

**KARYA TULIS ILMIAH
LAPORAN STUDI KASUS**

**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA PADA KELUARGA
IBU. A DENGAN STROKE DI WILAYAH KERJA
PUSKESMAS GULAI BANCAH
BUKITTINGGI
TAHUN 2019**



OLEH :

ANGGA ARYA PUTRA
1614401004

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
STIKes PERINTIS PADANG
TAHUN 2019**

**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA PADA KELUARGA
IBU. A DENGAN STROKE DI WILAYAH KERJA
PUSKESMAS GULAI BANCAH
BUKITTINGGI
TAHUN 2019**

LAPORAN STUDI KASUS

*Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Dalam menyelesaikan Pendidikan
Program Diploma III Keperawatan Di STIKes Perintis Padang*



OLEH

ANGGA ARYA PUTRA
1614401004

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
STIKes PERINTIS PADANG
TAHUN 2019**

LEMBAR PERSETUJUAN

Nama Mahasiswa : **ANGGA ARYA PUTRA**

NIM : **1614401004**

Judul KTI : **Asuhan Keperawatan Keluarga Dengan Anggota Keluarga Yang Mengalami Stroke Di Puskesmas Gulai Bancah Tahun 2019**

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui , diperiksa dan akan dipertahankan di hadapan Dewan Penguji Studi Kasus Program Studi D III Keperawatan STIKes Perintis Padang .

Bukittinggi, Juli 2019

Pembimbing



Ns. Yaslina, M.Keperawatan,Sp.Keperawatan

NIK: 1420106037395017

Mengetahui,

Program Studi D III Keperawatan

STIKes Perintis Padang



Ns. ENDRA AMALIA, M.Keperawatan

NIK : 1420123106993012

LEMBAR PENGESAHAN

Nama Mahasiswa : **ANGGA ARYA PUTRA**

NIM : **1614401004**

Judul KTI : **Asuhan Keperawatan Keluarga Dengan Anggota Keluarga Yang Mengalami Stroke Di Puskesmas Gulai Bancah Tahun 2019**

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui , diperiksa dan akan dipertahankan di hadapan Dewan Penguji Studi dan diterima sebagai persyaratan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi D III Keperawatan STIKes Perintis Padang .

Bukittinggi, Juli 2019

Pembimbing

Penguji I,



Ns. Falerisiska Yunere, M.Kep

NIK: 1440125028004033

Penguji II,



Ns. Yaslina, M.Kep, Sp.Kep.Kom

NIK : 1420106037395017

**Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Perintis Padang
Program Studi DIII Keperawatan
Karya Tulis Ilmiah, Juli 2019**

**ANGGA ARYA PUTRA
1614401004**

**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA PADA IBU. A DENGAN
MASALAH STROKE DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS GULAI
BANCAH KOTA BUKITTINGGI TAHUN 2019.**

V Bab+ 121 halaman + 9 tabel + 2 gambar + 3 skema+ 4 lampiran

Abstrak

Stroke merupakan salah satu penyakit yang paling menakutkan karena dapat berakibat fatal baik kematian atau disabilitas jangka panjang. Tujuan dari penulisan ini adalah mampu melakukan asuhan keperawatan keluarga Bapak. S dengan masalah Stroke di wilayah kerja Puskesmas Gulai Bancah kota Bukittinggi tahun 2019. Hasil laporan kasus di temukan data pada Ibu. A adalah sejak 2 tahun yang lalu menderita Stroke tepatnya pada tahun 2017, pada klien tersebut mengalami kelemahan pada anggota gerak tubuh sebelah kiri. Dan sekarangpun masi lemah pada anggota gerak sebelah kiri khususnya pada ekstremitas bawah dengan skala kekuatan otot yaitu 3. Ibu. A jika beraktivitas selalu menggunakan alat bantu tongkat. Dari hasil pengkajian tersebut di dapatkan masalah keperawatan keluarga Ibu A adalah Hambatan Mobilitas fisik. Berdasarkan masalah keperawatan diatas maka disusunlah rencana dan melaksanakan tindakan keperawatan serta melakukan evaluasi yang mengacu pada tujuan dan kriteria hasil. Oleh karena itu disarankan kepada tim kesehatan untuk dapat membantu dalam memelihara kesehatan dan memberikan asuhan keperawatan dengan penyakit seperti Stroke secara tepat dan benar.

**Kata kunci :Asuhan Keperawatan Keluarga, Stroke
Daftar Pustaka :1979-2018**

*Padang Pioneers School of Health Sciences
DIII Nursing Study Program
Scientific Writing, July 2019*

**ANGGA ARYA PUTRA
1614401004**

***NURSING CARE OF FAMILY IN MOTHER. A WITH STROKE PROBLEMS
IN THE GULAI PUSKESMAS WORKING AREA FROM BUKITTINGGI
CITY IN 2019.***

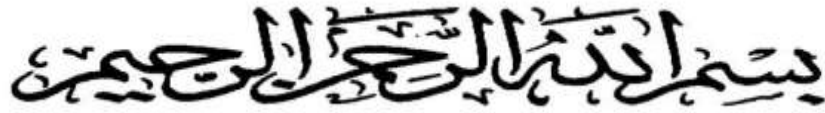
V Chapter + 121 pages + 9 tables + 2 images + 3 schemes + 4 attachments

Abstract

Stroke is one of the most frightening diseases because it can be fatal both long-term death or disability. The purpose of this paper is to be able to carry out your family's nursing care. S with a Stroke problem in the work area of the Gulai Bancah Health Center in the city of Bukittinggi in 2019. The results of the case report were found in the data for Mother. A is since 2 years ago suffered a stroke precisely in 2017, the client experienced weakness in the left limb. And even now the weakness is the left limb especially in the lower extremity with a scale of muscle strength, namely 3. Mother. A if you are active, always use a stick. From the results of the study, the mother A's family nursing problems were found to be obstacles to physical mobility. Based on the nursing problems above, a plan is drawn up and carry out nursing actions and conduct evaluations that refer to the objectives and outcome criteria. Therefore it is recommended to the health team to be able to help maintain health and provide nursing care with diseases such as stroke correctly and correctly.

***Keywords: Family Nursing Care, Stroke
Bibliography: 1979-2018***

KATA PENGANTAR



AssalamualaikumWr. Wb.

Pujisyukur kehadirat Allah Swt penulis ucapkan, karena telah member nikmat kesehatan, kekuatan, pikiran yang jernih dan keterbukaan hati sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan Laporan Studi Kasus ini yang berjudul **“Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Klien Ibu. A Dengan masalah Stroke Di wilayah kerja Puskesmas Gulai Bancah Kota Bukittinggi Sumatra Barat Tahun 2019”**. Tanpa nikmat yang diberikan oleh-Nya Sekiranya penulis tidak akan mampu untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini. Shalawat Serta salam selalu tercurahkan kepada-Nya junjungan Nabi Muhamad Saw, semoga atas izin Allah SWT penulis dan teman-teman seperjuangan mendapat syafaatnyan anti. AamiinYaRabbalAlamin

Selama proses penyusunan Laporan Studi Kasus ini penulis banyak mendapat bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, untuk itu pada kesempatan ini penulis ingin mengucapkan rasa terima kasih dan penghargaan yang setulusnya yang telah banyak meluangkan waktu, pikiran dan tenaganya dalam membimbing penulis dengan sabar dan penuh keikhlasan menyelesaikan laporan studi kasus ini.

Selanjutnya penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. Bapak Yendrizal Jafri, SKp,M.Biomed selaku Ketua STIKes Perintis Sumatera Barat
2. Ibu Ns. Endra Amalia, M.Kep selaku Ketua Program Studi DIII Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Perintis.
3. Bapak Ns. Yaslina, M.Ke.Sp.Kep.Kom selaku pembimbing yang telah banyak memberikan bimbingan dan masukan dengan penuh kesabaran.
4. Ibu Ns. Meria Hendayani S.Kep selaku pembimbing klinik Puskesmas Mandi Angin kota bukittinggi yang telah banyak memberikan bimbingan dan masukan untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah
5. Pimpinan beserta staf Puskesmas Gulai Bancah Kota Bukittinggi Sumatra Barat yang telah membantu dalam pembuatan laporan studi kasus ini.
6. Kepada bapak dan ibu dosen dari Prodi DIII Keperawatan STIKes Perintis Bukittinggi
7. Terkhusus kepada kedua orang tua, yang telah curahan kasih sayang, bantuan moril maupun material serta do'a yang tulus dan ikhlas demi kesuksesan penulis.
8. Kepada teman-teman mahasiswa Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Perintis Sumatra Barat, khususnya Program Studi DIII Keperawatan

yang bersama dalam suka maupun duka serta membantu penulisan dan menyelesaikan laporan studi kasus ini.

Selanjutnya walaupun penulis telah berusaha menyusun laporan studi kasus ini sebaik mungkin, namun apabila terdapat kesalahan dan kekurangan, penulis mengharapkan kritik serta saran yang membangun. Akhirnya kepadaNya jualah kita berserah diri, semoga member manfaat untuk kita semua.

