

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA DENGAN STROKE  
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS LUBUK BUAYA  
KOTA PADANG**



**ANISA FAHIRA PASHA**

**NIM : 223110284**

**PRODI D 3 KEPERAWATAN PADANG**

**JURUSAN KEPERAWATAN**

**POLTEKKES KEMENKES PADANG**

**2025**

## **KARYA TULIS ILMIAH**

# **ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA DENGAN STROKE DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS LUBUK BUAYA KOTA PADANG**

Diajukan ke Program Studi Diploma III Keperawatan Padang  
Poltekkes Kemenkes Padang Sebagai Salah Satu Syarat  
Memperoleh Gelar Ahli Madya Keperawatan



**ANISA FAHIRA PASHA**

**NIM : 223110284**

**PRODI D 3 KEPERAWATAN PADANG  
JURUSAN KEPERAWATAN  
POLTEKKES KEMENKES PADANG  
2025**

## **PERSETUJUAN PEMBIMBING**



## **HALAMAN PENGESAHAN**



## HALAMAN PERNYATAAN ORISIONALITAS



## PERNYATAAN TIDAK PLAGIAT

PERNYATAAN TIDAK PLAGIAT	
Saya berjanji dengan jujur dan sebenar bahawa:	
Nama Pengarang	Yasser Yousaf Pathan
NIM	221111284
Tajuk Penyelidikan	Hukum - 217011002
Tarikh Skripsi	2022
Suruhanjaya	Dr. Mohd Khairul Aziz bin Salleh, M.A.
Penasihat Penyelidikan	Dr. Mohd Khairul Aziz bin Salleh, M.A.
Penilai Penyelidikan	Dr. Mohd Khairul Aziz bin Salleh, M.A.
Mengesahkan bahwa saya tidak melibatkan seseorang pengarang dalam penulisan skripsi ini dan bahawa ia bukan hasil kerjasama dengan seseorang pengarang lain.	
Apabila diluluskan dan diterima di institusi akademik, ia akan diberikan hak cipta bagi penulis.	
Dalam hal ini, saya perlu bertanggungjawab atas segala akibat yang mungkin timbul.	
Penyataan ini dibuat pada hari ini, <b>10 Jun 2022</b> .	
 Universiti Teknologi PETRONAS Negeri Sembilan, Malaysia	

## **KATA PENGANTAR**

Puji dan syukur peneliti ucapkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat – Nya, peneliti dapat menyelesaikan Penelitian ini. Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk meraih gelar Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi Diploma III Keperawatan Padang Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang. Karya Tulis Ilmiah ini terwujud atas bimbingan dan pengarahan dari Ibu Ns. Verra Widhi Astuti, M.Kep selaku pembimbing utama dan Bapak N.Rachmadanur,S.Kep,M.KM selaku pembimbing pendamping, serta bantuan dari berbagai pihak yang tidak bisa peneliti sebutkan satu persatu. Peneliti pada kesempatan ini menyampaikan ucapan terima kasih kepada:

1. Ibu Renidayati, S.Kp, M.Kep, Sp.Jiwa selaku Direktur Poltekkes Kemenkes Padang
2. Bapak Tasman, S.Kp., M.Kep., Sp.Kom selaku Ketua Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang
3. Ibu Ns. Yessi Fadriyanti, M.Kep selaku Ketua Prodi Diploma III Keperawatan Padang Poltekkes Kemenkes Padang
4. Ibu dr. Dessy M.Siddik selaku Kepala Puskesmas Lubuk Buaya Kota Padang
5. Ibu Ns. Lola Felnanda, M.Kep selaku pembimbing akademik
6. Para Ibu dan Bapak Dosen Jurusan Keperawatan yang telah memberikan ilmu serta bimbingannya
7. Teristimewa Kepada kedua orangtua yang telah memberikan dukungan baik berupa material dan moral
8. Sahabat saya Tarisa,Sarah,dan Fenda yang selalu mendukung peneliti
9. Rekan - rekan seperjuangan mahasiswa Poltekkes Kemenkes Padang Program Studi D-III Keperawatan Padang angkatan 2022.

Peneliti menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini masih terdapat kekurangan. Oleh sebab itu, peneliti mengharapkan tanggapan, kritikan, dan saran yang membangun

dari semua pihak untuk kesempurnaan Karya tulis Ilmiah ini. Akhir kata, peneliti berharap Allah SWT berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu.

Padang, 2025

Anisa Fahira Pasha

**POLITEKNIK KESEHATAN PADANG  
PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN PADANG**

**KARYA TULIS ILMIAH ,  
Anisa Fahira Pasha**

**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA DENGAN STROKE DI  
WILAYAH KERJA PUSKESMAS LUBUK BUAYA KOTA PADANG**

Isi: xiv + 144 halaman + 1 bagan + 5 Tabel + 12 Lampiran

**ABSTRAK**

Telah dilakukan upaya pencegahan stroke berupa Posbindu PTM oleh pemerintah, namun masyarakat enggan hadir dan kunjungan ke masyarakat yang masih kurang maksimal, sehingga stroke terus meningkat. Tujuan penelitian untuk menerapkan asuhan keperawatan keluarga pada pasien stroke di wilayah kerja Puskesmas Lubuk Buaya. Jenis penelitian kualitatif dengan desain deskriptif berbentuk studi kasus. Penelitian dilaksanakan di rumah Tn.B. Waktu penelitian Januari – Juni 2025 dan asuhan keperawatan dilakukan 12-23 Februari. Populasi penelitian 11 orang dengan stroke, dan 1 sampel menggunakan teknik *purposive sampling* dan *simple random sampling*. Instrumen format asuhan keperawatan keluarga, pengumpulan data meliputi, wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, dan studi dokumentasi. Data dianalisis dengan membandingkan hasil asuhan keperawatan berdasarkan teori. Hasil penelitian dalam pengkajian adalah klien sering mengonsumsi makanan bersantan, berlemak, tinggi garam, jarang makan buah dan sayur, tidak meminum obat, mengalami kelemahan pada tubuh, jari tangan kanan kaku, dan kekuatan otot menurun. Diagnosis yang ditemukan manajemen kesehatan keluarga tidak efektif, gangguan mobilitas fisik, dan ketidakpatuhan minum obat. Intervensi keperawatannya adalah edukasi proses penyakit, identifikasi risiko, dukungan dalam pengambilan keputusan, edukasi diet stroke, latihan fisik, latihan rentang gerak, manajemen lingkungan, dan edukasi fasilitas kesehatan. Implementasi yang dilakukan meliputi edukasi kesehatan mengenai stroke, gangguan mobilisasi, ketidakpatuhan, edukasi faktor risiko dan dampak (stroke, gangguan mobilisasi, ketidakpatuhan), diet stroke, latihan meremas kertas, latihan ROM, promosi program pengobatan, modifikasi lingkungan, dan pemanfaatan fasilitas kesehatan. Evaluasi menunjukkan bahwa keluarga mampu menerapkan perilaku sehat dalam perawatan stroke namun klien belum sepenuhnya patuh dalam minum obat. Disimpulkan bahwa klien dan keluarga sudah memahami stroke, gangguan mobilitas fisik, ketidakpatuhan, latihan meremas kertas dan ROM secara mandiri. Disarankan keluarga tetap memberikan dukungan pada klien untuk patuh minum obat serta menjaga pola hidup sehat.

**Kata Kunci : Stroke,Keluarga,Asuhan Keperawatan  
Daftar Pustaka : 59 (2010-2025)**

**PADANG HEALTH POLYTECHNIC**

## **D-III NURSING STUDY PROGRAM IN PADANG**

### **SCIENTIFIC PAPER.**

**Anisa Fahira Pasha**

### **FAMILY NURSING CARE WITH STROKE IN THE WORK AREA OF LUBUK BUAYA PUBLIC HEALTH CENTER IN PADANG CITY**

Contents: xiv + 144 pages + 1 chart + 5 Tables +12 Attachments

#### **ABSTRACT**

The prevalence of stroke patients continues to rise, making it a serious disease that can threaten life and cause disability. The aim of the study is to implement family nursing care for stroke patients in the working area of Lubuk Buaya Health Center. The type of research is qualitative with a descriptive case study design. The study was conducted from December 2024 to June 2025. The research population consisted of 11 people, and the sample included 1 person using simple random sampling technique. Data collection instruments included family nursing care formats, interviews, observations, physical examinations, and document studies. Data were analyzed by comparing the nursing care results based on theory and previous research. The assessment results indicate that the client often consumes coconut milk-based foods, fatty foods, high salt intake, rarely eats fruits and vegetables, does not take medication, experiences body weakness, stiffness in the right fingers, and decreased muscle strength. The identified issues are ineffective family health management, disruptions in physical mobility, and non-compliance with medication. The nursing interventions include education on the stroke disease process, risk identification, support in decision-making, education on stroke diet, physical exercise, range of motion exercises, environmental comfort management, and education on medication programs. The implementations carried out include health education on stroke, stroke diet, medication adherence, paper squeezing exercises, ROM exercises, environmental modifications, and utilization of health facilities. Evaluation shows that the family is able to implement healthy behaviors and stroke care, but the client has not fully complied with medication intake. It is concluded that the client and family understand stroke, physical mobility disruptions, non-compliance, paper squeezing exercises, and ROM independently, but still find it difficult to take medication. It is recommended that the client perform paper squeezing and ROM exercises twice a day, take medication regularly, and the family continues to support the client to adhere to medication and maintain a healthy lifestyle.

**Keywords:** Stroke, Family, Nursing Care

**Bibliography:** 59 (2010-2025)

## **DAFTAR RIWAYAT HIDUP**



Nama : Anisa Fahira Pasha

NIM : 223110284

Tempat/Tanggal Lahir : Padang / 5 Juli 2003

Jenis Kelamin : Perempuan

Agama : Islam

Status Perkawinan : Belum Menikah

### Orang Tua

Ayah : Herman Putra

Ibu : Yutriani

Alamat : Koto Pulai, Kec. Koto Tangah Kota Padang

### Riwayat Pendidikan

No	Jenis Pendidikan	Tempat Pendidikan	Tahun
1.	Taman Kanak-Kanak	TK Planet Kids	2009-2010
2.	Sekolah Dasar	SD Negeri 08 Air Dingin	2010-2016
3.	Sekolah Menengah Pertama	SMP Negeri 13 Padang	2016-2019
4.	Sekolah Menengah Atas	SMA Negeri 7 Padang	2019-2022
5.	D-III Keperawatan	Poltekkes Kemenkes Padang	2022-2025

## DAFTAR ISI

<b>KARYA TULIS ILMIAH.....</b>	<b>i</b>
<b>KARYA TULIS ILMIAH.....</b>	<b>i</b>
<b>PERSETUJUAN PEMBIMBING.....</b>	<b>ii</b>
<b>HALAMAN PENGESAHAN .....</b>	<b>iii</b>
<b>ABSTRAK .....</b>	<b>x</b>
<b>DAFTAR RIWAYAT HIDUP .....</b>	<b>xii</b>
<b>HALAMAN PERNYATAAN ORISIONALITAS .....</b>	<b>iv</b>
<b>PERNYATAAN TIDAK PLAGIAT .....</b>	<b>v</b>
<b>KATA PENGANTAR.....</b>	<b>viii</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>xii</b>
<b>DAFTAR TABEL.....</b>	<b>xvi</b>
<b>DAFTAR GAMBAR.....</b>	<b>xvii</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN .....</b>	<b>xviii</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah .....	7
C. Tujuan .....	7
D. Manfaat Penelitian .....	8
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b>	
A. Konsep Stroke .....	9
1. Definisi .....	9
2. Klasifikasi.....	9
3. Etiologi .....	12
4. Faktor Risiko .....	13
5. Manifestasi Klinis.....	16
6. Dampak Penyakit Stroke .....	18
7. Patofisiologi.....	21
8. WOC STROKE .....	26
9. Komplikasi Stroke .....	27
10. Pemeriksaan Penunjang.....	27

11. Penatalaksanaan.....	29
B. Konsep Keluarga.....	31
1. Definisi Keluarga.....	31
2. Tipe atau Bentuk Keluarga.....	31
3. Tahap perkembangan keluarga.....	33
4. Fungsi Keluarga.....	36
5. Peran Perawat Keluarga .....	38
C. Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga.....	40
1. Pengkajian .....	40
2. Diagnosis Keperawatan.....	51
3. Rencana Asuhan keperawatan.....	54
4. Implementasi Keperawatan.....	70
5. Evaluasi.....	70
6. Dokumentasi .....	71

### **BAB III METODE PENELITIAN**

A. Jenis dan Desain Penelitian.....	76
B. Tempat dan Waktu Penelitian .....	76
C. Populasi Dan Sampel .....	76
D. Alat atau Instrumen Pengumpulan Data .....	77
E. Jenis Data .....	78
F. Teknik Pengumpulan Data.....	79
G. Prosedur Pengambilan Data .....	80
H. Hasil Analisis .....	81

### **BAB IV DESKRIPSI KASUS DAN PEMBAHASAN**

A. Deskripsi Kasus.....	82
1. Pengkajian .....	82
2. Diagnosis Keperawatan .....	85
3. Intervensi Keperawatan .....	86
4. Implementasi Keperawatan .....	93
5. Evaluasi Keperawatan .....	100
B. Pembahasan Kasus .....	104
1. Pengkajian Keperawatan .....	104

2. Diagnosis Keperawatan .....	108
3. Intervensi Keperawatan .....	112
4. Implementasi Keperawatan .....	121
5. Evaluasi Keperawatan .....	133
<b>BAB V KESIMPULAN DAN SARAN</b>	
A. Kesimpulan .....	137
B. Saran.....	139
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b> <b>138</b>	
<b>LAMPIRAN.....</b> <b>144</b>	

## **DAFTAR TABEL**

Tabel 2.1 Derajat Kekuatan Otot .....	50
Tabel 2.2 Pemeriksaan saraf kranial .....	51
Tabel 2.3 Pengukuran ADL .....	52
Tabel 2.4 Skala Prioritas .....	54
Tabel 2.5 Rencana Asuhan Keperawatan Keluarga.....	57

## **DAFTAR GAMBAR**

Gambar 2.1 WOC Stroke .....	28
-----------------------------	----

## **DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1: Jadwal Penelitian (Gantchart)

Lampiran 2: Surat Izin Survey Awal dari Institusi Poltekkes Kemenkes Padang

Lampiran 3: Surat Izin Survey Awal Pengambilan Data Dari Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kota Padang

Lampiran 4: Surat Izin Penelitian dari Institusi Poltekkes Kemenkes Padang

Lampiran 5: Informed Consent

Lampiran 6: Surat Telah Selesai Penelitian di Wilayah Kerja Puskesmas Lubuk Buaya Kota Padang

Lampiran 7: Daftar Hadir Penelitian

Lampiran 8: Laporan Asuhan Keperawatan Keluarga

Lampiran 9: Laporan Pendahuluan (SAP dan Media)

Lampiran 10: Bukti Persentasi Turnitin (Cek Plagiat)

Lampiran 11: Lembar Batas Bimbingan 1

Lampiran 12: Lembar Batas Bimbingan 2

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. Latar Belakang**

Penyakit Tidak Menular (PTM) merupakan penyakit yang prosesnya bukan di tularkan dari individu ke individu lain meskipun dengan berbagai jenis cara penularan. Penyakit ini memiliki jangka waktu penyembuhan yang sangat lama bahkan sulit disembuhkan sehingga mencapai kematian<sup>1</sup>. Penyakit dengan angka kematian tertinggi di Indonesia adalah PTM diantaranya, penyakit jantung, gagal ginjal, kanker, dan stroke<sup>2</sup>.

Stroke merupakan pecah atau tersumbatnya aliran darah dalam otak secara tiba-tiba yang disebabkan oleh kandungan oksigen dalam darah yang sangat kurang sehingga aktivitas jaringan otak terganggu bahkan terhenti. Berhentinya semua sel yang ada di otak secara tidak sadar sel akan mati kemudian individu bisa meninggal<sup>3</sup>. Stroke merupakan gejala utama penyakit serebrovaskular oleh karena itu stroke memiliki berbagai macam faktor risiko yang harus diperhatikan<sup>4</sup>.

Berbagai faktor risiko dari stroke, baik yang dapat diubah maupun yang tidak dapat diubah. Adapun beberapa faktor risiko yang tidak dapat diubah, seperti genetika, ras, umur, dan jenis kelamin. Di sisi lain, faktor risiko yang dapat diubah termasuk pilihan gaya hidup termasuk mengurangi alkohol, berolahraga, stres, dan mengembangkan penyakit kronis seperti diabetes mellitus, hipertensi, dan fibrilasi atrium<sup>5</sup>. Sehingga stroke menjadi masalah kesehatan global yang menyebabkan puluhan juta kematian setiap tahunnya<sup>4</sup>.

Berdasarkan data Lembaga Stroke Internasional (WSO) tahun 2022 kasus stroke di seluruh dunia mengalami peningkatan tajam yang dimana insiden stroke meningkat sebesar 70%, sedangkan prevalensi meningkat sebesar 85%. Peningkatan kematian akibat stroke juga meningkat sebesar 43% dan tahun

hidup yang disesuaikan dengan kecacatan karena penyebab ini meningkat sebesar 32%. Stroke adalah penyebab kematian kedua dan penyebab utama ketiga dari kematian kombinasi dan kecacatan di dunia <sup>6</sup>. Prevalensi dan tingkat kejadian stroke berada di 101 juta dan 12,2 juta,masing-masing insiden. Stroke dilaporkan lebih tinggi di negara-negara berpenghasilan menengah daripada di negara-negara berpenghasilan tinggi. Sangat penting untuk memetakan kasus di setiap wilayah untuk mendapatkan kesimpulan kasus di wilayah itu <sup>7</sup>.

Pada tahun 2023 di Indonesia stroke merupakan salah satu penyakit tidak menular dengan angka kematian tertinggi nomor 3 setelah penyakit kanker dan jantung <sup>8</sup>. Berdasarkan data Laporan Survey Kesehatan Indonesia (SKI) tahun 2023 sebanyak 63,52 per 100.000 penduduk di Indonesia berumur di atas 65 tahun diperkirakan menderita stroke <sup>8</sup>. Dari seluruh penderita stroke tersebut diperkirakan 28,5% meninggal, sisanya mengalami kelumpuhan baik sebagian maupun total dan hanya 15% saja yang mengalami kesembuhan <sup>3</sup>. Di Indonesia dilaporkan kejadian stroke sebagian besar disebabkan karena terjadinya iskemi 52,9%, hemoragik 38,5%, emboli 7,2% dan perdarahan subaraknoid 1,4%. Namun kejadian stroke di Indonesia mencapai 750.000/tahun, dan diantaranya sebanyak 200.000 adalah kejadian stroke berulang. Pada saat ini stroke bukan saja menyerang golongan umur lansia, tetapi juga pada kelompok usia dewasa atau usia produktif <sup>5</sup>.

Berdasarkan data Laporan Survey Kesehatan Indonesia (SKI) tahun 2023 menyatakan bahwa prevalensi stroke per mil berdasarkan diagnosis dokter pada penduduk dengan usia lebih dari 15 tahun di Provinsi Sumatera Barat mencapai angka 8,8% dengan total kejadian 13.042 jiwa <sup>8</sup>. Sumatera Barat termasuk 15 provinsi tertinggi dalam kejadian stroke di seluruh Indonesia <sup>8</sup>. Kejadian stroke dihitung per mil di wilayah Sumatera Barat terjadi pada umur lebih dari lima belas tahun. Hasil riset diperoleh kelompok umur 15-24 tahun mendominasi kejadian stroke di Sumatra Barat. Aspek kebudayaan makanan masyarakat di Sumatra Barat juga mendukung tingginya angka kejadian

stroke<sup>9</sup>. Dimana,banyaknya penggunaan santan (mengandung lemak jenuh) dan daging pada masakan khas minang, jika dikonsumsi terus-menerus maka akan menjadi pemicu penyakit gangguan pembuluh darah seperti stroke<sup>9</sup>.

Kejadian stroke menimbulkan manifestasi klinis dimulai yang dengan kelumpuhan wajah dan anggota badan yang disebut dengan hemiparesis. Kesensitivan yang berlebih pada sebagian anggota tubuh (hemisensorik), kemudian status mental mengalami kelainan secara tiba-tiba, kesulitan dalam berbicara dan memahami pembicaraan (afasia), bicara pelo dan cadel (disatria), terjadi rabun pada mata,bahkan terjadi vertigo,mual,dan muntah<sup>10</sup>. Manifestasi klinis dari stroke antara lain: gangguan motorik, gangguan komunikasi verbal, gangguan persepsi, kerusakan fungsi kognitif dan gangguan psikologis serta disfungsi kandung kemih<sup>11</sup>.

Adapun dampak dari stroke dapat menghambat aktivitas pasien pasca stroke karena adanya perubahan dari kondisi fisik dan psikis. Individu yang mengalami penyakit yang mengakibatkan ketidakmampuan untuk beraktivitas seperti sebelumnya memerlukan waktu yang lama untuk beradaptasi dengan kondisi tersebut<sup>12</sup>. Kejadian stroke tidak hanya berdampak kepada penderitanya melainkan juga mempengaruhi kehidupan keluarga<sup>13</sup>.

Keluarga merupakan sekelompok orang yang dipersatukan oleh ikatan perkawinan, darah, atau adopsi, yang membentuk satu rumah tangga dimana saling berinteraksi dan berkomunikasi satu sama lain dalam peran sosialnya masing-masing sebagai suami istri, ibu ayah, anak laki-laki dan anak perempuan, kakak laki-laki dan kakak perempuan kemudian menciptakan serta memelihara budaya bersama<sup>14</sup>. Keluarga merupakan wadah berkumpul dan berinteraksi semua anggota keluarga sehingga peran keluarga menjadi sangat penting dalam menjaga kesehatan anggotanya<sup>15</sup>.

Peran keluarga pada pasien penyakit kronis seperti stroke berlangsung seumur hidup sehingga dapat memunculkan beban keluarga (*family burden*)<sup>4</sup>. Salah seorang anggota keluarga mendadak menjadi tidak berdaya, maka

menghilangkan perannya di keluarga dan akibatnya anggota keluarga yang lain harus melakukan perawatan pada pasien stroke sehingga membagi waktu semaksimal mungkin untuk pasien dan untuk pelaksanaan peran dalam merawat keluarga <sup>16</sup>. Pasien stroke memerlukan dukungan sosial dalam beradaptasi dan meningkatkan kualitas hidup. Selain motivasi dari diri sendiri, pasien stroke juga membutuhkan dukungan sosial yang berasal dari keluarga dan lingkungan seperti memberikan kenyamanan, perhatian, bantuan dan penghargaan agar seseorang memiliki persepsi bahwa dirinya dihargai sehingga bisa memengaruhi proses kesembuhan <sup>12</sup>. Untuk mencegah stroke yang terjadi pada masyarakat dan mengurangi beban keluarga stroke maka pemerintah di Indonesia melakukan berbagai kebijakan dan upaya preventif dalam hal ini.

Indonesia telah mengimplementasikan berbagai kebijakan kesehatan untuk menangani masalah stroke. Beberapa di antaranya termasuk kampanye kesehatan publik untuk meningkatkan kesadaran tentang stroke, peningkatan akses ke layanan kesehatan untuk deteksi dini dan pengobatan, serta pengembangan pusat-pusat rehabilitasi stroke <sup>17</sup>. Pemerintah juga telah meluncurkan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang bertujuan untuk memberikan akses layanan kesehatan yang lebih luas kepada masyarakat, termasuk bagi pasien stroke. Pemerintah juga mempunyai Program Pos Pembinaan Terpadu Penyakit Tidak Menular (Posbindu PTM) menyediakan pemeriksaan kesehatan gratis di tingkat komunitas untuk deteksi dini penyakit tidak menular termasuk stroke <sup>17</sup>. Namun, meskipun berbagai kebijakan telah diterapkan, tantangan besar masih ada dalam hal implementasi yang efektif dan menyeluruh di seluruh wilayah Indonesia <sup>18</sup>.

Berdasarkan hasil penelitian Salsabila <sup>17</sup> menyatakan bahwa, hambatan yang dialami pemerintah dalam upaya pencegahan kejadian stroke adalah keterbatasan sumber daya manusia dan fasilitas kesehatan, distribusi layanan kesehatan yang tidak merata antara daerah perkotaan dan pedesaan, serta kurangnya kesadaran dan pengetahuan masyarakat tentang pencegahan dan

penanganan stroke. Oleh karena itu, hal ini diterapkan mulai dari orang terdekat seperti keluarga agar hambatan ini dapat dipreventif dari dini.

Penatalaksanaan stroke yang komprehensif harus dengan dukungan keluarga dimana dukungan keluarga sangat bermanfaat pada perawatan pasien stroke tidak hanya pasien itu sendiri. Dukungan keluarga dengan memberikan waktu untuk tinggal bersama klien stroke dan memenuhi kebutuhan pasien stroke baik kebutuhan dasar berupa makan, mandi, *toileting*, dan kebutuhan sosial, psikososial dan spiritual, dapat meningkatkan harga diri klien dan menunjukkan sikap optimis kepada penyandang stroke untuk hidup dengan menyandang gejala stroke. Selain itu, dukungan dari keluarga juga dapat mengurangi stres yang dialami klien<sup>13</sup>.

Peran perawat sangat dibutuhkan dalam mencapai kebutuhan dasar klien terutama dalam penelitian ini yaitu pada penderita stroke. Perawat melaksanakan perannya dengan cara memberikan asuhan keperawatan mulai dari mengulik pengkajian keperawatan, menentukan diagnosis berdasarkan analisis data yang diperoleh, merencanakan tindakan keperawatan yang akan diberikan pada klien sesuai dengan diagnosis yang didapatkan, melakukan penerapan dari perencanaan yang telah dibuat, dan evaluasi dari semua tindakan keperawatan yang telah dilakukan. Perawat keluarga tidak hanya memberikan asuhan pada klien tetapi juga melibatkan keluarga klien dalam mendukung peningkatan kesehatan<sup>19</sup>. Dapat dilihat dari tahap pencegahan hingga tahap rehabilitasi pemberian informasi, edukasi, dan keterampilan, yang bertujuan agar keluarga memahami penyakit stroke dan mengetahui cara perawatan yang benar<sup>13</sup>. Selain itu, pentingnya peran perawat terhadap keluarga pasien stroke yaitu dengan meningkatkan kesanggupan keluarga melakukan fungsi dan tugas perawatan kesehatan keluarga<sup>20</sup>.

Berdasarkan data survey awal Dinas Kesehatan Kota Padang yang dilakukan peneliti pada tanggal 27 Desember tahun 2023 didapatkan kejadian stroke di seluruh kelurahan Kota Padang sebanyak 1160 penderita. Data terbanyak terletak di wilayah kerja Puskesmas Pengambiran yaitu 96 penderita, Lubuk

Begalung yaitu 92 penderita, dan Puskesmas Lubuk Buaya 63 penderita stroke.

Data hasil survey awal di Puskesmas Lubuk Buaya yang dilakukan peneliti pada tanggal 28 Desember 2024 didapatkan bahwa terjadi peningkatan yang signifikan dari kejadian stroke yaitu sebanyak 63 penderita pada tahun 2023 menjadi 215 penderita pada tahun 2024. Kasus ini tersebar di 4 kelurahan wilayah kerja Puskesmas Lubuk Buaya yaitu 64 penderita di Kelurahan Lubuk Buaya, 48 penderita di Kelurahan Batang Kabung, 23 penderita di Kelurahan Parupuk Tabing, 18 penderita di Kelurahan Pasie Nan Tigo, dan sisanya 59 penderita berada di luar wilayah kerja Puskesmas Lubuk Buaya. Dari 25 RW yang tersebar di Kelurahan Lubuk Buaya, RW 15 mendominasi jumlah kejadian stroke sebanyak 11 penderita. Dengan demikian, perlu dilakukan penanganan lanjut dalam peningkatan kesehatan di wilayah kerja Puskesmas Lubuk Buaya di Kelurahan Lubuk Buaya. Penanggung jawab PTM di puskesmas Lubuk Buaya, mengatakan bahwa telah melakukan berbagai program pencegahan PTM yaitu dengan posbindu PTM yang rutin dilakukan, menyerukan slogan SeGeRa Ke RS (senyum tidak simetris, gerak separuh anggota tubuh melemah tiba-tiba, bicara pelo, kebas, rabun, serta tiba-tiba mengalami sakit kepala hebat), serta memberikan upaya pencegahan lainnya seperti CERDIK (Cek kesehatan secara berkala, Enyahkan asap rokok, Rajin aktivitas fisik, Diet sehat dan seimbang, Istirahat cukup, dan Kelola stres). Namun upaya tersebut belum mampu menekan angka kejadian stroke karena kurangnya kehadiran dan motivasi keluarga terhadap program dan rata-rata keluarga mengunjungi puskesmas hanya di waktu sakit.

Hasil wawancara pada salah satu klien stroke didapatkan data bahwa klien mengatakan sudah menderita penyakit stroke sejak 1 tahun yang lalu yaitu pada tahun 2023, klien mengeluh tangan sering merasa kebas,kaku, klien kesulitan saat berjalan jika tidak dibantu oleh keluarga, keluarga tidak mengetahui cara mengurangi kekakuan yang dirasakan, saat klien di rawat di rumah sakit, keluarga mengatakan hanya diberi pendidikan kesehatan

mengenai apa saja gejala stroke berulang, dan saat itu terjadi harus langsung di bawa ke rumah sakit. Klien mengeluh tidak ada kemajuan dari kekakuan yang dialami walaupun sudah berobat. Klien tidak rutin mengkonsumsi obat, dan hanya minum obat saat merasakan sakit, serta tidak rutin mengontrol kondisi penyakitnya ke puskesmas karena keluarga sibuk bekerja sehingga tidak ada yang mengantarkan ke puskesmas, begitupun posbindu PTM juga jarang dihadiri oleh keluarga atau klien, sehingga klien tidak maksimal mendapatkan perawatan dari keluarga di rumah. Klien mengatakan saat ini masih mengkonsumsi makanan bersantan dan jeroan, karena merasa makanan tersebut tidak berpengaruh pada kondisi kesehatannya.

Berdasarkan latar belakang diatas peneliti melakukan penelitian tentang “Asuhan Keperawatan Keluarga dengan Stroke di Wilayah Kerja Puskesmas Lubuk Buaya Kota Padang Tahun 2025 ”.

## **B. Rumusan Masalah**

Rumusan masalah dari penelitian ini adalah “Bagaimana penatalaksanaan asuhan keperawatan keluarga dengan stroke di Wilayah Kerja Puskesmas Lubuk Buaya Kota Padang tahun 2025?

## **C. Tujuan**

### 1. Tujuan Umum

Mendeskripsikan asuhan keperawatan keluarga dengan stroke di Wilayah Kerja Puskesmas Lubuk Buaya Kota Padang tahun 2025.

### 2. Tujuan Khusus

- a. Mendeskripsikan hasil pengkajian keperawatan keluarga dengan stroke di Wilayah Kerja Puskesmas Lubuk Buaya Kota Padang tahun 2025.
- b. Mendeskripsikan diagnosis keperawatan keluarga dengan stroke di Wilayah Kerja Puskesmas Lubuk Buaya Kota Padang tahun 2025.
- c. Mendeskripsikan intervensi keperawatan keluarga dengan stroke di Wilayah Kerja Puskesmas Lubuk Buaya Kota Padang tahun 2025.
- d. Mendeskripsikan melaksanakan tindakan keperawatan keluarga dengan stroke di Wilayah Kerja Puskesmas Lubuk Buaya Kota Padang tahun 2025.

- e. Mendeskripsikan evaluasi keperawatan keluarga dengan stroke di Wilayah Kerja Puskesmas Lubuk Buaya Kota Padang tahun 2025.
- f. Mendeskripsikan dokumentasi keperawatan keluarga dengan stroke di Wilayah Kerja Puskesmas Lubuk Buaya Kota Padang Tahun 2025

#### **D. Manfaat Penelitian**

##### 1. Manfaat Bagi Pengembangan Keilmuan

Diharapkan dapat menjadi data tambahan atau perbandingan untuk penelitian selanjutnya tentang asuhan keperawatan keluarga dengan stroke.

##### 2. Aplikatif

###### a. Peneliti

Penulisan ini diharapkan bermanfaat bagi peneliti untuk menambahkan wawasan dalam mengaplikasikan Asuhan Keperawatan Keluarga dengan stroke di Wilayah Kerja Puskesmas Lubuk Buaya Kota Padang tahun 2025.

###### b. Lokasi penelitian

Penulisan ini diharapkan dapat memberikan banyak informasi dan inovasi baru dalam menerapkan Asuhan Keperawatan Keluarga dengan stroke di Wilayah Kerja Puskesmas Lubuk Buaya Kota Padang tahun 2025.

###### c. Institusi pendidikan

Penulisan ini dapat memberikan inspirasi sekaligus referensi dalam menerapkan Asuhan Keperawatan Keluarga dengan stroke di Wilayah Kerja Puskesmas Lubuk Buaya Kota Padang tahun 2025.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Stroke**

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

Menurut perspektif Ferawati<sup>21</sup> stroke merupakan gangguan yang terjadi apabila pembuluh darah ke otak mengalami penyumbatan atau pecah yang mengakibatkan otak tidak mendapatkan pasokan darah yang membawa oksigen sehingga terjadi kematian sel atau jaringan otak. Stroke merupakan gangguan fungsi otak yang disebabkan karena adanya sumbatan atau perdarahan pada aliran darah sehingga bisa mengakibatkan berhentinya aliran darah ke otak yang disertai dengan manifestasi klinis berupa defisit neurologis<sup>22</sup>. Stroke adalah kondisi defisit neurologis yang terjadi secara mendadak pada susunan saraf pusat yang disebabkan oleh peristiwa iskemik atau hemoragik mempunyai etiologi dan patogenesis yang multi kompleks<sup>23</sup>. Jadi dapat disimpulkan bahwa stroke adalah suatu keadaan dimana aktivitas otak manusia terganggu akibat penyumbatan aliran darah atau pecahnya pembuluh darah karena kurangnya pasokan oksigen dalam darah yang mengakibatkan sel-sel yang ada pada otak mati secara mendadak.

##### **2. Klasifikasi**

Klasifikasi dari penyakit stroke ada 2 yaitu stroke iskemik (non-hemoragik) dan stroke hemoragik<sup>13</sup>. Dari masing-masing klasifikasi memiliki tanda dan gejala klinis yang berbeda.

###### **a. Stroke Iskemik**

Iskemik adalah kematian jaringan otak karena pasokan darah yang tidak adekuat sehingga terjadi defisit neurologis fokal yang timbul akut dan berlangsung lebih lama dari 24 jam serta tidak disebabkan

oleh perdarahan <sup>13</sup>. Stroke iskemik disebabkan oleh trombus yang menyebabkan oklusi menetap, mencegah adanya reperfusi pada organ yang infark sehingga menyebabkan terjadinya keadaan anemia atau iskemik. Secara patologi didapatkan infiltrasi leukosit selama beberapa hari terutama pada daerah tepi infark. Makrofag menginvasi daerah infark dan aktif bekerja sampai produk-produk infark telah dibersihkan selama periode waktu tertentu (beberapa minggu). Eritrosit sangat jarang ditemukan. Stroke iskemik disebabkan oleh sumbatan bekuan darah, penyempitan arteri/beberapa arteri yang mengarah ke otak, embolus yang terlepas dari jantung atau arteri ekstra kranium yang menyebabkan sumbatan di satu atau beberapa arteri ekstra kranium <sup>24</sup>.

Stroke iskemik disebabkan oleh trombosus serebral (gumpalan darah yang terbentuk di dalam pembuluh otak) dan relatif umum terjadi, lebih dari 70% kasus stroke merupakan jenis iskemik. Aterosklerosis serebral juga menyebabkan pembentukan gumpalan darah di arteri serebral atau bekuan darah bisa terbentuk di jantung atau karotis di leher. Gumpalan darah bisa terangkut hingga pembuluh otak distal dan memblokir aliran darah. Stroke iskemik dapat dibagi lagi ke dalam 2 jenis, stroke trombotik dan stroke embolik.

### 1) Stroke trombotik

Bagi sebagian orang, istilah stroke trombotik mungkin masih terdengar asing. Stroke trombotik adalah penyumbatan aliran darah yang terjadi akibat pembekuan darah di dalam salah satu arteri otak. Stroke trombotik dapat memengaruhi pembuluh darah besar atau kecil. Stroke yang memengaruhi pembuluh darah besar akan mengakibatkan sumbatan yang besar, dan luasan area otak yang terpengaruh juga besar. Stroke yang seperti ini dapat mengakibatkan kelumpuhan. Sementara pada pembuluh darah kecil, gejala yang ditimbulkan tidak sebesar stroke

menyerang pembuluh darah besar. Pasalnya, bagian otak yang terpengaruh juga tidak terlalu besar. Migrain adalah salah satu penyebab stroke trombotik. Dalam kasus yang parah, sakit kepala migrain dapat menyebabkan arteri otak menjadi kejang untuk waktu yang lama. Hal ini dapat membentuk pembekuan darah di otak.

## 2) Stroke Embolik

Embolik adalah kondisi di mana benda atau zat asing seperti gumpalan darah atau gelembung gas tersangkut dalam pembuluh darah dan menyebabkan penyumbatan pada aliran darah. Penyumbatan tersebut dapat menimbulkan gejala yang berbeda pada tiap orang, tergantung tipe dan lokasi pembuluh darah yang tersumbat. Pada dasarnya tubuh memiliki tiga tipe pembuluh darah yang terdapat di seluruh organ tubuh, yakni arteri, vena, dan kapiler. Arteri berperan sebagai penyuplai oksigen dari jantung ke seluruh tubuh, vena berperan mengembalikan oksigen ke jantung, dan kapiler adalah pembuluh darah terkecil yang menghubungkan arteri dan vena sekaligus mengatur pasokan oksigen ke jaringan tubuh. Ketika salah satu atau lebih pembuluh darah suatu organ mengalami penyumbatan, fungsi organ tersebut akan terganggu. Jika tidak mendapatkan penanganan dengan tepat, penyumbatan pembuluh darah yang mengganggu fungsi organ dapat menyebabkan kerusakan pada organ tersebut secara permanen.

