dalam jurnal Wijayanti Asuhan Keperawatan Keluarga pada Kasus *Post Stroke* dengan Masalah Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik di Desa Bluluk Kabupaten Lamongan tahun 2021, pengkajian yang dilakukan oleh penulis dengan menggunakan metode wawancara untuk menggumpulkan data, dan diagnosa yang diangkat ada 6 yaitu defisit pengetahuan, ansietas,

perawatan diri, kerusakan komunikasi verbal dan resiko kerusakan integritas kulit. Hasil dari Pemberian ROM memperlihatkan ada perkembangan sedikit dalam kekuatan otot klien.

Kelima dalam jurnal Nada Asuhan Keperawatan Keluarga dengan Anggota Keluarga Mengalami Gangguan Mobilitas Fisik Pasca Stroke di Masa Pandemi Covid-19 di Desa Sooko Kecamatan Sooko Kabupaten Mojokerto Tahun 2022. Dalam pengkajian menggunakan metode wawancara dan observasi untuk mengumpulkan data, dan diagnosa yang diangkat hanya satu yaitu gangguan mobilitas fisik dengan intervensi yang diberikan yaitu ROM sesuai dengan kebutuhan klien dan hasil dari pemberian ROM yaitu ada peningkatan kekuatan otot dan keluarga klien bisa mengerti tentang edukasi yang diberikan.

BAB III

GAMBARAN KASUS

3.1 Pengkajian

Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan teknik wawancara kepada klien dan keluarga klien serta juga observasi dan pemeriksaan fisik yang dilaksanakan pada tanggal 30 Mei 2024 pukul 09.30 WITA dengan hasil pengkajian yang didapat adalah sebagai berikut: Identitas klien maupun keluarga, klien dengan nama inisial Ny. G.I Umur 51 Tahun, Jenis Kelamin Perempuan, Agama Kristen, suku Minahasa, Pekerjaan IRT, Pendidikan Terakhir SMP, Alamat desa Waleo Dua Jaga 3 Kecamatan Kema Kabupaten Minahasa Utara.

Pada tahap pengkajian dilakukan pengkajian secara menyeluruh dengan menggunakan pengkajian Kesehatan Keluarga yang dikaji dan di observasi pada klien baik sebelum sakit maupun sejak sakit. Pengkajian pola Kesehatan yang dilakukan yaitu sebagai berikut:

Pertama: Kajian lingkungan fisik dalam hal ini pemukiman. Disini dikaji tentang tempat tinggal dari status kepemilikan rumah, luas rumah, terdapat ventilasi yang baik atau tidak, pencahayaan, kebersihan rumah dan halaman serta apakah terdapat vector pembawa penyakit atau tidak. Dari hasil pengkajian rumah milik sendiri, luas rumah 40 m² berlantai tegel dengan bangunan beton, terdapat jendela dan ventilasi dengan pencahayaan yang baik. Rumah dalam keadaan bersih dan tidak ada vector pembawa penyakit.

Kedua: Kajian tentang sumber air yaitu dari mana sumber air didapat, warna airnya, apakah air yang diminum dimasak atau tidak serta kebersihan tempat penampungan air. Hasil kajian sumber air berasal dari air PAM desa, air tampak jernih dan untuk air minum, airnya dimasak. Untuk penampungan air di tong air. Ketiga: Kajian mengenai pembuangan sampah. Sampah rumah tangga dibuang dimana, sampah kaleng atau botol bagaimana pengelolaannya. Dari hasil kajian keluarga tidak mempunyai lobang sampah tetapi sampah dikumpul dibelakang rumah kemudian dibakar.

Keempat: Kajian mengenai pembuangan air tinja, apakah mempunyai toilet dan bagaimana kebersihannya. Dari hasil yang didapat keluarga mempunyai

toilet sendiri dan toilet dalam keadaan bersih. Kelima: Kajian mengenai air limbah. Disini dikaji bagaimana cara pembuangan air limbah, dan dari hasil yang didapat keluarga mempunyai selokan untuk pembuangan air limbah. (di gabung saja kalau pendek paragrafnya)

Untuk pengkajian mengenai ekonomi, disini dikaji mengenai pendapatan keluarga perbulan, apakah ada dana yang dialokasi untuk pemeliharaan kesehatan. Dari hasil kajian diperoleh data bahwa keluarga berpenghasilan rata - rata setiap bulan >Rp 500. 000,00 dan tidak ada dana yang dialokasikan. Untuk pengkajian transportasi, di sini ditanyakan sarana transportasi umum apakah yang ada didesa Waleo Dua, keadaan jalan seperti apa, bila mau ke puskesmas menggunakan apa. Dari hasil yang didapat, didesa tersebut terdapat kendaraan umum dan ojek. Untuk transportasi bila mau kepuskesmas menggunakan ojek atau motor. Untuk keadaan jalan bisa dilalui mobil sepanjang musim.

Dalam pengkajian mengenai pelayanan kesehatan dan pelayanan sosial, disini dikaji mengenai informasi kesehatan didapat dari mana, jenis pelayanan kesehatan yang paling membantu keluarga dalam mengatasi masalah kesehatan, bagaimana tanggapan mengenai petugas kesehatan, apakah pernah di kunjungi puskesmas, serta apakah keluarga menjadi penerima BPJS. Saat dikaji didapat bahwa informasi tentang kesehatan didapatkan melalui kegiatan posyandu di desa waleo dua, untuk pemeriksaan kesehatan didesa hanya dilakukan 1 bulan sekali dan tidak ada kunjungan ke rumah Masyarakat yang berhalangan untuk datang ke posyandu. Untuk jaminan kesehatan keluarga memiliki BPJS.

Dalam pengkajian komunikasi, sarana komunikasi yang digunakan oleh keluarga yaitu handphone, TV dan juga pengumuman dari desa. Untuk pengkajian kesehatan bayi dan balita, masalah anak dan remaja, masalah maternal dan KB, hasil yang didapat keluarga tidak memiliki bayi, balita maupun remaja dan juga tidak terdapat ibu hamil, menyusui .

Pengkajian masalah penyakit dalam satu tahun terakhir yang diderita keluarga, hasil yang didapat pada keluhan utama klien mengatakan nyeri pada sendi tangan dan kaki yang sering dirasakan sudah hampir 1 bulan dan nyeri

dirasakan hilang timbul sehingga hal ini mengakibatkan pasien kadang sulit untuk melakukan aktivitas dan juga kadang sulit tidur. Ny G.I jarang minum obat serta klien sekarang sudah jarang memeriksakan diri ke petugas Kesehatan, klien mengatakan sempat pernah melakukan terapi di rumah sakit akan tetapi karena tidak ada perubahan klien mengatakan sudah Lelah karena harus bolak bali ke rumah sakit yang jaraknya lumayan jauh dan untuk transportasi juga sangat sulit. Riwayat keluarga klien, klien dan anaknya mengatakan tidak ada anggota keluarganya yang memiliki penyakit seperti dirinya. Klien juga mengatakan sulit untuk melakukan aktivitas dikarenakan anggota gerak bagian tangan sebelah kanan sudah tidak bisa di Gerakan sehingga mempersulit klien dalam melakukan aktivitas dan klien juga mengatakan merasa malu karena keadaannya sekarang.

