

KARYA TULIS AKHIR

**PENERAPAN GENGGAM BOLA KARET DALAM ASUHAN
KEPERAWATAN KELUARGA PADA PASIEN STROKE
DENGAN PENURUNAN KEKUATAN OTOT
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS
ANAK AIR PADANG**



ATHIFA MESI PUTRI, S.Tr.Kep
NIM 243410009

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
JURUSAN KEPERAWATAN
KEMENKES POLTEKKES PADANG
2025**

KARYA TULIS AKHIR

PENERAPAN GENGGAM BOLA KARET DALAM ASUHAN
KEPERAWATAN KELUARGA PADA PASIEN STROKE
DENGAN PENURUNAN KEKUATAN OTOT
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS
ANAK AIR PADANG

Diajukan ke Program Studi Pendidikan Profesi Ners Kemenkes Poltekkes
Padang Sebagai Persyaratan Dalam Menyelesaikan
Pendidikan Profesi Ners



ATHIEFA MESI PUTRI, S.Tr.Kep
NIM 243410009

PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
JURUSAN KEPERAWATAN
KEMENKES POLTEKKES PADANG

2025

PERNYATAAN PERSETUJUAN

PERNYATAAN PERSETUJUAN

Judul Karya Tulis Akhir : Penerapan Genggam Bola Karet Dalam Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Pasien Stroke Dengan Penurunan Kekuatan Otot Di Wilayah Kerja Puskesmas Anak Air Padang
Nama : Athifa Mesi Putri, S.Tr. Kep
NIM : 243410009

Karya Tulis Akhir ini telah disetujui untuk diseminarkan dihadapan Tim Pengudi Prodi Pendidikan Profesi Ners Politeknik Kesehatan Kemenkes Padang.

Padang, 23 Mei 2025

Komisi Pembimbing

(Ns. Verra Widhi Astuti, M. Kep)
NIP : 19910225 201902 2 001

Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Ners



(Ns. Elvia Metti, M. Kep., Sp. Kep. Mat)
NIP : 19800423 200212 2 801

HALAMAN PENGESAHAN

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Akhir (KTA) ini diajukan oleh :

Nama : Athifa Mesi Putri S.Tr. Kep
NIM : 243410009
Judul KTA : Penerapan Genggam Bola Karet Dalam Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Pasien Stroke Dengan Penurunan Kekuatan Otot Di Wilayah Kerja Puskesmas Anak Air Padang

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Pengaji KTA dan diterima sebagai salah satu persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar profesi Ners pada Program Studi Pendidikan Profesi Ners Jurusan Keperawatan Politeknik Keshatan Kemenkes Padang.

DEWAN PENGUJI

Ketua Pengaji	Ns. Dewi Puspita, S. Kep., M. Kep	()
Anggota Pengaji	Ns. Lola Felinanda Amri, S. Kep., M. Kep	()
Anggota Pengaji	Ns. Verra Widhi Astuti, M. Kep	()

Padang, 11 Juni 2025
Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Ners



(Ns. Elvia Metti, M. Kep., Sp. Kep. Mat)
NIP : 19800423 200212 2 001

PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama lengkap : Athifa Mesi Putri
NIM : 243410009
Tanggal lahir : 27 Januari 2002
Tahun masuk Profesi : 2024
Nama PA : Ns. Netti, S.Kep, M.Pd., M.Kep
Nama Pembimbing KTA : Ns. Verra Widhi Astuti, S.Kep, M.Kep

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan Karya Tulis Akhir ilmiah saya, yang berjudul: Penerapan Genggam Bola Karet Dalam Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Pasien Stroke Dengan Penurunan Kekuatan Otot Di Wilayah Kerja Puskesmas Anak Air Padang.

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan tindakan plagiat, maka saya bertanggung jawab sepenuhnya dan bersedia menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikianlah surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Padang, Mei 2025
Yang Membuat Pernyataan



(Athifa Mesi Putri)
NIM 243410009

**KEMENKES POLITEKNIK PADANG
PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS**

Karya Tulis Akhir, Mei 2025
Athifa Mesi Putri, S.Tr.Kep

Penerapan Genggam Bola Karet dalam Asuhan Keperawatan Keluarga dengan Stroke di Wilayah Kerja Puskesmas Anak Air Kota Padang

Isi: xiv + 136 halaman, 10 tabel, 1 gambar, 14 lampiran

ABSTRAK

Stroke merupakan suatu penyakit serebrovaskuler yang terjadi karena berkurangnya aliran darah dan oksigen ke otak, hal ini disebabkan karena terjadinya sumbatan atau penyempitan pembuluh darah atau bisa juga terjadi karena pecahnya pembuluh darah. Pasien stroke yang mengalami kelemahan pada satu sisi anggota tubuh disebabkan oleh penurunan tonus otot, sehingga tidak mampu menggerakkan tubuhnya (imobilisasi). Oleh karena itu, strategi rehabilitasi yang bertujuan untuk meningkatkan hasil pemulihan pasca stroke, salah satunya terapi untuk melatih kemampuan pergerakan otot yaitu dengan media bola karet, Penelitian ini bertujuan untuk meningkatkan kekuatan otot pada pasien stroke.

Desain yang digunakan adalah studi kasus dengan pendekatan deskriptif. Penelitian dilakukan di Wilayah Kerja Puskesmas Anak Air. Waktu penerapan EBN dilakukan mulai tanggal 21 April 2025 sampai 10 Mei 2025. Populasi penelitian adalah 18 pasien stroke dari data puskesmas yang bertempat tinggal di wilayah puskesmas anak air dengan sampel 2 orang yang diambil secara *purposive sampling*. Teknik pengumpulan data menggunakan metode wawancara, observasi, pemeriksaan fisik dan studi dokumentasi.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa adanya peningkatan kekuatan otot pada kedua responden, yaitu pada hari kelima. Dapat disimpulkan bahwa ada peningkatan kekuatan otot pada pasien stroke setelah diberikan terapi genggam bola karet.

Disarankan bagi perawat puskesmas Anak Air dapat menambahkan intervensi yang telah diberikan sebelumnya kepada keluarga dengan stroke dengan terapi genggam bola karet dalam meningkatkan kekuatan otot pasca stroke.

Kata Kunci: stroke, kekuatan otot, terapi genggam bola karet
Kepustakaan :40 (2015-2024)

**PADANG POLYTECHNIC MINISTRY OF HEALTH
NERS PROFESSIONAL EDUCATIONAL STUDY PROGRAM**

*Final Paper, May 2025
Athifa Mesi Putri, S.Tr.Kep*

Application of Rubber Ball Gangs in Nursing Care for Families with Stroke in the Working Area of Puskesmas Anak Air Kota Padang

Contents: xiv + 136 pages, 10 tables, 1 figures, 14 attachments

ABSTRACT

Stroke is a cerebrovascular disease that occurs due to reduced blood and oxygen flow to the brain, this is caused by blockage or narrowing of blood vessels or can also occur due to rupture of blood vessels. Stroke patients who experience weakness on one side of the limbs are caused by decreased muscle tone, so they are unable to move their body (immobilization). Therefore, rehabilitation strategies that aim to improve post-stroke recovery outcomes, one of which is therapy to train muscle movement abilities, namely with rubber ball media. This study aims to increase muscle strength in stroke patients.

The design used was a case study with a descriptive approach. The research was conducted in the Anak Air Health Center Working Area. EBN implementation time was carried out from April 21, 2025 to May 10, 2025. The study population was 18 stroke patients from puskesmmas data who resided in the Anak Air health center area with a sample of 2 people taken by purposive sampling. Data collection techniques using interview methods, observation, physical examination and documentation studies.

Translated with DeepL.com (free version)The results of this study indicate that there is an increase in muscle strength in both respondents, namely on the fifth day. It can be concluded that there is an increase in muscle strength in stroke patients after being given rubber ball grasping therapy.

It is recommended that nurses at the Anak Air health center can add interventions that have been given previously to families with stroke with rubber ball grasping therapy in increasing post-stroke muscle strength.

*Keywords: stroke, muscle strength, rubber ball grasping therapy
Literature: 40 (2015-2024)*

KATA PENGANTAR

Puji syukur kepada Allah SWT, atas segala berkat dan rahmat-nya peneliti dapat menyelesaikan Proposal Karya Tulis Akhir ini dengan Judul “Penerapan Genggam Bola Karet Dalam Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Pasien Stroke Dengan Penurunan Kekuatan Otot Di Wilayah Kerja Puskesmas Anak Air Padang”. Pada kesempatan ini peneliti menyampaikan ucapan terima kasih sedalam-dalamnya atas bantuan dan bimbingan Ibu Ns. Verra Widhi Astuti, S.Kep., M.Kep. selaku pembimbing yang telah menyediakan waktu, tenaga dan pikiran untuk mengarahkan peneliti dalam penyusunan Proposal Karya Tulis Akhir ini. Peneliti juga mengucapkan terimakasih kepada :

1. Ibu drg. Marta Nofa selaku kepala puskesmas anak air yang telah memberikan izin lahan untuk melakukan penelitian.
2. Ibu Ns. Mitha Angelia Mayestika, S.Kep dan ibu Nining Furi Andriani, S.Kep selaku pembimbing klinik yang telah memfasilitasi peneliti dalam melakukan penelitian
3. Ibu Renidayati, S.Kp, M. Kep., Sp. Jiwa selaku Direktur Kementerian Kesehatan Poltekkes Padang
4. Bapak Ns. Tasman, M.Kep, Sp.Kom selaku Ketua Jurusan Keperawatan Kementerian Kesehatan Poltekkes Padang
5. Ibu Ns. Elvia Metti, M.Kep., Sp.Kep.Mat selaku Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Ners Kementerian Kesehatan Poltekkes Padang
6. Ibu Ns. Indri Ramadini, S.Kep, M.Kep selaku pembimbing akademik mahasiswa keperawatan
7. Bapak dan Ibu dosen beserta Civitas Akademika Jurusan Keperawatan Kementerian Kesehatan Poltekkes Padang yang telah memberikan ilmu, dukungan, masukan dan semangat dalam pembuatan karya tulis akhir ini
8. Teristimewa kepada kedua orang tua dan saudara yang selalu memberikan dukungan baik berupa moral, materi dan spiritual sehingga peneliti dapat menyelesaikan proposal karya tulis akhir ini

Dalam penulisan proposal karya tulis akhir ini peneliti menyadari bahwa karya tulis akhir ini jauh dari kesempurnaan karena keterbatasan pengetahuan dan pengalaman peneliti. Oleh karena itu, peneliti mengharapkan kritikan dan saran yang bersifat membangun dari berbagai pihak demi kesempurnaan karya tulis akhir ini. Peneliti berharap karya tulis akhir ini bermanfaat khususnya bagi peneliti dan pihak yang membacanya.

Padang, Mei 2025

Peneliti

DAFTAR ISI

PERNYATAAN PERSETUJUAN.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	ii
PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME.....	iv
KATA PENGANTAR.....	vii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR BAGAN	xi
DAFTAR TABEL.....	xii
DAFTAR GAMBAR	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah.....	4
C. Tujuan	4
D. Manfaat	5
BAB II TINJAUAN LITERATUR	6
A. Konsep Keluarga.....	6
B. Konsep Stroke.....	20
C. Konsep Kekuatan Otot.....	30
D. Konsep Terapi Genggam Bola Karet	35
E. Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Kasus Stroke.....	39
F. EBN.....	70
BAB III METODOLOGI KARYA TULIS AKHIR	78
1. Jenis dan Desain Penelitian.....	78
2. Waktu dan Tempat.....	78
3. Prosedur Pemilihan Intervensi EBN	78
4. Populasi dan sampel.....	78
5. Jenis dan Teknik Pengumpulan data	79
6. Instrumen	80
7. Prosedur Karya Tulis Akhir	81
8. Analisis Data.....	81

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	83
A. Hasil	83
B. Pembahasan.....	99
BAB V PENUTUP	134
A. Kesimpulan.....	136
B. Saran.....	137
DAFTAR PUSTAKA.....	138

DAFTAR BAGAN

Bagan 1. Bagan WOC	27
--------------------------	----

DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1 Skala Pengukuran Kekuatan Otot	34
Tabel 2. 2 Prioritas Masalah.....	52
Tabel 2. 3 Intervensi	54
Tabel 2. 4 SOP.....	71
Tabel 2. 5 Analisis Jurnal	74
Tabel 4. 1 Pengkajian	83
Tabel 4. 2 Diagnosis Keperawatan.....	87
Tabel 4. 3 Intervensi Keperawatan.....	90
Tabel 4. 4 Implementasi Keperawatan	93
Tabel 4. 5 Evaluasi Keperawatan	95

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Grafik Peningkatan Kekuatan Otot Partisipan 1 dan Partisipan 2 132

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Ganchart
- Lampiran 2 Jadwal Kunjungan
- Lampiran 3 Daftar riwayat Hidup
- Lampiran 4 Lembar Konsultasi Pembimbing KTA
- Lampiran 5 Standar Operasional Prosedur
- Lampiran 6 Media Sosialisasi EBN
- Lampiran 7 Surat permohonan kepada responen
- Lampiran 8 *Informed Consent* 1 dan 2
- Lampiran 9 Asuhan keperawatan Keluarga 1 dan 2
- Lampiran 10 Form Monitoring Harian
- Lampiran 11 SAP
- Lampiran 12 Leaflet, Poster
- Lampiran 13 Dokumentasi askep dan sosialisasi EBN
- Lampiran 14 Uji Turnitin

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Keluarga adalah dua atau lebih individu yang hidup dalam satu rumah tangga karena adanya Keluarga adalah dua atau lebih individu yang hidup dalam satu rumah tangga karena adanya hubungan darah, perkawinan atau adopsi. Mereka saling berinteraksi satu dengan yang lain, mempunyai peran masing-masing dan menciptakan serta mempertahankan suatu budaya. Keluarga merupakan dua orang atau lebih yang hidup bersama dengan ikatan dan kedekatan emosional baik yang tidak memiliki hubungan darah, perkawinan, atau adopsi dan tidak memiliki batas keanggotaan dalam keluarga (Ariyanti, 2023).

Terdapat sebuah keterkaitan yang kuat antara keluarga dan status kesehatan anggotanya, sehingga peran keluarga amat penting dalam setiap aspek pelayanan kesehatan individu anggota keluarganya mulai dari tahap promosi kesehatan hingga tahap rehabilitasi. Pengkajian dan pemberian layanan kesehatan keluarga adalah hal yang penting dalam membantu tiap anggota keluarga mencapai tingkat kesejahteraan yang optimum. Adanya masalah kesehatan pada satu anggota keluarga, yang memberikan “ekses” ke keluarga, dapat mengarahkan temuan penyakit atau faktor risiko pada anggota keluarga yang lain; hal ini sering kali terjadi ketika mengunjungi keluarga dengan masalah kesehatan (Friedman, 2010).

Kementerian Kesehatan Indonesia pada tahun 2025, memprioritaskan pengendalian penyakit tidak menular (PTM) dengan menitikberatkan pada pencegahan dan pengendalian faktor risiko utama seperti hipertensi, diabetes, dan stroke. Upaya ini didukung oleh pengesahan Undang-Undang Kesehatan No. 17 Tahun 2023 yang mencakup pengendalian faktor risiko PTM, serta transformasi layanan rujukan yang berfokus pada peningkatan layanan spesialistik. Melalui pendekatan komprehensif ini, diharapkan angka kejadian PTM dapat ditekan secara signifikan (Kemenkes, 2025).

Deteksi dini harus dilakukan secara proaktif mendatangi sasaran, karena

sebagian besar tidak mengetahui bahwa dirinya menderita penyakit tidak menular. Diakibatkan fenomena ini, untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya maka Program Indonesia Sehat akan dilaksanakan melalui Pendekatan Keluarga. Pendekatan keperawatan keluarga melibatkan skrining tekanan darah rutin, pendampingan dalam perubahan gaya hidup sehat, serta peningkatan kepatuhan terhadap terapi farmakologis maupun non-farmakologis. Dengan keterlibatan aktif keluarga, pengelolaan stroke menjadi lebih efektif, sehingga dapat mencegah komplikasi dan meningkatkan kualitas hidup pasien (Kemenkes, 2024).

Stroke menduduki peringkat kedua sebagai penyebab kematian terbesar di dunia dan merupakan penyumbang kecacatan terbesar. Stroke dikenal sebagai serangan otak merupakan kondisi yang terjadi ketika pasokan darah ke otak terganggu, baik karena penyumbatan pada pembuluh darah otak (stroke iskemik) atau pecahnya pembuluh darah otak (stroke hemoragik) yang dapat menyebabkan kerusakan permanen pada otak dan mempengaruhi fungsi tubuh (Benjamin, 2019). Stroke iskemik terjadi ketika pembuluh darah otak mengalami penyumbatan, menghentikan aliran darah ke area otak tertentu (Selvarajah, 2017) dan stroke hemoragik terjadi ketika pembuluh darah otak pecah, menyebabkan perdarahan di dalam atau di sekitar otak (Powers, 2019).

Menurut data *World Stroke Organization* (2022) bahwa angka kejadian stroke di dunia lebih dari 12,2 juta orang menderita stroke setiap tahunnya (Feigin, 2022). Jumlah penderita penyakit stroke di Indonesia pada tahun 2018 prevalensi stroke (permil) berdasarkan diagnosa naik dari 7% menjadi 10,9%. estimasi Global Burden of Disease (GBD) 2021, terdapat sekitar 11,9 juta kasus stroke baru yang terjadi setiap tahunnya di seluruh dunia. Stroke tetap menjadi penyebab utama kematian global, dengan sekitar 7,3 juta kematian terkait stroke setiap tahun, serta menyebabkan 160,5 juta tahun kehilangan kehidupan yang disesuaikan dengan kecacatan (DALYs). Pada Oktober 2023 memperkirakan bahwa 15 juta orang di seluruh dunia mengalami stroke setiap tahunnya (GBD, 2021).

Survei Kesehatan Indonesia (SKI) tahun 2023, stroke tercatat sebagai penyebab kematian pertama di Indonesia, dengan persentase sebesar 10,2% dari total seluruh kematian. Angka ini menunjukkan bahwa stroke tidak hanya memberikan beban besar bagi individu dan keluarga, tetapi juga bagi sistem pelayanan kesehatan nasional. Data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018 menunjukkan bahwa prevalensi stroke pada penduduk usia ≥ 15 tahun di Provinsi Sumatera Barat adalah sebanyak 9,8% (Riset Kesehatan Dasar, 2018).

Sumatera Barat memiliki sejumlah puskesmas yang tersebar di berbagai wilayah, salah satunya adalah Puskesmas Anak Air. Pada tahun 2024, jumlah kasus penyakit stroke yang tercatat di Puskesmas Anak Air mengalami peningkatan. Kasus stroke ini tersebar dalam berbagai rentang usia, mulai dari 40–>60. Berdasarkan data di Puskesmas Anak Air dari bulan Januari sampai Desember 2024 pasien stroke yang berkunjung sebanyak 18 orang. Stroke dapat menyisakan kelumpuhan, terutama pada sisi yang terkena, timbul nyeri, sublokasi pada bahu, pola jalan yang salah dan masih banyak kondisi yang perlu dievaluasi oleh perawat. Hemiparesis kelemahan pada salah satu sisi anggota tubuh dan merupakan gangguan motorik yang paling sering dialami oleh klien stroke. Hal ini diakibatkan oleh penurunan tonus otot, sehingga klien tidak mampu menggerakkan tubuhnya (Imobilisasi). Jadi peningkatan kasus stroke di wilayah kerja Puskesmas Anak Air dapat disebabkan oleh berbagai faktor risiko seperti hipertensi, Diabetes, kolesterol, kebiasaan merokok, konsumsi alkohol, serta pola hidup tidak sehat (Budi, 2019).

Peran perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan membantu klien mendapatkan kembali kesehatannya melalui proses penyembuhan, untuk mencapai tingkatan mobilitas maksimal dapat merencanakan intervensi keperawatan dan melakukan implementasi keperawatan seperti memberikan terapi non farmakologi untuk mengatasi gangguan mobilitas fisik pada stroke salah satunya dengan penerapan genggam bola karet, penerapan ini dapat membantu mengembalikan kekuatan otot dan kelincahan tangan pada pasien stroke yang mengalami gangguan motorik. Saat pasien meremas dan

menggenggam bola karet dengan tangan yang terkena dampak stroke, latihan ini dapat merangsang aktivitas saraf dan memperkuat otot- otot yang melemah serta dapat meningkatkan fungsi sensorik (Shahid, 2024).

Penelitian Susanti (2019) pengaruh range of motion terhadap kekuatan otot pada pasien stroke mendapatkan hasil latihan ROM menggenggam bola memiliki pengaruh terhadap kelenturan otot pada tangan kanan dan kiri yang menderita stroke. Responden dianjurkan lebih aktif dalam melakukan aktifitas fisik supaya tidak terjadi penurunan kekuatan otot, salah satu contohnya adalah menggenggam bola. Diharapkan keluarga responden tetap memotivasi responden untuk melakukan ROM bola karet secara mandiri (Susanti, 2022).

Berdasarkan latar belakang diatas, peneliti tertarik melakukan **“Penerapan Genggam Bola Karet Dalam Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Pasien Stroke Dengan Penurunan Kekuatan Otot Di Wilayah Kerja Puskesmas Anak Air Padang”**

B. Rumusan Masalah

“Bagaimana Penerapan Genggam Bola Karet Dalam Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Pasien Stroke Dengan Penurunan Kekuatan Otot Di Wilayah Kerja Puskesmas Anak Air Padang”

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Mendeskripsikan Penerapan Genggam Bola Karet Dalam Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Pasien Stroke Dengan Penurunan Kekuatan Otot Di Wilayah Kerja Puskesmas Anak Air Padang.

2. Tujuan Khusus

- a. Mendeskripsikan pengkajian keperawatan keluarga pada pasien stroke yang dilakukan penerapan Genggam Bola Karet di Wilayah Kerja Puskesmas Anak Air Padang.

- b. Mendeskripsikan penegakkan diagnosis keperawatan keluarga pada pasien stroke yang dilakukan penerapan Genggam Bola Karet di Wilayah Kerja Puskesmas Anak Air Padang.
- c. Mendeskripsikan perencanaan keperawatan keluarga pada pasien stroke yang dilakukan penerapan Genggam Bola Karet di Wilayah Kerja Puskesmas Anak Air Padang.
- d. Mendeskripsikan implementasi keperawatan keluarga pada pasien stroke yang dilakukan penerapan Genggam Bola Karet di Wilayah Kerja Puskesmas Anak Air Padang.
- e. Mendeskripsikan evaluasi keperawatan keluarga pada pasien stroke yang dilakukan penerapan Genggam Bola Karet di Wilayah Kerja Puskesmas Anak Air Padang.
- f. Menganalisis penerapan Genggam Bola Karet terhadap penurunan kekuatan otot pada pasien stroke di Wilayah Kerja Puskesmas Anak Air Padang.

D. Manfaat

1. Manfaat Aplikatif

Hasil tugas akhir ini dapat digunakan sebagai salah satu terapi non farmakologis pada pasien stroke yang mengalami masalah penurunan kekuatan otot dengan memberikan terapi genggam bola karet.

2. Manfaat pengembangan ilmu

Hasil tugas akhir ners ini dapat digunakan sebagai referensi oleh mahasiswa ataupun pendidikan pada bidang ilmu terutama tentang analisis asuhan keperawatan keluarga dengan masalah penurunan kekuatan otot pada klien stroke dengan memberikan terapi genggam bola karet.

BAB II

TINJAUAN LITERATUR

A. Konsep Keluarga

1. Defenisi

Keluarga sebagai bagian sub-sistem di dalam masyarakat memiliki karakteristik yang unik dalam kehidupan keluarga tersebut. Pengertian keluarga sangat bervariatif sesuai orientasi teori yang menjadi dasar pendefinisianya. Definisi keperawatan tentang keluarga dipengaruhi keterlibatan personal diri perawat dengan keluarganya sendiri dan pengalaman klinis. Keluarga berasal dari bahasa Sansekerta (kula dan warga) kulawarga yang berarti anggota kelompok kerabat (Mendrofa, 2021). Keluarga dari pandangan Balaion dan Maglaya (1978) menjelaskan bahwa keluarga adalah dua atau lebih individu yang hidup dalam satu rumah tangga karena adanya hubungan darah, perkawinan atau adopsi. Mereka saling berinteraksi satu dengan yang lainnya, mempunyai peran masing-masing dan menciptakan serta mempertahankan suatu budaya. Keluarga merupakan dua orang atau lebih yang hidup bersama dengan ikatan dan kedekatan emosional baik yang tidak memiliki hubungan darah, perkawinan, atau adopsi dan tidak memiliki batas keanggotaan dalam keluarga (Lukman, 2024). Jadi dapat disimpulkan keluarga merupakan unit terkecil dalam masyarakat yang memiliki karakteristik unik dan beragam definisi tergantung pada sudut pandang teori, pengalaman, dan budaya. Secara umum, keluarga terdiri dari individu yang terikat oleh hubungan darah, perkawinan, adopsi, atau kedekatan emosional, yang hidup bersama dan saling berinteraksi dalam suatu sistem yang memiliki peran dan budaya tersendiri.

2. Struktur Keluarga

Struktur keluarga menurut (Ariyanti, Sri et al., 2023) terdiri dari 5 yaitu:

- a. *Patrilineal* adalah keluarga sedarah yang terdiri dari sanak saudara sedarah dalam beberapa generasi, dimana hubungan itu disusun melalui jalur ayah.
- b. *Matrilineal* keluarga sedarah yang terdiri dari sanak saudara sedarah dalam beberapa generasi dimana hubungan itu disusun melalui jalur garis ibu.
- c. *Matrilocal* sepasang suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarah ibu.
- d. *Patrilokal* sepasang suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarah suami
- e. Keluarga kawinan: hubungan suami istri sebagai dasar bagi pembinaan keluarga, dan beberapa sanak saudara yang menjadi bagian keluarga karena adanya hubungan dengan suami atau istri.

Ciri-ciri struktur keluarga menurut (Ariyanti et al., 2023) antara lain:

- a. Terorganisasi: saling berhubungan, saling ketergantungan antara anggota keluarga.
- b. Ada keterbatasan: setiap anggota memiliki kebebasan, tetapi mereka juga mempunyai keterbatasan dalam menjalankanfungsi dan tugasnya masing-masing.
- c. Ada perbedaan dan kekhususan: setiap anggota keluarga mempunyai peranan dan fungsinya masing-masing.

Dimensi struktur keluarga dibagi menjadi 4 oleh Friedmant dalam (Mendrofa, 2021) yaitu :

1) Pola komunikasi keluarga

Pola komunikasi keluarga adalah proses tukar menukar perasaan, keinginan, kebutuhan-kebutuhan dan opini. Pola dan proses komunikasi ini akan menggambarkan bagaimana cara komunikasi dalam keluarga diterapkan baik antar sesama orang tua dengan anak, anak dengan anak, dan anggota keluarga besar dengan keluarga inti. Komunikasi keluarga sebagai simbolik transaksional menciptakan dan mengungkapkan pengertian dalam keluarga.

2) Pola peran keluarga

Peran formal dalam keluarga merupakan suatu kesepakatan bersama

yang dibentuk dalam suatu norma keluarga. Peran di dalam keluarga menunjukkan pola tingkah laku dari semua anggota di dalam keluarga. Peran didalam keluarga dapat terjadi peran ganda sehingga anggota keluarga dapat menyesuaikan peran tersebut. Peran di dalam keluarga dapat fleksibel sehingga anggota keluarga dapat beradaptasi terhadap perubahan yang terjadi.

3) Nilai dan Norma Keluarga

Nilai berfungsi sebagai pedoman umum bagi perilaku dan dalam keluarga nilai-nilai tersebut membimbing perkembangan aturan-aturan dan nilai-nilai dari keluarga. Nilai merupakan suatu sistem, sikap dan kepercayaan yang secara sadar atau tidak, mempersatukan anggota keluarga dalam satu budaya. Nilai keluarga juga merupakan suatu pedoman perilaku dan pedoman bagi perkembangan norma dan peraturan. Norma adalah pola perilaku yang baik, menurut masyarakat berdasarkan sistem nilai dalam keluarga.

4) Pola Kekuatan Keluarga

Kekuatan keluarga merupakan kemampuan (potensial atau aktual) dari individu untuk mengendalikan atau mempengaruhi untuk merubah perilaku orang ke arah positif.

3. Macam-macam Struktur/Tipe/Bentuk Keluarga

Struktur/tipe/bentuk keluarga menurut (Ariyanti, 2023) dibagi menjadi 2 yaitu:

a. Tradisional:

- 1) *The nuclear family* (keluarga inti), yaitu Keluarga yang terdiri dari suami, istri dan anak.
- 2) *The dyad family*, yaitu Keluarga yang terdiri dari suami dan istri (tanpa anak) yang hidup bersama dalam satu rumah.
- 3) Keluarga usila, yaitu Keluarga yang terdiri dari suami istri yang sudah tua dengan anak sudah memisahkan diri.

- 4) *The childless family*, yaitu Keluarga tanpa anak karena terlambat menikah dan untuk mendapatkan anak terlambat waktunya, yang disebabkan karena mengejar karir/pendidikan yang terjadi pada wanita.
- 5) *The extended family* (keluarga luas/besar), yaitu Keluarga yang terdiri dari tiga generasi yang hidup bersama dalam satu rumah seperti nuclear family disertai : paman, tante, orang tua (kakak- nenek), keponakan, dll).
- 6) *The single-parent family* (keluarga duda/janda), yaitu Keluarga yang terdiri dari satu orang tua (ayah dan ibu) dengan anak, hal ini terjadi biasanya melalui proses perceraian, kematian dan ditinggalkan (menyalahi hukum pernikahan).
- 7) *Commuter family*, yaitu Kedua orang tua bekerja di kota yang berbeda, tetapi salah satu kota tersebut sebagai tempat tinggal dan orang tua yang bekerja diluar kota bisa berkumpul pada anggota keluarga pada saat akhir pekan (week-end).
- 8) *Multigenerational family*, yaitu Keluarga dengan beberapa generasi atau kelompok umur yang tinggal bersama dalam satu rumah.
- 9) *Kin-network family*, yaitu Beberapa keluarga inti yang tinggal dalam satu rumah atau saling berdekatan dan saling menggunakan barang-barang dan pelayanan yang sama. Misalnya : dapur, kamar mandi, televisi, telpon, dll.
- 10) *Blended family*, yaitu Keluarga yang dibentuk oleh duda atau janda yang menikah kembali dan membesarkan anak dari perkawinan sebelumnya.
- 11) *The single adult living alone/single-adult family*, yaitu Keluarga yang terdiri dari orang dewasa yang hidup sendiri karena pilihannya atau perpisahan (separasi), seperti : perceraian atau ditinggal mati.

b. Non-tradisional :

- 1) *The unmarried teenage mother*, yaitu Keluarga yang terdiri dari orang tua (terutama ibu) dengan anak dari hubungan tanpa nikah.

- 2) *The stepparent family*, yaitu Keluarga dengan orangtua tiri.
- 3) *Commune family*, yaitu Beberapa pasangan keluarga (dengan anaknya) yang tidak ada hubungan saudara, yang hidup bersama dalam satu rumah, sumber dan fasilitas yang sama, pengalaman yang sama, sosialisasi anak dengan melalui aktivitas kelompok/membesarkan anakbersama.
- 4) *The nonmarital heterosexual cohabiting family*, yaitu Keluarga yang hidup bersama berganti-ganti pasangan tanpa melalui pernikahan.
- 5) *Cohabitating couple*, yaitu Orang dewasa yang hidup bersama diluar ikatan perkawinan karena beberapa alasan tertentu.
- 6) *Group-marriage family*, yaitu Beberapa orang dewasa yang menggunakan alat-alat rumah tangga bersama, yang merasa telah saling menikah satu dengan yang lainnya, berbagi sesuatu, termasuk sexual dan membesarkan anaknya.
- 7) *Group network family*, yaitu Keluarga inti yang dibatasi oleh set aturan-nilai-nilai, hidup berdekatan satu sama lain dan saling menggunakan barang-barang rumah tangga bersama, pelayanan dan bertanggung jawab membesarkan anaknya.
- 8) *Foster family*, yaitu Keluarga menerima anak yang tidak ada hubungan keluarga/saudara dalam waktu sementara, pada saat orangtua anak tersebut perlu mendapatkan bantuan untuk menyatukan kembali keluarga yang aslinya.
- 9) *Homeless family*, yaitu Keluarga yang terbentuk dan tidak mempunyai perlindungan yang permanen karena krisis personal yang dihubungkan dengan keadaan ekonomi dan atau problem kesehatan mental.

4. Tahap dan Tugas Perkembangan Keluarga

a. Tahap I : Keluarga Pasangan Baru atau Keluarga Baru/ Beginning Family

Keluarga baru dimulai pada saat masing-masing individu suami istri membentuk keluarga melalui perkawinan yang sah dan meninggalkan (psikologis) keluarga masing-masing dan sudah memiliki keluarga baru.

Masalah kesehatan utama yang muncul adalah penyesuaian seksual dan peran perkawinan, kehamilan yang tidak direncanakan, penyakit kehamilan, keluarga berencana, konseling prenatal dan komunikasi.

Tugas perkembangan keluarga Tahap Perkembangan I/*Beginning Family*

- 1) Membina hubungan intim
- 2) Membina hubungan dengan keluarga lain, teman, kelompok social
- 3) Mendiskusikan rencana memiliki anak

b. Tahap II : Keluarga ‘‘Child Bearing’’/ Kelahiran Anak Pertama

Keluarga yang menantikan kelahiran dimulai dari kehamilan sampai kelahiran anak pertama berlanjut sampai anak pertama berusia 30 bulan/ 3,2 tahun. Karena fokus pada perawatan bayi. Kelahiran bayi pertama membuat banyak perubahan besar dalam keluarga, sehingga keluarga dituntut adaptif dengan peranya dalam pemenuhan kebutuhan bayi. Kelahiran bayi banyak pasangan yang merasa terabaikan.

Masalah kesehatan utama yang muncul adalah pendidikan maternitas mengenai persiapan untuk pengalaman melahirkan, transisi menjadi orang tua, perawatan bayi yang sehat, mengenali secara dini dan menangani masalah-masalah kesehatan fisik anak dengan tepat, imunisasi, pertumbuhan perkembangan bayi yang normal, family planning, parenting education (include spiritual and religious value), interaksi keluarga, gaya hidup sehat dan peningkatan kesehatan secara umum.

Tugas Perkembangan Klg Tahap Perkembangan II / Kelahiran Anak Pertama :

- 1) Persiapan menjadi orangtua
- 2) Adaptasi dengan perubahan anggota keluarga; peran, interaksi, dan kegiatan
- 3) Mempertahankan hubungan yang memuaskan dengan pasangan.
- 4) Membagi peran dan tanggung jawab (peran orang tua terhadap bayi dengan memberi sentuhan kehangatan)
- 5) Menata ruang untuk anak
- 6) Biaya child bearing

- 7) Bimbingan orangtua tentang pertumbuhan perkembangan anak
- 8) Mengadakan kebiasaan keagamaan secara rutin

c. Tahap III : Keluarga dengan Anak Prasekolah/ Families With Preschool

Tahap dimulai saat kelahiran anak berusia 2,5 tahun dan berakhir pada saat anak berusia 5 tahun. Pada fase ini keluarga sangat repot, biasanya anak berikutnya lahir pada tahap ini, anak sangat tergantung pada orangtua.

Tugas Perkembangan Keluarga Tahap Perkembangan III/ *Families With Preschool* :

- 1) Memenuhi kebutuhan anggota keluarga (rumah, privasi, dan rasa aman)
- 2) Membantu anak bersosialisasi)
- 3) Beradaptasi dengan anak yang baru lahir, sementara kebutuhan lain harus terpenuhi
- 4) Mempertahankan hubungan yang sehat di dalam maupun di luar keluarga/mengarahkan pernikahan yang langgeng
- 5) Pembagian waktu untuk individu, pasangan, dan anak (tahap paling repot)
- 6) Kegiatan waktu stimulasi tumbuh kembang

d. Tahap IV : Keluarga dengan Anak Sekolah/ Families With School Children

Tahap ini dimulai pada saat anak tertua memasuki sekolah pada usia 6 tahun dan berakhir pada usia 12 tahun. Umumnya keluarga sudah mencapai jumlah anggota keluarga maksimal, sehingga keluarga sangat sibuk. Selain aktivitas di sekolah, masing-masing anak memiliki aktivitas dan minat yang berbeda.