WassalamualaikumWr. Wb.

Bukittinggi, Juli 2019

Penulis

DAFTAR ISI
Halaman

HALAMAN SAMPUL DEPAN	
HALAMAN PERSETUJUAN	
KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI.....	iv
DAFTAR GAMBAR	
DAFTAR TABEL.....	
DAFTAR LAMPIRAN	
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1.Latar Belakang	1
1.2.Tujuan Penulisan	6
1.2.1. Tujuan Umum.....	6
1.2.2. Tujuan Khusus.....	6
1.3.Manfaat Penulisan	7
1.3.1. Bagi Penulis.....	7
1.3.2. Bagi institusi Pendidikan	7
1.3.3. Bagi institusi Puskesmas	7
1.3.4. Bagi Pembaca	7
BAB II TINJAUAN TEORITIS	8
2.1.Konsep Dasar Keluarga.....	8
2.1.1. Defenisi Keluarga.....	9
2.1.2. Tipe Keluarga	11
2.1.3. Tahap dan Tugas Perkembangan Keluarga	15
2.1.4. Struktur Keluarga	26
2.1.5. Fungsi Keluarga	30
2.1.6. Tugas Keluarga.....	32
2.1.7. Peran Perawat Keluarga Perawat	33
2.2.Konsep Dasar Penyakit.....	35
2.2.1. Pengertian.....	35
2.2.2. Etiologi	35
2.2.3. Manifestasi Klinis.....	38
2.2.4. Patofisiologi.....	39
2.2.5. Pemeriksaan Penunjang.....	46
2.2.6. Penatalaksanaan.....	47
2.2.7. KAomplikasi.....	49
2.3.Asuhan Keperawatan Teoritis.....	50

2.3.1. Pengkajian	50
2.3.2. Diagnosa Keperawatan.....	62
2.3.3. Rencana Asuhan Keperawatan.....	65
2.3.4. Implementasi	73
2.3.5. Evaluasi	73
BAB III TINJAUAN KASUS	75
3.1.Pengkajian	75
3.2.Diagnosa Keperawatan.....	95
3.3.Intervensi Keperawatan.....	96
3.4.Implementasi dan Evaluasi Keperawatan	102
BAB IV PEMBAHASAN	109
4.1.Pengkajian	109
4.2.Diagnosa Keperawatan.....	111
4.3.Rencana Keperawatan.....	112
4.4.Implementasi Keperawatan.....	113
4.5.Evaluasi Keperawatan.....	116
BAB V PENUTUP	117
5.1.Kesimpulan.....	117
5.2. Saran.....	118
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN-LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

	Halaman
3.1 Tabel komposisi keluarga Ibu. A	75
3.3 Tabel Rencana Asuhan Keperawatan	96
3.4 Tabel Implementasi Keperawatan dan Evaluasi.....	102

DAFTAR SKEMA

	Halaman
2.2 WOC	45
2.3 Genogram.....	76
2.4 Denah Rumah.....	80

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Satuan Acara Penyuluhan ROM
- Lampiran 2 Lembaran konsultasi Bimbingan
- Lampiran 3 Lembaran Absensi Pengamatan Kasus
- Lampiran 4 Lembaran Konsultasi

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kesehatan merupakan hak fundamental setiap individu yang dinyatakan secara global dalam konstitusi WHO, pada *decade* terakhir telah disepakati komitmen global *Millenium Development Goals (MDGs)* yang menyatakan pembangunan kesehatan adalah pangkal kecerdasan, produktifitas dan kesejahteraan manusia serta. Kementerian Kesehatan telah menetapkan visi“ Masyarakat Sehat Yang Mandiri Dan Berkeadilan “ (Kementrian Kesehatan, 2011). Pembangunan kesehatan merupakan upaya memenuhi salah satu hak dasar masyarakat, yaitu hak memperoleh pelayanan kesehatan sesuai dengan Undang- UndangDasar 1945 pasal 28 H ayat 1 dan Undang-Undang Nomor 23 tahun 1992 tentang kesehatan. Pembangunan kesehatan harus dipandang sebagai suatu investasi untuk peningkatan kualitas sumber daya manusia yang antara lain suatu komponen utama untuk pendidikan dan ekonomi serta kesehatan yang juga memiliki peran dalam penanggulangan kemiskinan. (Indra, 2010). Menuju derajat kesehatan masyarakat yang optimal belum sepenuhnya tercapai. Ini disebabkan antara lain masih banyak penyakit yang menyerang masyarakat yaitu seperti stroke.

Stroke adalah suatu sindrom klinis yang di tandai dan hilangnya fungsi otak secara akut dan dapat menimbulkan kematian World Health Organization (WHO, 2014). Stroke adalah suatu keadaan yang mengakibatkan seseorang

mengalami kelumpuhan atau kematian karena terjadinya gangguan perdarahan di otak yang menyebabkan kematian jaringan otak (Batticaca, 2009). Stroke terjadi akibat pembuluh darah yang membawa darah dan oksigen menyebabkan fungsi control gerakan tubuh yang dikendalikan oleh otak tidak berfungsi American Heart Association (AHA, 2015).

Salah satu penyebab stroke iskemik adalah antero klerosis intra cranial. Anteros klerosis intra cranial merupakan penyebab stroke iskemik yang seringterjadidan 20-60% penyebab stroke iskemik di Asia (Lakhan et al, 2009). Anteros klerosis adalah kondisi dimana terjadinya inflamasi vaskuler. Indicator yang berkontribusi terhadap terjadinya inflamasi vaskuler dan anteros klerosis ini yaitu leukosit (Wu et al, 2013). Padastudi Atheros clerosis Risk in Communities study (ARIC) menemukan adanya hubungan antara perubahan jumlah leukosit dengan peningkatan kejadian stroke iskemik dan kematian penyakit kardiovaskuler (Lee et al, 2001).

Di negara-negara ASEAN penyakit stroke juga merupakan masalah kesehatan utama yang menyebabkan kematian. Dari data *East Asian Medical Information Centre (SEAMIC)*. diketahui angka kematian stroke terbesar terjadi di indonesia yang kemudian diikuti secara berurutan oleh Filipina, Singapura, Brunei, Malaysia, dan Thailand. Jumlah penderita stroke dengan rata-rata berusia 60 tahun ke atas berada di urutan kedua terbanyak Asia, sedangkan usia 15-59 tahun berada berada di urutan ke lima terbanyak di Asia.

Besarkan data 10 besar penyakit terbanyak di Indonesia tahun 2013, prevalensi kasus stroke di Indonesia berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan sebesar 7,0 per mil dan 12,1 per mill untuk yang terdiagnosis memiliki gejala stroke. Prevelensi kasus stroke tertinggi terdapat di provinsi Sulawesi Utara (10,8%) dan terendah di provinsi Papua (2,3%), sedangkan provinsi Jawa Tengah sebesar 7,7%. Prevelensi stroke antara laki-laki dengan perempuan hampir sama (Kemenkes, 2013)

Penyakit stroke juga menjadi penyebab kematian utama hampir seluruh Rumah Sakit di Indonesia dengan angka kematian sekitar 15,4%. Tahun 2007 prevelensinya berkisar pada angka 8,3% sementara pada tahun 2013 meningkat menjadi 12,1%. Jadi, sebanyak 57,9% penyakit stroke telah terdiagnosis oleh tenaga kesehatan (nakes), prevelensinya penyakit stroke meningkat seiring bertambahnya umur, terlihat dari kasus stroke tertinggi yang terdiagnosis tenaga kesehatan adalah usia 75 tahun keatas (43,1%) dan terendah pada kelompok usia 15-24 tahun yaitu sebesar 0,2% (Risksedes, 2013).

Menurut penelitian Badan Pusat Statistik (BPS) pada tahun 2013, prevelensinya penyakit stroke pada kelompok yang didiagnosis oleh nakes meningkat seiring dengan bertambahnya umur, prevelensi penyakit stroke pada umur >15 tahun 2013 di Sumatra Barat naik dari 7,4% menjadi 12,2%

dimana juga terjadi peningkatan pada usia 15-24 tahun (0,2% menjadi 2,6%) usia 25-34 tahun (0,6% menjadi 3,9%) usia 35-44 tahun (2,5% menjadi 6,4%)(Hasil Riskesdes, 2013).

Stroke (penyakit serebrovaskuler) adalah kematian jaringan otak (infark serebral) yang terjadi karena berkurangnya aliran darah dan oksigen ke otak (Smeltzer,2008,hal 2131 Laki-laki yang berumur 45 tahun bila bertahan hidup sampai 85 tahun kemungkinan terkena stroke 25%. Sedangkan resiko wanita terkena stroke 20%. Pada laki-laki cenderung terkena stroke hemoragik, sedangkan wanita cenderung lebih menderita perdarahan suparachnoid dan kematian dua kali lebih tinggi di bandingkan dengan wanita (Jumaidi,2011).