Observasi keadaan umum, pasien tampak sakit sedang, dengan tingkat kesadaran compos mentis, TD : 120/90 mmHg, N : 79 x/menit, R : 20 x/menit, nilai GCS: E4V5M6, hasil pemeriksaan hanya nyeri hilang timbul pada tangan dan kaki bila digerakkan, anggota gerak bagian atas tangan kanan tidak bisa di gerakan.

3.2 Klasifikasi dan Analisa Data

Data Subjektif: klien mengatakan Ny G.I sering merasakan nyeri pada sendi tangan dan kaki, Klien mengatakan tangan bagian kanan sudah tidak bisa di gerakan, Ny G.I mengatakan tidak tahu cara mengatasi nyeri yang dirasakan, Ny G.I mengatakan tidak bisa tidur jika terasa nyeri pada sendi tangan dan kaki, Ny G.I mengatakan tidak mengetahui penyebab dari masalah kesehatan yang dialami. Ny G.I mengatakan tidak mengetahui gejala dan tanda dari masalah kesehatan yang dialami. Ny G.I mengatakan tidak mengetahui komplikasi dari masalah kesehatan yang dialami. Ny G.I mengatakan tidak ada makanan pantangan, semua jenis makanan dimakan klien.

Sedangkan untuk Data Objektif: Klien tampak memegang tangan, Klien tampak sedikit meringis, kesadaran compos mentis, GCS 15, klien tampak bingung, klien banyak bertanya – tanya, tampak tangan klien tidak bisa untuk digerakkan. Dari data tersebut diangkat masalah keperawatan yaitu gangguan

rasa nyaman nyeri (D.0074) berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan, Defisit pengetahuan (D.0111) berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah dan Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054) berhubungan dengan Penurunan Kekuatan Otot

3.3 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang diangkat pada kasus ini ada 3 yaitu yang pertama gangguan rasa nyaman nyeri (D.0074) berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan yang ditandai dengan DS: Ny G.I mengatakan sering merasakan nyeri pada sendi tangan dan kaki, Ny G.I mengatakan tidak tahu cara mengatasi nyeri yang dirasakan, Ny G.I mengatakan tidak bisa tidur jika terasa nyeri pada sendi tangan dan kaki . DO: Klien tampak memegang tangan,, Kesadaran compos mentis, GCS 15.

Kedua yaitu Defisit pengetahuan (D.0111) berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah ditandai dengan DS: Ny G.I mengatakan tidak mengetahui penyebab dari masalah kesehatan yang dialami, Ny G.I mengatakan tidak mengetahui gejala dan tanda dari masalah kesehatan yang dialami, Ny G.I mengatakan tidak mengetahui komplikasi dari masalah kesehatan yang dialami, Ny G.I mengatakan tidak ada makanan pantangan, semua jenis makanan dimakan klien. DO: Klien tampak bingung, Klien banyak bertanya- tanya, Kesadaran : Compos Mentis, GCS : 15.

Ketiga yaitu Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054) berhubungan dengan penurunan kekuatan otot ditandai dengan DS: Ny G.I mengatakan anggota gerak bagian atas tangan kanan sudah tidak bisa di gerakan lagi dengan skala kekuatan otot (0) klien tidak mampu menggerakan otot, Kaki bagian kanan bisa di angkat tetapi tidak dapat melawan gravitasi dengan skala (2) klien tidak dapat sepenuhnya menggerakan bagian tubuh melawan gravitasi. Klien tampak tidak bisa menggerakan tangan bagian kanan, tampak kaki klien bagian kanan sulit untuk di gerakan, klien tampak berjalan menggunakan alat bantu jalan yaitu tongkat.

3.4 Intervensi Keperawatan

Pada tanggal 03 Juni 2024 disusunnya intervensi keperawatan untuk ketiga diagnosa keperawatan yang telah diangkat diatas sehingga masing-masing dari diagnosa tersebut memiliki tujuan dan kriteria hasil dari intervensi yang akan diberikan kepada pasien, dengan uraian sebagai berikut.

Pertama gangguan rasa nyaman nyeri (D.0074) berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan. **Tujuan umum** : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun (L.08066) dan **tujuan khusus**: Setelah dilakukan tindakan keperawatan keluarga mampu mengenal masalah. **Kriteria Hasil** : Keluhan tidak nyaman menurun, Keluhan sulit tidur menurun. **Intervensi keperawatan** : **Edukasi Manajemen Nyeri (I.1239)**. **Observasi** : Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi **Teraupetik** : Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan, Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan, Berikan kesempatan bertanya. **Edukasi** : Jelaskan penyebab, periode, dan strategi meredakan nyeri, Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri, Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat, Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri.

Dari hasil pembahasan teori terdapat persamaan dalam menurunkan rasa nyaman nyeri dengan memberikan sama-sama Teknik relaksasi Tarik napas dalam kepada klien. Tetapi terdapat kesenjangan pada hasilnya yaitu dalam teori Tarik napas dalam tidak terlalu efektif dalam menurunkan rasa nyaman nyeri akan tetapi hasil intervensi yang saya berikan Tarik napas dalam sangat efektif menurunkan gangguan rasa nyaman nyeri yang klien rasakan.

Kedua defisit pengetahuan (D.0111) berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah. **Tujuan umum** : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat pengetahuan keluarga meningkat (L.12111) dan **tujuan khusus** : Setelah dilakukan tindakan

keperawatan keluarga mampu mengenal masalah. **Kriteria hasil** : Perilaku sesuai anjuran meningkat, Kemampuan menjelaskan pengetahuan suatu topik meningkat, Pertanyaan tentang masalah yang di hadapi menurun, Persepsi keliru terhadap masalah menurun. **Intervensi keperawatan: Edukasi Proses Penyakit (I.12444). Observasi** : Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi. **Teraupetik** : Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan, Berikan kesempatan bertanya. **Edukasi** : Jelaskan penyebab dan faktor resiko penyakit, Jelaskan proses patofisiologi timbulnya penyakit, Jelaskan tanda dan gejala yang ditimbulkan penyakit, Jelaskan kemungkinan terjadinya komplikasi, Informasikan kondisi klien saat ini.