Tugas Perkembangan Keluarga Tahap Perkembangan IV / *Families With School Age*:

- 1) Membantu sosialisasi anak terhadap lingkungan luar, tetangga, sekolah dan lingkungan.
- 2) Mempertahankan keintiman pasangan

- 3) Memenuhi kebutuhan dan biaya kehidupan yang semakin meningkat, termasuk kebutuhan untuk meningkatkan kesehatan anggota keluarga
- 4) Mendorong anak mencapai pengembangan daya intelektual
- 5) Keluarga beradaptasi dengan pengaruh teman dan sekolah anak
- 6) Meningkatkan komunikasi terbuka

e. Tahap V : Keluarga dengan Anak Remaja/ Families With Teenagers
Tahap

Tahap ini dimulai pada saat anak pertama berusia 13 tahun dan berakhir pada usia 20 tahun. Tahap ini adalah tahap yang paling sulit, yang rawan karena anak akan mencari identitasnya dalam pembentukan kepribadian, menghendaki kebebasan, mengalami perubahan kognitif dan biologis. Masalah kesehatan utama yang muncul yaitu *accident, injury, drug abuse, menstruation, school needs, school activities, parenting issues, teenager problems, harm communication.*

Tugas Perkembangan Keluarga Tahap Perkembangan V / *Families With Teenagers:*

- 1) Memberikan kebebasan yang seimbang dengan tanggung jawab mengingat remaja yang sudah tambah dewasa meningkat otonominya/tahapan paling sulit.
- 2) Mempertahankan hubungan dengan keluarga
- 3) Mempertahankan komunikasi terbuka antara anak dan orangtua
- 4) Hindari konflik perdebatan, kecurigaan, dan permusuhan
- 5) Perubahan sistem peran dan peraturan untuk tumbang.

f. Tahap VI : Keluarga dengan Anak Dewasa atau Pelepasan/
Launching Center Families

Tahap ini dimulai pada saat anak pertama meninggalkan rumah dan berakhir saat anak terakhir meninggalkan rumah. Lamanya tahap ini tergantung dari jumlah anak dalam keluarga atau jika anak belum berkeluarga akan tetap tinggal bersama orang tua.

Tugas Perkembangan Keluarga Tahap Perkembangan VI / *Launching Center Families* :

- 1) Memperluas keluarga inti menjadi keluarga besar
- 2) Membantu anak mandiri di masyarakat.
- 3) Pemantauan kembali peran dalam rumah tangga
- 4) Mempersiapkan anak hidup mandiri dan menerima kepergiannya
- 5) Mempertahankan keintiman pasangan.
- 6) Melanjutkan untuk memperbaharui dan menyesuaikan kembali hubungan perkawinan
- 7) Menciptakan lingkungan yang dapat menjadi contoh anak- anaknya
- 8) Membantu orang tua/suami istri yang sedang sakit memasuki masa tua.

g. Tahap VII : Keluarga Usia Pertengahan/ Middle Age Families

Tahap ini dimulai pada saat anak terakhir meninggalkan rumah dan berakhir saat pensiun atau salah satu pasangan meninggal. Pada beberapa pasangan ini menjadi tahap yang dirasakan sulit karena masalah lanjut usia, perpisahan dengan anak dan perasaan gagal sebagai orang tua. Setelah semua anak meninggalkan rumah, pasangan berfokus mempertahankan kesehatan dengan pola hidup sehat, diet semibang, olahraga rutin dan menikmati hidup dan pekerjaannya.

Tugas Perkembangan Keluarga Tahap Perkembangan VII / *Middle Age Families*:

- 1) Mempertahankan kesehatan.
- 2) Mempertahankan hubungan yang memuaskan dengan teman sebaya dan anak-anak, cucu
- 3) Meningkatkan keakraban pasangan
- 4) Mempertahankan kesehatan dengan perilaku hidup sehat
- 5) Mempunyai lebih banyak waktu dan kebebasan dalam mengolah minat sosial dan waktu santai.
- 6) Memulihkan hubungan/ kontak dengan anak dan keluarga.
- 7) Persiapan masa tua/pension.

h. Tahap VIII: Keluarga Lanjut Usia

Usia Tahap akhir perkembangan keluarga ini dimulai pada saat salah satu pasangan pensiun, berlanjut salah satu pasangan meninggal sampai keduanya meninggal. Proses lanjut usia dan pensiun menjadi realita yang tidak dapat dihindari berbagai stresor dan kehilangan yang harus dialami keluarga. Masalah kesehatan utama yang muncul diantaranya menurunnya kekuatan fisik, berkurangnya sumber finansial, kerentanan psikologis, merawat pasangan, kehilangan, kesepian, religion aspect dan isolasi sosial.

Tugas Perkembangan Keluarga Tahap Perkembangan VIII / *Old Families*:

- 1) Beradaptasi dengan kehilangan pasangan, teman, kekuatan fisik, pendapatan
- 2) Mempertahankan suasana rumah yang menyenangkan
- 3) Mempertahankan keakraban suami istri saling merawat
- 4) Mempertahankan hubungan dgn anak dan sosial masyarakat
- 5) Melakukan „live review“/ mengenang masalalu bahwa hidupnya berarti.

5. Fungsi Keluarga

Secara umum fungsi keluarga menurut Friedman dalam (Mendrofa, 2021) adalah :

a. Fungsi Afektif

Fungsi afektif ini merupakan fungsi keluarga yang terutama mengajarkan segala sesuatu untuk mempersiapkan anggota keluarga berhubungan dengan orang lain. Fungsi ini dibutuhkan untuk perkembangan individu dan psikososial anggota keluarga. Fungsi afektif berhubungan dengan fungsi internal keluarga yang merupakan basis kekuatan keluarga. Keberhasilan fungsi ini tampak melalui keluarga yang bahagia. Anggota keluarga mengembangkan konsep diri yang positif, rasa memiliki dan dimiliki, rasa berarti serta sumber kasih.

Komponen yang perlu dipenuhi oleh keluarga untuk memenuhi fungsi afektif:

- 1) Saling mengasuh, cinta kasih, kehangatan, saling menerima dan mendukung.
- 2) Saling menghargai, dengan mempertahankan iklim yang positif dimana setiap anggota keluarga baik orang tua maupun anak diakui dan dihargai keberadaan dan haknya.
- 3) Ikatan dan identifikasi, kekuatan yang besar dibalik persepsi dan kepuasan dari kebutuhan-kebutuhan individu dalam keluarga dalam pertalian (bonding) atau kasih sayang (attachment) digunakan saling bergantian.
- 4) Keterpisahan dan kepaduan, selama awal sosialisasi, keluarga membentuk dan memprogramkan tingkah laku seorang anak, sehingga hal tersebut membentuk rasa memiliki identitas

b. Fungsi Sosial

Proses perkembangan dan perubahan yang dialami individu yang menghasilkan interaksi sosial dan belajar berperan dalam lingkungan social. Anggota keluarga belajar disiplin memiliki nilai atau norma, dalam budaya dan perilaku melalui interaksi dalam keluarga, sehingga individu mampu berperan dalam masyarakat. Fungsi ini mengembangkan dan tempat melatih anak untuk kehidupan sosial sebelum meninggalkan rumah untuk berhubungan dengan orang lain di luar rumah.

c. Fungsi Reproduktif

Keluarga berfungsi untuk mempertahankan generasi dan menjaga kelangsungan keluarga. Keluarga berfungsi untuk meneruskan kelangsungan keturunan dan menambah sumber daya manusia. Fungsi keluarga meneruskan keturunan, memelihara membesarkan anak, memenuhi gizi keluarga dan merawat anggota keluarga.

d. Fungsi Ekonomi

Keluarga berfungsi untuk mempertahankan generasi dan menjaga Keluarga berfungsi untuk memenuhi kebutuhan keluarga secara ekonomi dan tempat mengembangkan kemampuan individu meningkatkan

penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga.

e. Fungsi Perawatan / Pemeliharaan Kesehatan

Fungsi keluarga untuk mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarga agar tetap memiliki produktivitas tinggi. Fungsi ini dikembangkan menjadi tugas keluarga di bidang kesehatan. Fungsi ini menjadi vital dalam pengkajian keluarga. Guna menempatkan dalam suatu perspektif fungsi ini menyediakan kebutuhan-kebutuhan fisik seperti makanan, pakaian, tempat tinggal dan perawatan kesehatan. Jika dilihat dari perspektif masyarakat. Keluarga merupakan syitem dasar dimana perilaku sehat dan perawatan kesehatan diatur, dan diamankan.

Keluarga memberikan perawatan yang bersifat promotif dan preventif dan secara bersama-sama merawat angota keluarga yang sakit. Lebih jauh lagi keluarga mempunyai tanggung jawab utama untuk memulai dan mengkoordinasikan pelayanan yang diberikan oleh para professional perawat kesehatan. Keluarga menyediakan makanan, pakaian, perlindungan, dan memelihara kesehatan. Keluarga melakukan praktik askep kesehatan untuk mencegah terjadinya gangguan atau merawat anggota yang sakit harus mampu menentukan kapan meminta pertolongan pada tenaga kesehatan ketika salah satu anggotanya mengalami gangguan kesehatan.

6. Perawatan Kesehatan Keluarga

Perawatan kesehatan keluarga menurut (Ariyanti, Sri et al., 2023) adalah tingkat perawatan kesehatan masyarakat yang ditujukan atau dipusatkan pada keluarga sebagai unit atau kesatuan yang dirawat, dengan sehat sebagai tujuan melalui perawatan sebagai saran/penyalur. Alasan Keluarga sebagai Unit Pelayanan :

- a. Keluarga sebagai unit utama masyarakat dan merupakan lembaga yang menyangkut kehidupan Masyarakat

- b. Keluarga sebagai suatu kelompok dapat menimbulkan, mencegah, mengabaikan atau memperbaiki masalah-masalah kesehatan dalam kelompoknya
- c. Masalah-masalah kesehatan dalam keluarga saling berkaitan, dan apabila salah satu angota keluarga mempunyai masalah kesehatan akan berpengaruh terhadap anggota keluarga lainnya
- d. Dalam memelihara kesehatan anggota keluarga sebagai individu (pasien), keluarga tetap berperan sebagai pengambilkeputusan dalam memelihara kesehatan para anggotanya
- e. Keluarga merupakan perantara yang efektif dan mudah untuk berbagai upaya kesehatan masyarakat.

7. Tujuan Perawatan Kesehatan Keluarga

Tujuan perawatan Kesehatan keluarga menurut (Ariyanti, Sri et al., 2023) yaitu

a. Tujuan umum :

Meningkatkan kemampuan keluarga dalam memelihara kesehatan keluarga mereka, sehingga dapat meningkatkan status kesehatan keluarganya (Ariyanti et al., 2023).

b. Tujuan khusus :

- 1) Meningkatkan kemampuan keluarga dalam mengidentifikasi masalah kesehatan yang dihadapi oleh keluarga.
- 2) Meningkatkan kemampuan keluarga dalam menanggulangi masalah-masalah kesehatan dasar dalam keluarga
- 3) Meningkatkan kemampuan keluarga dalam mengambil keputusan yang tepat dalam mengatasi masalah kesehatan para anggotanya
- 4) Meningkatkan kemampuan keluarga dalam memberikan asuhan keperawatan terhadap anggota keluarga yang sakit dan dalam mengatasi masalah kesehatan anggota keluarganya
- 5) Meningkatkan produktivitas keluarga dalam meningkatkan mutu hidupnya.

8. Tugas Kesehatan Keluarga

Tugas Kesehatan Keluarga menurut Boylon dan Maglaya dalam (Mendrofa, 2021) ada 5 yaitu :

a. Mengenal Masalah Kesehatan

Kesehatan menjadi aspek yang penting dalam keluarga. Tanpa kesehatan sesuatu tidak berarti tanpa kesehatan. Apabila menyadari adanya perubahan kondisi pada anggota keluarga, perlu dicatat kapan, apa, seberapa perubahan terjadi dan seberapa besar perubahannya. Sejauh mana keluarga mengetahui dan mengenal fakta masalah kesehatan meliputi pengertian, tanda gejala, faktor penyebab dan yang mempengaruhinya serta persepsi keluarga terhadap masalah kesehatan yang dialami.

b. Mengambil Keputusan

Tugas ini merupakan upaya utama keluarga untuk mencari pertolongan yang tepat sesui dengan keadaan keluarga, dengan pertimbangan siapa di antara anggota keluarga yang mempunyai kemampuan memutuskan sebuah tindakan.

c. Merawat Anggota Keluarga Yang Sakit

Keluarga yang sering mengalami keterbatasan, maka anggota keluarga yang mengalami gangguan kesehatan perlu memperoleh tindakan lanjutan atau perawatan agar masalah yang lebih parah tidak terjadi. Perawatan dapat dilakukan di institusi pelayanan kesehatan atau di rumah apabila keluarga telah memiliki kemampuan untuk melakukan tindakan untuk pertolongan pertama.

d. Memodifikasi Lingkungan Rumah Yang Mendukung Kesehatan

Rumah menjadi tempat berlindung dimana waktu lebih banyak waktu berhubungan dengan tempat tinggal. Semestinya rumah harus menjadi lambang ketenangan, keindahan, dan menunjang derajat kesehatan bagi anggota keluarga. Rumah menjadi: sumber keluarga yang dimiliki. keuntungan/ manfaat pemeliharaan lingkungan, pentingnya higienis

sanitasi, upaya pencegahan penyakit, sikap pandangan keluarga terhadap sanitasi, kekompakan antar anggota keluarga.

e. Memanfaatkan Fasilitas Layanan Kesehatan

Apabila mengalami gangguan masalah kesehatan keluarga atau anggota keluarga harus dapat memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada disekitarnya. Keluarga dapat berkonsultasi atau meminta bantuan tenaga kesehatan.

B. Konsep Stroke

1. Defenisi

Stroke merupakan penyakit yang terjadi apabila pembuluh darah otak mengalami penyumbatan atau pecah yang mengakibatkan otak tidak mendapatkan pasokan darah yang membawa oksigen sehingga terjadi kematian sel atau jaringan otak (Ferawati, 2020). Stroke dapat didefinisikan sebagai gangguan fungsi sistem saraf yang terjadi mendadak dan disebabkan oleh gangguan peredaran darah otak. Stroke terjadi akibat gangguan pembuluh darah di otak. Gangguan peredaran darah otak dapat berupa tersumbatnya pembuluh darah otak atau pecahnya pembuluh darah di otak. Otak yang seharusnya mendapat pasokan oksigen dan zat makanan menjadi terganggu. Kekurangan pasokan oksigen ke otak akan memunculkan kematian sel saraf (neuron). Gangguan fungsi otak ini akan memunculkan gejala stroke atau cedera serebrovaskuler adalah kehilangan fungsi otak yang diakibatkan oleh berhentinya suplai darah ke bagian otak. Gangguan serebrovaskuler ini menunjukkan beberapa kelainan otak, baik secara fungsional maupun struktural, yang disebabkan oleh keadaan patologis dari pembuluh darah serebral atau dari seluruh sistem pembuluh darah otak (Benjamin 2019). Stroke merupakan kejadian akut yang diakibatkan karena adanya penyumbatan yang mencegah darah mengalir ke otak atau karena perdarahan dari pembuluh darah di otak maupun dari bekuan darah (WHO, 2021).

2. Klasifikasi

Klasifikasi stroke menurut (Hermanto, 2021) dikelompokkan menjadi 2 yaitu:

a. Stroke Non Hemoragik (Stroke Iskemik)

Stroke Iskemik adalah hilangnya fungsi secara mendadak karena gangguan suplai darah menuju otak (Hinkle, 2019). Stroke iskemik merupakan tipe yang paling umum (87 %) hasil dari penelitian Center for Disease Control and Prevention (2017). Hal ini sesuai dengan gangguan sementara atau persisten atau penurunan aliran darah di area fokal otak, biasanya secara parsial atau total dari arteri serebral. Penyebab biasanya merupakan sumbatan oleh bekuan darah, penyempitan satu atau beberapa arteri yang mengarah ke otak atau embolus yang terlepas dari jantung atau arteri ekstrakrani yang menyebabkan sumbatan atau oklusi pada beberapa arteri intrakrani. Jika oklusi arteri dibuka kembali lebih awal, dengan perbaikan selanjutnya atau normalisasi suplai darah, lesi jaringan akan kecil atau tidak ada dan ekspresi klinisnya akan menjadi serangan iskemik transien (TIA) (Stehen, 2017). TIA didefinisikan sebagai defisit neurologis fokal dengan gejala dan tanda-tanda yang berlangsung tidak lebih dari 24 jam. TIA adalah sekitar 10% dari semua stroke (Americaneart Association, 2013).

b. Stroke Hemoragik

Stroke hemoragik adalah stroke yang timbul akibat pembuluh darah otak yang pecah (Hinkle, 2019). Stroke hemoragik merupakan tipe yang kurang dialami oleh masyarakat berbanding dengan stroke iskemik. sebagai fakta hanya 15 persen dari semua stroke yang bersifat hemoragik, namun stroke hemoragik tetap bertanggung jawab atas 40 persen dari semua kematian disebabkan penyakit stroke (*Center for Disease Control and Presentation*, 2017). Ini karena pembuluh darah yang melemah yang pecah dan berdarah di otak disekitarnya sehingga terjadinya akumulasi darah dan menyebabkan desakan pada jaringan otak disekitarnya. Dua jenis pembuluh darah yang lemah yang biasanya menyebabkan stroke

hemoragik adalah aneurisma dan malformasi arteriovenosa (AVMs). Stroke hemoragik dibahagi kepada dua tipe iaitu intraserebral dan subarachnoid (*American Heart Association, 2013*).

3. Etiologi

Etiologi stroke menurut (Anurogo, 2022) yaitu

a. Pecahnya pembuluh darah

Akibat pecahnya pembuluh darah, maka darah akan keluar mengisi ruang tengkorak kepala. Tulang tengkorak merupakan suatu rongga yang memiliki dinding yang kuat dan volume yang tetap. Karena itu, jika ada darah keluar maka terjadi peningkatan tekanan di dalam otak. Efek ini akan menekan fungsi otak yang terkena sehingga pada akhirnya terjadi penurunan kesadaran secara tiba-tiba. Apabila darah dapat dievakuasi dengan segera maka tekanan di dalam rongga kepala akan kembali normal dan diharapkan kesadaran dapat segera pulih. Keadaan seperti ini disebabkan karena tekanan darah yang mengalami peningkatan cukup tinggi. Secara fisiologis tubuh mempunyai mekanisme untuk menurunkan tekanan darah jika terjadi peningkatan kenaikan tekanan darah. Akan tetapi dalam keadaan abnormal mekanisme ini tidak dapat berjalan dengan baik sehingga menyebabkan pembuluh darah pada otak pecah.

b. Penyumbatan pembuluh darah pada otak

Penyumbatan pembuluh darah pada otak mengakibatkan darah yang membawa nutrisi tidak dapat sampai ke jaringan otak yang membutuhkan sehingga terjadi penurunan kesadaran. Pada keadaan ini penurunan kesadaran akan terjadi sedikit demi sedikit tidak sendramatis gangguan yang pertama yaitu pecahnya pembuluh darah di otak. kembali ke dalam ruang jantung, sehingga otot jantung berupaya memompa darah kembali melalui katup yang sama.

c. Kelas sosial

Dilihat dari segi ekonomi sudah sangat jelas bahwa golongan profesional telah memiliki pendapatan lebih dari cukup mereka pun menerapkan pola hidup sehat dan teratur. Andai terserang penyakit misalnya stroke, mereka

akan berusaha mendapatkan pengobatan yang terbaik. Tetapi akan sangat berbeda dengan pekerja kasar. Dilihat dari segi ekonomi seringkali kurang dalam pendapatan sehingga pola hidup sehat dan teratur tidak dapat diterapkan. Sebalinya jika sakit tidak akan bisa mengusahakan pengobatan yang terbaik.

d. Anomali pembuluh darah

Ketidaknormalan pembuluh darah yang menyuplai otak seperti aneurisma (pelebaran dinding pembuluh darah) dan malformasi arteriovenosa (kelainan pembentukan pembuluh darah arteri dan vena) adalah suatu keadaan yang sudah dimiliki seorang anak sejak lahir. Seseorang yang memiliki ketidaknormalan pada pembuluh darah seperti ini dapat hidup bertahun-tahun tanpa mengalami permasalahan apapun. Namun, suatu waktupembuluh darah tersebut pecah dan menumpahkan isinya (darah) mke jaringan otak dan mengakibatkan stroke.

4. Faktor Resiko

a. Faktor risiko medis

- 1) Arteriosklerosis atau pengerasan pembuluh darah
- 2) Adanya riwayat stroke dalam keluarga (faktor keturunan)
- 3) Migran atau sakit kepala sebelah

b. Faktor risiko perilaku

- 1) Kebiasaan merokok
- 2) Mengonsumsi minuman bersoda dan beralkohol
- 3) Suka menyantap makanan cepat saji (fast foof dan junk food)
- 4) Kurangnya aktivitas gerak atau olahraga
- 5) Suasana hati yang tidak nyaman seperti sering marah tanpa alasan yang jelas

c. Faktor risiko yang dapat dimodifikasi

1) Hipertensi

Tekanan darah tinggi merupakan peluang terbesar terjadinya stroke. Hipertensi atau tekanan darah tinggi mengakibatkan adanya gangguan alirah darah yang mana diameter pembuluh darah akan mengecil

sehingga darah yang mengalir ke otak pun akan berkurang. Dengan pengurangan aliran darah ke otak maka otak akan kekurangan suplai oksigen dan glukosa, lama-kelamaan jaringan otak akan mati.

2) Penyakit jantung

Penyakit jantung seperti jantung koroner dan infark miokard (kematian otot jantung) menjadi faktor terbesar terjadinya stroke. Jantung merupakan pusat aliran darah di tubuh. Jika pusat pengaturan darah mengalami kerusakan maka aliran darah tubuh pun menjadi terganggu termasuk aliran darah menuju otak. Gangguan aliran darah itu dapat mematikan jaringan otak secara mendadak ataupun bertahap.

3) Diabetes melitus

DM atau kencing manis mempunyai risiko mengalami stroke. Pembuluh darah pada penderita diabetes melitus umumnya lebih kaku atau tidak lentur. Hal ini terjadi karena adanya peningkatan atau penurunan kadar glukosa darah secara tiba-tiba sehingga dapat menyebabkan kematian otak.

4) Hiperkolesterolemia

Hiperkolesterolemia adalah kondisi dimana kadar kolesterol dalam darah berlebih. LDL yang berlebih akan mengakibatkan terbentuknya plak pada pembuluh darah. Kondisi seperti ini lama kelamaan akan menganggu aliran darah termasuk aliran darah ke otak.

5) Obesitas

Obesitas merupakan salah satu faktor terjadinya stroke. Hal itu terkait dengan tingginya kadar lemak dan kolesterol dalam darah. Pada orang dengan obesitas biasanya kadar LDL (low-density lipoprotein) lebih tinggi di banding kadar HDL (high-density lipoprotein).

6) Merokok

Dari berbagai penelitian diketahui bahwa orang yang merokok mempunyai kadar fibrinogen darah yang lebih tinggi dibanding orang yang tidak merokok, peningkatan kadar fibrinogen mempermudah terjadinya penebalan pembuluh darah sehingga pembuluh darah

menjadi sempit dan kaku. Karena pembuluh darah menjadi sempit dan kaku maka dapat menyebabkan gangguan aliran darah.

d. Faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi

1) Usia

Semakin bertambahnya usia semakin besar pula risiko terjadinya stroke. Hal ini terkait dengan proses degenerasi (penuaan) yang terjadi secara alamiah. Pada orang lanjut usia, pembuluh darah lebih kaku karena banyak penimbunan plak. Penimbunan plak yang berlebih akan mengakibatkan berkurangnya aliran darah ke tubuh termasuk otak.

2) Jenis kelamin

Dibanding dengan perempuan, laki-laki cenderung berisiko lebih besar mengalami stroke. Ini terkait laki-laki cenderung merokok. Bahaya terbesar dari rokok adalah merusak lapisan pembuluh darah pada tubuh.

3) Riwayat keluarga

Jika salah satu dari keluarga pernah menderita stroke maka, kemungkinan dari keturunan keluarga tersebut dapat mengalami stroke. Orang dengan riwayat stroke pada keluarga memiliki risiko lebih besar untuk terkena stroke dibanding orang yang tanpa riwayat stroke pada keluarganya.

4) Perbedaan ras

Fakta terbaru menunjukkan bahwa risiko stroke pada orang Afrika-Karibia sekitar dua kali lebih tinggi dari pada orang non-Karibia. Hal ini dimungkinkan karena tekanan darah tinggi dan diabetes lebih sering terjadi pada orang Afrika-Karibia daripada orang non-Karibia. Hal ini dipengaruhi juga oleh faktor genetik dan faktor lingkungan.

5. Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala stroke menurut (Widiyono, 2023) yaitu :

- a. Nyeri kepala disertai penurunan kesadaran, bahkan bisa mengalami koma (perdarahan otak).
- b. Kelemahan atau kelumpuhan pada lengan, tungkai, atau salah satu sisi tubuh.

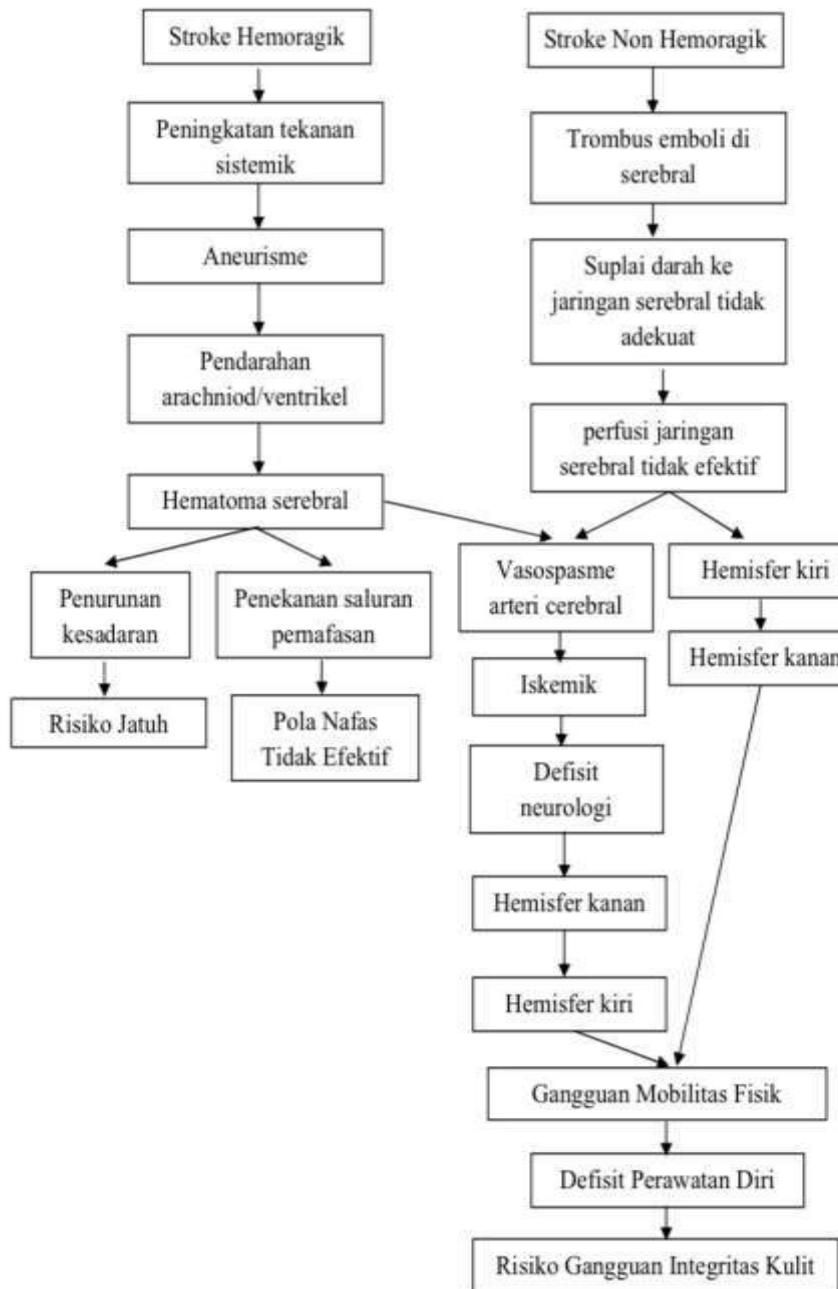
- c. Mendadak seluruh badan lemas dan terkulai tanpa hilang kesadaran (drop attack) atau disertai hilang kesadaran sejenak (sinkop).
- d. Gangguan penglihatan (mata kabur) pada satu atau dua mata.
- e. Gangguan keseimbangan berupa vertigo dan sempoyongan (ataksia).
- f. Rasa baal (mati rasa) pada wajah atau anggota badan satu sisi atau dua sisi.
- g. Kelemahan atau kelumpuhan wajah atau anggota badan satu sisi atau dua sisi. Kehilangan sebagian atau seluruh kemampuan bicara (afasia).
- h. Gangguan daya ingat atau memori baru (amnesia).
- i. Gangguan menelan cairan atau makanan padat (disfagia).

6. Patofisiologi

Stroke didefinisikan sebagai masalah neurologis mendadak yang disebabkan oleh gangguan perfusi melalui pembuluh darah ke otak. Penting untuk memahami anatomi neurovaskular untuk mempelajari manifestasi klinis stroke. Aliran darah ke otak diatur oleh dua karotis interna di anterior dan dua arteri vertebralis di posterior (lingkaran Willis). Stroke iskemik disebabkan oleh kurangnya suplai darah dan oksigen ke otak; Stroke hemoragik disebabkan oleh pendarahan atau kebocoran pembuluh darah. Pada trombosis, aliran darah dipengaruhi oleh penyempitan pembuluh darah akibat aterosklerosis. Penumpukan plak pada akhirnya akan menyempitkan ruang pembuluh darah dan membentuk gumpalan sehingga menyebabkan stroke trombotik. Pada stroke emboli, penurunan aliran darah ke daerah otak menyebabkan emboli, aliran darah ke otak berkurang, menyebabkan stres berat dan kematian sel sebelum waktunya (nekrosis). Nekrosis diikuti oleh gangguan membran plasma, pembengkakan organel dan bocornya isi seluler ke ruang ekstraseluler, dan hilangnya fungsi saraf (Kuriakose, 2020).

7. Bagan WOC

Bagan 1. Bagan WOC



8. Komplikasi

komplikasi Stroke menurut (Hermanto, 2021) adalah

- Tromboemboli vena
- Infeksi saluran kemih
- Pneumonia Aspirasi

- d. Edema lingual
- e. luka dan ulserasi
- f. Jatuh
- g. Malnutrisi
- h. Nyeri
- i. Komplikasi jantung
- j. Komplikasi gastrointestinal
- k. Gangguan neuropsikiatrik atau penurunan kesadaran

9. Pencegahan

Untuk mencegah terjadinya stroke menurut (Susilo, 2019) adalah

- a. Pengendalian hipertensi
- b. Mencegah kolesterol tinggi
- c. Mengendalikan dan mengatur makan dan minum
- d. Tidak mengkonsumsi alkohol
- e. Tidak memakai obat-obatan terlarang (narkoba)
- f. Tidak merokok
- g. Tidak menggunakan kontrasepsi oral
- h. Mengurangi makan-makanan berlemak, berkolesterol tinggi, dan terlalu manis

10. Penanganan Stroke dengan metode CERDIK

Penanganan Stroke menurut (Perhimpunan Dokter Hipertensi Indonesia, 2023) dengan metode CERDIK :

a. C – Cek kesehatan secara berkala

Pentingnya memeriksa kesehatan secara berkala, antara lain Melakukan pemeriksaan rutin tekanan darah, kadar gula darah, kolesterol, dan fungsi ginjal.

b. E – enyahkan asap rokok

Berusaha berhenti merokok bagi para perokok. Penghentian merokok bermanfaat dalam mengurangi risiko kerusakan pembuluh darah.

c. R – rajin beraktifitas fisik

Aktivitas fisik dapat dilakukan dengan olahraga secara teratur, seperti berjalan kaki, bersepeda, atau berenang, untuk menjaga kesehatan jantung dan pembuluh darah.

d. D – diet yang sehat dan seimbang

Diet sehat dan seimbang dalam pencegahan stroke, antara lain:

- 1) Konsumsi tinggi serat : sayuran dan buah-buahan (5 porsi/hari) untuk membantu menurunkan tekanan darah dan kolesterol dsn karbohidrat kompleks seperti beras merah, oat, atau roti gandum.
- 2) Konsumsi Rendah garam: Batasi konsumsi garam maksimal 1 sendok teh/hari (5 gram) dan Hindari makanan olahan dan instan
- 3) Kurangi Rendah lemak jenuh & kolesterol : Pilih lemak sehat dari alpukat, kacang-kacangan, dan ikan berlemak (seperti salmon atau sarden) dan Hindari gorengan, jeroan, daging berlemak, dan santan berlebihan
- 4) Kurangi konsumsi gula: Kurangi konsumsi minuman manis, kue, dan permen, Maksimal konsumsi gula adalah 4 sendok makan/hari (50 gram).
- 5) Minum air putih minimal 8 gelas/hari, kecuali ada pembatasan cairan oleh dokter.

e. I– istirahat yang cukup

Istirahat yang cukup dapat diperoleh melalui tidur 7-8 jam per hari bagi orang dewasa.

f. K – kelola stress

Kelola Stres diharapkan mampu membantu mengurangi efek stres sehingga dapat menurunkan stroke, meliputi: teknik relaksasi, meditasi, atau aktivitas yang menyenangkan untuk menjaga kesehatan mental. dengan tujuan membantu melatih penurunan tegangan otot, relaksasi napas dan pikiran), Terapi kognitif perilaku, dan Neuromodulasi.

C. Konsep Kekuatan Otot

1. Defenisi

Otot adalah sebuah jaringan yang berfungsi untuk menggerakkan tubuh. Otot selnya berbentuk silinder dan sifatnya hampir sama sel dari jaringan lain. Sel-sel silinder tersebut menjadi jaringan ikat yang mengandung unsur konstraktif. Kekuatan otot merupakan kontraksi pada serabut bergaris (otot sadar) berlangsung secara singkat, saat berkontaraksi dirangsang oleh rangsangan tunggal oleh syaraf. Mengganti jumlah serabut yang berkontarksi serta frekuensi digunakan untuk meningkatkan kekuatan (Pearce, 2021).

2. Karakteristik Fungsi Otot

Karakteristik fungsional otot menurut (Saryono, 2020) yakni:

- a. Eksitabilitas atau iritabilitas, kemampuan otot untuk berespon terhadap stimulus
- b. Kontraktilitas, kemampuan otot untuk memendek secara paksa
- c. Ekstensibilitas, serabut otot dapat diregangkan
- d. Elastisitas, kembalinya otot ke panjang normal setelah memendek.
- e. Sulit untuk diidentifikasi dan biasanya dideteksi oleh perubahan signifikan dari indeks kelelahan.

3. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kekuatan Otot

Kekuatan otot seseorang dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain:

- 1) Besar kecilnya potongan melintang otot (potong morfologis yang tergantung dari proses hipertrofi otot).
- 2) Jumlah fibril otot yang turut bekerja dalam melawan beban, semakin banyak fibril otot yang bekerja berarti kekuatan akan bertambah besar.
- 3) Tergantung besar kecilnya rangka tubuh, semakin besar skelet semakin besar kekuatan.
- 4) Intervasi otot baik pusat maupun perifer.
- 5) Kekuatan zat kimia dalam otot (glikogen, ATP).
- 6) Keadaan tonus otot pada saat istirahat. Tonus otot makin rendah (rileks) berarti kekuatan otot tersebut pada saat bekerja semakin besar.

- 7) Umur, sampai usia pubertas kecepatan perkembangan kekuatan otot pria sama dengan wanita. Baik pria maupun wanita mencapai puncak pada usia kurang 25 tahun, kemudian menurun 65%-70% pada usia 65 tahun.
- 8) Jenis kelamin juga dapat menentukan baik atau tidaknya kekuatan otot.
- 9) Perbedaan kekuatan otot pada pria dan wanita (rata-rata kekuatan wanita 2/3 dari pria) disebabkan karena ada perbedaan otot dalam tubuh pada pria dan wanita.

Agar pelatihan yang dilakukan dapat mencapai hasil yang maksimal/sesuai dengan yang diharapkan, program pelatihan yang disusun untuk meningkatkan kekuatan otot harus memperhatikan faktor-faktor tersebut

4. Fisiologi Genggam Tangan

Karateristik bentuk tangan disesuaikan dengan salah satu fungsinya sebagai alat penggenggam. Kemampuan menggenggam ini dapat dilakukan jika posisi jari-jari yang lain, sementara jari-jari berfleksi penuh. Jari-jari tersebut bekerja sebagai sepasang alat mencengkram dan telapak tangan kemudian dibutuhkan sebagai dasar, sehingga benda dapat di genggam. Terdapat tiga jenis penggerahan kekuatan otot yaitu isometrik, isokinetik dan isotonik. Isometrik atau kontraksi statik adalah kontraksi sejumlah otot ketika mengangkat, mendorong atau menahan sebuah beban tidak bergerak tanpa disertai pergerakan anggota tubuh lainnya dan panjang otot tidak berubah. Isokinetik adalah kontraksi otot mendapatkan tahanan yang sama diseluruh ruang geraknya sehingga otot berkerja secara maksimal di tiap-tiap sudut ruang gerak persendiannya. Isotonik atau kontraksi dinamik adalah kontraksi sekelompok otot yang bergerak secara memanjang dan memendek, atau memendek jika tensi dikembangkan (Dewi, 2020).