Stroke adalah cedera vascular akut pada otak. Ini berarti stroke adalah suatu cedera mendadak dan berat pada pembuluh darah otak. Cedera dapat disebabkan oleh sumbatan bekuan pembuluh darah, penyempitan pembuluh darah, atau pecahnya pembuluh darah (Dr.Valery Feingin, PhD,2006 hal : 9). Faktor risiko yang dapat di modifikasi sama untuk kelompok usia muda dan tua namun prevalensinya faktor risiko ini tidak sama pada kedua usia ini. Hipertensi, penyakit jantung, dan diabetes melitus adalah faktor risiko yang paling umum pada kalangan orang tua. Sebaliknya pasien stroke pada usia muda memiliki faktor risiko dislipidemia (60%) merokok (44%) dan hipertensi (39%). Dalam penelitian lain tiga faktor risiko yang paling banyak terjadi pada pasien stroke usia muda adalah merokok (49%), dan hipertensi

(36%) pada pasien stroke iskemik pertama (Smajlovic,2015).Penelitian Renna (2014) juga mengungkapkan hal yang hampir sama dimana faktor risiko pada usia muda yaitu dislipimedia (52,7%), merokok (47,3%), dan hipertensi (39-3%).

Berdasarkan penelitian Sunnati (2014). Dukungan keluarga berhubungan dengan kualitas hidup pasien stroke. Dukungan keluarga dalam bentuk dukungan social dapat membantu penderita stroke berperan dalam kehidupan sosialnya. Bentuk dukungan emosional dari keluarga dapat menimbulkan perasaan aman dan damai yang ditunjukkan dengan sikap tenang dan bahagia. Sedangkan dukungan instrumental berupa adanya penyediaan sarana dalam bentuk materi dan pemberian bantuan financial dapat menjadikan penderita stroke merasa dicintai dan diperhatikan. Selain itu dengan adanya dukungan penilaian menjadikan penderita stroke dapat mengkomunikasikan kesulitan yang dia laminya.

Dari data yang diperoleh oleh penulis jum'at 28-6-2019 di wilayah kerja Puskesmas Gulai Bancah selama 1 tahun terakhir penderita penyakit stroke sebanyak 24 orang. Oleh karena itu penulis melakukan “Asuhan Keperawatan Pada Salah Satu Anggota Keluarga Ibu. A Dengan Stroke Di Puskesmas Gulai Bancah Tahun 2019”.

1.2 Tujuan

1.2.1 Tujuan Umum

Penulis mampu mengaplikasikan konsep dan teori berkaitan asuhan keperawatan keluarga dengan stroke di wilayah kerja Puskesmas Gulai Banch

1.2.2 Tujuan Khusus

- a. Mampu memahami konsep dasar penyakit Stroke dan aspek keluarga dengan stroke
- b. Mampu melaksanakan pengkajian pada anggota keluarga dengan diagnosa stroke di wilayah kerja puskesmas gulai banch.
- c. Mampu merumuskan diagnosa keperawatan keluarga pada anggota keluarga dengan diagnosa stroke di wilayah kerja gulai banch.
- d. Mampu menyusun rencana tindakan keperawatan keluarga pada anggota keluarga dengan Stroke di wilayah kerja puskesmas gulai banch
- e. Mampu melaksanakan tindakan keperawatan keluarga pada anggota keluarga dengan stroke di wilayah kerja puskesmas gulai banch
- f. Mampu mengevaluasi hasil yang telah di berikan pada klien dengan penyakit stroke di wilayah kerja puskesmas gulai banch.
- g. Mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan keluarga dengan stroke.

1.3 Manfaat Penulisan

1.3.1 Bagi Puskesmas

Memberikan masukan bagi tim kesehatan di puskesmas dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan stroke di wilayah kerja puskesmas gulai banchah.

1.3.2 Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan laporan ini dapat digunakan sebagai bahan masukan untuk mengembangkan ilmu pengetahuan dan penerapan asuhan keperawatan yang telah dipelajari di lembaga pendidikan.

1.3.3 Bagi Penulis

Memberikan pengetahuan dan memperbanyak pengalaman bagi penulis dalam memberikan dan menyusun asuhan keperawatan pada klien dengan stroke.

1.3.4 Bagi Klien

Membantu klien dalam memperoleh informasi penting tentang penyakit stroke bagaimana usaha pencegahan, pengobatan, dan perawatan penyakit stroke di wilayah kerja puskesmas gulai banchah.

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

2.1 Konsep Dasar Keluarga

U.S Bureau of the Census menggunakan definisi keluarga yang berorientasi tradisional , yaitu sebagai berikut : Keluarga terdiri atas individu yang bergabung bersama oleh ikatan pernikahan, darah, atau adopsi dan tinggal dalam satu rumah tangga yang sama.

Whall (1986), dalam analisis konsepnya mengenai keluarga sebagai unit asuhan keperawatan, mendefinisikan keluarga sebagai “sebuah kelompok yang mengidentifikasi diri dan terdiri atas dua individu atau lebih yang memiliki hubungan khusus, yang dapat terkait dengan hubungan darah atau hukum atau dapat juga tidak, namun berfungsi sedemikian rupa sehingga mereka menganggap dirinya sebagai keluarga:

Bozzet (1987) memasukkan definisi tersendiri dengan menyebut keluarga sebagai “siapa yang disebut oleh pasien sebagai keluarga, itulah keluarga”. Family Service America juga mendefinisikan keluarga dalam suatu cara yang komprehensif sebagai “dua orang atau lebih yang disatukan oleh kebersamaan dan keintiman”.

Sementara Allen, Fine, dan Demo (2000) menegaskan bahwa keluarga, ditandai dengan kelahiran, pernikahan, adopsi atau *pilihan* .

Dengan menggabungkan pernyataan pokok pada definisi non tradisional diatas, keluarga dalam teks ini adalah dua orang atau lebih yang disatukan

oleh kebersamaan dan kedekatan emosional serta yang mengidentifikasi dirinya sebagai bagian dari keluarga disatukan oleh kebersamaan dan kedekatan emosional serta yang mengidentifikasi dirinya sebagai bagian dari keluarga.

Karena definisi ini bersifat luas, definisi ini mencakup berbagai hubungan diluar perspektif legal, termasuk didalamnya adalah keluarga yang tidak ada hubungan darah, pernikahan, atau adopsi dan tidak hanya terbatas pada keanggotaan dalam satu rumah tangga. Definisi ini mencakup *extended family* yang tinggal satu rumah tangga atau lebih, pasangan yang tinggal bersama tanpa menikah, keluarga tanpa anak, keluarga homoseksual, dan keluarga orang tua tunggal, serta keluarga inti dengan dua orang tua.

Jelas bahwa satu-satunya cara “pasti” untuk menentukan siapa saja keluarga klien adalah dengan secara langsung menanyakan kepada individu tersebut. Informasi ini kemudian dapat digunakan dalam pemberian layanan kesehatan (Hanson, 2001a).

2.1.1 Defenisi Keluarga

Salah satu aspek yang penting dalam keperawatan adalah keluarga. Keluarga adalah unit terkecil dalam masyarakat merupakan klien keperawatan atau si penerima asuhan keperawatan. Keluarga berperan dalam menentukan cara asuhan yang diperlukan anggota keluarga yang sakit. Keberhasilan keperawatan di rumah sakit/puskesmas dapat menjadi

sia-sia jika tidak di lanjutkan oleh keluarga. Secara empiris dapat dikatakan bahwa kesehatan anggota keluarga dan kualitas kehidupan keluarga menjadi sangat berhubungan atau signifikan.

Keluarga berasal dari bahasa Sangsekerta *kula* dan *warga* “*kulawarga*” yang bearti “anggota” Kelompok kerabat. Keluarga adalah lingkungan di mana beberapa orang yang masih memiliki hubungan darah.

Menurut Salvicion dan Celis (1993) di dalam keluarga terdapat dua atau lebih dari dua pribadi yang tergabung karena hubungan darah perkawananin atau pengangkatan, di hidupnya dalam satu rumah tangga, berinteraksi satu sama lain dan didalam perannya masing-masing dan menciptakan serta mempertahankan suatu kebudayaan.

Banyak ahli menguraikan pengertian keluarga sesuai dengan perkembangan social masyarakat berikut akan di kemukakan beberapa pengertian keluarga.

1) Raisner (1980)

Keluarga adalah sebuah kelompok yang terdiri dari dua orang atau lebih yang masing-masing mempunyai hubungan kekerabatan yang terdiri dari bapak, ibu, adik, kakek, dan nenek.

2) Gilis (1983)

Keluarga adalah sebagaimana sebuah kesatuan yang kompleks dengan atribut yang dimiliki tetapi terdiri dari beberapa komponen yang masing-masing mempunyai sebagaimana individu.

3) Logan's (1979)

Keluarga adalah sebuah system social dan kumpulan dari beberapa komponen yang saling berinteraksi satu dengan lainnya.