Ketiga Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054) berhubungan dengan penurunan kekuatan otot. **Tujuan Umum** : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan mobilitas fisik meningkat (L.05042). **Kriteria Hasil** : Pergerakan ekstremitas meningkat, Kekuatan otot meningkat, Rentang Gerak (ROM) meningkat. **Intervensi Keperawatan : Dukungan Ambulasi (I.06171). Observasi** : Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi. **Terapeutik** : Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (tongkat), Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik, jika perlu, Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi. **Edukasi** : Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi, Anjurkan melakukan ambulasi dini.

Dari hasil pembahasan teori terdapat persamaan yang signifikan yaitu keduanya sama-sama memberikan intervensi dengan penerapan *Range Of Motion* yang sangat efektif diberikan kepada klien dengan stroke untuk melatih kekuatan otot yang sudah buruk. Dan dengan hasil diberikannya intervensi ROM terdapat perkembangan pada kekuatan otot klien.

3.5 IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Pelaksanaan tindakan keperawatan sesuai dengan kondisi klien dan melihat pada tindakan keperawatan yang sudah direncanakan pada intervensi. Tindakan dilakukan selama 3 hari perawatan mulai tanggal Juni 2024 dengan uraian tindakan yang telah dilaksanakan sebagai berikut: **Diagnosa gangguan rasa nyaman nyeri (D.0074)** berhubungan dengan

ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan. Pada tanggal 03 Juni 2024. Hari pertama pemberian asuhan keperawatan dimulai pada jam 09.30 , **Edukasi Manajemen Nyeri (I.1239)** : Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, Menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan, Menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan, Memberikan kesempatan bertanya, Menjelaskan penyebab, periode, dan strategi meredakan nyeri, Mengajarkan memonitor nyeri secara mandiri, Mengajarkan menggunakan analgetik secara tepat, Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. **Evaluasi** : DS : Klien mengatakan bersedia menerima materi yang disampaikan, Klien mengatakan belum pernah mendapatkan edukasi seperti ini. DO : Klien kooperatif, Klien tampak bingung., Klien banyak bertanya- tanya.

Pada tanggal 04 Juni 2023. Hari kedua pemberian asuhan keperawatan dimulai pada jam 10.00 **Edukasi Manajemen Nyeri (I.1239)** : Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, Menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan, Menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan, Memberikan kesempatan bertanya, Menjelaskan penyebab, periode, dan strategi meredakan nyeri, Mengajarkan memonitor nyeri secara mandiri, Mengajarkan menggunakan analgetik secara tepat, Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. **Evaluasi** : DS : Klien mengatakan paham tentang obat untuk nyeri, Klien mengatakan belum paham penyebab nyeri, Klien mengatakan belum paham strategi meredakan nyeri, Klien mengatakan belum paham cara memonitor nyeri, Klien mengatakan belum paham teknik relaksasi nafas dalam. DO : Klien aktif bertanya, Klien bisa menjelaskan kembali apa yang dijelaskan oleh mahasiswa.

Pada tanggal 05 Juni 2024. Hari ketiga pemberian asuhan keperawatan dimulai pada jam 10.00 **Edukasi Manajemen Nyeri (I.1239)** Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, Menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan, Memberikan kesempatan bertanya ,Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri **Evaluasi** : DS : Klien mengatakan paham dengan

teknik relaksasi napas dalam, Klien mengatakan paham tentang nyeri dan bagaimana mengurangi rasa nyeri. DO : Klien dapat melakukan teknik relaksasi napas dalam, Klien terlihat mampu menerapkan secara mandiri apa yang sudah dianjurkan oleh mahasiswa

Diagnosa defisit pengetahuan (D.0111) berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah. Pada tanggal 03 Juni 2023. Hari pertama pemberian asuhan keperawatan dimulai pada jam 09.30 **Edukasi Proses Penyakit(I.12444)** Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, Menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan, Memberikan kesempatan bertanya, Menjelaskan penyebab dan factor resiko penyakit, Menjelaskan proses patofisiologi timbulnya penyakit, Menjelaskan tanda dan gejala yang ditimbulkan penyakit, Menjelaskan kemungkinan terjadinya komplikasi, Menginformasikan kondisi klien saat ini. **Evaluasi** : DS : Klien bersedia menerima edukasi tentang stroke, Klien mengatakan sudah pernah mendapatkan edukasi tentang stroke tetapi sudah lupa. DO : Klien mendengarkan dengan kooperatif, Klien tampak bingung, Klien banyak bertanya- tanya.

Pada tanggal 04 Juni 2024. Hari kedua pemberian asuhan keperawatan dimulai pada jam 10.00 **Edukasi Proses Penyakit(I.12444)** Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, Menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan, Memberikan kesempatan bertanya, Menjelaskan penyebab dan factor resiko penyakit, Menjelaskan proses patofisiologi timbulnya penyakit, Menjelaskan tanda dan gejala yang ditimbulkan penyakit, Menjelaskan kemungkinan terjadinya komplikasi, Menginformasikan kondisi klien saat ini. **Evaluasi** DS : Klien mengatakan belum paham penyebab stroke, Klien mengatakan belum paham proses penyakit stroke, Klien belum paham tanda dan gejala stroke, Klien belum paham komplikasi dari stroke. DO : Klien mendengarkan dengan kooperatif, Klien tampak bingung.

Pada tanggal 05 Juni 2024. Hari ketiga pemberian asuhan keperawatan dimulai pada jam 10.00 **Edukasi Proses Penyakit(I.12444)** Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi,

Menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan, Memberikan kesempatan bertanya, Menjelaskan penyebab dan factor resiko penyakit, Menjelaskan proses patofisiologi timbulnya penyakit. **Evaluasi** : DS : Klien mengatakan paham penyebab stroke tanda dan gejala stroke, dan komplikasi dari stroke, Klien mengatakan paham proses penyakit stroke. DO : Klien mendengarkan dengan kooperatif, Klien dapat menyebutkan penyebab stroke, tanda dan gejala stroke, dan komplikasi dari stroke, Klien terlihat mampu menjelaskan edukasi yang telah di berikan mahasiswa

Diagnosa Gangguan mobilats fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot. Pada tanggal 03 juni 2024. Hari pertama pemberian asuhan keperawatan di mulai pada jam 09.30 **Dukungan Ambulasi** (I.06171) Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi, Mengfasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (tongkat), Mengfasilitasi melakukan mobilisasi fisik, jika perlu, Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi, Menjelaskan tujuan dan prosedur ambulasi, Menganjurkan melakukan ambulasi dini. **Evaluasi** DS : Klien mengatakan belum terlalu paham dengan edukasi yang diberikan, klien mengatakan saat melakukan ROM seluruh anggota geraknya sakit karena keterbatasan aktivitas. DO : Klien tampak mendengarkan penjelasan dengan kooperatif, Klien tampak mengikuti gerakan ROM yang diberikan.