## b. Stroke heromoragik

Stroke hemoragik disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah di dalam otak. Kasus stroke ini paling sering dikaitkan dengan tekanan darah tinggi yang berlangsung secara terus menerus. Ada juga kasus dimana pembuluh darah pada permukaan jaringan otak yang pecah. Kasus stroke ini dikaitkan dengan penyakit pembuluh darah bawaan, misalnya aneurisma arteri serebral atau malformasi arteriovenosa. Darah akan keluar dibawah ruang arachnoid (ruang antara jaringan

otak dan tengkorak) dan menekan jaringan otak. Selain itu, pembuluh darah akan menyempit setelah terjadinya pendarahan, yang ikut mengurangi laju aliran darah <sup>21</sup>. Stroke hemoragik terdiri dari dua jenis, yaitu perdarahan intraserebral dan subarachnoid.

Menurut Kariasa <sup>25</sup> stroke hemoragik atau stroke perdarahan memiliki 2 jenis perdarahan. Berikut macam perdarahan otak pada stroke hemoragik yaitu :

1) Perdarahan Intraserebral

Perdarahan intraserebral merupakan kumpulan fokal darah di dalam parenkim otak atau sistem ventrikular yang tidak disebabkan oleh trauma. Perdarahan intraserebral atau perdarahan intraparenkim otak biasanya dihubungkan dengan penyakit hipertensi emergensi yang merupakan penyebab tersering dari stroke hemoragik <sup>25</sup>.

2) Perdarahan Sub Arakhnoid

Perdarahan subarahnoid merupakan pendarahan yang terjadi pada ruang subarahnoid (ruang sempit antara permukaan otak dan lapisan jaringan yang menutupi otak) <sup>26</sup>. Sakit kepala berat dengan onset yang cepat dan hingga sampai terjadinya penurunan kesadaran merupakan gejala yang khas pada stroke ini <sup>25</sup>.

### 3. Etiologi

Penyebab stroke menurut Rendi dan Margareth dalam <sup>27</sup>:

a. Infark otak (80%)

1) Emboli

Emboli kardiogenik, fibrilasi atrium dan aritmia lain, thrombus mural dan ventrikel kiri, penyakit katub mitral atau aorta, endokarditis (infeksi atau non infeksi). Emboli paradoksal, emboli arkus aorta, aterotrombotik (penyakit pembuluh darah sedang-besar), penyakit eksrakanial, arteri karotis interna, arteri vertebral.

- 2) Penyakit intracranial Arteri karotis interna, arteri serebri interna, arteri basilaris, dan lakuiner (oklus arteri perforans kecil).
- b. Perdarahan intraserebral (15%) Hipertensi, malformasi arteri-vena, angiopati amiloid.
- c. Perdarahan subaraknoid (5%)  
Penyebab lain (dapat menimbulkan infark/pendarahan) Trobus sinus dura, diseksi arteri karotis/vertebralis, vaskulitis sistem saraf pusat, penyakit moyo-moya (oklusi arteri besar intra cranial yang progresif), migren, kondisi hiperkoagulasi, penyalahgunaan obat, dan kelainan hematologist (anemia sel sabit, polisistema, atau leukemia), serta miksoma atrium.

#### **4. Faktor Risiko**

Faktor risiko adalah sifat, ciri-ciri, dan kebiasaan gaya hidup yang dapat memperbesar kemungkinan seseorang terkena suatu penyakit <sup>13</sup>.

- a. Faktor risiko yang tidak dapat diubah.

##### 1) Umur

Setiap kelompok umur memiliki kemungkinan untuk menderita stroke. Tetapi seiring dengan meningkatnya umur, risiko untuk terkena stroke juga semakin besar. Hal ini disebabkan oleh akumulasi plak yang tertimbun di dalam pembuluh darah. Insidens stroke meningkat seiring dengan bertambahnya umur.

##### 2) Jenis kelamin.

Stroke lebih banyak menyerang laki-laki daripada perempuan, kecuali pada umur batas menopause, dimana perbandingan antara laki-laki dan wanita hampir tidak berbeda. Namun demikian, lebih dari setengah jumlah penderita stroke yang meninggal adalah perempuan. Perempuan hamil memiliki risiko terkena stroke yang lebih besar, begitu pula perempuan yang meminum pil pengatur kehamilan dan menderita hipertensi.

##### 3) Hereditas (riwayat keluarga) dan ras.

Risiko untuk menderita stroke akan semakin besar jika terdapat riwayat stroke di keluarga. Di dalam keluarga, kemungkinan diturunkannya faktor genetik dari orang tua kepada anak akan lebih besar, sesama anggota keluarga akan lebih mudah menderita penyakit, termasuk penyakit-penyakit yang merupakan faktor risiko stroke. Orang Afrika memiliki risiko yang jauh lebih besar mengalami kematian akibat stroke daripada orang kaukasia. Orang negro Amerika cenderung berisiko 1,4 kali lebih besar mengalami stroke dibandingkan dengan orang kulit putih. Hal ini disebabkan orang berkulit hitam lebih berisiko untuk menderita darah tinggi, diabetes, dan obesitas.

- 4) Riwayat stroke atau serangan jantung sebelumnya.

Seseorang yang sudah pernah menderita stroke lebih berisiko mengalami stroke selanjutnya. Kira-kira 10% dari mereka yang pernah mengalami serangan stroke akan mendapatkan serangan stroke yang kedua (*reccurent*) dalam setahun. Begitu pula orang yang sudah pernah mengalami serangan jantung, juga memiliki risiko yang lebih besar untuk menderita stroke.

b. Faktor risiko yang dapat diubah

- 1) Hipertensi.

Tekanan darah tinggi atau hipertensi adalah faktor risiko yang paling utama dan biasanya tanpa gejala spesifik serta tidak memiliki tanda-tanda awal. Hipertensi dapat mengakibatkan pecahnya maupun menyempitnya pembuluh darah otak. Apabila pembuluh darah otak pecah maka timbullah pendarahan otak, dan bila pembuluh darah otak menyempit maka aliran darah ke otak akan terganggu dan sel otak akan mengalami kematian. Oleh karena itu, pemeriksaan tekanan darah yang teratur penting dilakukan.

- 2) Diabetes mellitus (DM)

Diabetes mellitus mampu menebalkan dinding pembuluh darah otak yang berukuran besar karena adanya gangguan metabolisme

glukosa sistemik. Menebalnya dinding pembuiuh darah otak akan menyempitkan diameter pembuiuh darah tadi dan penyempitan tersebut kemudian akan mengganggu kelancaran aliran darah ke otak, yang pada akhirnya akan menyebabkan infark sel-sel otak. Banyak penderita DM juga mengalami hipertensi, kadar kolesterol darah yang tinggi serta kelebihan berat badan. Hal ini memperbesar risiko penderita untuk terkena stroke.

3) Penyakit jantung.

Berbagai penyakit jantung seperti penyakit jantung rematik, penyakit jantung koroner dengan infark otot jantung, dan gangguan irama denyut jantung merupakan faktor risiko stroke yang cukup potensial. Faktor risiko ini pada umuranya akan menimbulkan hambatan atau sumbatan aliran darah ke otak karena jantung melepas gumpalan darah atau sel-sel atau jaringan yang telah mati ke dalam aliran darah. Peristiwa ini disebut emboli.

4) Serangan Iskemik sepintas (*Transient Ischemic Attack*)

Serangan iskemik sepintas ini dapat terjadi beberapa kali dalam 24 jam, atau terjadi berkali-kali dalam satu minggu. Gejala yang muncul dapat bervariasi, bergantung pada daerah otak yang terganggu aliran darahnya, dapat bersifat tunggal ataupun kombinasi. Makin sering seseorang mengalami serangan iskemik sepintas ini maka kemungkinan untuk mengalami stroke makin besar.

5) Hiperkolesterolemia

Meningginya kadar kolesterol dalam darah, terutama *Low Density Lipoprotein* (LDL), merupakan faktor risiko penting untuk terjadinya aterosklerosis (menebalnya dinding pembuluh darah yang kemudian diikuti penurunan elastisitas pembuluh darah). Peningkatan kadar LDL dan penurunan kadar HDL (*High Density Lipoprotein*) merupakan faktor risiko untuk terjadinya penyakit jantung koroner, dan penyakit jantung seperti ini merupakan faktor

risiko stroke. Kadar kolesterol total yang > 220 mg/dl meningkatkan risiko stroke.

6) Merokok.

Nikotin dan karbon monoksida yang terdapat pada rokok, selain dapat menurunkan kadar oksigen dalam darah, juga dapat merusak dinding pembuluh darah, serta memacu terjadinya penggumpalan darah.

7) Aktivitas fisik yang kurang serta obesitas. Kurangnya aktivitas fisik, obesitas, ataupun keduanya dapat meningkatkan risiko seseorang untuk mengalami hipertensi, hiperkolesterolemia, diabetes mellitus, penyakit jantung, dan stroke. Oleh karena itu, aktivitas fisik hendaknya selalu dilakukan secara rutin, minimal selama 30 menit setiap harinya.

8) Alkohol.

Meminum rata-rata lebih dari satu gelas minuman beralkohol setiap harinya bagi perempuan ataupun lebih dari dua gelas minuman beralkohol bagi laki-laki dapat meningkatkan tekanan darah dan memperbesar risiko terkena stroke.

9) Pil Kontrasepsi.

Dulu, sewaktu masih digunakan pil kontrasepsi dengan dosis 50 $\mu$ g etinilestradiol, banyak wanita mengidap penyakit jantung dan pembuluh darah yang merupakan faktor risiko stroke. Namun, sekarang pil kontrasepsi umumnya mengandung etinilestradiol dosis rendah sehingga angka kesakitan menurun. Selama penggunaan pil kontrasepsi hanya sedikit ditemukan perdarahan subaraknoidal. Sakit kepala mendadak, migrain, mual, dan amnesia merupakan gejala awal terjadinya stroke. Oleh karena itu jika gejala ini muncul saat penggunaan pil kontrasepsi, pil tersebut harus segera dihentikan.

## 5. Manifestasi Klinis

Gejala klinis dapat muncul untuk sementara lalu menghilang atau bahkan menetap. Gejala ini muncul akibat daerah otak tertentu tak berfungsi yang

disebabkan oleh terganggunya aliran darah ke tempat tersebut. Gejala yang muncul bervariasi, tergantung pada bagian otak yang terganggu<sup>13</sup>.

- a. Gangguan pada pembuluh darah karotis.
  - 1) Pada cabangnya yang menuju otak bagian tengah (arteri serebri media), dapat terjadi gejala-gejala sebagai berikut:
    - (a) Gangguan rasa di daerah muka/wajah sesisi atau disertai gangguan rasa di lengan dan tungkai sesisi.
    - (b) Gangguan gerak/kelumpuhan dari tingkat ringan sampai kelumpuhan total pada lengan dan tungkai sesisi (hemiparesis/hemiplegi).
    - (c) Gangguan berbicara baik berupa sulit untuk mengeluarkan kata-kata atau sulit mengerti pembicaraan orang lain (afasia).
    - (d) Gangguan penglihatan, dapat berupa kebutaan satu sisi, atau separuh lapangan pandangan (hemianopsia).
    - (e) Mata selalu melirik ke arah satu sisi (*deviation conjugae*).
    - (f) Kesadaran menurun.
    - (g) Tidak mengenal orang-orang yang sebelumnya dikenalnya (prosopagnosia).
    - (h) Mulut menjadi mencong dan pembicaraan menjadi tidak jelas atau pelo (disartri).
    - (i) Separuh badan serasa mati, sehingga merasa separuh anggota badan tidak ada.
    - (j) Tidak dapat membedakan antara kiri dan kanan (misalnya saat hendak memakai sepatu).
    - (k) Sudah tampak tanda-tanda kelainan namun tidak sadar jika dirinya mengalami kelainan. Kehilangan kemampuan musik yang dulu dimilikinya (amusia).
  - 2) Pada cabangnya yang menuju otak bagian depan (arteri serebri anterior), dapat terjadi gejala-gejala berikut:
    - (a) Kelumpuhan salah satu tungkai dan gangguan syaraf perasa.
    - (b) Buang air kecil tanpa di sadari.
    - (c) Pingsan secara tiba-tiba.

- (d) Sulit untuk mengungkapkan maksud hati.
  - (e) Menirukan omongan orang lain (ekholali).
  - (f) Pada cabangnya yang menuju otak bagian belakang (arteri serebral posterior), akan memberikan gejala-gejala berikut:
  - (g) Kebutaan seluruh lapangan pandang satu sisi atau separuh lapangan pandang pada kedua mata.
  - (h) Rasa nyeri yang spontan.
  - (i) Sulit memahami yang dilihat, namun dapat mengerti jika meraba atau mendengar suaranya.
  - (j) Kehilangan kemampuan mengenal warna.
- b. Gangguan pada pembuluh darah vertebrobasilaris.
- 1) Gangguan gerak bola mata, sehingga penglihatan menjadi tidak fokus (apa yang dilihat menjadi ganda atau diplopia).
  - 2) Kehilangan keseimbangan.
  - 3) Kedua kaki lemah/hipotoni, tidak dapat berdiri (paraparesis inferior).
  - 4) Vertigo.
  - 5) Nistagmus.
  - 6) Muntah dan gangguan menelan.
  - 7) Pembicaraan menjadi tidak jelas dan sulit dimengerti (disartri).
  - 8) Tuli mendadak.
  - 9) Timbul nyeri kepala secara sangat mendadak disertai muntah.
  - 10) Leher menjadi kaku.
  - 11) Mengantuk, bahkan koma.

## **6. Dampak Penyakit Stroke**

Menurut Purwani<sup>28</sup> dampak dari stroke terbagi 3 yaitu terhadap penderita, terhadap keluarga penderita, dan terhadap lingkungan.

a. Dampak Stroke Bagi Penderita

- 1) Penderita akan mengalami hemiplegia atau kelemahan pada separuh tubuhnya.
- 2) Kesulitan berbicara secara tiba-tiba.

- 3) Mengalami dysarthria, yaitu lemah otot pada bagian wajah yang datangnya secara tiba-tiba.
  - 4) Mengalami dysphasia, yaitu kehilangan kemampuan untuk menangkap kata-kata.
  - 5) Mengalami dysphagia, yaitu ketidakmampuan untuk menelan makanan maupun meneguk minuman
  - 6) Mengalami penurunan kemampuan indra peraba yang bisa mengakibatkan berkurangnya rasa pada sentuhan dan lambannya gerakan.
  - 7) Mengalami depresi.
  - 8) Berkurangnya kemampuan indra penglihatan.
  - 9) Anosognosia, yaitu penderita tidak dapat mengenali salah satu dari sisi tubuhnya yang lain.
  - 10) Ataksia, yaitu ketidakmampuan penderita untuk mengoordinasi gerakan-gerakannya.
  - 11) Apraksia, yaitu sikap penderita menjadi aneh dan tidak sanggup berpikir ketika ingin melakukan sesuatu.
  - 12) Saptial distortion, yaitu penderita telah kehilangan apresiasinya terhadap ruang dan bentuk (dimensi), seperti tidak dapat menemukan jalan maupun memastikan jarak.
  - 13) Kemampuan ingatan dan konsentrasi berkurang, sehingga penderita menjadi mudah lupa.
  - 14) Penderita menjadi berpikir sangat lamban dan biasanya juga sikapnya berubah sangat keras kepala.
- b. Dampak Stroke Bagi Keluarga Penderita
- 1) Secara umum, anggota keluarga dari penderita stroke pada awalnya akan merasa bingung, bimbang, shock, merasa tidak berdaya, sedih, marah, dan juga depresi.
  - 2) Perubahan perilaku penderita stroke pada masa awal perawatan akan membuat anggota keluarga lain merasa bingung. Perilaku yang tidak biasa seperti bukan dirinya sendiri membuat keluarga merasa kehilangan sosok orang yang dicintainya.

- 3) Perubahan peraturan di dalam rumah dikarenakan ada anggota keluarga yang terkena stroke. Orangtua, kakak- adik, maupun anak-anak harus saling membagi tugas untuk menjaga dan merawat penderita stroke. Hal ini terkadang terasa sulit untuk para anggota keluarga. Rasa lelah serta marah mulai menyelimuti hati mereka dan mulai timbul pemikiran untuk menyerah.
  - 4) Jika penderita stroke merupakan tulang punggung keluarga, pendapatan yang dihasilkan akan berubah walaupun penderita masih dapat bekerja. Keadaan fisik yang sudah tidak seoptimal sebelumnya akan memengaruhi pekerjaan yang pastinya tidak bisa seperti biasanya. Selain itu, biaya pengobatan dan perawatan yang tidak sedikit tentunya akan memengaruhi keuangan keluarga. Penurunan keuangan keluarga mengakibatkan anggota keluarga mulai merasa depresi.
  - 5) Pada umumnya, seseorang yang menderita penyakit stroke akan memengaruhi kemampuan seksualnya. Rasa ketertarikan terhadap seks bisa menurun atau bisa meningkat. Hal ini tergantung pada perubahan fisiologi yang terjadi di otak akibat penyakit stroke. Perubahan perilaku ini bisa mengakibatkan rasa stres bagi pasangan maupun anggota keluarga.
  - 6) Perubahan fisik yang dialami penderita stroke tentu memerlukan akomodasi yang lebih, contohnya kursi roda. Selain itu, beberapa bagian dari rumah perlu diubah untuk mempermudah mobilitas penderita stroke yang terkadang memerlukan biaya yang tidak sedikit, sehingga keuangan akan terganggu.
- c. Dampak Stroke Terhadap Lingkungan
- 1) Efek sosial, emosional, keuangan, dan fisik dari penyakit stroke terkait satu sama lain dan sulit untuk dipisahkan.
  - 2) Seluruh hidup penderita maupun keluarga mungkin harus diubah karena ada beberapa (atau mungkin banyak) tugas/ kegiatan yang tidak bisa lagi dilakukan secara individu.

- 3) Seseorang yang terkena stroke mungkin tidak memiliki keinginan untuk menikmati hal-hal menyenangkan yang biasanya dinikmati. Hal ini bisa karena sulitnya penderita untuk berkonsentrasi atau merasa tidak mampu. Selain itu juga karena keterbatasan fisik dan lebih mudah lelah.
- 4) Penderita tidak dapat bergerak dalam lingkungan sosial yang sama seperti dahulu karena keterbatasan fisik yang dialami.
- 5) Rasa rendah diri akan menghinggapi diri penderita sehingga menjadi kurang bergaul dan menarik diri dari lingkungan sosial. Semakin lama seseorang menarik diri dari lingkungan sosial, semakin sulit untuk meningkatkan kepercayaan dirinya.
- 6) Pada beberapa bulan pertama, penderita akan sering memerlukan bantuan dari keluarga dan orang sekitarnya. Hal ini dapat menyebabkan adanya penghalang pada hubungan sosial sebelum terjadi stroke. Penderita akan merasa sering bergantung pada orang lain dan tidak enak hati dalam meminta pertolongan.

## 7. Patofisiologi

Menurut Purwani<sup>28</sup> dalam keadaan normal, sistem cerebrovaskular memberi otak aliran darah yang mengandung zat makanan yang penting bagi fungsi normal otak. Terhentinya aliran darah serebrum (CBF) selama beberapa detik saja akan menimbulkan gejala disfungsi serebrum. Apabila berlanjut selama beberapa detik, defisiensi CBF menyebabkan kehilangan kesadaran dan akhirnya iskemia serebrum. Kerusakan otak ireversibel akan mulai timbul setelah 4 sampai 6 menit penghentian total pasokan oksigen (biasanya akibat henti kardiopulmonal). CBF normal adalah sekitar 50 ml/100 gram jaringan otak/menit. Pada keadaan istirahat, otak menerima seperenam dari curah jantung. Dari aspek ekstraksi oksigen, otak menggunakan 20% oksigen tubuh apabila sebuah pembuluh darah serebrum tersumbat, sirkulasi kolateral disebut penumbra iskemik.

Pada dasarnya, suplai darah ke otak disalurkan melalui dua pasang arteri, yaitu arteri vertebral dan arteri karotis interna. Arteri vertebral

menyalurkan darah ke bagian belakang dan bawah dari otak hingga tempurung kepala, sedangkan arteri karotis interna menyalurkan darah ke bagian depan dan atas dari otak. Sistem karotis dikenal sebagai sirkulasi anterior, sedangkan vetebrobasiler biasa disebut dengan sirkulasi posterior. Arteri karotis kanan berasal dari bifurkasi arteri inominata, sedangkan yang kiri dari arkus aorta. Arkus aorta sebelah kiri bercabang ke arteri karotis komunis sinistra. Arteri inominata bercabang ke arteri komunis dekstra. Percabangan kedua arteri ini (arkus aorta dan arteri inominata) sering dikenal dengan sebutan bifurkasi karotis yang mengandung carotid body. Carotid body biasanya akan merespon terhadap kenaikan tekanan parsial oksigen arteri, aliran darah, pH, arterial, penurunan tekanan parsial karbon dioksida arteri, dan suhu tubuh.

Circulus arteriosus willisi atau sirkulus wilisi merupakan sistem anastomotic arteri yang berada di otak. Sirkulus wilisi mengelilingi batang kelenjar hiposis dan memberikan komunikasi penting antara suplai darah dari otak depan dan belakang. Fungsi dari sirkulus wilisi adalah untuk melindungi pasokan darah ke otak apabila terjadi sumbatan di salah satu cabang. Ada tiga sirkulasi yang membentuk sirkulus wilisi di otak, yaitu:

- a. sirkulasi anterior yang terdiri dari *middle cerebral artery* (MCA), *anterior cerebral artery* (ACA), dan arteri komunikasi anterior yang menghubungkan kedua ACA.
- b. sirkulasi posterior yang terdiri dari *posterior communicating artery* (PCA),
- c. arteri komunikans posterior yang menghubungkan MCA dan PCA.

Pada keadaan stroke, di dalam jaringan otak terjadi iskemik atau ketidakcukupan suplai darah ke jaringan maupun organ tubuh. Iskemik yang terjadi diakibatkan oleh aliran darah dalam arteri di otak terganggu karena terdapat trombus atau emboli. Hal ini dapat menimbulkan adanya gangguan fungsi, hipoksia (kondisi kurangnya pasokan oksigen di dalam tubuh untuk bisa menjalankan fungsi secara normal) atau anoksia (akibat

dari tidak adanya suplai oksigen) dan hipoglikemik (keadaan kadar gula darah berada di bawah normal) pada jaringan otak.

a. Trombosis

Trombosis merupakan penyebab stroke yang paling banyak terjadi pada penderitanya. Trombosis adalah adanya koagulasi dalam pembuluh darah secara berlebihan atau bisa dikatakan bekuan dari darah. Pada trombosis, darah di jaringan otak mengental sehingga dapat membentuk sumbatan. Hal ini biasanya terjadi karena aterosklerosis. Sumbatan yang terbentuk akan menutupi arteri sehingga akan menyumbat aliran darah di otak. Selain atrerosklerosis, beberapa keadaan yang dapat mengakibatkan trombosis otak adalah hiperkoagulasi pada polisitemia (produksi sel darah merah di tubuh terlalu banyak) dan arteritis (radang pada arteri). Hiperkoagulasi yang terjadi mengakibatkan Sumbatan yang terbentuk akan menutupi arteri sehingga akan menyumbat aliran darah di otak. Selain atrerosklerosis, beberapa keadaan yang dapat mengakibatkan trombosis otak adalah hiperkoagulasi pada polisitemia (produksi sel darah merah di tubuh terlalu banyak) dan arteritis (radang pada arteri). Hiperkoagulasi yang terjadi mengakibatkan darah mengental sehingga viskositasnya bertambah dan dapat memperlambat aliran darah serebral.

Aterosklerosis atau mengisinya dinding pembuluh darah dapat disebabkan oleh kadar kolesterol LDL yang tinggi, kadar kolesterol HDL yang rendah, dan kadar triglicerida yang tinggi, peningkatan

kadar glukosa darah, kekurangan vitamin D serta vitamin K, dan lain-lain. Mekanisme terjadinya kerusakan yaitu:

- 1) Penyempitan pada lumen arteri yang mengakibatkan berkurangnya aliran darah
- 2) Oklusi yang mendadak oleh pembuluh darah akibat adanya thrombosis
- 3) Trombosis merupakan tempat terbentuknya trombus yang kemudian terlepasnya serpihan trombus (embolus)
- 4) Dinding arteri menjadi lemah dan terjadi aneurisma sehingga mudah robek dan mengakibatkan pendarahan

Trombus biasa terbentuk di percabangan arteri yang pada umumnya pada pertemuan antara arteri korotis interna dan arteri vertebra, atau antara arteri vertebra dan arteri basiler.

b. Embolisme

Embolisme merupakan suatu proses penyumbatan pada pembuluh darah yang terjadi karena gumpalan darah atau zat lain seperti gelembung udara maupun lemak. Embolisme karena lemak biasanya diberita orang yang obesitas atau pascaoperasi besar, misalnya operasi caesar dan patah tulang. Endapan lemak (ateroma) juga bisa terlepas dari dinding pembuluh darah yang mengalir kemudian menyumbat pembuluh darah. Hal ini sering terjadi pada pasien yang baru selesai menjalani pembedahan jantung dan pasien yang menderita kelainan katup jantung atau gangguan irama jantung, yaitu aritmia jantung.

Apabila embolisme terjadi di pembuluh darah yang terlalu sempit untuk dilewati, maka aliran darah akan terhenti dan mengakibatkan terhentinya pasokan oksigen dan nutrisi. Bagian dari otak yang sering mengalami embolisme serebri adalah arteria serebri media bagian atas. Terjadinya aterosklerosis (trombosis), embolisme, hipertensi, dan pecahnya pembuluh darah di otak akan

mengakibatkan kerusakan aliran darah di arteri otak. Kerusakan aliran darah tersebut menyebabkan berkurangnya pasokan oksigen dan nutrisi ke otak dan mengakibatkan:

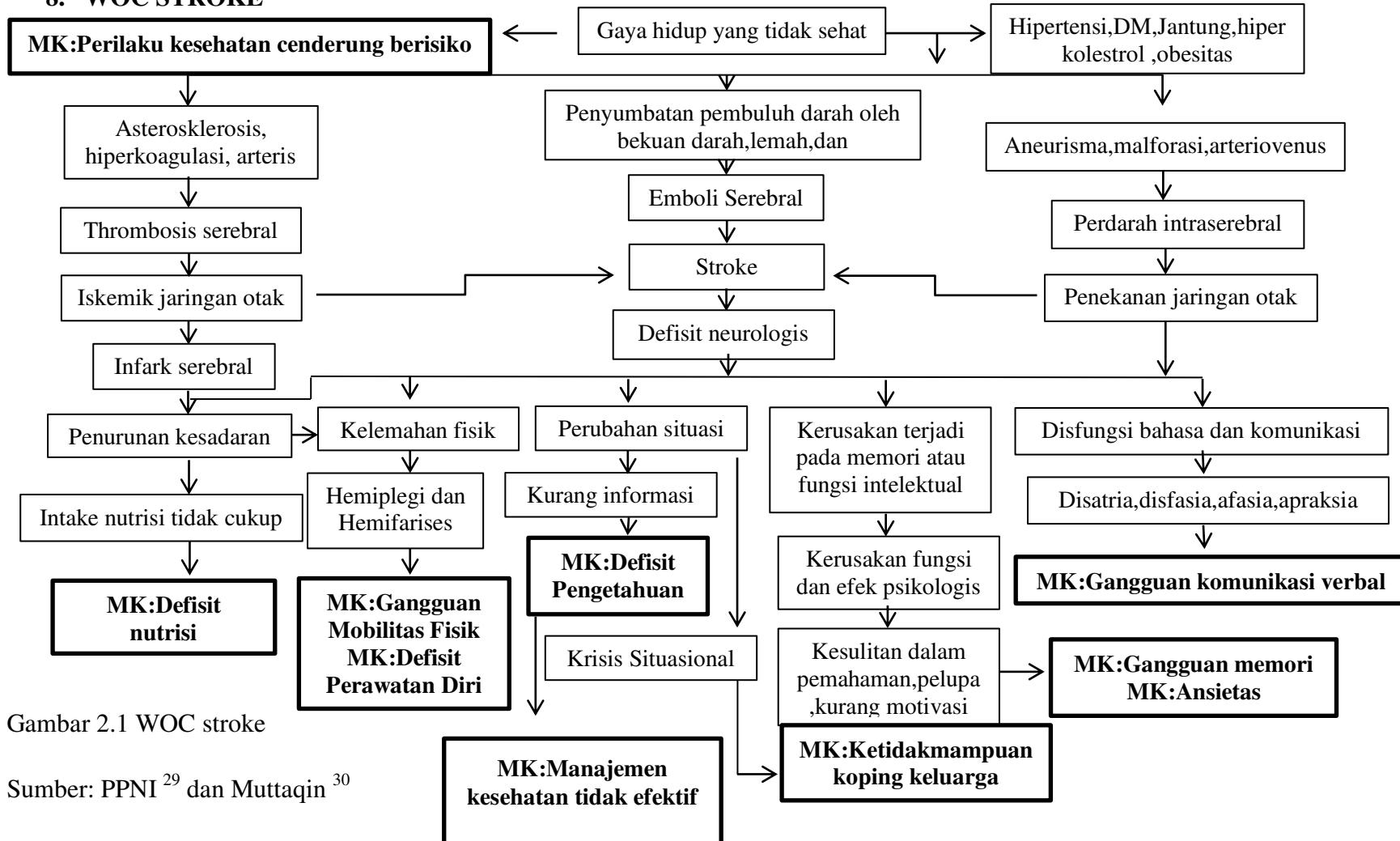
1) Depolarisasi Membran Sel Neuron

Depolarisasi akan memicu ion K<sup>+</sup> masuk secara berlebihan ke dalam tubuh. Masuknya ion K secara berlebihan bersamaan dengan masuknya air memicu terjadinya oedem/udem. Udem adalah keadaan saat terjadinya peningkatan volume cairan di dalam ruang interstitial (celah di antara sel) atau biasa disebut pembengkakan. Adanya udem di dalam otak akan memicu meningkatnya tekanan darah. Dan ketika proses inflamasi tidak lagi dapat mengendalikan, akan terjadi kematian jaringan atau bisa disebut infark serebral. Infark serebral akan mengakibatkan defisit neurologis kontralateral.

2) Jaringan Otak Kekurangan Oksigen dan Glukosa

Jaringan otak yang kekurangan oksigen dan nutrisi glukosa akan mengakibatkan udem dan kongesti (penumpukan) pada area yang mengelilingi infark. Infark merupakan kerusakan secara iskemik pada suatu bagian di otak karena perubahan sirkulasi darah atau berkurangnya pasokan oksigen. Karena adanya udem dan kongesti, tentunya akan memperparah terjadinya infark. Selain udem dan kongesti, kurangnya oksigen dan glukosa pada jaringan otak akan mengakibatkan infark serebral pada area otak. Hal ini menyebabkan kematian sel-sel neuron, sel ganglia, dan struktur di otak, sehingga menurunkan kemampuan otak dalam mengontrol fungsi neurologis.

## 8. WOC STROKE



## 9. Komplikasi Stroke

Serangan stroke tidak berakhir dengan akibat pada otak saja. Gangguan fisik dan emosional akibat terbaring lama tanpa dapat bergerak di tempat tidur adalah dampak yang tidak dapat dihindarkan. Beberapa komplikasi stroke menurut Hutagaluh<sup>13</sup> diantaranya:

a. Depresi

Inilah dampak yang paling sulit bagi penderita dan orang-orang sekitarnya. Oleh karena keterbatasan akibat lumpuh dan sulit berkomunikasi menyebabkan penderita stroke sering mengalami depresi.

b. Darah Beku

Darah beku mudah terbentuk pada jaringan yang lumpuh terutama pada kaki sehingga menyebabkan pembengkakan yang mengganggu. Selain itu, pembekuan darah juga dapat terjadi pada arteri yang mengalirkan darah pada paru-paru sehingga penderita sulit bernafas dan dalam beberapa kasus mengalami kematian.

c. Infeksi

Jika penderita stroke menjadi lumpuh, penderita harus sering dipindahkan dan digerakkan secara teratur agar bagian pinggul, sendi kaki, dan tumit tidak terluka. Bila luka-luka tidak dirawat, bisa terjadi infeksi.

d. Pneumonia (radang paru-paru)

Ketidakmampuan bergerak setelah mengalami stroke membuat penderita mengalami kesulitan menelan dengan sempurna atau sering terbatuk-batuk sehingga cairan terkumpul di paru-paru dan selanjutnya dapat mengakibatkan pneumonia.

## 10. Pemeriksaan Penunjang

Menurut Taslim<sup>31</sup> pemeriksaan penunjang yang dilakukan pada pasien yang terdiagnosis stroke adalah sebagai berikut:

a. CT Scan

Untuk melihat adanya edema, hematoma, iskemia, dan adanya infark.

b. *Scan Computerised Axial Tomography* (CAT)

Pemeriksaan CAT dilakukan dengan cara memasukkan kepala pasien ke dalam suatu mesin besar yang memfoto bagian yang mengalami kerusakan. Hasil dari sinar x kemungkinan akan menunjukkan bagian yang sedang mengalami kerusakan dan dari beberapa kasus juga akan menunjukkan daerah yang mengalami kerusakan lama yang sebelumnya tidak diketahui.

c. *Magnetic Resonance Imaging* (MRI)

Ketika pemeriksaan CAT tidak menunjukkan penyumbatan atau kerusakan, maka pemeriksaan yang dapat dilakukan yaitu MRI. Pemeriksaan MRI dikenal sebagai *Positron Emission Tomography* (PET) yaitu pemeriksaan yang paling baru yang dapat memperlihatkan rincian dari pemeriksaan secara detail.

e. *Electrocardiograph Machine* (ECG)

Pemeriksaan ECG dilakukan untuk mengetahui grafik dari detak jantung dan juga untuk mendeteksi adanya penyakit jantung yang mendasari terjadinya serangan stroke serta hipertensi.

f. *Electroencephalogram* (EEG)

Pemeriksaan EEG dilakukan untuk melakukan monitor pada aktivitas elektrik yang ada di otak. Pemeriksaan ini dapat menemukan adanya epilepsi dan kelainan-kelainan elektris lainnya. Pemeriksaan ini dilakukan dengan cara menempelkan electrode-elektrode dan amplifier ke bagian kepala pasien. Proses pemeriksaan ini tidak menimbulkan rasa sakit dan tidak membahayakan

g. Tes Darah

Ada beberapa alasan dari tes darah yang dilakukan secara rutin, sebagai berikut:

- 1) Tes darah dilakukan untuk mengetahui adanya penyebab stroke yang disebabkan karena terdapatnya gangguan pada darah seperti

leukimia, anemia, dan polistaemia (sel darah merah berlebih) atau kurangnya vitamin.

- 2) Pemeriksaan darah rutin dapat menunjukkan adanya masalah lain yang dapat menghambat proses pemulihan, seperti penyakit hati atau ginjal, infeksi, diabetes melitus atau dehidrasi.

#### h. Pemeriksaan lainnya

Pemeriksaan lainnya yang dapat dilakukan yaitu angiogram atau arteriogram.

### **11. Penatalaksanaan**

Pada prinsipnya pengobatan harus dilakukan sedini mungkin dengan cara yang tepat<sup>13</sup>. Penderita serangan akut sangat dianjurkan dirawat di Rumah Sakit dengan tujuan:

- a. Mencari penyebab dan faktor risiko serta mengobatinya.
- b. Mempertahankan jaringan otak yang iskemik tidak berkembang menjadi nekrosis dengan memperbaiki metabolisme otak.
- c. Menekan morbiditas.
- d. Menghindari kecacatan yang lebih berat.
- e. Mencegah komplikasi akibat perawatan yang tidak benar.

Pada umumnya penatalaksanaan stroke akut selama dilakukan perawatan di Rumah Sakit adalah:

- a. Perawatan Umum Stroke.
  - 1) Pernapasan. Jalan napas harus bebas dari benda asing seperti: gigi palsu, muntahan, lendir harus dikeluarkan dari mulut dan tenggorokan.
  - 2) Tekanan Darah. Tekanan darah harus dipertahankan pada posisi yang optimal supaya cukup memberikan aliran darah ke otak tetap adekuat, jumlah hemoglobin juga dipertahankan cukup untuk menyediakan oksigenasi otak, kadar glukosa darah di kontrol.
  - 3) Bila kejang, dihentikan karena akan menambah kerusakan sel otak.
  - 4) Buang air kecil. Produksi urine diperhatikan supaya infeksi kandung kencing dapat dihindarkan.

- 5) Feses (defekasi). Hindarkan obstipasi atau kesulitan buang air besar.
- b. Pengobatan Spesifik Stroke.
  - 1) Pengobatan Stroke Non Hemoragik. Pengobatan medik yang spesifik dilakukan dengan prinsip dasar yaitu pengobatan untuk memulihkan sirkulasi otak di daerah yang terkena stroke, kalau mungkin sampai keadaan sebelum sakit. Untuk tujuan khusus ini digunakan obat-obat yang dapat menghancurkan emboli atau trombus pada pembuluh darah. Jenis obat yang digunakan antara lain:
    - (a) Terapi reperfusi, antara lain: dengan pemakaian r-TPA (*recombinant-tissue plasminogen activator*) yang diberikan pada penderita stroke akut baik intravena maupun intra arterial dalam waktu kurang dari 3 jam setelah onset stroke. Diharapkan dengan pengobatan ini, terapi penghancuran trombus dan reperfusi jaringan otak terjadi sebelum ada perubahan irreversibel pada otak yang terkena terutama didaerah yang iskemik (penumbra).
    - (b) Pengobatan Anti Platelet.
    - (c) Obat-obat defibrinasi, mempunyai efek terhadap defibrinasi cepat, mengurangi viskositas darah dan efek antikoagulasi.
    - (d) Terapi neuroproteksi, dengan menggunakan obat-obat "neuroprotektor", yaitu obat yang mencegah dan memblok proses yang menyebabkan kematian sel-sel terutama didaerah penumbra. Jenis obat-obat ini antara lain phenytoin, Cachannel blocker, Pentoxyfilline, Pirasetam.
    - (e) Pengobatan Stroke Hemoragik. Penanganan stroke hemoragik dapat bersifat medik atau bedah tergantung keadaan penderita. Penanganan medik fase akut dilakukan pada penderita stroke hemoragik dengan menurunkan tekanan darah sistemik yang tinggi dengan obat-obat anti hipertensi yang biasanya short acting untuk mencapai tekanan darah pre morbid atau

diturunkan kira-kira 20% dari tekanan darah waktu masuk Rumah Sakit. Pemberian analgesik untuk nyeri kepala, pemberian terapi anti fibrinolitik untuk mencegah perdarahan ulang.