5. Batasan Tekanan Darah Pada Pasien Stroke

Pada pasien stroke, terutama yang mengalami penurunan kekuatan otot, tekanan darah harus dipantau secara ketat sebelum melakukan aktivitas fisik ringan seperti terapi genggam bola karet. Hal ini bertujuan untuk mencegah

lonjakan tekanan darah yang dapat memicu stroke berulang atau memperparah kondisi kardiovaskular.

Pasien dengan tekanan darah terkendali (misalnya $< 140/90$ mmHg) dapat menjalani terapi bola karet dengan pengawasan. Pasien dengan hipertensi sedang atau berat ($\geq 160/100$ mmHg) tidak dianjurkan langsung melakukan latihan fisik tanpa kontrol medis. Terapi boleh diberikan dengan pendekatan hati-hati jika tekanan darah $< 160/100$ mmHg dan stabil, terutama jika pasien dalam fase kronis (≥ 6 bulan pasca stroke).

Tabel 2.1. Klasifikasi Tekanan Darah Dewasa dan Lansia (JNC 2023)

Kategori	Tekanan Sistolik (mmHg)		Tekanan Diastolik (mmHg)		Rekomendasi
	Dewasa	Lansia	Dewasa	Lansia	
Normal	< 120	< 140	< 80	< 90	Aman untuk terapi genggam bola karet dengan pengawasan rutin
Hipertensi Derajat 1	140–159	150–159	90–99	90–99	Bisa terapi jika tekanan darah stabil, pemanasan cukup, dan diawasi tenaga medis
Hipertensi Derajat 2	≥ 160	≥ 160	≥ 100	≥ 100	Terapi ditunda, harus kontrol tekanan darah lebih dulu
Krisis Hipertensi (Darurat)	≥ 180	≥ 180	≥ 120	≥ 120	Terapi dilarang keras, risiko tinggi

6. Mekanisme Umum Kontraksi Otot

Menurut Guyton dan Hall (2007) bila sebuah otot berkontraksi, timbul suatu kerja dan energi yang diperlukan. Sejumlah besar adenosine trifosfat (ATP) dipecahkan membentuk adenosine difosfat (ADP) selama kontraksi. Semakin banyak jumlah kerja yang dilakukan oleh otot, semakin banyak jumlah ATP yang dipecahkan, yang disebut efek fenn. Sumber energi sebenarnya yang digunakan untuk kontraksi otot adalah ATP yang merupakan suatu rantai penghubung yang esensial antara fungsi pengguna energi dan fungsi penghasilan energi di tubuh.

Rangsangan gerak bisa timbul karena tahap – tahap timbul, atau potensial aksi mencapai nilai ambang, dan berakhirnya kontraksi otot merupakan awal suatu proses gerak. Tahapannya antara lain yaitu:

- a. Sepanjang syaraf motorik sampai ke ujungnya pada kontraksi otot merupakan tempat berjalan suatu aksi potensial.
- b. Jumlahnya asetikolin sedikit, ketika syaraf menyekresi substansi neurotransmitter disetiap ujung – ujung syaraf.
- c. Kanal bergerbang asetikolin melalui molekul – molekul protein yang terapung pada membrane akan terbuka apabila asetikolin berkerja pada membrane serabut otot.
- d. Suatu potensial aksi membrane kemungkinan ditimbulkan dari peristiwa beberapa besanya ion natrium berdifusi kebagian dalam membrane serabut otot saat terbukanya kanal bergerbang asetikolin. membrane serabut otot.
- e. Dengan cara serupa seperti potensial aksi berjalan disepanjang disepanjang membrane serabut otot itu cara potensial aksi akan berjalan disepanjang
- f. Sejumlah besarnya ion kalsium yang telah tersimpan dalam retikulum dilepas oleh retikulum sarkoplasma, akibat dari membrane otot dan banyaknya aliran listrik potensial aksi karena didepolarisasi oleh potensial aksinya.

- g. Filament aktin dan filament myosin akan bergeser satu sama lain dan menghasilkan proses kontraksi, saat filament aktin dan filament myosin di Tarik kekuatannya oleh ion – ion kalsium.
- h. Pengeluaran otot kalsium dari myofibril akan menyebabkan kontraksi otot terhenti ketika ion – ion kalsium tetap disimpan dalam retikulum sampai potensial aksi otot yang baru datang lagi, dan ion kalsium diompa kembali kedalam retikulum sarkoplasma oleh pompa membrane kalsium dalam waktu kurang sari satu detik.

6. Penilaian Kekuatan Otot

Melakukan pengukuran kekuatan otot dengan cara sederhana yaitu memakai skala klasik 0,1,2,3,4,5. Pengukuran kekuatan otot menurut. Pengukuran kekuatan otot menurut (Brunner, 2022) adalah sebagai berikut:

Tabel 2. 2 Skala Pengukuran Kekuatan Otot

Penilaian Kekuatan Otot Berdasarkan Schwenker (Score)	Keterangan
0	Tidak ada pergerakan/tidak ada kontraksi otot/lumpuh
1	Ada kontraksi otot, namun tidak ada pergerakan sendi
2	Gerakan otot tidak dapat melawan gravitasi, namun tidak dapat melawan tahanan
3	Gerakan otot dapat melawan gravitasi, namun tidak dapat melawan tahanan ringan
4	Gerakan otot dapat melawan gravitasi dan dapat melawan tahanan ringan
5	Kekuatan otot normal atau bergerak normal

7. Rentang Gerak (ROM)

Rentang gerak (ROM) adalah derajat maksimal pergerakan sendi dalam arah tertentu. ROM menunjukkan seberapa jauh sendi dapat digerakkan secara aktif atau pasif, tanpa menyebabkan nyeri atau cedera. Jenis rentang gerak, gerakan fleksi adalah (menekuk jari), ekstensi (meluruskan jari), abduksi (merentangkan jari), dan adduksi (merapatkan jari) (Kisnerr, 2022).

Tabel 2.3 Skala Pengukuran Rentang Gerak

Penilaian Kekuatan Otot Berdasarkan Schwenker (Score)	Keterangan
0	Tidak mampu melakukan gerakan fleksi, ekstensi, abduksi dan adduksi pada jari tangan
1	Mampu melakukan gerakan fleksi, ekstensi, abduksi dan adduksi pada jari tangan dengan bantuan
2	Mampu melakukan gerakan fleksi, ekstensi, abduksi dan adduksi pada jari tangan secara mandiri

8. Handgrip *Dynamometer* Alat Pengukur Kekuatan Otot

Tubuh memiliki otot yang dapat diukur seberapa besar dan kuat keuatannya. Dalam mengukur kekuatan otot tidak serta merta dapat mengukur segala otot yang ada, dikarenakan ada faktor alat yang harus kita penuhi demi terlaksananya sebuah pengukuran kekuatan otot.

Handgrip *Dynamometer* adalah alat yang digunakan untuk mengukur kekuatan otot genggaman. Handgrip *dynamometer* merupakan alat ukur dengan satuan kilogram yang didesain sedemikian rupa yang menekankan pada efektifitas kerja otot tangan sehingga bisa digunakan untuk mengukur kekuatan otot (Adiatmika, 2019).

D. Konsep Terapi Genggam Bola Karet

1. Defenisi

Terapi genggam bola karet bisa menghasilkan kontaksi otot dengan bantuan dari luar yaitu dengan fisioterapi dan alat mekanis dalam. Terapi ini bertujuan untuk mempertahankan fungsi tubuh dan mencegah komplikasi akibat kelemahan otot bagian tubuh atas. Alat yang digunakan yaitu bola karet karena berpengaruh untuk meningkatkan kekuatan otot genggaman tangan dan ototnya menjadi meningkat. Terapi ini berfungsi untuk meningkatkan kekuatan otot, merangsang syaraf motorik di tangan dan diteruskan ke otak, dan memperbaiki tonus otot dan refleks tendon yang mengalami kelemahan (Adi, 2019).

2. Manfaat

Manfaat genggam bola karet menurut (Adi, 2019) yaitu :

Latihan menggenggam bola karet dapat menstimulus kembali kekuatan motorik ekstermitas atas dan mencegah otot mengalami atrofi, dengan cara menghasilkan tekanan pada saat menggenggam bola, dan membangkitkan kembali kendali otak terhadap otot yang mengalami kelemahan.

3. Tujuan

Tujuan genggam bola karet menurut (Adi, 2019) yaitu :

- a. Meningkatkan tonus otot
- b. Memperbaiki tonus otot serta refleks tendon yang mengalami kelemahan
- c. Menstimulasi saraf motorik pada tangan yang akan diteruskan ke otak.

4. Indikasi

Indikasi genggam bola karet menurut (Tanjung, 2020) selain untuk terapi sederhana mengurangi ketegangan otot, meningkatkan relaksasi, juga dapat membantu mengurangi stres dan kecemasan, membantu rehabilitasi gangguan motorik halus atau penurunan fungsi tangan dan stimulasi sensorik.

5. Kontraindikasi

Kontraindikasi genggam bola karet menurut (Tanjung, 2020) tidak dapat dilakukan pada pasien dengan :

- a. Adanya luka terbuka atau infeksi pada tangan
- b. Peradangan atau inflamasi akut pada sendi atau otot tangan
- c. Fraktur (patah tulang) pada tangan, pergelangan tangan, atau lengan
- d. Gangguan saraf yang berat, seperti neuropati perifer berat
- e. Kondisi pasca operasi tangan/lengan
- f. Nyeri hebat yang tidak diketahui penyebabnya.

6. Langkah-langkah

Prosedur genggam bola karet menurut (Margiyati, 2021) yaitu ada beberapa persiapan yang harus dilakukan sebelum melakukan terapi, di antaranya

1) Persiapan klien

- a) Berikan salam, perkenalkan diri dan identifikasi identitas klien
- b) Pasien diberikan penjelasan tentang prosedur tindakan yang akan dilakukan, berikan kesempatan kepada klien untuk bertanya
- c) Siapkan bola karet dan pastikan dalam kondisi bersih
- d) Posisikan pasien dalam posisi duduk yang nyaman
- e) Memeriksa tekanan darah, rentang gerak dan kekuatan otot sebelum dan sesudah terapi

2) Persiapan alat

- a) Lembar pengukur kekuatan otot
- b) Bola karet
- c) Jam tangan atau timer
- d) Handgrip Dynamometer
- e) Tensimeter

3) Langkah-langkah

- a) Posisikan pasien dalam posisi duduk dikursi dengan sandaran tegak dan penyangga tangan dengan kedua telapak kaki menyentuh lantai secara rata.

b) Sebelum melakukan terapi, ukur terlebih dahulu tekanan darah pasien. Selanjutnya, periksa gerakan fleksi (menekuk jari), ekstensi (meluruskan jari), abduksi (merentangkan jari), dan adduksi (merapatkan jari), serta nilai kekuatan otot tangan pasien menggunakan alat handgrip dynamometer.



(Sumber : Dokumentasi Pribadi)

c) Letakkan bola karet di telapak tangan yang mengalami kelemahan pasien posisi *wrist joint* 45 derajat



(Sumber : Dokumentasi Pribadi)

d) Instruksikan pasien untuk menggenggam/mencengkram bola karet selama 5 detik



(Sumber : Dokumentasi Pribadi)

e) Kemudian kendurkan genggaman / cengkraman tangan selama 10 detik



(Sumber : Dokumentasi Pribadi)

- f) Lalu genggam kembali bola karet kembali dan lakukan berulang ulang selama tujuh sampai sepuluh menit
- g) Setelah selesai kemudian instruksikan pasien untuk melepaskan genggaman bola karet pada tangan
- h) Setelah melakukan terapi, ukur kembali tekanan darah pasien. Selanjutnya, periksa gerakan fleksi (menekuk jari), ekstensi (meluruskan jari), abduksi (merentangkan jari), dan adduksi (merapatkan jari), serta nilai kekuatan otot tangan pasien menggunakan alat handgrip dynamometer.
- i) Kemudian instruksikan pasien untuk melakukan latihan ini mandiri atau dibantu oleh keluarga, idealnya bisa dilakukan 2 kali pagi dan sore sehari selama 4 hari dengan waktu 7-10 menit.

E. Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Kasus Stroke

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahapan dalam mengidentifikasi data-data, mengumpulkan informasi yang berkesinambungan secara terus menerus terhadap keluarga yang dibina (Ariyanti, 2023). Menurut Riasmini dalam (Salamung, 2021) pengkajian keperawatan dalam keluarga terdiri dari kategori pertanyaan-pertanyaan untuk keluarga dan anggotanya yang meliputi:

a. Data umum

- 1) Data umum yang perlu dikaji adalah Nama kepala keluarga dan anggota keluarga, alamat, jenis kelamin, umur, pekerjaan dan pendidikan.
- 2) Komposisi Keluarga

Genogram memuat 3 generasi keluarga untuk memahami kehidupan keluarga dengan pola penyakit stroke biasanya dihubungkan dengan keturunan (Manuntung, 2018).

3) Tipe keluarga

Menjelaskan mengenai jenis/tipe keluarga beserta kendala atau masalah- masalah yang terjadi dengan jenis/tipe keluarga. Biasanya tipe keluarga besar yang sering terkena stroke, karena banyaknya jumlah anggota keluarga dan tidak diiringi dengan penerapan pola hidup yang sehat dan tepat (Manuntung, 2018)

4) Suku Bangsa

Mengkaji asal suku bangsa keluarga tersebut serta mengidentifikasi budaya suku bangsa tersebut terkait dengan kesehatan. Biasanya masyarakat dengan latar belakang budaya minang cenderung memiliki risiko stroke karena budaya mengonsumsi makanan bersantan dan berlemak pemicu tekanan darah, serta penggunaan garam dapur yang tidak terkontrol (Manuntung, 2018)

5) Agama

Mengkaji agama yang dianut oleh keluarga serta kepercayaan yang dapat memengaruhi kesehatan. Keluarga beragama islam dapat melibatkan anggota keluarga yang menderita hipertensi untuk ikut kegiatan keagamaan guna mengurangi stress (Manuntung, 2018).

6) Status sosial ekonomi

Status sosial ekonomi keluarga ditentukan oleh pendapatan, baik dari kepala keluarga maupun anggota keluarga lainnya. Selain itu, status sosial ekonomi keluarga ditentukan pula oleh kebutuhan – kebutuhan yang dikeluarkan oleh keluarga serta barang-barang yang dimiliki oleh keluarga. Keluarga dengan perekonomian rendah memiliki kemungkinan tidak dapat memenuhi kebutuhan harian sehingga menimbulkan stress.

7) Aktivitas rekreasi keluarga

Rekreasi keluarga tidak hanya dilihat kapan saja keluarga pergi bersama – sama untuk mengunjungi tempat rekreasi tertentu namun dengan

menonton televisi dan mendengarkan radio juga merupakan aktivitas rekreasi.

b. Riwayat dan Perkembangan Keluarga

Pengkajian riwayat dan perkembangan keluarga menurut (Friedman, 2010) yaitu :

1) Tahap perkembangan keluarga saat ini

Tahap perkembangan keluarga ditentukan dengan anak tertua dari Keluarga.

2) Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi Menjelaskan mengenai tugas perkembangan yang belum terpenuhi oleh keluarga serta kendala mengapa tugas perkembangan tersebut belum terpenuhi.

3) Riwayat keluarga inti

Menjelaskan mengenai riwayat kesehatan pada keluarga inti, yang meliputi riwayat penyakit keturunan, riwayat kesehatan masing – masing anggota keluarga, perhatian biasa digunakan terhadap pencegahan penyakit (statusi imunisasi), sumber pelayanan kesehatan yang biasa digunakan keluarga serta pengalaman – pengalaman terhadap pelayanan kesehatan. Khususnya pada penderita stroke dikaji pengalaman terhadap pelayanan kesehatan seperti kebiasaan mengecek tekanan darah rutin atau mengonsumsi obat rutin dari Puskesmas serta penyakit keturunan yang dimiliki keluarga (Manuntung, 2018).

4) Riwayat keluarga sebelumnya

Dijelaskan mengenai riwayat kesehatan pada keluarga dari pihak suami dan istri (Manuntung, 2018).

c. Pengkajian Lingkungan

1) Karakteristik Rumah

Karakteristik rumah diidentifikasi dengan melihat tipe rumah, jumlah ruangan, jenis ruang, jumlah jendela, jarak septic tank dengan sumber air, sumber air minum yang digunakan, tanda cat yang sudah mengelupas, serta dilengkapi dengan denah rumah.

2) Karakteristik Tetangga Dan Komunitas RW

Menjelaskan mengenai karakteristik dari tetangga dan komunitas setempat, yang meliputi kebiasaan, lingkungan fisik, aturan/kesepakatan penduduk setempat, budaya setempat yang mempengaruhi kesehatan. Dukungan orang lain dan masyarakat sekitar dapat mendorong kesembuhan penderita stroke.

3) Mobilitas Geografis Keluarga

Mobilitas geografis keluarga ditentukan dengan kebiasaan keluarga berpindah tempat.

4) Perkumpulan Keluarga Dan Interaksi Dengan Masyarakat

Menjelaskan mengenai waktu digunakan keluarga untuk berkumpul serta perkumpulan keluarga yang ada sejauh mana interaksinya dengan masyarakat. Kebiasaan keluarga dalam berinteraksi baik dengan keluarga dan masyarakat dapat mencegah stroke.

d. Struktur Keluarga

1) Sistem pendukung keluarga

Yang termasuk pada sistem pendukung keluarga adalah jumlah anggota keluarga yang sehat, fasilitas – fasilitas yang dimiliki keluarga untuk menunjang kesehatan. Fasilitas mencakup fasilitas fisik, fasilitas psikologi atau dukungan dari masyarakat setempat. Dukungan penuh dari keluarga dapat menjadi pendorong penderita stroke untuk mencapai tingkat kesehatan yang lebih baik (Manuntung, 2018)..

2) Pola komunikasi keluarga

Menjelaskan mengenai cara berkomunikasi antara anggota keluarga. Komunikasi yang tepat sesama anggota keluarga dapat membantu penderita stroke mengenal dan memahami masalah serta perawatan yang tepat (Manuntung, 2018).

3) Struktur kekuatan keluarga

Kemampuan anggota keluarga mengendalikan dan mempengaruhi orang lain untuk merubah perilaku. Anggota keluarga yang mampu

memberi pengaruh terkait perawatan dan penanganan stroke dapat menjadi pendukung pada penderita stroke (Manuntung, 2018)..

4) Struktur peran

Menjelaskan peran dari masing – masing anggota keluarga baik secara formal maupun informal. Peran penderita stroke dalam keluarga akan terganggu karena kondisi stroke itu dapat mempengaruhi performa pekerjaan dan kehidupan penderitanya.

5) Nilai atau norma keluarga

Menjelaskan mengenai nilai dan norma yang dianut oleh keluarga, yang berhubungan dengan Kesehatan. Biasanya pada penderita stroke memiliki nilai dan norma khusus terkait stroke seperti kebiasaan dan pola hidup yang sulit diubah akibat budaya dalam keluarga (Manuntung, 2018)

e. Fungsi Keluarga

1) Fungsi afektif

Hal yang perlu dikaji seberapa jauh keluarga saling asuh dan saling mendukung, hubungan baik dengan orang lain, menunjukkan rasa simpati, perhatian terhadap perasaan (Friedman, 2010). Biasanya keluarga akan memberikan dukungan dan sikap peduli terhadap penderita stroke agar penderita dapat sembuh atau setidaknya tidak mengalami stroke terus menerus (Manuntung, 2018).

2) Fungsi sosialisasi

Dikaji bagaimana interaksi atau hubungan dalam keluarga, sejauh mana anggota keluarga belajar disiplin, penghargaan, hukuman, serta memberi dan menerima cinta (Friedman, 2010). Biasanya interaksi atau hubungan dalam keluarga dengan stroke terjalin dengan baik, terutama komunikasi terkait masalah kesehatan yang dialami (Manuntung, 2018).

3) Fungsi reproduksi

Hal yang perlu dikaji mengenai fungsi reproduksi keluarga adalah beberapa jumlah anak, apa rencana keluarga berkaitan dengan jumlah

anggota keluarga, metode yang digunakan keluarga dalam upaya mengendalikan jumlah anggota keluarga. Biasanya keluarga dengan jumlah anak yang banyak memiliki kecenderungan terkena stroke, karena tingkat stress akibat ketidakmampuan keluarga memenuhi kebutuhan harian atau kebutuhan lainnya (Manuntung, 2018).

4) Fungsi ekonomi

Hal yang perlu dikaji mengenai fungsi ekonomi keluarga adalah sejauh mana keluarga memenuhi kebutuhan sandang, pangan, papan. Serta mana keluarga memanfaatkan sumber yang ada dimasyarakat dalam upaya peningkatan status kesehatan keluarga. Keluarga dengan tingkat perekonomian yang dibawah rata – rata cenderung tidak mampu memenuhi kebutuhan harian pokok dan menyediakan lingkungan yang baik sehingga menjadi pemicu terjadinya stroke (Manuntung, 2018).

5) Fungsi perawatan kesehatan

Pada fungsi perawatan kesehatan, hal yang perlu dikumpulkan adalah bagaimana keyakinan keluarga dan upaya keluarga terhadap Kesehatan yang meliputi :

a) Kemampuan keluarga mengenal masalah kesehatan

Data yang dikumpulkan adalah apakah keluarga mengetahui penyakit yang sedang diderita oleh anggota keluarganya, penyebab, tanda gejala penyakit, dan upaya apa yang akan dilakukan oleh keluarga pada anggota keluarganya yang sakit.

b) Kemampuan keluarga mengambil keputusan yang tepat

Data yang dikumpulkan adalah bagaimana keluarga membuat keputusan jika ada anggota keluarganya yang sakit, apakah dibawa ke pelayanan kesehatan, pengobatan alternatif, dukun, atau tidak ditangani, dan siapa yang mengambil keputusan untuk tindakan tersebut.

c) Kemampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit

Data yang perlu dihimpun adalah apakah keluarga mampu memberikan perawatan pada anggota keluarganya yang sakit,

apakah mengerti tentang diet untuk anggota keluarganya, bagaimana tanggung jawab keluarga saat ada anggota keluarganya yang sakit, dan hal-hal yang berkaitan dengan pemberian perawatan anggota keluarga yang mengalami sakit.

d) Kemampuan keluarga memodifikasi lingkungan yang sehat

Data yang perlu dikumpulkan adalah bagaimana keluarga dapat mengatur kondisi rumah tetap keadaan nyaman, sehat bagi anggota keluarga yang lain, menunjang kesehatan anggota keluarga, alat-alat dan perabotan di dalam rumah, menjaga kebersihan rumah, dan bagaimana keharmonisan masing-masing anggota keluarga dalam menciptakan lingkungan psikologis yang nyaman bagi anggota keluarga terutama yang sedang mengalami sakit.

e) Kemampuan keluarga memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan

Data yang perlu dikumpulkan antara lain apakah keluarga sudah memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan yang ada di sekitarnya dan yang mudah dijangkau, misalnya Ponkesdes, Posyandu, Puskesmas pembantu dan lain sebagainya, bagaimana sumber pembiayaan yang digunakan oleh keluarga dalam upaya perawatan kesehatan, dan memiliki jaminan kesehatan atau tidak.

f. Stress dan Koping keluarga

- 1) Stresor jangka pendek yaitu stresor yang dialami keluarga yang memerlukan penyelesaian dalam waktu kurang dari enam bulan. Biasanya tingkat stress dalam jangka waktu lama akan mempengaruhi terjadinya peningkatan tekanan darah pada seseorang (Harnilawati, 2013).
- 2) Stresor jangka panjang yaitu stresor yang di alami keluarga yang memerlukan penyelesaian dalam waktu lebih dari enam bulan. Biasanya tingkat stress akan mempengaruhi terjadinya peningkatan tekanan darah (Harnilawati, 2013)
- 3) Kemampuan keluarga berespon terhadap situasi/stresor. Hal yang perlu dikaji adalah sejauh mana keluarga berespon terhadap situasi/stressor.

Bagaimana peran keluarga dalam menghadapi anggota keluarga dengan stroke, biasanya dukungan keluarga sangat berpengaruh terhadap kondisi anggota keluarga (Manuntung, 2018).

- 4) Strategi coping apa yang digunakan keluarga bila menghadapi permasalahan / stress. Keefektifan pemilihan strategi coping yang tepat pada keluarga dengan stroke dapat menjadi titik ukur keberhasilan perawatan (Manuntung, 2018).

g. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan pada semua anggota keluarga. Metode yang digunakan pada pemeriksaan fisik head to toe :

- 1) Status kesehatan umum

Keluhan berupa tingkat kesadaran pasien mengantuk namun dapat sadar saat dirangsang (samnolen), pasien acuh tak acuh terhadap lingkungan (apati), mengantuk yang dalam (sopor), spoor coma, hingga penurun kesadaran (coma), dengan GCS < 12 pada awal terserang stroke. Sedangkan pada saat pemulihan biasanya memiliki tingkat kesadaran letargi dan compos mentis dengan GCS 13-15.

- 2) Kepala dan Wajah

a) Kepala

Keluhan pening/ pusing, berdenyut, sakit kepala dan sub oksipital (terjadi saat bangun dan menghilang secara spontan setelah beberapa jam).

b) Mata

Biasanya pada pasien stroke konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, pupil tidak isokor dan tidak ada edema pada pelopak mata

c) Muka

Biasanya wajah nyeri pada satu sisi, wajah terlihat miring, dan pucat.

d) Leher

Biasanya pasien stroke mengalami gangguan menelan, Pada pemeriksaan kaku kuduk biasanya positif.

e) Paru

Inspeksi : biasanya simetris kiri dan kanan

Palpasi : biasanya fremitus sama antara kiri dan kanan

Perkusi : biasanya bunyi normal sonor

Auskultasi : biasanya suara normal vesikuler

f) Jantung

Inspeksi : biasanya iktus kordis tidak terlihat

Palpasi : biasanya iktus kordis teraba

Perkusi : biasanya batas jantung normal

Auskultasi : biasanya suara vesikuler

g) Abdomen

Inspeksi : biasanya simetris, tidak ada asites

Palpasi : biasanya tidak ada pembesaran hepar

Perkusi : biasanya terdapat suara tympani

Auskultasi : biasanya bising usus pasien tidak terdengar. Pada pemeriksaan reflek dinnding perut, pada saat perut pasien digores, biasanya pasien tidak merasakan apa apa

h) Ekstremitas

Biasanya mengalami kelemahan atau kelumpuhan (Rosjidi, 2017).

Berikut pemeriksaan fisik neurologi dalam kasus stroke untuk mendeteksi abnormalitas fungsi neurologis menurut (Hermanto, 2021) yaitu:

a. Pengukuran tanda-tanda vital

Tanda vital merupakan gambaran dari kondisi tubuh. Perubahan pada tanda-tanda vital mengindikasikan adanya perubahan didalam tubuh yang beresiko mengancam nyawa. Perubahan pada tanda vital dapat menyertai tahap akhir peningkatan tekanan intrakranial dalam rangka mempertehankan jaringan otak.

b. Pemeriksaan Saraf Kranial

Pemeriksaan saraf kranial merupakan pemeriksaan yang wajib dilakukan pada penyakit stroke sebagai masalah gangguan neurologi. Pemeriksaan saraf yang dilakukan adalah penilaian 12 saraf kranial.

- 1) Saraf Olfaktoris (N.I) merupakan serat sensorik yang berfungsi untuk mengontrol mukosa rongga hidung. Pemeriksaan yang dilakukan untuk mengetahui penghiduan dengan mencium wangi-wangian.
- 2) Saraf Oftikus (N.II) merupakan serat sensorik yang berfungsi mengontrol retina mata. Pemeriksaan yang dialakukan yaitu pemeriksaan lapang pandang dengan alat bantu jari tangan, titik layer atau perimeter.
- 3) Saraf Okulomotoris (N.III) merupakan serat motorik yang berfungsi untuk mengontrol otot mata ekstrinsik, otot mata siliaris dan otot iris.
- 4) Saraf Trokhlearis (N.IV) merupakan serat motorik yang berfungsi mengontrol otot mata ekstrinsik yaitu oblikus superior.
- 5) Saraf Trigeminus (N.V) merupakan serat motorik dan sensorik. Serat motorik berfungsi mengontrol pada otot pengunyah dan serat sensorik berfungsi mengontrol sensasi pada wajah dan kepala.
- 6) Saraf Abdusen (N.VI) merupakan serat saraf motorik yang berfungsi mengontrol otot mata ekstrinsik yaitu rektus lateralis
- 7) Saraf Fasialis (N.VII) merupakan serat saraf motorik dan sensorik. Serat motorik berfungsi mengontrol otot wajah dan kulit kepala, kelenjer liur dan kulit kepala. Serat saraf sensorik berfungsi mengontrol papil kecap di lidah anterior.
- 8) Saraf Vestibulokokhlearis (N.VIII) merupakan serat sensorik berfungsi mensyarafi kokhlea, vestibulum, dan kanalis semisirkularis telinga dalam.
- 9) Saraf Glosofaringeus (N.IX) merupakan serat motorik dan sensorik. Serat saraf motoric berfungsi pada otot faring, kelenjer parotis. Pada serat saraf sensoris mengontrol papil kecap dilidah posterior, reseptor difaring dan sinus karotikus.
- 10) Saraf Vagus (N.X) mempersarafi motorik dan sensorik. Bagian motorik seperti otot faring dan laring (organ thorak dan abdomen). Bagian sensori seperti papil kecap di lidah dan faring organ thorak dan abdomen

- 11) Saraf Aksesorius (N.XI) yang mempersarafi otot laring, faring, palatum, bahu dan leher
- 12) Saraf Hipoglosus (N.XII) yang mempersarafi oto lidah

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosa keperawatan keluarga merupakan perpanjangan diagnosis ke sistem keluarga dan subsistemnya serta merupakan hasil pengkajian keperawatan. Diagnosis keperawatan keluarga termasuk masalah kesehatan aktual dan potensial dengan perawat keluarga yang memiliki kemampuan dan mendapatkan lisensi untuk menanganinya berdasarkan pendidikan dan pengalaman (Friedman, 2010).

Tipologi dari diagnosa keperawatan adalah:

- a. Diagnosa keperawatan keluarga aktual (terjadi defisit/gangguan kesehatan).
- b. Diagnosa keperawatan keluarga resiko (ancaman) dirumuskan apabila sudah ada data yang menunjang namun belum terjadi gangguan.
- c. Diagnosa keperawatan keluarga sejahtera (potensial) merupakan suatu keadaan dimana keluarga dalam kondisi sejahtera sehingga kesehatan keluarga dapat ditingkatkan.

Diagnosis keperawatan yang mungkin muncul pada keluarga dengan masalah stroke berdasarkan SDKI (PPNI, 2017) :

- a. Gangguan Mobilitas Fisik

Defenisi: keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri.

Tanda dan gejala mayor

Subjektif: mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas

Objektif: kekuatan otot menurun, rentang gerak (ROM) menurun

Tanda dan gejala minor

Subjektif: nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, merasa cemas saat bergerak

Objektif: sendi kaku, gerakan tidak terkoordinasi, gerakan terbatas, fisik lemah.

b. Manajemen Kesehatan tidak efektif

Defenisi : pola pengaturan dan pengintegrasian penanganan masalah kesehatan ke dalam kebiasaan kehidupan sehari hari tidak memuaskan untuk mencapai status kesehatan yang diharapkan

Penyebab :

- 1) Kompleksitas sistem pelayanan Kesehatan
- 2) Kompleksitas program perawatan/pengobatan
- 3) Konflik pengambilan keputusan
- 4) Kurang terpapar informasi
- 5) Kesulitan ekonomi
- 6) Tuntutan berlebih
- 7) Konflik keluarga
- 8) Ketidakefektifan pola perawatan Kesehatan keluarga
- 9) Ketidakcukupan petunjuk untuk bertindak
- 10) Kekurangan dukungan sosial

Tanda dan gejala mayor :

- 1) Mengungkapkan kesulitan dalam menjalani program perawatan/pengobatan.
- 2) Gagal melakukan tindakan untuk mengurangi faktor resiko, gagal menerapkan program perawatan/pengobatan, aktivitas hidup sehari hari tidak efektif untuk memenuhi tujuan kesehatan.

c. Nyeri Akut (D. 0077)

Defenisi: Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

Penyebab :

- 1) Agen pencidera fisiologis (mis, iskemia)

- 2) Agen pencidera kimiawi (mis, terbakar, bahan kimia)
- 3) Agen pencidera fisik (mis, amputasi, prosedur operaasi)
 - Tanda dan gejala mayor
 - Subjektif: Mengeluh nyeri
 - Objektif: Tampak menringis, gelisah, frekuensi nadi meningkat, tekanan darah meningkat, proses berfikir terganggu.

d. Risiko Jatuh (D.0143)

Definisi: Beresiko mengalami kerusakan fisik dan gangguan kesehatan akibat terjatuh.

Penyebab:

- 1) Riwayat jatuh
- 2) Lingkungan tidak aman
- 3) Penggunaan alat bantu berjalan
- 4) Kekuatan otot menurun
- 5) Gangguan keseimbangan

Tanda dan gejala mayor :

- 1) Kelemahan fisik atau kelemahan ekstremitas.
- 2) Gangguan keseimbangan.
- 3) Gangguan mobilitas fisik.
- 4) Riwayat jatuh sebelumnya.
- 5) Penggunaan alat bantu berjalan.
- 6) Lingkungan tidak aman (lantai licin, pencahayaan buruk, benda berserakan).

Dalam menetukan diagnosa keperawatan keluarga perlu memperhatikan hal-hal sebagai berikut:

a. Penilaian (Skoring) Diagnosis Keperawatan Keluarga

Skoring dilakukan bila perawat merumuskan diagnosis keperawatan lebih dari satu. Proses skoring menggunakan skala yang telah dirumuskan oleh Bailon dan Maglaya (1978). Proses skoring dapat dilakukan untuk setiap diagnosis keperawatan dengan cara sebagai berikut:

- 1) Tentukan skor terlebih dahulu sesuai dengan kriteria yang dibuat perawat
- 2) Selanjutnya skor dibagi dengan skor tertinggi dan dikalikan dengan bobot

$$\frac{\text{Skor yang diperoleh} \times \text{bobot}}{\text{Skor tertinggi}}$$

- 3) Jumlahkan skor untuk semua kriteria (skor maksimum sama dengan jumlah bobot, yaitu 5)

Tabel 2. 1 Prioritas Masalah

No	Kriteria	Skor	Bobot
1	Sifat masalah <ul style="list-style-type: none"> - Aktual (tidak/kurangsehat) - Ancaman kesehatan - Krisis atau keadaan Sejahtera 	3 2 1	1
2	Kemungkinan masalah dapat diubah <ul style="list-style-type: none"> - Mudah - Hanya sebagian - Tidak dapat 	2 1 0	2
3	Potensi masalah dapat dicegah <ul style="list-style-type: none"> - Tinggi - Cukup - Rendah 	3 2 1	1
4	Menonjolnya masalah <ul style="list-style-type: none"> - Masalah berat, harus segera ditangani - Ada masalah, tetapi tidak perlu segera ditangani - Masalah tidakdirasakan 	2 1 0	1

- 4) Penyusunan Prioritas Diagnosis Keperawatan

Prioritas didasarkan pada diagnosis keperawatan yang mempunyai skor tertinggi dan disusun berurutan sampai yang mempunyai skor terendah. Namun, perawat perlu mempertimbangkan persepsi keluarga terhadap masalah keperawatan yang perlu diatasi segera.