Pada tanggal 04 juni 2024. Hari Kedua pemberian asuhan keperawatan di mulai pada jam 10.00 **Dukungan Ambulasi** (I.06171) Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi, Mengfasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (tongkat), Mengfasilitasi melakukan mobilisasi fisik, jika perlu, Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi, Menjelaskan tujuan dan prosedur ambulasi, Menganjurkan melakukan ambulasi dini. **Evaluasi** : DS : Klien mengatakan sudah paham dengan penjelasan tentang prosedur ambulasi, Klien mengatakan masih nyeri dan terbatas pergerakan saat melakukan ROM tetapi sudah bisa di gerakan walaupun hanya sedikit. DO : Klien dapat menjelaskan tentang ambulasi, Klien tampak mengikuti

gerakan ROM dan sudah mulai bisa melakukannya sendiri secara perlahan dan ada pergerakan sedikit.

Pada tanggal 05 juni 2024. Hari Ketiga pemberian asuhan keperawatan di mulai pada jam 10.00 **Dukungan Ambulasi** (I.06171) Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi, Mengfasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (tongkat), Mengfasilitasi melakukan mobilisasi fisik, jika perlu, Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi, Menjelaskan tujuan dan prosedur ambulasi, Menganjurkan melakukan ambulasi dini. **Evaluasi** : DS : Klien mengatakan sudah paham dengan penjelasan tentang prosedur ambulasi, Klien mengatakan sudah bisa melakukan ROM secara mandiri dengan dampingan keluarga dan sudah ada perkembangan walaupun sedikit. DO : Klien dapat menjelaskan kembali tentang ambulasi, Klien tampak sudah bisa melakukan ROM dengan baik secara perlahan, Tampak sudah ada perkembangan walaupun hanya sedikit.

3.6 EVALUASI KEPERAWATAN

Proses keperawatan yang terakhir adalah evaluasi. Evaluasi pemberian asuhan keperawatan keluarga pada pasien Ny G.I dengan diagnosa gangguan rasa nyaman nyeri (D.0074) berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan. evaluasi hari pertama : **S:** klien mengatakan belum paham mengenai penyebab nyeri, strategi meredakan nyeri dan cara memonitor nyeri. **O:** Klien tampak bingung, klien banyak bertanya - tanya. **A:** Masalah belum teratasi. **P:** Lanjutkan intervensi.

Evaluasi hari kedua. **S:** Klien mengatakan paham dengan penyebab nyeri, cara memonitor nyeri dan strategi meredakan nyeri. Klien mengatakan masih mempelajari teknik relaksasi nafas dalam yang diajarkan. **O:** Klien dapat menjelaskan apa penyebab nyeri. **A:** Masalah belum teratasi. **P:** Lanjutkan intervensi. Evaluasi hari ketiga **S:** Klien mengatakan paham dengan edukasi yang telah dipaparkan selama ini, klien mengatakan teknik relaksasi yang diajarkan cukup membantu mengurangi nyeri yang dirasakan. **O:** Klien tampak dapat menyebutkan kembali edukasi yang telah diberikan.

A: Masalah teratasi. **P:** Lanjutkan dihentikan.

Diagnosa defisit pengetahuan (D.0111) berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah. Evaluasi hari pertama. **S:** Klien mengatakan belum terlalu paham dengan edukasi yang diberikan. **O:** Klien tampak mendengarkan penjelasan dengan kooperatif. **A:** Masalah belum teratasi. **P:** Lanjutkan intervensi. Evaluasi hari kedua. **S:** Klien mengatakan belum terlalu paham dengan penjelasan tentang penyebab dan patofisiologi dari stroke, klien mengatakan paham dengan penjelasan tanda dan gejala serta komplikasi yang mungkin muncul. **O:** Klien dapat menjelaskan apa penyebab tanda dan gejala serta komplikasi stroke. **A:** Masalah belum teratasi. **P:** Lanjutkan intervensi.

Evaluasi hari ketiga **S:** Klien mengatakan paham dengan penyebab dan faktor resiko penyakit serta patofisiologi timbulnya penyakit. **O:** Klien tampak dapat menjelaskan factor penyebab dan factor resiko penyakit gout arthritis. **A:** Masalah teratasi. **P:** Lanjutkan dihentikan. Diagnosa Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054) berhubungan dengan penurunan kekuatan otot. Evaluasi hari pertama. **S:** Klien mengatakan belum terlalu paham dengan edukasi yang diberikan, klien mengatakan saat melakukan ROM seluruh anggota gerakanya sakit karena keterbatasan aktivitas **O:** Klien tampak mendengarkan penjelasan dengan kooperatif, klien tampak mengikuti gerakan ROM yang diberikan **A:** Masalah belum teratasi. **P:** Lanjutkan intervensi.

Evaluasi hari kedua. **S :** Klien mengatakan sudah paham dengan penjelasan tentang prosedur ambulasi Klien mengatakan masih nyeri dan terbatas pergerakan saat melakukan ROM **O :** Klien dapat menjelaskan tentang ambulasi Klien tampak mengikuti gerakan ROM dan sudah mulai bisa melakukannya sendiri secara perlahan **A:** Masalah belum teratasi. **P:** Lanjutkan intervensi. Evaluasi hari ketiga. **S:** Klien mengatakan sudah paham dengan penjelasan tentang prosedur ambulasi, Klien mengatakan sudah bisa melakukan ROM secara mandiri dengan dampingan keluarga dan sudah ada perkembangan walaupun sedikit. **O:** Klien dapat menjelaskan kembali tentang ambulasi, Klien tampak sudah bisa melakukan ROM dengan baik secara

perlahan, Tampak sudah ada perkembangan walaupun hanya sedikit. **A:** Masalah teratasi. **P:** Lanjutkan intervensi di rumah.

BAB IV

PEMBAHASAN

4.1 ANALISIS DAN DISKUSI HASIL

4.1.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan langkah awal yang paling penting dalam proses keperawatan, sebab tanpa adanya pengkajian yang tepat dan akurat maka tidak akan menghasilkan diagnosa keperawatan yang baik serta bisa menimbulkan kesalahan dalam melakukan tindakan. Pengkajian dapat memberikan hubungan yang baik yaitu hubungan teraupetik antara perawat dan klien. Dalam keperawatan keluarga dengan stroke pengkajian dilakukan dengan cara wawancara yang dilakukan oleh perawat pada klien yang menderita penyakit serta menggali atau mengetahui keadaan klien oleh perawat atau apa saja masalah yang dihadapi oleh keluarga maupun klien. Tujuannya adalah untuk mengetahui status kesehatan keluarga.