## B. Konsep Keluarga

### 1. Definisi Keluarga

Keluarga merupakan suatu arena berlangsungnya interaksi kepribadian atau sebagai sosial terkecil yang terdiri dari seperangkat komponen yang sangat tergantung dan dipengaruhi oleh struktur internal dan sistem-sistem lain . Keluarga merupakan unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga, anggota keluarga lainnya yang berkumpul dan tinggal dalam satu rumah tangga karena pertalian darah dan ikatan perkawinan atau adopsi <sup>20</sup>.

Antara keluarga satu dengan keluarga lainnya saling tergantung dan berinteraksi. Apabila salah satu atau beberapa keluarga mempunyai masalah kesehatan, maka akan berpengaruh terhadap anggota keluarga yang lainnya dan keluarga yang ada disekitarnya. Dari permasalahan tersebut, maka keluarga merupakan fokus pelayanan kesehatan yang strategis, sebab:

- a. Keluarga sebagai lembaga yang perlu diperhitungkan
- b. Keluarga mempunyai peran utama dalam pemeliharaan kesehatan seluruh anggota keluarga
- c. Masalah kesehatan dalam keluarga saling terkait
- d. Keluarga sebagai tempat pengambilan keputusan dalam perawatan kesehatan
- e. Keluarga merupakan perantara yang efektif dalam berbagai usaha-usaha kesehatan masyarakat.

### 2. Tipe atau Bentuk Keluarga

Berbagai bentuk keluarga digolongkan sebagai keluarga tradisional dan non tradisional adalah sebagai berikut :

a. Keluarga tradisional

1) Keluarga Inti

Keluarga inti terdiri dari seorang ayah yang mencari nafkah, ibu yang mengurus rumah tangga dan anak<sup>20</sup>.

2) Keluarga adopsi

Adopsi merupakan sebuah cara lain untuk membentuk keluarga. Dengan menyerahkan secara sah tanggung jawab sebagai orang tua adopsi, biasanya menimbulkan keadaan saling menguntungkan baik bagi orang tua maupun anak. Di satu pihak orang tua adopsi mampu memberi asuhan dan kasih sayangnya pada anak adopsinya, sementara anak adopsi diberi sebuah keluarga yang sangat menginginkan mereka<sup>20</sup>.

3) Keluarga besar (*Extended Family*)

Keluarga dengan pasangan yang berbagi pengaturan rumah tangga dan pengeluaran keuangan dengan orang tua, kakak atau adik, dan keluarga dekat lainnya. Anak-anak kemudian dibesarkan oleh generasi dan memiliki pilihan model pola perilaku yang akan membentuk pola perilaku mereka<sup>20</sup>.

4) Keluarga orang tua tunggal

Keluarga orang tua tunggal adalah keluarga dengan ibu atau ayah sebagai kepala keluarga. Keluarga orang tua tunggal tradisional adalah keluarga dengan kepala rumah tangga duda atau janda yang bercerai, ditelantarkan, atau berpisah. Keluarga orang tua tunggal nontradisional adalah keluarga yang kepala keluarganya tidak menikah<sup>20</sup>.

5) Dewasa lajang yang tinggal sendiri

Kebanyakan individu yang tinggal sendiri adalah bagian dari beberapa bentuk jaringan keluarga yang longgar. Jika jaringan ini tidak terdiri atas kerabat, 17 jaringan ini dapat terdiri atas temanteman. Hewan peliharaan juga dapat menjadi anggota keluarga yang penting<sup>20</sup>.

6) Keluarga orang tua tiri

Keluarga yang pada awalnya mengalami proses penyatuan yang kompleks dan penuh dengan stress. Banyak penyesuaian yang perlu dilakukan dan sering kali individu yang berbeda atau subkelompok keluarga yang baru terbentuk ini beradaptasi dengan kecepatan yang tidak sama<sup>20</sup>.

#### 7) Keluarga Binuklir

Keluarga yang terbentuk setelah perceraian yaitu anak merupakan anggota dari sebuah sistem keluarga yang terdiri atas dua rumah tangga inti, maternal dan paternal dengan keragaman dalam hal tingkat kerjasama dan waktu yang dihabiskan dalam setiap rumah tangga<sup>20</sup>.

#### b. Keluarga Non-tradisional

- 1) *Commune Family* adalah lebih satu keluarga tanpa pertalian darah hidup serumah
- 2) Orang tua yang tidak ada ikatan perkawinan dan anak hidup bersama dalam satu rumah tangga.
- 3) Homoseksual adalah dua individu yang sejenis hidup bersama dalam satu rumah tangga.

### **3. Tahap perkembangan keluarga**

#### a. Tahap I

Keluarga Pasangan Baru (*beginning family*) Pembentukan pasangan menandakan permulaan suatu keluarga baru dengan pergerakan dari membentuk keluarga asli sampai ke hubungan intim yang baru. Tahap ini juga disebut tahap pernikahan. Tugas perkembangan keluarga tahap I adalah membentuk pernikahan yang memuaskan bagi satu sama lain, berhubungan secara harmonis dengan jaringan kekerabatan dan merencanakan sebuah keluarga<sup>20</sup>.

#### b. Tahap II

Keluarga Kelahiran Anak Pertama (*childbearing family*) Mulai dengan kelahiran anak pertama dan berlanjut sampai bayi berusia 30 bulan. Transisi ke masa menjadi orang tua adalah salah satu kunci dalam siklus keluarga. Tugas perkembangan keluarga disini yaitu

setelah hadirnya anak pertama, keluarga memiliki beberapa tugas perkembangan penting. Suami, istri anak harus mempelajari peran barunya, sementara unit keluarga inti mengalami perkembangan fungsi dan tangguang jawab<sup>20</sup>.

c. Tahap III

Keluarga dengan anak prasekolah (*families with preschool*) Tahap ini dimulai ketika anak pertama berusia 2,5 tahun dan diakhiri ketika anak berusia 5 tahun. Keluarga saat ini dapat terdiri dari tiga sampai lima orang, dengan posisi pasangan suami-ayah, istri-ibu, putra-saudara laki-laki, dan putri saudara perempuan. Tugas perkembangan keluarga saat ini berkembang baik secara jumlah maupun kompleksitas. Kebutuhan anak prasekolah dan anak kecil lainnya untuk mengekplorasi dunia di sekitar mereka, dan kebutuhan orang tua akan privasi diri, membuat rumah dan jarak yang adekuat menjadi masalah utama. Peralatan dan fasilitas juga harus aman untuk anak-anak<sup>20</sup>.

d. Tahap IV

Keluarga dengan anak sekolah (*families with school children*) Tahap ini dimulai pada saat tertua memasuki sekolah dalam waktu penuh, biasanya pada usia 5 tahun, dan diakhiri ketika ia mencapai pubertas, sekitar usia 13 tahun. Keluarga biasanya mencapai jumlah anggota keluarga yang maksimal dan hubungan akhir tahap ini juga maksimal. Tugas perkembangan keluarga pada tahap ini adalah keluarga dapat mensosialisasikan anak-anak, dapat meningkatkan prestasi sekolah dan mempertahankan hubungan pernikahan yang memuaskan<sup>20</sup>.

e. Tahap V

Keluarga dengan Anak Remaja (*families with teenagers*) Biasanya tahap ini berlangsung selama enam atau tujuh tahun, walaupun dapat lebih singkat jika anak meninggalkan keluarga lebih awal atau lebih lama jika anak tetap tinggal di rumah pada usia lebih dari 19 atau 20 tahun. Anak lainnya yang tinggal dirumah biasanya anak

usia sekolah. Tujuan keluarga pada tahap ini adalah melonggarkan ikatan keluarga untuk memberikan tanggung jawab dan kebebasan remaja yang lebih besar dalam mempersiapkan diri menjadi seorang dewasa muda. Tugas perkembangan keluarga pada tahap ini adalah menyeimbangkan kebebasan dengan tanggung jawab seiring dengan kematangan remaja dan semakin meningkatnya otonomi <sup>20</sup>.

f. Tahap VI

Keluarga Melepaskan Anak Dewasa Muda (*launching center families*) Tahap ini dimulai pada saat perginya anak pertama dari rumah orang tua dan berakhir dengan “kosongnya rumah”, ketika anak terakhir juga telah meninggalkan rumah. Tahap ini dapat cukup singkat atau cukup lama, bergantung pada jumlah anak dalam keluarga atau jika anak yang belum menikah tetap tinggal di rumah setelah mereka menyelesaikan SMU atau kuliahnya. Tahap perkembangan keluarga disini adalah keluarga membantu anak tertua untuk terjun ke dunia luar, orang tua juga terlibat dengan anak terkecilnya, yaitu membantu mereka menjadi mandiri <sup>20</sup>.

g. Tahap VII

Orang Tua Paruh Baya (*middle age families*) Tahapan ini dimulai ketika anak terakhir meninggalkan rumah dan berakhir dengan pensiunan atau kematian salah satu pasangan. Tahap ini dimulai ketika orang tua berusia sekitar 45 tahun sampai 55 tahun dan berakhir dengan pensiunannya pasangan, biasanya 16 sampai 18 tahun kemudian. Tahap perkembangan keluarga pada tahap ini adalah wanita memprogramkan kembali energi mereka dan bersiap-siap untuk hidup dalam kesepian dan sebagai pendorong anak mereka yang sedang berkembang untuk lebih mandiri <sup>20</sup>.

h. Tahap VIII

Keluarga Lanjut Usia dan Pensiunan Tahap terakhir perkembangan keluarga ini adalah dimulai pada saat pensiunan salah satu atau kedua pasangan, berlanjut sampai kehilangan salah satu pasangan, dan berakhir dengan kematian pasangan yang lain. Tugas

perkembangan keluarga pada tahap ini adalah mempertahankan penataan kehidupan yang memuaskan. Kembali ke rumah setelah individu pension atau berhenti bekerja dapat menjadi problematik<sup>20</sup>.

#### **4. Fungsi Keluarga**

Menurut Hutaguluh<sup>20</sup>, lima fungsi keluarga menjadi saling berhubungan erat pada saat mengkaji dan melakukan intervensi dengan keluarga. Lima fungsi itu adalah :

a. **Fungsi Afektif**

Fungsi afektif merupakan dasar utama baik untuk pembentukan maupun berkelanjutan unit keluarga itu sendiri, sehingga fungsi afektif merupakan salah satu fungsi keluarga yang paling penting. Saat ini, ketika tugas sosial dilaksanakan di luar unit keluarga, sebagian besar upaya keluarga difokuskan pada pemenuhan kebutuhan anggota keluarga akan kasih sayang dan pengertian. Manfaat fungsi afektif di dalam anggota keluarga dijumpai paling kuat di antara keluarga kelas menengah dan kelas atas, karena pada keluarga tersebut mempunyai lebih banyak pilihan. Sedangkan pada keluarga kelas bawah, fungsi afektif sering terhiraukan<sup>20</sup>.

b. **Fungsi Sosialisasi dan Status Sosial**

Sosialisasi anggota keluarga adalah fungsi yang universal dan lintas budaya yang dibutuhkan untuk kelangsungan hidup masyarakat. Dengan kemauan untuk bersosialisasi dengan orang lain, keluarga bisa mendapatkan informasi tentang pentingnya seperti cara mencegah dan penanganan stroke menggunakan herbal<sup>20</sup>.

c. **Fungsi Perawatan Kesehatan**

Fungsi fisik keluarga dipenuhi oleh orang tua yang menyediakan makanan, pakaian, tempat tinggal, perawatan kesehatan, dan perlindungan terhadap bahaya. Pelayanan dan praktik kesehatan (yang mempengaruhi status kesehatan anggota keluarga secara individual) adalah fungsi keluarga yang paling relevan bagi perawat

keluarga. Kurangnya kemampuan keluarga untuk memfasilitasi kebutuhan<sup>20</sup>.

Adapun tugas keluarga yang harus dimiliki keluarga dalam Friedman tahun 2010 dan hal ini memerlukan partisipasi perawat keluarga, yaitu:

- 1) Keluarga mampu mengenal masalah kesehatan setiap anggotanya. Setelah mengetahui masalah kesehatan masing-masing anggota keluarga, perubahan terkecil yang dialami anggota keluarga secara tidak langsung menjadi perhatian dan tanggung jawab keluarga. Oleh karena itu, jika mengetahui perubahan tersebut perlu segera dicatat kapan terjadi, perubahan apa yang terjadi, dan apa yang terjadi, berapa banyak yang telah berubah.
- 2) Keluarga dapat mengambil keputusan dalam melakukan tindakan yang tepat. Mengambil keputusan merupakan tugas utama keluarga, tujuannya keluarga dapat mencari pertolongan yang tepat sesuai dengan keadaan keluarga, memberikan masukan penuh terhadap keluarga yang mempunyai kemampuan untuk melakukan tindakan yang tepat sehingga dapat mengurangi masalah kesehatan. Jika keluarga memiliki keterbatasan, carilah bantuan orang lain di lingkungan sekitar keluarga.
- 3) Keluarga mampu memberikan perawatan pada anggota keluarganya yang sakit. Untuk memberikan perawatan pada anggota keluarga yang sakit atau tidak bisa merawat tubunya sendiri karena adanya kekurangan atau usia. Jika keluarga memiliki kemampuan untuk melakukan layanan gawat darurat atau layanan kesehatan untuk mengambil tindakan lebih lanjut, perawat dapat melakukannya di rumah sehingga tidak akan terjadi masalah yang lebih serius.

- 4) Keluarga mampu memodifikasi lingkungan. Mengubah lingkungan keluarga, seperti pentingnya kebersihan keluarga, dimana usaha keluarga dalam mencegah penyakit, kebersamaan antar anggota keluarga terhadap mengelola lingkungan keluarga baik internal maupun eksternal, pentingnya hiegine sanitasi dan upaya pencegahan penyakit.
- 5) Keluarga dapat menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan Menggunakan sarana pelayanan kesehatan, merupakan keyakinan keluarga terhadap tenaga kesehatan dan fasilitas kesehatan. Keluarga mengetahui keberadaan fasilitas kesehatan, mendapatkan keuntungan menggunakan fasilitas kesehatan, apakah layanan kesehatan terjangkau bagi keluarga, dan apakah mereka memahami dengan baik pengalaman sebuah keluarga.

d. Fungsi Reproduksi

Salah satu fungsi dasar keluarga adalah untuk menjamin kontinuitas antar generasi keluarga masyarakat yaitu : menyediakan anggota baru untuk masyarakat (menurut Lislie dan Korman dalam <sup>20</sup>).

e. Fungsi Ekonomi

Fungsi ekonomi melibatkan penyediaan keluarga akan sumber daya yang cukup finansial, ruang dan materi serta alokasinya yang sesuai melalui proses pengambilan keputusan <sup>20</sup>.

## **5. Peran Perawat Keluarga**

Peran perawat keluarga menurut Bakri <sup>31</sup>

a. Pendidik Kesehatan

Perawat menyampaikan informasi terkait kondisi kesehatan spesifik serta kesehatan keluarga secara umum, termasuk mengkampanyekan pesan-pesan pencegahan stroke kepada keluarga dan masyarakat.

b. Koordinator

Perawat dalam konteks kesehatan keluarga berperan sebagai koordinator dalam perawatan pasien, dengan merancang dan mengelola program kegiatan atau terapi yang sesuai.

c. Pelaksana

Perawat dapat menunjukkan cara perawatan kepada keluarga, dengan tujuan agar anggota keluarga yang sehat mampu memberikan perawatan langsung kepada anggota keluarga yang sakit.

d. Pengawas Kesehatan

Perawat kesehatan keluarga berkewajiban untuk melakukan kunjungan rumah secara rutin guna memantau kondisi pasien. Selama kunjungan, perawat memberikan intervensi kepada pasien stroke, seperti latihan rentang gerak (ROM), untuk mendukung proses pemulihannya..

e. Konsultan

Sebagai konsultan keluarga, perawat perlu siap menjadi sumber informasi dan menunjukkan sikap terbuka serta dapat dipercaya.

f. Kolaborasi

Perawat bekerja sama dengan keluarga pasien dan juga perlu membangun jaringan dengan sesama perawat serta institusi pelayanan kesehatan lainnya.

g. Fasilitator

Perawat perlu memahami sistem pelayanan kesehatan untuk dapat memberikan solusi yang tepat ketika keluarga menghadapi berbagai kendala.

h. Peneliti

Perawat memiliki peran penting dalam mengidentifikasi masalah kesehatan dalam keluarga, yang dapat menjadi temuan baru untuk meningkatkan kesehatan masyarakat, khususnya terkait dengan kejadian stroke.

i. Memodifikasi Lingkungan

Perawat memberikan informasi kepada keluarga dan masyarakat mengenai faktor-faktor lingkungan yang dapat berkontribusi terhadap timbulnya penyakit.

## C. Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga

### 1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahapan perawat menggali informasi secara terus menerus dari anggota keluarga yang dibina. Format pengkajian keluarga menurut Friedman<sup>20</sup>:

#### a. Data Umum

- 1) Data Umum Data umum yang perlu dikaji seperti nama kepala keluarga dan anggota keluarga, alamat, jenis kelamin, umur, pekerjaan, dan pendidikan<sup>20</sup>. Menurut Purwani<sup>28</sup> risiko stroke akan semakin meningkat seiring bertambahnya usia karena kondisi tubuh yang tidak sepenuhnya normal lagi serta pola hidup yang berubah.

#### 2) Komposisi Keluarga

Komposisi keluarga berisi tentang dengan siapa anggota keluarga yang diidentifikasi sebagai bagian dari keluarga mereka, komposisi keluarga dapat diterangkan dengan menggunakan genogram. Genogram merupakan suatu diagram yang menggambarkan sebuah pohon keluarga. Genogram keluarga memasukkan tiga generasi keluarga yaitu dua generasi dalam keluarga inti dan keluarga asli dari tiap orangtua<sup>20</sup>. Stroke merupakan penyakit keturunan, yang bisa diwariskan melalui gen<sup>28</sup>.

#### 3) Tipe Keluarga

Tipe keluarga menjelaskan masalah yang dihadapi, kendala dalam upaya penyelesaian masalah sebelumnya, dan lain sebagainya. Untuk mengetahui tentang tipe keluarga perlu menanyakan kepada keluarga tersebut bagaimana hubungan antar anggota keluarga tersebut<sup>19</sup>.

#### 4) Latar Belakang Budaya (Etnik)

Mengetahui bagaimana kebiasaan-kabiasaan yang dilakukan oleh keluarga<sup>19</sup>.

#### 5) Identifikasi Religius

Semua agama mengajarkan kebersihan dan kesehatan, dengan mengkaji agama pasien kita dapat mengetahui sejauh mana keluarga menjaga kesehatan melalui ajaran agama<sup>19</sup>.

- 6) Status Kelas Sosial Status kelas sosial keluarga diidentifikasi berdasarkan tingkat penghasilan keluarga dan sumber penghasilan, pekerjaan serta pendidikan anggota keluarga dewasa<sup>20</sup>.
- 7) Mobilitas Kelas Sosial (Aktivitas Rekreasi)

Rekreasi dapat mempengaruhi kadar stress keluarga, pengkajian bentuk rekreasi tidak hanya dilihat kemana keluarga pergi bersama, melainkan bisa juga dilihat dari hal kecil yang dilakukan bersama keluarga seperti menonton televisi, mendengarkan musik, membaca buku, dan lain-lain<sup>19</sup>.

#### b. Riwayat Keluarga dan Tahap Perkembangan

- 1) Tahap perkembangan keluarga saat ini

Tahap perkembangan keluarga ini ditentukan dengan anak pertama atau tertua dari keluarga inti<sup>19</sup>. Biasanya keluarga dengan stroke sering ditemukan pada tahap keluarga dengan anak dewasa, tahap keluarga usia pertengahan, dan tahap keluarga usia lanjut.

- 2) Tugas Perkembangan Keluarga yang Belum Terpenuhi

Setiap anggota keluarga memiliki peran dan tugas masing-masing, disini mengakaji apakah tugas perkembangan keluarga sudah terpenuhi atau belum, jika belum maka dikaji apa penyebabnya dan apakah tugas perkembangan tersebut perlu enanganan segera atau bisa ditunda<sup>19</sup>.

- 3) Riwayat Keluarga Inti

Mengkaji riwayat kesehatan keluarga, mengkaji apakah ada anggota keluarga yang memiliki riwayat penyakit yang berisiko menurun, bagaimana pencegahan penyakit dengan imunisasi, fasilitas kesehatan apa saja yang pernah diakses, riwayat penyakit yang pernah diderita, serta riwayat perkembangan dan kejadian-kejadian atau pengalaman penting yang berhubungan dengan kesehatan<sup>19</sup>.

4) Riwayat Keluarga Sebelumnya

Riwayat keluarga besar dari pihak suami dan istri juga dibutuhkan, dikarenakan ada penyakit yang bersifat genetik atau berpotensi menurun pada anak cucu <sup>19</sup>. Biasanya terdapat keluarga yang menderita penyakit hipertensi, DM, penyakit jantung, karena merupakan faktor risiko penyakit stroke yang dapat diturunkan dari keluarga <sup>28</sup>.

c. Data Lingkungan

Lingkungan dimana seseorang berada sangat memengaruhi keluarga dalam kesehatan <sup>19</sup>.

1) Karakteristik Rumah

Perawat mengkaji data karakteristik rumah keluarga dan membuat denah rumah, dengan melihat luas rumah, tipe rumah, jumlah ruangan dan fungsinya, sirkulasi udara dan sinar yang masuk, pendinginan udara (AC) atau kipas angin, pencahayaan, banyaknya jendela, tata letak perabotan, penempatan septic tank beserta kapasitas dan jenisnya, jarak sumber air, dengan septic tank, dan lain-lain. Selain itu juga mengkaji karakteristik anggota keluarganya <sup>19</sup>.

2) Karakteristik Lingkungan Tempat Tinggal dan Masyarakat

Mengkaji lingkungan fisik, kebiasaan, kesepakatan atau aturan penduduk setempat dan budaya yang memengaruhi kesehatan <sup>19</sup>.

3) Mobilitas Geografis Keluarga

Ini ditentukan oleh apakah keluarga tersebut tinggal secara permanen atau sebelumnya pernah berpindah tempat tinggal.

4) Interaksi Sosial Keluarga dengan Masyarakat

Interaksi sosial keluarga dapat mendeteksi dimana keluarga mendapatkan penyakit, apakah pasien mendapatkan penyakitnya dari pergaulan luar atau bukan <sup>19</sup>.

5) Sumber Pendukung Keluarga

Setiap keluarga pasti memiliki fasilitas-fasilitas, akan tetapi dalam proses keperawatan keluarga tidak hanya membutuhkan data itu

saja, juga membutuhkan data berapa jumlah anggota keluarga yang sehat sehingga bisa membantu yang sakit. Data sistem pendukung juga membutuhkan fasilitas psikologis atau dukungan dari anggota keluarga dan fasilitas sosial atau dukungan dari masyarakat setempat<sup>19</sup>. Pada keluarga dengan stroke dikaji sistem pendukung untuk kehidupan pasien stroke dalam keluarga. Dukungan keluarga diperlukan dalam merawat anggota keluarga dengan stroke.

d. Struktur Keluarga

1) Pola Komunikasi Keluarga

Untuk melihat pola komunikasi dilakukan observasi terhadap seluruh anggota keluarga dalam berhubungan satu sama lain, apakah komunikasi dalam keluarga berfungsi dengan baik atau sebaliknya<sup>19</sup>.

2) Struktur Kekuatan

Kekuatan keluarga diukur dari peran dominan anggota keluarga, dapat dilihat dari siapa yang dominan dalam mengambil keputusan, mengelola anggaran, tempat tinggal, tempat kerja, dan lain sebagainya. Selain itu, juga perlu mengetahui pola interaksi dominan tersebut dilakukan, apakah dengan demokrasi, negosiasi, atau diktatorian<sup>19</sup>.

3) Struktur Peran Keluarga

Perawat perlu mengetahui peran dari setiap anggota keluarga apakah berjalan dengan baik atau tidak, jika tidak berjalan dengan baik maka siapa yang biasanya akan memberi pengertian, menilai pertumbuhan, pengalaman baru, teknik dan pola komunikasi. Selain peran formal ada juga peran informal, perawat juga harus mengetahui siapa yang cenderung mengambil peran ini dan apa pengaruhnya<sup>19</sup>.

4) Nilai-nilai Keluarga

Menjelaskan bagaimana nilai dan norma yang dianut oleh keluarga, apakah ada norma yang bertentangan dengan kesehatan atau tidak<sup>19</sup>.

e. Fungsi Keluarga

1) Fungsi Afektif

Data yang dikaji seperti, pola kebutuhan keluarga dan responnya, apakah individu merasakan individu lain dalam keluarga, bagaimana sensitivitas antar anggota keluarga, bagaimana keluarga menanamkan perasaan kebersamaan dengan anggota keluarganya, bagaimana anggota keluarga saling memercayai dan memberikan perhatian saling mendukung satu sama lain, bagaimana hubungan dan interaksi keluarga dengan lingkungan <sup>19</sup>.

2) Fungsi Sosial

Data yang dikaji: bagaimana keluarga dalam membesarakan anak, termasuk pula kontrol perilaku, penghargaan disiplin, kebebasan dan ketergantungan. Menanyakan, kebudayaan yang dianut dalam membesarakan anak, dan apakah lingkungan memberikan dukungan dalam perkembangan anak <sup>19</sup>.

3) Fungsi Ekonomi

Menjelaskan cara keluarga berusaha untuk memenuhi kebutuhan sandang, papan, pangan. serta bagaimana menggunakan lingkungan keluarga untuk meningkatkan pendapatan keluarga <sup>19</sup>.

4) Fungsi Perawatan Kesehatan

Sejauh mana keluarga menyediakan makanan, pakaian, tempat tinggal, perawatan kesehatan, dan perlindungan terhadap bahaya bagi anggota keluarga yang sakit. Kemampuan keluarga untuk melaksanakan tugas perawatan keluarga yaitu:

(a) Kenali Masalah Kesehatan

Yang perlu dikaji adalah pengetahuan keluarga mengenai masalah kesehatan, termasuk pemahaman mengenai stroke, tanda-tanda gejala stroke, faktor penyebab mengenai masalah tersebut.

(b) Buat Keputusan Kesehatan

Sejauh mana keluarga memahami sifat dan tingkat masalah stroke, apakah keluarga pasrah terhadap masalah yang

dihadapi, apakah keluarga mau mengambil keputusan untuk melakukan perubahan kesehatan untuk menghindari faktor risiko dan dampak stroke.

(c) Merawat Anggota Keluarga yang Sakit

Sejauh mana pemahaman keluarga mengenai sikap dan bagaimana cara merawat kesehatan pasien stroke.

(d) Meningkatkan Kesehatan Lingkungan

Keluarga bisa mengubah lingkungan dengan baik.

(e) Memanfaatkan fasilitas kesehatan

Keluarga dapat memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada.

5) Fungsi Reproduksi

Mengkaji bagaimana keluarga merencanakan jumlah anak, berapa jumlah anak, metode apa yang digunakan keluarga dalam pengendalian anak<sup>19</sup>.

f. Stress dan Koping Keluarga

1) Stress Jangka Pendek

Merupakan stressor yang dialami keluarga tetapi bisa ditangani dalam jangka waktu kurang dari enam bulan<sup>19</sup>.

2) Stress Jangka Panjang

Merupakan stressor yang dirasakan keluarga lebih dari enam bulan untuk penyelesaiannya<sup>19</sup>.

3) Strategi Koping yang Digunakan Keluarga

Dilakukan pengkajian bagaimana keluarga menghadapi, merespon stressor, dan strategi apa yang digunakan untuk menghadapi dan menyelesaiannya<sup>19</sup>.

4) Adaptasi Maladaptif yang Dilakukan Keluarga

Stressor dapat menyebabkan respon koping maladaptif sehingga terjadi perubahan pada fungsi normal tubuh yang akan memicu respon seseorang sehingga meningkatkan tekanan darah secara kronis.

g. Pengkajian Personal Hygiene

Biasanya terjadi gangguan dalam pemenuhan *personal hygiene* pasien stroke, karena keerbatasan fisik yang dialami sehingga dalam melakukan *self care* diperlukan dukungan dari *care giver*.

h. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan pada seluruh anggota keluarga, dengan head to toe meliputi:

1) Keadaan Umum

Meliputi kesadaran penderita, tinggi badan, berat badan, dan tanda-tanda vital. Biasanya klien stroke pada masa pemulihan, kesadaran komposmentis, berat badan menurun, dan tekanan darah tinggi <sup>13</sup>.

2) Kepala dan Wajah

a) Kepala

Biasanya pada penderita stroke, mengalami kepala pusing berdenyut, dan sakit kepala <sup>13</sup>.

b) Mata

Biasanya penglihatan kabur, dan terjadi gangguan gerak bola mata, sehingga penglihatan menjadi tidak fokus (apa yang dilihat menjadi ganda atau diplopia) <sup>13</sup>.

c) Wajah

Biasanya wajah tidak simetris, otot wajah tertarik ke bagian sisi yang sehat <sup>13</sup>.

d) Hidung

Biasanya terjadi perubahan pada indra penciuman <sup>13</sup>.

e) Telinga

Biasanya telinga menjadi tuli secara mendadak <sup>13</sup>.

f) Mulut

Biasanya mulut pada pasien stroke menjadi mencong dan pembicaraan pelo (disatri), kesulitan dalam menelan dan mengunyah, serta kesulitan dalam membuka mulut <sup>13</sup>.

3) Leher

Biasanya leher terasa kaku <sup>13</sup>.

- 4) Paru-paru
- Inspeksi: Simetris antara kiri dan kanan
  - Palpasi : Getaran lokal femitus kiri dan kanan sama
  - Perkusi : Biasanya tidak ada kelainan
  - Auskultasi: Biasanya tidak ada kelainan
- 5) Jantung
- Inspeksi: Biasanya denyut denyut apikal kuat angkat
  - Palpasi : Biasanya terdapat gejala berupa nyeri
  - Perkusi: Biasanya tidak ada kelainan
  - Auskultasi : biasanya terdengar detak jantung kuat
- 6) Perut
- Inspeksi : Biasanya perut simetris kiri dan kanan
  - Palpasi : Biasanya tidak ada nyeri tekan
  - Perkusi : Biasanya normal
  - Auskultasi : Biasanya tidak ada kelainan
- 7) Genitalia dan anus
- Biasanya pada penderita stroke terjadi inkontinensia urine
- 8) Ekstermitas
- Atas biasanya pengisian kapiler/CRT lambat, gangguan gerak/kelumpuhan dari tingkat ringan sampai kelumpuhan total pada lengan, tangan bengkak dan nyeri
  - Bawah: biasanya terjadi kelemahan kedua kaki lemah/hipotoni, tidak dapat berdiri (paraparesis inferior), dan kehilangan keseimbangan, kaki sering merasakan kram.

i. Pengkajian Derajat Kekuatan Otot

Table 2.1 Derajat Kekuatan Otot

Skala	Kekuatan Normal	Karakteristik
0	0	Paralisis sempurna
1	10	Tidak ada gerakan,kontraksi dapat dipalpasi atau dilihat

2	25	Menggerakkan otot penuh melawan gravitasi,dengan topangan
3	50	Gerakan yang normal melawan gravitasi
4	754	Gerakan penuh yang normal melawan gravitasi,dengan topangan
5	100	Kekuatan normal,gerangkan penuh yang normal melawan gravitasi dan melawan tekanan.

Sumber:Aziz<sup>32</sup>

#### j. Pemeriksaan Saraf Kranial

Tabel 2.2 Pemeriksaan Saraf Kranial

Saraf	Teknik Pemeriksaan	Hasil Pemeriksaan
I Olfaktoriu s	Mata klien ditutup pada saat yang sama satu lubang hidung ditutup, anjurkan klien untuk mengidentifikasi perbedaan bau- bauan yang diberikan	Mampu membedakan bau- bauan yang diberikan
II Optikus	Penilaian ketajaman penglihatan, periksa luas penglihatan	Visus normal,lapang penglihatan normal
III Okulamot orus	Anjurkan klien untuk menggerakan mata dari dalam keluar, uji reaksi pupil terhadap cahaya	Mata dapat melirik ke satu/lain arah, pupil menyempit dan melebar saat cahaya menyinggali dan meninggalkan pupil
IV Troklearis	Gerakan bola mata dengan cara mengajurkan klien ke bawah, atas, kiri, dan kanan	Gerakan mata volunteer
V	Optalmikus: Anjurkan klien melihat ke	Reflek kornea

Saraf	Teknik Pemeriksaan	Hasil Pemeriksaan
Trigenimus - Optalmikus - maksilaris - mandibularis	atas, sentuhkan kapas halus pada kornea untuk melihat reflek kornea dan untuk sensasi kulit wajah, usapkan kapas pada dahi.  Maksilariskornea: Gunakan Kapas, sentuhkan pada wajah klien dan uji kepekaan lidah dan gigi  Mandibularis: Anjurkan mengatup rahangnya, dan untuk sensasi kulit wajah, sentuhkan kapas pada wajah	kemampuan menunjukkan batas-batas daerah defisit sensori menurut perasaan sendiri, koordinasi otot-otot melakukan gerakan mengunyah normal
VI Abdusen	Anjurkan klien melirik ke samping kiri/kanan dengan bantuan tangan perawat	Mata dapat melirik ke kiri dan kanan
VII Facialis	Anjurkan klien untuk tersenyum, mengangkat alis dan mengerutkan dahi	Wajah simetris
VIII Auditorius	Menguji pendengaran klien dengan berbisik	Pendengaran normal
IX dan X Glossopari - ngeal dan vagus	Mekanisme menelan, pengecapan	Proses menelan normal
XI Accesarius	Anjurkan klien untuk menggeleng dan menoleh ke kiri-kanan dan mengangkat salah satu bahunya ke atas dan beri tekanan	Dapat melakukannya
XII Hipoglosal	Anjurkan klien menjulurkan lidah dan menonjolkan lidah pada garis tengah, kemudian dari sisi ke sisi	Lidah simetris

Sumber: Island<sup>33</sup>

k. Pengukuran ADL (*Activity of Daily Living*) dengan Barthel Indeks

Tabel 2.3 Pengukuran ADL

No	Jenis ADL	Kategori	Skor
1.	Makan	0:Tidak dapat 1:Perlu bantuan 2:Mandiri	
2.	Mandi	0:Tergantung orang lain 1:Mandiri	
3.	Perawatan diri	0:Perlu bantuan 1:Mandiri	
4.	Berpakaian	0:Tergantung orang lain 1:Sebagian dibantu 2:Mandiri	
5.	Buang Ari kecil	0:Tidak bisa mengontrol(perlu kateter dan tidak dapat mengatur) 1:BAK kadang-kadang 1x24 jam 2:Terkontrol penuh	
6.	Buang Air Besar	0:inkontinensia 1:Kadang inkontinensia 2:Terkontrol Penuh	
7.	Penggunaan Toilet	0:Tergantung bantuan orang lain 1:Perlu bantuan tetapi dapat melakukan sesuatu sendiri 2:Mandiri	
8.	Berpindah	0:Tidak dapat 1:Mandiri dengan kursi roda 2:Berjalan dengan bantuan 3:Mandiri	
9.	Mobilitas	0:Tidak mampu 1:Perlu bantuan 2:Mandiri	
10.	Naik Turun Tangga	0:Tidak mampu 1:Perlu bantuan 2:Mandiri	

Interpretasi hasil:

20: Mandiri

12-19: Ketergantungan ringan

9-11: Ketergantungan sedang

5-8: Ketergantungan Berat

0-4: Ketergantungan

## 2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan yang dialami baik secara aktual maupun potensial, dengan tujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan<sup>29</sup>.

Kemungkinan Diagnosis keperawatan yang muncul:

- a) Defisit pengetahuan (D.0111)
- b) Perilaku kesehatan cenderung berisiko (D.0099)
- c) Kesiapan peningkatan coping keluarga (D.0090)
- d) Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif (D.0116)
- e) Gangguan mobilitas fisik (D.0054)
- f) Defisit perawatan diri (D.0109)
- g) Defisit nutrisi (D.0019)
- h) Ketidakpatuhan (D.0114)
- i) Gangguan komunikasi verbal (D.0119)
- j) Ansietas (D.0080)
- k) Koping tidak efektif (D.0096)

### Skala Prioritas

Dalam berbagai kasus skala prioritas selalu dibutuhkan untuk meminimalisir risiko, memaksimalkan perawatan dan pengobatan, serta untuk pengambilan keputusan yang tepat.

Tabel 2.4 Skala Prioritas Masalah

No	Kriteria	Nilai	Bobot	Perhitungan	Pembenaran
1.	Sifat masalah a.Tidak/kurang sehat b.Ancaman kesehatan	3  2  1	1		Bobot yang lebih berat diberikan pada masalah aktual karena yang pertama memerlukan tindakan segera dan biasanya disadari dan dirasakan

No	Kriteria	Nilai	Bobot	Perhitungan	Pembenaran
	c. Keadaan sejahtera				keluarga
2.	kemungkinan masalah dapat diubah				Kemungkinan masalah dapat dipengaruhi oleh:  A. Pengetahuan yang ada tentang teknologi saat ini, dan tindakan untuk menangani masalah  b. Sumber daya keluarga dalam bentuk keuangan, tenaga, fisik  c. Sumber perawat daya dalam bentuk pengetahuan, keterampilan, dan waktu  d. Sumber daya masyarakat dalam bentuk fasilitas, organisasi dalam masyarakat, dan sokongan masyarakat
3.	Potensi Masalah				Potensi masalah dapat dicegah,dapat dipengaruhi oleh:  a.Kepelikan dari masalah, yang berhubungan dengan penyakit atau masalah  b.Lamanya masalah, yang berhubungan dengan penyakit atau masalah  c.Tindakan yang

No	Kriteria	Nilai	Bobot	Perhitungan	Pembenaran
					<p>sedang dijalankan adalah tindakan-tindakan yang tepat dalam memperbaiki masalah</p> <p>d. Adanya kelompok high risk atau kelompok yang sangat peka menambah potensi untuk mencegah masalah</p>
4.	Menonjolnya masalah a.Masalah benar-benar harus segera ditangani b.Ada masalah tetapi tidak segera ditangani c.Masalah tidak dirasakan	2  1  0	2  1  0		Menonjolnya masalah, perawat perlu menilai persepsi atau bagaimana keluarga menilai masalah kesehatan tersebut. Skor tertinggi yang terlebih dahulu diberikan intervensi keluarga

Sumber: Bailon dan Maglaya dalam Bakri <sup>19</sup>

Skoring :

$$\frac{Skor}{Bobot} \times Angka\ tertinggi$$

- 1) Tentukanlah angka skor tertinggi terlebih dahulu,biasanya angka tertinggi adalah 5
- 2) Skor yang dimasukkan diambil dari skla prioritas, tentukan skor pada setiap kriteria.