3. Rencana Keperawatan

Intervensi keperawatan keluarga disusun mengacu kepada 3 domain fungsi keluarga yaitu aspek kognitif, aspek afektif dan aspek perilaku. Ketiga domain ini disusun dalam intervensi keperawatan dengan mengacu lima tugas

perawatan kesehatan. Perawat dalam melakukan intervensi keperawatan keluarga mengacu kepada SIKI dan SLKI dengan menggunakan strategi intervensi keluarga yaitu :

1. Edukasi penyakit
2. Dukungan pengambilan keputusan
3. Edukasi latihan fisik
4. Terapi genggam bola karet
5. Edukasi keselamatan lingkungan
6. Dukungan kepatuhan program pengobatan
7. Edukasi kesehatan
8. Edukasi perilaku upaya kesehatan
9. Edukasi teknik nafas
10. Manajemen kenyamanan lingkungan

Tabel 2. 2 Intervensi

Diagnosa Keperawatan	Tujuan		Rencana Tindakan
	Umum	Khusus	
Gangguan Mobilitas Fisik	Setelah dilakukan intervensi 3x45 menit, diharapkan mobilisasi fisik meningkat dengan kriteria hasil : a. Mobilisasi fisik meningkat	TUK 1 Setelah dilakukan intervensi keperawatan 1x20 menit, Keluarga mampu mengenal masalah a. Verbalisasi minat dalam belajar meningkat b. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang stroke meningkat c. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun	Edukasi Proses Penyakit (I.12444) Observasi a. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi Terapeutik a. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan b. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan c. Berikan kesempatan untuk bertanya Edukasi a. Jelaskan penyebab dan faktor risiko penyakit stroke b. Jelaskan tanda dan gejala yang ditimbulkan penyakit stroke c. Jelaskan Komplikasi yang ditimbulkan penyakit stroke d. Jelaskan pencegahan penyakit stroke e. Jelaskan cara meredakan atau mengatasi gejala penyakit stroke
		TUK 2 Setelah dilakukan intervensi keperawatan 1x20 menit,	Dukungan Pengambilan Keputusan (I.09265) Observasi

Diagnosa Keperawatan	Tujuan		Rencana Tindakan
	Umum	Khusus	
		<p>Keluarga mampu mengambil keputusan yang tepat untuk mengatasi masalah kesehatan</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Anggota keluarga verbalisasi keinginan untuk mendukung anggota keluarga yang sakit meingkat b. Menanyakan kondisi pasien meningkat c. Bekerjasama dengan anggota keluarga yang sakit dalam menentukan perawatan meningkat 	<p>a. Identifikasi persepsi mengenai masalah dan informasi yang memicu konflik</p> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Fasilitasi mengklarifikasi nilai dan harapan yang membantu membuat pilihan. b. Diskusikan kelebihan dan kekurangan dari setiap solusi c. Fasilitasi melihat situasi secara realistik d. Motivasi menggunakan tujuan keperawatan yang di harapkan. e. Fasilitasi pengambilan keputusan secara kolaboratif f. Hormati hak pasien untuk menerima atau menolak informasi <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Informasikan alternatif solusi secara jelas b. Berikan informasi yang diminta pasien
		<p>TUK 3</p> <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan 1x20 menit ,</p> <p>Keluarga mampu merawat anggota keluarga yang sakit.</p> <p>Peran pemberian asuhan meningkat :</p>	<p>Edukasi Latihan Fisik (I.12389)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan

Diagnosa Keperawatan	Tujuan		Rencana Tindakan
	Umum	Khusus	
		<ul style="list-style-type: none"> a. Kemampuan memberikan asuhan meningkat b. Kemampuan merawat pasien meningkat 	<p>b. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</p> <p>c. Berikan kesempatan untuk bertanya</p> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Jelaskan manfaat kesehatan dan efek fisiologis terapi genggam bola karet b. Jelaskan jenis latihan terapi genggam bola karet c. Jelaskan frekuensi, durasi latihan terapi genggam bola karet <p>Terapi Genggam Bola Karet</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Identifikasi aspek yang akan diubah atau dipertahankan (misalnya kekuatan otot tangan, rentang gerak jari). b. Identifikasi aspek yang akan difokuskan dalam terapi (contoh: peningkatan kekuatan genggam, kemampuan ROM). c. Identifikasi jenis terapi yang digunakan berdasarkan keadaan dan kemampuan pasien (latihan fisik menggunakan bola karet). d. Identifikasi media yang dipergunakan (bola karet dengan ukuran dan elastisitas yang sesuai)

Diagnosa Keperawatan	Tujuan		Rencana Tindakan
	Umum	Khusus	
			<ul style="list-style-type: none"> e. Identifikasi lama dan durasi pemberian sesuai kondisi pasien (7–10 menit, 2 kali per hari). f. Monitor perubahan yang difokuskan (kekuatan genggam, nyeri, kekuatan otot, ketepatan gerakan) g. Posisikan pasien dalam posisi dan lingkungan yang nyaman (misal posisi <i>wrist joint</i> 45 derajat). h. Batasi rangsangan eksternal selama terapi dilakukan agar pasien fokus (hindari kebisingan atau gangguan visual). i. Yakinkan intensitas latihan sesuai dengan kemampuan dan kenyamanan pasien (hindari kelelahan berlebihan). j. Demonstrasikan teknik menggenggam bola dengan benar sesuai yang ditetapkan. k. Dampingi selama latihan, jika perlu berikan bantuan dan koreksi teknik. l. Jelaskan tujuan dan manfaat terapi genggam bola karet untuk meningkatkan kekuatan otot tangan pasien.
		TUK 4 Setelah dilakukan intervensi	Edukasi Keselamatan Rumah (I.12385) Observasi

Diagnosa Keperawatan	Tujuan		Rencana Tindakan
	Umum	Khusus	
		<p>keperawatan 1x20 menit, Keluarga mampu melakukan memodifikasi lingkungan yang sehat untuk menunjang kesehatan</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pemeliharaan rumah meningkat b. Pemeliharaan peralatan rumah meningkat c. Pencahayaan eksterior dan interior meningkat 	<p>a. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi.</p> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan. b. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan. c. Berikan kesempatan untuk bertanya. <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Informasikan pentingnya penerangan yang cukup di dalam dan luar rumah. b. Anjurkan barang pada area yang mudah terjangkau. c. Anjurkan memastikan lantai kamar mandi tidak licin. d. Anjurkan memastikan keset dan karpet lantai rapi dan lantai bebas barang berserakan. e. Ajarkan cara peletakan barang-barang di rumah agar memudahkan dalam bergerak.
		<p>TUK 5 Setelah dilakukan intervensi keperawatan 1x20 menit, Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas</p>	<p>Dukungan Kepatuhan Program Pengobatan (I.12361)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Identifikasi tingkat kepatuhan pasien dalam menjalani program pengobatan.

Diagnosa Keperawatan	Tujuan		Rencana Tindakan
	Umum	Khusus	
		<p>kesehatan</p> <p>a. Akses fasilitas kesehatan meningkat</p>	<p>Terapeutik</p> <p>a. Buat komitmen bersama klien untuk menjalani program pengobatan dengan baik.</p> <p>b. Buat jadwal pendampingan keluarga untuk mendukung kepatuhan klien terhadap pengobatan.</p> <p>c. Dokumentasikan aktivitas selama menjalani proses pengobatan</p> <p>d. Diskusikan hal-hal yang dapat mendukung atau menghambat berjalannya program pengobatan</p> <p>e. Libatkan keluarga untuk mendukung program pengobatan yang dijalani</p> <p>Edukasi</p> <p>a. Informasikan program pengobatan yang harus dijalani</p> <p>b. Informasikan manfaat yang akan diperoleh jika teratur menjalani program pengobatan</p> <p>c. Anjurkan keluarga untuk mendampingi dan merawat pasien selama menjalani program pengobatan</p> <p>d. Anjurkan pasien dan keluarga melakukan konsultasi ke pelayanan kesehatan terdekat, jika perlu.</p>

Diagnosa Keperawatan	Tujuan		Rencana Tindakan
	Umum	Khusus	
Manajemen Kesehatan Tidak Efektif	Setelah dilakukan intervensi 3x45 menit, diharapkan manajemen kesehatan keluarga meningkat dengan kriteria hasil : a. manajemen kesehatan keluarga meningkat	TUK 1 Setelah dilakukan intervensi keperawatan 1x20 menit, Keluarga mampu mengenal masalah kesehatan a. Verbalisasi minat dalam belajar meningkat b. Kemampuan menjelaskan pengetahuan meningkat c. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun	Edukasi Proses Penyakit (I.12444) Observasi a. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi Terapeutik a. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan b. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan c. Berikan kesempatan untuk bertanya Edukasi a. Jelaskan penyebab dan faktor risiko penyakit hipertensi b. Jelaskan tanda dan gejala yang ditimbulkan penyakit hipertensi c. Jelaskan Komplikasi yang ditimbulkan penyakit hipertensi d. Jelaskan pencegahan penyakit hipertensi e. Jelaskan cara meredakan atau mengatasi gejala penyakit hipertensi
		TUK 2 Setelah dilakukan intervensi keperawatan 1x20 menit, Keluarga mampu mengambil	Dukungan Pengambilan Keputusan (I.09265) Observasi a. Identifikasi persepsi mengenai masalah dan informasi yang memicu konflik

Diagnosa Keperawatan	Tujuan		Rencana Tindakan
	Umum	Khusus	
		<p>keputusan yang tepat untuk mengatasi masalah kesehatan</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Anggota keluarga verbalisasi keinginan untuk mendukung anggota keluarga yang sakit meningkat b. Menanyakan kondisi pasien meningkat c. Bekerjasama dengan anggota keluarga yang sakit dalam menentukan perawatan meningkat 	<p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Fasilitasi mengklarifikasi nilai dan harapan yang membantu membuat pilihan. b. Diskusikan kelebihan dan kekurangan dari setiap solusi c. Fasilitasi melihat situasi secara realistik d. Motivasi menggunakan tujuan keperawatan yang di harapkan. e. Fasilitasi pengambilan keputusan secara kolaboratif f. Hormati hak pasien untuk menerima atau menolak informasi <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Informasikan alternatif solusi secara jelas b. Berikan informasi yang diminta pasien
		<p>TUK 3</p> <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan 1x20 menit, Keluarga dapat merawat anggota keluarga yang sakit.</p> <p>Peran pemberian asuhan meningkat :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Kemampuan memberikan asuhan meningkat 	<p>Edukasi Kesehatan (12383)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi b. Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat <p>Terapeutik</p>

Diagnosa Keperawatan	Tujuan		Rencana Tindakan
	Umum	Khusus	
		b. Kemampuan merawat pasien meningkat	<ul style="list-style-type: none"> a. Sediakan materi dan media Pendidikan Kesehatan b. Jadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan c. Berikan kesempatan untuk bertanya <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi Kesehatan hipertensi (Pola makan tidak sehat, kurang aktivitas fisik, stres dan faktor keturunan) b. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat (Mengkonsumsi makanan sehat, anjurkan olahraga, istirahat cukup, dan menjaga kesehatan lingkungan) c. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat (Keterlibatan keluarga mendorong gaya hidup sehat dan mengatasi makanan tidak sehat)
		TUK 4 Setelah dilakukan intervensi keperawatan 1x20 menit, Keluarga mampu melakukan memodifikasi lingkungan yang sehat untuk menunjang kesehatan	<p>Edukasi Keselamatan Rumah (I.12385)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi. <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan.

Diagnosa Keperawatan	Tujuan		Rencana Tindakan
	Umum	Khusus	
		<ul style="list-style-type: none"> a. Pemeliharaan rumah meningkat b. Pemeliharaan peralatan rumah meningkat c. Pencahayaan eksterior dan interior meningkat 	<ul style="list-style-type: none"> b. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan. c. Berikan kesempatan untuk bertanya. <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Informasikan pentingnya penerangan yang cukup di dalam dan luar rumah. b. Anjurkan barang pada area yang mudah terjangkau. c. Anjurkan memastikan lantai kamar mandi tidak licin. d. Anjurkan memastikan keset dan karpet lantai rapi dan lantai bebas barang berserakan. e. Ajarkan cara peletakan barang-barang di rumah agar memudahkan dalam bergerak.
		<p>TUK 5</p> <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan 1x20 menit, Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Akses fasilitas kesehatan meningkat 	<p>Edukasi Perilaku Upaya Kesehatan (I.12435)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan b. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan c. Berikan kesempatan untuk bertanya d. Gunakan variasi metode pembelajaran

Diagnosa Keperawatan	Tujuan		Rencana Tindakan
	Umum	Khusus	
			<ul style="list-style-type: none"> e. Gunakan pendekatan promosi kesehatan dengan memperhatikan pengaruh dan hambatan dari lingkungan, sosial serta budaya f. Berikan pujian dan dukungan terhadap usaha positif dan pencapaiannya <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Jelaskan penanganan masalah kesehatan b. Anjurkan menggunakan fasilitas kesehatan c. Anjurkan mengevaluasi tujuan secara periodik d. Ajarkan menentukan perilaku spesifik yang akan diubah (keinginan mengunjungi fasilitas kesehatan) e. Ajarkan mengidentifikasi tujuan yang akan dicapai f. Ajarkan program kesehatan dalam kehidupan sehari-hari g. Ajarkan pencarian dan penggunaan sistem fasilitas pelayanan kesehatan h. Ajarkan cara pemeliharaan kesehatan
Nyeri Akut	Setelah dilakukan intervensi 3x45 menit, diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :	TUK 1 Setelah dilakukan intervensi keperawatan 1x20 menit, Keluarga mampu mengenal masalah	<p>Edukasi Proses Penyakit (I.12444)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi <p>Terapeutik</p>

Diagnosa Keperawatan	Tujuan		Rencana Tindakan
	Umum	Khusus	
	<p>a. Tingkat nyeri menurun</p>	<p>a. Verbalisasi minat dalam belajar meningkat</p> <p>b. Kemampuan menjelaskan pengetuan tentang nyeri meningkat</p> <p>c. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun</p>	<p>a. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan</p> <p>b. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</p> <p>c. Berikan kesempatan untuk bertanya</p> <p>Edukasi</p> <p>a. Jelaskan penyebab dan faktor risiko nyeri</p> <p>b. Jelaskan tanda dan gejala yang ditimbulkan nyeri</p> <p>c. Jelaskan Komplikasi yang ditimbulkan nyeri</p> <p>d. Jelaskan cara meredakan atau mengatasi nyeri</p>
		<p>TUK 2</p> <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan 1x20 menit, Keluarga mampu mengambil keputusan yang tepat untuk mengatasi masalah kesehatan</p> <p>a. Anggota keluarga verbalisasi keinginan untuk mendukung anggota keluarga yang sakit meningkat</p> <p>b. Menanyakan kondisi pasien meningkat</p>	<p>Dukungan Pengambilan Keputusan (I.09265)</p> <p>Observasi</p> <p>a. Identifikasi persepsi mengenai masalah dan informasi yang memicu konflik</p> <p>Terapeutik</p> <p>a. Fasilitasi mengklarifikasi nilai dan harapan yang membantu membuat pilihan.</p> <p>b. Diskusikan kelebihan dan kekurangan dari setiap solusi</p> <p>c. Fasilitasi melihat situasi secara realistik</p> <p>d. Motivasi menggunakan tujuan keperawatan yang di harapkan.</p>

Diagnosa Keperawatan	Tujuan		Rencana Tindakan
	Umum	Khusus	
		<p>c. Bekerjasama dengan anggota keluarga yang sakit dalam menentukan perawatan meningkat</p>	<p>e. Fasilitasi pengambilan keputusan secara kolaboratif</p> <p>f. Hormati hak pasien untuk menerima atau menolak informasi</p> <p>Edukasi</p> <p>a. Informasikan alternatif solusi secara jelas</p> <p>b. Berikan informasi yang diminta pasien</p>
		<p>TUK 3</p> <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan 1x20 menit, Keluarga dapat merawat anggota keluarga yang sakit.</p> <p>Peran pemberian asuhan meningkat :</p> <p>a. Kemampuan memberikan asuhan meningkat</p> <p>b. Kemampuan merawat pasien meningkat</p>	<p>Edukasi Teknik Nafas (I.12452)</p> <p>Observasi</p> <p>a. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</p> <p>Terapeutik</p> <p>a. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan</p> <p>b. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</p> <p>c. Berikan kesempatan untuk bertanya</p> <p>Edukasi</p> <p>a. Jelaskan tujuan dan manfaat teknik nafas</p> <p>b. Jelaskan prosedur teknik nafas</p> <p>c. Anjurkan memposisikan tubuh senyaman mungkin (mis: duduk)</p> <p>d. Anjurkan menutup mata dan berkonsentrasi penuh</p>

Diagnosa Keperawatan	Tujuan		Rencana Tindakan
	Umum	Khusus	
			<ul style="list-style-type: none"> e. Anjarkan melakukan inspirasi dengan menghirup udara melalui hidung secara perlahan f. Ajarkan melakukan ekspirasi dengan menghembuskan udara mulut mencucu secara perlahan g. Demonstrasikan menarik nafas selama 4 detik, menahan nafas selama 2 detik dan menghembuskan nafas selama 8 detik.
		<p>TUK 4</p> <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan, Keluarga mampu melakukan memodifikasi lingkungan yang sehat untuk menunjang kesehatan</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pemeliharaan rumah meningkat b. Pemeliharaan peralatan rumah meningkat c. Pencahayaan eksterior dan interior meningkat 	<p>Manajemen Kenyamanan Lingkungan (I.08237)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Identifikasi sumber ketidaknyamanan (mis, kebersihan,suhu ruang) <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Berikan penerimaan dan dukungan kepindahan ke lingkungan baru b. Sediakan ruangan yang tenang dan mendukung c. Fasilitasi kenyamanan lingkungan (mis,kebersihan) d. Atur posisi yang nyaman (mis,topang dengan bantal) <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Jelaskan tujuan manajemen lingkungan (Menjaga ketenangan, Atur pencahayaan agar

Diagnosa Keperawatan	Tujuan		Rencana Tindakan
	Umum	Khusus	
			tidak terlalu terang, Pastikan ventilasi cukup dan suhu ruangan sejuk/nyaman, Batasi aktivitas yang bisa menstimulasi stres atau kelelahan, Hindari paparan bau menyengat atau cahaya silau yang bisa memicu sakit kepala, Fasilitasi posisi tidur yang nyaman)
		<p>TUK 5</p> <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan 1x20 menit, Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan</p> <p>a. Akses fasilitas kesehatan meningkat</p>	<p>Edukasi Perilaku Upaya Kesehatan (I.12435)</p> <p>Observasi</p> <p>a. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</p> <p>Terapeutik</p> <p>a. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan</p> <p>b. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</p> <p>c. Berikan kesempatan untuk bertanya</p> <p>d. Gunakan variasi metode pembelajaran</p> <p>e. Gunakan pendekatan promosi kesehatan dengan memperhatikan pengaruh dan hambatan dari lingkungan, sosial serta budaya</p> <p>f. Berikan pujian dan dukungan terhadap usaha positif dan pencapaiannya</p> <p>Edukasi</p> <p>a. Jelaskan penanganan masalah kesehatan</p> <p>b. Anjurkan menggunakan fasilitas kesehatan</p> <p>c. Anjurkan mengevaluasi tujuan secara periodik</p>

Diagnosa Keperawatan	Tujuan		Rencana Tindakan
	Umum	Khusus	
			<p>d. Ajarkan menentukan perilaku spesifik yang akan diubah (mis. keinginan mengunjungi fasilitas kesehatan)</p> <p>e. Ajarkan mengidentifikasi tujuan yang akan dicapai</p> <p>f. Ajarkan program kesehatan dalam kehidupan sehari-hari</p> <p>g. Ajarkan pencarian dan penggunaan sistem fasilitas pelayanan kesehatan</p> <p>h. Ajarkan cara pemeliharaan kesehatan</p>

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi home care merupakan implementasi dari rencana keperawatan yang dibuat oleh perawat dan keluarga. Inti dari menyediakan layanan perawatan dirumah adalah perhatian. Pada tahap ini perawat dihadapkan pada kenyataan dimana keluarga harus menggunakan seluruh kreativitasnya untuk melakukan perubahan (Nadirawati, 2018).

5. Evaluasi Keperawatan

Asesmen keperawatan merupakan langkah mengevaluasi hasil keperawatan dengan membandingkan respon keluarga terhadap tindakan yang dilakukan dengan indikator yang ditetapkan. Hasil perawatan dapat diukur dengan metode berikut :

- a. Keadaan fisik
- b. Sikap/ psikologi
- c. Pengetahuan atau perilaku belajar
- d. Perilaku sehat

F. EBN

1. Pengantar

a. Pengertian

Terapi latihan menggenggam bola karet yang dilakukan pada pasien stroke ditujukan untuk mengembangkan, memelihara dan memulihkan gerak dengan cara latihan motorik, merangsang tangan dalam melakukan suatu pergerakan atau kontraksi otot, sehingga membantu mengembalikan fungsi motorik ekstremitas atas yang hilang. Latihan menggenggam bola karet dapat menstimulus kembali kekuatan motorik ekstermitas atas dan mencegah otot mengalami atrofi, dengan cara menghasilkan tekanan pada saat menggenggam bola, dan membangkitkan kembali kendali otak terhadap otot yang mengalami kelemahan (Kirana, 2025).

b. Manfaat

Latihan menggenggam bola karet dapat menstimulus kembali kekuatan motorik ekstermitas atas dan mencegah otot mengalami atrofi, dengan cara menghasilkan tekanan pada saat menggenggam bola, dan membangkitkan kembali kendali otak terhadap otot yang mengalami kelemahan.

c. Tujuan

Tujuan terapi latihan menggenggam bola karet menurut (Tanjung, 2021) adalah sebagai berikut :

- 1) Meningkatkan tonus otot
- 2) Memperbaiki tonus otot serta refleks tendon yang mengalami kelemahan
- 3) Menstimulasi saraf motorik pada tangan yang akan diteruskan ke otak.

d. Standar Operasional Prosedur

Tabel 2. 3 SOP

Prosedur Pelaksanaan	
Pengertian	Genggam Bola Karet adalah satu terapi untuk meningkatkan kekuatan ekstermitas atas
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkatkan kekuatan otot tubuh 2. Memperbaiki tonus otot yang mengalami kelemahan. 3. Mesntimulus saraf motorik pada tangan yang akan diteruskan ke otak 4. Membantu membangkitkan kembali kendali otak terhadap otot-otot
Indikasi	Indikasi genggam bola karet menurut (Tanjung, 2020) selain untuk terapi sederhana mengurangi ketegangan otot, meningkatkan relaksasi, juga dapat membantu mengurangi stres dan kecemasan, membantu rehabilitasi gangguan motorik halus atau penurunan fungsi tangan dan stimulasi sensorik.
Kontraindikasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Adanya luka terbuka atau infeksi pada tangan 2. Peradangan atau inflamasi akut pada sendi atau otot tangan 3. Fraktur (patah tulang) atau cedera serius pada tangan, pergelangan tangan, atau lengan 4. Gangguan saraf yang berat, seperti neuropati perifer berat 5. Kondisi pasca operasi tangan/lengan, jika belum mendapat izin dari tenaga medis 6. Nyeri hebat yang tidak diketahui penyebabnya
Persiapan Alat	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lembar pengukur kekuatan otot 2. Bola karet

Prosedur Pelaksanaan	
	<p>3. Handgrip dynamometer</p> <p>4. Tensimeter</p>
Prosedur Pelaksanaan	<p>A. Tahap Pra Interaksi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menyiapkan SOP penerapan terapi genggam menggunakan bola karet. 2. Menyiapkan alat. 3. Menyiapkan ruangan yang nyaman. 4. Mencuci tangan. <p>B. Tahap Orientasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan salam dan memperkenalkan diri. 2. Menyampaikan kontrak waktu. 3. Menjelaskan tujuan dan prosedur. 4. Menanyakan persetujuan dan kesiapan pasien <p>C. Tahap Kerja</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Posisikan pasien dalam posisi duduk dikursi dengan sandaran tegak dan penyangga tangan dengan kedua telapak kaki menyentuh lantai secara rata. 2. Sebelum melakukan terapi, ukur terlebih dahulu tekanan darah pasien. Selanjutnya, periksa gerakan fleksi (menekuk jari), ekstensi (meluruskan jari), abduksi (merentangkan jari), dan adduksi (merapatkan jari), serta nilai kekuatan otot tangan pasien menggunakan alat handgrip dynamometer.  <p style="text-align: center;"><i>(Sumber : Dokumentasi Pribadi)</i></p> <p>3. Letakkan bola karet diatas telapak tangan pasien yang mengalami kelemahan posisi <i>wrist joint</i> 45 derajat</p>  <p style="text-align: center;"><i>(Sumber : Dokumentasi Pribadi)</i></p>

Prosedur Pelaksanaan	
	<p>4. Instruksikan pasien untuk menggenggam/mencengkram bola karet selama 5 detik</p> 
	<p>(Sumber : Dokumentasi Pribadi)</p> <p>5. Kemudian kendurkan genggaman / cengkraman tangan selama 10 detik</p> 
	<p>(Sumber : Dokumentasi Pribadi)</p> <p>6. Lalu genggam kembali bola karet kembali dan lakukan berulang ulang selama tujuh sampai sepuluh menit</p> <p>7. Setelah selesai kemudian instruksikan pasien untuk melepaskan genggaman bola karet pada tangan</p> <p>8. Setelah melakukan terapi, ukur kembali tekanan darah pasien. Selanjutnya, periksa gerakan fleksi (menekuk jari), ekstensi (meluruskan jari), abduksi (merentangkan jari), dan adduksi (merapatkan jari), serta nilai kekuatan otot tangan pasien menggunakan alat handgrip.</p> <p>9. Kemudian instruksikan pasien untuk melakukan latihan ini mandiri atau dibantu oleh keluarga, idealnya bisa dilakukan 2 kali sehari pagi dan sore selama 4 hari dengan waktu 7-10 menit</p>
	<p>D. Tahap Terminasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan evaluasi tindakan 2. Menganjurkan pasien untuk melakukan kembali terapi Genggam Menggunakan Bola Karet 3. Mencuci tangan 4. Mendokumentasikan tindakan yang dilakukan

Sumber : Faridah, dkk (2020)

2. Analisis Jurnal

Tabel 2. 4 Analisis Jurnal

Metode Analisis Jurnal	Jurnal 1	Jurnal 2	Jurnal 3	Jurnal 4	Jurnal 5
Judul	Efektivitas Terapi Genggam Bola Terhadap Kekuatan Otot Tangan Pada Lansia Dengan Stroke 2023	Penerapan Genggam Bola Untuk Mengatasi Gangguan Mobilitas Fisik pada Pasien Stroke Non Hemoragik 2023	Genggam Bola Karet Terhadap Kekuatan Otot Pada Klien Stroke Non Hemoragik 2022	Pengaruh Latihan Range Of Motion Pada Ekstremitas Atas Dengan Genggam Bola Karet Terhadap Kekuatan Otot Pasien Stroke 2022	Menggenggam bola karet dan terapi cermin terhadap kekuatan otot ekstremitas pasien stroke 2024
P (Problem/ Population)	<p>Problem : stroke yang dapat menimbulkan kelemahan pada ekstremitas terutama pada ekstremitas atas. Upaya yang dapat dilakukan untuk meningkatkan kekuatan otot dengan menggunakan terapi genggam bola karet.</p> <p>Population : Populasi dalam penelitian ini adalah Lansia</p>	<p>Problem : Stroke terjadi akibat penurunan suplai oksigen ke otak, menyebabkan gangguan mobilitas fisik, kelemahan otot, kelumpuhan pada satu sisi tubuh serta peningkatan risiko komplikasi sehari-hari.</p> <p>Population : Penelitian ini dilakukan pada pasien stroke non hemoragik yang</p>	<p>Problem : Stroke Non Hemoragik merupakan gangguan yang disebabkan oleh penyempitan lumen sehingga aliran darah ke otak terhenti. Stroke berdampak pada fungsi tubuh kelemahan otot</p> <p>Populasi : Pasien yang menderita stroke non hemoragik yang mengalami kelemahan otot pada</p>	<p>Problem : Stroke mengakibatkan pembuluh darah berhenti menimbulkan berbagai penyakit kerusakan organ lain, bahkan sampai kematian kelelahan.</p> <p>Population : Jumlah sampel yang diperoleh sebanyak 168 responden.</p>	<p>Problem : Stroke terjadi karena adanya sumbatan pada pembuluh darah menyebabkan gangguan motorik dan sensorik, sehingga otot menjadi lemah bahkan cacat.</p> <p>Population : populasi pada penelitian ini adalah Pasien yang menderita jumlah responden 2, dengan</p>

Metode Analisis Jurnal	Jurnal 1	Jurnal 2	Jurnal 3	Jurnal 4	Jurnal 5
	dengan stroke yang mengalami kelemahan otot pada ekstremitas atas. Usia subjek: 70 tahun.	mengalami kelemahan otot tangan.	ekstremitas atas, berusia 49–55 tahun, tidak sedang menjalani rehabilitasi medis, dan tidak memiliki luka di tangan. Total subjek penelitian: 2 orang.		memiliki hipertensi stadium1.
I (Intervention)	Terapi genggam bola tangan: dilakukan 2 kali sehari selama 4 hari, durasi masing-masing 7–10 menit menggunakan bola karet dengan diawali gerakan pemanasan dan selanjutnya gerakan menggenggam bola.	Dilakukannya Genggam bola karet sebanyak 15 kali pada tangan yang mengalami kelemahan, Dilakukan sekali sehari selama 4 hari berturut-turut, Pengukuran kekuatan otot dilakukan sebelum dan sesudah terapi menggunakan skala kekuatan otot.	Dilakukannya latihan terapi berupa latihan menggenggam bola karet selama 4 hari berturut-turut, 1 kali per hari, masing-masing 15 genggaman dengan bola berdiameter 8 cm.	Dilakukannya latihan genggam bola dengan menggunakan bola karet selama 3 hari, cara meletakkan bola karet diatas tangan yang mengalami kelemahan, kemudian jari-jari klien menggenggam sempurna dengan menggenggam kuat selama 5 detik kemudian rileks selama 10 detik, diulangi latihan 10 kali dengan frekwensi latihan 2 kali sehari pagi, sore.	Terapi menggenggam bola karet yang dilakukan 2 kali sehari pada pagi dan sore hari selama 7-10 menit dan dilakukan selama 4 hari
C (Comparison)	Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Ema (2023)	Hasil penelitian (Margiyati et al 2022) menunjukkan bahwa ada perubahan terapi latihan	Menurut penelitian yang dilakukan oleh (Enggar Dwi, 2022) terdapat Penelitian ini	Menurut penelitian yang dilakukan oleh (Ardin, 2021) bola karet sendiri	Menurut penelitian yang dilakukan oleh (Saputra, 2021) Gerakan genggam

Metode Analisis Jurnal	Jurnal 1	Jurnal 2	Jurnal 3	Jurnal 4	Jurnal 5
	menyimpulkan terapi genggam bola tangan yang diberikan selama 4 hari efektif untuk meningkatkan kekuatan otot pada lansia. Kekuatan otot sebelum diberikan terapi genggam bola tangan pada hari-1 senilai 5/3. Setelah diberikan terapi genggam bola tangan selama 4 hari diapatkan kekuatan otot senilai 5/4	genggam bola karet terjadi peningkatan nilai kekuatan otot pada klien dengan Stroke Non Hemoragik setelah dilakukan intervensi Genggam bola karet	membuktikan bahwa setelah dilakukan intervensi keperawatan keluarga dengan terapi latihan genggam bola karet terjadi peningkatan nilai kekuatan otot pada klien dengan Stroke Non Hemoragik	merupakan terapi yang dapat meningkatkan atau merangsang sensorik di tangan dan mengirimkan sinyal ke otak. Mekanisme ini dinamakan feed-forward control sebagai respon terhadap rangsang tekanan dan sentuhan halus bola karet pada tangan	bola karet akan merangsang otot-otot untuk bergerak dan membantu membangkitkan kembali kendali otak terhadap otot-otot Pelaksanaan terapi menggenggam bola karet memberikan kemajuan pada pasien stroke dalam mengangkat tangan melawan hambatan yang ringan.
O (Outcome)	Genggam bola karet secara signifikan efektif untuk meningkatkan kekuatan otot tangan pada lansia dengan stroke. semakin baik.	Latihan Genggam bola karet Terbukti efektif nilai kekuatan otot dalam meningkatkan kekuatan otot pasien stroke non hemoragik.	Adanya peningkatan nilai kekuatan otot dari Genggam bola karet.	Genggam bola karet secara signifikan efektif untuk peningkatan kekuatan otot pada pasien stroke.	Latihan genggam bola karet terbukti meningkatkan kekuatan otot ekstremitas atas pada pasien stroke.

Keterangan:

- P (Problem/Population): masalah dan populasi
- I (Intervention): intervensi yang dilakukan
- C (Comparison): pembanding intervensi
- (Outcome): hasil/luaran yang didapatkan

BAB III

METODOLOGI KARYA TULIS AKHIR

1. Jenis dan Desain Penelitian

Desain penelitian yang digunakan peneliti dalam penelitian ini yaitu penelitian deskriptif berupa studi kasus. Penelitian deskriptif yaitu penelitian yang dilakukan terhadap variabel mandiri tanpa membuat perbandingan atau menghubungkan dengan variabel yang lain, jadi variabel yang diteliti bersifat mandiri (Abubakar, 2021). Sedangkan studi kasus adalah pendekatan penelitian yang digunakan untuk memahami, menganalisis, dan menggali pemahaman mendalam tentang suatu fenomena tertentu atau kasus khusus. Karya tulis akhir ini mendeskripsikan penerapan terapi genggam bola karet dalam asuhan keperawatan pada keluarga stroke di Wilayah kerja Puskesmas Anak Air Kota Padang.

2. Waktu dan Tempat

Penelitian dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Anak Air Padang. Waktu pelaksanaan penelitian dilakukan mulai tanggal April 2025 sampai Mei 2025.

3. Prosedur Pemilihan Intervensi EBN

Proses pemilihan EBN menggunakan metode pencarian artikel yang digunakan dalam penelitian karya tulis akhir ini yaitu menggunakan Google Scholar. Dengan kriteria pada telusuri jurnal yaitu jurnal yang telah terindeks nasional dan internasional dalam kurun waktu kurang dari 5 tahun. Kata kunci yang digunakan dalam pencarian ini yaitu Genggam bola karet, Stroke, kekuatan otot.

4. Populasi dan sampel

a. Populasi

Populasi penelitian adalah sekelompok orang, benda atau hal yang menjadi sumber pengambilan sampel yang memenuhi syarat-syarat tertentu yang berkaitan dengan masalah penelitian (Abubakar, 2021). Populasi dalam karya tulis akhir ini adalah 18 pasien stroke dari data puskesmas 2024 yang bertempat tinggal di wilayah kerja Puskesmas Anak Air Kota Padang.

b. Sampel

Sampel terdiri atas bagian dari populasi terjangkau yang dipilih sebagai subjek penelitian melalui teknik sampling. Sampling sendiri merupakan proses pemilihan sebagian individu dari populasi yang dianggap mampu mewakili karakteristik populasi tersebut (Syapitri et al., 2021). Teknik sampling yang digunakan dalam penelitian ini adalah *purposive sampling*, yaitu teknik pengambilan sampel yang dilakukan dengan mempertimbangkan kriteria inklusi dan eksklusi yang telah ditetapkan. Dalam hal ini, dari total pasien stroke yang tercatat di wilayah kerja Puskesmas Anak Air, dilakukan seleksi awal melalui pendekatan acak, kemudian dilanjutkan dengan pemilihan berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi. Sampel dalam karya tulis akhir ini adalah 2 keluarga dengan penyakit stroke di wilayah kerja Puskesmas Anak Air.

1) Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi adalah standar yang digunakan untuk memilih anggota populasi yang memenuhi syarat secara teoritis dan relevan dengan topik serta kondisi penelitian (Putri et al., 2025). Kriteria inklusi karya tulis akhir ini yaitu :

- a) Usia Dewasa kooperatif
- b) Bersedia jadi responden
- c) Stroke ≥ 1 tahun
- d) Kekuatan otot 0-4

2) Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi adalah standar yang digunakan untuk menghapus anggota dari sampel yang memenuhi kriteria inklusi, atau dengan kata lain, ciri-ciri dari anggota populasi yang tidak memenuhi syarat untuk dijadikan sampel (Putri et al., 2025). Kriteria eksklusi karya tulis akhir ini yaitu :

- a) Memiliki gangguan visual dan audiovisual

5. Jenis dan Teknik Pengumpulan data

a. Jenis Data

Jenis data yang dikumpulkan untuk pembuatan karya tulis ilmiah ada dua yaitu data primer dan data sekunder.

a. Data primer

Data primer menurut (Puspitasari, 2025) adalah data yang diperoleh peneliti secara langsung dari lapangan atau tempat penelitian. Data primer dalam karya tulis akhir ini meliputi data umum atau indentitas keluarga, data kondisi kesehatan seluruh anggota keluarga meliputi kondisi saat ini, riwayat penyakit atau alergi yang dialami anggota keluarga, data kesehatan lingkungan, data struktur keluarga, data riwayat dan tahap perkembangan keluarga, data fungsi keluarga, data coping keluarga dan pemeriksaan fisik keluarga.

b. Data Sekunder

Data sekunder menurut (Puspitasari, 2025) adalah data yang diperoleh dari bukan dari subjek penelitian atau sumber pertama yang digunakan untuk penelitian, data primer ini bersifat pelengkap dan penguat data primer. Data sekunder ini diperoleh melalui literatur-literatur yang ada. Data sekunder dalam karya tulis akhir ini meliputi data WHO, data laporan kemenkes nasional dan data laporan kemenkes Sumatera Barat dan data dari Pukesmas Anak Air.

c. Teknik Pengumpulan data

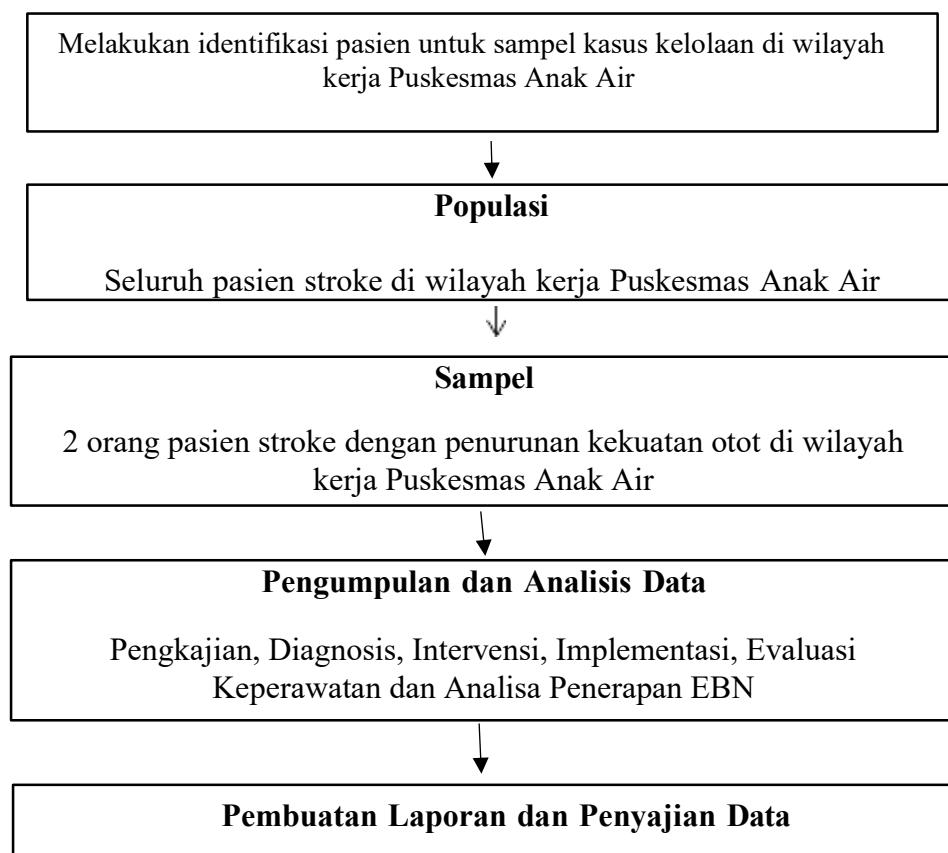
Metode pengumpulan data menggunakan metode wawancara dan observasi terstruktur. Pengukuran wawancara terstruktur meliputi strategi yang memungkinkan adanya suatu kontrol dari pembicaraan sesuai dengan isi yang diinginkan peneliti. Daftar pertanyaan biasanya sudah disusun sebelum wawancara dan ditanyakan secara urut. Wawancara dan observasi yang dilakukan kepada pasien dan keluarga meliputi biodata, keluhan utama, riwayat kesehatan dahulu, riwayat kesehatan keluarga, pemeriksaan fisik, pemeriksaan tanda-tanda vital.