4) Duvall (1986)

Menguraikan bahwa keluarga adalah sekumpulan orang dengan ikatan perkawinan, kelahiran dan adopsi yang bertujuan untuk menciptakan, mempertahankan budaya dan meningkatkan perkembangan fisik, mental emosional serta social dari setiap anggota keluarga.

2.1.2 Tipe Keluarga

Keluarga Tradisional :

1. **Keluarga Inti** adalah keluarga yang terbentuk karena pernikahan, peran sebagai orang tua, atau kelahiran terdiri atas suami, istri, dan anak-anak mereka (biologis, adopsi atau keduanya).
2. **Extended Family** adalah keluarga dengan pasangan yang berbagi pengaturan rumah tangga dan pengeluaran keuangan dengan orang tua, kakak/adik, dan keluarga dekat lainnya. Anak-anak kemudian

dibesarkan oleh beberapa generasi dan memiliki pilihan model pola perilaku yang akan membentuk perilaku mereka .*Extended Family*, yang lebih jelas didefinisikan oleh U.S Bureau of the Census adalah keluarga yang didalamnya tinggal seorang anak dengan minimal salah satu orang tua dan seseorang diluar anggota keluarga inti , baik memiliki hubungan kekerabatan maupun tidak (U.S Bureau of the Census, 1996).

3. **Keluarga Tanpa Anak**, salah satu tipe varian keluarga ini tradisional adalah keluarga tanpa anak di Amerika Serikat, sekitar 5% wanita atau lebih pernah menikah sengaja tidak memiliki anak. dimasa yang akan datang, presentase tersebut diprediksi meningkat hingga 10% bukan hanya disebabkan oleh penundaan persalinan pernikahan dan pola persalinan, tetapi karena saat ini tersedia banyak pilihan pendidikan dan karir bagi wanita (Houseknecht, 1987; Kantrowtz, 2001; Maclin, 1988).
4. **Keluarga Adopsi**, merupakan sebuah cara lain untuk membentuk keluarga. Dengan menyerahkan secara sah tanggung jawab sebagai orang tua seterusnya dari orang tua kandung ke orang tua adopsi, biasanya menimbulkan keadaan saling menguntungkan baik bagi orang tua maupun anak. Disatu pihak orang tua adopsi mampu memberikan asuhan dan kasih sayangnya bagi anak adopsinya, sementara anak adopsi diberi sebuah keluarga keluarga yang sangat

menginginkan mereka. Dengan semakin majunya pengetahuan, jenis lain dari adopsi dapat diperoleh melalui teknologi. Keluarga adopsi yang baru akan tercipta ketika anak adopsi cocok dengan sifat genetik yang serupa, anak lahir melalui orang tua pengganti, dan akhirnya lahir dari kloning embrio. Definisi keluarga adopsi yang futuristik dan meluas ini baru saja mulai dibahas didalam literatur.(Coates, 1996).

5. **Keluarga Orang Tua Tiri**, angka menikah lagi yang tinggi menyebabkan pesatnya pertumbuhan keluarga orang tua tiri atau keluarga campuran. Keluarga seperti ini juga dikenal sebagai “keluarga yang menikah lagi” yang dapat terbentuk dengan atau tanpa anak, dan “keluarga yang terbentuk kembali”. Biasanya, tipe seperti keluarga ini terdiri atas seorang ibu, anak kandung ibu tersebut, dan seorang ayah tiri .
6. **Dewasa Lajang Yang Tinggal Sendirian**, Banyak wanita lansia yang tinggal sendiri, tetapi peningkatan jumlah orang yang tinggal sendiri terjai pada orang dewasa 20-an dan 30-an (Glick, 1988b; U.S Bureau of the Census, 2000c). Banyak klien rawatan rumah, terutama lansia yang mengalami penyakit kronik atau individu cacat, adalah orang dewasa yang tinggal sendiri ini tampaknya tidak biasanya mereka memiliki sebuah *extended family*, saudara kandung, atau anak-anak yang mereka kenali sebagai keluarganya. Keluarga

individu yang tinggal sendiri adalah bagian dari beberapa bentuk jaringan keluarga yang longgar. Jika jaringan ini tidak terdiri atas kekerabatan, jaringan ini dapat terdiri atas teman-teman seperti mereka yang tinggal di rumah pensiun, rumah jompo, atau hidup bertetangga.

7. **Keluarga Orang Tua Tunggal**, Keluarga orang tua tunggal adalah keluarga dengan ibu (83% keluarga) atau ayah (17% keluarga) sebagai kepala rumah (U.S.Bureau of the Census, 1998) . Keluarga orang tua tunggal tunggal tradisional adalah keluarga dengan kepala rumah tangga duda/janda yang bercerai , ditelantarkan , atau berpisah . Keluarga orang tua tunggal nontradisional adalah keluarga yang kepala keluarganya tidak menikah .
8. **Dual-Earner Family** , dengan semakin banyak pekerjaan yang ditempati oleh wanita yang menikah , 68% keluarga dengan dua orang tua saat ini adalah *Dual-earner family* (kedua pasangan berpenghasilan) (Barnett & River, 1996) . Pada kenyataannya , kebanyakan bentuk keluarga yang saat adalah *Dual-earner family* , baik memiliki anak maupun tidak memiliki anak . Pada kebanyakan *Dual-earner family*, baik keduanya bekerja karena kebutuhan ekonomi .

Keluarga Non Tradisional :

1. Keluarga dengan orang tua yang tidak pernah menikah dan anak-biasanya ibu dan anak
2. Keluarga pasangan yang tidak menikah dengan anak-biasanya tipe pernikahan berdasarkan kesepakatan .
3. Pasangan heteroseksual *cohabiting* (kumpul kebo)- pasangan yang tinggal tanpa menikah .
4. Keluarga homoseksual – individu dengan jenis kelamin yang sama tinggal bersama seperti layaknya “pasangan menikah”
5. *Augment family* – rumah tangga yang terdiri atas keluarga inti atau keluarga orang tua tunggal bersama dengan satu individu yang tidak memiliki hubungan darah atau lebih .
6. Keluarga komuni – rumah tangga yang terdiri atas lebih dari satu pasangan monogami dengan anak, saling berbagi fasilitas yang sama , sumber daya dan pengalaman : sosialisasi anak-anak merupakan aktivitas kelompok
7. Keluarga asuh – rumah tangga yang terdiri atas satu orang tua atau dua orang dengan anak asuh dan dapat juga anak kandung orang tua tersebut .

2.1.3 Tahap dan tugas perkembangan keluarga

Tahap siklus kehidupan keluarga berikut ini telah dijabarkan oleh Duvall dan Miller (1985) serta Carter dan McGoldrick (1989) . Keenan tahap meliputi delapan tahap Duvall ditambahkan “tahap perantara” dari tipologi Carter dan McGoldrick untuk memberikan gambaran yang lebih komprehensif tentang perubahan dalam kehidupan keluarga . Tahap siklus kehidupan keluarga menggambarkan inti keluarga Amerika secara utuh , tetapi penerapannya terbatas pada keluarga dengan orang tua tunggal , keluarga yang bercerai dan keluarga dengan orang tua tiri.

Perhatian kesehatan dan kebutuhan untuk meningkatkan kesehatan yang umum juga didiskusikan di dalam setiap tahap siklus kehidupan keluarga .

a. Tahap I : Keluarga Pasangan Baru

Pembentukan pasangan menandakan permulaan suatu keluarga baru dengan pergerakan dari membentuk keluarga asli sampai ke hubungan intim yang baru .Tahap ini disebut tahap pernikahan. Kelompok pasangan keluarga baru kini lebih cenderung tinggal di daerah pedesaan, di rumah mereka sendiri , dan memiliki tingkat pendidikan yang lebih tinggi . Mereka tidak mungkin tidak bekerja jika dibandingkan dengan semua kelompok keluarga lainnya (U.S. Bureau of the Census, 2000).

Tugas perkembangan keluarga:

Membentuk pernikahan yang memuaskan bagi satu sama lain, berhubungan secara harmonis dengan jaringan kekerabatan dan pada periode ini perencanaan keluarga meliputi tiga tugas kritis.

Membentuk pernikahan yang memuaskan bagi kedua belah pihak :

Pada saat kedua orang menyatu dalam sebuah pernikahan, perhatian pertama mereka adalah mempersiapkan tipe baru dalam kehidupan bersama. Sumber dari dua orang digabungkan, peran mereka berubah dan mereka menanggung fungsi yang baru. Belajar untuk hidup bersama sementara menyediakan kebutuhan dasar lain dari masing-masing pribadi menjadi tugas perkembangan yang sangat penting. Pasangan harus saling mengakomodasi dalam banyak hal.