- 3) Sokr dibagi dengan angka tertinggi
- 4) Kemudian dikalikan dengan bobot skor
- 5) Jumlahkan skor dari semua kriteria

### 3. Rencana Asuhan keperawatan

Intervensi keperawatan merupakan segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilai klinis untuk mencapai luaran <sup>34</sup>. Selama tahap dan proses keperawatan ini, perawat keluarga terlibat dalam menyusun rencana perawatan bekerjasama dengan keluarga, yang menetapkan intervensi dalam rangka mencapai hasil yang diharapkan <sup>20</sup>.

Tabel 2.5 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan/SLKI	Intervensi/SIKI
1.	Manajemen Kesehatan Tidak efektif	<p>Tujuan umum:</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5x45 menit maka manajemen kesehatan keluarga mengenai stroke meningkat</p> <p><b>TUK 1:</b></p> <p>Setelah dilakukan kunjungan 1x30 menit keluarga mampu mengenal masalah kesehatan stroke</p> <p>Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu</p>	<p><b>Edukasi proses penyakit (1.12444)</b></p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi mengenai stroke</li> <li>• Identifikasi faktor yang menurunkan perilaku hidup sehat agar tidak memperberat kondisi stroke</li> </ul> <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Menyediakan materi dan media mengenai stroke</li> <li>• Pendidikan kesehatan</li> <li>• Jadwalkan pendidikan kesehatan tentang stroke sesuai kesepakatan</li> <li>• Berikan kesempatan untuk bertanya</li> </ul>

No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan/SLKI	Intervensi/SIKI
		<p>topik meningkat (L.12111)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien dan keluarga mampu menjelaskan tentang pengertian stroke dengan bahasa sendiri</li> <li>• Klien keluarga mampu menyebutkan 2 dari 3 penyebab stroke</li> <li>• Klien dan keluarga mampu menyebutkan 4 dari 6 tanda dan gejala stroke</li> </ul>	<p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jelaskan penyebab dan faktor resiko penyakit stroke</li> <li>• Jelaskan proses patofisiologi timbulnya penyakit stroke dengan bahasa sendiri</li> <li>• Jelaskan tanda dan gejala yang ditimbulkan penyakit stroke</li> <li>• Jelaskan kemungkinan terjadinya komplikasi dari penyakit stroke</li> </ul>
		<p><b>TUK 2:</b></p> <p>Setelah kunjungan rumah 1x30 menit keluarga mampu mengambil keputusan faktor risiko stroke</p> <p>Kontrol risiko meningkat (L.14128)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien dan keluarga mampu mengidentifikasi</li> </ul>	<p><b>Identifikasi Risiko (I.09265)</b></p> <p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifikasi risiko biologis</li> <li>• Identifikasi risiko secara berkala</li> <li>• Identifikasi risiko baru sesuai perencanaan</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tentukan metode pengelolaan risiko yang baik dan ekonomis</li> <li>• Lakukan pengelolaan risiko secara aktif</li> <li>• Buat perencanaan tindakan</li> </ul>

No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan/SLKI	Intervensi/SIKI
		asi faktor risiko stroke	<p>yang memiliki <i>timeline</i> dan penanggung jawab yang jelas</p> <p><b>1. Dukungan pengambilan keputusan (1.09265)</b></p> <p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Identifikasi persepsi mengenai masalah dan informasi dari stroke</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Diskusikan kelebihan dan kekurangan dari setiap solusi</li> <li>Motivasi mengungkapkan tujuan perawatan yang diharapkan oleh keluarga dan klien terhadap stroke</li> <li>Fasilitasi pengambilan keputusan jika stroke tidak segera di berikan tindakan kesehatan</li> </ul> <p>Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Berikan informasi yang diminta klien tentang masalah kesehatannya</li> </ul> <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Kolaborasi dengan tenaga kesehatan lainnya untuk mengambil keputusan</li> </ul>
		<b>TUK 3:</b> Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x30 menit keluarga mampu	<p><b>1. Edukasi Diet (1.12369)</b></p> <p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Identifikasi kemampuan keluarga dalam menerima informasi mengenai diet stroke</li> </ul>

No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan/SLKI	Intervensi/SIKI
		<p>melakukan perawatan pada pasien dengan stroke</p> <p>Peran pemberi asuhan (L.13121)</p> <p>Kemampuan merawat pasien stroke</p> <p>1.Tujuan Diet stroke</p> <p>2. Bahan Makanan yang diperbolehkan</p> <p>3. Makanan yang tidak dianjurkan</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Identifikasi tingkat pengetahuan keluarga mengenai diet stroke</li> <li>Identifikasi kebiasaan pola makan saat ini dan masalalu</li> <li>Identifikasi persepsi klien dan keluarga tentang diet stroke</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Persiapkan materi,media,dan alat peraga</li> <li>Jadwalkan waktu yang tepat untuk memberikan pendidikan kesehatan yang sesuai dengan diet</li> <li>Berikan kesempatan bertanya pada klien dan keluarga</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Jelaskan kepatuhan diet terhadap kesehatan</li> <li>Informasikan makanan yang diperbolehkan dan yang dilarang</li> <li>Informasikan kemungkinan interaksi obat dengan makanan</li> </ul> <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Rujuk ke ahli gizi jika perlu</li> </ul> <p><b>2.Edukasi Program Pengobatan (I.12441)</b></p> <p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Identifikasi pengetahuan tentang pengobatan yang direkomendasikan</li> </ul>

No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan/SLKI	Intervensi/SIKI
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifikasi penggunaan pengobatan dan kemungkinan efek pengobatan</li> </ul> <p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fasilitas informasi tertulis atau gambar untuk meningkatkan pemahaman mengenai program stroke</li> <li>• Berikan dukungan untuk menjalani program pengobatan stroke</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jelaskan pentingnya minum obat dengan teratur dan rutin</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>6. Edukasi Latihan Fisik (I.12389)</b></p> <p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifikasi keadaan fisik klien,</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sediakan materi dan media kesehatan</li> <li>• Jadwalkan pendidikan kesehatan</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jelaskan manfaat kesehatan dan efek fisiologis latihan</li> <li>• Jelaskan jenis latihan yang sesuai dengan kondisi kesehatan yaitu dengan latihan misal meremas kertas</li> <li>• Jelaskan frekuensi, durasi dan intensitas program latihan yang diinginkan</li> </ul>

No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan/SLKI	Intervensi/SIKI
		<p><b>TUK 4 :</b></p> <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1x30 menit keluarga mampu memodifikasi lingkungan yang aman dan nyaman</p> <p>Keamanan lingkungan rumah (L.14126)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pemeliharaan rumah</li> <li>• Lingkungan rumah yang aman dan nyaman</li> </ul>	<p><b>Edukasi keselamatan lingkungan (1.12384)</b></p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi memodifikasi lingkungan terhadap klien stroke</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan lingkungan</li> <li>• Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan mengenai lingkungan</li> <li>• Berikan kesempatan keluarga untuk bertanya</li> </ul>
		<p><b>TUK 5:</b></p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x30 menit keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan untuk stroke</p>	<p><b>Edukasi Perilaku Upaya Kesehatan I.12435</b></p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan</li> <li>• Jadwalkan pendidikan kesehatan</li> <li>• Gunakan pendekatan promosi kesehatan dengan memperhatikan pengaruh dan hambatan</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jelaskan penanganan masalah kesehatan</li> </ul>

No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan/SLKI	Intervensi/SIKI
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anjurkan menggunakan fasilitas kesehatan</li> <li>• Ajarkan program kesehatan dalam kehidupan sehari-hari</li> <li>• Ajarkan cara pemeliharaan kesehatan</li> </ul>
2.	Gangguan Mobilitas Fisik	<p>Tujuan Umum: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5x45 menit mobilitas fisik meningkat</p> <p><b>TUK 1:</b> Setelah dilakukan kunjungan 1x30 menit keluarga mampu mengenal masalah kesehatan gangguan mobilitas fisik</p>	<p><b>Edukasi proses penyakit (1.12444)</b></p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi tentang gangguan mobilitas fisik (definisi, penyebab dan tanda gejala gangguan mobilitas fisik)</li> </ul> <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan tentang gangguan mobilitas fisik</li> <li>• Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</li> <li>• Berikan pada klien dan keluarga kesempatan untuk bertanya</li> </ul> <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jelaskan penyebab dan faktor gangguan mobilitas fisik</li> <li>• Jelaskan kemungkinan terjadinya gangguan mobilitas fisik</li> <li>• Mengajarkan strategi yang dapat digunakan untuk menangani gangguan mobilitas fisik</li> </ul>

No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan/SLKI	Intervensi/SIKI
		<p><b>TUK 2:</b></p> <p>Setelah dilakukan kunjungan 1x30 menit keluarga mampu mengambil keputusan dalam merawat pasien stroke</p> <p>Kontrol resiko meningkat (L.14128)</p> <p>Kemampuan mengidentifikasi faktor risiko mobilitas fisik</p>	<p><b>1. Identifikasi Risiko (I.09265)</b></p> <p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Identifikasi risiko biologis</li> <li>Identifikasi risiko secara berkala</li> <li>Identifikasi risiko baru sesuai perencanaan</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Tentukan metode pengelolaan risiko yang baik dan ekonomis</li> <li>Lakukan pengelolaan risiko secara aktif</li> <li>Buat perencanaan tindakan yang memiliki <i>timeline</i> dan penanggung jawab yang jelas</li> </ul> <p><b>2. Dukungan pengambilan keputusan (1.09265)</b></p> <p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Identifikasi persepsi mengenai masalah dan informasi dari masalah gangguan mobilitas fisik</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Diskusikan kelebihan dan kekurangan dari setiap solusi</li> <li>Motivasi mengungkapkan tujuan perawatan yang diharapkan oleh keluarga dan klien terhadap gangguan mobilitas fisik</li> <li>Fasilitasi pengambilan keputusan jika gangguan</li> </ul>

No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan/SLKI	Intervensi/SIKI
			<p>mobilitas fisik tidak segera di berikan tindakan kesehatan</p> <p>Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Berikan informasi yang diminta klien tentang masalah kesehatannya</li> </ul> <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Kolaborasi dengan tenaga kesehatan lainnya untuk mengambil keputusan</li> </ul>
		<p><b>TUK 3:</b></p> <p>Kemampuan merawat pasien dengan gangguan mobilitas fisik dan mendemonstrasikan bagaimana cara dukungan mobilisasi.</p>	<p><b>1.Dukungan Ambulasi (I.06171)</b></p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi</li> <li>Monitor tekanan darah sebelum ambulasi membantu pasien dalam melakukan ambulasi</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi</li> <li>Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi)</li> <li>Monitor tekanan darah sebelum ambulasi</li> <li>Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam melakukan ambulasi</li> </ul>

No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan/SLKI	Intervensi/SIKI
			<p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi</li> <li>• Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis. berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi)</li> </ul> <p><b>2.Latihan rentang gerak (1.05177)</b></p> <p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifikasi indikasi dilakukan latihan</li> <li>• Identifikasi keterbatasan pergerakkan sendi</li> <li>• Monitor lokasi ketidaknyamanan atau nyeri pada saat bergerak</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gunakan pakaian yang longgar pada klien</li> <li>• Cegah terjadinya cedera selama latihan rentang gerak dilakukan</li> <li>• Fasilitasi mengoptimalkan posisi tubuh untuk pergerakkan sendi yang aktif dan pasif</li> <li>• Lakukan gerakan pasif dengan bantuan sesuai dengan indikasi</li> <li>• Berikan dukungan positif pada saat melakukan latihan gerak sendi</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jelaskan tujuan dan prosedur latihan kepada klien dan keluarga</li> <li>• Anjurkan melakukan rentang gerak pasif dan</li> </ul>

No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan/SLKI	Intervensi/SIKI
			<p>aktif secara sistematis</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ajarkan rentang gerak aktif sesuai dengan program latihan</li> </ul> <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kolaborasi dengan fisioterapis mengembangkan program latihan,jika perlu</li> </ul>
		<p><b>TUK 4:</b></p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x30 menit keluarga mampu memodifikasi lingkungan yang aman terhadap gangguan mobilitas fisik dengan pencegahan jatuh</p>	<p><b>1.Pencegahan Jatuh (I.14540)</b></p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifikasi faktor risiko jatuh</li> <li>• Identifikasi risiko jatuh</li> <li>• Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh seperti keadaan lantai,kondisi tempat tidur,dan penerangan yang kurang</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientasi ruangan klien</li> <li>• Pastikan roda tempat tidur kuat dan terkunci namun jika dirumah pastikan tempat tidur dalam keadaan kokoh dan layak</li> <li>• Hindari penggunaan tempat tidur yang terlalu tinggi</li> <li>• Gunakan alat bantu berjalan seperti kursi roda,walker dll</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anjurkan memanggil keluarga jika membutuhkan bantuan</li> </ul>

No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan/SLKI	Intervensi/SIKI
			<p>untuk perpindah</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anjurkan berkonsentrasi dalam menjaga keseimbangan saat</li> </ul> <p><b>2. Dukungan pemeliharaan Rumah (I.14501)</b></p> <p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifikasi pengetahuan dan keadaan kebersihan rumah</li> </ul> <p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ajarkan strategi menciptakan lingkungan rumah yang aman dan bersih</li> </ul> <p>Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anjurkan memodifikasi penataan perabotan rumah agar lebih mudah dicapai</li> </ul>
		<b>TUK 5:</b> Setelah dilakukan kunjungan 1x30 menit keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan Status kesehatan keluarga meningkat (L.12108)	<p><b>Pengenalan Fasilitas Kesehatan I.14549</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifikasi pengetahuan tentang fasilitas kesehatan</li> <li>• Berikan dukungan untuk menjalani program pengobatan dan terapi dengan baik dan benar</li> <li>• Berikan informasi terkait fasilitas kesehatan untuk terapi</li> <li>• Jelaskan peraturan pelayanan kesehatan</li> <li>• Informasikan fasilitas kesehatan yang dapat digunakan</li> </ul>

No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan/SLKI	Intervensi/SIKI
3.	Defisit Perawatan Diri	<p>Tujuan Umum:</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5x45 menit maka perawatan diri dengan stroke meningkat</p> <p><b>TUK 1:</b></p> <p>Setelah dilakukan kunjungan 1x30 menit keluarga mampu mengenal masalah defisit perawatan diri</p>	<p><b>Edukasi proses penyakit (12444)</b></p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi mengenai defisit perawatan diri</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan</li> <li>Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Jelaskan definisi, penyebab dan tanda gejala defisit perawatan diri</li> <li>Berikan kesempatan untuk bertanya mengenai defisit perawatan diri</li> </ul>
		<p><b>TUK 2:</b></p> <p>Setelah kunjungan rumah 1x30 menit keluarga mampu mengambil keluarga mampu mengontrol faktor risiko defisit perawatan diri dan dapat menyebutkan dampak defisit perawatan diri</p>	<p><b>1. Identifikasi resiko (I.09265)</b></p> <p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Identifikasi risiko perilaku dan lingkungan</li> <li>Identifikasi resiko baru sesuai perencanaan yang telah ditetapkan</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Tentukan metode pengelolaan resiko yang baik dan ekonomis</li> <li>Lakukan pengelolaan resiko secara efektif</li> </ul> <p><b>2. Dukungan pengambilan keputusan</b></p>

No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan/SLKI	Intervensi/SIKI
			<p><b>(1.09265)</b></p> <p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Identifikasi persepsi mengenal masalah dan informasi dari masalah defisit perawatan diri</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Diskusikan kelebihan dan kekurangan dari setiap solusi</li> <li>Motivasi mengungkapkan tujuan perawatan yang diharapkan oleh keluarga dan klien terhadap defisit perawatan diri</li> <li>Fasilitasi pengambilan keputusan jika defisit perawatan diri tidak segera di berikan tindakan kesehatan</li> </ul> <p>Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Berikan informasi yang diminta klien tentang masalah kesehatannya</li> </ul>
		<b>TUK 3:</b> Setelah dilakukan kunjungan selama 1x30 menit keluarga mampu merawat anggota keluarga yang sakit dengan rencana evaluasi keluarga dapat memahami pengertian, tujuan, dan cara melakukan	<p><b>Dukungan perawatan diri (I.11351)</b></p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Identifikasi masalah dan hambatan perawatan diri yang dialami</li> <li>Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia kemandirian</li> <li>Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan,</li> </ul>

No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan/SLKI	Intervensi/SIKI
		personal hygiene.	<p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sediakan keperluan pribadi (mis. Parfum, sabun, sisir),</li> <li>• Dampingi dalam melakukan perawatan diri,</li> <li>• Jadwalkan rutinitas keperawatan diri</li> </ul>
		<p><b>TUK 4 :</b></p> <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1x30 menit keluarga mampu memodifikasi lingkungan dalam merawat anggota keluarga yang sakit dengan masalah defisit perawatan diri, dengan rencana evaluasi keluarga mampu memahami pengertian dan syarat rumah sehat</p>	<p><b>Edukasi pola perilaku kebersihan (I.12439)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifikasi lingkungan rumah,</li> <li>• Identifikasi kemampuan keluarga mempertahankan kebersihan rumah,</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan</li> <li>• Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan mengenai lingkungan bagi penderita</li> </ul>
		<p><b>TUK 5 :</b></p> <p>Setelah dilakukan kunjungan 1x30 menit keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan</p>	<p><b>1. Pengenalan Fasilitas Kesehatan I.14549</b></p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifikasi pengetahuan tentang fasilitas kesehatan</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Berikan dukungan untuk menjalani program pengobatan dengan baik dan benar</li> </ul>

No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan/SLKI	Intervensi/SIKI
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Berikan informasi terkait fasilitas kesehatan</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jelaskan peraturan pelayanan kesehatan</li> <li>• Informasikan fasilitas kesehatan yang dapat digunakan</li> </ul> <p><b>2.Edukasi perilaku upaya kesehatan (I.12435)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifikasi fasilitas kesehatan yang telah dimanfaatkan,</li> <li>• Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima materi</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sediakan materi pendidikan kesehatan,</li> <li>• Jelaskan penanganan masalah kesehatan,</li> <li>• Informasikan sumber yang tepat yang tersedia di masyarakat,</li> <li>• Jelaskan pengertian, macam-macam, dan pentingnya pemanfaatan fasilitas kesehatan,</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anjurkan menggunakan fasilitas kesehatan,</li> <li>• Berikan kesempatan untuk bertanya.</li> </ul>

#### **4. Implementasi Keperawatan**

##### a) Fase Perkenalan/Orientasi

Tahap perkenalan dilaksanakan setiap kali pertemuan dengan klien dilakukan. Tujuan dalam tahap ini adalah memvalidasi keakuratan data dan rencana yang telah dibuat sesuai dengan keadaan klien saat ini, serta mengevaluasi hasil tindakan yang telah lalu.

##### b) Fase Kerja

Tahap kerja merupakan inti dari keseluruhan proses komunikasi terapeutik. Tahap kerja merupakan tahap yang terpanjang dalam komunikasi terapeutik karena didalamnya perawat dituntut untuk membantu dan mendukung klien untuk menyampaikan perasaan dan pikirannya dan kemudian menganalisa respons ataupun pesan komunikasi verbal dan non verbal yang disampaikan oleh klien. Dalam tahap ini pula perawat mendengarkan klien secara aktif dan dengan penuh perhatian sehingga mampu membantu klien untuk mendefinisikan masalah yang sedang dihadapi oleh klien, mencari penyelesaian masalah dan mengevaluasinya.

##### c) Fase Terminasi

Terminasi merupakan akhir dari pertemuan perawat dan klien. Tahap terminasi dibagi menjadi dua yaitu terminasi sementara dan terminasi akhir. Terminasi sementara adalah akhir dari tiap pertemuan perawat dan klien, setelah hal ini dilakukan perawat dan klien masih akan bertemu kembali pada waktu yang berbeda sesuai dengan kontrak waktu yang telah disepakati bersama. Sedangkan terminasi akhir dilakukan oleh perawat setelah menyelesaikan seluruh proses keperawatan.

#### **5. Evaluasi**

Evaluasi merupakan langkah akhir dari proses keperawatan dengan cara melakukan identifikasi sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak. Pada tahap evaluasi ini terdiri dari dua kegiatan yaitu kegiatan yang dilakukan dengan mengevaluasi selama proses keperawatan berlangsung atau menilai dari respon klien disebut evaluasi proses dan

kegiatan melakukan evaluasi dengan target tujuan yang diharapkan disebut evaluasi hasil.

Terdapat dua jenis evaluasi yaitu evaluasi formatif dan evaluasi sumatif. Evaluasi formatif berfokus pada aktifitas proses keperawatan. Evaluasi formatif ini dilakukan segera setelah perawat mengimplementasi rencana keperawatan guna menilai keefektifan tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Perumusan evaluasi formatif ini meliputi empat komponen yang dikenal dengan istilah SOAP, yakni Subjektif (data berupa keluhan klien), Objektif (data hasil pemeriksaan), Analisis data (perbandingan data dengan teori) dan Perencanaan sedangkan evaluasi sumatif merupakan evaluasi yang dilakukan setelah semua aktifitas proses keperawatan selesai dilakukan. Evaluasi sumatif bertujuan untuk memonitor dan menilai kualitas asuhan keperawatan yang telah diberikan. Untuk melakukan evaluasi, ada baiknya disusun dengan menggunakan SOAP secara operasional<sup>19</sup>:

**S** adalah berbagai persoalan yang disampaikan oleh keluarga setelah dilakukan tindakan keperawatan.

**O** adalah berbagai persoalan yang ditemukan oleh perawat setelah dilakukan tindakan keperawatan.

**A** adalah analisis dari hasil yang telah dicapai dengan mengacu pada tujuan yang terkait dengan diagnosis.

**P** adalah perencanaan direncanakan kembali setelah mendapatkan hasil dari respons keluarga pada tahapan evaluasi.

## **6. Dokumentasi**

Dokumentasi merupakan suatu catatan otentik atau dokumen asli yang dapat dijadikan bukti dalam persoalan hukum. Sedangkan dokumentasi keperawatan merupakan bukti pencatatan dan pelaporan yang akurat dan lengkap yang dimiliki oleh perawat dalam melakukan asuhan keperawatan yang berguna untuk kepentingan klien, dan tim kesehatan termasuk perawat<sup>35</sup>.

## **BAB III**

### **METODE PENELITIAN**

#### **A. Jenis dan Desain Penelitian**

Jenis penelitian ini adalah penelitian kualitatif dengan desain penelitian yang dipakai adalah desain deskriptif yang berbentuk studi kasus tentang Asuhan Keperawatan Keluarga Dengan Stroke di Wilayah Kerja Puskesmas Lubuk Buaya. Menurut Siyuto <sup>36</sup>, penelitian deskriptif adalah sebuah desain penelitian yang menggambarkan fenomena yang diteliti dan juga menggambarkan besarnya masalah yang diteliti.

#### **B. Tempat dan Waktu Penelitian**

Penelitian ini dilakukan di Wilayah Kerja Puskesmas Lubuk Buaya Kota Padang. Waktu penelitian dilakukan mulai dari bulan Januari 2024 sampai bulan Juni 2025. Kunjungan pada klien dan keluarga dilakukan selama 12 hari.

#### **C. Populasi Dan Sampel**

##### **1. Populasi**

Populasi adalah kumpulan dari individu atau objek atau fenomena yang secara potensial dapat diukur sebagai bagian dari penelitian <sup>36</sup>, Populasi penelitian ini merupakan seluruh keluarga yang menderita penyakit stroke yang berada di wilayah kerja puskesmas Lubuk Buaya tepatnya di Kelurahan Lubuk Buaya RW 15 dengan jumlah populasi yang akan diteliti yaitu sebanyak 11 orang.

##### **2. Sampel**

Sampel adalah objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi. Jumlah sampel yang diteliti yaitu 1 orang penderita stroke. Untuk memilih sampel dari 11 orang tersebut diseleksi dengan menggunakan kriteria inklusi dan kriteria eksklusi. Teknik yang digunakan untuk memilih sampel adalah *Purposive sampling*, yaitu dengan cara sampel dipilih berdasarkan pertimbangan-pertimbangan atau kriteria tertentu oleh peneliti yang memiliki karakteristik

populasinya. Kemudian mengunjungi satu persatu alamat pasien stroke dan melakukan *purposive sampling* untuk mendapatkan 1 sampel. Dari 11 pasien, 6 diantaranya tidak bersedia untuk diberikan asuhan keperawatan dan 3 orang pindah rumah. Peneliti melakukan *simple random sampling* berupa *lotre* kepada 2 pasien yang kooperatif dan sesuai dengan kriteria untuk menentukan sampel utama. Adapun cara memilih sampel berdasarkan kriteria inklusi dan kriteria eksklusi adalah sebagai berikut:

a. Kriteria Inklusi

- 1) Keluarga dengan Anggota keluarga yang menderita penyakit stroke dengan kondisi yang mempunyai salah satu atau lebih gejala sisa seperti kelumpuhan,kecacatan, dan gangguan komunikasi verbal yang tinggal di wilayah kerja Puskesmas Lubuk Buaya Kota Padang.
- 2) Keluarga dan klien yang kooperatif

b. Kriteria Eksklusi

- 1) Responden meninggal sebelum asuhan keperawatan selesai
- 2) Responden tidak ada di rumah maksimal 3x kunjungan

Jika jumlah sampel yang didapatkan dari *purposive sampling* lebih dari 1, maka selanjutnya penulis melakukan teknik *simple random sampling* dengan cara lotre.

#### D. Alat atau Instrumen Pengumpulan Data

Pengumpulan data pada klien dimulai dengan pengkajian sampai evaluasi. Instrumen yang digunakan untuk melakukan pengkajian adalah format pengkajian asuhan keperawatan keluarga. Data yang didapatkan melalui wawancara dan anamnesa antara lain data umum, riwayat dan tahap perkembangan keluarga, struktur keluarga fungsi keluarga, stressor dan coping keluarga serta harapan keluarga. Data yang didapatkan melalui observasi antara lain karakteristik rumah, perilaku keluarga, dan pemeriksaan fisik. Data yang didapatkan melalui pengukuran antara lain

tekanan darah, berat badan, tinggi badan, nadi, pernafasan, dan suhu. Untuk melengkapi data pengkajian awal pada partisipan, alat yang digunakan peneliti yaitu stetoskop, tensimeter, thermometer, pen light, dan reflek hamer.

#### E. Jenis Data

##### 1. Data Primer

Data primer dikumpulkan oleh peneliti langsung dari sumber data seperti keluarga atau klien. Data primer yang peneliti dapatkan dengan wawancara dan anamnesa langsung terhadap keluarga meliputi: identitas seluruh anggota keluarga klien, riwayat kesehatan keluarga klien, pola aktivitas sehari-hari klien di rumah, dan pemeriksaan fisik anggota keluarga klien. Data primer juga didapatkan melalui observasi pada keluarga, seperti perilaku keluarga, kondisi lingkungan, dan kondisi tubuh.

##### 2. Data Sekunder

Data sekunder diperoleh langsung dari dokumentasi pelayanan kesehatan yaitu Puskesmas, dokumentasi dari kader, dan dari ketua RT wilayah tempat tinggal klien.

## F. Teknik Pengumpulan Data

Menurut teori penelitian kualitatif, agar penelitiannya dapat betul-betul berkualitas, maka data yang dikumpulkan harus lengkap, yaitu berupa data primer dan data sekunder. Data primer adalah data dalam bentuk verbal atau kata-kata yang diucapkan secara lisan, gerak-gerik atau perilaku yang dilakukan oleh subjek yang dapat dipercaya, dalam hal ini adalah subjek penelitian (informan) yang berkenaan dengan variabel yang diteliti. Sedangkan data sekunder adalah data yang diperoleh dari dokument-dokumen, foto-foto, rekaman video, benda-benda, dan lain-lain yang dapat memperkaya data primer<sup>37</sup>.

Dalam penelitian kualitatif, cara yang dipakai untuk mengumpulan data adalah menggunakan format asuhan keperawatan keluarga. Peneliti akan melakukan cara berupa observasi, pengukuran, wawancara mendalam, dan dokumentasi untuk sumber data yang sama secara serempak. Teknik pengumpulan data yang digunakan diantaranya :

### 1. Observasi

Observasi pada penelitian ini, peneliti mengobservasi atau melihat kondisi dari klien serta mengobservasi keluarga yang tinggal bersama klien, dan bagaimana kondisi fisik dan kondisi lingkungan klien.

### 2. Pengukuran

Pengukuran pada penelitian ini, peneliti melakukan pengukuran berupa tekanan darah, mengukur suhu, mengukur nadi, mengukur frekuensi pernapasan, mengukur tinggi badan, serta menimbang berat badan.

### 3. Wawancara

Wawancara pada penelitian ini yang telah dilakukan oleh peneliti terhadap satu keluarga responden adalah menanyakan keadaan umum klien dan keluarga, pola aktivitas keluarga, stressor yang dialami keluarga, coping keluarga dan menggali harapan keluarga.

### 4. Dokumentasi

Dokumentasi pada penelitian ini, peneliti mendapatkan data-data tambahan dari dokumen yang ada di Puskesmas Lubuk Buaya, Posbindu/Kader.

## **G. Prosedur Pengambilan Data**

1. Peneliti meminta surat izin pengambilan survey awal dari instansi asal peneliti (Poltekkes Kemenkes Padang).
2. Peneliti meminta surat rekomendasi survey awal dari Dinas Pelayanan Modal Terpadu Satu Pintu Kota Padang untuk Dinas Kesehatan Kota Padang.
3. Peneliti mendatangi Dinas Kesehatan Kota Padang, menyerahkan surat izin survey awal kemudian meminta data penyakit stroke di Kota Padang.
4. Peneliti mengunjungi Puskesmas Lubuk Buaya dan memberikan surat izin survey awal kepada Kepala Puskesmas.
5. Peneliti mewawancarai dan meminta data penyakit stroke yang ada di Puskesmas Lubuk Buaya Kota Padang kepada pihak PTM.
6. Peneliti meminta surat izin penelitian ke Direktur Poltekkes Kemenkes RI Padang
7. Peneliti menyerahkan surat izin penelitian ke Puskesmas Lubuk Buaya Kota Padang
8. Peneliti meminta izin kepada Kepala Puskesmas Lubuk Buaya Kota Padang
9. Peneliti mendatangi Poli Penyakit Tidak Menular untuk mengetahui jumlah penderita stroke terbanyak tahun 2024 berdasarkan kelurahan yaitu Kelurahan Lubuk Buaya RW 15 sebanyak 11 penderita sebagai populasi dan mengetahui alamat masing-masing pasien stroke. Kemudian mengunjungi satu persatu alamat pasien stroke dan melakukan *purposive sampling* untuk mendapatkan 1 sampel. Dari 11 pasien, 6 diantaranya tidak bersedia untuk diberikan asuhan keperawatan dan 3 orang pindah rumah.

10. Peneliti melakukan teknik *simple random sampling* berupa lotre kepada 2 pasien yang kooperatif dan sesuai dengan kriteria untuk menentukan sampel utama dan sampel cadangan.
11. Peneliti kemudian mengunjungi rumah responden yang terpilih menjadi sampel dan menjelaskan maksud tujuan dari penelitian yang akan dilakukan, serta memberikan informed consent ke responden untuk ditanda tangani dan diberikan waktu untuk bertanya.
12. Peneliti melakukan kontrak waktu dan tempat untuk melakukan asuhan keperawatan keluarga selama 12 kali kunjungan rumah.
13. Peneliti meminta waktu pada responden untuk melakukan pengkajian keperawatan menggunakan format pengkajian keperawatan keluarga dengan cara wawancara,anamnesa,observasi, dan pemeriksaan fisik secara head to toe.
14. Selanjutnya peneliti akan menentukan intervensi keperawatan, implementasi, dan evaluasi terhadap klien dan keluarga, serta terminasi.

## H. Hasil Analisis

Data yang peneliti temukan saat pengkajian dikelompokkan dan di analisis berdasarkan data subjektif dan data objektif yang ditemukan dengan membuat analisa data peneliti langsung merumuskan diagnosis keperawatan, setelah itu menentukan prioritas masalah untuk menyusun dan menentukan diagnosis yang diutamakan. Setelah itu peneliti menyusun intervensi atau perencanaan, dan melakukan implemantasi dari intervensi yang telah direncanakan tersebut dan dilanjutkan dengan melakukan evaluasi keperawatan. Terakhir peneliti melakukan pendokumentasian. Analisa selanjutnya peneliti membandingkan asuhan keperawatan yang telah dilakukan pada partisipan sesuai dengan teori dan literatur.

## **BAB IV**

### **DESKRIPSI KASUS DAN PEMBAHASAN**

#### **A. Deskripsi Kasus**

Setelah dilakukan asuhan keperawatan keluarga dengan stroke di wilayah kerja Puskesmas Lubuk Buaya yang telah dilakukan selama 12 hari pada tanggal 12 Februari 2025 sampai 23 Februari 2025.

##### **1. Pengkajian**

Pengkajian pada keluarga Tn.B dimulai pada tanggal 12 Februari 2025. Tipe keluarga Tn.B adalah keluarga inti yang berjumlah 3 orang terdiri dari Tn.B dengan stroke (62 tahun) sebagai kepala keluarga, Ny.Y sebagai istri (61 tahun) sebagai ibu rumah tangga, dan Tn.J sebagai anak (24 tahun) *fresh graduated*. Keluarga Tn.B beralamat di RT 05 / RW 15 Kelurahan Lubuk Buaya.

Tn.B mengatakan latar belakang kebudaayan keluarga ini terdiri atas dua suku yaitu Tn.B berasal dari suku jawa sedangkan Ny. Y berasal dari suku minang, sehingga terdapat pertukaran kebudayaan. Salah satu ciri khas makanan orang minang adalah makanan yang banyak mengandung santan yaitu rendang, gulai, berbagai olahan jeroan, dll, yang dimana sering dikonsumsi oleh keluarga termasuk Tn.B sebelum mengalami stroke.

Tn.B merokok sejak masih bujang dan berhenti merokok setelah mengalami stroke. Tn.B menderita stroke sejak satu tahun yang lalu. Awalnya Tn.B menghadiri pesta keluarga, Tn.B memakan 1 piring rendang dan 1 piring gulai kambing, setelah satu jam tiba-tiba Tn.B pingsan lalu dibawa ke RS oleh keluarga. Tn.B mengatakan terasa lemah di tangan dan kaki sebelah kanan,jari-jari sulit digerakkan dan terasa kaku, sehingga beraktivitas seperti mandi,makan,dan berjalan dibantu oleh keluarga dan perawat. Tn.B dirawat selama satu minggu kemudian Tn.B mengajukan pulang paksa dan melanjutkan rawat jalan karena

merasa bosan di rumah sakit dan tidak mau minum obat dari rumah sakit sampai saat ini. Tn.B mengikuti berbagai terapi ke ahli fisioterapi dan Tn.B mengatakan saat ini tangan dan kaki kanan masih terasa lemah, berjalan menggunakan tripot (tongkat 3 kaki), jari-jari tangan kanan masih terasa kaku. Tn.B mengatakan sulit berjalan dan beraktivitas karena gerakan tubuh terbatas.

Ny.Y mengatakan pernah dirawat di RS Siti Rahmah karena operasi kista dibagian punggung lima taun yang lalu. Saat ini Ny.Y terkadang merasakan sakit pada lutut sebelah kiri tetapi Ny.Y belum konsultasi ke puskesmas atau RS. Tn.B mengatakan Tn.J tidak memiliki riwayat penyakit dan tidak pernah dirawat. Umumnya anak-anak Tn.B hanya mengalami demam dan flu biasa. Tn.B mengatakan tidak ada keluarga yang memiliki penyakit yang sama yaitu seperti stroke bahkan keluarga sebelumnya juga tidak memiliki penyakit keturunan seperti diabetes,hipertensi,jantung,dll.

Rumah yang ditempati oleh keluarga Tn.B merupakan bangunan permanen dan milik pribadi , rumah Tn.B memiliki 2 lantai dan setiap ruangan terpasang keramik,saat berdiri di depan pagar terdapat garasi di sebelah kanan sedangkan di sebelah kiri terdapat teras taman pohon mangga dan tanaman hias, serta kolam ikan. Kemudian saat masuk dari pintu lantai satu terdapat ruang tamu,sebelah kanan ada tangga rumah, dan dapur serta kamar mandi yang di dalamnya terdapat bak penampung air dan toilet , sebelah kiri terdapat 2 kamar tidur dan ruang makan. Selanjutnya naik ke lantai atas di sebelah kanan terdapat 2 kamar tidur dan kamar mandi, di sebelah kiri terdapat ruang keluarga, dan di luarnya ada halaman untuk jemuran. Rumah terdapat ventilasi,kondisi jendela terbuka,cahaya matahari dari luar masuk, namun cahaya lampu redup. Suasana rumah diisi oleh lantunan murattal yang setiap harinya selalu dinyalakan oleh Tn.B. Kondisi rumah kurang bersih karena lantai terasa berpasir sedikit licin,perabotan berdebu,dan kurang rapi karena letak perabot kurang tertata. Jarak septitank dari rumah 5 meter,sampah rumah tangga di jemput oleh petugas

kebersihan dan limbah rumah tangga dibuang ke got. Sumber air di rumah Tn.B berasal dari PDAM bersih tidak berbau dan tidak berwarna yang dimanfaatkan untuk mandi, cuci baju,cuci piring, memasak dan sumber minum adalah air galon,sedangkan sumber listrik berasal dari PLN.

Keluarga mengatakan bahwa stroke merupakan kelemahan yang terjadi pada tubuh. Keluarga ingin sehat dan mengetahui lebih banyak tentang faktor risiko,dampak,dan pencegahan stroke. Keluarga mengatakan Tn.B rutin kontrol tiap bulan ke RS namun Tn.B jarang mengkonsumsi obatnya bahkan 3 bulan terakhir Tn.B tidak mengkonsumsi obat sama sekali karena menurut Tn.B obat tidak memberikan kemajuan terhadap kesembuhannya malah merusak ginjalnya dan keluarga tidak tau lagi bagaimana cara agar Tn.B mau meminum obatnya. Ny.Y mengatakan jika ada anggota keluarga yang sakit biasanya dibawa ke puskesmas.