6. Instrumen

Menyususn instrument/alat ukur merupakan langkah penting dalam pola prosedur penelitian. Instrumen berfungsi sebagai alat bantu dalam mengumpulkan data yang diperlukan. Instrument pengumpulan data yang digunakan pada karya tulis akhir ners ini berupa format pengkajian pada asuhan

keperawatan dengan stroke untuk memperoleh data biodata, keluhan utama, riwayat kesehatan dahulu, riwayat kesehatan keluarga, hasil pemeriksaan fisik, Standar Prosedur Operasional (SPO) Genggam bola karet, SAP, Poster, dan Leaflet.

7. Prosedur Karya Tulis Akhir



8. Analisis Data

Analisis data dalam penelitian kualitatif, dilakukan pada saat pengumpulan data berlangsung dan setelah selesai pengumpulan data dalam periode tertentu. Pada saat wawancara, peneliti sudah melakukan analisis terhadap jawaban yang diwawancarai. Bila jawaban yang diwawancarai setelah dianalisis terasa belum memuaskan, maka peneliti akan melanjutkan pertanyaan lagi, sampai tahap tertentu sehingga diperoleh data yang dianggap kredibel.

a. Data Reduction (Reduksi Data)

Mereduksi data berarti merangkum, memilih hal-hal yang pokok, memfokuskan pada hal-hal yang penting, dicari tema dan polanya dan

membuang yang tidak perlu. Dengan demikian data yang telah direduksi akan memberikan gambaran yang lebih jelas, dan mempermudah peneliti untuk melakukan pengumpulan data selanjutnya, dan mencarinya bila diperlukan.

b. Data Display (Penyajian Data)

Setelah data di reduksi, maka langkah selanjutnya adalah mendisplaykan data. Kalau dalam penelitian kuantitatif penyajian data ini dapat dilakukan dalam bentuk tabel, grafik, phie chard, pictogram dan sejenisnya. Melalui penyajian data tersebut, maka data terorganisasikan, tersusun dalam pola hubungan, sehingga akan semakin mudah difahami. Sedangkan dalam penelitian kualitatif, penyajian data bisa dilakukan dalam bentuk uraian singkat, bagan, hubungan antar kategori, flowchart dan sejenisnya. Yang paling sering digunakan untuk menyajikan data dalam penelitian kualitatif adalah dengan teks yang bersifat naratif.

c. Penarikan Kesimpulan/ Verifikasi

d. Langkah ke tiga dalam analisis data kualitatif adalah penarikan kesimpulan dan verifikasi. Kesimpulan awal yang dikemukakan masih bersifat sementara, dan akan berubah bila tidak ditemukan bukti-bukti yang kuat yang mendukung pada tahap pengumpulan data berikutnya. Tetapi apabila kesimpulan yang dikemukakan pada tahap awal, didukung oleh bukti-bukti yang valid dan konsisten saat peneliti kembali ke lapangan maka kesimpulan awal akan tetap dan tidak perlu dilakukan perubahan (Setyawan, 2021).

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil

Pada bab 4 akan dilakukan pembahasan mengenai asuhan keperawatan keluarga Partisipan 1 dan Partisipan 2 dengan diagnosis medis stroke di wilayah kerja puskesmas anak air yang dilakukan pada tanggal 21 April 2025 – 10 Mei 2025 dengan kunjungan 1 kali dalam sehari selama 12 hari. Pembahasan terhadap pelaksanaan asuhan keperawatan dengan pendekatan proses keperawatan dari tahap pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi asuhan keperawatan. Asuhan keperawatan pada keluarga Partisipan 1 dan Partisipan 2 dapat dilihat dari tabel dibawah ini:

1. Pengkajian

Proses pengkajian keperawatan keluarga pada usia dewasa di Padang Sarai kota Padang dilakukan pada tanggal 21 April 2025 sampai 23 April 2025 dengan Windshield Survey keadaan lingkungan rumah dan lingkungan sekitar rumah, data primer di dapatkan dari pengkajian keperawatan keluarga dalam bentuk format pengkajian keluarga.

Tabel 4. 1 Pengkajian

Pengkajian	Partisipan 1	Partisipan 2
Data Umum	Partisipan 1 berumur 50 tahun tinggal bersama keluarga. Partisipan 1 dan keluarga menganut agama islam. Keluarga partisipan 1 merupakan keluarga dengan tipe <i>nuclear family</i> yang terdiri dari Ibu R berumur 42 tahun sebagai ibu dan partisipan 1 sebagai ayah dari anak-anaknya. partisipan 1 memiliki 4 orang anak yang tinggal serumah dengan Ibu R dan partisipan 1, yaitu An. R berumur 23 tahun, An. R berumur 22 tahun, An. F berumur 15 tahun dan An. R berumur 13 tahun.	Partisipan 2 berumur 58 tahun tinggal bersama anaknya. partisipan 2 dan anaknya menganut agama islam. partisipan 2 merupakan keluarga dengan tipe <i>The single-parent family</i> yang terdiri dari partisipan 2 berumur 58 tahun sebagai ayah. partisipan 2 memiliki 2 orang anak dan 1 orang anak yang tinggal serumah dengan partisipan 2 yaitu An. G berumur 30 tahun.
	Partisipan 1 sekarang tidak pekerjaan, pendapatan hanya dari warung, Ny.R sebagai ibu rumah tangga sekaligus	Partisipan 2 sekarang tidak bekerja, pendapatan didapatkan hanya dari anak karena partisipan 2 sudah tidak ada

Pengkajian	Partisipan 1	Partisipan 2
	<p>berdagang mendapatkan penghasilan ±500.000 setiap bulannya, anak pertama dan kedua Ny.R juga sudah bekerja sebagai pedagang dan mendapatkan penghasilan ±1.000.000, pengeluaran setiap bulannya untuk keperluan sehari-hari. Namun sejak partisipan 1 sakit penghasilan keluarga hanya dari Ny.R dan anaknya. Status kelas social keluarga Ny.R yaitu termasuk ke kelas menengah kebawah dan keluarga juga memiliki kartu BPJS sebagai jaminan kesehatan. partisipan 1 memiliki rumah miliki sendiri yang ditempati anggota keluarga. Istri partisipan 1 terkadang sering mengikuti kegiatan sosial di lingkungan sekitar seperti arisan.</p>	<p>penghasilan, anak pertama dan kedua partisipan 2 juga sudah bekerja sebagai karyawan swasta dan mendapatkan penghasilan ±3.000.000, partisipan 2 selalu dikirimkan uang oleh anak pertamanya yang berkeja diluar kota, pengeluaran setiap bulannya untuk keperluan sehari-hari. Namun sejak partisipan 2 sakit penghasilan keluarga hanya dari anaknya. Status kelas social keluarga partisipan 2 yaitu termasuk ke kelas menengah kebawah dan keluarga juga memiliki kartu BPJS sebagai jaminan kesehatan. partisipan 2 memiliki rumah miliki sendiri yang ditempati anggota keluarga.</p>
	<p>Partisipan 1 dan keluarga merupakan keturunan suku minang yang memiliki kebiasaan mengkonsumsi makanan tinggi garam, dan bersantan secara berlebihan. partisipan 1 dan keluarga tidak mempunyai kebiasaan rutin untuk berekreasi, biasanya hanya menonton televisi sambil bercerita dirumah.</p>	<p>Partisipan 2 dan keluarga merupakan keturunan suku minang yang memiliki kebiasaan mengkonsumsi makanan tinggi garam, berlemak dan bersantan. partisipan 2 dan keluarga tidak mempunyai kebiasaan rutin untuk berekreasi, di waktu senggang biasanya mereka hanya menonton TV dirumah.</p>
Riwayat dan tahap perkembangan	<p>Keluarga partisipan 1 saat ini berada pada tahap perkembangan keluarga dengan anak dewasa awal (20 – 40 tahun) yang tugasnya adalah memperluas keluarga inti menjadi keluarga besar serta memberikan kepercayaan kepada anak untuk membuat keputusan sendiri dalam berbagai aspek kehidupan seperti pendidikan, karier dan hubungan. partisipan 1 memiliki 4 orang</p>	<p>Keluarga partisipan 2 saat ini berada pada tahap perkembangan keluarga dengan anak dewasa awal (20 – 40 tahun) yang tugasnya adalah memperluas keluarga inti menjadi keluarga besar, serta memberikan kepercayaan kepada anak untuk membuat keputusan sendiri dalam berbagai aspek kehidupan seperti pendidikan, karier, dan hubungan. partisipan 2 memiliki 2 orang anak yaitu</p>

Pengkajian	Partisipan 1	Partisipan 2
	<p>anak yaitu anak pertama berumur 23 tahun yang sudah bekerja dan akan menikah tahun ini, An. R berumur 22 tahun saat ini sudah bekerja, An. F berumur 15 tahun saat ini sedang duduk dibangku SMP dan An. R berumur 13 tahun saat ini sedang duduk dibangku SMP.</p>	<p>anak pertama berumur 35 tahun yang sudah bekerja diluar kota dan sudah menikah, An. G berumur 30 tahun saat ini sudah bekerja dan belum menikah.</p>
	<p>Riwayat kesehatan saat ini, partisipan 1 mengatakan ekstremitas sebelah kiri lemah bila digerakkan, partisipan 1 tampak sulit berjalan karena kaki kiri masih lemah saat berjalan selalu dibantu oleh anak-anaknya. partisipan 1 mengatakan sering mengalami sakit kepala yang hilang timbul, nyeri di rasakan hilang timbul serta kuduk terasa berat. Saat pengkajian partisipan 1 mengatakan nyeri kepala, dengan skala nyeri 3, nyeri ekstermitas kiri bila digerakkan. dan partisipan 1 tampak meringis. partisipan 1 memiliki riwayat hipertensi sejak 2 tahun lalu dan tidak pernah mengkonsumsi obat hipertensi, partisipan 1 juga tidak pernah berobat ke tempat pelayanan kesehatan karena takut apabila ditemukan penyakit lain dan kurangnya dukungan keluarga. Partisipan 1 diketahui mengalami stroke sejak 2 tahun yang lalu. partisipan 1 juga mengatakan masih mengonsumsi garam, partisipan 1 juga mengatakan masih konsumsi gulai/makanan yang mengandung garam,bersantan. Riwayat keluarga sebelumnya partisipan 2 mengatakan orang tua laki-lakinya mempunyai riwayat keturunan hipertensi dan stroke. partisipan 2 mengatakan tidak ada Riwayat</p>	

Pengkajian	Partisipan 1	Partisipan 2
	<p>riwayat keturunan yang mengalami hipertensi, istrinya juga tidak memiliki riwayat hipertensi dan stroke. partisipan 1 mengatakan ada Riwayat penyakit hipertensi dan mengatakan tidak ada anggota keluarganya yang memiliki riwayat penyakit keturunan dan masalah kesehatan lainnya.</p>	<p>penyakit yang lain selain stroke dan hipertensi, partisipan 2 mengatakan ada anggota keluarganya memiliki riwayat penyakit keturunan dan masalah kesehatan lainnya.</p>
Lingkungan	<p>Rumah yang dimiliki oleh keluarga partisipan 1 adalah permanen dan milik sendiri. Terdapat 1 buah pintu masuk dan jendela samping kiri dan kanan yang jarang dibuka. Saat masuk tampak ada 1 ruang tamu bersebelahan dengan 3 kamar tidur, kemudian ada ruang keluarga, kamar tidur pertama, kedua dan ketiga memiliki jendela. Terdapat 1 dapur dan 1 kamar mandi. Sumber air yang digunakan keluarga adalah air PDAM. Air minum menggunakan air galon. Memiliki jamban tertutup dengan jarak septic tank ± 4 meter di belakang rumah.</p>	<p>Rumah yang dimiliki oleh keluarga partisipan 2 adalah permanen dan milik sendiri. Terdapat 1 buah pintu masuk dan jendela samping kiri yang jarang dibuka. Saat masuk tampak ada satu ruang keluarga, kamar tidur pertama dan kedua memiliki jendela. Terdapat 1 kamar mandi tampak air ditampung menggunakan ember, tampak Wc kurang bersih dan lantai licin, sumber air yang digunakan keluarga adalah air PDAM. Air minum menggunakan air galon. Memiliki jamban tertutup dengan jarak septic tank ±3 meter di belakang rumah.</p>
Stress dan koping keluarga	<p>Stressor yang dialami keluarga partisipan 1 adalah partisipan 1 yang selalu khawatir, bingung dan takut dengan penyakit saat ini yang tidak akan pernah sembuh.</p>	<p>Stressor yang dialami keluarga partisipan 2 adalah khawatir, dan takut dengan penyakitnya saat ini yang tidak akan pernah sembuh, hanya saja kadang masih terpikir kondisi tangan dan kaki kanan partisipan 2 yang masih lemah.</p>
Pemeriksaan Fisik	<p>Saat melakukan pemeriksaan pada partisipan 1 didapatkan tekanan darah: 150/116 mmHg, nadi: 90x/menit, pernafasan: 19x/menit, suhu: 36,6 C</p>	<p>Saat melakukan pemeriksaan pada partisipan 2 didapatkan tekanan darah: 140/90 mmHg, nadi: 85x/menit, pernafasan: 19x/menit, suhu: 36,6 C</p>

2. Diagnosis Keperawatan

Analisis data dan diagnosis keperawatan ditegakkan berdasarkan data yang didapatkan yaitu berupa data subjektif dan objektif. Berikut beberapa diagnosa keperawatan yang penulis tegakkan berdasarkan hasil observasi, wawancara dan pemeriksaan fisik

Dari data di atas, diagnosis keperawatan keluarga yang bisa di angkat adalah:

Tabel 4. 2 Diagnosis Keperawatan

Partisipan 1	Partisipan 2								
<p>Setelah dilakukan analisa data dari hasil pengkajian tersebut didapatkan masalah keperawatan pada Partisipan 1 yaitu:</p> <p>Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot</p> <p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> Partisipan 1 mengatakan ekstremitas sebelah kiri sulit bila digerakkan. Partisipan 1 mengatakan selalu memegang dinding saat berjalan karena merasa cemas Partisipan 1 mengeluh nyeri pada ekstermitas kiri saat bergerak Partisipan 1 memiliki riwayat stroke ringan 2 tahun yang lalu <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> Partisipan 1 tampak lemah Partisipan 1 tampak sulit untuk duduk dan berdiri dan selalu dibantu oleh anak-anaknya Partisipan 1 tampak hanya bisa melakukan gerakan terbatas Kekuatan otot diukur dengan handgrip 5 kg Kekuatan Otot <table border="1"> <tr> <td>3333</td><td>5555</td></tr> <tr> <td>4444</td><td>5555</td></tr> </table> <p>Manajemen Kesehatan Keluarga Tidak Efektif berhubungan dengan kurang terpapar informasi</p> <p>DS :</p>	3333	5555	4444	5555	<p>Setelah dilakukan analisa data dari hasil pengkajian tersebut didapatkan masalah keperawatan pada Partisipan 2 yaitu:</p> <p>Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot</p> <p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> Partisipan 2 mengatakan ekstremitas sebelah kanan sulit bila digerakkan. Partisipan 2 mengatakan selalu memegang dinding saat berjalan karena merasa cemas Partisipan 2 mengeluh nyeri pada ekstermitas kanan saat bergerak Partisipan 2 memiliki riwayat stroke ringan 2 tahun yang lalu <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> Partisipan 2 tampak lemah Partisipan 2 tampak sulit berjalan karena kaki kanan masih lemah Partisipan 2 tampak hanya bisa melakukan gerakan terbatas Kekuatan otot diukur dengan handgrip 5 kg Kekuatan Otot <table border="1"> <tr> <td>5555</td><td>3333</td></tr> <tr> <td>5555</td><td>4444</td></tr> </table> <p>Manajemen Kesehatan Tidak Efektif berhubungan dengan kurang terpapar informasi</p> <p>DS :</p>	5555	3333	5555	4444
3333	5555								
4444	5555								
5555	3333								
5555	4444								

Partisipan 1	Partisipan 2
<p>1. Partisipan 1 tidak pernah mengkonsumsi obat hipertensi dari tempat pelayanan kesehatan</p> <p>2. Partisipan 1 tidak pernah berobat ke pelayanan kesehatan karena takut apabila ditemukan penyakit lain dan kurangnya dukungan keluarga</p> <p>3. Partisipan 1 mengatakan masih mengkonsumsi makanan tinggi garam dan masih mengkonsumsi gulai/ makanan bersantan dan gorengan..</p> <p>DO :</p> <p>1. Partisipan 1 dan keluarga tampak kurang memahami tentang penyakitnya</p> <p>2. Partisipan 1 tampak kurang mendapat dukungan keluarga ke pelayanan kesehatan</p> <p>3. KU : Baik</p> <p>Tekanan darah : 150/116 mmHg</p> <p>Nadi : 90 x/menit</p> <p>Suhu : 36.6 C</p> <p>Pernafasan: 19x/menit</p>	<p>1. Partisipan 2 tidak pernah mengkonsumsi obat hipertensi dari tempat pelayanan kesehatan.</p> <p>2. Partisipan 2 pernah berobat ke pelayanan kesehatan tetapi sekarang tidak lagi karena tidak ada yang mengantarkannya ke pelayanan kesehatan dan kurangnya dukungan keluarga</p> <p>3. Partisipan 2 juga mengatakan masih mengonsumsi makanan tinggi garam dan masih mengonsumsi gulai/makanan bersantan atau gorengan.</p> <p>DO :</p> <p>1. Partisipan 2 dan keluarga tampak kurang memahami tentang penyakitnya</p> <p>2. Partisipan 2 tampak kurang mendapat dukungan keluarga ke pelayanan kesehatan</p> <p>3. KU : Baik</p> <p>TD : 140/100 mmHg</p> <p>N : 85 x/menit</p> <p>P : 19x/menit</p> <p>S : 36.6 C</p>
<p>Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis</p> <p>DS:</p> <p>1. Partisipan 1 mengatakan nyeri kepala</p> <p>2. Partisipan 1 mengatakan sering mengalami sakit kepala yang hilang timbul, nyeri di rasakan hilang timbul serta kuduk terasa berat.</p> <p>DO:</p> <p>1. Partisipan 1 tampak meringis</p> <p>2. P : Tidak minum obat hipertensi, makanan tinggi garam</p> <p>Q : Kepala terasa berat</p> <p>R : Belakang kepala dan kuduk</p> <p>S : skala nyeri 3</p>	<p>Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis</p> <p>DS:</p> <p>1. Partisipan 2 mengatakan nyeri kepala</p> <p>2. Partisipan 2 mengatakan sering mengalami sakit kepala yang hilang timbul, serta kuduk terasa berat.</p> <p>DO:</p> <p>1. Partisipan 2 tampak meringis</p> <p>2. P : Tidak minum obat hipertensi, makanan tinggi garam</p> <p>Q : Kepala terasa berat</p> <p>R : Kepala dan kuduk</p> <p>S : skala nyeri 3</p> <p>T : Hilang timbul</p>

Partisipan 1	Partisipan 2								
<p>T : Hilang timbul</p> <p>3. Tekanan darah : 150/116 mmHg</p> <p>Nadi : 90 x/menit</p> <p>Suhu : 36.6 C</p> <p>Pernafasan: 19x/menit</p> <p>Risiko Jatuh berhubungan dengan Gangguan Keseimbangan</p> <p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Partisipan 1 mengatakan kaki merasa lemas saat berdiri 2. Partisipan 1 mengatakan tidak seimbang saat berjalan 3. Partisipan 1 mengatakan takut jatuh saat berdiri lama 4. Partisipan 1 merasa kesulitan berjalan saat berjalan selalu memegang dinding <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Partisipan 1 memiliki riwayat stroke ringan 2 tahun lalu 2. Kekuatan otot ekstermitas bawah Partisipan 1 menurun <table> <tr> <td>3333</td> <td>5555</td> </tr> <tr> <td>4444</td> <td>5555</td> </tr> </table> <ol style="list-style-type: none"> 3. Partisipan 1 memiliki riwayat jatuh 4. Score Morse Fall Scall (MFS) Partisipan 1 tergolong risiko tinggi 	3333	5555	4444	5555	<p>3. TD : 140/100mmHg</p> <p>N : 85 x/menit</p> <p>P : 18x/menit</p> <p>S : 36.5 C</p> <p>Risiko Jatuh berhubungan dengan Gangguan Keseimbangan</p> <p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Partisipan 2 mengatakan kaki merasa lemas saat berdiri 2. Partisipan 2 mengatakan tidak seimbang saat berjalan 3. Partisipan 2 mengatakan takut jatuh saat berdiri lama 4. Partisipan 2 merasa kesulitan berjalan saat berjalan selalu memegang dinding <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Partisipan 2 memiliki riwayat stroke ringan 2 tahun lalu 2. Kekuatan otot ekstermitas bawah Partisipan 2 menurun <table> <tr> <td>5555</td> <td>3333</td> </tr> <tr> <td>5555</td> <td>4444</td> </tr> </table> <ol style="list-style-type: none"> 3. Partisipan 2 memiliki riwayat jatuh 4. Score Morse Fall Scall (MFS) Partisipan 2 tergolong risiko tinggi 	5555	3333	5555	4444
3333	5555								
4444	5555								
5555	3333								
5555	4444								

3. Intervensi Keperawatan

Rencana keperawatan yang dilakukan pada kedua Keluarga mengacu pada SLKI dan SIKI

Tabel 4. 3 Intervensi Keperawatan

Partisipan 1	Partisipan 2
<p>Setelah didapatkan beberapa diagnosis keperawatan keluarga tersebut, lalu memprioritaskan masalah dan didapatkan masalah yang utama adalah:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot 2. Manajemen Kesehatan Tidak Efektif berhubungan dengan kurang terpapar informasi 3. Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis <p>Intervensi keperawatan dirumuskan berdasarkan diagnosa yang telah didapatkan, berdasarkan tujuan umum dan tujuan khusus yang dilengkapi dengan kriteria hasil (evaluasi):</p> <p>1. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot</p> <p>Tujuan umum: Setelah dilakukan kunjungan sebanyak 3x45 menit keluarga mampu mengenal masalah stroke dan cara penanganannya.</p> <p>Tujuan khusus 1: Sesuai dengan tugas perawatan keluarga yang pertama yaitu mengenal masalah dengan cara mengkaji pengetahuan tentang stroke (pengertian, tanda gejala, penyebab, komplikasi stroke) SIKI: Edukasi Proses Penyakit</p> <p>Tujuan khusus 2: Mengambil keputusan dengan mendiskusikan tindakan yang harus dilakukan jika terjadi masalah kesehatan dalam</p> <p>Setelah didapatkan beberapa diagnosis keperawatan keluarga tersebut, lalu memprioritaskan masalah dan didapatkan masalah yang utama adalah:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot 2. Manajemen Kesehatan Tidak Efektif berhubungan dengan kurang terpapar informasi 3. Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis <p>Intervensi keperawatan dirumuskan berdasarkan diagnosa yang telah didapatkan, berdasarkan tujuan umum dan tujuan khusus yang dilengkapi dengan kriteria hasil (evaluasi):</p> <p>1. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot</p> <p>Tujuan umum: Setelah dilakukan kunjungan sebanyak 3x45 menit keluarga mampu mengenal masalah stroke dan cara penanganannya.</p> <p>Tujuan khusus 1: Sesuai dengan tugas perawatan keluarga yang pertama yaitu mengenal masalah dengan cara mengkaji pengetahuan tentang stroke (pengertian, tanda gejala, penyebab, komplikasi stroke) SIKI: Edukasi Proses Penyakit</p> <p>Tujuan khusus 2: Mengambil keputusan dengan mendiskusikan tindakan yang harus dilakukan jika terjadi masalah kesehatan dalam</p>	

Partisipan 1	Partisipan 2
<p>keluarga. SIKI: Dukungan Pengambilan Keputusan</p> <p>Tujuan khusus 3: Merawat anggota keluarga dengan cara menjelaskan genggam bola karet untuk meningkatkan kekuatan otot yaitu pada SIKI: Latihan Fisik</p> <p>Tujuan khusus 4: Memotivasi keluarga untuk dapat memodifikasi lingkungan yang nyaman SIKI: Edukasi Keselamatan Rumah</p> <p>Tujuan khusus 5: Manfaatkan pelayanan kesehatan untuk mengatasi masalah stroke SIKI: Dukungan Kepatuhan Pengobatan</p>	<p>keluarga SIKI: Dukungan Pengambilan Keputusan</p> <p>Tujuan khusus 3: Merawat anggota keluarga dengan cara menjelaskan genggam bola karet untuk meningkatkan kekuatan otot SIKI: Latihan Fisik</p> <p>Tujuan khusus 4: Memotivasi keluarga untuk dapat memodifikasi lingkungan yang nyaman SIKI: Edukasi Keselamatan Rumah</p> <p>Tujuan khusus 5: Manfaatkan pelayanan kesehatan untuk mengatasi masalah stroke SIKI: Dukungan Kepatuhan Pengobatan</p>
<p>2. Manajemen Kesehatan Tidak Efektif berhubungan dengan kurang terpapar informasi</p> <p>Tujuan umum: Setelah dilakukan kunjungan sebanyak 3x45 menit keluarga mampu mengenal masalah hipertensi dan cara penanganannya.</p> <p>Tujuan khusus 1: Sesuai dengan tugas perawatan keluarga yang pertama yaitu mengenal masalah dengan cara mengkaji pengetahuan tentang hipertensi SIKI: Edukasi Proses Penyakit</p> <p>Tujuan khusus 2: Mengambil keputusan dengan mendiskusikan tindakan yang harus dilakukan jika terjadi masalah kesehatan dalam keluarga SIKI: Dukungan Pengambilan Keputusan</p> <p>Tujuan khusus 3: Merawat anggota keluarga</p>	<p>2. Manajemen Kesehatan Tidak Efektif berhubungan dengan kurang terpapar informasi</p> <p>Tujuan umum: Setelah dilakukan kunjungan sebanyak 3x45 menit keluarga mampu mengenal masalah hipertensi dan cara penanganannya.</p> <p>Tujuan khusus 1: Sesuai dengan tugas perawatan keluarga yang pertama yaitu mengenal masalah dengan cara mengkaji pengetahuan tentang hipertensi dan cara penanganannya.</p> <p>Tujuan khusus 2: Mengambil keputusan dengan mendiskusikan tindakan yang harus dilakukan jika terjadi masalah kesehatan dalam keluarga SIKI: Dukungan Pengambilan Keputusan</p> <p>Tujuan khusus 3: Merawat anggota keluarga dengan cara menjelaskan</p>

Partisipan 1	Partisipan 2
<p>dengan cara menjelaskan pencegahan hipertensi agar tekanan darah terkendali SIKI: Edukasi Kesehatan</p> <p>Tujuan khusus 4: Memotivasi keluarga untuk dapat memodifikasi lingkungan yang nyaman SIKI: Edukasi Keselamatan Rumah.</p> <p>Tujuan khusus 5: Manfaatkan pelayanan kesehatan untuk mengatasi masalah stroke SIKI: Dukungan Kepatuhan Pengobatan</p> <p>3. Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis</p> <p>Tujuan umum: Setelah dilakukan kunjungan sebanyak 3x45 menit keluarga mampu mengenal masalah nyeri dan cara penanganannya.</p> <p>Tujuan khusus 1: Sesuai dengan tugas perawatan keluarga yang pertama yaitu mengenal masalah dengan cara mengkaji pengetahuan tentang nyeri SIKI: Edukasi Proses Penyakit</p> <p>Tujuan khusus 2: Mengambil keputusan dengan mendiskusikan tindakan yang harus dilakukan jika terjadi masalah kesehatan dalam keluarga SIKI: Dukungan Pengambilan Keputusan</p> <p>Tujuan khusus 3: Merawat anggota keluarga dengan cara menjelaskan edukasi teknik nafas dalam untuk mengurangi nyeri SIKI: Edukasi Teknik Nafas</p>	<p>pencegahan hipertensi agar tekanan darah terkendali SIKI: Edukasi Kesehatan</p> <p>Tujuan khusus 4: Memotivasi keluarga untuk dapat memodifikasi lingkungan yang nyaman SIKI: Edukasi Keselamatan Rumah</p> <p>Tujuan khusus 5: Manfaatkan pelayanan kesehatan untuk mengatasi masalah stroke SIKI: Dukungan Kepatuhan Pengobatan</p> <p>3. Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis</p> <p>Tujuan umum: Setelah dilakukan kunjungan sebanyak 3x45 menit keluarga mampu mengenal masalah nyeri dan cara penanganannya.</p> <p>Tujuan khusus 1: Sesuai dengan tugas perawatan keluarga yang pertama yaitu mengenal masalah dengan cara mengkaji pengetahuan tentang nyeri SIKI: Edukasi Proses Penyakit</p> <p>Tujuan khusus 2: Mengambil keputusan dengan mendiskusikan tindakan yang harus dilakukan jika terjadi masalah kesehatan dalam keluarga SIKI: Dukungan Pengambilan Keputusan</p> <p>Tujuan khusus 3: Merawat anggota keluarga dengan cara menjelaskan edukasi teknik nafas dalam untuk mengurangi nyeri SIKI: Edukasi Teknik Nafas</p>

Partisipan 1	Partisipan 2
<p>Tujuan khusus 4: Memotivasi keluarga untuk dapat memodifikasi lingkungan yang nyaman SIKI: Manajemen Keyamanan Rumah</p> <p>Tujuan khusus 5: Memanfaatkan pelayanan kesehatan untuk mengatasi masalah nyeri SIKI: Dukungan Kepatuhan Pengobatan</p>	<p>Tujuan khusus 4: Memotivasi keluarga untuk dapat memodifikasi lingkungan yang nyaman SIKI: Manajemen Keyamanan Rumah</p> <p>Tujuan khusus 5: Memanfaatkan pelayanan kesehatan untuk mengatasi masalah nyeri SIKI: Dukungan Kepatuhan Pengobatan</p>

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan berdasarkan hasil studi dokumentasi, wawancara serta observasi Keluarga Partisipan 1 dan Partisipan 2 adalah seperti yang tertera pada tabel dibawah :

Tabel 4. 4 Implementasi Keperawatan

Partisipan 1	Partisipan 2
<p>Setelah merumuskan intervensi yang disusun, maka langkah selanjutnya adalah melaksanakan implementasi sesuai dengan intervensi yang telah dibuat.</p> <p>Implementasi dari diagnosis Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot:</p> <p>Implementasi dilakukan pada tanggal 25 April 2025 yaitu mengkaji pengetahuan keluarga dan melakukan pendidikan kesehatan tentang stroke (faktor risiko, tanda gejala, penyebab komplikasi dan cara penanganan stroke) dan memutuskan tindakan yang akan dilakukan serta melakukan dukungan pengambilan keputusan selanjutnya pada tanggal 26 April 2025 yaitu dengan mengkaji pengetahuan keluarga tentang merawat anggota keluarga yang sakit dan menjelaskan terapi genggam bola karet untuk meningkatkan kekuatan otot. Dilanjutkan dengan memodifikasi lingkungan dengan edukasi keselamatan rumah dan memanfaatkan fasilitas kesehatan yaitu memberikan edukasi</p>	<p>Setelah merumuskan intervensi yang disusun, maka langkah selanjutnya adalah melaksanakan implementasi sesuai dengan intervensi yang telah dibuat.</p> <p>Implementasi dari diagnosis Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot:</p> <p>Implementasi dilakukan pada tanggal 25 April 2025 yaitu mengkaji pengetahuan keluarga dan melakukan pendidikan kesehatan tentang stroke (faktor risiko, tanda gejala, penyebab komplikasi dan cara penanganan stroke) dan memutuskan tindakan yang akan dilakukan serta melakukan dukungan pada tanggal 26 April 2025 yaitu dengan mengkaji pengetahuan keluarga tentang merawat anggota keluarga yang sakit dan menjelaskan terapi genggam bola karet untuk meningkatkan kekuatan otot. Dilanjutkan dengan memodifikasi lingkungan dengan edukasi keselamatan rumah dan memanfaatkan fasilitas kesehatan yaitu memberikan edukasi manfaat tentang fasilitas kesehatan dan</p>

Partisipan 1	Partisipan 2
<p>manfaat tentang fasilitas kesehatan dan menganjurkan keluarga untuk selalu mendukung kepatuhan pengobatan pada tanggal 4 Mei 2025.</p>	<p>menganjurkan keluarga untuk selalu mendukung kepatuhan pengobatan pada tanggal 4 Mei 2025.</p>
<p>Implementasi dari diagnosis Manajemen Kesehatan Tidak Efektif berhubungan dengan kurang terpapar informasi:</p>	<p>Implementasi dari diagnosis Manajemen Kesehatan Tidak Efektif berhubungan dengan kurang terpapar informasi:</p>
<p>Implementasi dilakukan pada tanggal 27 April 2025 yaitu mengkaji pengetahuan keluarga dan melakukan pendidikan kesehatan tentang hipertensi dan memutuskan tindakan yang akan dilakukan serta melakukan dukungan pengambilan keputusan selanjutnya pada tanggal 28 April 2025 yaitu dengan mengkaji pengetahuan keluarga tentang merawat anggota keluarga yang sakit dan menjelaskan dengan edukasi kesehatan yaitu pencegahan penyakit hipertensi agar kesehatan pembuluh darah tekendali. Dilanjutkan dengan memodifikasi lingkungan dengan edukasi keselamatan rumah dan memanfaatkan fasilitas kesehatan dan menganjurkan keluarga untuk selalu mendukung kepatuhan pengobatan pada tanggal 4 Mei 2025.</p>	<p>Implementasi dilakukan pada tanggal 27 April 2025 yaitu mengkaji pengetahuan keluarga dan melakukan pendidikan kesehatan tentang hipertensi dan memutuskan tindakan yang akan dilakukan serta melakukan dukungan pengambilan keputusan selanjutnya pada tanggal 28 April 2025 yaitu dengan mengkaji pengetahuan keluarga tentang merawat anggota keluarga yang sakit dan menjelaskan dengan edukasi kesehatan yaitu pencegahan penyakit hipertensi agar kesehatan pembuluh darah tekendali. Dilanjutkan dengan memodifikasi lingkungan edukasi keselamatan rumah adan memanfaatkan fasilitas kesehatan dan menganjurkan keluarga untuk selalu mendukung kepatuhan pengobatan pada tanggal 4 Mei 2025.</p>
<p>Implementasi dari diagnosis Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis:</p>	<p>Implementasi dari diagnosis Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis:</p>
<p>Implementasi dilakukan pada tanggal 29 April 2025 yaitu mengkaji pengetahuan keluarga dan melakukan pendidikan kesehatan tentang nyeri dan memutuskan tindakan yang akan dilakukan serta melakukan dukungan pengambilan keputusan selanjutnya pada tanggal 30 April 2025 yaitu dengan mengkaji pengetahuan keluarga tentang merawat anggota keluarga yang sakit dan menjelaskan edukasi teknik nafas untuk mengurangi nyeri. Dilanjutkan dengan memodifikasi lingkungan dengan manajemen kenyamanan lingkungan dan memanfaatkan fasilitas kesehatan dan menganjurkan keluarga untuk selalu</p>	<p>Implementasi dilakukan pada tanggal 29 April 2025 yaitu mengkaji pengetahuan keluarga dan melakukan pendidikan kesehatan tentang nyeri dan memutuskan tindakan yang akan dilakukan serta melakukan dukungan pengambilan keputusan selanjutnya pada tanggal 30 April 2025 yaitu dengan mengkaji pengetahuan keluarga tentang merawat anggota keluarga yang sakit dan menjelaskan edukasi teknik nafas untuk mengurangi nyeri. Dilanjutkan dengan memodifikasi lingkungan dengan manajemen kenyamanan lingkungan dan memanfaatkan fasilitas kesehatan dan menganjurkan keluarga untuk selalu mendukung kepatuhan pengobatan pada</p>