Berhubungan secara harmonis dengan jaringan kekerabatan :

Perpindahan peran dasar terjadi dalam pernikahan pertama, pada saat pasangan berpindah dari rumah orang tua mereka ke latar tempat baru. Secara bersamaan, mereka menjadi anggota baru. Secara bersamaan, mereka menjadi anggota tiga buah keluarga masing-masing keluarga asli mereka ditambah keluarga mereka sendiri yang baru saja mereka ciptakan. Pasangan menghadapi tugas perpisahan mereka sendiri dari masing-masing keluarga asal mereka ke keluarga yang baru dibentuk dan dalam menjalankan hubungan yang berbeda dari orang tua, saudara kandung, dan mertua, karena loyalitas primer kedua pasangan harus

berpisah ke hubungan pernikahan mereka . Bagi pasangan , bagian yang tidak dapat dihindari ini membentuk hubungan baru dengan setiap latar belakang orang tua , hubungan yang tidak hanya memungkinkan untuk memberi dukungan mutual dan kesenangan, tetapi juga untuk suatu otonomi yang melindungi keluarga yang baru dibentuk dari turut campur pihak luar yang dapat mengganggu bangunan pernikahan yang memuaskan.

Merencanakan sebuah keluarga

Memiliki atau tidak memiliki anak dan menetapkan waktu kehamilan adalah keputusan keluarga yang penting. McKinney dan rekan (2000) menekankan pentingnya mempertimbangkan kehamilan keluarga secara menyeluruh ketika seseorang bekerja di unit perawatan maternitas. Jenis pelayanan kesehatan yang diterima keluarga sebagai sebuah unit sangat memengaruhi kemampuan keluarga untuk melaksanakan coping secara efektif ketika menghadapi perubahan yang sangat besar setelah kelahiran bayi.

b. Tahap II : Childbearing Family

Tahap II mulai dengan kelahiran anak pertama dan berlanjut sampai bayi berusia 30 bulan. Transisi ke masa menjadi orang tua adalah salah satu kunci dalam siklus kehidupan keluarga. Dengan kelahiran anak pertama, keluarga menjadi keluarga menjadi kelompok trio, membuat

sistem yang permanen pada keluarga untuk pertama kalinya (yaitu, sistem berlangsung tanpa memerhatikan hasil akhir dari pernikahan) (McGoldrick, Heiman, carter, 1993).

Tugas perkembangan keluarga:

Membentuk keluarga muda sebagai suatu unit yang stabil (menggabungkan bayi yang baru ke dalam keluarga), memperbaiki hubungan setelah terjadinya konflik mengenai tugas perkembangan dan kebutuhan berbagai anggota keluarga, mempertahankan hubungan pernikahan yang memuaskan, memperluas peran menjadi orangtua dan menjadi kakek/nenek.

c. Tahap III : Keluarga Dengan Anak Prasekolah

Tahap ketiga siklus kehidupan dimulai ketika anak pertama berusia 2^{1/2} tahun dan diakhiri ketika anak berusia 5 tahun. Keluarga saat ini dapat terdiri dari tiga orang sampai 5 orang, dengan posisi pasangan suami-ayah, –istri-ibu, putra-saudara laki-laki, dan putri-saudara perempuan. Keluarga menjadi lebih kompleks dan berbeda (Duvall & Miller, 1985). Kehidupan keluarga selama tahap ini menjadi sibuk dan menuntut bagi orang tua. Bagi orang tua yang memiliki tuntutan besar terhadap waktu mereka, mungkin ibu juga bekerja, baik paruh waktu maupun penuh waktu. Meskipun demikian, menyadari bahwa orang tua adalah “arsitek keluarga” yang merancang dan mengarahkan perkembangan keluarga (Satir, 1983), penting bagi mereka untuk

menguatkan hubungan mereka singkatnya , menjaga pernikahan tetap hidup baik. Hal ini sering menjadi masalah selama tahap kehidupan keluarga tertentu (Olson et al, 1983).

Tugas perkembangan keluarga :

Memenuhi kebutuhan anggota keluarga akan rumah, ruang privasi dan keamanan yang memadai, menyosialisasikan anak, Mengintegrasikan anak kecil sebagai anggota keluarga sementara tetapmemenuhikebutuhan anak lain, Mempertahankan hubungan yang sehat di dalam keluarga (hubungan pernikahan dan hubungan orang tua-anak) dan diluar keluarga (hubungan dengan keluarga besar dan komunitas).

d. Tahap IV Keluarga Dengan Anak Sekolah

Tahap ini mulai ketika anak pertama memasuki sekolah dalam waktu penuh, biasanya pada usia 5 tahun dan diakhiri ketika ia mencapai pubertas sekitar usia 13 tahun. Keluarga biasanya mencapai jumlah anggota keluarga maksimal dan hubungan keluarga pada akhir tahap ini juga, maksimal (Duvall & Miller, 1985). Selain itu masa ini adalah masa sibuk. Saat ini anak-anak memiliki aktivitas dan minat mereka sendiri selain memiliki aktivitas yang wajib mereka lakukan dalam kehidupan dan sekolah, dan orang tua juga memiliki aktivitas mereka sendiri yang berbeda. Setiap orang mengerjakan tugas perkembangannya masing-

masing, sama seperti keluarga yang berupaya untuk memenuhi tugas perkembangan keluarga. Menurut Erikson (1950), orangtua berjuang dengan tuntutan ganda dalam memenuhi tugas mengasuh generasi selanjutnya (tugas perkembangan (tugas perkembangan keturunan) dan memperhatikan pertumbuhan diri mereka sendiri pada saat yang sama, anak usia sekolah sedang berada dalam tugas pengembangan sensasi industri-kapasitas untuk menikmati kerja-dan berupaya untuk menghilangkan atau menangkis sensasi inferioritas (rendah diri). Tugas orang tua pada masa ini adalah mempelajari untuk beradaptasi dengan perpisahan anak tatau yang lebih sederhana melepaskan anak. Hubungan teman sebaya dan aktivitas diluar rumah semakin memainkan peranan yang lebih besar dalam kehidupan anak usia sekolah. Masa ini diisi dengan aktivitas keluarga, tetapi juga terdapat kekuatan yang secara bertahap mendorong anak untuk berpisah dari keluarga sebagai persiapan untuk masa remaja. Orang tua yang memiliki hobi diluar hobi anak-anaknya akan jauh lebih mudah membuat perpisahan secara bertahap. Namun dalam kasus ketika peran ibu merupakan satu-satunya peran inti dan penting dalam kehidupan wanita, proses perpisahan ini dapat sangat menyakitkan. Selama tahap ini, orang tua merasa adanya tekanan kuat dari komunitas luar yaitu melalui sistem sekolah dan asosiasi diluar keluarga lainnya untuk menyelesaikan diri dengan standar komunitas untuk anak. Hal ini cenderung memengaruhi keluarga kelas menengah

untuk lebih menekankan pada nilai pencapaian dan produktivitas yang tradisional dan menyebabkan keluarga kelas pekerja dan banyak keluarga miskin merasa terasing karena konflik dengan nilai-nilai sekolah/dan atau komunitas .

Tugas perkembangan keluarga :

Menyosialisasikan anak-anak, termasuk meningkatkan prestasi sekolah dan membantu hubungan anak-anak yang sehat dengan teman sebaya, memperatahankan hubungan pernikahan yang memuaskan, memenuhi kebutuhan kesehatan fisik anggota keluarga.

e. Tahap V : Keluarga Dengan Anak Remaja

Ketika anak pertama berusia 13 tahun, tahap kelima dari siklus atau perjalanan kehidupan keluarga dimulai. Biasanya tahap ini berlangsung selama enam atau tujuh tahun, walaupun dapat lebih singkat jika anak meninggalkan keluarga lebih awal atau lebih lama jika anak tetap tinggal di rumah lebih dari 19 tahun atau 20 tahun. Anak lainnya yang tinggal di rumah biasanya anak usia sekolah .Tujuan utama keluarga pada tahap anak remaja adalah menolongarkan ikatan keluarga untuk memberikan tanggung jawab dan kebebasan remaja yang lebih besar dalam mempersiapkan diri menjadi seorang dewasa muda (Duvall & Miller, 1985).

Preto (1988), dalam mendiskusikan transformasi sistem keluarga di masa remaja, menguraikan metamorfosis keluarga menjadi terjadi.

Metamorfosis yang terjadi melibatkan “perpindahan yang sangat jelas dalam pola hubungan di antara generasi, dan sementara perpindahan mungkin pada awalnya ditandai dengan kematangan fisik remaja, perpindahan tersebut sering kali paralel dan terjadi bersamaan dengan perubahan orangtua ketika mereka memasuki usia pertengahan dan dengan transformasi besar yang dihadapi kakek/nenek diusia lanjut. Tahap kehidupan keluarga ini mungkin merupakan tahap tersulit, atau tentu saja merupakan tahap yang paling banyak didiskusikan dan ditulis (Kidwell et al, 1983). Tantangan utama dalam bekerja dengan keluarga yang memiliki anak remaja adalah seputar perubahan perkembangan yang dialami remaja dalam bidang perubahan kognitif , pembentukan identitas, dan pertumbuhan biologis, (Kidwell, Fischer, Dunham, & Baranowski, 1983) serta dalam kaitannya dengan perkembangan berdasarkan pada konflik dan krisis.