Keluarga selalu mengantarkan Tn.B saat kontrol ke RS, berhubung Tn.B tidak mau minum obat dari rumah sakit, keluarga membelikan minyak zaitun untuk diminum dan dioleskan pada tubuh Tn.B yang lemah. Tn.B mengatakan saat ini jarang mengonsumsi sayur dan buah. Tn.B mengatakan melakukan olahraga kecil seperti jalan sekitar komplek. Keluarga mengatakan menyapu lantai rumah sekali sehari,jarang mengepel,perabot kurang tertata rapi dan berdebu. Keluarga memiliki TOGA (Taman Obat Keluarga) di rumahnya. Keluarga mengatakan saat salah satu anggota keluarga mengalami sakit keluarga langsung membawa ke puskesmas terdekat atau rumah sakit. Namun keluarga ke fasiitas kesehatan saat sakit saja dan jarang cek kesehatan.

Tn.B mengatakan stressor jangka pendek yang dialami saat ini adalah terkadang pusing, perut terasa kembung, dan nafsu makan berkurang semenjak sakit. Ny.Y mengatakan terkadang merasakan sakit pada lutut bagian kiri. Sedangkan anak-anak Tn.B tidak memiliki keluhan apapun. 1Tn.B mengatakan stressor jangka panjangnya adalah ingin penyakitnya

sembuh dan bisa beraktivitas seperti semula. Tn.B mengatakan sudah mendaftar haji sebelum mengalami stroke dan sangat ingin melakukan ibadah haji namun terkendala dengan kondisi tubuhnya. Wajah Tn.B terlihat berubah menjadi sedih. Strategi coping yang digunakan keluarga Tn.B adalah selalu menyelesaikan masalahnya secara musyawarah, tenang, dan saling menghargai pendapat anggota keluarga yang lain.

Hasil pemeriksaan fisik yang didapatkan dari Tn.B adalah TD: 135/90 mmHg, HR:90x/menit, RR: 21x/menit, S:36,9<sup>0</sup>C. Rambut Tn.B tampak sedikit berminyak dan Tn.B mengatakan rambutnya rontok. Mata dan bibir Tn.B tidak simetris karena mengalami kelemahan dan kekakuan pada tubuh sebelah kanan terutama bagian ekstremitas. Skala kekuatan otot ekstremitas kanan atas 4 dan bawah 3,ekstremitas kiri bawah dan atas 5. Hasil pengkajian kebersihan diri Tn.B mandi 2 kali sehari,gosok gigi 2 kali sehari,cuci rambut 1 kali dalam 2 hari,ganti pakaian 1 kali dalam 2 hari, dan gunting kuku 1 kali seminggu. Hasil pemeriksaan nervus terdapat gangguan pada saraf akustikus (Tn.B tidak mampu dalam menyeimbangi tubuh ketika berdiri) dan aksesorius (Tn.B tidak mampu menahan tangan kanan ketika diberikan tekanan pada bahu). Berdasarkan hasil pemeriksaan ADL (*activity daily living*) Tn.B memiliki ketergantungan ringan dengan jumlah skor 15.

## 2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan yang didapatkan sesuai dengan hasil prioritas masalah pada keluarga Tn.B.

**Diagnosis Keperawatan pertama** adalah Manajemen kesehatan tidak efektif berhubungan dengan ketidakefektifan pola perawatan keluarga (D.0116).=

**Data Subjektif:** Keluarga mengatakan ingin tetap sehat dan mengetahui lebih banyak tentang gejala,faktor,dampak,dan pencegahan stroke. Keluarga mengatakan apa hal baik yang harus dilakukan pada Tn.B yang menderita stroke. Tn.B mengatakan saat ini jarang mengonsumsi sayur dan buah-buahan.

**Data Objektif:** Klien tampak menunjukan gejala stroke yaitu seperti kelemahan dan kekakuan yang terjadi pada tubuh bagian kanan. Rumah Tn.B terasa berpasir dan sedikit licin. Perabotan terlihat berdebu dan kurang tertata. TD: 135/90 mmHg, S: 36,9°C, HR: 90x/menit,RR: 21x/menit.

**Diagnosis Keperawatan kedua** adalah Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot (D.0054).

**Data Subjektif:** Tn.B Mengatakan sakit stroke sejak 1 tahun yang lalu. Tn.B mengatakan tubuh bagian kanan yaitu tangan dan kaki terasa lemah. Tn.B mengatakan jari-jari tangan kanan masih terasa kaku dan merasa sulit berjalan dan beraktivitas karena gerakan tubuh yang terbatas.

**Data Objektif:** Hasil Pengukuran skala kekuatan otot ekstremitas kanan: tangan (4), kaki (3). Hasil Pengukuran skala kekuatan otot ekstremitas kiri : tangan (5), kaki (5). Tn.B terlihat kesulitan untuk berdiri dari posisi duduk dan pergerakan terbatas. Tn.B tampak berjalan menggunakan tongkat 3 kaki (*tripot*). TD : 135/90 mmHg.

**Diagnosis Keperawatan ketiga** adalah Ketidakpatuhan berhubungan dengan ketidakadekuatan pemahaman (D.0114)

**Data Subjektif:** Tn.B mengatakan minta pulang paksa karena merasa bosan dan muak di rawat rumah sakit saat waktu itu. Tn.B mengatakan tidak mau minum obat karena menurutnya minum obat tidak memberikan reaksi apapun pada tubuhnya. Tn.B mengatakan semua obat dari rumah sakit jika dikonsumsi akan merusak ginjalnya. Keluarga mengatakan Tn.B tidak pernah minum obat lagi sejak 3 bulan terakhir.

**Data Objektif:** Tn.B tampak tidak suka jika bertanya soal obat-obatannya. Di atas meja makan terlihat sangat banyak obat-obatan dari rumah sakit yang tidak diminum oleh Tn.B.

### 3. Intervensi Keperawatan

Intervensi atau perencanaan keperawatan disusun oleh peneliti sesuai dengan analisis masalah,prioritas masalah, dan diagnosis yang telah ditentukan. Intervensi keperawatan dilengkapi oleh tujuan umum dan tujuan khusus serta luaran atau kriteria keperawatan.

**Diagnosis pertama adalah** Manajemen Kesehatan Tidak Efektif berhubungan dengan Ketidakefektifan pola perawatan kesehatan keluarga. Tujuan umum dari diagnosis pertama adalah Tujuan umum: Setelah dilakukan tindakan keperawatan maka manajemen kesehatan keluarga mengenai stroke meningkat.

**TUK 1:** Keluarga mampu mengenal masalah kesehatan stroke seperti definisi,tanda gejala,dampak stroke. Intervensi yang pertama adalah **Identifikasi Pemahaman Keluarga** tentang sejauh mana keluarga mengetahui kondisi kesehatan saat ini terkait definisi,tanda gejala,dampak stroke. Intervensi yang kedua adalah **Edukasi proses penyakit** dengan; identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi mengenai stroke,identifikasi faktor yang menurunkan perilaku hidup sehat agar tidak memperberat kondisi stroke, sediakan materi dan media mengenai stroke,jadwalkan pendidikan kesehatan tentang stroke sesuai kesepakatan,jelaskan definisi dan penyebab stroke,jelaskan proses patofisiologi timbulnya penyakit stroke dengan bahasa sendiri,jelaskan tanda dan gejala yang ditimbulkan penyakit stroke, jelaskan dampak stroke, dan berikan kesempatan bertanya pada klien dan keluarga mengenai stroke.

**TUK 2:** Keluarga mampu mengambil keputusan dari faktor risiko dan penatalaksanaan stroke untuk memberikan perawatan pada klien stroke. Intervensi pertama adalah **Identifikasi Risiko** dengan cara ; identifikasi risiko biologis,identifikasi risiko secara berkala,identifikasi risiko baru sesuai perencanaan,tentukan metode pengelolaan risiko yang baik dan ekonomis,lakukan pengelolaan risiko secara aktif,buat perencanaan tindakan yang memiliki *timeline* dan penanggung jawab yang jelas. Intervensi yang kedua adalah **Dukungan pengambilan keputusan** dengan cara; identifikasi persepsi mengenal masalah dan informasi dari masalah stroke,diskusikan kelebihan dan kekurangan dari setiap solusi,motivasi mengungkapkan tujuan perawatan yang diharapkan oleh keluarga dan klien terhadap penyakit stroke,fasilitasi pengambilan

keputusan jika stroke tidak segera di berikan tindakan kesehatan,berikan informasi yang diminta klien tentang masalah kesehatannya.

**TUK 3:** Keluarga mampu melakukan perawatan pada anggota keluarga dengan stroke dengan cara keluarga mampu memahami dan menyediakan menu diet stroke dan melakukan latihan fisik sesuai kondisi kesehatan. Intervensi awal yang dilakukan yaitu identifikasi sejauh mana keluarga mampu melakukan perawatan pada anggota keluarga dengan stroke. Intervensi pertama adalah **Edukasi Diet** dengan cara identifikasi kemampuan keluarga dalam menerima informasi mengenai diet stroke,identifikasi tingkat pengetahuan keluarga mengenai diet stroke,identifikasi kebiasaan pola makan saat ini dan masalalu,identifikasi persepsi klien dan keluarga tentang diet stroke,persiapkan materi,media,dan alat peraga,jadwalkan waktu yang tepat untuk memberikan pendidikan kesehatan yang sesuai dengan diet,berikan kesempatan bertanya pada klien dan keluarga,jelaskan kepatuhan diet terhadap kesehatan ,informasikan makanan yang diperbolehkan dan yang dilarang . Intervensi ke dua **Edukasi Latihan fisik** dengan cara; identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi,sediakan materi dan media pendidikan kesehatan,jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai dengan kesepakatan,berikan kesempatan untuk bertanya ,jelaskan manfaat kesehatan dan efek fisiologis meremas kertas,jelaskan jenis latihan yang sesuai dengan kondisi kesehatan yaitu meremas kertas,jelaskan frekuensi,durasi,dan intensitas program latihan meremas kertas ,pernapasan yang tepat untuk memaksimalkan penyerapan oksigen selama latihan fisik.

**TUK 4** Keluarga mampu memodifikasi lingkungan yang aman, tenang,dan nyaman. Intervensi yang akan dilakukan adalah **Edukasi keselamatan lingkungan** dengan cara; identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi memodifikasi lingkungan terhadap klien stroke,sediakan materi dan media pendidikan kesehatan lingkungan, jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan mengenai lingkungan, berikan kesempatan keluarga untuk bertanya.

**TUK 5** Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan untuk anggota keluarga dengan stroke. Intervensi yang dilakukan adalah **Edukasi Perilaku Upaya Kesehatan** dengan cara ; identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, sediakan materi dan media pendidikan kesehatan, jadwalkan pendidikan kesehatan, gunakan pendekatan promosi kesehatan dengan memperhatikan pengaruh dan hambatan , jelaskan penanganan masalah kesehatan, anjurkan menggunakan fasilitas kesehatan, ajarkan program kesehatan dalam kehidupan sehari-hari, ajarkan cara pemeliharaan kesehatan.

**Diagnosis kedua** adalah Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot. Tujuan umum dari diagnosis kedua ini adalah Setelah dilakukan tindakan keperawatan mobilitas fisik meningkat.

**TUK 1** Keluarga mampu mengenal masalah gangguan mobilitas fisik, dengan evaluasi keluarga mampu memahami pengertian,tanda gejala,penyebab gangguan mobilitas fisik. Intervensi pertama **Identifikasi Pemahaman keluarga** dengan cara ; identifikasi sejauh mana pengetahuan keluarga terkait gangguan mobilitas fisik, identifikasi pemahaman keluarga terkait pengertian dan tanda gejala gangguan mobilitas fisik. Intervensi kedua **Edukasi proses penyakit** dengan cara; identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi tentang gangguan mobilitas fisik (definisi, penyebab dan tanda gejala gangguan mobilitas fisik), sediakan materi dan media pendidikan kesehatan tentang gangguan mobilitas fisik, jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan, berikan pada klien dan keluarga kesempatan untuk bertanya, jelaskan penyebab gangguan mobilitas fisik.

**TUK 2** Keluarga mampu mengambil keputusan dalam merawat anggota keluarga dengan gangguan mobilitas fisik. Dengan evaluasi keluarga memahami faktor risiko,pencegahan,dan penatalaksanaan gangguan mobilitas fisik. Intervensi pertama **Identifikasi Risiko** dengan cara; identifikasi risiko biologis, identifikasi risiko secara berkala, identifikasi risiko baru sesuai perencanaan , tentukan metode pengelolaan risiko yang

baik dan ekonomis, lakukan pengelolaan risiko secara aktif, buat perencanaan tindakan yang memiliki timeline dan penanggung jawab yang jelas. Intervensi kedua adalah **Dukungan pengambilan keputusan** dengan cara ; identifikasi persepsi mengenai masalah dan informasi dari gangguan mobilitas fisik , diskusikan kelebihan dan kekurangan dari setiap solusi, motivasi mengungkapkan tujuan perawatan yang diharapkan oleh keluarga dan klien terhadap gangguan mobilitas fisik, fasilitasi pengambilan keputusan jika gangguan mobilitas fisik tidak segera di berikan tindakan kesehatan, berikan informasi yang diminta klien tentang masalah kesehatannya, berikan kesempatan bertanya.

**TUK 3** Keluarga mampu merawat pasien dengan gangguan mobilitas fisik. Dengan evaluasi keluarga mampu melakukan latihan rentang gerak secara mandiri. Intervensinya adalah **Latihan rentang gerak** dengan cara; identifikasi indikasi dilakukan latihan, identifikasi keterbatasan pergerakkan sendi, monitor lokasi ketidaknyamanan atau nyeri pada saat bergerak, gunakan pakaian yang longgar pada klien, cegah terjadinya cedera selama latihan rentang gerak dilakukan, fasilitasi mengoptimalkan posisi tubuh untuk pergerakkan sendi yang aktif dan pasif, lakukan gerakkan pasif dengan bantuan sesuai dengan indikasi, berikan dukungan positif pada saat melakukan latihan gerak sendi, jelaskan tujuan dan prosedur latihan kepada klien dan keluarga, anjurkan melakukan rentang gerak pasif dan aktif secara sistematis, ajarkan rentang gerak aktif sesuai dengan program latihan,berikan kesempatan keluarga untuk bertanya.

**TUK 4** Keluarga mampu memodifikasi lingkungan yang aman terhadap gangguan mobilitas fisik. Dengan evaluasi keluarga mampu memahami lingkungan pencegahan jatuh bagi anggota keluarga dengan gangguan mobilitas fisik. Intervensinya adalah **Pencegahan Jatuh** dengan cara ; identifikasi faktor risiko jatuh, identifikasi risiko jatuh, identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh seperti keadaan lantai,kondisi tempat tidur,dan penerangan yang kurang, orientasi ruangan klien, pastikan roda tempat tidur kuat dan terkunci namun jika dirumah pastikan tempat tidur dalam keadaan kokoh dan layak, hindari penggunaan tempat

tidur yang terlalu tinggi, gunakan alat bantu berjalan seperti kursi roda, walker dll, anjurkan memanggil keluarga jika membutuhkan bantuan untuk perpindah, anjurkan berkonsentrasi dalam menjaga keseimbangan, berikan keluarga kesempatan bertanya.

**TUK 5** Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan. Dengan evaluasi keluarga mampu mengenal dan memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada untuk upaya kesehatan keluarga. Intervensinya adalah **Pengenalan Fasilitas Kesehatan** dengan cara identifikasi pengetahuan tentang fasilitas kesehatan, berikan dukungan untuk menjalani program pengobatan terapi baik dan benar, berikan informasi terkait fasilitas kesehatan, jelaskan peraturan pelayanan kesehatan, informasikan fasilitas kesehatan yang dapat digunakan, berikan keluarga kesempatan bertanya.

**Diagnosis ketiga** adalah Ketidakpatuhan berhubungan dengan Ketidakadekuatan pemahaman. Tujuan umum dari diagnosis ketiga adalah setelah dilakukan tindakan keperawatan maka tingkat kepatuhan meningkat.

**TUK 1** Keluarga mampu mengenal masalah ketidakpatuhan dalam meminum obat. Intervensi yang pertama adalah **Identifikasi Pemahaman Keluarga** dengan cara ; tentang sejauh mana keluarga mengetahui kondisi kesehatan saat ini terkait definisi,tanda gejala,dampak ketidakpatuhan minum obat. Intervensi kedua adalah **Edukasi Penyakit** dengan cara; identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi tentang ketidakpatuhan (definisi dan tanda gejala ketidakpatuhan), sediakan materi dan media pendidikan kesehatan tentang ketidakpatuhan minum obat, jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan, berikan pada klien dan keluarga kesempatan untuk bertanya.

**TUK 2** keluarga mampu mengambil keputusan terkait faktor risiko dan penatalaksanaan serta komplikasi ketidakpatuhan. Dengan evaluasi keluarga mampu memahami faktor risiko,penatalaksanaan,dan komplikasi

ketidakpatuhan minum obat. Intervensinya adalah **Dukungan pengambilan keputusan** dengan cara ; identifikasi persepsi mengenai masalah dan informasi pengobatan, diskusikan kelebihan dan kekurangan dari setiap solusi, motivasi mengungkapkan tujuan perawatan yang diharapkan oleh keluarga dan klien, menjelaskan faktor risiko, penatalaksanaan, dan komplikasi ketidakpatuhan minum obat fasilitasi pengambilan keputusan jika stroke tidak segera diberikan tindakan kesehatan, berikan informasi yang diminta klien tentang masalah kesehatannya jika tidak mengonsumsi obat, berikan keluarga kesempatan untuk bertanya.

**TUK 3** Keluarga mampu merawat anggota keluarga dengan ketidakpatuhan minum obat. Dengan evaluasi keluarga mampu mengontrol minum obat anggota keluarga dengan ketidakpatuhan. Intervensinya adalah **Promosi Kepatuhan Pengobatan** dengan cara ; identifikasi tingkat pemahaman pada penyakit, komplikasi dan pengobatan yang diinginkan, identifikasi perubahan kondisi kesehatan yang baru dialami, sediakan informasi tertulis tentang jadwal pengobatan pasien, libatkan keluarga sebagai pengawas minum obat, atur jadwal minum obat dengan menyesuaikan aktivitas sehari-hari pasien, jika memungkinkan, jelaskan pentingnya mengikuti pengobatan sesuai dengan program ,jelaskan akibat yang mungkin terjadi jika tidak mematuhi pengobatan, jelaskan strategi memperoleh obat secara kontinu, anjurkan menyediakan instruksi penggunaan obat, ajarkan strategi untuk mempertahankan atau memperbaiki kepatuhan pengobatan, berikan keluarga kesempatan bertanya.

**TUK 4** Keluarga mampu memodifikasi lingkungan yang mampu mendukung program pengobatan klien. Intervensinya adalah **Literasi Kesehatan** dengan cara ; identifikasi status literasi kesehatan klien, ciptakan lingkungan yang mendukung agar klien terasa nyaman, gunakan teknik komunikasi yang tepat dan jelas, gunakan bahasa yang sederhana dan sederhana, mempersiapkan informasi-informasi yang akan diberikan, anjurkan bertanya jika terdapat informasi yang kurang jelas.

**TUK 5** Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan anggota keluarga dengan ketidakpatuhan. Intervensinya adalah **Pengenalan Fasilitas Kesehatan** dengan cara ; identifikasi pengetahuan tentang fasilitas kesehatan, berikan dukungan untuk menjalani program pengobatan baik dan benar, berikan informasi terkait fasilitas kesehatan , jelaskan peraturan pelayanan kesehatan, informasikan fasilitas kesehatan yang dapat digunakan, berikan keluarga kesempatan bertanya.

#### 4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan disusun berdasarkan intervensi keperawatan. Diagnosis pertama adalah **Manajemen kesehatan tidak efektif berhubungan dengan Ketidakefektifan pola perawatan kesehatan keluarga**. Implementasi **TUK 1** dilakukan pada tanggal 14 Februari 2025 yaitu mengenal masalah kesehatan keluarga dengan; mengidentifikasi pengetahuan klien tentang penyakit stroke dengan cara menanyakan apa itu stroke, bagaimana tanda gejala dari stroke, mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi mengenai penyakit stroke, menyediakan materi dan media berupa leaflet dan lembar balik mengenai penyakit stroke, menjadwalkan pendidikan kesehatan tentang stroke sesuai kesepakatan, menjelaskan pengertian dan proses patofisiologi timbulnya penyakit stroke dengan bahasa sendiri bahwa stroke adalah stroke adalah suatu keadaan dimana aktivitas otak manusia terganggu akibat penyumbatan aliran darah atau pecahnya pembuluh darah karena kurangnya pasokan oksigen dalam darah yang mengakibatkan sel-sel yang ada pada otak mati secara mendadak., menjelaskan tanda dan gejala yang ditimbulkan pada penyakit stroke yaitu SeGeRa KeRS yaitu Se = senyum tidak simetris Ge = gerak seluruh tubuh melemah tiba- tiba, Ra = berbicara pelo atau tidak dapat berbicara tiba-tiba, Ke = kesemutan disebagian tubuh, R = pendengaran atau mata tiba-tiba rabun sebelah,, S= sakit kepala hebat dan muncul gangguan keseimbangan tiba-tiba, memberikan keluarga kesempatan untuk bertanya, melakukan kontrak waktu yang akan datang.

**Implementasi TUK 2** dilakukan pada tanggal 14 Februari 2025 memutuskan masalah kesehatan keluarga dengan cara; mengidentifikasi persepsi mengenai masalah dan informasi dari masalah stroke, menjelaskan faktor risiko stroke yaitu yang tidak dapat diubah umur,jenis kelamin,keturunan,riwayat stroke/serangan jantung , sedangkan yang dapat diubah adalah hipertensi,DM,jantung,merokok,aktivitas fisik yang kurang, dan alcohol. Penatalaksanaan penyakit stroke dengan cara menjelaskan lembar balik dan memberikan leaflet menggunakan CERDIK yaitu Cek kesehatan rutin,Enyahkan Asap rokok,Rajin olahraga,Diet stroke dan makanan seimbang,Istirahat yang cukup,dan Kelola stress, berdiskusi terkait kelebihan dan kekurangan dari setiap solusi dalam mencapai kesembuhan stroke, memotivasi klien mengungkapkan tujuan perawatan yang diharapkan oleh keluarga dan klien terhadap penyakit stroke, memfasilitasi pengambilan keputusan jika stroke tidak segera diberikan tindakan kesehatan dengan cara menginformasikan komplikasi dari penyakit stroke yaitu menimbulkan depresi,pembekuan darah,infeksi,pneumonia, memberikan informasi yang diminta klien tentang masalah kesehatannya, memberikan keluarga kesempatan bertanya, kontrak waktu yang akan datang..

**Implementasi TUK 3** dilakukan pada tanggal 15 Februari 2025 merawat anggota keluarga dengan stroke dengan cara; mengidentifikasi kemampuan keluarga dalam menerima informasi mengenai diet stroke , mengidentifikasi tingkat pengetahuan keluarga mengenai diet stroke dengan cara menanyakan apa itu diet stroke, bagaimana penerapan diet stroke yang baik kepada keluarga, mengidentifikasi kebiasaan pola makan saat ini dan masalalu, mengidentifikasi persepsi klien dan keluarga tentang diet stroke, mempersiapkan materi dan media berupa leaflet, menjelaskan kepatuhan diet terhadap kesehatan, menginformasikan makanan yang diperbolehkan dan yang dilarang serta diet rendah garam yang baik untuk pasien stroke dan jika keluarga mampu ganti garam

dapur menjadi garam rendah natrium seperti garam himalaya, menjelaskan latihan fisik meremas kertas dengan tangan dengan cara menjelaskan tujuan, manfaat, durasi, dan frekuensi dari latihan meremas kertas, yaitu meremas kertas bisa menjadi salah satu latihan yang efektif untuk memperkuat otot bahu dan meningkatkan keterampilan motorik halus tangan, menjelaskan cara meremas kertas yang dijelaskan peneliti adalah yang pertama menyiapkan selembar kertas apa saja bisa kertas koran, kertas buku, kertas HVS, dll. Kebetulan peneliti saat kegiatan menggunakan kertas HVS, menyediakan *stopwatch*, memerintahkan klien meremas kertas hingga berbentuk bulat kecil dengan menggunakan satu tangan terutama pada tangan yang mengalami kekakuan yaitu tangan kiri dilakukan sebanyak 10-15 kali per sesi sebanyak 2 sesi per hari, selanjutnya hentikan *stopwatch* dan amati serta mendokumentasikan hasil *stopwatch* memberikan kesempatan bertanya pada klien dan keluarga.<sup>38</sup>

**Implementasi TUK 4** dilakukan pada tanggal 16 Februari 2025 memodifikasi lingkungan keluarga dengan stroke dengan cara ; mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi memodifikasi lingkungan terhadap klien stroke dengan cara menanyakan kesediaan keluarga menerima informasi tentang memodifikasi lingkungan pasien dengan stroke, menyediakan materi dan media leaflet pendidikan kesehatan lingkungan kebersihan lingkungan terutama kebersihan rumah dengan menyapu dan mngepel lantai setiap hari, kenyamanan dengan cara menganjurkan dan membantu klien dan keluarga memindahkan beberapa barang yang sudah tidak digunakan lagi ke tempat sampah ataupun ke gudang , keamanan lingkungan rumah dengan menganjurkan klien dan keluarga menggunakan keset yang bagian bawahnya terdapat pengalas berupa karet terutama keset depan kamar mandi , dan ketenangan lingkungan rumah seperti jauh dari kebisingan dan keriuhan namun rumah Tn.B sudah memilki lingkungan yang tenram, medianya berupa leaflet, menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan mengenai lingkungan, memberikan kesempatan keluarga untuk bertanya.

**Implementasi TUK 5** dilakukan pada tanggal 16 Februari 2025 memanfaatkan fasilitas kesehatan bagi keluarga dengan cara; mengidentifikasi pengetahuan klien dan keluarga tentang fasilitas kesehatan dengan cara menanyakan pada keluarga bagaimana pemanfaatan puskesmas dan RS, mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan, menjadwalkan pendidikan kesehatan, menggunakan pendekatan promosi kesehatan dengan memperhatikan pengaruh dan hambatan kesehatan, memberikan dukungan untuk menjalani program pengobatan baik dan benar, memberikan informasi terkait fasilitas kesehatan dengan cara menjelaskan dan memberikan leaflet, menjelaskan penanganan masalah kesehatan, menganjurkan menggunakan fasilitas kesehatan, mengajarkan program kesehatan dalam kehidupan sehari-hari, mengajarkan cara pemeliharaan kesehatan, menjelaskan peraturan pelayanan kesehatan, menginformasikan fasilitas kesehatan yang dapat digunakan seperti puskesmas, rumah sakit,dll.

Diagnosis kedua adalah **Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot**. Implementasi **TUK 1** dilakukan pada tanggal 17 Februari 2025 mengenal masalah kesehatan gangguan mobilitas fisik dengan cara ; mengidentifikasi sejauh mana pemahaman keluarga terkait gangguan mobilitas fisik dengan cara menanyakan pada keluarga seperti definisi gangguan mobilitas fisik merupakan gangguan yang mengacu pada ketidaksanggupan individu dalam menggerakkan satu atau lebih ekstremitasnya tanpa bantuan, kemudian menjelaskan tanda dan gejala dari gangguan mobilitas fisik yaitu kesulitan dalam menggerakkan anggota tubuh, kemampuan otot untuk menghasilkan tenaga mengalami penurunan, penurunan terjadi pada fleksibilitas atau jarak gerak sendi,sendi kaku,gerakan terbatas,dan fisik lemah, mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi tentang gangguan mobilitas fisik (definisi dan tanda gejala gangguan mobilitas fisik),

menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan tentang gangguan mobilitas fisik berupa leaflet, menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan, memberikan pada klien dan keluarga kesempatan untuk bertanya.

**Implementasi TUK 2** dilakukan pada tanggal 17 Februari 2025 memutuskan masalah keluarga dengan gangguan mobilitas fisik dengan cara; mengidentifikasi persepsi mengenai masalah dan informasi dengan cara menanyakan pada keluarga faktor risiko, dampak, dan penatalaksanaan dari gangguan mobilitas fisik, menjelaskan faktor risiko gangguan mobilitas fisik yaitu kerusakan pada struktur tulang, perubahan dalam proses metabolisme tubuh, ketidakseimbangan postural, hilangnya kontrol terhadap otot, berkurangnya massa serta kekuatan otot, keterlambatan dalam perkembangan, kekakuan pada sendi, terbentuknya kontraktur, asupan nutrisi yang tidak mencukupi, masalah pada sistem musculoskeletal maupun neuromuscular, indeks massa tubuh yang melebihi usia, efek samping obat-obatan, pembatasan aktivitas yang dirancang secara medis, rasa nyeri, kurangnya pemahaman mengenai pentingnya aktivitas fisik, perasaan cemas, gangguan pada fungsi kognitif, penolakan terhadap gerakan, serta gangguan dalam persepsi sensorik, penatalaksanaan gangguan mobilitas fisik adalah salah satunya dengan latihan rentang gerak, memotivasi mengungkapkan tujuan perawatan yang diharapkan oleh keluarga dan klien terhadap gangguan mobilitas fisik, memfasilitasi pengambilan keputusan jika gangguan mobilitas fisik tidak segera diberikan tindakan kesehatan, memberikan keluarga kesempatan bertanya.

**Implementasi TUK 3** dilakukan pada tanggal 18 Februari 2025 merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan mobilitas fisik dengan cara ; mengidentifikasi indikasi dilakukan latihan, mengidentifikasi keterbatasan pergerakkan sendi klien, memonitor lokasi ketidaknyamanan atau nyeri pada saat klien bergerak, menganjurkan klien menggunakan pakaian yang longgar, mencegah terjadinya cedera selama latihan rentang gerak dilakukan dengan cara momposisikan pasien nyaman dan aman,

memfasilitasi mengoptimalkan posisi tubuh untuk pergerakan sendi yang aktif dan pasif, melakukan gerakan pasif dengan bantuan sesuai dengan indikasi, memberikan dukungan positif pada saat melakukan latihan gerak sendi, menjelaskan tujuan dan prosedur latihan kepada klien dan keluarga, menganjurkan melakukan rentang gerak pasif dan aktif secara sistematis, mengajarkan rentang gerak aktif sesuai dengan program latihan dengan mendemonstrasikan setiap rangkaian gerakan pada klien, berikan keluarga kesempatan bertanya.

**Implementasi TUK 4** dilakukan pada tanggal 19 Februari 2025 edukasi lingkungan keluarga dengan gangguan mobilitas fisik dengan cara; mengidentifikasi faktor risiko jatuh klien, mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh seperti keadaan lantai yang licin,kondisi tempat tidur, susunan perabotan rumah, dan penerangan yang kurang, melakukan orientasi ruangan klien misalnya kamar tidur, memastikan tempat tidur klien dalam keadaan kokoh dan layak, menganjurkan klien hindari penggunaan tempat tidur yang terlalu tinggi, meberitahu keluarga dan klien untuk memperhatikan kondisi lantai dengan cara tidak membiarkan air tergenang dilantai ataupun tumpahan cairan lainnya harus segera dibersihkan, menganjurkan keluarga menyikat lantai kamar mandi setiap hari, menganjurkan keluarga memposisikan barang yang sering digunakan klien ditempat yang mudah dijangkau memberikan keluarga kesempatan bertanya.

**Implementasi TUK 5** dilakukan pada tanggal 19 Februari 2025 memanfaatkan fasilitas kesehatan oleh keluarga dengan cara; mengidentifikasi keluarga terkait pengetahuan tentang fasilitas kesehatan, memberikan dukungan untuk menjalani program pengobatan yang baik dan benar, memberikan informasi terkait fasilitas kesehatan seperti penggunaan fisioterapi, menjelaskan peraturan pelayanan kesehatan.

Diagnosis ketiga adalah **Ketidakpatuhan berhubungan dengan ketidakadekuatan pemahaman**. Implementasi TUK 1 dilakukan pada tanggal 20 Februari 2025 mengenal masalah ketidakpatuhan minum obat

dengan cara; mengidentifikasi sejauh mana pemahaman keluarga terkait ketidakpatuhan minum obat, dengan cara; identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi tentang ketidakpatuhan (definisi dan tanda gejala ketidakpatuhan), sediakan dan jelaskan materi dan media pendidikan kesehatan tentang ketidakpatuhan minum obat seperti definisi ketidakpatuhan adalah ketidaksesuaian tindakan antara individu dan/atau pemberi perawatan dengan rencana pengobatan yang telah disepakati bersama tenaga kesehatan dapat mengakibatkan perawatan atau terapi yang dijalankan menjadi kurang efektif, tanda dan gejala ketidakpatuhan adalah enggan menerima ataupun menjalankan prosedur perawatan medis,tidak bersedia mematuhi saran atau instruksi yang diberikan,perilaku tidak mengikuti program, dan sikap menagabaikan anjuran rekomendasi yang diberikan, jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan, berikan pada klien dan keluarga kesempatan untuk bertanya. **Implementasi TUK 2** dilakukan pada tanggal 20 Februari 2025 memutuskan masalah ketidakpatuhan minum obat dengan cara; mengidentifikasi persepsi mengenal masalah dan informasi pengobatan, memotivasi mengungkapkan tujuan perawatan yang diharapkan oleh keluarga dan klien, memfasilitasi pengambilan keputusan dengan cara menjelaskan faktor risiko,dampak,dan penatalaksanaan ketidakpatuhan minum obat, memberikan informasi yang diminta klien tentang masalah kesehatannya jika tidak mengonsumsi obat, memberikan keluarga kesempatan bertanya.

**Implementasi TUK 3** dilakukan pada tanggal 21 Februari 2025 merawat anggota keluarga dengan ketidakpatuhan minum obat dengan cara; mengidentifikasi tingkat pemahaman pada penyakit, komplikasi dan pengobatan yang diinginkan, mengidentifikasi perubahan kondisi kesehatan yang baru dialami, melibatkan keluarga sebagai pengawas minum obat, menjelaskan pentingnya mengikuti pengobatan sesuai dengan program, menjelaskan akibat yang mungkin terjadi jika tidak mematuhi pengobatan, menjelaskan strategi memperoleh obat secara

kontinu, menganjurkan menyediakan instruksi penggunaan obat, mengajarkan strategi untuk mempertahankan atau memperbaiki kepatuhan pengobatan, memberikan keluarga kesempatan untuk bertanya.

**Implementasi TUK 4** dilakukan pada tanggal 22 Februari 2025 edukasi lingkungan keluarga dengan cara menciptakan lingkungan literasi; mengidentifikasi status literasi kesehatan klien terkait minum obat, melibatkan keluarga untuk menciptakan lingkungan yang mendukung agar klien terasa nyaman dengan cara membantu klien membersihkan dan merapikan meja tempat biasanya klien membaca seperti majalah Koran yang dimana disisihkan kertas-kertas yang sudah usang dan tidak diperlukan lagi ke tempat sampah, memberikan panduan tentang stroke,gangguan mobilitas fisik dan promosi program pengobatan kepada klien sebagai literasi tambahan bagi klien, menggunakan teknik komunikasi yang tepat dan jelas, menggunakan bahasa yang sederhana dan sederhana, menganjurkan klien bertanya jika terdapat informasi yang kurang jelas.

**Implementasi TUK 5** dilakukan pada tanggal 22 Februari 2025 memanfaatkan fasilitas kesehatan oleh keluarga dengan cara; mengidentifikasi pengetahuan tentang fasilitas kesehatan, memberikan dukungan untuk menjalani program pengobatan yang tepat, baik, dan benar, memberikan informasi terkait fasilitas kesehatan, menjelaskan peraturan pelayanan kesehatan,berikan keluarga kesempatan bertanya.

## 5. Evaluasi Keperawatan

Pertama evaluasi diagnosis **Manajemen kesehatan tidak efektif berhubungan dengan Ketidakefektifan pola perawatan kesehatan keluarga.** Evaluasi TUK 1 dilakukan pada tanggal 14 Februari 2025 diperoleh evaluasi subjektif (S) Keluarga dan Tn.B mengatakan paham dengan materi pengertian,tanda dan gejala stroke yang telah dijelaskan, evaluasi objektif (O) Keluarga mampu mengulangi materi yang

dijelaskan seperti pengertian,tanda dan gejala penyakit stroke, analisis (A) Masalah teratasi, planning (P) Intervensi dilanjutkan secara mandiri oleh keluarga.

**Evaluasi TUK 2** dilakukan pada tanggal 14 Februari 2025 diperoleh evaluasi subjektif (S) Keluarga mengatakan paham dengan faktor risiko, komplikasi, dan penatalaksanaan stroke berupa CERDIK dalam keluarga, evaluasi objektif (O) Keluarga mampu mengulangi penjelasan terkait faktor risiko, komplikasi, dan penatalaksanaan stroke berupa CERDIK, analisis (A) Masalah teratasi, planning (P) Intervensi dilanjutkan secara mandiri oleh keluarga .

**Evaluasi TUK 3** dilakukan pada tanggal 15 Februari 2025 diperoleh evaluasi subjektif (S) Tn.B dan keluarga mengatakan klien dan keluarga mengatakan paham tentang diet stroke dengan rendah garam, makanan yang dianjurkan dan makanan yang dihindari, klien mengatakan senang setelah diajarkan latihan fisik meremas kertas, , evaluasi objektif (O) Klien mampu mengulangi materi diet yang dijelaskan dan tahap latihan fisik yang diajarkan, klien mampu menerapkannya secara mandiri, analisis (A) Masalah teratasi, planning (P) Intervensi dilanjutkan secara mandiri oleh keluarga.

**Evaluasi TUK 4** dilakukan pada tanggal 16 Februari 2025 diperoleh evaluasi subjektif (S) Tn.B mengatakan paham dengan cara memodifikasi lingkungan bagi klien stroke dengan cara memperhatikan keamanan, kenyamanan, dan kebersihan lingkungan, evaluasi objektif (O) Klien dan keluarga mampu mengulangi cara memodifikasi lingkungan bagi klien stroke dengan cara memperhatikan keamanan, kenyamanan, dan kebersihan lingkungan, analisis (A) Masalah teratasi, planning (P)Intervensi dilanjutkan secara mandiri oleh keluarga.

**Evaluasi TUK 5** dilakukan pada tanggal 16 Februari 2025 diperoleh evaluasi subjektif (S) Tn.B mengatakan paham dengan materi penggunaan fasilitas kesehatan bagi penderita stroke, evaluasi objektif (O) Klien dan keluarga mampu mengulangi dan menerapkan materi

penggunaan fasilitas kesehatan yang baik, planning (P)Intervensi dilanjutkan secara mandiri oleh keluarga.