Partisipan 1	Partisipan 2
mendukung kepatuhan pengobatan pada tanggal 4 Mei 2025.	tanggal 4 Mei 2025.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi Keperawatan Keluarga Partisipan 1 dan Partisipan 2 adalah seperti yang tertera pada tabel dibawah ini :

Tabel 4. 5 Evaluasi Keperawatan

Partisipan 1	Partisipan 2
<p>Evaluasi diagnosa Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot didapatkan</p> <p>Evaluasi:</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. TUK 1: Partisipan 1 mengatakan sudah tahu tentang pengertian stroke, tanda gejala, penyebab serta komplikasi b. TUK 2: Partisipan 1 mengatakan mampu memutuskan tindakan yang akan dilakukan dan anggota keluarga verbalisasi keinginan untuk mendukung anggota keluarga yang sakit meningkat serta keluarga menanyakan kondisi pasien meningkat. c. TUK 3: Partisipan 1 mengatakan mampu melakukan latihan fisik dengan cara terapi genggam bola karet yang dilakukan secara rutin 4 hari berturut-turut dilakukan 2 kali sehari pagi dan sore selama 7 menit karena terkadang diingatkan oleh anaknya untuk melakukan terapi. d. TUK 4: Partisipan 1 mengatakan mampu menciptakan lingkungan yang nyaman e. TUK 5: Partisipan 1 mengatakan mampu memanfaatkan pelayanan fasilitas kesehatan dan berperilaku mengikuti program pengobatan membaik 	<p>Evaluasi diagnosa Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot didapatkan</p> <p>Evaluasi:</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. TUK 1: Partisipan 2 mengatakan sudah tahu tentang pengertian stroke, tanda gejala, penyebab serta komplikasi b. TUK 2: Partisipan 2 mengatakan mampu memutuskan tindakan yang akan dilakukan dan anggota keluarga verbalisasi keinginan untuk mendukung anggota keluarga yang sakit meningkat serta keluarga menanyakan kondisi pasien meningkat. c. TUK 3: Partisipan 2 mengatakan mampu melakukan latihan fisik dengan cara terapi genggam bola karet, Partisipan 2 jarang melakukan terapi hanya 1 kali sore hari selama 3 menit karena mengalami pegal pada tangan dan jarang diingatkan anaknya untuk melakukan terapi. d. TUK 4: Partisipan 2 mengatakan mampu menciptakan lingkungan yang nyaman e. TUK 5: Partisipan 2 mengatakan mampu memanfaatkan pelayanan fasilitas kesehatan dan berperilaku mengikuti program pengobatan membaik

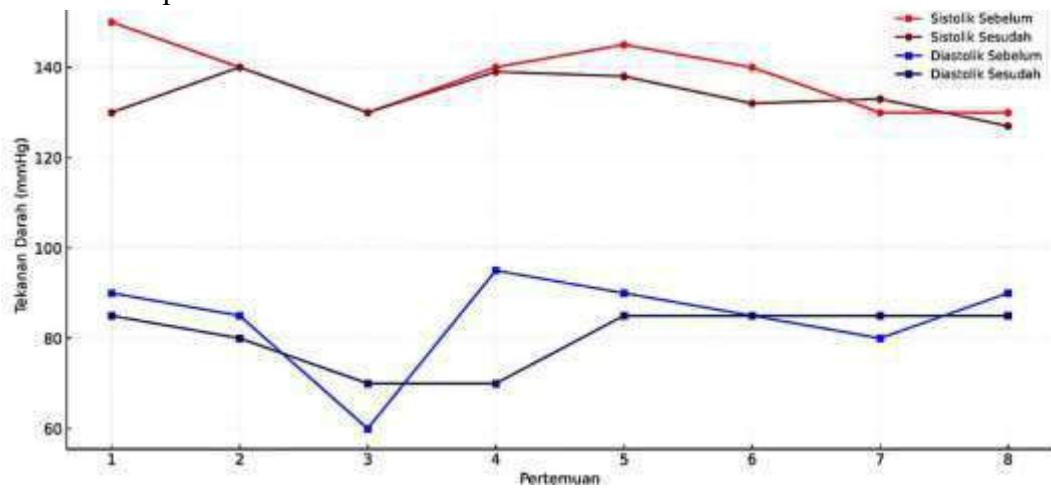
Partisipan 1	Partisipan 2
<p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. TUK 1: Partisipan 1 mampu menyebutkan tentang pengertian, tanda gejala, penyebab dan komplikasi stroke b. TUK 2: Partisipan 1 mampu memutuskan tindakan yang akan dilakukan c. TUK 3: Partisipan 1 mampu melakukan latihan fisik dengan cara terapi genggam bola karet d. TUK 4: Partisipan 1 mengatakan mampu menciptakan lingkungan yang nyaman e. TUK 5: Partisipan 1 mampu memanfaatkan pelayanan fasilitas kesehatan dan berperilaku mengikuti program pengobatan membaik <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. TUK 1 dan Tuk 2 teratasi tanggal 25 April 2025 b. TUK 3 teratasi tanggal 26 April 2025 c. TUK 4 dan TUK 5 teratasi tanggal 4 Mei 2025 <p>P: Implementasi dihentikan</p> <p>Evaluasi dilakukan setiap kali implementasi dilakukan, evaluasi diagnosa Manajemen Kesehatan Tidak Efektif berhubungan dengan kurang terpapar informasi didapatkan evaluasi:</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. TUK 1: Partisipan 1 mengatakan sudah tahu tentang pengertian, tanda dan gejala hipertensi b. TUK 2: Partisipan 1 mengatakan mampu memutuskan tindakan yang akan dilakukan dan anggota keluarga verbalisasi keinginan untuk mendukung anggota keluarga yang sakit meningkat serta keluarga menanyakan kondisi pasien meningkat. 	<p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. TUK 1: Partisipan 2 mampu menyebutkan tentang pengertian, tanda gejala, penyebab dan komplikasi stroke b. TUK 2: Partisipan 2 mampu memutuskan tindakan yang akan dilakukan c. TUK 3: Partisipan 2 mampu melakukan latihan fisik dengan cara terapi genggam bola karet d. TUK 4: Partisipan 2 mengatakan mampu menciptakan lingkungan yang nyaman e. TUK 5: Partisipan 2 mampu memanfaatkan pelayanan fasilitas kesehatan dan berperilaku mengikuti program pengobatan membaik <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. TUK 1 dan TUK 2 teratasi tanggal 25 April 2025 b. TUK 3 teratasi tanggal 26 April 2025 c. TUK 4 dan TUK 5 teratasi tanggal 4 Mei 2025 <p>P: Implementasi dihentikan</p> <p>Evaluasi dilakukan setiap kali implementasi dilakukan, evaluasi diagnosa Manajemen Kesehatan Tidak Efektif berhubungan dengan kurang terpapar informasi didapatkan evaluasi:</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. TUK 1: Partisipan 2 mengatakan sudah tahu tentang pengertian, tanda dan gejala hipertensi b. TUK 2: Partisipan 2 mengatakan mampu memutuskan tindakan yang akan dilakukan dan anggota keluarga verbalisasi keinginan untuk mendukung anggota keluarga yang sakit meningkat serta keluarga menanyakan kondisi pasien meningkat.

Partisipan 1	Partisipan 2
<p>c. TUK 3: Partisipan 1 mengatakan mampu melakukan perawatan dengan cara edukasi kesehatan pencegahan hipertensi</p> <p>d. TUK 4: Partisipan 1 mengatakan mampu menciptakan lingkungan yang nyaman</p> <p>e. TUK 5: Partisipan 1 mengatakan mampu memanfaatkan pelayanan fasilitas kesehatan dan berperilaku mengikuti program pengobatan membaik</p> <p>O:</p> <p>a. TUK 1: Partisipan 1 mampu menyebutkan tentang pengertian, tanda dan gejala hipertensi</p> <p>b. TUK 2: Partisipan 1 mampu memutuskan tindakan yang akan dilakukan</p> <p>c. TUK 3: Partisipan 1 mampu melakukan perawatan dengan cara edukasi kesehatan pencegahan hipertensi</p> <p>d. TUK 4: Partisipan 1 mampu menciptakan lingkungan yang nyaman dan memodifikasi dengan menerapkan pemeliharaan rumah meningkat</p> <p>e. TUK 5: Partisipan 1 mampu memanfaatkan pelayanan fasilitas kesehatan dan berperilaku mengikuti program pengobatan membaik</p> <p>A:</p> <p>a. TUK 1 dan TUK 2 teratasi tanggal 27 April 2025</p> <p>b. TUK 3 teratasi tanggal 28 April 2025</p> <p>c. TUK 4 dan TUK 5 teratasi tanggal 4 Mei 2025</p> <p>P: Implementasi dihentikan</p> <p>Evaluasi diagnosa Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis didapatkan evaluasi: S:</p>	<p>c. TUK 3: Partisipan 2 mengatakan mampu melakukan perawatan dengan cara edukasi kesehatan pencegahan hipertensi</p> <p>d. TUK 4: Partisipan 2 mengatakan mampu menciptakan lingkungan yang nyaman</p> <p>e. TUK 5: Partisipan 2 mengatakan mampu memanfaatkan pelayanan fasilitas kesehatan dan berperilaku mengikuti program pengobatan membaik</p> <p>O:</p> <p>a. TUK 1: Partisipan 2 mampu menyebutkan tentang pengertian, tanda dan gejala hipertensi</p> <p>b. TUK 2: Partisipan 2 mampu memutuskan tindakan yang akan dilakukan</p> <p>c. TUK 3: Partisipan 2 mampu melakukan perawatan dengan cara edukasi kesehatan pencegahan hipertensi</p> <p>d. TUK 4: Partisipan 2 mampu menciptakan lingkungan yang nyaman dan memodifikasi dengan menerapkan pemeliharaan rumah meningkat</p> <p>e. TUK 5: Partisipan 2 mampu memanfaatkan pelayanan fasilitas kesehatan dan berperilaku mengikuti program pengobatan membaik</p> <p>A:</p> <p>a. TUK 1 dan TUK 2 teratasi tanggal 27 April 202</p> <p>b. TUK 3 teratasi tanggal 28 April 2025</p> <p>c. TUK 4 dan TUK 5 teratasi tanggal 4 Mei 2025</p> <p>P: Implementasi dihentikan</p> <p>Evaluasi diagnosa Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis didapatkan evaluasi: S:</p>

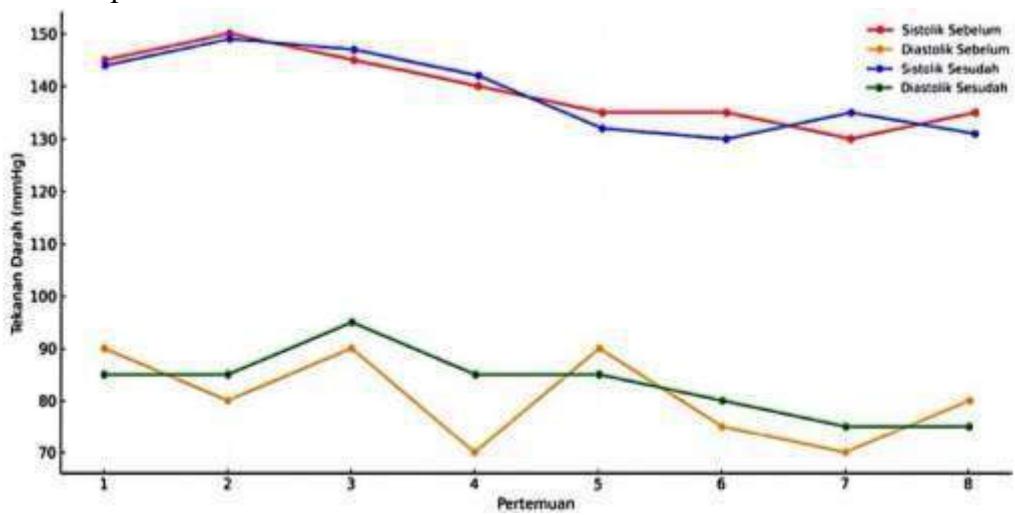
Partisipan 1	Partisipan 2
<p>a. TUK 1: Partisipan 1 mengatakan sudah tahu tentang penyebab dan faktor risiko, tanda dan gejala, komplikasi nyeri</p> <p>b. TUK 2: Partisipan 1 mengatakan mampu memutuskan tindakan yang akan dilakukan</p> <p>c. TUK 3: Partisipan 1 mengatakan mampu melakukan perawatan dengan cara edukasi teknik nafas</p> <p>d. TUK 4: Partisipan 1 mengatakan mampu menciptakan lingkungan yang nyaman</p> <p>e. TUK 5: Partisipan 1 mengatakan mampu memanfaatkan pelayanan fasilitas kesehatan dan berperilaku mengikuti program pengobatan membaik</p> <p>O:</p> <p>a. TUK 1: Partisipan 1 mampu menyebutkan tentang penyebab dan faktor risiko, tanda dan gejala, komplikasi nyeri</p> <p>b. TUK 2: Partisipan 1 mampu memutuskan tindakan yang akan dilakukan</p> <p>c. TUK 3: Partisipan 1 mampu melakukan perawatan dengan cara edukasi teknik nafas</p> <p>d. TUK 4: Partisipan 1 mampu menciptakan lingkungan yang nyaman</p> <p>e. TUK 5: Partisipan 1 mampu memanfaatkan pelayanan fasilitas kesehatan dan berperilaku mengikuti program pengobatan membaik</p> <p>A:</p> <p>a. TUK 1 dan TUK 2 teratasi tanggal 29 April 2025</p> <p>b. TUK 3 teratasi tanggal 30 April 2025</p> <p>c. TUK 4 dan TUK 5 teratasi tanggal 4 Mei 2025</p> <p>P: Implementasi dihentikan</p>	<p>a. TUK 1: Partisipan 2 mengatakan sudah tahu tentang penyebab dan faktor risiko, tanda dan gejala, komplikasi nyeri</p> <p>b. TUK 2: Partisipan 2 mengatakan mampu memutuskan tindakan yang akan dilakukan</p> <p>c. TUK 3: Partisipan 2 mengatakan mampu melakukan perawatan dengan cara edukasi teknik nafas</p> <p>d. TUK 4: Partisipan 2 mengatakan mampu menciptakan lingkungan yang nyaman</p> <p>e. TUK 5: Partisipan 2 mengatakan mampu memanfaatkan pelayanan fasilitas kesehatan dan berperilaku mengikuti program pengobatan membaik</p> <p>O:</p> <p>a. TUK 1: Partisipan 2 mampu menyebutkan tentang penyebab dan faktor risiko, tanda dan gejala, komplikasi nyeri</p> <p>b. TUK 2: Partisipan 2 mampu memutuskan tindakan yang akan dilakukan</p> <p>c. TUK 3: Partisipan 2 mampu melakukan perawatan dengan edukasi teknik nafas</p> <p>d. TUK 4: Partisipan 2 mampu menciptakan lingkungan yang nyaman</p> <p>e. TUK 5: Partisipan 2 mampu memanfaatkan pelayanan fasilitas kesehatan dan berperilaku mengikuti program pengobatan membaik</p> <p>A:</p> <p>a. TUK 1 dan TUK 2 teratasi tanggal 29 April 2025</p> <p>b. TUK 3 teratasi tanggal 30 April 2025</p> <p>c. TUK 4 dan TUK 5 teratasi tanggal 4 Mei 2025</p> <p>P: Implementasi dihentikan</p>

6. Penerapan EBN

Grafik 4.1. Tekanan Darah Sebelum dan Sesudah Latihan Genggam Bola Karet Partisipan 1



Grafik 4.2. Tekanan Darah Sebelum dan Sesudah Latihan Genggam Bola Karet Partisipan 2



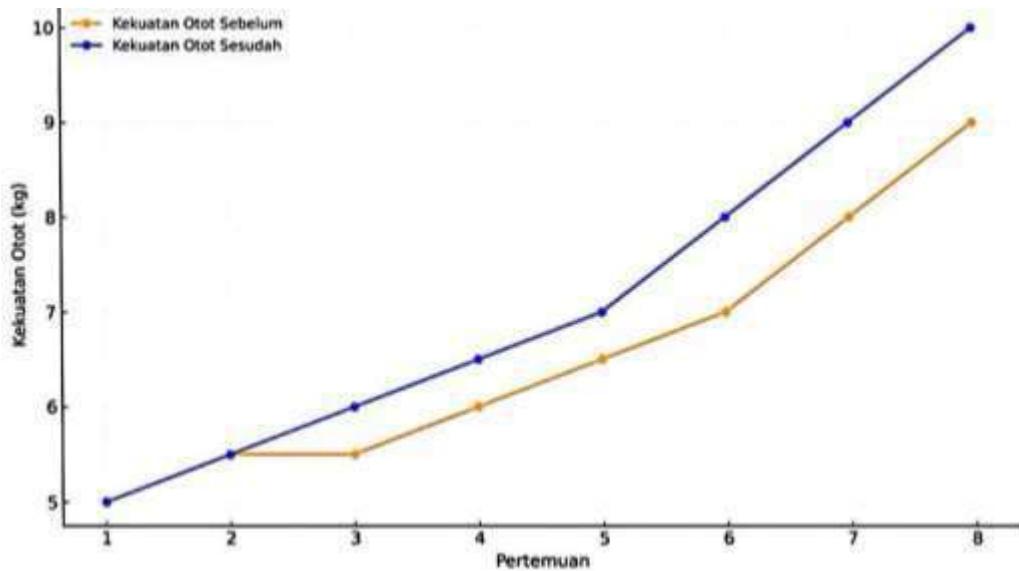
Berdasarkan grafik Partisipan 1 memiliki tekanan darah awal sebesar 145/90 mmHg sebelum menjalani terapi genggam bola karet. Setelah dilakukan terapi, tekanan darahnya menurun menjadi 144/85 mmHg. Penurunan ini mencakup 1 mmHg pada tekanan sistolik dan 5 mmHg pada tekanan diastolik. Meskipun penurunan tekanan sistolik relatif kecil, penurunan pada tekanan diastolik cukup signifikan. Hal ini dapat mengindikasikan bahwa terapi genggam bola karet memberikan efek relaksasi terhadap pembuluh darah perifer, sehingga menurunkan resistensi vaskular yang berkontribusi

pada penurunan tekanan diastolik. Efek terapi ini dapat dianggap positif karena tekanan darah menjadi lebih stabil dan cenderung mendekati rentang normal.

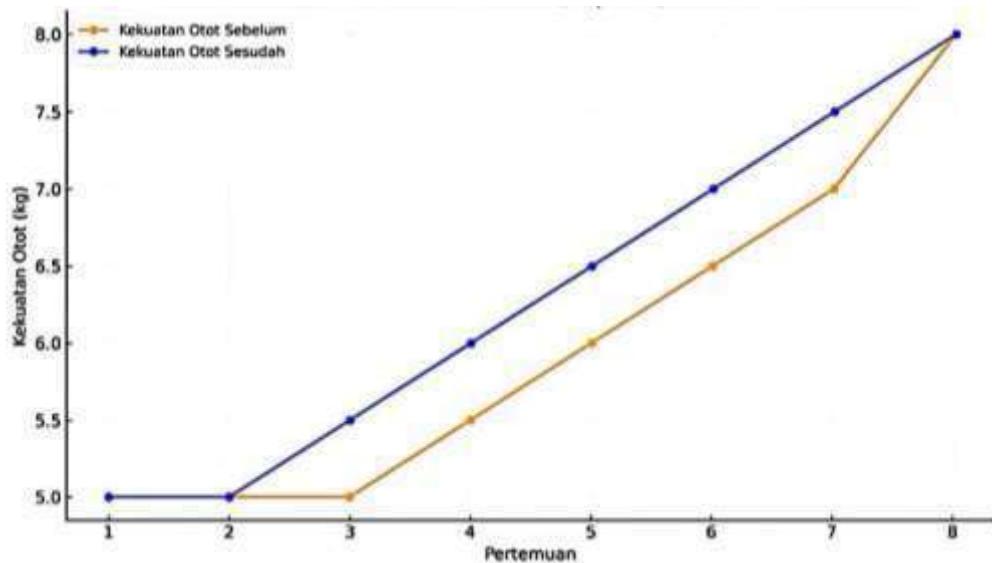
Sementara itu, Partisipan 2 menunjukkan hasil yang berbeda. Sebelum terapi, tekanan darahnya tercatat sebesar 150/80 mmHg, dan setelah terapi berubah menjadi 149/85 mmHg. Terjadi penurunan tekanan sistolik sebesar 1 mmHg, yang serupa dengan Partisipan 1. Namun, tekanan diastolik justru mengalami kenaikan sebesar 5 mmHg. Kenaikan diastolik ini bisa disebabkan oleh beberapa faktor, seperti respons tubuh terhadap terapi, kondisi psikologis saat pengukuran, aktivitas fisik sebelumnya, atau bahkan waktu pengukuran yang tidak konsisten. Meski demikian, tekanan darah Partisipan 2 tetap berada dalam kisaran prehipertensi, dan perubahan ini tidak menunjukkan gejala hipertensi berat.

Secara keseluruhan, meskipun kedua pasien mengalami penurunan tekanan sistolik yang sama yaitu 1 mmHg, respons tekanan diastolik mereka menunjukkan arah yang berlawanan. Partisipan 1 mengalami penurunan diastolik, sementara Partisipan 2 mengalami peningkatan. Hal ini menandakan bahwa respon terhadap terapi genggam bola karet bersifat individual, dipengaruhi oleh berbagai faktor seperti kondisi kardiovaskular, tingkat stres, kebiasaan hidup, dan durasi terapi. Oleh karena itu, evaluasi terhadap efektivitas terapi ini sebaiknya tidak hanya dilakukan berdasarkan satu parameter saja, melainkan secara menyeluruh dan berkelanjutan agar dapat diketahui manfaat optimalnya dalam rehabilitasi pasien stroke.

Grafik 4.4. Kekuatan Otot Sebelum dan Sesudah Latihan Genggam Bola Karet Partisipan 1



Grafik 4.4. Kekuatan Otot Sebelum dan Sesudah Latihan Genggam Bola Karet Partisipan 2



Setelah dilakukan terapi genggam bola karet selama 8 kali pertemuan, terjadi peningkatan kekuatan otot baik pada Partisipan 1 maupun Partisipan 2, yang diukur menggunakan handgrip dynamometer. Pada Partisipan 1, kekuatan otot setelah terapi menunjukkan peningkatan yang konsisten dari pertemuan pertama hingga pertemuan kedelapan. Pada pertemuan pertama, kekuatan ototnya adalah 5 kg, lalu meningkat menjadi 5,5 kg pada pertemuan kedua, 6 kg pada pertemuan ketiga, dan terus meningkat hingga mencapai 10 kg pada

pertemuan kedelapan. Secara keseluruhan, Partisipan 1 mengalami peningkatan sebesar 5 kg dari awal hingga akhir terapi. Ini menunjukkan adanya respons positif dan progresif terhadap terapi yang diberikan.

Sementara itu, Partisipan 2 juga menunjukkan peningkatan kekuatan otot, namun dengan pola yang lebih lambat dibandingkan Partisipan 1. Pada pertemuan pertama dan kedua, kekuatan otot Partisipan 2 tetap di angka 5 kg, kemudian mulai meningkat menjadi 5,5 kg pada pertemuan ketiga, 6 kg pada pertemuan keempat, dan akhirnya mencapai 8 kg pada pertemuan kedelapan. Total peningkatan kekuatan otot pada Partisipan 2 selama 8 kali pertemuan adalah 3 kg.

Jika dibandingkan secara keseluruhan, Partisipan 1 menunjukkan peningkatan kekuatan otot yang lebih tinggi dan stabil dari waktu ke waktu dibandingkan Partisipan 2. Grafik kekuatan otot Partisipan 1 menunjukkan peningkatan yang tajam, sementara grafik Partisipan 2 cenderung lebih landai dan peningkatannya lebih bertahap. Hal ini dapat disebabkan oleh beberapa faktor, seperti perbedaan kondisi fisik awal, tingkat keparahan kelemahan otot pasca stroke, semangat mengikuti terapi, hingga adaptasi otot terhadap latihan. Kesimpulannya, meskipun kedua partisipan menunjukkan hasil positif, Partisipan 1 mengalami peningkatan kekuatan otot yang lebih signifikan dan merespons lebih baik terhadap terapi genggam bola karet dibandingkan Partisipan 2.

Tabel 4.1. Perbandingan sebelum dan Sesudah Latihan Genggam Bola Karet Partisipan 1 dan Partisipan 2

Partisipan 1	Partisipan 2
Partisipan 1 menjalani terapi genggam bola karet dengan komitmen yang tinggi. Ia melakukan latihan dua kali sehari pada pagi dan sore selama sekitar 7 menit, dengan pendampingan dari keluarganya. Kekuatan otot yang diukur dengan handgrip dynamometer menunjukkan peningkatan signifikan dari 5 kg (MMT skala 3) menjadi 10 kg	Partisipan 2 menjalani terapi dengan frekuensi yang lebih rendah dari partisipan 1, yaitu hanya satu kali sehari pada sore hari selama sekitar 3 menit. Ia mengaku sering merasa pegal dan kurang termotivasi untuk melanjutkan terapi. Keluarganya jarang mengingatkan atau

<p>pada hari kedelapan. Peningkatan mulai terlihat jelas pada hari kelima, terutama karena konsistensi latihan dan dukungan keluarga, khususnya dari anaknya yang rutin mengingatkan untuk melakukan terapi. Lingkungan yang mendukung dan semangat pasien berkontribusi besar terhadap hasil yang optimal.</p>	<p>memberikan dukungan, yang menyebabkan terapi tidak dilakukan secara konsisten. Kekuatan otot meningkat dari 5 kg (MMT skala 3) menjadi 8 kg, namun peningkatan ini tergolong lambat dan tidak optimal. Hasil ini menunjukkan bahwa kurangnya keterlibatan keluarga dan rendahnya motivasi dapat mempengaruhi efektivitas terapi secara signifikan.</p>
---	---

B. Pembahasan

Setelah dilakukan penerapan asuhan keperawatan keluarga dengan stroke di wilayah kerja Puskesmas Anak Air Padang yang telah dilakukan sejak tanggal 21 April 2025 – 10 Mei 2025 selama 12 kali kunjungan, maka pada pembahasan ini akan menjabarkan adanya kesesuaian maupun kesenjangan yang terdapat pada pasien antara teori dengan kasus. Tahapan pembahasan pada asuhan keperawatan dimulai dari pengkajian keperawatan, menegakkan diagnosa keperawatan, merencanakan intervensi keperawatan, melakukan implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan serta penerapan EBN. Pada bab ini juga membahas tentang perbandingan Partisipan 1 dan Partisipan 2 antara kasus nyata dengan teori dengan uraian sebagai berikut:

1. Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dari proses perawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien. Tahap pengkajian merupakan dasar utama dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan kenyataan. Kebenaran data sangat penting dalam merumuskan suatu diagnosis keperawatan dan memberikan pelayanan keperawatan sesuai dengan respon individu. Sesuai dengan teori yang di jabarkan, penulis melakukan pengkajian keluarga sesuai dengan teori Friedman, pengkajian pada penderita stroke menggunakan metode wawancara, observasi/

pengamatan, pemeriksaan fisik dari anggota keluarga (head to toe), studi dokumentasi untuk menambah data yang diperlukan.

a. Identitas Klien

Keluarga pertama adalah seorang dewasa berjenis kelamin laki-laki, yaitu Partisipan 1 berumur 50 tahun dengan pendidikan terakhir yaitu SLTP. Keluarga kedua juga seorang dewasa berjenis kelamin laki-laki, yaitu Partisipan 2 berumur 58 tahun dengan pendidikan SD. Identitas klien diperoleh langsung dari klien itu sendiri melalui wawancara. Selama berinteraksi klien tampak kooperatif memberikan respon yang positif kepada peneliti.

b. Riwayat Kesehatan

Berdasarkan data diatas salah satu faktor risiko stroke pada Partisipan 1 dan Partisipan 2 disebabkan karena adanya riwayat hipertensi yang cenderung memiliki risiko tinggi terhadap kejadian stroke. Hal ini didukung dengan tekanan darah yang tinggi secara terus-menerus dapat merusak dinding pembuluh darah, menyebabkan pengerasan (aterosklerosis), dan meningkatkan beban kerja jantung. Jika kondisi ini tidak terkontrol, maka dapat menyebabkan pecahnya pembuluh darah di otak atau penyumbatan aliran darah ke otak, yang berujung pada stroke. Semakin lama seseorang mengalami hipertensi, maka risiko terjadinya stroke pun semakin meningkat (Permenkes, 2019). Selanjutnya faktor yang memengaruhi kejadian stroke pada Partisipan 1 dan Partisipan 2, diantaranya yaitu usia, Usia di atas 50 tahun cenderung memiliki risiko lebih tinggi terkena stroke. Hal ini didukung oleh fakta bahwa seiring bertambahnya usia, pembuluh darah mengalami penurunan elastisitas dan peningkatan aterosklerosis yang dapat memicu terjadinya stroke (Kemenkes, 2018).

Stroke disebut sebagai gangguan fungsi syaraf akut yang disebabkan karena gangguan peredaran darah otak secara mendadak. Berbagai faktor yang mempengaruhi merupakan penyebab terjadinya stroke yang mengakibatkan mengalami stroke serangan kedua (stroke ulang) jika

pasien tidak mengelolanya dengan baik terutama kontrol tekanan darah, seperti kondisi hipertensi yang tidak diobati dengan benar atau tidak terkendali meningkatkan potensi kejadian stroke ulang (Masriana, 2021).

Menurut analisis peneliti, terdapat kesesuaian antara teori dengan kondisi yang ditemukan pada Partisipan 1 dan Partisipan 2, yaitu adanya hubungan antara hipertensi dengan kejadian stroke. Hal ini disebabkan oleh tekanan darah tinggi yang berlangsung kronis dapat menyebabkan kerusakan endotel pembuluh darah, meningkatkan risiko terbentuknya plak aterosklerotik, serta menyebabkan penyempitan atau pecahnya pembuluh darah di otak. Kondisi tersebut akan mengganggu aliran darah ke jaringan otak dan berujung pada stroke, baik iskemik maupun hemoragik. Maka dari itu, hipertensi dikenal sebagai faktor risiko utama yang sangat berpengaruh terhadap terjadinya stroke (Kemenkes, 2018).

Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 21-23 April 2025, Partisipan 1 mengatakan ekstremitas sebelah kiri lemah, nyeri pada ekstermitas kiri saat bergerak, tampak lemah, tampak hanya bisa melakukan gerakan terbatas, nyeri kepala dan dilakukan pemeriksaan kekuatan otot di hari pertama dengan handgrip dynamometer yaitu 5 kg dan dengan manual muscle test (MMT) dikategorikan ke skala 3. Sedangkan pengkajian yang dilakukan pada Partisipan 2 juga mengatakan, ekstremitas sebelah kanan lemah, nyeri pada ekstermitas kanan saat bergerak, tampak lemah, tampak hanya bisa melakukan gerakan terbatas, nyeri kepala dan dilakukan pemeriksaan kekuatan otot di hari pertama dengan handgrip dynamometer yaitu 5 kg dan dengan manual muscle test (MMT) dikategorikan ke skala 3.

Keluhan yang disampaikan oleh Partisipan 1 dan Partisipan 2 tersebut sesuai dengan tanda dan gejala stroke menurut Kemenkes (2018), yaitu adanya kelemahan pada salah satu sisi tubuh (hemiparesis), nyeri kepala mendadak, serta keterbatasan gerak. Stroke ditandai dengan gangguan fungsi motorik seperti kelemahan ekstremitas, bicara tidak jelas,

gangguan keseimbangan, dan nyeri kepala akut. Salah satu tanda khas stroke adalah kelemahan otot secara tiba-tiba pada satu sisi tubuh akibat gangguan aliran darah ke otak yang menyebabkan kerusakan jaringan saraf. Dari hasil analisis peneliti, ditemukan kesesuaian antara teori dengan tanda dan gejala stroke yang dialami oleh Partisipan 1 dan Partisipan 2, di mana keduanya menunjukkan keluhan utama berupa kelemahan ekstremitas satu sisi (kiri pada Partisipan 1 dan kanan pada Partisipan 2), nyeri saat bergerak, tampak lemah, serta hanya mampu melakukan gerakan terbatas. Keduanya juga mengeluh nyeri kepala. Hasil pemeriksaan kekuatan otot di hari pertama dengan handgrip yaitu 5 kg dan kekuatan otot dengan skala di dapat hasil 3, yang menandakan kelemahan otot sedang dan merupakan salah satu indikasi klinis dari stroke non-hemoragik yang mengenai fungsi motorik unilateral (Kemenkes, 2018).

Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 21-23 April 2025, Partisipan 1 dan Partisipan 2 mengatakan tidak pernah minum obat hipertensi dan tidak pernah cek kesehatan ke puskesmas sehingga tekanan darah tidak terkontrol serta tidak ada anggota keluarga yang mengingatkan dan kurangnya dukungan keluarga. Pasien yang patuh dalam mengonsumsi obat antihipertensi dan rutin memeriksakan kesehatannya memiliki tekanan darah yang lebih terkontrol dibandingkan dengan pasien yang tidak patuh (Siregar & Yuliana, 2019). Ketidakpatuhan terhadap pengobatan hipertensi dapat menyebabkan tekanan darah tetap tinggi dan tidak terkontrol, yang pada akhirnya meningkatkan risiko komplikasi serius seperti stroke, gagal jantung, dan penyakit ginjal kronik. Kontrol tekanan darah yang optimal sangat dipengaruhi oleh kepatuhan pasien dalam menjalankan terapi serta dukungan dari keluarga dalam mengingatkan minum obat dan kontrol rutin (Wulandari, 2021).

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan keluarga mengacu pada P – E – S dimana untuk problem (P) dapat digunakan tipologi dari (Tim Pokja SDKI PPNI, 2018) dan

etiology (E) berkenaan dengan tugas keluarga dalam hal kesehatan atau keperawatan. Pada perumusan diagnosis yang didapatkan dari analisa data berdasarkan data subjektif dan objektif. (Anggreni, 2022).

Berdasarkan pengkajian yang telah dilakukan peneliti terhadap keluarga ditemukan masalah keperawatan yang muncul adalah : Pada keluarga Partisipan 1 dan Partisipan 2 yaitu :

- a. Gangguan Mobilitas Fisik b.d Penurunan Kekuatan Otot
- b. Manajemen Kesehatan Tidak Efektif b.d Kurang Terpapar Informasi
- c. Nyeri Akut b.d Agen Pencidera Fisiologis

Peneliti mengangkat diagnosis yang sesuai dengan keluhan dan data-data yang terdapat pada keluarga Partisipan 1 dan Partisipan 2. Diagnosis Keperawatan yang didapatkan Pertama adalah **Gangguan mobilitas fisik b.d Penurunan kekuatan otot** yang didapat dari data subjektif hasil pengkajian pada Partisipan 1 dan Partisipan 2 mengatakan bahwa kedua klien mengalami penurunan kekuatan otot sebelah pada ekstemitas atas dan bawah. Partisipan 1 sudah mengalami stroke ± 2 tahun sebelah kiri dan Partisipan 2 mengalami stroke ± 2 tahun sebelah kanan. Sedangkan data objektif yang didapatkan yaitu pada Partisipan 1 dan Partisipan 2 tampak lemah, tampak hanya bisa melakukan gerakan terbatas, tampak berdiri dan duduk kadang dibantu oleh anaknya, kekuatan otot Partisipan 1 dan Partisipan 2 diukur dengan handgrip sebelum terapi yaitu 5 kg dan dengan manual muscle test (MMT) dikategorikan ke skala 3, dan mengalami penurunan rentang gerak (ROM) karena kurang mampu untuk menekuk jari (fleksi), meluruskan genggaman (ekstensi), meregangkan jari (abduksi), dan merapatkan jari (adduksi). Sendi tidak begitu kaku.