Tugas perkembangan keluarga :

Menyeibangkan kebebasan dengan tanggung jawab pada saat anak remaja telah dewasa dan semakin otonomi, memfokuskan kembali hubungan pernikahan, berkomunikasi secara terbuka antara orangtua dan anak.

f. Tahap VI : Keluarga Melepaskan Anak Dewasa Muda

Permulaan fase kehidupan keluarga ini ditandai dengan perginya anak pertama dari rumah orang tua dan berakhir dengan “kosongnya rumah” , ketika anak terakhir juga telah meninggalkan rumah . Tahap ini dapat didukung atau cukup singkat atau cukup lama, bergantung pada jumlah anak dalam keluarga atau jika anak yang belum menikah tetap tinggal di rumah setelah mereka menyelesaikan SMU atau kuliahnya .Walaupun lama waktu yang biasa terjadi pada tahap ini adalah atau tujuh tahun, beberapa tahun belakangan ini tahap VI dalam keluarga menjadi lama karena lebih banyak anak yang telah dewasa tinggal dirumah setelah mereka menyelesaikan sekolahnya dan mulai bekerja. Motifnya sering kali adalah masalah ekonomi- tingginya biaya hidup mandiri. Akan tetapi semakin menyebar kecenderungan bagi anak dewasa muda- yang umumnya menunda pernikahan –untuk memiliki periode tidak terikat selama mereka hidup mandiri dilingkungan rumah mereka sendiri. Fase kehidupan keluarga ini ditandai oleh puncak tahun-tahun persiapan bagi anak yang telah siap untuk kehidupan dewasa yang mandiri.Orangtua, pada saat mereka melepaskan anak-anaknya pergi, melepaskan peran mereka sebagai orangtua yang telah dijadikan selama 20 tahun atau lebih dan mereka kembali ke pasangan hidup mereka.

Tugas perkembangan keluarga :

Memperluas lingkaran keluarga terhadap anak dewasa, termasuk memasukkan anggota keluarga baru yang berasal dari pernikahan anak-anaknya, melanjutkan untuk memperbarui dan menyesuaikan kembali hubungan pernikahan, membantu orangtua suami dan istri yang sudah menua dan sakit.

g. Tahap VII : Orang tua Paruh Baya

Tahap ketujuh dari siklus kehidupan keluarga , merupakan tahap masa pertengahan bagi orang tua , dimulai ketika anak terakhir meninggalkan rumah dan berakhir dengan pensiun atau kematian salah satu pasangan . Tahap ini biasanya dimulai ketika orang tua berusia 45 sampai 55 tahun dan berakhir dengan pensiunnya pasangan , biasanya 16 sampai 18 tahun kemudian. Biasanya pasangan baru ditahun-tahun pertengahan mereka merupakan keluarga inti, walaupun tetap berinteraksi dengan orangtua lansia mereka dan dengan anggota keluarga lain dari keluarga asalnya dan dengan keluarga baru yang didapat dari pernikahan anak cucu (keturunan) mereka . Pasangan pasca menjadi orang tua saat ini tidak lagi terisolasi semakin banyak pasangan paruh baya yang tidak lagi melakukan kesibukan harian mereka dan meluangkan waktu lebih banyak dalam fase pascaparental , dengan

perluas hubungan keluarga antara empat generasi bukanlah hal yang jarang (Roth, 1996a).

Tugas perkembangan keluarga :

Menyediakan lingkungan yang meningkatkan kesehatan, mempertahankan kepuasan dan hubungan yang bermakna antara orangtua yang telah menua dan anak mereka, memperkuat hubungan pernikahan.

h. Tahap VIII : Keluarga Lansia Dan Pensiunan

Tahap terakhir siklus kehidupan keluarga dimulai dengan pensiun salah satu atau kedua pasangan, berlanjut sampai kehilangan salah satu pasangan dan berakhir dengan kematian pasangan yang lain (Duvall & Miller, 1985) . semakin sulit kondisi kesehatan yang dialami , semakin terdapat kemungkinan hadirnya perasaan negatif pada usia tua . Lansia yang kehilangan hadirnya kemandirian mereka akibat gangguan kesehatan secara umum memiliki moral menjadi awal terjadinya masalah perilaku dan psikologis pada lansia (Chilman, Nunnally, & Cox, 1988) .Sebaliknya , lansia yang mempertahankan kesehatan mereka yang tetap menjaga keaktifan dan memiliki proporsi lansi yang signifikan dan biasanya mereka positif mengenai tahap kehidupan ini .

Tugas perkembangan keluarga :

Mempertahankan penataan kehidupan yang memuaskan , menyesuaikan terhadap penghasilan yang berkurang, mempertahankan hubungan pernikahan, menyesuaikan terhadap kehilangan pasangan, mempertahankan ikatan keluarga antargenerasi, melanjutkan untuk merasio nalisasikan kehilangan keberadaan anggota keluarga (peninjauan dan integrasi kehidupan).

2.1.4 Struktur keluarga

Menurut Friedman (1988) struktur keluarga terdiri atas:

- a) Pola dan Proses Komunikasi 8 Komunikasi dalam keluarga ada yang berfungsi dan ada yang tidak, hal ini bisa disebabkan oleh beberapa faktor yang ada dalam komponen komunikasi seperti : sender, chanel-media, message, environment dan receiver.

Komunikasi dalam keluarga yang berfungsi adalah:

1. Karakteristik pengirim yang berfungsi

- Yakin ketika menyampaikan pendapat
- Jelas dan berkualitas
- Meminta feedback
- Menerima feedback

2. Pengirim yang tidak berfungsi

- Lebih menonjolkan asumsi (perkiraan tanpa menggunakan dasar/data yang obyektif)
- Ekspresi yang tidak jelas Jugmental exspressions, yaitu ucapan yang memutuskan/menyatakan sesuatu yang tidak didasari pertimbangan yang matang.
- Tidak mampu mengemukakan kebutuhan
- Komunikasi yang tidak sesuai

3. Karakteristik penerima yang berfungsi

- Mendengar
- Feedback (klarifikasi, menghubungkan dengan pengalaman)
- Memvalidasi

4. Penerima yang tidak berfungsi

- Tidak bisa mendengar dengan jelas/gagal mendengar
- Kurang mengeksplorasi (miskomunikasi)
- Kurang memvalidasi

5. Pola komunikasi di dalam keluarga yang berfungsi

- Menggunakan emosional : marah, tersinggung, sedih, gembira
- Komunikasi terbuka dan jujur
- Hirarki kekuatan dan peraturan keluarga
- Konflik keluarga dan penyelesaiannya

6. Pola komunikasi di dalam keluarga yang tidak berfungsi

- Fokus pembicaraan hanya pada seseorang (tertentu)
- Semua menyetujui (total agreement) tanpa adanya diskusi
- Kurang empati
- Selalu mengulang isu dan pendapat sendiri
- Tidak mampu memfokuskan pada satu isu
- Komunikasi tertutup
- Bersifat negatif
- Mengembangkan gosip

b) Struktur peran

Peran adalah serangkaian perilaku yang diharapkan sesuai dengan posisi sosial yang diberikan. Yang dimaksud dengan posisi atau status adalah posisi individu dalam masyarakat, misalnya status sebagai istri/suami atau anak.

Peranan ayah :

Pencari nafkah, pelindung dan pemberi rasa aman, kepala keluarga, sebaagai anggota dari kelompok sosialnya serta sebagai anggota masyarakat dari lingkungannya.

Peranan ibu :

Mengurus rumah tangga, pengasuh dan pendidik anak-naknya, pelindung dan sebagai salah satu anggota kelompok dari peranan sosialnya serta sebagai anggota masyarakat dari lingkungannya, serta

bisa berperan sebagai pencari nafkah tambahan dalam keluarga.
Harapan masyarakat Model peran Penerima peran Kepribadian
Kemampuan Perilaku peran.