Kedua evaluasi diagnosis **Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot**. Evaluasi **TUK 1** dilakukan pada tanggal 17 Februari 2025 diperoleh evaluasi subjektif (S) Klien dan keluarga mengatakan paham dengan materi definisi, penyebab, tanda dan gejala gangguan mobilitas fisik, evaluasi objektif (O) Klien dan keluarga mampu mengulangi materi definisi, penyebab, tanda dan gejala gangguan mobilitas fisik dengan baik dan tepatanalisis (A) Masalah teratasi, planning (P)Intervensi dilanjutkan secara mandiri oleh keluarga.

**Evaluasi TUK 2** dilakukan pada tanggal 17 Februari 2025 diperoleh evaluasi subjektif (S) Klien dan keluarga mengatakan paham dengan materi faktor risiko, dampak, penatalaksanaan gangguan mobilitas fisik, evaluasi objektif (O) Klien mampu mengulangi materi faktor risiko, dampak, penatalaksanaan gangguan mobilitas fisik, analisis (A) Masalah teratasi, planning (P)Intervensi dilanjutkan secara mandiri oleh keluarga.

**Evaluasi TUK 3** dilakukan pada tanggal 18 Februari 2025 diperoleh evaluasi subjektif (S) Klien mengatakan merasa senang setelah melakukan ROM dan paham dengan tahap ROM, evaluasi objektif (O) Klien antusias dan semangat saat diajarkan ROM serta mampu mengulangi tahapan ROM, analisis (A) Masalah teratasi, planning (P)Intervensi dilanjutkan secara mandiri oleh keluarga.

**Evaluasi TUK 4** dilakukan pada tanggal 19 Februari 2025 diperoleh evaluasi subjektif (S) Klien mengatakan paham dengan cara mencegah lingkungan rumah untuk mencegah jatuh dan cedera, evaluasi objektif (O) Klien mampu mengulangi materi cara mencegah lingkungan rumah untuk mencegah jatuh dan cedera serta mengikuti anjuran, analisis (A) Masalah teratasi, planning (P)Intervensi dilanjutkan secara mandiri oleh keluarga.

**Evaluasi TUK 5** dilakukan pada tanggal 19 Februari 2025 diperoleh evaluasi subjektif (S) Klien mengatakan sudah mengikuti pengobatan

terapi, evaluasi objektif (O) Klien mampu memahami materi pemanfaatan fasilitas kesehatan, analisis (A) Masalah teratasi, planning (P)Intervensi dilanjutkan secara mandiri oleh keluarga.

Ketiga evaluasi diagnosis **Ketidakpatuhan berhubungan dengan Ketidakadekuatan pemahaman.** Evaluasi **TUK 1** dilakukan pada tanggal 20 Februari 2025 diperoleh evaluasi subjektif (S) Klien mengatakan lebih tenang setelah konseling terkait obat, evaluasi objektif (O) Klien mampu berdiskusi dengan baik tentang obat, analisis (A) Masalah teratasi, planning (P)Intervensi dilanjutkan secara mandiri oleh keluarga.

**Evaluasi TUK 2** dilakukan pada tanggal 20 Februari 2025 diperoleh evaluasi subjektif (S) Klien mengatakan paham dengan penjelasan faktor risiko,dampak,dan penatalaksanaan ketidakpatuhan minum obat, evaluasi objektif (O) Klien mampu mengulangi kembali faktor risiko, dampak, dan penatalaksanaan ketidakpatuhan minum obat, analisis (A) Masalah teratasi, planning (P)Intervensi dilanjutkan secara mandiri oleh keluarga.

**Evaluasi TUK 3** dilakukan pada tanggal 21 Februari 2025 diperoleh evaluasi subjektif (S) Klien dan keluarga mengatakan paham dengan materi yang dijelaskan, evaluasi objektif (O) Klien mampu Klien mampu mengulangi materi yang dijelaskan dengan seksama, analisis (A) Masalah teratasi, planning (P)Intervensi dilanjutkan secara mandiri oleh keluarga.

**Evaluasi TUK 4** dilakukan pada tanggal 22 Februari 2025 diperoleh evaluasi subjektif (S) Klien mengatakan paham dengan materi yang dijelaskan , evaluasi objektif (O) Klien mampu bekerjasama dalam berliterasi kesehatan, analisis (A) Masalah teratasi, planning (P)Intervensi dilanjutkan secara mandiri oleh keluarga.

**Evaluasi TUK 5** dilakukan pada tanggal 22 Februari 2025 diperoleh evaluasi subjektif (S) Klien mengatakan paham dengan pemanfaatan fasilitas kesehatan, evaluasi objektif (O) Klien mampu mengulangi

materi yang dijelaskan, analisis (A) Masalah teratasi, planning (P)Intervensi dilanjutkan secara mandiri oleh keluarga.

## B. Pembahasan Kasus

Pada pembahasan kasus peniliti akan membandingkan kesenjangan ataupun kesamaan dari penerapan asuhan keperawatan keluarga dengan stroke di Wilayah Kerja Peskesmas Lubuk Buaya Kota Padang dengan menggunakan teori-teori kasus yang ada. Pembahasan kasus dimulai dari pengkajian keperawatan, diagnosis keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi keperawatan.

### 1. Pengkajian Keperawatan

Menurut Friedman<sup>20</sup> pengkajian merupakan tahapan perawat menggali informasi secara terus menerus dari anggota keluarga yang dibina mengenai data umum, riwayat keluarga, struktur keluarga, lingkungan keluarga, stress dn strategi coping keluarga, dan fungsi keluarga.

Berdasarkan pengkajian yang dilakukan pada tanggal 12 Februari 2025 pada keluarga Tn.B, terutama pada Tn.B (62 tahun) mengalami stroke sejak 1 tahun yang lalu, Tn.B memiliki riwayat merokok sejak usia muda.Oleh karena itu merokok dan umur merupakan faktor risiko dari terjadinya penyakit stroke.

Berdasarkan teori Panduan Lengkap stroke oleh Hutagaluh menyatakan bahwa merokok merupakan salah faktor risiko terjadinya stroke karena nikotin dan karbon monoksida yang terdapat pada rokok, selain dapat menurunkan kadar oksigen dalam darah, juga dapat merusak dinding pembuluh darah, serta memicu terjadinya penggumpalan darah. Oleh karena itu merokok termasuk faktor risiko yang mempengaruhi aktivitas system tubuh manusia sehingga memunculkan masalah kesehatan<sup>13</sup>.

Didukung oleh studi yang dilakukan Hartini pada tahun 2020 menyatakan bahwa merokok berpengaruh secara signifikan terhadap stroke dan

memiliki probabilitas terjadi stroke sebesar 49,6%. Merokok dapat menyebabkan berbagai masalah pada pembuluh darah, termasuk pembentukan gumpalan darah (trombosis) dan penyempitan pembuluh darah (aterosklerosis), yang dapat meningkatkan risiko stroke iskemik. Kesimpulan yang dapat ditarik adalah kebiasaan merokok berpengaruh terhadap kejadian stroke<sup>39</sup>.

Selain merokok, umur merupakan faktor risiko stroke yang tidak dapat dirubah yang dimana kelompok umur memiliki kemungkinan untuk menderita stroke. Tetapi seiring dengan meningkatnya umur, risiko untuk terkena stroke juga semakin besar<sup>13</sup>. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Elmukhsinur tahun 2021 menyatakan bahwa responden yang berumur  $\geq 55$  tahun berisiko terkena serangan stroke 5,6 kali jika dibandingkan dengan responden yang berumur  $< 55$  tahun<sup>40</sup>.

Berdasarkan analisis peneliti terdapat kesesuaian antara kasus pada Tn.B yang mengalami stroke dengan teori yang ditemukan, yang dimana kebiasaan merokok yang dilakukan Tn.B menjadi faktor risiko terjadinya penyakit stroke karena zat-zat beracun yang ada di dalam rokok mampu menyebabkan penggumpalan pada darah dan berujung stroke. Kemudian usia Tn.B saat ini sudah  $>55$  tahun sehingga memiliki risiko yang lebih besar untuk terkena stroke.

Tn.B mengatakan saat ini tangan dan kaki kanan masih terasa lemah, berjalan menggunakan tripot (tongkat 3 kaki), jari-jari tangan kanan masih terasa kaku. Tn.B mengatakan sulit berjalan dan beraktivitas karena gerakan tubuh terbatas. Skala kekuatan otot ekstremitas kanan atas 4 dan bawah 3, ekstremitas kiri bawah dan atas 5.

Menurut teori Hutagaluh tahun 2019 tanda dan gejala yang dialami penderita stroke salah satunya adalah gangguan gerak atau kelumpuhan dari tingkat ringan sampai kelumpuhan total pada lengan dan tungkai

sesisi yang disebut dengan hemiparesis atau hemiplegi<sup>13</sup>. Hemiparesis merupakan kelumpuhan parsial satu sisi tubuh, hal ini umumnya disebabkan oleh lesi jaras kortikospinalis, yang berjalan turun dari kortikal neuron di lobus frontal ke motor neuron sumsum tulang belakang dan bertanggung jawab untuk gerakan otot-otot tubuh dan anggota tubuhnya<sup>41</sup>.

Didukung oleh hasil penelitian Putri tahun 2023 yang dimana terdapat tanda dan gejala stroke yaitu kaki dan tangan sebelah kanan tidak mampu digerakkan, data objektifnya adalah kekuatan otot ekstremitas kanan atas 4 dan bawah 3 sedangkan ekstremitas kiri atas 5 dan bawah 5<sup>32</sup>.

Berdasarkan analisis peneliti didapatkan kesesuaian antara kasus dengan teori yang ditemukan, yang dimana pada kasus Tn.B mengeluh tangan dan kaki kanan masih terasa lemah, berjalan menggunakan tripot (tongkat 3 kaki), jari-jari tangan kanan masih terasa kaku. Tn.B mengatakan sulit berjalan dan beraktivitas karena gerakan tubuh terbatas. Skala kekuatan otot ekstremitas kanan atas 4 dan bawah 3,ekstremitas kiri bawah 5 dan atas 5.

Hasil pengkajian yang dilakukan pada keluarga Tn.B, keluarga mengatakan sering memasak dan makan makanan bersantan dan jeroan. Tn.B mengatakan saat ini jarang mengonsumsi sayur dan buah-buahan. Keluarga mengatakan ingin tetap sehat dan mengetahui lebih banyak tentang faktor,dampak,dan pencegahan stroke.

Berdasarkan kasus tersebut pola makan yang tidak sehat merupakan salah satu faktor risiko penyakit stroke. Makanan yang tidak sehat jika dikonsumsi terlalu sering atau berlebihan akan menyebabkan peningkatan risiko stroke. Mengkonsumsi makanan tinggi lemak seperti bersantan dan jeroan secara berlebihan akan meningkatkan kandungan lemak yang ada dalam tubuh<sup>13</sup>. Didukung oleh hasil penelitian Wiregar tahun 2020

menyatakan bahwa ketika sering mengonsumsi makanan berlemak dan merupakan faktor risiko strok terbesar pada subjek<sup>42</sup>.

Menurut analisis peneliti diperoleh kesesuaian antara kasus dengan teori yang ditemukan. Penelitian yang didapatkan pada Tn.B masih jarang mengonsumsi sayuran dan buah-buahan, meskipun mengurangi makan jeroan Tn.B masih mengkonsumsi makanan tinggi garam seperti kerupuk-kerupukan dan santan.

Tn.B mengatakan tidak mau minum obat karena menurutnya minum obat tidak memberikan reaksi apapun pada tubuhnya. Tn.B mengatakan semua obat dari rumah sakit jika dikonsumsi akan membuat ketergantungan dan merusak ginjalnya. Keluarga mengatakan Tn.B tidak pernah minum obat lagi sejak 3 bulan terakhir.

Menurut studi Primadani tahun 2025 menyatakan bahwa beberapa obat dapat berpengaruh terhadap kesehatan ginjal termasuk obat stroke, namun hal ini terjadi apabila penggunaan tidak sesuai dengan dosis terapi atau diluar resep dokter. Ketidakpatuhan dalam meminum obat pada penderita stroke dapat berpengaruh negatif terhadap proses penyembuhan, yang memungkinkan penderitanya bisa saja mengalami kondisi yang berujung fatal karena kepatuhan berperan dalam keberhasilan penggunaan obat penderita penyakit stroke<sup>43</sup>. Obat stroke dapat mencegah terbentuknya gumpalan darah yang bisa menyumbat pembuluh darah otak dan bisa digunakan pada penderita stroke iskemik.

Menurut analisis peneliti diperoleh ketidaksesuaian antara pandangan Tn.B terhadap obat dengan teori yang ditemukan bahwa Tn.B sama sekali tidak yakin dengan obat-obatan yang diberikan dari RS bahkan tidak diminum sama sekali. Sedang obat stroke berfungsi sebagai pengencer darah atau mencegah agar tidak terjadi penggumpalan darah yang akan

membantu dan mempermudah kerja ginjal dalam memfiltrasi darah. Peneliti memperoleh pengkajian pada keluarga Tn.B

## **2. Diagnosis Keperawatan**

Kemungkinan diagnosis keperawatan yang muncul dari masalah stroke sebagai berikut:

- a. Defisit pengetahuan (D.0111)
- b. Perilaku kesehatan cenderung berisiko (D.0099)
- c. Kesiapan peningkatan coping keluarga (D.0090)
- d. Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif (D.0116)
- e. Gangguan mobilitas fisik (D.0054)
- f. Defisit perawatan diri (D.0109)
- g. Defisit nutrisi (D.0019)
- h. Ketidakpatuhan (D.0114)
- i. Gangguan komunikasi verbal (D.0119)
- j. Ansietas (D.0080)
- k. Koping tidak efektif (D.0096)

Diagnosis yang muncul dalam kasus Tn.B setelah melakukan pengkajian, menganalisis masalah, dan memprioritaskan masalah adalah sebagai berikut:

- a. Manajemen Kesehatan Tidak Efektif berhubungan dengan Ketidakefektifan pola perawatan kesehatan keluarga
- b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot
- c. Ketidakpatuhan berhubungan dengan ketidakadekuatan pemahaman

Diagnosis pertama berdasarkan prioritas masalah adalah **Manajemen kesehatan tidak efektif berhubungan dengan ketidakefektifan pola perawatan keluarga.** **Data Subjektif:** Keluarga mengatakan ingin tetap sehat dan mengetahui lebih banyak tentang gejala, faktor, dampak, dan pencegahan stroke. Keluarga mengatakan sering memasak dan makan

makanan bersantan dan jeroan.Keluarga mengatakan apa hal baik yang harus dilakukan pada Tn.B yang menderita stroke. Tn.B mengatakan saat ini jarang mengonsumsi sayur dan buah-buahan.

**Data Objektif:** Tn.B tampak menunjukan gejala stroke yaitru seperti kelemahan dan kekakuan yang terjadi pada tubuh bagian kanan. Rumah Tn.B terasa berpasir dan sedikit licin. Perabotan terlihat berdebu dan kurang tertata. TD: 135/90 mmHg, S: 36,90C, HR: 90x/menit,RR: 21x/menit.

Data dari diagnosis diatas sesuai dengan SDKI oleh PPNI tahun 2016 <sup>29</sup>, Manajemen kesehatan yang tidak efektif ditandai oleh ketidakmampuan dalam mengatur dan mengintegrasikan penanganan masalah kesehatan ke dalam rutinitas harian, sehingga tidak mencapai status kesehatan yang diinginkan. Gejala mayor subjektif meliputi keluhan tentang kesulitan dalam mengikuti program perawatan atau pengobatan. Tanda objektifnya antara lain kegagalan dalam melakukan tindakan untuk mengurangi faktor risiko, tidak berhasil menerapkan program perawatan atau pengobatan, serta aktivitas sehari-hari yang tidak efektif dalam mencapai tujuan kesehatan.

Berdasarkan hasil penelitian menyatakan bahwa manajemen diri dapat melatih seseorang untuk dapat mengevaluasi dan bertanggung jawab terhadap dirinya sendiri menjaga pola makannya dengan baik, melakukan aktivitas fisik, tetapi masih ada juga penderita yang memiliki nilai buruk karena masih acuh dengan penyakitnya, sehingga jarang memeriksa ke fasilitas kesehatan, tidak patuh minum obat, tidak mengatur pola makan dengan baik, serta kurangnya aktivitas.

Menurut teori dan hasil penelitian yang telah dijelaskan sebelumnya, peneliti menyimpulkan bahwa diagnosis manajemen kesehatan tidak efektif sesuai dengan temuan dalam studi kasus yang dilakukan. Tanda dan gejala utama yang diamati meliputi kegagalan klien dalam mengurangi

faktor risiko, yang terbukti dari kurangnya perhatian terhadap pola makan dan ketidakpatuhan dalam mengonsumsi obat.

Penanganan pada pasien stroke mencakup pengaturan pola makan melalui diet khusus, pengelolaan stres, serta pelaksanaan latihan fisik atau olahraga secara rutin untuk menurunkan faktor risiko dan mencegah serta mengobati stroke. Peran perawat adalah memberikan edukasi dan asuhan keperawatan kepada keluarga di rumah Tn.B, termasuk memberikan informasi dan mendemonstrasikan cara-cara penatalaksanaan stroke.

Diagnosis keperawatan yang kedua adalah **Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot. Data Subjektif:** Tn.B Mengatakan sakit stroke sejak 1 tahun yang lalu. Tn.B mengatakan tubuh bagian kanan yaitu tangan dan kaki terasa lemah. Tn.B mengatakan jari-jari tangan kanan masih terasa kaku dan merasa sulit berjalan dan beraktivitas karena gerakan tubuh yang terbatas.

**Data Objektif:** Hasil Pengukuran skala kekuatan otot ekstremitas kanan: tangan (4), kaki (3). Hasil Pengukuran skala kekuatan otot ekstremitas kiri : tangan (5), kaki (5). Tn.B terlihat kesulitan untuk berdiri dari posisi duduk dan pergerakan terbatas. Tn.B tampak berjalan menggunakan tongkat 3 kaki (*tripot*). TD : 135/90 mmHg.

Informasi tersebut sejalan dengan Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI), yang mendefinisikan gangguan mobilitas sebagai keterbatasan dalam pergerakan fisik salah satu atau lebih ekstremitas secara mandiri. Hal ini ditunjukkan oleh tanda dan gejala seperti kesulitan dalam menggerakkan ekstremitas, penurunan kekuatan otot, dan berkurangnya rentang gerak<sup>29</sup>.

Hal ini diperkuat oleh penelitian Setyawati tahun 2024<sup>44</sup>, terdapat diagnosis yang sama, yakni gangguan mobilitas fisik, ditemukan pada pasien yang mengalami kelemahan pada ekstremitas dengan variasi

kekuatan otot. Kelemahan tersebut mengakibatkan terbatasnya kemampuan mobilitas fisik pasien.

Merujuk pada teori dan penelitian sebelumnya, peneliti menyimpulkan bahwa diagnosis gangguan mobilitas fisik sesuai dengan temuan dalam studi kasus yang dilakukan. Tanda dan gejala yang diamati pada klien meliputi keluhan kelemahan tubuh, terutama pada tangan dan kaki kanan, tingkat ketergantungan ringan dengan skor 15, kekuatan otot ekstremitas kanan atas 4, kekuatan otot ekstremitas kanan bawah 3, kekuatan otot ekstremitas kiri 5, serta penggunaan tongkat tiga kaki saat berjalan. Penanganan pasien stroke mencakup edukasi tentang perawatan gangguan mobilitas fisik. Peran perawat adalah memberikan informasi dan asuhan keperawatan kepada keluarga di rumah Tn.B, termasuk mendemonstrasikan teknik perawatan yang tepat, seperti latihan rentang gerak.

Diagnosis Keperawatan ketiga adalah **Ketidakpatuhan berhubungan dengan ketidakadekuatan pemahaman**. **Data Subjektif:** Tn.B mengatakan minta pulang paksa karena merasa bosan dan muak di rawat rumah sakit saat waktu itu. Tn.B mengatakan tidak mau minum obat karena menurutnya minum obat tidak memberikan reaksi apapun pada tubuhnya. Tn.B mengatakan semua obat dari rumah sakit jika dikonsumsi akan merusak ginjalnya. Keluarga mengatakan Tn.B tidak pernah minum obat lagi sejak 3 bulan terakhir.

**Data Objektif:** Tn.B tampak tidak suka jika bertanya soal obat-obatannya. Di atas meja makan terlihat sangat banyak obat-obatan dari rumah sakit yang tidak diminum oleh Tn.B.

Data tersebut sesuai dengan data di SDKI oleh PPNI tahun 2016, yang dimana perilaku Tn.B tidak mengikuti upaya pengobatan sehingga menyebabkan hasil pengobatan tidak efektif. Ditunjukkan gejala subjektifnya seperti Tn.B menolak menjalani pengobatan dan anjuran,

serta gejala objektifnya tidak mau minum obat dan tidak mengikuti program pengobatan<sup>29</sup>.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Tesari tahun 2023 terdapat kesamaan diagnosis, yaitu ketidakpatuhan berhubungan dengan ketidakadekuatan pemahaman yang terjadi pada penderita stroke. Tanda dan gejala mayornya yaitu ketidakpatuhan pasien dalam menjalani program pengobatan, tidak sesuai dengan anjuran pengobatan, dan perilaku klien yang menolak anjuran<sup>45</sup>.

Berdasarkan teori penelitian diatas menurut peneliti terdapat kesesuaian antara teori dan temuan studi dengan ketidakpatuhan yang dialami oleh Tn.B. Tanda dan gejala yang terlihat pada kasus yaitu Tn.B menolak minum obat dan tidak mau mengikuti program pengobatan sesuai anjuran. saat pada tanda dan gejala yang terjadi karena dukungan keluarga yang kurang maksimal, yang dimana obat-obatan yang ada menumpuk diatas meja dan ketidakpatuhan Tn.B.

Penatalaksanaan bagi penderita stroke karena ketidakpatuhan dukungan yang diberikan maka tingkat kepatuhan minum obat akan meningkat. Peran perawat penting dalam pemberian edukasi kepada keluarga terkait kepatuhan minum obat karena akan mementukan keberhasilan regimen terapeutik terhadap pencegahan stroke berulang.

### **3. Intervensi Keperawatan**

Selama tahap dan proses keperawatan ini, perawat keluarga terlibat dalam menyusun rencana perawatan bekerjasama dengan keluarga, yang menetapkan intervensi dalam rangka mencapai hasil yang diharapkan<sup>20</sup>.

**Diagnosis pertama adalah** Manajemen Kesehatan Tidak Efektif berhubungan dengan Ketidakefektifan pola perawatan kesehatan keluarga. Tujuan umum dari diagnosis pertama adalah Tujuan umum: Setelah

dilakukan tindakan keperawatan maka manajemen kesehatan keluarga mengenai stroke meningkat.

**TUK 1:** Keluarga mampu mengenal masalah kesehatan stroke seperti definisi,tanda gejala,dampak stroke. Intervensi yang pertama adalah **Identifikasi Pemahaman Keluarga** tentang sejauh mana keluarga mengetahui kondisi kesehatan saat ini terkait definisi,tanda gejala,dampak stroke. Intervensi yang kedua adalah **Edukasi proses penyakit** dengan; identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi mengenai stroke,identifikasi faktor yang menurunkan perilaku hidup sehat agar tidak memperberat kondisi stroke, sediakan materi dan media mengenai stroke,jadwalkan pendidikan kesehatan tentang stroke sesuai kesepakatan,jelaskan definisi dan penyebab stroke,jelaskan proses patofisiologi timbulnya penyakit stroke dengan bahasa sendiri,jelaskan tanda dan gejala yang ditimbulkan penyakit stroke, jelaskan dampak stroke, dan berikan kesempatan bertanya pada klien dan keluarga mengenai stroke. Rencana tindakan keperawatan tersebut sesuai dengan teori dari Friedman tahun 2010 yang menyatakan bahwa keluarga mampu mengenal masalah kesehatan keluarga dengan menggali sejauh mana pengetahuan keluarga terkait masalah kesehatan yang dialami dan memberikan edukasi tentang masalah tersebut<sup>20</sup>.

**TUK 2:** Keluarga mampu mengambil keputusan dari faktor risiko dan penatalaksanaan stroke untuk memberikan perawatan pada klien stroke. Intervensi pertama adalah **Identifikasi Risiko** dengan cara ; identifikasi risiko biologis,identifikasi risiko secara berkala,identifikasi risiko baru sesuai perencanaan,tentukan metode pengelolaan risiko yang baik dan ekonomis,lakukan pengelolaan risiko secara aktif,buat perencanaan tindakan yang memiliki *timeline* dan penanggung jawab yang jelas. Intervensi yang kedua adalah **Dukungan pengambilan keputusan** dengan cara; identifikasi persepsi mengenal masalah dan informasi dari masalah stroke,diskusikan kelebihan dan kekurangan dari setiap solusi,motivasi mengungkapkan tujuan perawatan yang diharapkan oleh

keluarga dan klien terhadap penyakit stroke,fasilitasi pengambilan keputusan jika stroke tidak segera di berikan tindakan kesehatan,berikan informasi yang diminta klien tentang masalah kesehatannya.

Rencana tindakan tersebut sesuai dengan teori friedman tahun 2010 yang menyatakan bahwa keluarga mampu memutuskan masalah kesehatan untuk perawatan keluarga<sup>20</sup>. Merujuk pada penelitian sebelumnya

**TUK 3:** Keluarga mampu melakukan perawatan pada anggota keluarga dengan stroke dengan cara keluarga mampu memahami dan menyediakan menu diet stroke dan melakukan latihan fisik sesuai kondisi kesehatan. Intervensi awal yang dilakukan yaitu identifikasi sejauh mana keluarga mampu melakukan perawatan pada anggota keluarga dengan stroke. Intervensi pertama adalah **Edukasi Diet** dengan cara identifikasi kemampuan keluarga dalam menerima informasi mengenai diet stroke,identifikasi tingkat pengetahuan keluarga mengenai diet stroke,identifikasi kebiasaan pola makan saat ini dan masalalu,identifikasi persepsi klien dan keluarga tentang diet stroke,persiapkan materi,media,dan alat peraga,jadwalkan waktu yang tepat untuk memberikan pendidikan kesehatan yang sesuai dengan diet,berikan kesempatan bertanya pada klien dan keluarga,jelaskan kepatuhan diet terhadap kesehatan ,informasikan makanan yang diperbolehkan dan yang dilarang . Diet stroke merupakan pemberian makanan secukupnya untuk memenuhi kebutuhan gizi pasien stroke dengan memperhatikan keadaan dan komplikasi penyakit<sup>46</sup>.

Intervensi ke dua **Edukasi Latihan fisik** dengan cara; identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi,sediakan materi dan media pendidikan kesehatan,jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai dengan kesepakatan,berikan kesempatan untuk bertanya ,jelaskan manfaat kesehatan dan efek fisiologis meremas kertas,jelaskan jenis latihan yang sesuai dengan kondisi kesehatan yaitu meremas kertas,jelaskan frekuensi,durasi,dan intensitas program latihan meremas kertas ,pernapasan yang tepat untuk memaksimalkan penyerapan oksigen selama

latihan fisik . Meremas kertas merupakan latihan fisik yang mampu melatih otot-otot bahu dan keterampilan motorik halus tangan<sup>47</sup>.

**TUK 4** Keluarga mampu memodifikasi lingkungan yang aman, tenang,dan nyaman. Intervensi yang akan dilakukan adalah **Edukasi keselamatan lingkungan** dengan cara; identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi memodifikasi lingkungan terhadap klien stroke,sediakan materi dan media pendidikan kesehatan lingkungan, jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan mengenai lingkungan, berikan kesempatan keluarga untuk bertanya. Rencana keperawatan tersebut terdapat dalam teori Friedman tahun 2010 menyatakan bahwa keluarga mampu memodifikasi lingkungan sekitar keluarga sebagai upaya peningkatan kesehatan keluarga yang sedang sakit<sup>20</sup>.

**TUK 5** Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan untuk anggota keluarga dengan stroke. Intervensi yang dilakukan adalah **Pengenalan Fasilitas Kesehatan** dengan cara ; identifikasi pengetahuan klien dan keluarga tentang fasilitas kesehatan dengan cara menanyakan pada keluarga bagaimana pemanfaatan puskesmas dan RS, identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, sediakan materi dan media pendidikan kesehatan, jadwalkan pendidikan kesehatan, gunakan pendekatan promosi kesehatan dengan memperhatikan pengaruh dan hambatan,memberikan dukungan untuk menjalani program pengobatan baik dan benar, memberikan informasi terkait fasilitas kesehatan dengan cara menjelaskan dan memberikan leaflet, jelaskan penanganan masalah kesehatan, anjurkan menggunakan fasilitas kesehatan, ajarkan program kesehatan dalam kehidupan sehari-hari, ajarkan cara pemeliharaan kesehatan.menjelaskan peraturan pelayanan kesehatan, menginformasikan fasilitas kesehatan yang dapat digunakan seperti puskesmas,rumah sakit,dll. Kasus ini sesuai dengan teori Friedman tahun 2010 menyatakan bahwa keluarga mampu memanfaatkan fasilitas

kesehatan untuk program perawatan dan pengobatan bagi anggota keluarga yang sedang sakit<sup>20</sup>.

Intervensi yang disusun peneliti sesuai dengan intervensi yang disusun dalam penelitian Putri tahun 2023 yang menjelaskan edukasi kesehatan terkait penyakit stroke, memberikan dukungan pengambilan keputusan perawatan, melakukan perawatan bagi anggota keluarga yang sakit, memodifikasi lingkungan, dan pemanfaatan fasilitas kesehatan oleh anggota keluarga dengan stroke<sup>32</sup>.

**Diagnosis kedua** adalah Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot. Tujuan umum dari diagnosis kedua ini adalah Setelah dilakukan tindakan keperawatan mobilitas fisik meningkat.

**TUK 1** Keluarga mampu mengenal masalah gangguan mobilitas fisik, dengan evaluasi keluarga mampu memahami pengertian, tanda gejala, penyebab gangguan mobilitas fisik. Intervensi pertama **Identifikasi Pemahaman keluarga** dengan cara ; identifikasi sejauh mana pengetahuan keluarga terkait gangguan mobilitas fisik, identifikasi pemahaman keluarga terkait pengertian dan tanda gejala gangguan mobilitas fisik. Intervensi kedua **Edukasi proses penyakit** dengan cara; identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi tentang gangguan mobilitas fisik (definisi, penyebab dan tanda gejala gangguan mobilitas fisik), sediakan materi dan media pendidikan kesehatan tentang gangguan mobilitas fisik, jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan, berikan pada klien dan keluarga kesempatan untuk bertanya, jelaskan penyebab gangguan mobilitas fisik. Rencana tindakan keperawatan tersebut sesuai dengan teori dari Friedman <sup>20</sup> yang menyatakan bahwa keluarga mampu mengenal masalah kesehatan keluarga.

**TUK 2** Keluarga mampu mengambil keputusan dalam merawat anggota keluarga dengan gangguan mobilitas fisik. Dengan evaluasi keluarga

memahami faktor risiko,pencegahan,dan penatalaksanaan gangguan mobilitas fisik. Intervensi pertama **Identifikasi Risiko** dengan cara; identifikasi risiko biologis, identifikasi risiko secara berkala, identifikasi risiko baru sesuai perencanaan , tentukan metode pengelolaan risiko yang baik dan ekonomis, lakukan pengelolaan risiko secara aktif, buat perencanaan tindakan yang memiliki timeline dan penanggung jawab yang jelas. Intervensi kedua adalah **Dukungan pengambilan keputusan** dengan cara ; identifikasi persepsi mengenai masalah dan informasi dari gangguan mobilitas fisik , diskusikan kelebihan dan kekurangan dari setiap solusi, motivasi mengungkapkan tujuan perawatan yang diharapkan oleh keluarga dan klien terhadap gangguan mobilitas fisik, fasilitasi pengambilan keputusan jika gangguan mobilitas fisik tidak segera di berikan tindakan kesehatan, berikan informasi yang diminta klien tentang masalah kesehatannya, berikan kesempatan bertanya. Rencana tindakan tersebut sesuai dengan teori Friedman tahun 2010 yang menyatakan bahwa keluarga mampu memutuskan masalah kesehatan untuk perawatan keluarga<sup>20</sup>.

**TUK 3** Keluarga mampu merawat pasien dengan gangguan mobilitas fisik. Dengan evaluasi keluarga mampu melakukan latihan rentang gerak secara mandiri. Intervensinya adalah **Latihan rentang gerak** dengan cara; identifikasi indikasi dilakukan latihan, identifikasi keterbatasan pergerakkan sendi, monitor lokasi ketidaknyamanan atau nyeri pada saat bergerak, gunakan pakaian yang longgar pada klien, cegah terjadinya cedera selama latihan rentang gerak dilakukan, fasilitasi mengoptimalkan posisi tubuh untuk pergerakkan sendi yang aktif dan pasif, lakukan gerakkan pasif dengan bantuan sesuai dengan indikasi, berikan dukungan positif pada saat melakukan latihan gerak sendi, jelaskan tujuan dan prosedur latihan kepada klien dan keluarga, anjurkan melakukan rentang gerak pasif dan aktif secara sistematis, ajarkan rentang gerak aktif sesuai dengan program latihan,berikan kesempatan keluarga untuk bertanya. Latihan rentang gerak atau ROM (*range of motion*) merupakan latihan

yang mempengaruhi kontraksi dan pergerakan otot aktif dan pasif. Latihan rentang gerak ini adalah intervensi fundamental perawat untuk keberhasilan regimen terapeutik yang dapat dilakukan dengan bekerja sama dengan keluarga<sup>48</sup>.

**TUK 4** Keluarga mampu memodifikasi lingkungan yang aman terhadap gangguan mobilitas fisik. Dengan evaluasi keluarga mampu memahami lingkungan pencegahan jatuh bagi anggota keluarga dengan gangguan mobilitas fisik. Intervensinya adalah **Pencegahan Jatuh** dengan cara ; identifikasi faktor risiko jatuh, identifikasi risiko jatuh, identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh seperti keadaan lantai,kondisi tempat tidur,dan penerangan yang kurang, orientasi ruangan klien, pastikan roda tempat tidur kuat dan terkunci namun jika dirumah pastikan tempat tidur dalam keadaan kokoh dan layak, hindari penggunaan tempat tidur yang terlalu tinggi, gunakan alat bantu berjalan seperti kursi roda,walker dll, anjurkan memanggil keluarga jika membutuhkan bantuan untuk perpindah, anjurkan berkonsentrasi dalam menjaga keseimbangan,berikan keluarga kesempatan bertanya. Pasien stroke yang memiliki kelemahan dan menggunakan alat bantu jalan memiliki resiko untuk jatuh karena semakin mandiri pasien dalam aktivitasnya maka risiko pasien untuk jatuh semakin besar<sup>49</sup>. Oleh karena itu lingkungan rumah pasien harus aman dan nyaman mulai dari penerangan,kondisi lantai datar, bersih dan tidak licin,kondisi perabot yang tertata dan aman sehingga tidak mengganggu saat berjalan<sup>49</sup>.

**TUK 5** Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan. Dengan evaluasi keluarga mampu mengenal dan memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada untuk upaya kesehatan keluarga. Intervensinya adalah **Pengenalan Fasilitas Kesehatan** dengan cara identifikasi pengetahuan tentang fasilitas kesehatan, berikan dukungan untuk menjalani program pengobatan terapi baik dan benar, berikan informasi terkait fasilitas kesehatan, jelaskan peraturan pelayanan kesehatan, informasikan

fasilitas kesehatan yang dapat digunakan, berikan keluarga kesempatan bertanya. Rencana tindakan tersebut sesuai dengan teori friedman tahun 2010 yang menyatakan bahwa keluarga harus mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan salah satunya pemanfaat faskes fisioterapi pada keluarga<sup>20</sup>.

**Diagnosis ketiga** adalah Ketidakpatuhan berhubungan dengan Ketidakadekuatan pemahaman. Tujuan umum dari diagnosis ketiga adalah setelah dilakukan tindakan keperawatan maka tingkat kepatuhan meningkat.

**TUK 1** Keluarga mampu mengenal masalah ketidakpatuhan dalam meminum obat. Intervensi yang pertama adalah **Identifikasi Pemahaman Keluarga** dengan cara ; tentang sejauh mana keluarga mengetahui kondisi kesehatan saat ini terkait definisi,tanda gejala,dampak ketidakpatuhan minum obat. Intervensi kedua adalah **Edukasi Penyakit** dengan cara; identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi tentang ketidakpatuhan (definisi dan tanda gejala ketidakpatuhan), sediakan materi dan media pendidikan kesehatan tentang ketidakpatuhan minum obat, jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan, berikan pada klien dan keluarga kesempatan untuk bertanya.

Menurut Neswita tahun 2023 menyatakan bahwa ada pengaruh konseling obat terhadap kepatuhan minum obat, karena kepatuhan minum obat meningkat setelah melakukan edukasi dan konseling obat<sup>50</sup>. Rencana tindakan keperawatan tersebut sesuai dengan teori dari Friedman tahun 2010<sup>20</sup> yang menyatakan bahwa keluarga mampu mengenal masalah kesehatan keluarga.

**TUK 2** keluarga mampu mengambil keputusan terkait faktor risiko dan penatalaksanaan serta komplikasi ketidakpatuhan. Dengan evaluasi keluarga mampu memahami faktor risiko,penatalaksanaan,dan komplikasi ketidakpatuhan minum obat. Intervensinya adalah **Dukungan pengambilan keputusan** dengan cara; identifikasi persepsi mengenai masalah dan informasi pengobatan, diskusikan kelebihan dan kekurangan

dari setiap solusi, motivasi mengungkapkan tujuan perawatan yang diharapkan oleh keluarga dan klien, menjelaskan faktor risiko, penatalaksanaan, dan komplikasi ketidakpatuhan minum obat fasilitasi pengambilan keputusan jika stroke tidak segera di berikan tindakan kesehatan, berikan informasi yang diminta klien tentang masalah kesehatannya jika tidak mengonsumsi obat, berikan keluarga kesempatan untuk bertanya. Rencana tindakan tersebut sesuai dengan teori Friedman tahun 2010 yang menyatakan bahwa keluarga mampu memutuskan masalah kesehatan untuk perawatan keluarga<sup>20</sup>.