Berikut merupakan hasil analisis pengkajian asuhan keperawatan keluarga dengan stroke. Beberapa gejala umum yang sering muncul pada pasien stroke adalah sebagai berikut: Kesemutan atau kelemahan: Terutama pada salah satu sisi tubuh, seperti wajah, lengan, atau kaki. Kesulitan berbicara atau memahami pembicaraan: Pasien bisa mengalami kesulitan mengucapkan kata-kata atau mengerti apa yang dikatakan orang lain. Kehilangan keseimbangan atau koordinasi: Kesulitan untuk berjalan atau melakukan gerakan tertentu dengan lancar. Kebingungan: Pasien mungkin mengalami kebingungan mendadak, sulit memahami situasi atau waktu. Sakit kepala: Terkadang disertai dengan muntah atau perasaan tidak nyaman lainnya. Gangguan penglihatan: Seperti penglihatan ganda, kabur, atau kehilangan penglihatan sebagian. Pusing atau pingsan: Gejala ini bisa terjadi sebelum atau saat stroke terjadi. Kelumpuhan atau kelemahan: Terutama pada satu sisi tubuh, bisa terasa tiba-tiba atau bertahap. Gejala-gejala ini dapat muncul secara tiba-tiba dan sering kali memerlukan penanganan medis segera. Jika Anda atau seseorang yang Anda kenal mengalami gejala-gejala di atas, segeralah hubungi layanan darurat medis.

Hasil dari pembahasan pengkajian yang dilakukan pada Ny G.I sama dengan pengkajian yang dipaparkan dalam teori yaitu dengan mengkaji kekuatan otot klien

4.1.2 Diagnosa Keperawatan

Beberapa hal menarik juga ditemukan pada saat perumusan diagnosa keperawatan seperti diagnosa nyeri akut. Menurut standar diagnosa keperawatan Indonesia Manajemen nyeri adalah mengidentifikasi dan mengelola kealihan sensorik atau emosional yang menyakit pada rusak jaringan atau fungsional dengan onset tiba - tiba sehingga berat dan konstan. Yang paling dikeluhkan pada klien dengan stroke adalah nyeri sendi sehingga ini diangkat menjadi diagnosa utama. Nyeri termasuk dalam masalah aktual sehingga sangat perlu penanganan segera, karena masalah nyeri ini bila tidak segera ditangani secara cepat maka bisa menimbulkan masalah baru seperti ketidaknyamanan pola tidur, nutrisi dan lain sebagainya.

Selain nyeri akut (D.0077) beberapa diagnosa yang muncul pada asuhan keperawatan keluarga yaitu: gangguan rasa nyaman (D.0074) berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah, defisit pengetahuan (D.0111) berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah, manajemen kesehatan keluarga tidak efektif (D.0115) berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit, Ansietas (D.0080) berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah, Koping tidak efektif (D.0096) berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan dan Gangguan mobilitas fisik (D.0056) berhubungan dengan Penurunan kekuatan otot.

4.1.3 Intervensi Keperawatan

Semua hasil analisis pada tahap intervensi ini menunjukkan bahwa perencanaan tindakan keperawatan pada klien semua harus sesuai dengan masalah keperawatan yang dialami dan secepatnya perlu diatasi. Menurut Standar Intervensi Keperawatan Indonesia memiliki klasifikasi yang sama dengan Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia sehingga pada saat penyusunan intervensi keperawatan harus sesuai dengan diagnosa keperawatan.

Untuk diagnosa gangguan rasa nyaman nyeri diberikan intervensi : Edukasi Manajemen Nyeri (I.1239) Dari hasil pembahasan teori terdapat persamaan dalam menurunkan rasa nyaman nyeri dengan memberikan sama-sama Teknik relaksasi Tarik napas dalam kepada klien. Tetapi terdapat kesenjangan pada hasilnya yaitu dalam teori Tarik napas dalam tidak terlalu efektif dalam menurunkan rasa nyaman nyeri akan tetapi hasil intervensi yang saya berikan Tarik napas dalam sangat efektif menurunkan gangguan rasa nyaman nyeri yang klien rasakan.

Diagnosa Defisit pengetahuan (D.0111) diberikan intervensi Edukasi Proses Penyakit (I.12444), Gangguan mobilitas fisik (D.0054) diberikan intervensi Dukungan mobilisasi (I.5173) Dari hasil pembahasan teori terdapat persamaan yang signifikan yaitu keduanya sama-sama memberikan intervensi dengan penerapan *Range Of Motion* yang sangat efektif diberikan kepada klien dengan stroke untuk melatih kekuatan otot yang sudah buruk. Dan dengan hasil diberikannya intervensi ROM terdapat perkembangan pada kekuatan otot klien.

Berdasarkan data diatas, penulis sudah menyusun intervensi sesuai dengan yang ditemui dalam SIKI dan SLKI, serta memilih intervensi mana saja yang dibutuhkan dalam pemberian asuhan keperawatan pada keluarga dengan stroke yang sesuai dengan keluhan dan kondisi pasien.

4.1.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah rencana tindakan yang dilakukan untuk mencapai tujuan dari kriteria hasil yang dibuat. Pada tahap pelaksanaan dilakukan setelah rencana tindakan disusun serta ditunjukkan kepada nursing order untuk membantu klien mencapai tujuan dan kriteria hasil yang dibuat sesuai dengan masalah yang klien hadapi (Cahyani, 2020). Implementasi merupakan suatu tindakan atau pelaksanaan dari sebuah rencana yang sudah disusun secara matang dan terperinci (Safira, 2020) Implementasi biasanya dilakukan setelah semua perencanaan dianggap siap.

Berdasarkan asuhan keperawatan yang telah dilakukan penulis, implementasi yang penulis berikan pada klien sudah mengacu pada intervensi yang telah ditetapkan. Implementasi dilakukan penulis selama tiga hari

dengan waktu kurang lebih satu jam. Diagnosa Gangguan Rasa Nyaman Nyeri (D.0074). Pada kasus ini, edukasi manajemen nyeri dilakukan secara bertahap selama tiga hari berturut-turut. Evaluasi dilakukan setiap hari untuk memastikan bahwa klien benar-benar memahami materi yang disampaikan dan mampu mengaplikasikannya dalam praktek sehari-hari. Pada akhirnya, klien berhasil memperoleh pemahaman yang cukup baik tentang manajemen nyeri, termasuk penggunaan obat, strategi meredakan nyeri, dan teknik nonfarmakologis seperti relaksasi napas dalam. Proses ini menunjukkan pentingnya pendekatan sistematis dalam memberikan asuhan keperawatan untuk mencapai tujuan perawatan yang optimal.

Diagnosa Defisit Pengetahuan (D.0111) Dalam kasus ini, edukasi dilakukan secara bertahap selama tiga hari untuk mengatasi defisit pengetahuan klien terkait stroke. Evaluasi harian dilakukan untuk mengevaluasi tingkat pemahaman klien dan menyesuaikan pendekatan edukasi sesuai dengan kebutuhannya. Pada akhirnya, klien berhasil memperoleh pemahaman yang lebih baik mengenai penyebab, proses, tanda dan gejala, serta komplikasi dari stroke. Proses ini menunjukkan pentingnya pendekatan sistematis dan kesabaran dalam memberikan edukasi kesehatan kepada klien dan keluarganya.