Menurut Smeltzer (2020), kehilangan kemampuan untuk menggerakkan satu sisi tubuh secara sadar bisa terjadi karena kerusakan pada neuron motorik atas, yaitu saraf yang membawa perintah dari otak ke otot. Jalur saraf ini menyilang di bagian bawah otak (batang otak), sehingga jika bagian kanan otak rusak, maka akan memengaruhi bagian kiri tubuh, dan sebaliknya. Akibat dari kerusakan ini, seseorang bisa mengalami hemiparesis, yaitu

kelemahan otot pada salah satu sisi tubuh. Hemiparesis sering ditandai dengan otot yang terasa lemah, kaku, dan sulit digerakkan. Kondisi ini paling sering disebabkan oleh stroke, tetapi juga bisa disebabkan oleh cedera kepala, tumor otak, atau penyakit saraf seperti multiple sclerosis. Untuk membantu pemulihan, pasien biasanya menjalani fisioterapi, latihan gerak, serta pengobatan untuk mengurangi kekakuan otot dan meningkatkan kemampuan motorik. Dengan penanganan yang tepat dan rutin, sebagian besar pasien bisa mengalami perbaikan fungsi gerak secara bertahap.

Diagnosis Keperawatan yang Kedua adalah **Manajemen kesehatan tidak efektif b.d Kurang terpapar informasi** yang didapatkan dari data subjektif hasil pengkajian pada Keluarga Partisipan 1 dan Partisipan 2 mengatakan bahwa Partisipan 1 dan Partisipan 2 yang tidak pernah mengkonsumsi obat hipertensi, tidak pernah berobat ke tempat pelayanan kesehatan karena kurangnya dukungan keluarga untuk melakukan pemeriksaan kesehatan dan masih mengkonsumsi makanan yang akan meningkatkan hipertensi seperti makan makanan yang tinggi garam dan sering makan yang berminyak dan bersantan. Pada data objektif didapatkan saat dilakukan pengkajian keluarga Partisipan 1, Partisipan 2 dan keluarga tampak kurang memahami tentang penyakitnya, tampak kurang mendapat dukungan keluarga ke pelayanan kesehatan, Saat pengkajian tekanan darah pada Partisipan 1 dan 2 tinggi yaitu pada Partisipan 1, 150/116mmHg sedangkan pada Partisipan 2, 140/100 mmHg.

Menurut Smeltzer (2020), Hipertensi yang tidak dikelola merupakan faktor utama terjadinya stroke. Namun, pasien ini tidak pernah mengonsumsi obat hipertensi, tidak rutin memeriksakan diri ke fasilitas kesehatan, dan masih mengonsumsi makanan tinggi garam, berminyak, serta bersantan. Kurangnya dukungan keluarga juga memperburuk kondisi karena pasien tidak mendapat dorongan atau bantuan untuk menjalani pengobatan. Akibatnya, manajemen kesehatannya menjadi tidak efektif, dan risiko terjadinya stroke berulang meningkat. Dukungan keluarga, pengobatan rutin, dan pola hidup sehat sangat penting untuk mencegah komplikasi lebih lanjut dan mempertahankan

kualitas hidup pasien pasca-stroke.

Diagnosis Keperawatan yang Ketiga adalah **Nyeri akut b.d Agen pencidera fisiologis** yang didapatkan dari data subjektif hasil pengkajian pada Partisipan 1 dan Partisipan 2 mengatakan merasakan nyeri kepala dan kuduk terasa berat dengan skala 3, Partisipan 1 mengeluh ekstermitas kiri nyeri dan Partisipan 2 mengeluh esktermitas kanan nyeri bila digerakkan. Pada data objektif didapatkan bahwa Saat dilakukan pengkajian Partisipan 1 dan Partisipan 2 tampak meringis.

Menurut Smeltzer (2020), Nyeri akut pada pasien pasca-stroke dengan riwayat hipertensi merupakan keluhan yang umum terjadi dan perlu mendapat perhatian serius. Hipertensi yang tidak terkontrol dapat menyebabkan peningkatan tekanan dalam pembuluh darah di otak, sehingga menimbulkan rasa nyeri kepala dan tekanan pada area kuduk, nyeri pada ekstremitas yang dialami pasien pasca-stroke juga dapat terjadi akibat kerusakan saraf dan gangguan fungsi motorik yang menyebabkan spastisitas dan ketegangan otot. Namun, nyeri ini sering kali tidak ditangani dengan baik karena kurangnya pengelolaan nyeri dan dukungan dari keluarga.

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi perawatan keluarga didasarkan pada pengkajian, diagnosis keperawatan, pernyataan keluarga dan keluarga berencana, perumusan tujuan, identifikasi strategi dan sumber intervensi alternatif, dan penentuan prioritas. Pembahasan intervensi perawatan keluarga meliputi tujuan umum, tujuan khusus, kriteria hasil, dan kriteria standar. Dalam mengatasi masalah ini, peran perawat adalah memberikan asuhan keperawatan keluarga untuk mencegah komplikasi lebih lanjut.

Diagnosis pertama yaitu **Gangguan Mobilitas Fisik b.d Penurunan kekuatan otot**. Tujuan umum dari diagnosis ini adalah setelah dilakukan intervensi keperawatan maka mobilitas fisik meningkat. Tujuan intervensi yang diberikan untuk diagnosis pertama adalah mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil: pergerakan ekstremitas meningkat, kekuatan otot

meningkat, rentang gerak (ROM) meningkat, kelemahan fisik menurun, kaku otot menurun. Intervensi utama yang diberikan yaitu melakukan teknik latihan penguatan otot dan intervensi pendukung dengan terapi menggenggam bola karet.

TUK 1 klien dan keluarga mampu mengenal dan memahami masalah kesehatan keluarga tentang stroke, sesuai dengan tugas keperawatan keluarga yang pertama yaitu keluarga mampu mengenal masalah stroke, dengan mendiskusikan mulai dari faktor risiko stroke, penyebab stroke, tanda dan gejala stroke, komplikasi, serta pencegahan stroke. Rencana tindakan Edukasi Proses Penyakit (SIKI, I.12444), dengan identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi mengenai stroke, sediakan materi dan media pendidikan kesehatan mengenai stroke, jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan mengenai stroke (faktor risiko, penyebab, tanda dan gejala, komplikasi dan pencegahan), berikan kesempatan untuk bertanya mengenai stroke.

TUK 2 yaitu keluarga mampu mengambil keputusan dengan menilai pengetahuan keluarga tentang komplikasi stroke. Dukungan pengambilan keputusan (SIKI, I.09265), yaitu memfasilitasi klarifikasi nilai dan harapan yang membantu menentukan pilihan dalam penatalaksanaan komplikasi stroke, mendiskusikan kelebihan dan kekurangan setiap solusi dalam penatalaksanaan stroke, motivasi untuk mengungkapkan tujuan pengobatan stroke yang diharapkan.

TUK 3 tentang kemampuan keluarga merawat anggota keluarga yang menderita stroke. Rencana tindakan yang dilaksanakan adalah latihan fisik (terapi genggam bola karet) dengan Lakukan posisi *wrist joint* 45 derajat, dilanjutkan dengan menggenggam kuat selama 5 detik kemudian rileks selama 10 detik, kemudian kendurkan genggaman, lalu anjurkan genggam bola karet berulang-ulang selama 7-10 menit, anjurkan melemaskan otot dan tetap rileks dan anjurkan terapi dilakukan sebanyak 2 kali sehari.

TUK 4 yaitu peningkatan keamanan lingkungan rumah melalui modifikasi

lingkungan dalam perawatan anggota keluarga penderita masalah stroke. rencana intervensi yang dilaksanakan adalah edukasi keselamatan rumah (SIKI: I.12384) dengan mengajarkan strategi menciptakan pentingnya penerangan yang cukup di dalam dan luar rumah, Anjurkan barang pada area yang mudah terjangkau, Anjurkan memastikan lantai kamar mandi tidak licin, Anjurkan memastikan keset dan karpet lantai rapi dan lantai bebas barang berserakan, dan Ajarkan cara peletakan barang-barang di rumah agar memudahkan dalam bergerak.

TUK 5 yaitu meningkatkan status kesehatan keluarga dengan memanfaatkan fasilitas kesehatan untuk merawat anggota keluarga yang sakit menderita masalah stroke. Rencana intervensi adalah dukungan kepatuhan pengobatan (SIKI, I.12361), yaitu identifikasi kepatuhan menjalani program pengobatan, buat jadwal pendampingan pengobatan keluarga untuk bergantian menemani pasien dalam minum obat, diskusikan hal apa yang dapat menghambat atau mendukung pengobatan, libatkan keluarga untuk mendukungan program pengobatan yang dijalani, informasikan program pengobatan yang harus di jalani, informasikan manfaat jika teratur dalam minum obat, anjurkan keluarga mendampingi dan merawat pasien selama menjalani program pengobatan, anjurkan pasien dan keluarga melakukan konsultasi ke fasilitas pelayanan terdekat.

Evidence based nursing practice yang diterapkan yaitu terapi menggenggam bola karet yang bertujuan untuk memperbaiki tonus otot dengan merangsang otot untuk berkontraksi dan berelaksasi melalui latihan menggenggam bola karet. Latihan ini dapat dioptimalkan dengan media bantu berupa bola karet, mengingat pemulihan fungsi ekstremitas atas lebih lambat dibandingkan dengan ekstremitas bawah. Bola yang digunakan berbahan karet, berbentuk oval, bergerigi, elastis dan dapat ditekan dengan kekuatan minimal (Margiyati, 2022).

Latihan menggenggam bola karet diberikan dengan melakukan persiapan media kemudian menjelaskan prosedur latihan yaitu menggenggam bola dengan menggunakan bola karet selama 2 kali sehari (Ida, 2022). Lakukan

posisi *wrist joint* 45 derajat, dilanjutkan dengan menggenggam kuat selama 5 detik kemudian rileks selama 10 detik. Latihan genggam bola jika dilakukan secara terus menerus kekuatan otot akan meningkat dan merangsang saraf-saraf yang tidak bekerja atau kaku akan menjadi fleksibel. Sesuai dengan penelitian Agonwardi dan Hendri Budi (2020) bahwa diharapkan pendidikan kesehatan tentang latihan ROM sebagai salah satu intervensi didalam pemberian pelayanan asuhan keperawatan dan menjadikan pendidikan kesehatan tentang latihan ROM sebagai protap atau standar asuhan keperawatan kepada pasien stroke dan keluarganya (Margiyati, 2022).

Diagnosa keperawatan kedua yaitu **manajemen keluarga tidak efektif berhubungan dengan kurang terpapar informasi**. Tujuan intervensi yaitu manajemen kesehatan keluarga meningkat dengan kriteria hasil kemampuan menjelaskan pengetahuan meningkat, verbalisasi minat dalam belajar meningkat, dan pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun.

TUK 1 klien dan keluarga mampu mengenal dan memahami masalah kesehatan keluarga tentang hipertensi, sesuai dengan tugas keperawatan keluarga yang pertama yaitu keluarga mampu mengenal masalah hipertensi, dengan mendiskusikan mulai dari faktor risiko hipertensi, penyebab hipertensi, tanda dan gejala hipertensi, komplikasi, serta pencegahan hipertensi. Rencana tindakan Edukasi Proses Penyakit (SIKI, I.12444), dengan identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi mengenai hipertensi, sediakan materi dan media pendidikan kesehatan mengenai hipertensi, jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan mengenai hipertensi (faktor risiko, penyebab, tanda dan gejala, komplikasi dan pencegahan), berikan kesempatan untuk bertanya mengenai hipertensi.

TUK 2 yaitu keluarga mampu mengambil keputusan dengan menilai pengetahuan keluarga tentang komplikasi hipertensi. Dukungan pengambilan keputusan (SIKI, I.09265), yaitu memfasilitasi klarifikasi nilai dan harapan yang membantu menentukan pilihan dalam penatalaksanaan komplikasi hipertensi, mendiskusikan kelebihan dan kekurangan setiap solusi dalam penatalaksanaan hipertensi, motivasi untuk mengungkapkan tujuan

pengobatan hipertensi yang diharapkan.

TUK 3 tentang kemampuan Keluarga Partisipan 1 dan Partisipan 2 merawat anggota keluarga. Rencana tindakan yang dilaksanakan adalah edukasi kesehatan tentang faktor risiko yang dapat mempengaruhi Kesehatan hipertensi (Pola makan tidak sehat, kurang aktivitas fisik, stres dan faktor keturunan), Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat (Mengkonsumsi makanan sehat, anjurkan olahraga, istirahat cukup, dan menjaga kesehatan lingkungan), Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat (Keterlibatan keluarga mendorong gaya hidup sehat dan mengatasi makanan tidak sehat).

TUK 4 yaitu peningkatan keamanan lingkungan rumah melalui modifikasi lingkungan dalam perawatan anggota keluarga penderita masalah stroke. rencana intervensi yang dilaksanakan adalah edukasi keselamatan rumah (SIKI: I.12384) dengan mengajarkan strategi menciptakan pentingnya penerangan yang cukup di dalam dan luar rumah, Anjurkan barang pada area yang mudah terjangkau, Anjurkan memastikan lantai kamar mandi tidak licin, Anjurkan memastikan keset dan karpet lantai rapi dan lantai bebas barang berserakan, dan Ajarkan cara peletakan barang-barang di rumah agar memudahkan dalam bergerak.

TUK 5 yaitu meningkatkan stastus kesehatan keluarga dengan memanfaatkan fasilitas kesehatan untuk merawat anggota keluarga yang sakit menderita masalah stroke. Rencana intervensi adalah dukungan kepatuhan pengobatan (SIKI, I.12361), yaitu identifikasi kepatuhan menjalani program pengobatan, buat jadwal pendampingan pengobatan keluarga untuk bergantian menemani pasien dalam minum obat, diskusikan hal apa yang dapat menghambat atau mendukung pengobatan, libatkan keluarga untuk mendukung program pengobatan yang dijalani, informasikan program.

Diagnosis keperawatan ketiga **yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisiologis**. Tujuan intervensi yaitu tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil perfusi jaringan meningkat, hidrasi meningkat, kerusakan

jaringan menurun, kerusakan lapisan kulit menurun.

TUK 1 klien dan keluarga mampu mengenal dan memahami masalah kesehatan keluarga tentang nyeri, sesuai dengan tugas keperawatan keluarga yang pertama yaitu keluarga mampu mengenal masalah nyeri, dengan mendiskusikan mulai dari faktor risiko, penyebab, tanda dan gejala, komplikasi, serta cara meredakan nyeri. Rencana tindakan Edukasi Proses Penyakit (SIKI, I.12444), dengan identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi mengenai nyeri, sediakan materi dan media pendidikan kesehatan mengenai nyeri, jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan mengenai (faktor risiko, penyebab, tanda dan gejala, komplikasi dan cara meredakan nyeri), berikan kesempatan untuk bertanya mengenai tingkat nyeri.

TUK 2 yaitu keluarga mampu mengambil keputusan dengan menilai pengetahuan keluarga tentang komplikasi tingkat nyeri. Dukungan pengambilan keputusan (SIKI, I.09265), yaitu memfasilitasi klarifikasi nilai dan harapan yang membantu menentukan pilihan dalam penatalaksanaan komplikasi hipertensi, mendiskusikan kelebihan dan kekurangan setiap solusi dalam penatalaksanaan tingkat nyeri, motivasi untuk mengungkapkan tujuan pengobatan yang diharapkan.

TUK 3 tentang kemampuan keluarga merawat anggota keluarga yang menderita stroke. Rencana tindakan yang dilaksanakan adalah edukasi teknik nafas yaitu: mengidentifikasi kesiapan klien serta keluarga dan kemampuan menerima informasi, menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan, menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan, memberikan kesempatan untuk bertanya, jelaskan tujuan, manfaat, Batasan, dan jenis relaksasi napas dalam, jelaskan secara rinci intervensi relaksasi napas dalam, anjurkan mengambil posisi nyaman, anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi, anjurkan sering mengulangi atau melatih teknik napas dalam dan demonstrasikan dan latih teknik relaksasi napas dalam. Menurut penelitian Wulandari (2020), relaksasi napas dalam secara signifikan menurunkan tekanan darah sistolik maupun diastolik dan memperbaiki kualitas hidup

pasien hipertensi. intervensi napas dalam selama 15 menit setiap hari selama satu minggu mampu menurunkan tekanan darah sistolik rata-rata 10–15 mmHg dan menurunkan keluhan nyeri kepala.

TUK 4 yaitu peningkatan keamanan lingkungan rumah melalui modifikasi lingkungan dalam perawatan anggota keluarga penderita masalah tingkat nyeri. rencana intervensi yang dilaksanakan adalah manajemen kenyamanan lingkungan (SIKI: 08237) dengan mengajarkan strategi menciptakan ruangan yang tenang dan mendukung, atur posisi nyaman dan fasilitasi kenyamanan lingjungan.

TUK 5 yaitu meningkatkan stastus kesehatan keluarga dengan memanfaatkan fasilitas kesehatan untuk merawat anggota keluarga yang sakit menderita masalah stroke. Rencana intervensi adalah dukungan kepatuhan pengobatan (SIKI, I.12361), yaitu identifikasi kepatuhan menjalani program pengobatan, buat jadwal pendampingan pengobatan keluarga untuk bergantian menemani pasien dalam minum obat, diskusikan hal apa yang dapat mengahambat atau mendukung pengobatan, libatkan keluarga untuk mendukungan program pengobatan yang dijalani, informasikan program.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah suatu proses pelaksanaan terapi keperawatan keluarga yang berbentuk intervensi mandiri atau kolaborasi melalui pemanfaatan sumber-sumber yang dimiliki keluarga. Implementasi di prioritaskan sesuai dengan kemampuan keluarga dan sumber yang dimiliki keluarga. (Anggreni, 2022).

Keluarga di didik untuk dapat menilai potensi yang dimiliki mereka dan mengembangkannya melalui implementasi yang bersifat memampukan keluarga untuk mengenal masalah kesehatannya, mengambil keputusan berkaitan dengan persoalan kesehatan yang dihadapi, merawat dan membina anggota keluarga sesuai kondisi kesehatannya, memodifikasi lingkungan yang sehat bagi setiap anggota keluarga, serta memanfaatkan sarana pelayanan kesehatan terdekat. (Anggreni, 2022).

Implementasi diagnosis pertama yaitu **gangguan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot**. Tujuan umum diagnosis ini adalah setelah dilakukan intervensi keperawatan maka mobilitas fisik meningkat. Baderi (2020) mengatakan bahwa penatalaksanaan penyakit stroke meliputi beberapa aspek penting, yaitu: pemberian edukasi kepada pasien dan keluarga tentang penyakit stroke dan penanganannya, pengendalian faktor risiko seperti hipertensi dan, rehabilitasi fisik untuk memulihkan fungsi motorik, serta dukungan psikososial untuk membantu pasien beradaptasi dengan perubahan kondisi pasca-stroke.

Implementasi TUK 1 dilakukan pada tanggal 25 April 2025, yaitu mengenal masalah kesehatan dengan pemberian edukasi proses penyakit stroke. memberikan informasi mengenai faktor risiko stroke, penyebab, tanda dan gejala, komplikasi, serta pencegahan stroke. Semakin tinggi pengetahuan seseorang tentang hipertensi, maka semakin baik kemampuan individu dalam mengontrol tekanan darah sehingga dapat menurunkan risiko terjadinya stroke berulang.

Implementasi TUK 2 akan dilakukan pada tanggal 25 April 2025, yaitu keterlibatan keluarga dalam pengambilan keputusan terkait penanganan komplikasi stroke. Dalam kegiatan ini, keluarga didorong untuk berperan aktif dalam memberikan dukungan terhadap keputusan medis yang diambil, termasuk membantu pasien dalam memahami pilihan-pilihan pengobatan yang tersedia. Kegiatan ini juga mencakup fasilitasi klarifikasi nilai, harapan, dan tujuan pasien, agar keluarga dapat membantu menentukan pilihan terbaik sesuai dengan kondisi dan keinginan pasien. Selain itu, akan didiskusikan bersama mengenai kelebihan dan kekurangan dari setiap pilihan penatalaksanaan komplikasi stroke yang mungkin dijalani. Keluarga juga akan dimotivasi untuk terbuka dalam mengungkapkan harapan serta tujuan pengobatan yang ingin dicapai, sehingga proses pengambilan keputusan menjadi lebih tepat, selaras, dan mendukung keberhasilan pengobatan pasien.

Implementasi TUK 3 dilakukan pada tanggal 26 April 2025, yaitu merawat anggota keluarga dengan stroke melalui latihan fisik terapi genggam bola karet. TUK 3 adalah setelah dilakukan intervensi keperawatan maka peran pemberi asuhan mengenai merawat anggota keluarga dengan stroke membaik. Proses pelaksanaan terapi terbagi menjadi 4 tahapan yaitu pra interaksi yaitu melakukan pengkajian. Tahap orientasi yaitu salam, memperkenalkan diri, menjelaskan tujuan dan prosedur, menjelaskan surat persetujuan menjadi responden, serta menciptakan lingkungan yang nyaman. Tahap kerja yaitu melakukan pemeriksaan tekanan darah, melakukan pengukuran rentang gerak yaitu gerakan fleksi (menekuk jari), gerakan ekstensi (meluruskan jari), gerakan abduksi (merentangkan jari), dan gerakan adduksi (merapatkan jari) serta nilai kekuatan otot tangan pasien dengan handgrip dynamometer sebelum terapi, dilanjutkan dengan menggenggam kuat bola karet selama 5 detik kemudian rileks selama 10 detik, kemudian kendurkan genggaman, lalu anjurkan genggam bola karet berulang-ulang selama 7-10 menit, anjurkan melemaskan otot dan tetap rileks dan anjurkan terapi dilakukan sebanyak 2 kali sehari. Terapi genggam bola karet dilakukan pada pagi dan sore selama 4 hari berturut-turut.

Pada intervensi terapi genggam bola karet kali ini dilakukan selama 8 hari dan terdapat perbandingan antara Partisipan 1 dan Partisipan 2 yaitu pada Partisipan 1 terdapat kekuatan otot sebelum melakukan terapi pada hari pertama kekuatan otot diukur dengan handgrip tercatat adalah 5 kg dan dengan manual muscle test (MMT) dikategorikan ke skala 3. Setelah dilakukan terapi selama 8 hari, kekuatan otot meningkat menjadi 10 kg. Peningkatan kekuatan otot mulai terlihat pada hari kelima, dan terus mengalami peningkatan sampai hari kedelapan. Hal ini didukung oleh pernyataan Partisipan 1 yang mengatakan bahwa ia rutin melakukan terapi dua kali sehari, yaitu pada pagi dan sore hari, terapi pada pagi hari dilakukan secara mandiri didampingi keluarga, selama 7 menit. Selain itu, ia terkadang diingatkan oleh anaknya untuk melakukan latihan genggam bola karet. Peningkatan yang terjadi pada tiga hari terakhir tampak lebih signifikan dibandingkan hari-hari sebelumnya. Hal ini kemungkinan besar karena

rutinitas latihan yang konsisten dan semakin membentuk kekuatan otot secara optimal. Selain itu, dukungan dari keluarga, khususnya dari anak pasien yang aktif mengingatkan untuk latihan, kemungkinan turut berkontribusi terhadap komitmen dan motivasi pasien dalam menjalani terapi.

Pada Partisipan 2 terdapat kekuatan otot sebelum dilakukan terapi pada hari pertama kekuatan otot diukur dengan handgrip tercatat adalah 5 kg dan dengan manual muscle test (MMT) dikategorikan ke skala 3. Setelah dilakukan terapi selama 8 hari, kekuatan otot meningkat menjadi 8 kg. peningkatan kekuatan otot mulai terlihat pada hari kelima dan mengalami peningkatan sampai hari kedelapan namun lebih lambat, Hal ini sejalan dengan pernyataan Partisipan 2 yang mengaku jarang melakukan terapi, hanya satu kali sehari pada sore hari selama kurang lebih 3 menit. Partisipan 2 juga menyampaikan bahwa ia sering merasa pegal dan tidak sanggup melanjutkan terapi genggam bola karet. Selain itu, Partisipan 2 juga jarang diingatkan anaknya, untuk melakukan latihan terapi padahal dengan pemantauan secara rutin dan penyesuaian program latihan bisa membantu meningkatkan hasil kekuatan otot

Implementasi TUK 4 akan dilaksanakan pada tanggal 4 Mei 2025, yaitu modifikasi lingkungan bagi pasien stroke. Kegiatan ini mencakup edukasi tentang keselamatan di rumah, terutama terkait pentingnya pencahayaan yang memadai. Penerangan yang cukup di dalam rumah dapat membantu mencegah risiko jatuh, yang sering terjadi pada pasien stroke akibat gangguan keseimbangan atau penglihatan. Selain itu, lantai kamar mandi perlu dibilas setelah mandi agar tidak licin, dan sebaiknya dilengkapi dengan keset antiselip untuk menambah keamanan. Edukasi juga mencakup penataan barang-barang pribadi pasien agar memudahkan mobilitas dan meningkatkan kemandirian. Misalnya, pakaian, makanan, serta barang-barang yang sering digunakan dapat ditempatkan di sekitar kamar atau di area yang mudah dijangkau seperti meja samping tempat tidur. Dengan mengetahui letak barang-barangnya, pasien dapat menjalankan aktivitas sehari-hari secara mandiri tanpa terlalu bergantung pada orang lain. Jika pasien mengalami

kelemahan di sisi tubuh tertentu, misalnya sisi kiri, maka barang-barang penting sebaiknya diletakkan di sisi kanan agar lebih mudah dijangkau. Lingkungan yang tertata rapi, aman, dan familiar juga berperan penting dalam menciptakan rasa nyaman dan tenang bagi pasien selama proses pemulihan.

Implementasi TUK 5 akan dilakukan pada tanggal 4 Mei 2025 yaitu penggunaan fasilitas kesehatan. Kegiatan ini mencakup edukasi kepada pasien dan keluarga mengenai pentingnya menjalani program pengobatan secara teratur. mengenali sejauh mana pasien mematuhi pengobatan yang telah dianjurkan. Selanjutnya, akan dibuat jadwal pendampingan yang melibatkan anggota keluarga secara bergantian untuk menemani pasien dalam minum obat dan menjalani pengobatan. Kegiatan ini bertujuan untuk mendiskusikan bersama keluarga mengenai hal-hal yang mungkin menjadi hambatan maupun faktor yang dapat mendukung keberhasilan pengobatan. Keluarga akan diberikan informasi mengenai program pengobatan yang harus dijalani termasuk manfaat dari minum obat secara teratur, seperti mempercepat pemulihan dan mencegah komplikasi. Selain itu, keluarga dianjurkan untuk aktif mendampingi dan merawat pasien selama menjalani pengobatan, baik di rumah maupun saat kontrol ke fasilitas kesehatan. Pasien dan keluarga juga dianjurkan untuk berkonsultasi secara rutin ke fasilitas pelayanan kesehatan terdekat agar mendapatkan pemantauan dan arahan yang sesuai dari tenaga medis. Dengan keterlibatan aktif keluarga, diharapkan proses pengobatan dapat berjalan lebih lancar dan efektif.

Implementasi yang diberikan pada diagnosis keperawatan pertama yaitu dengan mengidentifikasi keterbatasan fungsi dan gerak otot, memonitor lokasi dan sifat ketidaknyamanan atau rasa sakit selama pergerakan/aktivitas, melakukan pengendalian nyeri sebelum memulai latihan, memberikan posisi tubuh optimal untuk pengukuran rentang gerak, memberikan penguatan positif untuk melakukan terapi menggenggam bola karet, menjelaskan kepada pasien dan keluarga tujuan dan rencanakan latihan terapi genggam bola karet bersama, mengajarkan melakukan latihan rentang gerak aktif menggenggam bola karet secara sistematis dan langsung diperaktekkan.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh (Sari, 2021) yang memberikan terapi genggam bola karet terhadap kekuatan otot pada pasien stroke yaitu didapatkan peningkatan kekuatan otot pasien stroke setelah dilakukan terapi genggam bola karet dan penerapan terapi genggam bola karet ini efektif meningkatkan kekuatan otot bila dilakukan dengan frekuensi teratur dan berulang-ulang. Penelitian oleh Aliviana (2022) didapatkan hasil pada pasien 1 kekuatan otot dari skala 2 menjadi skala 4, pasien 2 kekuatan otot dari skala 1 menjadi skala 3 dengan kesimpulan bahwa terapi genggam bola dapat meningkatkan kekuatan otot pada kedua pasien dengan diagnose medis stroke dan dapat melakukan terapi genggam bola dengan mandiri atau dibantu keluarga untuk meningkatkan kekuatan otot genggam.

Implementasi yang diberikan pada diagnosis kedua **manajemen kesehatan tidak efektif berhubungan dengan kurang terpapar informasi** yaitu mengidentifikasi tingkat pengetahuan pasien tentang hipertensi, mengevaluasi kemampuan pasien dalam mengenali tanda dan gejala perburukan kondisi (seperti peningkatan tekanan darah atau kelemahan anggota tubuh), memonitor kepatuhan klien terhadap pengobatan antihipertensi, memberikan edukasi tentang pentingnya pengendalian tekanan darah dan modifikasi gaya hidup, menyediakan materi dan media edukatif yang sesuai dengan kebutuhan pasien, melibatkan keluarga dalam proses perawatan untuk mendukung pengambilan keputusan yang tepat, memotivasi klien untuk melakukan aktivitas ringan secara teratur sesuai kemampuan, serta berkolaborasi dengan tim rehabilitasi dan ahli gizi untuk mendukung pemulihan dan pencegahan kekambuhan hipertensi (Lestari, 2021).

Implementasi TUK 1 dilakukan pada tanggal 27 April 2025, yaitu mengenal masalah kesehatan dengan pemberian edukasi proses penyakit hipertensi. memberikan informasi mengenai faktor risiko hipertensi, penyebab, tanda dan gejala, komplikasi, serta pencegahan hipertensi. Semakin tinggi pengetahuan seseorang tentang hipertensi, maka semakin baik kemampuan individu dalam mengontrol tekanan darah sehingga dapat menurunkan risiko terjadinya stroke berulang.

Implementasi TUK 2 akan dilakukan pada tanggal 27 April 2025, yaitu keterlibatan keluarga dalam pengambilan keputusan terkait penanganan komplikasi hipertensi. Dalam kegiatan ini, keluarga didorong untuk berperan aktif dalam memberikan dukungan terhadap keputusan medis yang diambil, termasuk membantu pasien dalam memahami pilihan-pilihan pengobatan yang tersedia. Kegiatan ini juga mencakup fasilitasi klarifikasi nilai, harapan, dan tujuan pasien, agar keluarga dapat membantu menentukan pilihan terbaik sesuai dengan kondisi dan keinginan pasien. Selain itu, akan didiskusikan bersama mengenai kelebihan dan kekurangan dari setiap pilihan penatalaksanaan komplikasi hipertensi yang mungkin dijalani. Keluarga juga akan dimotivasi untuk terbuka dalam mengungkapkan harapan serta tujuan pengobatan yang ingin dicapai, sehingga proses pengambilan keputusan menjadi lebih tepat, selaras, dan mendukung keberhasilan pengobatan pasien.

Implementasi TUK 3 dilakukan pada tanggal 28 April 2025, yaitu merawat anggota keluarga dengan hipertensi dan stroke melalui edukasi kesehatan mengenai pencegahan hipertensi. TUK 3 adalah setelah dilakukan intervensi keperawatan maka peran pemberi asuhan mengenai merawat anggota keluarga dengan hipertensi membaik. Proses pelaksanaan edukasi terbagi menjadi 4 tahapan yaitu pra interaksi yaitu melakukan pengkajian. Tahap orientasi yaitu salam, memperkenalkan diri, menjelaskan tujuan, serta menciptakan lingkungan yang nyaman. Tahap kerja yaitu memberikan edukasi kesehatan pencegahan hipertensi mengenai faktor risiko yang dapat mempengaruhi Kesehatan hipertensi (Pola makan tidak sehat, kurang aktivitas fisik, stres dan faktor keturunan), perilaku hidup bersih dan sehat (Mengkonsumsi makanan sehat, anjurkan olahraga, istirahat cukup, dan menjaga kesehatan lingkungan), strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat(Keterlibatan keluarga mendorong gaya hidup sehat dan mengatasi makanan tidak sehat).

Implementasi TUK 4 akan dilaksanakan pada tanggal 4 Mei 2025, yaitu modifikasi lingkungan bagi pasien stroke. Kegiatan ini mencakup edukasi tentang keselamatan di rumah, terutama terkait pentingnya pencahayaan yang

memadai. Penerangan yang cukup di dalam rumah dapat membantu mencegah risiko jatuh, yang sering terjadi pada pasien stroke akibat gangguan keseimbangan atau penglihatan. Selain itu, lantai kamar mandi perlu dibilas setelah mandi agar tidak licin, dan sebaiknya dilengkapi dengan keset antiselip untuk menambah keamanan. Lingkungan yang tertata rapi, aman, dan familiar juga berperan penting dalam menciptakan rasa nyaman dan tenang bagi pasien selama proses pemulihan.

Implementasi TUK 5 akan dilakukan pada tanggal 4 Mei 2025 yaitu penggunaan fasilitas kesehatan. Kegiatan ini mencakup edukasi kepada pasien dan keluarga mengenai pentingnya menjalani program pengobatan secara teratur. mengenali sejauh mana pasien mematuhi pengobatan yang telah dianjurkan. Selanjutnya, akan dibuat jadwal pendampingan yang melibatkan anggota keluarga secara bergantian untuk menemani pasien dalam minum obat dan menjalani pengobatan. Kegiatan ini bertujuan untuk mendiskusikan bersama keluarga mengenai hal-hal yang mungkin menjadi hambatan maupun faktor yang dapat mendukung keberhasilan pengobatan. Keluarga akan diberikan informasi mengenai program pengobatan yang harus dijalani termasuk manfaat dari minum obat secara teratur, seperti mempercepat pemulihan dan mencegah komplikasi. Pasien dan keluarga juga dianjurkan untuk berkonsultasi secara rutin ke fasilitas pelayanan kesehatan terdekat agar mendapatkan pemantauan dan arahan yang sesuai dari tenaga medis. Dengan keterlibatan aktif keluarga, diharapkan proses pengobatan dapat berjalan lebih lancar dan efektif.

Implementasi yang diberikan pada diagnosis ketiga yaitu **nyeri akut berhubungan dengan agen pencidra fisiologis** yaitu mengedukasi manajemen nyeri pada pasien hipertensi dan stroke dengan cara mengidentifikasi kesiapan klien serta keluarga dan kemampuan menerima informasi, menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan terkait nyeri dan cara penanganannya, menganjurkan edukasi teknik nafas seperti napas dalam untuk membantu menurunkan intensitas nyeri, menganjurkan posisi tidur atau duduk yang nyaman untuk mengurangi tekanan pada area tubuh

yang nyeri. Sejalan dengan Rahmayanti (2021), penanganan nyeri akut pada pasien stroke dan hipertensi dapat teratasi sebagian melalui pendekatan edukatif dan teknik relaksasi yang tepat serta dukungan lingkungan yang nyaman.

Implementasi TUK 1 dilakukan pada tanggal 29 April 2025, yaitu mengenal masalah kesehatan dengan pemberian edukasi proses penyakit tingkat nyeri. memberikan informasi mengenai faktor risiko nyeri, penyebab, tanda dan gejala, komplikasi, serta pencegahan nyeri.

Implementasi TUK 2 akan dilakukan pada tanggal 29 April 2025, yaitu keterlibatan keluarga dalam pengambilan keputusan terkait penanganan komplikasi stroke dan hipertensi. Dalam kegiatan ini, keluarga didorong untuk berperan aktif dalam memberikan dukungan terhadap keputusan medis yang diambil, termasuk membantu pasien dalam memahami pilihan-pilihan pengobatan yang tersedia. Kegiatan ini juga mencakup fasilitasi klarifikasi nilai, harapan, dan tujuan pasien, agar keluarga dapat membantu menentukan pilihan terbaik sesuai dengan kondisi dan keinginan pasien. Selain itu, akan didiskusikan bersama mengenai kelebihan dan kekurangan dari setiap pilihan penatalaksanaan komplikasi hipertensi yang mungkin dijalani. Keluarga juga akan dimotivasi untuk terbuka dalam mengungkapkan harapan serta tujuan pengobatan yang ingin dicapai, sehingga proses pengambilan keputusan menjadi lebih tepat, selaras, dan mendukung keberhasilan pengobatan pasien.

Implementasi TUK 3 dilakukan pada tanggal 30 April 2025, yaitu merawat anggota keluarga dengan nyeri pada pasien hipertensi dan stroke melalui edukasi teknik nafas . TUK 3 adalah setelah dilakukan intervensi keperawatan maka peran pemberi asuhan mengenai merawat anggota keluarga dengan stroke membaik. Proses pelaksanaan terapi terbagi menjadi 4 tahapan yaitu pra interaksi yaitu melakukan pengkajian. Tahap orientasi yaitu salam, memperkenalkan diri, menjelaskan tujuan, serta menciptakan lingkungan yang nyaman. Tahap kerja yaitu memberikan edukasi teknik nafas dengan menjelaskan tujuan dan manfaat teknik nafas, prosedur teknif nafas yaitu memposisikan tubuh senyaman mungkin (mis: duduk), menutup mata dan

berkonsentrasi penuh, ajarkan melakukan inspirasi dengan menghirup udara melalui hidung secara perlahan, ajarkan melakukan ekspirasi dengan menghembuskan udara mulut mencuci secara perlahan, demonstrasikan menarik nafas selama 4 detik, menahan nafas selama 2 detik dan menghembuskan nafas selama 8 detik.