Peranan anak :

Melaksanakan peranan psiko sosial sesuai dengan tingkat perkembangannya, baik fisik, mental, sosial dan spiritual.

c) Struktur kekuatan

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

Tipe struktur kekuatan:

- Legitimate power/authority (hak untuk mengontrol, seperti orang tua terhadap anak)
- Referent power (seseorang yang ditiru)
- Resource or expert power (pendapat ahli)
- Reward power (pengaruh kekuatan karena adanya harapan yang akan diterima)
- Coercive power (pengaruh yang dipaksakan sesuai keinginannya)

- Informational power (pengaruh yang dilalui melalui proses persuasi)
- Affective power (pengaruh yang diberikan melalui manipulasi dengan cinta kasih misalnya hubungan seksual)

Hasil dari kekuatan tersebut yang akan mendasari suatu proses dalam pengambilan keputusan dalam keluarga seperti :

- ✓ Konsensus
- ✓ Tawar menawar atau akomodasi
- ✓ Kompromi atau de facto
- ✓ Paksaan

2.1.5 Fungsi Keluarga

Friedman (1992) menggambarkan fungsi sebagai apa yang dilakukan keluarga. Fungsi keluarga berfokus pada proses yang digunakan oleh keluarga untuk mencapai 11 tujuan keluarga tersebut. Proses ini termasuk komunikasi diantara anggota keluarga, penetapan tujuan, resolusi konflik, pemberian makanan, dan penggunaan sumber dari internal maupun eksternal. Tujuan reproduksi, seksual, ekonomi dan pendidikan dalam keluarga memerlukan dukungan secara psikologi antar anggota keluarga, apabila dukungan tersebut tidak didapatkan maka akan menimbulkan konsekuensi emosional seperti marah, depresi dan perilaku yang menyimpang. Tujuan yang ada dalam keluarga akan lebih mudah dicapai

apabila terjadi komunikasi yang jelas dan secara langsung. Komunikasi tersebut akan mempermudah menyelesaikan konflik dan pemecahan masalah.

Fungsi keluarga menurut Friedman (1992) adalah:

- a. Fungsi afektif dan koping Keluarga memberikan kenyamanan emosional anggota, membantu anggota dalam membentuk identitas dan mempertahankan saat terjadi stress.
- b. Fungsi sosialisasi Keluarga sebagai guru, menanamkan kepercayaan, nilai, sikap, dan mekanisme koping, memberikan feedback, dan memberikan petunjuk dalam pemecahan masalah.
- c. Fungsi reproduksi Keluarga melahirkan anak, menumbuhkan-kembangkan anak dan meneruskan keturunan.
- d. Fungsi ekonomi Keluarga memberikan finansial untuk anggota keluarganya dan kepentingan di masyarakat
- e. Fungsi fisik Keluarga memberikan keamanan, kenyamanan lingkungan yang dibutuhkan untuk pertumbuhan, perkembangan dan istirahat termasuk untuk penyembuhan dari sakit.

2.1.6 Tugas Keluarga

Tugas kesehatan keluarga Menurut Friedman adalah sebagai berikut:

1. Mengenal masalah kesehatan keluarga Keluarga perlu mengenal keadaan kesehatan dan perubahan-perubahan yang dialami oleh anggota keluarganya. Perubahan sekecil apapun yang dialami anggota keluarga,

secara tidak langsung akan menjadi perhatian keluarga atau orang tua. Apabila menyadari adanya perubahan, keluarga perlu mencatat kapan terjadinya, perubahan apa yang terjadi, dan seberapa besar perubahannya.

2. Membuat keputusan tindakan kesehatan yang tepat Tugas ini merupakan upaya utama keluarga untuk mencari pertolongan yang tepat sesuai dengan keadaan keluarga. Tindakan kesehatan yang dilakukan keluarga diharapkan tepat agar masalah kesehatan yang sedang terjadi dapat dikurangi atau diatasi. Jika keluarga mempunyai keterbatasan dalam mengambil keputusan, maka keluarga dapat meminta bantuan kepada orang lain di lingkungan tempat tinggalnya.
3. Memberi perawatan pada anggota keluarga yang sakit Anggota keluarga yang mengalami gangguan kesehatan perlumemperoleh 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 tindakan untuk pertolongan pertama.
4. Mempertahankan suasana rumah yang sehat Rumah merupakan tempat berteduh, berlindung, dan bersosialisasi bagi anggota keluarga. Oleh karena itu kondisi rumah haruslah dapat menjadikan lambang ketenangan, keindahan dan dapat menunjang derajat kesehatan bagi keluarga.

5. Menggunakan fasilitas kesehatan yang ada di masyarakat Apabila mengalami gangguan atau masalah yang berkaitan dengan kesehatan keluarga atau anggota, keluarga harus dapat memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada di sekitarnya. Keluarga dapat berkonsultasi atau meminta bantuan tenaga keperawatan untuk memecahkan masalah yang dialami anggota keluarganya, sehingga keluarga dapat bebas dari segala macam penyakit.

2.1.7 Peran Perawat Keluarga Perawat

Perawat kesehatan keluarga adalah pelayanan kesehatan yang ditujukan kepada keluarga sebagai unit pelayanan untuk mewujudkan keluarga yang sehat. Fungsi perawat, membantu keluarga untuk menyelesaikan masalah kesehatan dengan cara meningkatkan kesanggupan keluarga melakukan fungsi dan tugas perawatan kesehatan keluarga.

Menurut Widyanto (2014), peran dan fungsi perawat dalam keluarga yaitu:

1. Pendidik Kesehatan, mengajarkan secara formal maupun informal kepada keluarga tentang kesehatan dan penyakit.
2. Pemberi Pelayanan, pemberi asuhan keperawatan kepada anggota keluarga yang sakit dan melakukan pengawasan terhadap pelayanan/pembinaan yang diberikan guna meningkatkan kemampuan merawat bagi keluarga.
3. Advokat Keluarga, mendukung keluarga berkaitan dengan isu-isu keamanan dan akses untuk mendapatkan pelayanan kesehatan.

4. Penemu Kasus (epidemiologist), mendeteksi kemungkinan penyakit yang akan muncul dan menjalankan peran utama dalam pengamatan dan pengawasan penyakit.
5. Peneliti, mengidentifikasi masalah praktik dan mencari penyelesaian melalui investigasi ilmiah secara mandiri maupun kolaborasi.
6. Manager dan Koordinator, mengelola dan bekerja sama dengan anggota keluarga, pelayanan kesehatan dan sosial, serta sektor lain untuk mendapatkan akses pelayanan kesehatan.
7. Fasilitator, menjalankan peran terapeutik untuk membantu mengatasi masalah dan mengidentifikasi sumber masalah.
8. Konselor, sebagai konsultan bagi keluarga untuk mengidentifikasi dan memfasilitasi keterjangkauan keluarga/masyarakat terhadap sumber yang diperlukan.
9. Mengubah atau Memodifikasi Lingkungan, memodifikasi lingkungan agar dapat meningkatkan mobilitas dan menerapkan asuhan secara mandiri.

2.2 Pengertian Stroke

Stroke iskemik adalah tanda klinis disfungsi atau kerusakan jaringan otak yang disebabkan kurangnya aliran darah di otak sehingga mengganggu kebutuhan darah dan oksigen di jaringan otak (Sjahrir, 2003)

Menurut WHO stroke adalah adanya tanda-tanda klinik yang berkembang cepat akibat gangguan fungsi otak fokal (global) dengan gejala-gejala yang berlangsung selama 24 jam atau lebih yang menyebabkan kematian tanpa adanya penyebab lain yang jelas selain vaskular (Muttaqin, 2018).

2.2.1 Etiologi

Penyebab perdarahan otak yang paling lazim terjadi menurut Muttaqin(20017):

- a) Aneurisma Berry, biasanya defek kongenital.
- b) Aneurisma fusiformis dari atherosklerosis.

Atherosklerosis adalah mengerasnya pembuluh darah serta berkurangnya kelenturan atau elastisitas dinding pembuluh darah. Dinding arteri menjadi lemah terjadi aneurisma kemudian robek dan terjadi perdarahan.

- c) Aneurisma myocotik dari vaskulitis nekrose dan emboli septis.
- d) Malformasi arteriovenous, adalah pembuluh darah yang mempunyai bentuk abnormal, terjadi hubungan persambungan pembuluh darah arteri, sehingga darah arteri langsung masuk vena, menyebabkan mudah pecah dan menimbulkan perdarahan otak.
- e) Ruptur arteriol serebral, akibat hipertensi yang menimbulkan penebalan dan degenerasi pembuluh darah.

Stroke pada anak-anak dan orang dewasa muda sering ditemukan jauh lebih sedikit dari pada hasil di usia tua, tetapi sebagian stroke pada kelompok usia yang lebih muda bisa lebih buruk. Kondisi turun menurun predisposisi untuk stroke termasuk penyakit sel sabit, sifat sel sabit, penyakit hemoglobin SC (Sickle Cell), homosistinuria dapat diobati dengan diet dan hiperlipidemia akan merespon untuk diet atau mengurangi lemak obat jika perlu. Identifikasi dan pengobatan hiperlipidemia pada usia dini dapat memperlambat proses aterosklerosis dan mengurangi risiko stroke atau infark miokard pada usia dewasa (Gilroy,1992).

Secara patologi stroke dibedakan menjadi sebagai berikut :

1) Stroke iskemik

Sekitar 80% sampai 85% stroke adalah stroke iskemik, yang terjadi akibat obstruksi atau bekuan di satu lebih arteri besar pada sirkulasi serebrum.

Klasifikasi stroke iskemik berdasarkan waktunya terdiri atas : 1 transient ischaemic attack (TIA) : defisit neurologis membaik dalam waktu kurang dari 30 menit, 2. Reversible ischaemic neurological deficit (RIND) : defisit neurologis membaik kurang dari 1 minggu, 3. Stroke in evolution (SIE)/ progressing stroke, 4. Completed stroke.