Dukungan Ambulasi (I.06171) pada kasus ini, pendekatan asuhan keperawatan bertujuan untuk meningkatkan mobilitas fisik klien yang terpengaruh oleh penurunan kekuatan otot. Melalui pendekatan yang sistematis dan bertahap selama tiga hari, klien berhasil memperoleh pemahaman yang lebih baik tentang prosedur ambulasi dan mampu mengimplementasikannya secara bertahap. Evaluasi harian membantu untuk menyesuaikan strategi intervensi sesuai dengan kebutuhan klien, serta memastikan bahwa tujuan perawatan tercapai dengan baik. Pendekatan ini menunjukkan pentingnya kontinuitas perawatan dan keterlibatan keluarga dalam mendukung pemulihan klien.

4.2.1 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi dalam keperawatan adalah kegiatan dalam menilai tindakan keperawatan yang telah ditentukan, untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan klien secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan (Sitanggang, 2018). Pada asuhan keperawatan yang dilakukan oleh Safira (2020) pada tahap evaluasi keperawatan ada dua masalah keperawatan yang teratasi sampai hari ketiga sesuai dengan kriteria hasil yang ingin dicapai.. Sedangkan berdasarkan hasil evaluasi asuhan keperawatan pada klien Ny G.I setelah tiga hari perawatan atau kunjungan selama 3 hari dengan waktu 1 jam tiap kali kunjungan kedua masalah keperawatan teratasi sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil yang ingin dicapai.

Berdasarkan hasil dari asuhan keperawatan yang telah dilakukan oleh penulis selama tiga hari perawatan atau kunjungan selama 3 hari, masalah keperawatan dapat teratasi sesuai dengan tujuan dari penulis, akan tetapi intervensi yang telah diberikan pada Ny G.I harus dilanjutkan secara mandiri oleh klien maupun keluarga agar dapat mempertahankan serta meningkatkan kesehatan Ny G.I. Evaluasi pemberian asuhan keperawatan keluarga pada pasien Ny G.I dengan diagnosa gangguan rasa nyaman nyeri (D.0074) berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan. evaluasi hari pertama : **S:** klien mengatakan belum paham mengenai penyebab nyeri, strategi meredakan nyeri dan cara memonitor nyeri. **O:** Klien tampak bingung, klien banyak bertanya - tanya. **A:** Masalah belum teratasi. **P:** Lanjutkan intervensi.

Evaluasi hari kedua. **S:** Klien mengatakan paham dengan penyebab nyeri, cara memonitor nyeri dan strategi meredakan nyeri. Klien mengatakan masih mempelajari teknik relaksasi nafas dalam yang diajarkan. **O:** Klien dapat menjelaskan apa penyebab nyeri. **A:** Masalah belum teratasi. **P:** Lanjutkan intervensi. Evaluasi hari ketiga **S:** Klien mengatakan paham dengan edukasi yang telah dipaparkan selama ini, klien mengatakan teknik relaksasi yang diajarkan cukup membantu mengurangi nyeri yang dirasakan. **O:** Klien tampak dapat menyebutkan kembali edukasi yang telah diberikan. **A:**

Masalah teratasi. **P:** Lanjutkan dihentikan. Dalam kasus ini, asuhan keperawatan yang diberikan berfokus pada edukasi dan manajemen nyeri pada pasien Ny G.I, dengan pendekatan yang dilakukan selama beberapa hari. Evaluasi harian menunjukkan progres dalam pemahaman klien terhadap strategi meredakan nyeri, terutama terkait dengan penggunaan teknik relaksasi nafas dalam. Meskipun pada hari kedua masih ada kebutuhan untuk lebih memahami teknik tersebut, pada akhirnya pada hari ketiga klien berhasil menunjukkan kemajuan yang memuaskan. Pendekatan ini menekankan pentingnya pendidikan yang berkelanjutan dan responsif terhadap kebutuhan klien serta evaluasi terus-menerus untuk memastikan bahwa tujuan asuhan tercapai. Melalui intervensi yang tepat, klien dapat merasa lebih nyaman dalam mengelola nyeri dan meningkatkan kualitas hidupnya secara keseluruhan.

Diagnosa defisit pengetahuan (D.0111) berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah. Evaluasi hari pertama. **S:** Klien mengatakan belum terlalu paham dengan edukasi yang diberikan. **O:** Klien tampak mendengarkan penjelasan dengan kooperatif. **A:** Masalah belum teratasi. **P:** Lanjutkan intervensi. Evaluasi hari kedua. **S:** Klien mengatakan belum terlalu paham dengan penjelasan tentang penyebab dan patofisiologi dari stroke, klien mengatakan paham dengan penjelasan tanda dan gejala serta komplikasi yang mungkin muncul. **O:** Klien dapat menjelaskan apa penyebab tanda dan gejala serta komplikasi stroke. **A:** Masalah belum teratasi. **P:** Lanjutkan intervensi. Evaluasi hari ketiga **S:** Klien mengatakan paham dengan penyebab dan faktor resiko penyakit serta patofisiologi timbulnya penyakit. **O:** Klien tampak dapat menjelaskan factor penyebab dan factor resiko penyakit gout arthritis. **A:** Masalah teratasi. **P:** Lanjutkan dihentikan.

Dalam kasus ini, asuhan keperawatan difokuskan pada edukasi dan peningkatan pengetahuan klien terkait dengan penyakit, khususnya stroke. Evaluasi harian menunjukkan adanya kemajuan dari hari ke hari dalam pemahaman klien terhadap materi edukasi yang diberikan. Meskipun pada awalnya terdapat kesulitan dalam memahami beberapa konsep, klien akhirnya

mampu menjelaskan kembali informasi yang telah dipelajari dengan baik. Pendekatan ini menekankan pentingnya pendidikan yang berkelanjutan dan adaptasi terhadap kebutuhan individual klien. Melalui intervensi yang tepat, klien dapat memperoleh pengetahuan yang diperlukan untuk mengelola kondisi kesehatannya secara lebih baik dan meminimalkan risiko komplikasi. Evaluasi yang terus-menerus merupakan kunci untuk memastikan bahwa tujuan asuhan keperawatan tercapai dengan efektif.