Implementasi TUK 4 akan dilaksanakan pada tanggal 4 Mei 2025, yaitu modifikasi lingkungan bagi pasien nyeri. Kegiatan ini mencakup manajemen kenyamanan lingkungan, terutama terkait pentingnya ruangan yang tenang pencahayaan yang memadai. Penerangan yang cukup di dalam rumah dapat membantu mencegah risiko jatuh, yang sering terjadi pada pasien stroke akibat gangguan keseimbangan atau penglihatan. Selain itu, lantai kamar mandi perlu dibilas setelah mandi agar tidak licin, dan sebaiknya dilengkapi dengan keset antiselip untuk menambah keamanan. Lingkungan yang tertata rapi, aman, dan familiar juga berperan penting dalam menciptakan rasa nyaman dan tenang bagi pasien selama proses pemulihan.

Implementasi TUK 5 akan dilakukan pada tanggal 4 Mei 2025 yaitu penggunaan fasilitas kesehatan. Kegiatan ini mencakup edukasi kepada pasien dan keluarga mengenai pentingnya menjalani program pengobatan secara teratur. mengenali sejauh mana pasien mematuhi pengobatan yang telah dianjurkan. Selanjutnya, akan dibuat jadwal pendampingan yang melibatkan anggota keluarga secara bergantian untuk menemani pasien dalam minum obat dan menjalani pengobatan. Kegiatan ini bertujuan untuk mendiskusikan bersama keluarga mengenai hal-hal yang mungkin menjadi hambatan maupun faktor yang dapat mendukung keberhasilan pengobatan. Keluarga akan diberikan informasi mengenai program pengobatan yang harus dijalani termasuk manfaat dari minum obat secara teratur, seperti mempercepat pemulihan dan mencegah komplikasi. . Pasien dan keluarga juga dianjurkan untuk berkonsultasi secara rutin ke fasilitas pelayanan kesehatan terdekat agar mendapatkan pemantauan dan arahan yang sesuai dari tenaga medis. Dengan keterlibatan aktif keluarga, diharapkan proses pengobatan dapat berjalan lebih lancar dan efektif.

Implementasi yang dilakukan pada Partisipan 1 dan Partisipan 2 sudah sesuai dengan intervensi yang sudah direncanakan sebelumnya. Pada diagnosa utama sudah dilakukan implementasi yaitu edukasi tentang stroke, pengambilan keputusan, demonstrasi terapi genggam bola karet, edukasi memodifikasi lingkungan untuk pasien stroke dan pemanfaatan fasilitas kesehatan. Pada diagnosa kedua juga sudah dilakukan implementasi sesuai rencana yaitu edukasi tentang hipertensi, pengambilan keputusan, demonstrasi edukasi kesehatan terkait hipertensi, edukasi memodifikasi lingkungan dan pemanfaatan fasilitas kesehatan. Begitu juga dengan diagnosa ketiga juga sudah sesuai dengan perencanaan sebelumnya yaitu dengan pemberian edukasi tentang nyeri, pengambilan keputusan, demonstrasi edukasi tarik nafas, memodifikasi lingkungan untuk pasien nyeri dan pemanfaatan fasilitas kesehatan.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan keluarga adalah proses untuk menilai keberhasilan keluarga dalam melaksanakan tugas kesehatannya, sehingga memiliki produktivitas yang tinggi dalam mengembangkan setiap anggota keluarga. Sebagai komponen kelima dalam proses keperawatan, evaluasi adalah tahap yang menentukan apakah tujuan yang telah ditetapkan akan menentukan mudah atau sulitnya dalam melaksanakan evaluasi. (Anggreni, 2022).

Tahap evaluasi adalah tahap yang menentukan apakah tujuan tercapai. Evaluasi didasarkan pada bagaimana efektif intervensi yang dilakukan oleh keluarga, perawat dan yang lainnya. Evaluasi disusun dengan menggunakan SOAP yaitu evaluasi subjektif, objektif, analisa dan planning atau perencanaan. (Anggreni, 2022)

Evaluasi pada diagnosa pertama yaitu **Gangguan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot** didapatkan bahwa :

Evaluasi TUK 1 kegiatan pertama mengenal masalah sesuai dengan tugas keluarga yang pertama yaitu mengenal masalah pengetahuan terhadap stroke, dengan cara melakukan edukasi kesehatan tentang stroke bersama anggota

keluarga. Didapatkan hasil subjektif yaitu Klien dan keluarga mengatakan sudah mengerti dengan faktor risiko, penyebab, tanda dan gejala, komplikasi, serta pencegahan dari stroke yang dialami Partisipan 1 dan Partisipan 2. Sedangkan didapatkan hasil objektif yaitu Klien dan keluarga tampak mengerti dan paham, serta dapat mengulangi materi yang dijelaskan.

Evaluasi TUK 2 pengambilan keputusan sesuai dengan tugas keluarga kedua yaitu mengambil keputusan untuk mengatasi masalah. Didapatkan hasil subjektif, klien dan keluarga mengatakan bahwa mereka sudah merasa mampu mengambil keputusan terkait kondisi yang dialami, dan telah berusaha melakukan tindakan yang dapat meningkatkan pemahaman mereka tentang penanganan stroke. dari hasil objektif klien terlihat memahami penjelasan yang diberikan dan mampu mengambil keputusan yang tepat dalam upaya mengatasi masalah yang dialaminya.

Evaluasi TUK 3 pengambilan keputusan sesuai dengan tugas keluarga ketiga yaitu merawat anggota keluarga yang mengalami stroke dengan melakukan edukasi dan desmotrasi tentang terapi genggam bola karet. Didapatkan hasil subjektif yaitu pernyataan dari Partisipan 1 yang mengatakan bahwa ia rutin melakukan terapi dua kali sehari, yaitu pada pagi dan sore hari, terapi pada pagi hari dilakukan secara mandiri didampingi keluarga, selama 7 menit. Selain itu, ia terkadang diingatkan oleh anaknya untuk melakukan latihan genggam bola karet, pernyataan dari Partisipan 2 yang mengakui jarang melakukan terapi, hanya satu kali sehari pada sore hari selama kurang lebih 3 menit. Partisipan 2 juga menyampaikan bahwa ia sering merasa pegal dan tidak sanggup melanjutkan terapi genggam bola karet. Selain itu, Partisipan 2 juga jarang diingatkan anaknya, untuk melakukan latihan genggam bola karet. Sedangkan didapatkan hasil objektif yaitu Klien tampak mengerti dan mampu merawat anggota keluarga yang sakit.

Evaluasi TUK 4 memodifikasi lingkungan rumah yang aman dan nyaman untuk mengatasi masalah akibat stroke didapatkan dari hasil subjektif yaitu klien dan keluarga mengatakan bahwa penerangan di dalam rumah sudah cukup agar mencegah risiko jatuh akibat gangguan keseimbangan. Selain itu,

lantai kamar sudah tidak licin dilengkapi dengan keset antiselip, Edukasi penataan barang pribadi pasien ditempatkan di sekitar kamar atau di area yang mudah dijangkau agar dapat menjalankan aktivitas sehari-hari secara mandiri tanpa terlalu bergantung pada orang lain. Sedangkan didapatkan hasil objektif yaitu Klien tampak mengerti dan mampu memodifikasi lingkungan rumah yang aman dan nyaman untuk mengatasi masalah stroke.

Lingkungan rumah yang aman dan mendukung sangat penting bagi pasien stroke dengan penurunan kekuatan otot karena kondisi ini menyebabkan keterbatasan dalam mobilitas, peningkatan risiko jatuh, serta ketergantungan pada orang lain untuk melakukan aktivitas sehari-hari. Penurunan kekuatan otot pada pasien stroke menyebabkan mereka mudah lelah, kesulitan berdiri, berjalan, atau berpindah tempat. Oleh karena itu, desain rumah yang ergonomis dan ramah terhadap keterbatasan fisik sangat diperlukan. Area-area penting seperti tempat tidur, toilet, kamar mandi, dapur, dan kursi santai sebaiknya berada dalam jarak yang berdekatan agar meminimalkan keharusan pasien berjalan jauh, yang dapat memperburuk kelelahan dan meningkatkan risiko terjatuh. Selain itu, penggunaan lantai yang tidak licin dan tidak memiliki perbedaan tinggi yang mencolok sangat disarankan untuk mencegah cedera. Ventilasi dan pencahayaan yang cukup akan membantu menjaga suasana rumah tetap nyaman dan meningkatkan kualitas tidur. Tempat tidur yang stabil, tidak terlalu tinggi juga penting agar pasien mudah naik dan turun tanpa membutuhkan banyak tenaga. Tambahan seperti pegangan tangan di sepanjang jalur yang sering dilewati dan di kamar mandi juga sangat membantu dalam menjaga keseimbangan. Kondisi rumah yang bising, gelap dapat memperburuk kondisi pasien stroke karena dapat menimbulkan stres psikologis, kelelahan, hingga peningkatan tekanan darah. Kebisingan yang berlebihan dapat memicu stres emosional, memperburuk gangguan tidur, serta menyebabkan peningkatan kelelahan dan risiko tekanan darah tidak stabil (Manurung, 2024).

Evaluasi TUK 5 fasilitas kesehatan yang ada serta manfaatnya untuk mengatasi masalah stroke didapatkan dari hasil subjektif yaitu klien

mengatakan sudah mulai patuh untuk minum obatnya, klien dan keluarga mengatakan mengerti tentang fasilitas kesehatan, klien mengatakan keluarga selalu mengingatkan minum obat, klien dan keluarga mengerti tentang obat dan manfaatnya obat. Sedangkan hasil objektif yaitu Klien tampak sudah mengerti, bisa menjelaskan kembali tentang fasilitas pelayanan kesehatan yang ada, manfaat minum obat dan mengerti tentang obatnya.

Evaluasi dari implementasi pada diagnosa kedua **Manajemen kesehatan tidak efektif b.d kurang terpapar informasi** didapatkan bahwa :

Evaluasi TUK 1 kegiatan pertama mengenal masalah sesuai dengan tugas keluarga yang pertama yaitu mengenal masalah dengan cara melakukan penyuluhan tentang hipertensi pada pasien stroke. Didapatkan hasil subjektif yaitu klien dan keluarga mengatakan sudah mengerti dengan faktor risiko, tanda dan gejala, penyebab serta penanganan yang dialami. Sedangkan hasil objektif klien dan keluarga mampu mengulangi materi yang telah dijelaskan.

Evaluasi TUK 2 keluarga dalam pengambilan keputusan untuk mengatasi masalah yang dialami yaitu dengan mendiskusikan tindakan yang dilakukan jika terjadi masalah kesehatan dalam keluarga. Didapatkan hasil subjektif yaitu klien dan keluarga mengatakan sudah mengetahui akibat jika masalah hipertensi tidak diatasi, klien dan keluarga mengatakan mampu mengambil keputusan terkait masalah hipertensi yang dialami. Sedangkan didapatkan hasil objektif klien dan keluarga tampak sudah mampu mengambil keputusan untuk mengatasi masalah hipertensi yang dialami yaitu dengan edukasi kesehatan terkait hipertensi.

Evaluasi TUK 3 merawat anggota keluarga yang mengalami hipertensi dengan melakukan edukasi kesehatan terkait hipertensi untuk menambah tingkat pengetahuan. Didapatkan hasil subjektif yaitu klien dan keluarga mengatakan sudah mengetahui dan mengerti terkait pencegahan hipertensi. Sedangkan hasil objektif yaitu klien dan keluarga tampak sudah mampu mengulangi materi yang telah dijelaskan.

Edukasi kesehatan bagi pasien hipertensi merupakan salah satu aspek penting dalam upaya pengendalian tekanan darah, meningkatkan pengetahuan, kesadaran, dan keterampilan dalam mengelola gaya hidup dan kepatuhan terhadap pengobatan. faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan hipertensi (Pola makan tidak sehat, kurang aktivitas fisik, stres dan faktor keturunan), Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat (Mengkonsumsi makanan sehat, anjurkan olahraga, istirahat cukup, dan menjaga kesehatan lingkungan) dan Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat (Keterlibatan keluarga mendorong gaya hidup sehat dan mengatasi makanan tidak sehat).

Evaluasi TUK 4 memodifikasi lingkungan rumah yang aman dan nyaman untuk mengatasi masalah. Didapatkan hasil subjektif yaitu klien dan keluarga mengatakan bisa melakukan modifikasi lingkungan untuk mengatasi masalah stroke. Sedangkan hasil objektif yaitu klien dan keluarga tampak mengerti dan mampu memodifikasi lingkungan. Lingkungan yang aman untuk pasien yaitu dengan penerangan di dalam rumah sudah cukup agar mencegah risiko jatuh akibat gangguan keseimbangan. Selain itu, lantai kamar sudah tidak licin dilengkapi dengan keset antiselip, Edukasi penataan barang pribadi pasien ditempatkan di sekitar kamar atau di area yang mudah dijangkau agar dapat menjalankan aktivitas sehari-hari secara mandiri tanpa terlalu bergantung pada orang lain.

Evaluasi TUK 5 menjelaskan fasilitas kesehatan yang ada serta manfaatnya untuk mengatasi masalah stroke. Didapatkan hasil subjektif klien dan keluarga mengatakan mengerti tentang fasilitas kesehatan dan manfaatnya. Sedangkan hasil objektif klien dan keluarga mampu menjelaskan tentang fasilitas kesehatan.

Evaluasi dari implementasi pada diagnosa ketiga **nyeri akut b.d agen pencidera fisiologis** didapatkan bahwa :

Evaluasi TUK 1 kegiatan pertama mengenal masalah sesuai dengan tugas keluarga yang pertama yaitu mengenal masalah dengan mengenal masalah

kesehatan tentang nyeri bersama anggota keluarga. Didapatkan hasil subjektif yaitu klien dan keluarga mengatakan sudah mengerti dengan faktor risiko, tanda dan gejala serta penyebab dan pencegahan yang dialami. Sedangkan hasil objektif klien dan keluarga mampu mengulangi materi yang telah dijelaskan.

Evaluasi TUK 2 mengenal masalah sesuai dengan tugas keluarga yang pertama yaitu keluarga dalam pengambilan keputusan untuk mengatasi masalah yang dialami yaitu dengan mendiskusikan tindakan yang dilakukan jika terjadi masalah nyeri dalam keluarga. Didapatkan hasil subjektif yaitu klien dan keluarga mengatakan sudah mengetahui akibat jika masalah nyeri tidak diatasi, klien dan keluarga mengatakan mampu mengambil keputusan terkait masalah nyeri yang dialami. Sedangkan didapatkan hasil objektif klien dan keluarga tampak memutuskan tindakan yang akan dilakukan untuk mengurangi nyeri pada pasien stroke yaitu dengan edukasi teknik nafas.

Evaluasi TUK 3 kegiatan pertama mengenal masalah sesuai dengan tugas keluarga yang pertama yaitu dalam merawat anggota keluarga yang mengalami nyeri dengan melakukan edukasi teknik nafas untuk menurunkan tingkat nyeri. Didapatkan hasil subjektif yaitu klien dan keluarga mengatakan sudah mengetahui dan mengerti tindakan yang dilakukan untuk menurunkan nyeri yaitu edukasi teknik nafas. Sedangkan hasil objektif yaitu klien dan keluarga tampak sudah mampu melakukan terapi nafas dalam yang telah diajarkan.

Teknik Relaksasi Nafas Dalam (Deep Breathing) adalah suatu teknik olah nafas yang bertujuan untuk meningkatkan ventilasi alveoli, memelihara pertukaran gas, mencegah atelektasi paru, meningkatkan efisiensi batuk, mengurangi stres baik stres fisik maupun emosional yaitu menurunkan intensitas nyeri dan menurunkan kecemasan. ketika muncul rasa tidak nyaman, stress fisik dan emosi yang disebabkan oleh kecemasan, teknik relaksasi napas dalam (deep breathing) adalah salah satu cara membuat timbulnya kontrol diri pada individu yang melakukannya. didalam pelaksanaannya, Teknik ini dapat digunakan oleh semua individu baik yang

sedang sakit maupun sehat.

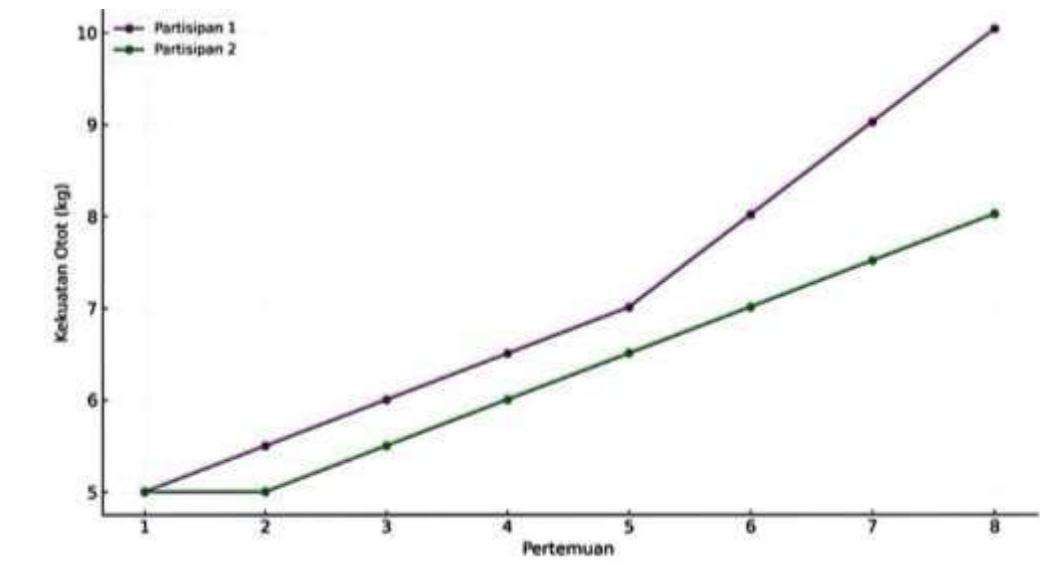
Evaluasi TUK 4 kegiatan pertama mengenal masalah sesuai dengan tugas keluarga yang pertama yaitu memodifikasi lingkungan rumah yang aman dan nyaman untuk pasien dengan stroke. Didapatkan hasil subjektif yaitu klien dan keluarga mengatakan bisa melakukan modifikasi lingkungan untuk mengatasi masalah stroke. Sedangkan hasil objektif yaitu klien dan keluarga tampak mengerti dan mampu memodifikasi lingkungan. Lingkungan yang tepat untuk pasien stroke yaitu pencahayaan yang baik membantu mengurangi risiko jatuh dan menciptakan suasana yang nyaman. Ventilasi yang cukup penting untuk menjaga kualitas udara dan suhu ruangan, sehingga pasien merasa lebih tenang dan tidak mudah stres. kamar tidur, kamar mandi, sebaiknya berada di satu lantai untuk meminimalkan kebutuhan berpindah tempat secara vertikal. Tempat tidur harus cukup rendah agar pasien mudah naik turun, dan sebaiknya tidak terlalu empuk agar tetap memberikan penopang yang baik bagi tubuh (Wahyuni, 2023).

Evaluasi TUK 5 kegiatan pertama mengenal masalah sesuai dengan tugas keluarga yang pertama yaitu menjelaskan fasilitas kesehatan yang ada serta manfaatnya untuk mengatasi masalah stroke. Didapatkan hasil subjektif klien dan keluarga mengatakan mengerti tentang fasilitas kesehatan dan manfaatnya. Sedangkan hasil objektif klien dan keluarga mampu menjelaskan tentang fasilitas kesehatan.

Evaluasi keperawatan keluarga dilakukan sesuai dengan rencana yang telah diberikan, setelah itu dilakukan penilaian untuk melihat keberhasilan dari rencana yang telah ditetapkan (Panglipurningsih, 2024). Evaluasi yang dilakukan dalam bentuk SOAP. Evaluasi dilakukan selama 8 kali dimulai tanggal 25 April 2025 sampai tanggal 5 Mei 2025.

Terapi yang dilakukan selama 8 hari berturut selama 2 kali 7-10 menit didapatkan hasil yaitu:

Gambar 1. Grafik Peningkatan Kekuatan Otot Partisipan 1 dan Partisipan 2



Berdasarkan grafik, terdapat peningkatan kekuatan otot pada Partisipan 1 setelah dilakukan intervensi, sebelum melakukan terapi pada hari pertama kekuatan otot diukur dengan handgrip tercatat adalah 5 kg. Setelah dilakukan terapi selama 8 hari, kekuatan otot meningkat menjadi 10 kg. Berdasarkan tabel di atas, peningkatan kekuatan otot mulai terlihat pada hari kelima, dan terus mengalami peningkatan sampai hari kedelapan. Hal ini didukung oleh pernyataan Partisipan 1 yang mengatakan bahwa ia rutin melakukan terapi dua kali sehari, yaitu pada pagi dan sore hari, masing-masing selama 7 menit. Selain itu, ia juga terkadang diingatkan oleh anaknya untuk melakukan latihan menggenggam bola karet. Peningkatan yang terjadi pada tiga hari terakhir tampak lebih signifikan dibandingkan hari-hari sebelumnya. Hal ini kemungkinan besar karena rutinitas latihan yang konsisten dan semakin membentuk kekuatan otot secara optimal. Selain itu, dukungan dari keluarga, khususnya dari anak pasien yang aktif mengingatkan untuk latihan, kemungkinan turut berkontribusi terhadap komitmen dan motivasi pasien dalam menjalani terapi.

Berdasarkan grafik, terdapat peningkatan kekuatan otot pada Partisipan 2 setelah dilakukan intervensi, sebelum dilakukan terapi pada hari pertama kekuatan otot diukur dengan handgrip tercatat adalah 5 kg. Setelah dilakukan terapi selama 8 hari, kekuatan otot meningkat menjadi 8 kg. Berdasarkan tabel di atas, peningkatan kekuatan otot mulai terlihat pada hari kelima dan mengalami peningkatan sampai hari kedelapan namun lebih lambat, Hal ini sejalan dengan pernyataan Partisipan 2 yang mengaku jarang melakukan terapi, hanya satu kali sehari pada pagi hari selama kurang lebih 3 menit. Partisipan 2 juga menyampaikan bahwa ia sering merasa pegal dan tidak sanggup melanjutkan terapi menggenggam bola karet. Selain itu, Partisipan 2 jarang diingatkan anaknya, untuk melakukan latihan menggenggam bola karet padahal dengan pemantauan secara rutin dan penyesuaian program latihan bisa membantu meningkatkan hasil.

Hasil penerapan ini didukung oleh penelitian Budi (2019) terdapat perbedaan kekuatan otot ekstremitas atas setelah dilakukan terapi menggenggam bola karet dengan menerapkan latihan menggenggam bola pada pasien stroke yang mengalami kelemahan otot ekstremitas atas serta menjadikan latihan menggenggam bola yaitu menggenggam bola karet sebagai protap atau standar asuhan keperawatan kepada pasien stroke yang mengalami hemiparisis ekstremitas atas untuk meningkatkan kekuatan otot pasien. Hal ini relevan dengan penelitian (Sari dkk, 2021) menyatakan bahwa terapi menggenggam bola karet efektif meningkatkan kekuatan otot, peningkatan kekuatan otot terjadi setelah dilakukan penerapan terus menerus. Semakin banyak latihan yang dilakukan semakin baik proses hipertrofi otot sehingga kekuatan otot dapat mengalami peningkatan.

6. Analisis Penerapan EBN

a. Implikasi

Terapi menggenggam bola karet merupakan terapi sederhana yang bisa dilakukan dirumah sebagai proses rehabilitasi. Terapi menggenggam bola

karet, yaitu gerakan di tangan menggenggam yang dilakukan dengan 3 cara ialah buka tangan, tutup jari untuk menggenggam, kemudian atur kuat otong genggaman (Irfan, 2019). Terapi menggenggam bola karet akan menyebabkan kontraksi otot yang bisa membuat kekuatan otot tangan menjadi lebih kuat karena telah terjadi kontraksi yang dihasilkan peningkatan motor unit yang diproduksi asetilcholin (Olviani, 2020).

Terapi menggenggam bola karet akan merangsang adanya perintah oleh korteks serebri agar menstimulus saraf untuk bekerja untuk mengaktifasi sinyal secara spesifik oleh serebelum sehingga memicu banyak aktivitas motoric ke otot terutama untuk pergerakan. Neuron motorik membawa instruksi dari sistem saraf pusat menuju efektor perifer. Jaringan perifer, organ dan sistem organ akan mendapatkan stimulus dari neuron motorik yang nantinya memodifikasi semua aktivitas. Aktivitas latihan gerak dengan menggenggam bola karet akan merangsang serat-serat otot berkontraksi dan berelaksasi. Latihan secara teratur akan menimbulkan pembesaran (hipertrofi) otot. Semakin banyak latihan yang dilakukan semakin baik proses hipertrofi otot sehingga kekuatan otot dapat mengalami peningkatan (Sari dkk, 2021). Hal ini relevan oleh penelitian yang sebelumnya bahwa terapi genggam bola karet efektif untuk meningkatkan kekuatan otot dimana peningkatan kekuatan otot pada penelitian ini terjadi setelah dilakukan penerapan selama 4 hari (Arif, 2019).

Prosedur terapi yaitu menggenggam bola dengan menggunakan bahan karet selama 2 kali sehari (Ida., 2022). Lakukan posisi *wrist joint* 45 derajat, dilanjutkan dengan menggenggam kuat selama 5 detik kemudian rileks selama 10 detik (Budi, 2019).

b. Keterbatasan

- 1) Posisi duduk selama pelaksanaan terapi genggam bola karet belum sepenuhnya distandarisasi. Meskipun secara umum dianjurkan agar pasien duduk dengan posisi tegak di kursi yang memiliki sandaran dan penopang lengan, masih terdapat variasi kenyamanan dan postur yang

dapat memengaruhi efektivitas latihan. Keterbatasan ini dapat memunculkan bias dalam hasil pengukuran kekuatan otot karena stabilitas postural berpengaruh terhadap kemampuan pasien menggenggam secara optimal.

- 2) Penelitian ini belum secara jelas dan terperinci mengatur atau memantau batas tekanan darah sebelum dan sesudah terapi. Sementara secara klinis, terapi fisik seperti genggam bola karet idealnya dilakukan ketika tekanan darah pasien dalam kondisi stabil (tidak lebih dari 180/100 mmHg) (Zhao, 2020), dalam penelitian ini tidak dilakukan eksklusi atau pengkondisian ketat terhadap nilai tekanan darah. Hal ini berisiko menyebabkan hasil terapi tidak konsisten, karena tekanan darah yang terlalu tinggi atau terlalu rendah dapat memengaruhi kemampuan otot dan respon fisiologis terhadap latihan.
- 3) Waktu pelaksanaan terapi genggam bola karet (sebelum atau sesudah makan) juga tidak dikontrol secara ketat. Beberapa pasien melakukan terapi sebelum makan, sementara lainnya sesudah makan. Hal ini menjadi keterbatasan karena status nutrisi atau kondisi tubuh sebelum/sesudah makan dapat mempengaruhi stamina, konsentrasi, dan kemampuan menggenggam. Dalam praktik klinis, terapi ringan seperti ini sebaiknya dilakukan setidaknya 30–60 menit setelah makan agar pasien tidak merasa mual atau lemas.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian penerapan terapi genggam bola karet dalam asuhan keperawatan keluarga dengan stroke pada keluarga Partisipan 1 dan Partisipan 2 di Wilayah Kerja Puskesmas Anak Air Padang Tahun 2025, peneliti mengambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Dari hasil pengkajian yang telah dilakukan pada Partisipan 1 pada 21 April 2025 ditemukan bahwa gangguan mobilisasi tubuh sebelah kiri (tangan) lemah untuk digerakkan dengan kekuatan otot 3 sedangkan pada Partisipan 2 gangguan mobilisasi tubuh sebelah kanan (tangan) lemah untuk digerakkan dengan kekuatan otot 3.
2. Diagnosis keperawatan yang muncul pada kasus kedua keluarga yaitu 3 diagnosis. Diagnosis utama yang muncul berdasarkan prioritas masalah yaitu gangguan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot. masalah kedua manajemen kesehatan tidak efektif berhubungan dengan kurang terpapar informasi dan masalah keperawatan ketiga yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisiologis.
3. Intervensi keperawatan yang direncanakan tergantung kepada masalah keperawatan yang ditemukan. Intervensi yang dilakukan dirumuskan berdasarkan diagnosis yang telah didapatkan dan berdasarkan 5 tugas khusus keluarga yaitu mengenal masalah, memutuskan tindakan, merawat anggota keluarga yang sakit, memodifikasi lingkungan dan memanfaatkan fasilitas kesehatan.
4. Implementasi mulai dilakukan tanggal 25 April-04 Mei 2025 berdasarkan intervensi keperawatan yang telah dibuat. Implementasi yang telah dilakukan dengan metode diskusi, demonstrasi dan penyuluhan. Dalam pelaksanaan ada beberapa implementasi yang digabung seperti tugas khusus keluarga pertama dan kedua yaitu mengenal masalah dan mengambil keputusan serta tugas khusus keluarga keempat dan kelima yaitu memodifikasi lingkungan dan memanfaatkan fasilitas kesehatan.
5. Evaluasi dilakukan pada tahap akhir kepada pasien dan keluarga tanggal 5 Mei 2025, mengenai tindakan keperawatan yang telah dilakukan

berdasarkan catatan perkembangan. Ditemukan klien dan keluarga sudah paham bagaimana perawatan stroke yaitu menggunakan terapi genggam bola karet keluarga Partisipan 1 dan Partisipan 2 juga mengatakan menjadi lebih tahu cara merawat anggota keluarga yang sakit.

6. Terdapat pengaruh terapi genggam bola karet dalam asuhan keperawatan keluarga dengan Stroke.

B. Saran

1. Bagi Puskesmas Anak Air

Hasil karya tulis akhir ini diharapkan dapat menjadi bahan masukan bagi perawat dalam pengendalian stroke.

2. Bagi Poltekkes Kemenkes RI Padang

Hasil karya tulis akhir ini diharapkan dapat digunakan sebagai bahan dalam pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan serta bahan literatur bacaan bagi mahasiswa.

3. Bagi peneliti selanjutnya

Pengaruh pemberian aplikasi terapi genggam bola karet berpengaruh dalam meningkatkan kekuatan otot. demi kesempurnaan penelitian ini, maka sangat penting bagi peneliti selanjutnya untuk dapat mengembangkan asuhan keperawatan ini dengan mencari tahu tentang aplikasi terapi genggam bola karet yang lainnya.

DAFTAR PUSTAKA

Anggreini, D. (2022). *METODOLOGI PENELITIAN KESEHATAN*.

Arif, M., & Gusni, H. (2015). Efektifitas rom aktif asistif spherical grip terhadap peningkatan kekuatan otot ekstremitas atas pasien stroke di ruangan neurologi rumah sakit stroke nasional bukittinggi. *Jurnal Kesehatan Perintis*, 2(4), 147.

Ariyanti, S., Sulistyono, R. E., Rahmawati, P. M., Surtikanti, A., & E., Rahmi, C., & Huda, N. (2023). *BUKU AJAR KEPERAWATAN KELUARGA* (E. Rianti(Ed.)). PT. Sonpedia Publishing Indonesia.

Azizah, N., & Wahyuningsih, W. (2020). Genggam Bola Untuk Mengatasi Hambatan Mobilitas Fisik Pada Pasien Stroke Nonhemoragik. *Jurnal Manajemen Keperawatan*

Azwar, S. (2013). *Sikap Manusia: Teori dan Pengukurannya*.

Budi, H., Netti, N., & Suryarinilsih, Y. (2019). Pengaruh latihan range of motion (ROM) menggenggam bola terhadap kekuatan otot ekstremitas atas pasien stroke iskemik. *Jurnal Sehat Mandiri*, 14(2). 79-86.

Darmawan, I., Utami, I. T., & Pakarti, A. T. (2024). Penerapan Range Of Motion (ROM) Exercise Bole Karet Terhadap Kekuatan Otot Pasien Stroke Non Hemoragik. *Jurnal Cendikia Muda*, 4

Faridah, U. F., Sukarmin, S., & Kuati, S. (2019). Pengaruh rom exercise bola karet terhadap kekuatan otot genggam pasien stroke di rsud raa soewondo Pati. *Indonesia Jurnal Perawat*, 3(1), 36-43.

Ferawati, Rita, I., Amira, S., & Ida, Y. (2020). *Stroke : Bukan Akhir Segalanya (Cegah dan Atasi Sejak Dini)*

Hutagaluh, M. S. (2019). *Panduan Lengkap Stroke: Mencegah, Mengobati dan Menyembuhkan*. Nusamedia.

Ida, R., Neni, T., Loren, J., & Zulfikar. (2022). Peningkatan kekuatan motorik pada pasien stroke non hemoragik dengan menggenggam bola karet: systematic review. *Jurnal Kesehatan Medika Udayana*. 8(1). 22-33.

Irfan, M., (2019) . *Fisioterapi Bagi Insan Stroke*. Jakarta: Graha Ilmu.

Kuriakose, D., & Xiao, Z. (2020). Pathophysiology and Treatment of Stroke: Present Status and Future Perspectives. *International Journal of Molecular Sciences*, 21(20). <https://doi.org/10.3390/ijms21207609>

Kusyani, A., & Khayudin, B. A. (2022). *Asuhan Keperawatan Stroke Untuk Mahasiswa dan Perawat Profesional*.

Lukman, S. (2024). *BUKU AJAR KEPERAWATAN KELUARGA* (Rahmawati (Ed.)). SALNESIA (CV. SARANA ILMU INDONESIA).

Made sudarma, Trisnadewi, N. wayan, & Oktaviani, N. putu W. (2021). *Metodologi Penelitian Kesehatan*.

Mahendra, D., Jaya, I. M. M., & Lumban, A. M. R. (2019). Buku Ajar Promosi Kesehatan. *Program Studi Diploma Tiga Keperawatan Fakultas Vokasi UKI*, 1–107.

Manurung, A. M., Sihombing, R. S., & Tambunan, D. A. (2024). *Desain Lingkungan Rumah yang Aman dan Nyaman bagi Pasien Stroke*. Medan: Universitas Sumatera Utara Press.

Masriana, Muammar, & Yahya, M. (2021). Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Terjadinya Stroke Pada Pasien. *Journal of Nursing and Midwifery*,

Notoatmodjo, S. (2018). *Metodologi Penelitian Kesehatan* (3rd ed.). Rineka Cipta.

Nuryadi, Astuti, T. D., Utami, E. S., & Budiantara, M. (2017). *Dasar - Dasar Statistik Penelitian*.

Panglipurningsih, N. A. P., Achjar, K. A. H., Sovianti, V., Umam, K., Hidayatullah, A., Nurlela, L., Nuraeni, A., S, M. C. A., Wijayanti, E. S., Juwariyah, S., & others. (2024). *Kesehatan dan Keperawatan Keluarga*. PT. Sonpedia Publishing Indonesia.

Pinzon, R., & Asanti, L. (2016). *Awas Stroke! Pengertian, Gejala, Tindakan, Perawatan dan Pencegahan*.

Pradono, J., Kristiani, Y., & Widiantoro, L. (2021). Peran lingkungan dan dukungan sosial dalam pengelolaan hipertensi di masyarakat. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*, 15(2), 55–63.

Puspitasari, P. N. (2020). Hubungan Hipertensi Terhadap Kejadian Stroke. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 12(2), 9

Salamung, N., Pertiwi, M. R., Ifansyah, M. N., Riskika, S., Maurida, N., Primasari, N. A., & Rumbo, H. (2021). *Family Nursing*.

SDKI. (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat

SIKI. (2018). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Singapore: Elsevier.

SLKI. (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*. Jakarta: Dewan pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia

Wahyuni, S., Rahmawati, I., & Nugroho, H. S. (2023). Desain lingkungan rumah ramah disabilitas untuk pasien stroke pasca-rawat inap. *Jurnal Keperawatan Rehabilitatif*, 11(1), 33–40.

LAMPIRAN



1	Submitted to Politeknik Kesehatan Kemenkes Padang Student Paper	3%
2	repository.bku.ac.id Internet Source	3%
3	repository.poltekkes-kdi.ac.id Internet Source	3%
4	www.scribd.com Internet Source	2%
5	jurnal.syedzasaintika.ac.id Internet Source	1%
6	repository.stikeshangtuah-sby.ac.id Internet Source	1%
7	eprints.ukh.ac.id Internet Source	1%
8	pdfcoffee.com Internet Source	1%
9	repository.penerbit.salnesia.id Internet Source	<1%
10	eprints.kertacendekia.ac.id Internet Source	<1%
11	journal.ugm.ac.id Internet Source	<1%