**TUK 3** Keluarga mampu merawat anggota keluarga dengan ketidakpatuhan minum obat. Dengan evaluasi keluarga mampu mengontrol minum obat anggota keluarga dengan ketidakpatuhan. Intervensinya adalah **Promosi Kepatuhan Pengobatan** dengan cara ; identifikasi tingkat pemahaman pada penyakit, komplikasi dan pengobatan yang diinginkan, identifikasi perubahan kondisi kesehatan yang baru dialami, sediakan informasi tertulis tentang jadwal pengobatan pasien, libatkan keluarga sebagai pengawas minum obat, atur jadwal minum obat dengan menyesuaikan aktivitas sehari-hari pasien, jika memungkinkan, jelaskan pentingnya mengikuti pengobatan sesuai dengan program, jelaskan akibat yang mungkin terjadi jika tidak mematuhi pengobatan, jelaskan strategi memperoleh obat secara kontinu, anjurkan menyediakan instruksi penggunaan obat, ajarkan strategi untuk mempertahankan atau memperbaiki kepatuhan pengobatan, berikan keluarga kesempatan bertanya. Kepatuhan terhadap program pengobatan merupakan pencegahan terhadap stroke sekunder apabila terjadi ketidakpatuhan maka akan berisiko terhadap stroke berulang<sup>51</sup>. Dengan mempromosikan program pengobatan akan membuat klien termotivasi dan mampu merubah sikap ketidakpatuhan.

**TUK 4** Keluarga mampu memodifikasi lingkungan yang mampu mendukung program pengobatan klien. Intervensinya adalah **Literasi Kesehatan** dengan cara ; identifikasi status literasi kesehatan klien,

ciptakan lingkungan yang mendukung agar klien terasa nyaman, gunakan teknik komunikasi yang tepat dan jelas, gunakan bahasa yang sederhana dan sederhana, mempersiapkan informasi-informasi yang akan diberikan, anjurkan bertanya jika terdapat informasi yang kurang jelas. Rencana keperawatan tersebut terdapat dalam teori Friedman tahun 2010 menyatakan bahwa keluarga mampu memodifikasi lingkungan sekitar keluarga sebagai upaya peningkatan kesehatan keluarga yang sedang sakit<sup>20</sup>.

**TUK 5** Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan anggota keluarga dengan ketidakpatuhan. Intervensinya adalah **Pengenalan Fasilitas Kesehatan** dengan cara ; identifikasi pengetahuan tentang fasilitas kesehatan, berikan dukungan untuk menjalani program pengobatan baik dan benar, berikan informasi terkait fasilitas kesehatan , jelaskan peraturan pelayanan kesehatan, informasikan fasilitas kesehatan yang dapat digunakan,berikan keluarga kesempatan bertanya. Kasus ini sesuai dengan teori Friedman tahun 2010 menyatakan bahwa keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan untuk program perawatan dan pengobatan bagi anggota keluarga yang sedang sakit<sup>20</sup>.

#### 4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan disusun berdasarkan intervensi keperawatan.

Diagnosis pertama adalah **Manajemen kesehatan tidak efektif berhubungan dengan Ketidakefektifan pola perawatan kesehatan keluarga**. Implementasi **TUK 1** dilakukan pada tanggal 14 Februari 2025 yaitu mengenal masalah kesehatan keluarga dengan; mengidentifikasi pengetahuan klien tentang penyakit stroke dengan cara menanyakan apa itu stroke, bagaimana tanda gejala dari stroke, mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi mengenai penyakit stroke, menyediakan materi dan media berupa leaflet dan lembar balik mengenai penyakit stroke, menjadwalkan pendidikan kesehatan tentang stroke sesuai kesepakatan, menjelaskan pengertian dan proses patofisiologi timbulnya penyakit stroke dengan bahasa sendiri bahwa stroke adalah stroke adalah

suatu keadaan dimana aktivitas otak manusia terganggu akibat penyumbatan aliran darah atau pecahnya pembuluh darah karena kurangnya pasokan oksigen dalam darah yang mengakibatkan sel-sel yang ada pada otak mati secara mendadak., menjelaskan tanda dan gejala yang ditimbulkan pada penyakit stroke yaitu SeGeRa KeRS yaitu Se =senyum tidak simetris Ge = gerak seluruh tubuh melemah tiba- tiba, Ra = berbicara pelo atau tidak dapat berbicara tiba-tiba, Ke = kesemutan disebagian tubuh, R = pendengaran atau mata tiba-tiba rabun sebelah,, S= sakit kepala hebat dan muncul gangguan keseimbangan tiba-tiba, memberikan keluarga kesempatan untuk bertanya, melakukan kontrak waktu yang akan datang.

Berdasarkan hasil penelitian Cecep tahun 2022 menyatakan bahwa pendidikan kesehatan terbukti efektif dalam meningkatkan pemahaman pasien dan keluarga tentang stroke, kesiapan mereka dalam merawat, peran keluarga sebagai pengasuh, dukungan psikologis yang diperlukan, serta persiapan perawatan pasien stroke di rumah<sup>52</sup>.

Menurut analisis peneliti implementasi yang dilakukan peneliti telah sesuai dengan teori yang ditemukan yaitu memberikan edukasi atau pendidikan kesehatan pada klien dan keluarga tentang penyakit stroke seperti definisi,tanda gejala,factor risiko,komplikasi,dan penatalaksanaan anggota keluarga dengan stroke yang ada dirumah.

**Implementasi TUK 2** dilakukan pada tanggal 14 Februari 2025 memutuskan masalah kesehatan keluarga dengan cara; mengidentifikasi persepsi mengenal masalah dan informasi dari masalah stroke, menjelaskan faktor risiko stroke yaitu yang tidak dapat diubah umur,jenis kelamin,keturunan,riwayat stroke/serangan jantung , sedangkan yang dapat diubah adalah hipertensi,DM,jantung,merokok,aktivitas fisik yang kurang, dan alcohol. Penatalaksanaan penyakit stroke dengan cara menjelaskan lembar balik dan memberikan leaflet menggunakan CERDIK yaitu Cek kesehatan rutin,Enyahkan Asap rokok,Rajin olahraga,Diet stroke dan makanan seimbang,Istirahat yang cukup,dan Kelola stress,

berdiskusi terkait kelebihan dan kekurangan dari setiap solusi dalam mencapai kesembuhan stroke, memotivasi klien mengungkapkan tujuan perawatan yang diharapkan oleh keluarga dan klien terhadap penyakit stroke, memfasilitasi pengambilan keputusan jika stroke tidak segera diberikan tindakan kesehatan dengan cara menginformasikan komplikasi dari penyakit stroke yaitu menimbulkan depresi,pembekuan darah,infeksi,pneumonia, memberikan informasi yang diminta klien tentang masalah kesehatannya, memberikan keluarga kesempatan bertanya, kontrak waktu yang akan datang..

Implementasi ini didukung oleh hasil penelitian Pomalango tahun 2022 menyatakan bahwa pemahaman keluarga mengenai stroke, termasuk tanda, gejala, dan faktor risiko pada individu yang berisiko, menunjukkan bahwa program penyuluhan kesehatan memiliki dampak signifikan dalam meningkatkan pengetahuan keluarga dalam merawat pasien stroke<sup>53</sup>.

Menurut analisis peneliti implementasi yang dilakukan peneliti telah sesuai dengan teori, kegiatan penyuluhan factor risiko,komplikasi,dan penatalaksanaan stroke mampu meningkatkan pengetahuan keluarga dalam merawat pasien stroke.

**Implementasi TUK 3** dilakukan pada tanggal 15 Februari 2025 merawat anggota keluarga dengan stroke dengan cara; mengidentifikasi kemampuan keluarga dalam menerima informasi mengenai diet stroke , mengidentifikasi tingkat pengetahuan keluarga mengenai diet stroke dengan cara menanyakan apa itu diet stroke, bagaimana penerapan diet stroke yang baik kepada keluarga, mengidentifikasi kebiasaan pola makan saat ini dan masalalu, mengidentifikasi persepsi klien dan keluarga tentang diet stroke, mempersiapkan materi dan media berupa leaflet, menjelaskan kepatuhan diet terhadap kesehatan, menginformasikan makanan yang diperbolehkan dan yang dilarang serta diet rendah garam yang baik untuk pasien stroke dan menjelaskan jika keluarga mampu ganti garam dapur menjadi garam rendah natrium seperti garam himalaya, menjelaskan latihan fisik meremas kertas dengan tangan dengan cara menjelaskan tujuan,manfaat,durasi,dan frekuensi dari latihan meremas

kertas, yaitu meremas kertas bisa menjadi salah satu latihan yang efektif untuk memperkuat otot bahu dan meningkatkan keterampilan motorik halus tangan, menjelaskan cara meremas kertas yang dijelaskan peneliti adalah yang pertama menyiapkan selembar kertas apa saja bisa kertas koran,kertas buku,kertas HVS,dll. Kebetulan peneliti saat kegiatan menggunakan kertas HVS, menyediakan *stopwatch* , memerintahkan klien meremas kertas hingga berbentuk bulat kecil dengan menggunakan satu tangan terutama pada tangan yang mengalami kekakuan yaitu tangan kiri dilakukan sebanyak 10-15 kali per sesi sebanyak 2 sesi per hari,selanjutnya hentikan *stopwatch* dan amati serta mendokumentasikan hasil *stopwatch* memberikan kesempatan bertanya pada klien dan keluarga.<sup>38</sup>

Berdasarkan hasil penelitian Mangalik tahun 2023 menyatakan bahwa ada kaitan antara pola makan dan terjadinya stroke berulang pada pasien. Oleh karena itu dibutuhkan manajemen pola makan pada pasien stroke atau diet stroke dapat meningkatkan status gizi dan fungsi fisik serta pencegahan komplikasi penyakit<sup>54</sup>.

Menurut analisis peneliti implementasi diet stroke yang diberikan pada klien sesuai dengan teori yang ditemukan. Diet stroke yang dijelaskan yaitu membatasi asupan garam perhari, menganjurkan makanan yang sehat untuk klien stroke,dan memberitahu makanan yang harus dihindari serta memberikan leaflet diet stroke.

Berdasarkan hasil penelitian Nurartianti tahun 2022 menyatakan bahwa terdapat pengaruh latihan fisik motoric halus berupa meremas kertas terhadap peningkatan motoric halus pada pasien stroke. Saat observasi Nurartianti mendapatkan penurunan durasi (teori Sullerman) saat melakukan latihan motoric halus berupa meremas kertas yang dilakukan selama 2 kali sehari<sup>55</sup>. Didukung oleh penelitian sebelumnya menyatakan meremas kertas merupakan latihan fisik yang mampu melatih otot-otot bahu dan keterampilan motorik halus tangan<sup>47</sup>.

Peneliti beramsusi bahwa terdapat kesesuaian teori yang ditemukan dengan implementasi meremas kertas untuk melatih motoric halus klien

ataupun kekakuan yang terjadi pada ekstremitas sesuai dengan studi sebelumnya yang mampu melatih kekakuan ekstremitas klien dengan teknik meremas kertas dan hasilnya diukur dengan teori Sallerman yang dimana observasi terhadap durasi klien dalam meremas kertas.

**Implementasi TUK 4** dilakukan pada tanggal 16 Februari 2025 memodifikasi lingkungan keluarga dengan stroke dengan cara ; mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi memodifikasi lingkungan terhadap klien stroke dengan cara menanyakan kesediaan keluarga menerima informasi tentang memodifikasi lingkungan pasien dengan stroke, menyediakan materi dan media leaflet pendidikan kesehatan lingkungan kebersihan lingkungan terutama kebersihan rumah dengan menyapu dan mngepel lantai setiap hari, kenyamanan dengan cara menganjurkan dan membantu klien dan keluarga memindahkan beberapa barang yang sudah tidak digunakan lagi ke tempat sampah ataupun ke gudang , keamanan lingkungan rumah dengan menganjurkan klien dan keluarga menggunakan keset yang bagian bawahnya terdapat pengalas berupa karet terutama keset depan kamar mandi ,dan ketenangan lingkungan rumah seperti jauh dari kebisingan dan keriuhan namun rumah Tn.B sudah memilki lingkungan yang tentram,medianya berupa leaflet, menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan mengenai lingkungan, memberikan kesempatan keluarga untuk bertanya.

Berdasarkan teori Oktarik tahun 2024 menyatakan bahwa lingkungan rumah yang mendukung kenyamanan dan keamanan penderita stroke adalah mulai dari hal yang dapat mempengaruhi keseimbangan penderita stroke yaitu penggunaan keset karet,penggunaan pegangan kamar mandi,kondisi kasur yang rendah,dan kerapian perabotan lainnya<sup>56</sup>

Menurut analisis penulis terdapat kesesuaian antara teori lingkungan stroke terhadap implementasi yang telah dilakukan. Dengan memperhatikan kebersihan,keamanan,kenyamanan,dan ketenangan anggota keluarga dengan stroke di rumah.

**Implementasi TUK 5** dilakukan pada tanggal 16 Februari 2025 memanfaatkan fasilitas kesehatan bagi keluarga dengan cara;

mengidentifikasi pengetahuan klien dan keluarga tentang fasilitas kesehatan dengan cara menanyakan pada keluarga bagaimana pemanfaatan puskesmas dan RS, mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan, menjadwalkan pendidikan kesehatan, menggunakan pendekatan promosi kesehatan dengan memperhatikan pengaruh dan hambatan kesehatan, memberikan dukungan untuk menjalani program pengobatan baik dan benar, memberikan informasi terkait fasilitas kesehatan dengan cara menjelaskan dan memberikan leaflet, menjelaskan penanganan masalah kesehatan, menganjurkan menggunakan fasilitas kesehatan, mengajarkan program kesehatan dalam kehidupan sehari-hari, mengajarkan cara pemeliharaan kesehatan, menjelaskan peraturan pelayanan kesehatan, menginformasikan fasilitas kesehatan yang dapat digunakan seperti puskesmas, rumah sakit, dll.

Berdasarkan hasil penelitian Musrah tahun 2024 menyatakan bahwa pemahaman mengenai jenis perawatan yang dibutuhkan oleh pasien setelah mengalami stroke sangat membantu keluarga dalam mengambil keputusan yang tepat dan mendukung proses pemulihan. Pengetahuan ini mencakup informasi terkait penggunaan obat-obatan, terapi rehabilitasi, perawatan rutin sehari-hari, serta pemanfaatan layanan kesehatan yang tersedia. Kesadaran semacam ini menjadi fondasi penting untuk mendorong perubahan gaya hidup dan langkah-langkah pencegahan selanjutnya. Dengan peningkatan pengetahuan, keluarga dapat lebih sigap mengenali tanda-tanda awal stroke dan segera mengambil tindakan yang diperlukan<sup>57</sup>.

Berdasarkan asumsi peneliti terdapat kesesuaian antara hasil penelitian sebelumnya dengan implementasi yang dilakukan peneliti. Dengan upaya peningkatan kesehatan berupa pola hidup sehat dan pemanfaatan fasilitas kesehatan mampu membantu keluarga dan klien dalam meningkatkan kualitas pengetahuan terutama tentang fasilitas kesehatan bagi anggota keluarga dengan stroke.

Diagnosis kedua adalah **Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot**. Implementasi **TUK 1** dilakukan pada tanggal 17 Februari 2025 mengenal masalah kesehatan gangguan mobilitas fisik dengan cara ; mengidentifikasi sejauh mana pemahaman keluarga terkait gangguan mobilitas fisik dengan cara menanyakan pada keluarga seperti definisi gangguan mobilitas fisik merupakan gangguan yang mengacu pada ketidaksanggupan individu dalam menggerakkan satu atau lebih ekstremitasnya tanpa bantuan, kemudian menjelaskan tanda dan gejala dari gangguan mobilitas fisik yaitu kesulitan dalam menggerakkan anggota tubuh, kemampuan otot untuk menghasilkan tenaga mengalami penurunan, penurunan terjadi pada fleksibilitas atau jarak gerak sendi,sendi kaku,gerakan terbatas,dan fisik lemah, mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi tentang gangguan mobilitas fisik (definisi dan tanda gejala gangguan mobilitas fisik), menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan tentang gangguan mobilitas fisik berupa leaflet, menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakata, memberikan pada klien dan keluarga kesempatan untuk bertanya.

Menurut teori Friedman tahun 2010 yang menyatakan bahwa keluarga mampu mengenal masalah kesehatan keluarga<sup>20</sup>. Pemberian pendidikan kesehatan tentang mobilisasi dini efektif di berikan pada pasien stroke. Menurut penelitian Setyawati pengetahuan tentang perawatan dengan gangguan mobilitas sehingga dengan pengetahuan yang mereka miliki, mereka dapat mengaplikasikan perawatan tersebut pada anggota keluarganya<sup>44</sup>.

Berdasarkan analisis peniliti implementasi yang dilakukan sudah sesuai dengan teori yang ditemukan dengan memberikan edukasi terkait gangguan mobilitas fisik pada klien dan keluarga dan terbukti mampu menambah pengetahuan keluarga terkait pengertian dan tanda gejala gangguan mobilitas fisik.

**Implementasi TUK 2** dilakukan pada tanggal 17 Februari 2025 memutuskan masalah keluarga dengan gangguan mobilitas fisik dengan

cara; mengidentifikasi persepsi mengenal masalah dan informasi dengan cara menanyakan pada keluarga faktor risiko, dampak, dan penatalaksanaan dari gangguan mobilitas fisik, menjelaskan faktor risiko gangguan mobilitas fisik yaitu kerusakan pada struktur tulang, perubahan dalam proses metabolisme tubuh, ketidakseimbangan postural, hilangnya kontrol terhadap otot, berkurangnya massa serta kekuatan otot, keterlambatan dalam perkembangan, kekakuan pada sendi, terbentuknya kontraktur, asupan nutrisi yang tidak mencukupi, masalah pada sistem musculoskeletal maupun neuromuscular, indeks massa tubuh yang melebihi usia, efek samping obat-obatan, pembatasan aktivitas yang dirancang secara medis, rasa nyeri, kurangnya pemahaman mengenai pentingnya aktivitas fisik, perasaan cemas, gangguan pada fungsi kognitif, penolakan terhadap gerakan, serta gangguan dalam persepsi sensorik, penatalaksanaan gangguan mobilitas fisik adalah salah satunya dengan latihan rentang gerak, memotivasi mengungkapkan tujuan perawatan yang diharapkan oleh keluarga dan klien terhadap gangguan mobilitas fisik, memfasilitasi pengambilan keputusan jika gangguan mobilitas fisik tidak segera di berikan tindakan kesehatan, memberikan keluarga kesempatan bertanya.

Berdasarkan teori edukasi faktor risiko dan penatalaksanaan mobilitas fisik mampu membantu klien dan keluarga dalam pengambilan keputusan untuk memberikan perawatan pada anggota keluarga dengan stroke<sup>20</sup>.

Menurut asumsi penulis terdapat kesesuaian antara teori yang ditemukan dengan implementasi keperawatan yang telah dilakukan pada klien stroke karena setelah edukasi keluarga dapat mengambil keputusan untuk perawatan klien dengan stroke.

**Implementasi TUK 3** dilakukan pada tanggal 18 Februari 2025 merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan mobilitas fisik dengan cara ; mengidentifikasi indikasi dilakukan latihan, mengidentifikasi keterbatasan pergerakkan sendi klien, memonitor lokasi ketidaknyamanan atau nyeri pada saat klien bergerak, menganjurkan klien menggunakan pakaian yang longgar, mencegah terjadinya cedera selama latihan rentang gerak

dilakukan dengan cara memposisikan pasien nyaman dan aman, memfasilitasi mengoptimalkan posisi tubuh untuk pergerakan sendi yang aktif dan pasif, melakukan gerakan pasif dengan bantuan sesuai dengan indikasi, memberikan dukungan positif pada saat melakukan latihan gerak sendi, menjelaskan tujuan dan prosedur latihan kepada klien dan keluarga, menganjurkan melakukan rentang gerak pasif dan aktif secara sistematis, mengajarkan rentang gerak aktif sesuai dengan program latihan dengan mendemonstrasikan setiap rangkaian gerakan pada klien, berikan keluarga kesempatan bertanya.

Menurut hasil penelitian Setyawati tahun 2024 menyatakan bahwa latihan ROM (*range of motion*) secara bertahap dapat berperan dalam proses pemulihan kelemahan otot pada pasien. Setelah penderita stroke mulai menjalani aktivitas fisik melalui terapi yang aman, kondisi fisik dan nafsu makan cenderung mengalami perbaikan. Otot yang terdampak akibat stroke masih memiliki peluang untuk pulih melalui latihan ROM yang konsisten.

Berdasarkan analisis peneliti menyatakan bahwa terdapat kesesuaian antara teori dengan implementasi ROM yang dilakukan pada klien dengan gangguan mobilitas fisik. Peneliti melakukan ROM pada klien secara bertahap sesuai dengan SOP (standar prosedur operasional) ROM.

**Implementasi TUK 4** dilakukan pada tanggal 19 Februari 2025 edukasi lingkungan keluarga dengan gangguan mobilitas fisik dengan cara; mengidentifikasi faktor risiko jatuh klien, mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh seperti keadaan lantai yang licin,kondisi tempat tidur, susunan perabotan rumah, dan penerangan yang kurang, melakukan orientasi ruangan klien misalnya kamar tidur, memastikan tempat tidur klien dalam keadaan kokoh dan layak, menganjurkan klien hindari penggunaan tempat tidur yang terlalu tinggi, meberitahu keluarga dan klien untuk memperhatikan kondisi lantai dengan cara tidak membiarkan air tergenang dilantai ataupun tumpahan cairan lainnya harus segera dibersihkan, menganjurkan keluarga menyikat lantai kamar mandi setiap hari, menganjurkan keluarga memposisikan

barang yang sering digunakan klien ditempat yang mudah dijangkau memberikan keluarga kesempatan bertanya.

Menurut teori Azzahra tahun 2023 menyatakan bahwa ketidakseimbangan yang terjadi akibat penurunan atau hilangnya fungsi motorik membuat pasien stroke lebih rentan mengalami jatuh. Oleh sebab itu, upaya pencegahan yang tepat perlu diberikan kepada pasien. Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa pengetahuan yang memadai mengenai cara mencegah jatuh pada pasien pascastroke di rumah sangat penting dimiliki oleh masyarakat umum<sup>58</sup>.

Berdasarkan analisis peneliti menyatakan bahwa terdapat kesesuaian implementasi pencegahan jatuh pada gangguan mobilitas fisik dengan penemuan studi sebelumnya. Pencegahan lingkungan jatuh sangat penting dilakukan oleh keluarga dengan anggota keluarga stroke dan dapat mencegah masalah kesehatan yang baru pada klien stroke.

**Implementasi TUK 5** dilakukan pada tanggal 19 Februari 2025 memanfaatkan fasilitas kesehatan oleh keluarga dengan cara; mengidentifikasi keluarga terkait pengetahuan tentang fasilitas kesehatan, memberikan dukungan untuk menjalani program pengobatan yang baik dan benar, memberikan informasi terkait fasilitas kesehatan, menjelaskan peraturan pelayanan kesehatan.

Diagnosis ketiga adalah **Ketidakpatuhan berhubungan dengan ketidakadekuatan pemahaman**. Implementasi **TUK 1** dilakukan pada tanggal 20 Februari 2025 mengenal masalah ketidakpatuhan minum obat dengan cara; mengidentifikasi sejauh mana pemahaman keluarga terkait ketidakpatuhan minum obat, dengan cara; identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi tentang ketidakpatuhan (definisi dan tanda gejala ketidakpatuhan), sediakan dan jelaskan materi dan media pendidikan kesehatan tentang ketidakpatuhan minum obat seperti definisi ketidakpatuhan adalah ketidaksesuaian tindakan antara individu dan/atau pemberi perawatan dengan rencana pengobatan yang telah disepakati bersama tenaga kesehatan dapat mengakibatkan perawatan atau terapi yang dijalankan menjadi kurang efektif, tanda dan gejala ketidakpatuhan

adalah enggan menerima ataupun menjalankan prosedur perawatan medis,tidak bersedia mematuhi saran atau instruksi yang diberikan,perilaku tidak mengikuti program, dan sikap menagabaikan anjuran rekomendasi yang diberikan, jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan, berikan pada klien dan keluarga kesempatan untuk bertanya. **Implementasi TUK 2** dilakukan pada tanggal 20 Februari 2025 memutuskan masalah ketidakpatuhan minum obat dengan cara; mengidentifikasi persepsi mengenai masalah dan informasi pengobatan, memotivasi mengungkapkan tujuan perawatan yang diharapkan oleh keluarga dan klien, memfasilitasi pengambilan keputusan dengan cara menjelaskan faktor risiko,dampak,dan penatalaksanaan ketidakpatuhan minum obat, memberikan informasi yang diminta klien tentang masalah kesehatannya jika tidak mengonsumsi obat, memberikan keluarga kesempatan bertanya.

Menurut teori Winulang tahun 2023 menyatakan bahwa peran perawat penting dalam pemberian edukasi kepada keluarga terkait kepatuhan minum obat karena akan menentukan keberhasilan regimen terapeutik terhadap pencegahan stroke berulang<sup>59</sup>.

Berdasarkan analisis peneliti menyatakan bahwa terdapat kesesuaian antara teori yang ditemukan dengan implementasi edukasi dan dukungan yang dilakukan pada klien dengan ketidakpatuhan minum obat. Dukungan keluarga terhadap kepatuhan minum obat, dimana semakin baik dukungan yang diberikan maka tingkat kepatuhan minum obat akan meningkat.

**Implementasi TUK 3** dilakukan pada tanggal 21 Februari 2025 merawat anggota keluarga dengan ketidakpatuhan minum obat dengan cara; mengidentifikasi tingkat pemahaman pada penyakit, komplikasi dan pengobatan yang diinginkan, mengidentifikasi perubahan kondisi kesehatan yang baru dialami, melibatkan keluarga sebagai pengawas minum obat, menjelaskan pentingnya mengikuti pengobatan sesuai dengan program, menjelaskan akibat yang mungkin terjadi jika tidak mematuhi pengobatan, menjelaskan strategi memperoleh obat secara kontinu, menganjurkan menyediakan instruksi penggunaan obat,

mengajarkan strategi untuk mempertahankan atau memperbaiki kepatuhan pengobatan, memberikan keluarga kesempatan untuk bertanya. Berdasarkan hasil penelitian Yuniarti tahun 2021 menyatakan bahwa pengobatan jangka panjang dan tingkat kekambuhan stroke yang tinggi sangat dibutuhkan promosi kepatuhan minum obat dan pemeriksaan kesehatan rutin oleh klien. Hal ini sebagai upaya pencegahan stroke yang hemat biaya, dan mampu mengurangi separuh insiden dan kematian akibat stroke<sup>48</sup>. Menurut analisis peneliti menyatakan bahwa terdapat kesesuaian antara teori yang ditemukan dengan implementasi yang dilakukan peneliti terkait promosi kepatuhan program pengobatan klien pasca stroke.

**Implementasi TUK 4** dilakukan pada tanggal 22 Februari 2025 edukasi lingkungan keluarga dengan cara menciptakan lingkungan literasi; mengidentifikasi status literasi kesehatan klien terkait minum obat, melibatkan keluarga untuk menciptakan lingkungan yang mendukung agar klien terasa nyaman dengan cara membantu klien membersihkan dan merapikan meja tempat biasanya klien membaca seperti majalah Koran yang dimana disisihkan kertas-kertas yang sudah usang dan tidak diperlukan lagi ke tempat sampah, memberikan panduan tentang stroke, gangguan mobilitas fisik dan promosi program pengobatan kepada klien sebagai literasi tambahan bagi klien, menggunakan teknik komunikasi yang tepat dan jelas, menggunakan bahasa yang sederhana dan sederhana, menganjurkan klien bertanya jika terdapat informasi yang kurang jelas. Berdasarkan hasil penelitian Hajjariani menyatakan bahwa tingkat literasi kesehatan yang tinggi mampu meningkatkan pola pikir dan kepatuhan pengobatan jangka panjang salah satunya pengobatan penyakit stroke. Menurut analisis peneliti menyatakan bahwa terdapat kesesuaian antara teori dengan implementasi yang dilakukan. Literasi berpengaruh dapat meningkatkan pengetahuan dan kepatuhan klien dengan stroke yang memiliki program pengobatan jangka panjang.

**Implementasi TUK 5** dilakukan pada tanggal 22 Februari 2025 memanfaatkan fasilitas kesehatan oleh keluarga dengan cara;

mengidentifikasi pengetahuan tentang fasilitas kesehatan, memberikan dukungan untuk menjalani program pengobatan yang tepat, baik, dan benar, memberikan informasi terkait fasilitas kesehatan, menjelaskan peraturan pelayanan kesehatan, berikan keluarga kesempatan bertanya.

## 5. Evaluasi Keperawatan

Pertama evaluasi diagnosis **Manajemen kesehatan tidak efektif berhubungan dengan Ketidakefektifan pola perawatan kesehatan keluarga.** Evaluasi TUK 1 dilakukan pada tanggal 14 Februari 2025 diperoleh evaluasi subjektif (S) Keluarga dan Tn.B mengatakan paham dengan materi pengertian, tanda dan gejala stroke yang telah dijelaskan, evaluasi objektif (O) Keluarga mampu mengulangi materi yang dijelaskan seperti pengertian, tanda dan gejala penyakit stroke, analisis (A) Masalah teratasi, planning (P) Intervensi dilanjutkan secara mandiri oleh keluarga.

**Evaluasi TUK 2** dilakukan pada tanggal 14 Februari 2025 diperoleh evaluasi subjektif (S) Keluarga mengatakan paham dengan faktor risiko, komplikasi, dan penatalaksanaan stroke berupa CERDIK dalam keluarga, evaluasi objektif (O) Keluarga mampu mengulangi penjelasan terkait faktor risiko, komplikasi, dan penatalaksanaan stroke berupa CERDIK, analisis (A) Masalah teratasi, planning (P) Intervensi dilanjutkan secara mandiri oleh keluarga .

**Evaluasi TUK 3** dilakukan pada tanggal 15 Februari 2025 diperoleh evaluasi subjektif (S) Tn.B dan keluarga mengatakan klien dan keluarga mengatakan paham tentang diet stroke dengan rendah garam, makanan yang dianjurkan dan makanan yang dihindari, klien mengatakan senang setelah diajarkan latihan fisik meremas kertas, , evaluasi objektif (O) Klien mampu mengulangi materi diet yang dijelaskan dan tahap laihan fisik yang diajarkan, klien mampu menerapkannya secara mandiri, analisis (A) Masalah teratasi, planning (P) Intervensi dilanjutkan secara mandiri oleh keluarga.

**Evaluasi TUK 4** dilakukan pada tanggal 16 Februari 2025 diperoleh evaluasi subjektif (S) Tn.B mengatakan paham dengan cara

memodifikasi lingkungan bagi klien stroke dengan cara memperhatikan keamanan, kenyamanan, dan kebersihan lingkungan, evaluasi objektif (O) Klien dan keluarga mampu mengulangi cara memodifikasi lingkungan bagi klien stroke dengan cara memperhatikan keamanan, kenyamanan, dan kebersihan lingkungan, analisis (A) Masalah teratasi, planning (P)Intervensi dilanjutkan secara mandiri oleh keluarga.

**Evaluasi TUK 5** dilakukan pada tanggal 16 Februari 2025 diperoleh evaluasi subjektif (S) Tn.B mengatakan paham dengan materi penggunaan fasilitas kesehatan bagi penderita stroke, evaluasi objektif (O) Klien dan keluarga mampu mengulangi dan menerapkan materi penggunaan fasilitas kesehatan yang baik, planning (P)Intervensi dilanjutkan secara mandiri oleh keluarga.

Hasil evaluasi dari implementasi yang dilakukan pada diagnosis Manajemen Kesehatan tidak Efektif berhubungan dengan Ketidakefektifan pola perawatan keluaraga meliputi keluarga mampu mengenal masalah stroke,mampu mengambil keputusan terkait masalah kesehatan,mampu menerapkan diet stroke pada Tn.B dan pada hari ke-5 kunjungan keluarga mengatakan sudah mengurangi garam sesuai diet dan mengganti garam dapur dengan garam himalaya pada masakannya (ada sayur bayam wortel, ikan tongkol balado kentang) dan hari-hari selanjutnya keluarga selalu menyediakan dan menerapkan menu diet stroke terutama untuk Tn.B, Tn.B mengatakan sudah mengonsumsi buah seperti papaya, naga, dan pisang yang disediakan oleh keluarga dan terlihat diatas meja makan ada papaya, naga, dan pisang, Tn.B mengatakan melakukan latihan fisik meremas kertas 2 kali setiap hari saat pagi dan sore dan memperlihatkan hasil *stopwatch* yang dilakukan, keluarga sudah mampu menciptakan lingkungan rumah yang aman,nyaman,dan bersih, dan saat kunjungan ke-7 Ny.Y mengatakan sudah melakukan control kesehatan ke puskesmas terkait keluhannya maka sudah ada peningkatan dalam pemanfaatan fasilitas kesehatan.

Kedua evaluasi diagnosis **Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot**. Evaluasi **TUK 1** dilakukan pada tanggal 17 Februari 2025 diperoleh evaluasi subjektif (S) Klien dan keluarga mengatakan paham dengan materi definisi, penyebab, tanda dan gejala gangguan mobilitas fisik, evaluasi objektif (O) Klien dan keluarga mampu mengulangi materi definisi, penyebab, tanda dan gejala gangguan mobilitas fisik dengan baik dan tepatanalisis (A) Masalah teratasi, planning (P)Intervensi dilanjutkan secara mandiri oleh keluarga.

**Evaluasi TUK 2** dilakukan pada tanggal 17 Februari 2025 diperoleh evaluasi subjektif (S) Klien dan keluarga mengatakan paham dengan materi faktor risiko, dampak, penatalaksanaan gangguan mobilitas fisik, evaluasi objektif (O) Klien mampu mengulangi materi faktor risiko, dampak, penatalaksanaan gangguan mobilitas fisik, analisis (A) Masalah teratasi, planning (P)Intervensi dilanjutkan secara mandiri oleh keluarga.

**Evaluasi TUK 3** dilakukan pada tanggal 18 Februari 2025 diperoleh evaluasi subjektif (S) Klien mengatakan merasa senang setelah melakukan ROM dan paham dengan tahap ROM, evaluasi objektif (O) Klien antusias dan semangat saat diajarkan ROM serta mampu mengulangi tahapan ROM, TD: 135/95, N: 96 x/menit, RR: 20x/menit analisis (A) Masalah teratasi, planning (P)Intervensi dilanjutkan secara mandiri oleh keluarga.

**Evaluasi TUK 4** dilakukan pada tanggal 19 Februari 2025 diperoleh evaluasi subjektif (S) Klien mengatakan paham dengan cara mencegah lingkungan rumah untuk mencegah jatuh , evaluasi objektif (O) Klien mampu mengulangi materi cara mencegah lingkungan rumah untuk mencegah jatuh dan cedera serta mengikuti anjuran, analisis (A) Masalah teratasi, planning (P)Intervensi dilanjutkan secara mandiri oleh keluarga.

**Evaluasi TUK 5** dilakukan pada tanggal 19 Februari 2025 diperoleh evaluasi subjektif (S) Klien mengatakan sudah mengikuti pengobatan terapi, evalusi objektif (O) Klien mampu memahami materi pemanfaatan fasilitas kesehatan, analisis (A) Masalah teratasi, planning (P)Intervensi dilanjutkan secara mandiri oleh keluarga.

Hasil evaluasi dari implementasi yang dilakukan pada diagnosis Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan yaitu keluarga sudah mampu mengenal dan memutuskan masalah gangguan mobilitas fisik karena keluarga paham dengan edukasi yang dijelaskan serta sudah memiliki panduan leaflet, Tn.B mengatakan sudah menerapkan ROM yang sebelumnya 1 kali sehari sekarang Tn.B mampu melakukannya 2 kali dalam sehari setiap pagi dan sore, TD: 135/95, N: 96 x/menit, RR: 20x/menit, Tn.B tampak sudah mampu mengangkat sedikit kaki yang kanan saat berjalan dan berjalan sudah tidak menyeret kaki lagi, keluarga sudah mampu menyediakan lingkungan pencegahan jatuh bagi Tn.B yang sebelumnya menggunakan keset rumah berupa kain bekas, sekarang sudah menggunakan keset yang aman, keadaan rumah sudah bersih rapi, Tn.B mengatakan sudah mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan berupa fisioterapi untuk gangguan mobilitas fisik.

Ketiga evaluasi diagnosis **Ketidakpatuhan berhubungan dengan Ketidakadekuatan pemahaman.** Evaluasi TUK 1 dilakukan pada tanggal 20 Februari 2025 diperoleh evaluasi subjektif (S) Klien mengatakan lebih tenang setelah konseling terkait obat, evaluasi objektif (O) Klien mampu berdiskusi dengan baik tentang obat, analisis (A) Masalah teratasi, planning (P)Intervensi dilanjutkan secara mandiri oleh keluarga.

**Evaluasi TUK 2** dilakukan pada tanggal 20 Februari 2025 diperoleh evaluasi subjektif (S) Klien mengatakan paham dengan penjelasan faktor risiko,dampak,dan penatalaksanaan ktdakpatuhan minum obat, evaluasi objektif (O) Klien mampu mengulangi kembali faktor risiko, dampak, dan penatalaksanaan ktdakpatuhan minum obat, analisis (A) Masalah teratasi, planning (P)Intervensi dilanjutkan secara mandiri oleh keluarga.

**Evaluasi TUK 3** dilakukan pada tanggal 21 Februari 2025 diperoleh evaluasi subjektif (S) Klien dan keluarga mengatakan paham dengan materi yang dijelaskan, evaluasi objektif (O) Klien mampu Klien mampu

mengulangi materi yang dijelaskan dengan seksama, analisis (A) Masalah teratasi, planning (P)Intervensi dilanjutkan secara mandiri oleh keluarga.

**Evaluasi TUK 4** dilakukan pada tanggal 22 Februari 2025 diperoleh evaluasi subjektif (S) Klien mengatakan paham dengan materi yang dijelaskan , evaluasi objektif (O) Klien mampu bekerjasama dalam berliterasi kesehatan, analisis (A) Masalah teratasi, planning (P)Intervensi dilanjutkan secara mandiri oleh keluarga.

**Evaluasi TUK 5** dilakukan pada tanggal 22 Februari 2025 diperoleh evaluasi subjektif (S) Klien mengatakan paham dengan pemanfaatan fasilitas kesehatan, evaluasi objektif (O) Klien mampu mengulangi materi yang dijelaskan, analisis (A) Masalah teratasi, planning (P)Intervensi dilanjutkan secara mandiri oleh keluarga.