Diagnosa Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054) berhubungan dengan penurunan kekuatan otot. Evaluasi hari pertama. **S:** Klien mengatakan belum terlalu paham dengan edukasi yang diberikan, klien mengatakan saat melakukan ROM seluruh anggota gerakanya sakit karena keterbatasan aktivitas **O:** Klien tampak mendengarkan penjelasan dengan kooperatif, klien tampak mengikuti gerakan ROM yang diberikan **A:** Masalah belum teratasi. **P:** Lanjutkan intervensi. Evaluasi hari kedua. **S :** Klien mengatakan sudah paham dengan penjelasan tentang prosedur ambulasi Klien mengatakan masih nyeri dan terbatas pergerakan saat melakukan ROM **O :** Klien dapat menjelaskan tentang ambulasi Klien tampak mengikuti gerakan ROM dan sudah mulai bisa melakukannya sendiri secara perlahan **A:** Masalah belum teratasi. **P:** Lanjutkan intervensi. Evaluasi hari ketiga. **S:** Klien mengatakan sudah paham dengan penjelasan tentang prosedur ambulasi, Klien mengatakan sudah bisa melakukan ROM secara mandiri dengan dampingan keluarga dan sudah ada perkembangan walaupun sedikit. **O:** Klien dapat menjelaskan kembali tentang ambulasi, Klien tampak sudah bisa melakukan ROM dengan baik secara perlahan, Tampak sudah ada perkembangan walaupun hanya sedikit. **A:** Masalah teratasi. **P:** Lanjutkan intervensi di rumah.

Dalam kasus ini, evaluasi asuhan keperawatan menunjukkan perubahan dalam kondisi klien dari hari ke hari. Meskipun masih terdapat keterbatasan, terlihat adanya kemajuan dalam pemahaman klien terhadap prosedur ambulasi dan kemampuan dalam melakukan ROM. Pendekatan yang terstruktur dan terfokus pada manajemen nyeri serta peningkatan mobilitas sangat penting untuk mencapai tujuan perawatan. Pendidikan kepada keluarga

juga merupakan bagian penting dari rencana perawatan untuk memastikan kontinuitas perawatan di rumah dan untuk mendukung klien dalam proses pemulihan. Evaluasi yang terus-menerus memungkinkan tim perawatan untuk menyesuaikan intervensi sesuai dengan respons klien dan untuk mengoptimalkan hasil perawatan jangka panjang.

4.1 Keterbatasan Pelaksanaan

Keterbatasan dalam penelitian yang dilakukan oleh penulis yaitu terkait pelaksanaan intervensi hanya dapat dilaksanakan 3 hari dan hanya menggunakan waktu kurang lebih 1 jam oleh karena klien sering berpergian bersama anaknya sehingga tidak cukup waktu untuk bisa memberikan tindakan secara optimal. Namun penulis tetap bisa memberikan intervensi yang optimal kepada klien dan keluarga.

BAB V

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Klien Ny G.I Stroke. Pada pemberian asuhan keperawatan dilaksanakan berdasarkan proses keperawatan mulai dari pengkajian yang dilakukan dengan mengumpulkan data subjektif yang berasal dari klien dan keluarga serta data objektif yang diperoleh melalui hasil observasi dan pemeriksaan fisik. Setelah proses pengumpulan data selesai maka data yang ada diklasifikasikan berdasarkan masalah keperawatan dan selanjutnya dianalisis untuk penentuan diagnosa keperawatan. Pada klien Ny G.I ada tiga diagnosa keperawatan yang dirumuskan yaitu pertama diagnosa gangguan rasa nyaman nyeri (D.0074) berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan, kedua yaitu diagnosa defisit pengetahuan (D.0111) berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah dan ketiga gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot, dimana untuk mengatasi ketiga masalah tersebut dilakukan proses intervensi keperawatan untuk merencanakan tindakan yang akan dilaksanakan. Pelaksanaan tindakan keperawatan dilakukan selama 3 hari dengan waktu kurang lebih 1 jam setiap kali kunjungan yang memberikan hasil pada evaluasi yaitu setelah dilakukan perawatan selama 3 hari maka semua masalah keperawatan yang ditemukan teratasi sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil yang ditetapkan sebelumnya.

5.2 Saran

5.2.1 Untuk Keperawatan

Diharapkan meningkatkan pelaksanaan studi di bidang keperawatan keluarga, terutama pada pasien dengan stroke, sehingga asuhan keperawatan dapat lebih tepat sasaran dan tindakan yang diberikan lebih spesifik dalam menangani masalah perawatan pasien..

5.2.2 Untuk Puskesmas

Diharapkan, penelitian ini dapat memberikan kontribusi dalam peningkatan pengetahuan dan informasi bagi petugas kesehatan di puskesmas, sehingga mereka dapat menyampaikan edukasi kesehatan

kepada masyarakat, khususnya di Desa Waleo, mengenai hal-hal penting terkait penyakit stroke.

5.2.3 Untuk Penelitian

Untuk peneliti berikutnya, diharapkan untuk memperluas penelitian mengenai stroke dan meningkatkan kedalaman studi ini dengan mengumpulkan data primer langsung dari lokasi penelitian. Dengan demikian, penelitian ini dapat diperluas dan dikembangkan lebih baik lagi.

DAFTAR PUSTAKA

- Alfisah, V. M., Fitria, A., & Handoko, G. (2023). Hubungan Self Management Dan Lifestyle Dengan Kejadian Komplikasi Stroke Di Ruang Anggrek RSUD Dr. Haryoto Lumajang. *Jurnal Ilmu Kesehatan Mandira Cendikia*, 2(6), 48-57. <http://journal-mandiracendikia.com/index.php/JIK-MC/article/view/311>
- Alzahrani, S. H., Malik, A. A., Bashawri, J., Shaheen, S. A., Shaheen, M. M., Alsaib, A. A., Mubarak, M. A., Adam, Y. S., & Abdulwassi, H. K. (2019). Health-Promoting Lifestyle Profile and Associated Factors Among Medical Students in a Saudi University. *SAGE Open Medicine*, 7, 2050312119838426. <https://journal.ipm2kpe.or.id/index.php/JOTING/article/view/7161>
- Balqis, B., Sumardoyono, S., & Selfi Handayani. (2022). Hubungan Antara Prevalensi Hipertensi, Prevalensi DM Dengan Prevalensi Stroke di Indonesia (Analisa Data Riskesdas Dan Profil Kesehatan 2018). *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 10, 2356–3346. <http://repository.umkla.ac.id/id/eprint/3091>
- Cahyati, Y., Rosdiana, I., & Triguna, Y. (2022). Pemanfaatan Aplikasi "rawat stroke" dalam pencegahan dan penanganan stroke di kota Tasikmalaya. 4. <https://repository.poltekkes-kaltim.ac.id/2122/>
- Feigin, V. L., Brainin, M., Norrving, B., Martins, S., Sacco, R. L., Hacke, W., Fisher, M., Pandian, J., & Lindsay, P. (2022). World Stroke Organization (WSO): Global Stroke Fact Sheet 2022. *International Journal of Stroke*, 17(1), 18–29.
- Friedman, & Marylin, M. (2019). *Buku Ajar : Keperawatan Keluarga Riset, Teori & Praktik*. EGC.
- Kaban, P. L. R. A., Ginting, C. N., & Nasution, S. W. (2023). Analisis Biaya Perawatan
- Kemenkes RI (2019), *InfoDatin Stroke Dont Be The One* (Pusat Data Dan Informasi Kementerian Kesehatan RI) (pp. 1-6). <https://repository.poltekkes-kaltim.ac.id/2122/>
- Kemenkes. (2022). *Tingkatan Kualitas dan Layanan Stroke Lewat Transformasi Kesehatan*. Kementerian Kesehatan. <http://repository.umkla.ac.id/id/eprint/3091>

- Khariri, & Saraswati, R. D. (2021). Transisi Epidemiologi Stroke Sebagai Penyebab Kematian Pada Semua Kelompok Usia Di Indonesia. *Journal Kedokteran*, 2(1), 81–86.
<https://conference.upnvj.ac.id/index.php/sensorik/article/view/1001>
- Khariri, R., & Saraswati, R. D. (2021). Transisi Epidemiologi Stroke sebagai Penyebab Kematian pada Semua Kelompok Usia di Indonesia. <https://journal.ipm2kpe.or.id/index.php/JOTING/article/view/7161>
- Kuriakose, D., & Xiao, Z.(2020). *Pathophysiology and Treatment of Stroke: Present Status and Future Perspectives International Journal of Molecular Sciences*, 21(20), 7609.
<https://journal.ipm2kpe.or.id/index.php/JOTING/article/view/7161>
- Malkis, Y., & Kariasa, I. M. (2022). Penerapan Teori Roy Dalam Meningkatkan Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Iskemia Berulang. *Jurnal Endurance*, 7(1), 176-183.
<http://publikasi.ildikti10.id/index.php/endurance/article/view/826>
- Maria, I. (2021). Asuhan Keperawatan Diabetes Melitus dan Asuhan Keperawatan Stroke. Deepublish. <http://repository.umkla.ac.id/id/eprint/3091>
- Marko, S., Wylie, S., & Utter, J. (2023). Enablers and Barriers to Healthy Eating among Hospital Nurses: A Systematic Review. *International Journal of Nursing Studies*, 138,104412.
<https://journal.ipm2kpe.or.id/index.php/JOTING/article/view/7161>
- Mohtar, M. S. 2019. Hubungan durasi pertolongan dengan tingkat kerusakan neurologis pasien stroke di RSUD RS Ulin Banjarmasin. *Dinamika Kesehatan Jurnal Kebidanan dan Keperawatan*. Vol. 10 (1). Hal. 224-238.
<https://ojs.dinamikakesehatan.unism.ac.id/index.php/dksm/article/view/741>
- Nadirawati. 2018. Buku Ajar Asuhan Keperawatan Keluarga Teori dan Aplikasi Praktik. Bandung: PT Refika Aditama.
- Pasien Stroke di Rumah Sakit Royal Prima Tahun 2020. *Jurnal Keperawatan Silampari*, 6(2), 1644-1654.
<https://journal.ipm2kpe.or.id/index.php/JOTING/article/view/7161>
- Pinzon, R., & Asanti, L. (2020). *Awas stroke. Pengertian, Gejala, Tindakan, Perawatan dan Pencegahan. Andi.* <http://publikasi->

fk.ukdw.ac.id/Buku_Awas_Stroke_Dr_Pinzon.pdf

- Puspitasari, P. N. (2020). Hubungan Hipertensi Terhadap Kejadian Stroke. *Jurnal Ilmiah Kesehatan SandiHusada*, 12(2), 922–926. <https://doi.org/10.35816/jiskh.v12i2.435>
- Rachmawati, D., Marshela, C., & Sunarno, I. (2022). Perbedaan Faktor Resiko Penyebab Stroke Pada Lansia Dan Remaja. *Bali Medika Jurnal*, 9(3), 207–221. <https://doi.org/10.36376/bmj.v9i3.281>
- Renteng, S., & Simak, V. F. (2021). *Keperawatan Keluarga*. Tohar Media.
- Safitri, A. (2020). *Studi literatur: asuhan keperawatan keluarga penderita skizofrenia dengan gangguan konsep diri: harga diri rendah kronis* (Doctoral dissertation, Universitas Muhammadiyah Ponorogo). <http://eprints.umpo.ac.id/6103/>
- Srilestari. (2023). *Stroke*. Kementerian Kesehatan. https://yankes.kemkes.go.id/view_artikel/620/stroke
- Zakaria. 2017. *Asuhan Keperawatan Keluarga Pendekatan Teori dan Konsep*. Malang: International Research and Development for Human Beings.

LAMPIRAN

Lampiran 1. SAP Stroke

SATUAN ACARA PENYULUHAN

Topik Penyuluhan : Stroke
Waktu Penyuluhan : 20 menit
Partisipan : Keluarga Ny. G.I

A. Tujuan

1. Tujuan Instruksional Umum:

Setelah mendapatkan penyuluhan kesehatan, keluarga mampu mengerti dan mengetahui tentang penyakit Stroke

2. Tujuan Instruksional Khusus:

Setelah menerima penyuluhan kesehatan selama 20 menit, keluarga mampu:

- Mengetahui pengertian Stroke
- Mengetahui tentang penyebab dan faktor risiko Stroke
- Mengetahui tentang patofisiologi timbulnya Stroke
- Mengetahui tentang tanda dan gejala Stroke
- Mengetahui komplikasi Stroke

B. Kegiatan Penyuluhan :

Tahap Kegiatan	Kegiatan Penyuluhan	Kegiatan Keluarga	Waktu	Media dan Alat Penyuluhan
Pendahuluan	<ul style="list-style-type: none">- Memperkenalkan diri- Menjelaskan tujuan penyuluhan- Melakukan kontrak waktu- Menyebutkan materi penyuluhan yang akan	Menyambut salam, mendengarkan, memberi persetujuan	5 Menit	Leaflet

	diberikan			
Penyajian	<ul style="list-style-type: none"> - Menjelaskan tentang : - Pengertian gout arthritis - Penyebab dan faktor risiko Stroke - Patofisiologi timbulnya Stroke - Tanda dan gejala Stroke - Komplikasi Stroke 	Mendengarkan dan menyimak, mengikuti instruksi perawat	10 Menit	Leaflet
Penutupan	<ul style="list-style-type: none"> - Memberikan kesempatan kepada keluarga untuk bertanya - Kontrak waktu pertemuan selanjutnya - Salam penutup dan ucapan terima kasih 	Bertanya, mendengarkan jawaban, membalas salam penutup.	5 menit	-