Hasil evaluasi dari implementasi yang dilakukan pada diagnosis Ketidakpatuhan berhubungan dengan ketidakadekuatan pemahaman yaitu Tn.B dan keluarga mampu memahami masalah dan mamutuskan masalah ketidakpatuhan setelah diingatkan dan diberikan edukasi terkait ketidakpatuhan minum obat dan sudah memiliki panduan leaflet, keluarga mengatakan selalu memberikan dukungan dan mengingatkan jadwal minum obat Tn.B, namun 2 hari setelah edukasi keluarga mengatakan Tn.B masih belum mau meminum obatnya, dan saat evaluasi di hari terakhir kunjungan keluarga mengatakan Tn.B mau meminum obatnya tadi pagi sebelum peneliti dating, Tn.B mengatakan aman dan merasa nyaman saat membaca di tempat posisi biasanya Tn.B membaca karena sudah rapi, bersih dan Tn.B sudah mampu menjaga lingkungan litarasinya yang nyaman dan Tn.B mengatakan panduan literasi yang diberikan sudah mulai dibaca oleh Tn.B, dan keluarga mengatakan selalu mengantarkan Tn.B kontrol kesehatan.

Evaluasi terhadap seluruh implementasi menunjukkan bahwa keluarga telah memahami masalah yang dihadapi pasien, mulai dari diagnosis

awal hingga perkembangan selanjutnya. Keluarga mampu mengidentifikasi dan menyelesaikan masalah, memberikan perawatan yang tepat kepada anggota keluarga yang sakit, menyesuaikan lingkungan rumah agar mendukung pemulihan, serta memanfaatkan fasilitas kesehatan yang tersedia. Semua tujuan perawatan keluarga tercapai dengan baik.

## **BAB V**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **A. Kesimpulan**

Berdasarkan hasil penelitian penerapan asuhan keperawatan keluarga pada Tn.B dengan stroke di Wilayah Kerja Puskesmas Lubuk Buaya Kota Padang, diperoleh kesimpulan menurut peniliti bahwa:

1. Berdasarkan hasil pengkajian yang diperoleh peneliti terhadap Tn.B adalah Tn.B menderita stroke sejak 1 tahun yang lalu. Klien memiliki riwayat kebiasaan merokok,mengkonsumsi makanan yang bersantan, berlemak, dan mengandung tinggi garam, tidak mau mengkonsumsi obat secara rutin. Klien mengatakan terasa lemah di tangan dan kaki bagian kanan,jari-jari sulit digerakkan dan terasa kaku sehingga sulit menggenggam. Hasil pemeriksaan fisik diperoleh tekanan darah 135/90 mmHg, nadi 90x/menit, tingkat ketergantungan ringan dengan skore 15, kekuatan otot ekstermitas kanan atas 4, ekstermitas kanan bawah 3, ekstermitas kiri atas dan bawah 5, melakukan aktivitas tampak menggunakan tongkat 3 kaki.
2. Diagnosis keperawatan yang diperoleh dari pengkajiannya adalah diagnosis manajemen kesehatan tidak efektif berhubungan dengan ketidakefektifan pola perawatan kesehatan keluarga, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot, dan ketidakpatuhan berhubungan dengan ketidakadekuatan pemahaman.
3. Intervensi keperawatan ditentukan sesuai dengan diagnosis yang telah diperoleh. Intervensi keperawatannya adalah dengan edukasi proses penyakit stroke, identifikasi faktor risiko, dukungan pengambilan keputusan, edukasi diet stroke, edukasi latihan fisik, latihan rentang gerak, konseling, pengenalan literasi kesehatan, memodifikasi lingkungan dan edukasi fasilitas kesehatan.

4. Implementasi dimulai pada tanggal 12 – 23 Februari 2025 sesuai intervensi yang telah direncanakan. Implementasi pada diagnosis manajemen kesehatan tidak efektif adalah edukasi kesehatan terkait penyakit stroke, memberikan dukungan pada keluarga dalam pengambilan putusan untuk merawat anggota keluarga dengan stroke, melakukan diskusi dan demonstrasi cara diet stroke, edukasi latihan fisik, mengedukasi modifikasi lingkungan yang tenang, nyaman, dan aman bagi penderita stroke. Implementasi pada diagnosis gangguan mobilitas fisik adalah edukasi kesehatan gangguan mobilitas fisik, mendukung keluarga memutuskan masalah gangguan mobilitas fisik pada penderita stroke, memberikan edukasi cara merawat anggota keluarga dengan gangguan mobilitas fisik yaitu dengan melatih dan mendemonstrasikan latihan rentang gerak (ROM) serta libatkan keluarga, memodifikasi lingkungan keluarga dan memanfaatkan fasilitas kesehatan. Implementasi diagnosis ketidakpatuhan minum obat yaitu konseling terkait minum obat, menjelaskan faktor risiko dan dampak tidak teratur minum obat, melakukan promosi kepatuhan minum obat, menjelaskan dan memberikan literasi kepatuhan minum obat, dan pemanfaatan fasilitas kesehatan.
5. Untuk mengetahui hasil dari implementasi keperawatan dilakukan evaluasi, evaluasi setiap kunjungan dari tanggal 12 Februari 2025 hingga akhir pada tanggal 23 Februari 2025, terkait implementasi keperawatan yang telah dilakukan, hasil evaluasinya adalah keluarga mampu mengenal masalah kesehatan yaitu penyakit stroke, gangguan mobilitas fisik, ketidakpatuhan, keluarga dan klien mampu menerapkan dan paham tentang diet stroke, latihan fisik sesuai dengan kondisi yaitu meremas kertas, ROM, edukasi ketidakpatuhan minum obat sehingga keluarga juga melakukan pengawasan pasien stroke dalam mengkonsumsi obat agar teratur meskipun Tn.B masih sulit minum obat, memodifikasi lingkungan, dan memanfaatkan

fasilitas kesehatan untuk mengatasi masalah kesehatan dengan stroke pada Tn.B.

6. Dokumentasi proses keperawatan telah dilakukan mulai dari pengkajian, diagnosis, intervensi, implmentasi, dan evaluasi keperawatan. Setelah dilakukan semua proses keperawatan terdapat rencana tindak lanjut :

- a. Manajemen Kesehatan Keluarga Tidak Efektif Berhubungan Dengan Ketidakefektifan Pola Perawatan Keluarga

Mengingatkan keluarga untuk konsisten dalam menerapkan diet stroke dan latihan fisik, saling memberikan dukungan kepada anggota keluarga untuk membantu pemulihan dan penyembuhan, saling mengingatkan terutama dalam perilaku kesehatan keluarga dan pola hidup sehat yang telah di edukasikan.

- b. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Penurunan Kekuatan Otot

Mengingatkan keluarga untuk memahami konsep dan faktor risiko gangguan mobilitas fisik, memberikan dukungan dan mendampingi latihan ROM agar klien tetap termotivasi dalam melakukan kegiatan dan lebih semangat untuk pemulihan, mengawasi lingkungan agar tetap bersih,kondisi lantai tidak licin,pencahaayaan rumah yang cukup, serta memotivasi klien dalam menjalankan program di fisioterapi.

- c. Ketidakpatuhan berhubungan dengan ketidakadekuatan pemahaman

Meminta keluarga selalu mengawasi dan mengingatkan klien minum obat dan motivasi untuk program pengobatannya, ingatkan keluarga agar terhindar dari informasi yang tidak valid terkait minum obat kecuali informasi dokter atau ahli kesehatan lainnya yang bermutu, dampingi selalu klien kontrol kesehatan dan pengambilan obat ke RS.

## **B. Saran**

1. Bagi Puskesmas

Puskesmas Lubuk Buaya Kota Padang dapat menggunakan penelitian ini sebagai sumber informasi dalam mengembangkan program pencegahan stroke dan juga dapat dijadikan sebagai referensi tambahan untuk program PTM puskesmas salahsatunya CERDIK. Puskesmas juga bisa menggunakan latihan fisik dan latihan rentang gerak pada pasien gangguan mobilitas fisik khususnya penderita stroke yang dilakukan sesuai dengan kondisi klien saat kunjungan rumah ke rumah. Puskesmas mampu memberikan edukasi terkait kepatuhan minum obat pada keluarga dengan stroke.

## 2. Bagi Klien dan Keluarga

Bagi klien dan keluarga selalu menerapkan pola hidup yang sehat, berikan semangat dan dukungan pada klien agar termotivasi untuk mendapatkan kesembuhan dan kesehatan dengan melakukan latihan fisik, latihan rentang gerak,kelola aktivitas, dan pengawasan minum obat yang rutin dan teratur.

## 3. Bagi Institusi Pendidikan

Penelitian ini dapat menjadi tambahan informasi dan bahan bacaan di perpustakaan dalam memberikan asuhan keperawatan keluarga dengan stroke.

## 4. Bagi Peneliti Selanjutnya

Penelitian ini dapat menjadi pedoman dan menjadi data tambahan maupun sumber pembanding pada peneliti selanjutnya dalam melakukan asuhan keperawatan keluaraga dengan stroke.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Mufidah N, Raji HF, Achjar K ayu H, Adnala S, Putri NMME, Ibrahim SM, et al. Penyakit Tidak Menular [Internet]. Jambi: PT.Sunpedia Publishing Indonesia; Available from:  
[https://www.google.co.id/books/edition/Penyakit\\_Tidak\\_Menular/RmwWEQAAQBAJ?hl=id&gbpv=1&dq=definisiPTM&pg=PA1&printsec=frontcover](https://www.google.co.id/books/edition/Penyakit_Tidak_Menular/RmwWEQAAQBAJ?hl=id&gbpv=1&dq=definisiPTM&pg=PA1&printsec=frontcover)
2. Kemenkes RI. Laporan Tahunan 2022 Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular. 2022; Available from:  
[https://p2p.kemkes.go.id/wp-content/uploads/2023/06/FINAL\\_6072023\\_Layout-PTM-1.pdf#:~:text=Penyakit Tidak Menular %28PTM%29 merupakan penyakit kronis yang,pemerintah yang terwujud dalam 6 pilar transformasi kesehatan.](https://p2p.kemkes.go.id/wp-content/uploads/2023/06/FINAL_6072023_Layout-PTM-1.pdf#:~:text=Penyakit Tidak Menular %28PTM%29 merupakan penyakit kronis yang,pemerintah yang terwujud dalam 6 pilar transformasi kesehatan.)
3. Arfina A, Savitri N, Febtrina R, Kharisma D. Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Self Efficacy Penderita Stroke Pada Masa Pandemi Covid-19. JKJ) Persat Perawat Nas Indones. 2023;11(4):839–48.
4. Dewi AK, Wijayanti L, Septianingrum Y, Hasina SN. Strategi Koping Beban Keluarga Pasien Stroke; A Systematic Review. J Keperawatan. 2023;15(2):751–64.
5. Mulyiah P, Dyah A, Nasution, Septian S, Hastomo T, Setiana Sri Wahyuni Sitepu T. Analisis gambaran karakteristik Penderita Stroke di Wilayah Kabupaten Trenggalek dengan Pendekatan Keperawatan Keluarga. Tunik. 2020;7(2).
6. World Stroke Organization. Global Stroke Fact Sheet 2022 Purpose : Data sources : World Stroke Organ. 2022;13:1–14.
7. B VW, Rahman FF, Ningrum V. Proceedings of the 3rd International Conference on Cardiovascular Diseases (ICCVd 2021) [Internet]. Proceedings of the 3rd International Conference on Cardiovascular Diseases (ICCVd 2021). Atlantis Press International BV; 2023. Available from: [http://dx.doi.org/10.2991/978-94-6463-048-0\\_50](http://dx.doi.org/10.2991/978-94-6463-048-0_50)
8. SKI TP. Laporan Survey Kesehatan Indonesia 2023. 2023; Available from: [file:///C:/Users/ASUS iD/Downloads/LAPORAN SKI 2023 DALAM ANGKA\\_REVISI I\\_OK.pdf](file:///C:/Users/ASUS iD/Downloads/LAPORAN SKI 2023 DALAM ANGKA_REVISI I_OK.pdf)
9. Aristasari T, Aulia B, Putri R, Prameswari AA, Sudargo T, Wahyuningtyas R. Budaya Makan Dalam Perspektif Kesehatan [Internet]. Depok: UGM Press; 2022. Available from:  
<https://books.google.co.id/books?hl=id&lr=&id=fPx5EAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR12&dq=budaya+makan+masyarakat+minangkabau&ots=Kw6dFcOn8o&sig=qe--NjifXKN2MjNr8g76->

sp6B9E&redir\_esc=y#v=onepage&q=budaya makan masyarakat minangkabau&f=false

10. Supadmi, Djerubu D, Adriana NP, Sariyani MD, Erwin I, Putri DSR. Psikologi Kesehatan [Internet]. Sukoharjo: Pradina Pustaka; 2024. Available from: [https://www.google.co.id/books/edition/Psikologi\\_Kesehatan/LTsAEQAAQBAJ?hl=id&gbpv=1&dq=gofir 2021&pg=PA107&printsec=frontcover](https://www.google.co.id/books/edition/Psikologi_Kesehatan/LTsAEQAAQBAJ?hl=id&gbpv=1&dq=gofir 2021&pg=PA107&printsec=frontcover)
11. Journal ES, Padang K, Artikel I. Terjadinya Stroke berulang Pada Pasien di Puskesmas Nanggalo Kota Padang 2023. 2024;5(1):1–9.
12. Nur Silmi Kaffatan N, Virginita Winta MI, Erlangga E. Dukungan Sosial pada Pasien Pasca Stroke Social Support in Post-Stroke Patients. J Psikol dan Psikol Islam [Internet]. 2023;20(2):2655–5034. Available from: <https://doi.org/>
13. Hutagaluh MS. Panduan Lengkap Stroke: Mencegah, Mengobati dan Menyembuhkan [Internet]. 1st ed. Bandung: Nusa Media; 2019. Available from: Panduan Lengkap Stroke - Google Books
14. Joanna Rowe Kaakinen, Deborah Padgett Coehlo, Rose Steele MR. Family Health Care Nursing: Theory, Practice, and Research [Internet]. 6th ed. Philadepia: F.A Davis Company; 2018. 5 p. Available from: <https://books.google.co.id/books?id=wNFJDwAAQBAJ&lpg=PP1&hl=id&pg=PA5#v=onepage&q&f=false>
15. Wahyuni SD. Tugas Kesehatan Keluarga dalam Penanganan Kasus Kesehatan. J Keperawatan Komunitas. 2019;4(1):23–8.
16. Bakri A, Irwandy F, Linggi EB. Pengaruh Pendidikan Kesehatan Tentang Perawatan Pasien Stroke Di Rumah Terhadap Tingkat Pengetahuan Keluarga. J Ilm Kesehat Sandi Husada. 2020;11(1):372–8.
17. Salsabila M, Susanti N, Sabilla NN, Irene H, Hulu N, Studi P, et al. Analisis Kebijakan Kesehatan tentang Pencegahan dan Penanganan Stroke di Indonesia. 2024;3(2):931–8.
18. Djamhari EA, Aidha CN, Ramdlaningrum H, Kurniawan DW, Fanggidae SJ, Herawati, et al. Defisit Jaminan Kesehatan Nasional ( JKN ): Mengapa dan Bagaimana Mengatasinya ? Prakarsa [Internet]. 2020;67–8. Available from: <https://repository.theprakarsa.org/media/302060-defisit-jaminan-kesehatan-nasional-jkn-m-4c0ac9c6.pdf>
19. Bakri MH. Asuhan Keperawatan Keluarga. Yogyakarta: Pustaka Mahardika; 2021.
20. Friedman M., Bowden VR, Jones E. Buku Ajar Keperawatan Keluarga. 5th ed. Jakarta: Buku Kedokteran EGC; 2010.
21. Ferawati, Rita I, Amira S, Ida Y. Stoke Bukan Akhir Segalanya [Internet].

- Guepedia; 2020. 3 p. Available from:  
[https://www.google.co.id/books/edition/STROKE\\_BUKAN\\_AKHIR\\_SEG\\_ALANYA\\_Cegah\\_dan\\_A/CQtMEAAAQBAJ?hl=id&gbpv=1&dq=stroke+bukan+akhir+segalanya&pg=PA3&printsec=frontcover](https://www.google.co.id/books/edition/STROKE_BUKAN_AKHIR_SEG_ALANYA_Cegah_dan_A/CQtMEAAAQBAJ?hl=id&gbpv=1&dq=stroke+bukan+akhir+segalanya&pg=PA3&printsec=frontcover)
22. Sulistyawati A. Mencegah Luka Tekan Pada Pasien Stroke [Internet]. Jakarta: Nusamedia; 2020. Available from:  
[https://books.google.co.id/books?id=HIW9EAAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=id&source=gbs\\_ge\\_summary\\_r&cad=0#v=onepage&q&f=false](https://books.google.co.id/books?id=HIW9EAAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=id&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false)
  23. Purbaningsih ES, Syaripudin A, Muadi. Buku Ajar Keperawatan Paliatif Care Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Paliatif [Internet]. PT.Mediatama digital cendekia; 2021. Available from:  
[https://books.google.co.id/books?id=x7iBEAAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=id&source=gbs\\_ge\\_summary\\_r&cad=0#v=onepage&q&f=false](https://books.google.co.id/books?id=x7iBEAAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=id&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false)
  24. Asri K, Bayu AK. Asuhan Keperawatan Stroke untuk mahasiswa dan perawat profesional [Internet]. Bandung: Guepedia; 2022. Available from:  
[https://books.google.co.id/books?id=cO9ZEAAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=id&source=gbs\\_ge\\_summary\\_r&cad=0#v=onepage&q&f=false](https://books.google.co.id/books?id=cO9ZEAAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=id&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false)
  25. Kariasa I made. Antisipasi Serangan Stroke Berulang [Internet]. Pekalongan: PT.Nasya Expanding Management; Available from:  
[https://books.google.co.id/books?id=jdiAEAAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=id&source=gbs\\_ge\\_summary\\_r&cad=0#v=onepage&q&f=false](https://books.google.co.id/books?id=jdiAEAAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=id&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false)
  26. Ghofir A. Tatalaksana Stroke & Penyakit Vaskuler Lainnya [Internet]. Yogyakarta: Universitas Gadjah Mada Perss; 2021. Available from:  
[https://books.google.co.id/books?id=TTUWEAAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=id&source=gbs\\_ge\\_summary\\_r&cad=0#v=onepage&q&f=false](https://books.google.co.id/books?id=TTUWEAAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=id&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false)
  27. Sukmadi A, Wahyuni T, Restawan IG, Kurniawan C, Giyatamah Z, Jundiah raden siti, et al. Keperawatan Medikal Bedah 2 [Internet]. Cilacap,Jawa Tengah: PT.Media Pustaka Indo; 2024. Available from:  
[https://www.google.co.id/books/edition/KEPERAWATAN\\_MEDIKAL\\_BEDAH\\_2/G6oFEQAAQBAJ?hl=id&gbpv=1&dq=rendi+dan+margareth&pg=PA28&printsec=frontcover](https://www.google.co.id/books/edition/KEPERAWATAN_MEDIKAL_BEDAH_2/G6oFEQAAQBAJ?hl=id&gbpv=1&dq=rendi+dan+margareth&pg=PA28&printsec=frontcover)
  28. Purwani DR. Stroke Homecare Pencegahan, Penanganan,dan Penanganan Stroke dalam Keluarga [Internet]. 2018. Available from:  
[https://www.google.co.id/books/edition/Stroke\\_s\\_Home\\_Care/Cz5BEAAAQBAJ?hl=id&gbpv=1&dq=keperawatan+keluarga+purwani+2017&printsec=frontcover](https://www.google.co.id/books/edition/Stroke_s_Home_Care/Cz5BEAAAQBAJ?hl=id&gbpv=1&dq=keperawatan+keluarga+purwani+2017&printsec=frontcover)
  29. PPNI TPSD. Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia. Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia; 2017.
  30. Muttaqin A. Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Gangguan Sistem Persarafan [Internet]. Jakarta: Salemba Medika; 2017. Available from:  
[https://www.google.co.id/books/edition/Buku\\_Ajar\\_Ashuan\\_Keperawatan\\_](https://www.google.co.id/books/edition/Buku_Ajar_Ashuan_Keperawatan_)

- Dgn\_Gangguan/8UIIJRjz95AC?hl=id&gbpv=1&dq=Buku+Ajar+Asuhan+K  
eperawatan+Klien+dengan+Gangguan++Sistem+Persarafan&pg=PA545&  
printsec=frontcover
31. Taslim R. Pencatatan dan Pelaporan kader Peduli Stroke. Media sans Indonesia; 2022.
  32. Putri AD. Asuhan Keperawatan Keluarga Dengan Stroke di Wilayah Kerja Puskesmas Pauh Kota Padang. 2023;
  33. Island. Panduan Praktik Klinis [Internet]. Zifatama Jawara; 2021. Available from:  
[https://www.google.co.id/books/edition/PANDUAN\\_KETERAMPILAN\\_KLINIS\\_BAGIAN\\_1/X\\_8BEAAAQBAJ?hl=id&gbpv=1&dq=Panduan+Keterampilan+Klinis&pg=PP1&printsec=frontcover](https://www.google.co.id/books/edition/PANDUAN_KETERAMPILAN_KLINIS_BAGIAN_1/X_8BEAAAQBAJ?hl=id&gbpv=1&dq=Panduan+Keterampilan+Klinis&pg=PP1&printsec=frontcover)
  34. PPNI TPS. Standar Intervensi Keperawatan Indonesia. y: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia; 2017.
  35. Hidayat aziz alimul. Dokumentasi Keperawatan [Internet]. Surabaya: Health Book Publishing; 2021. Available from:  
[https://www.google.co.id/books/edition/Dokumentasi\\_Keperawatan\\_Aplikasi\\_Praktik/XecdEAAAQBAJ?hl=id&gbpv=1&dq=dokumentasi+asuhan+keperawatan+keluarga&printsec=frontcover](https://www.google.co.id/books/edition/Dokumentasi_Keperawatan_Aplikasi_Praktik/XecdEAAAQBAJ?hl=id&gbpv=1&dq=dokumentasi+asuhan+keperawatan+keluarga&printsec=frontcover)
  36. Swarjana IK. Populasi Sampel,Teknik Sampling dan Bias dalam Penelitian [Internet]. Yogyakarta: Penerbit ANDI; 2022. Available from:  
[https://www.google.co.id/books/edition/POPULASI\\_SAMPEL\\_TEKNIK\\_SAMPLING\\_BIAS\\_DAL/87J3EAAAQBAJ?hl=id&gbpv=1&dq=I+ketut+swarjana+2020&pg=PA151&printsec=frontcover](https://www.google.co.id/books/edition/POPULASI_SAMPEL_TEKNIK_SAMPLING_BIAS_DAL/87J3EAAAQBAJ?hl=id&gbpv=1&dq=I+ketut+swarjana+2020&pg=PA151&printsec=frontcover)
  37. Siyuto, Sandu, Sodik A. Dasar Metodologi Penelitian [Internet]. Yogyakarta: Literasi Media Publishing; 2019. Available from:  
[https://www.google.co.id/books/edition/DASAR\\_METODOLOGI\\_PENELITIAN/QPhFDwAAQBAJ?hl=id&gbpv=1&dq=sugiyono+2017+teknik+pengumpulan+data&printsec=frontcover](https://www.google.co.id/books/edition/DASAR_METODOLOGI_PENELITIAN/QPhFDwAAQBAJ?hl=id&gbpv=1&dq=sugiyono+2017+teknik+pengumpulan+data&printsec=frontcover)
  38. Hacking R medical. Olahraga Ringan yang Tepat bagi Penderita Stroke. 2024; Available from: <https://www.rsmedicalhacking.com/olahraga-ringan-yang-tepat-bagi-penderita-stroke/>
  39. Hartini. Pengaruh Kebiasaan Merokok Terhadap Risiko Kejadian Stroke. 2020; Available from: berpengaruh secara signifikan terhadap stroke iskemik dan memiliki probabilitas terjadi stroke iskemik sebesar 49,6%25. Kesimpulan yang dapat ditarik adalah kebiasaan merokok berpengaruh terhadap kejadian stroke iskemik
  40. Elmukhsinur, Kusumarini N. Faktor Risiko yang Berhubungan dengan Kejadian Stroke di RSUD Indrasari Rengat Kabupaten Indragiri Hulu. J Penelit Kesehat Suara Forikes. 2021;12(4):489–94.

41. Isrofah, Irene, Santoso, Nonik. Pengelolaan Pasien Pasca Stroke Berbasis Homecare [Internet]. Ayu P, editor. PT. Sunpedia Publishing Indonesia; 2023. Available from:  
[https://www.google.co.id/books/edition/PENGELOLAAN\\_PASIEN\\_PASCA\\_STROKE\\_BERBASIS/snrpEAAAQBAJ?hl=id&gbpv=1](https://www.google.co.id/books/edition/PENGELOLAAN_PASIEN_PASCA_STROKE_BERBASIS/snrpEAAAQBAJ?hl=id&gbpv=1)
42. Wiregar. HUBUNGAN ANTARA POLA MAKAN DAN KONDISI PENYERTA DENGAN PREVALENSI STROK PADA USIA DEWASA DI INDONESIA. 2020;46. Available from:  
[https://www.persagi.org/ejournal/index.php/Gizi\\_Indon/article/view/785](https://www.persagi.org/ejournal/index.php/Gizi_Indon/article/view/785)
43. Fauzi R. Hubungan Kepatuhan Penggunaan Obat dan Kualitas Hidup Pasien Stroke. 2020; Available from:  
<http://repository.uhamka.ac.id/id/eprint/20430/1/FS03-210001.pdf>
44. Setyawati VY, Retnaningsih D. Penerapan Range Of Motion pada pasien stroke dengan gangguan mobilitas fisik. J Manaj Asuhan Keperawatan. 2024;8(1):18–24.
45. Tesari MD, Telaubun MW. Asuhan Keperawatan Pada Pasien DenganNon Hemoragik Stroke Di Ruang IntensiveCare Unit Rumah Sakit Umum DaerahLabuang Baji Makassar. 2023;1–160.
46. Sari DE. Diet Penyakit Stroke. 2020; Available from:  
<https://rsupsoeradji.id/diet-penyakit-stroke/#:~:text=Memberi makanan secukupnya untuk memenuhi kebutuhan gizi pasien,dan elektrolit. Energi cukup%2C yaitu 25-45 kkal%2Fkg BB.>
47. Kemenkes R. 6 Jenis Olahraga Penderita Stroke. 2021; Available from:  
<https://linksehat.com/artikel/6-jenis-olahraga-untuk-penderita-stroke>
48. Yunianti F, Pebriani I, Indri Puspita Sari SR. Implementasi Asuhan Keperawatan Keluarga Penderita Stroke Dengan Masalah Kekuatan Otot Melalui Latihan Range of Motion. JKM J Keperawatan Merdeka. 2021;1(2):309–15.
49. Masruri IM, Kusyairi A, Tinggi S, Kesehatan I, Pesantren H, Hasan Z. Pada Pasien Stroke Di Rsud Waluyo Jati Kraksaan. 2023;157–63.
50. Neswita E, Laia M, Ardila henny yolanda, Nurkholidah S, Ginting adinda silani, Lubis asyrun alkhairi, et al. Pengaruh Konseling Obat Terhadap Kepatuhan Pasien Di Rumah Sakit Umum Pusat Adam Malik Menggunakan Metode Pill Count. Jambura J Heal Sci Res. 2023;5(1):342–8.
51. Fauzi LA, Maria R, Anwar A, Studi P, Tradisional P, Vokasi F, et al. Biofarmasetikal Tropis Biofarmasetikal Tropis. 2024;7(1):1–6.
52. Cecep Eli K, Tetti S, Chandra Isabela P. Pengaruh Edukasi Kesehatan Terhadap Pengetahuan Pasien Stroke dan Keluarga: Peran, Dukungan, dan Persiapan Perawatan Pasien Stroke di Rumah. 2022; Available from:

<https://media.neliti.com/media/publications/278350-pengaruh-edukasi-kesehatan-terhadap-peng-eecc2820.pdf>

53. Pomalango ZB, Jusuf H. Pengaruh Pendidikan Kesehatan pada Pengetahuan Keluarga tentang Gejala dan Pencegahan Resiko Stroke. Care J. 2022;1(2):68–73.
54. Mangalik G, Laurensia AR, Arestiningsih AD. Diet Management with Dysphagia Condition in Stroke Patients: A Literature Review. Amerta Nutr. 2023;7(3):468–77.
55. Nurartanti N, Wahyuni NT. Pengaruh Terapi Genggam Terhadap Peningkatan Motorik Halus. 2022; Available from: file:///C:/Users/ASUS iD/Downloads/PENGARUH\_TERAPI\_GENGGAM\_BOLA\_TERHADAP \_PENINGKATAN\_.pdf
56. Oktarik M. Lingkungan yang Nyaman dan Aman Untuk Pengidap Stroke di Rumah. 2024; Available from: <https://blog.appskep.id/lingkungan-yang-nyaman-dan-aman-untuk-pengidap-stroke-di-rumah/>
57. Musrah AS, Pratiwi A, Suranta Ginting D, Nurhanifah D, Anshari M. Education on the role of family to increase knowledge in preventing attacks in post-stroke patients. Abdimas Polsaka. 2024;3(1):20–5.
58. Salwa A. Mengenal Pencegahan Jatuh Pasien Post Stroke saat Di Rumah. 2023; Available from: [https://unair.ac.id/post\\_fetcher/fakultas-keperawatan-2891-mengenal-pencegahan-jatuh-pasien-post-stroke-saat-di-rumah/](https://unair.ac.id/post_fetcher/fakultas-keperawatan-2891-mengenal-pencegahan-jatuh-pasien-post-stroke-saat-di-rumah/)
59. Sih Winulang W, Fetreo Negeo Putra, Ira Puspitasari. Hubungan Dukungan Keluarga Terhadap Kepatuhan Minum Obat Pada Pasien Stroke Berulang. Prof Heal J. 2023;5(1):341–8.

# **LAMPIRAN**

Jumlah tanda fatih pada dok

(n=84)

4	4%	18	2%
CD-ROM	INTERNET	BUKU	PERIODIKAL
1	www.scribd.com		1%
2	slideuments.net		1%
3	Submitted to Politeknik Kesehatan Kementerian Fatayah	<1%	
4	repository.stkipcanggihlab-sby.ac.id	<1%	
5	Submitted to Forum Perpustakaan Perguruan Tinggi Indonesia Jawa Tengah	<1%	
6	text-id.123book.com	<1%	
7	repository.poltekkes-tjk.ac.id	<1%	
8	Submitted to Universitas Raya Indonesia	<1%	

9	Urdi Herling Seftini, Okta Sri Parwani. "Intervensi Terapi Bahatan pada Pasien Stroke Reabilitasi Lanjut Untuk Mengatasi Gangguan Mobilitas Fisik". Mahasiswa Nursing Journal, 2024 <a href="#">repository.pps.ub.ac.id</a>	<1%
10	Submitted to UIN Paitowacita <a href="#">repository.uin-paitowacita.ac.id</a>	<1%
11	<a href="#">repository.politeknik-altrim.ac.id</a> <a href="#">https://doi.org/10.5281/zenodo.1209704</a>	<1%
12	<a href="#">repository.politeknik-edu.ac.id</a> <a href="#">https://doi.org/10.5281/zenodo.1209705</a>	<1%
13	<a href="#">repositoryperpusnas@politekspedang.site</a> <a href="#">https://doi.org/10.5281/zenodo.1209706</a>	<1%
14	<a href="#">tedhs.wordpress.com</a> <a href="#">https://doi.org/10.5281/zenodo.1209707</a>	<1%
15	<a href="#">ejournal.kapertis11.or.id</a> <a href="#">https://doi.org/10.5281/zenodo.1209708</a>	<1%
16	<a href="#">ejournals.kerascendekis.ac.id</a> <a href="#">https://doi.org/10.5281/zenodo.1209709</a>	<1%
17	<a href="#">mrsupilan17.blogspot.com</a> <a href="#">https://doi.org/10.5281/zenodo.1209710</a>	<1%
18	<a href="#">repository.lanej.ac.id</a> <a href="#">https://doi.org/10.5281/zenodo.1209711</a>	<1%

<b>19</b>	<a href="#">pt.scribd.com</a> www.scribd.com	<1%
<b>20</b>	<a href="#">amboat.blogspot.com</a> www.blogspot.com	<1%
<b>21</b>	<a href="#">docplayer.net</a> www.docplayer.net	<1%
<b>22</b>	<a href="#">repository.polinikaeskg.org</a> www.repository.polinikaeskg.org	<1%
<b>23</b>	<a href="#">repository.unipracet.ac.id</a> www.repository.unipracet.ac.id	<1%
<b>24</b>	<a href="#">es.scribd.com</a> www.scribd.com	<1%
<b>25</b>	<a href="#">repo.silkesperintis.ac.id</a> www.silkesperintis.ac.id	<1%
<b>26</b>	<a href="#">dspace.unikat.ac.id</a> www.dspace.unikat.ac.id	<1%
<b>27</b>	<a href="#">id.123doi.com</a> www.123doi.com	<1%
<b>28</b>	<a href="#">2b911ba94ckenkesgold8960</a> www.2b911ba94ckenkesgold8960	<1%
<b>29</b>	<a href="#">repository.unikat.ac.id</a> www.repository.unikat.ac.id	<1%
<b>30</b>	<a href="#">repository.universitasirsyadaliyah.ac.id</a> www.repository.universitasirsyadaliyah.ac.id	<1%



www.slideshare.net

Search

< 1 >

View presentation | Fullscreen  
View on Slideshare | Embed

Print | Email | Add to my library



Kementerian Kesehatan  
Diklatkes Jendral  
Bantuan Dinas Kesehatan  
Politeknik Kesehatan Pabang  
Jl. Raya Sungai Penuh Km. 10, Sungai  
Penuh, Aceh Selatan 23111  
M. 0812 2222 1234  
E-mail: diklatkes@poltekkes-pabang.ac.id

Lembaga Konsultasi Tegar Alit di Lapangan Tegar Alit Medan, Tahun Baru

**PRODI DIPLOMA 3 KEPERAWATAN PABANG**  
**JURUSAN KEPERAWATAN**  
**KEMENKES POLTEKKES PABANG**

Tujuan : *Arahan Pemeriksaan Pasien*

Pem : *DR. H. KHADIJAH*

Pendidikan Tinggi : *D3 Kesehatan Masyarakat, Kesehatan Masyarakat, M.Kes, M.Cp*

Jabat : *Ketua Konsultasi Konsultasi Pengobatan Medis & Wilayah*

Kantor Pemeriksaan Labak Bungga Tengah Tegar Alit

No	Tanggal	Kegiatan pemeriksaan pasien konsultasi	Tanda tangan
1.	15 Oktober 2024	Assesmen KTL mengalihposisi dan mengidentifikasi penyakit dan mengelagupi sistemik tubuh.	
2.	22 Oktober 2024	Evaluasi dan analisis pasien dengan pertimbangan penyakit akut dan penyakit kronik.	
3.	11 Desember 2024	Perawatan HIV/AIDS dan HCV dengan pemantauan dan evaluasi hasil terapi.	
4.	30 November 2024	Diagnosa DNA UU dan DNA TB terhadap pasien dengan suspek dan pasien yang positif dengan tes.	
5.	20 Desember 2024	Evaluasi pasien dengan hasil diagnosis dan rekomendasi obat MOP.	
6.	31 Desember	Analisa konsultasi pasien	



Kementerian Kesehatan  
Dinas Kesehatan  
Bantuan Daya Manusia Kesehatan  
Pengembangan Kesehatan Masyarakat  
• Pengembangan Kesehatan Masyarakat  
• Pengembangan Kesehatan Lingkungan  
• Pengembangan Kesehatan Masyarakat

	2014	
7.	8 Januari 2015	Rencana pelaksanaan program dan kegiatan pembinaan
8.	11 Februari 2015	Analisa dan pengembangan hasil
9.	9 Maret 2015	Pembangunan dan pengembangan kegiatan kesehatan berorientasi pada kebutuhan masyarakat
10.	13 April 2015	Pembangunan dan pengembangan kegiatan kesehatan berorientasi pada kebutuhan masyarakat
11.	21 Mei 2015	Analisa dan pengembangan
12.	26 Mei 2015	Accesibilitas masyarakat



Dinas Kesehatan  
Bantuan Daya Manusia Kesehatan



Kementerian Kesehatan  
Dinas Kesehatan Provinsi Riau  
Satuan Tugas Kesehatan Masyarakat

- Dinas Kesehatan Provinsi Riau
- Dinas Kesehatan Kabupaten Riau
- Dinas Kesehatan Kota Pekanbaru
- Dinas Kesehatan Kabupaten Batang Toru

Lembar Konsultasi Tugas Kesehatan Masyarakat Tahun 2024

### LEMBAR KONSULTASI KEGIATAN TUGAS

#### SATUAN KERJA KONSEP KONSEP

#### KEMENKES PULAU RIAU

Nama : Rina Fitria Taqwa  
NIN : 2201062004  
Penitipan Kuliah : Kedokteran, S.Kep, M.KM  
Jadi : Kuliah Kependidikan Dengan Dosen di Wilayah  
Kegiatan Didik : Karyn, Eka Fitriang

No	Tanggal	Kegiatan dan tujuan penelitian	Tanda tangan
1.	10 Oktober 2024	Alokasi dana untuk pengembangan kurikulum dan implementasi kurikulum baru	
2.	20 Oktober 2024	Pembangunan dan pelatihan penilaian klasifikasi dengan pengetahuan sebelumnya	
3.	11 Desember 2024	Pembangunan dan pelatihan penilaian klasifikasi pengetahuan sebelumnya	
4.	20 Desember 2024	Pembangunan dan pelatihan penilaian klasifikasi dan implementasi kurikulum baru	
5.	30 Desember 2024	Pembangunan dan pelatihan penilaian klasifikasi dan implementasi kurikulum baru	
6.	31 Desember	Alokasi dana untuk penelitian	



Scanned with QRScanner

	2024		
7.	6 Januari 2025	Soal dan proposal kajian riset dan tugas penelitian	<input checked="" type="checkbox"/>
8.	17 Februari 2025	Hasil kajian pengelajuan kajian	<input checked="" type="checkbox"/>
9.	5 Maret 2025	Bantahan akhir dari pengajuan kajian tentang kelembutan beroperasional-potensi kajian bersifat tidak bermakna	<input checked="" type="checkbox"/>
10.	11 April 2025	Pembelaan akhir dari ahli saksi dengan pendapat sependapat, H.A.H.P.T dan H.A.S.V	<input checked="" type="checkbox"/>
11.	25 Mei 2025	Pembelaan H.A.H.P.T dan H.A.S.V	<input checked="" type="checkbox"/>
12.	29 Mei 2025	Audit oleh tim ahli STT	<input checked="" type="checkbox"/>