Beberapa penyebab stroke iskemik meliputi

a) Trombosis

Ateroklerosis (tersering) vaskulitis ; arteritis temporalis, poliarteritis nodosa, robeknya arteri; karotis,vertebralis (spontan atau traumatik) ; gangguan darah; polisitemia, hemoglobinopati (penyakit sel sabit).

b) Embolisme

Sumber di jantung : fibrilasi atrium (tersering), infark miokardium, penyakit jantung reumatik, penyakit katup jantung, katup prostetik, kardiomiopati iskemik ; sumber tromboemboli aterosklerotik di arteri : bifurkasio karotis komunis, arteri vertebralis distal; keadaan hiperkoagulasi : kontrasepsi oral, karsinoma.

c) Vasokonstriksi

d) Vasospasme serebrum setelah PSA (perdarahan Subarakhnoid).

Terdapat empat subtipe dasar pada stroke iskemik berdasarkan penyebab : lakunar, thrombosis pembuluh besar dengan aliran pelan, embolik dan kriptogenik (Dewanto dkk, 2016).

2) Stroke hemoragik

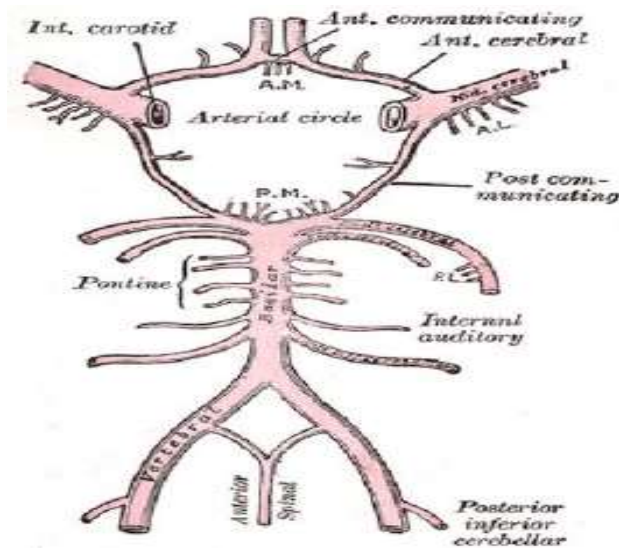
Stroke hemoragik, yang merupakan sekitar 15% sampai 20% dari semua stroke, dapat terjadi apabila lesi vaskuler intraserebrum mengalami ruptur sehingga terjadi perdarahan ke dalam ruang subaraknoid atau langsung ke dalam jaringan otak.

Beberapa penyebab perdarahan intraserebrum : perdarahan intraserebrum hipertensif; pendarahan subaraknoid (PSA) pada ruptura aneurisma sakular (Berry), ruptura malformasi arteriovena (MAV), trauma; penyalahgunaan kokain, amfetamin; penyakit perdarahan sistemik termasuk terapi antikoagulan (Price, 2016).

2.2.2 Manifestasi Klinis

- 1) Kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh
- 2) Tonus otot lemah atau kaku
- 3) Menurun atau hilangnya rasa
- 4) Gangguan lapang pandang
- 5) Afasia (kesulitan bicara)(Cecyly, Betz. 20016).

2.2.3 Patofisiologi disertai WOC



Gangguan pasokan aliran darah otak dapat terjadi di mana saja di dalam arteri – arteri yang membentuk Sirkulus Willisii gambar diatas; arteria karotis interna dan sistem vertebrobasilar atau semua cabang-cabangnya.

Secara umum, apabila aliran darah ke jaringan otak terputus selama 15 sampai 20 menit, akan terjadi infark atau kematian jaringan. Perlu diingat bahwa oklusi di suatu arteri tidak selalu menyebabkan infark di daerah otak yang diperdarahi oleh arteri tersebut. Alasannya adalah bahwa mungkin terdapat sirkulasi kolateral yang memadai ke daerah tersebut.

Proses patologik yang mendasari mungkin salah satu dari berbagai proses yang terjadi di dalam pembuluh darah yang memperdarahi otak. Patologinya dapat berupa (1) keadaan penyakit pada pembuluh itu sendiri, seperti pada aterosklerosis dan trombosis, robeknya dinding pembuluh, atau peradangan (2) berkurangnya perfusi akibat gangguan status aliran darah, misalnya syok

atau hiperviskositas darah; (3) gangguan aliran darah akibat bekuan atau embolus infeksi yang berasal dari jaringan otak atau ruang subaraknoid (Price, 2016).

Suatu stroke mungkin didahului oleh *Transient Ischemic Attack* (TIA) yang serupa dengan angina pada serangan jantung. TIA adalah serangan-serangan defisit neurologik yang mendadak dan singkat akibat iskemia otak fokal yang cenderung membaik dengan kecepatan dan tingkat penyembuhan bervariasi tetapi biasanya dalam 24 jam. TIA mendahului stroke trombotik pada sekitar 50% sampai 75% pasien (Harsono, 2016).

Secara patologi stroke dibedakan menjadi sebagai berikut :

1) Stroke iskemik

Infark iskemik serebri, sangat erat hubungannya dengan aterosklerosis (terbentuknya ateroma) dan arteriosklerosis. Aterosklerosis dapat menimbulkan bermacam-macam manifestasi klinik dengan cara :

- a) Menyempitkan lumen pembuluh darah dan mengakibatkan insufisiensi aliran darah.
- b) Oklusi mendadak pembuluh darah karena terjadinya thrombus atau perdarahan aterom
- c) Merupakan terbentuknya trombus yang kemudian terlepas sebagai emboli.

d) Menyebabkan dinding pembuluh menjadi lemah dan terjadi aneurisma yang kemudian dapat robek. Embolus akan menyumbat aliran darah dan terjadilah anoksia jaringan otak di bagian distal sumbatan. Di samping itu, embolus juga bertindak sebagai iritan yang menyebabkan terjadinya vasospasme lokal di segmen di mana embolus berada. Gejala kliniknya bergantung pada pembuluh darah yang tersumbat.

Ketika arteri tersumbat secara akut oleh trombus atau embolus, maka area sistem saraf pusat (SSP) yang di perdarahi akan mengalami infark jika tidak ada perdarahan kolateral yang adekuat. Di sekitar zona nekrotik sentral, terdapat 'penumbra iskemik yang tetap viabel untuk suatu waktu, artinya fungsinya dapat pulih jika aliran darah baik kembali. Iskemia SSP dapat di sertai oleh pembengkakan karena dua alasan: Edema sitotoksik yaitu akumulasi air pada sel-sel glia dan neuron yang rusak; Edema vasogenik yaitu akumulasi cairan ekstraseluler akibat perombakan sawar darah-otak.

Edema otak dapat menyebabkan perburukan klinis yang berat beberapa hari setelah stroke mayor, akibat peningkatan tekanan intrakranial dan kompresi struktur-struktur di sekitarnya (Smith, 2016).

2) Stroke hemoragik

Stroke hemoragik merupakan, sekitar 15% sampai 20% dari semua stroke, dapat terjadi apabila lesi vaskular intraserebrum mengalami ruptur sehingga terjadi perdarahan ke dalam ruang subaraknoid atau langsung ke dalam jaringan otak.

Beberapa penyebab perdarahan intraserebrum : perdarahan intraserebrum hipertensif; perdarahan subaraknoid (PSA) pada ruptura aneurisma sakular (Berry), ruptura malformasi arteriovena (MAV), trauma; penyalahgunaan kokain, amfetamin; perdarahan akibat tumor otak; infark hemoragik; penyakit perdarahan sistemik termasuk terapi antikoagulan (price, 2016).

Berdasarkan hasan (2017), mekanisme dasar yang menyebabkan timbulnya stroke adalah :

Ada dua bentuk cerebro vaskular accident (CVA) bleeding:

- a) Perdarahan intra serebral Pecahnya pembuluh darah otak terutama karena hipertensi mengakibatkan darah masuk ke dalam jaringan otak, membentuk massa atau hematoma yang menekan jaringan otak dan menimbulkan oedema di sekitar otak. Peningkatan trans iskemik attack(TIA) yang terjadi dengan cepat dapat mengakibatkan kematian yang mendadak karena herniasi otak.

Perdarahan intra cerebral sering dijumpai di daerah pituitary gland, talamus, sub kortikal, nukleus kaudatus, pons, dan cerebellum. Hipertensi kronis mengakibatkan perubahan struktur dinding pembuluh darah berupa lipohyalinosis atau nekrosis fibrinoid.

- b) Perdarahan sub arachnoid Pecahnya pembuluh darah karena aneurisma atau AVM. Aneurisma paling sering didapat pada percabangan pembuluh darah besar di sirkulasi Willis. Arteriovenous malformations (AVM) dapat dijumpai pada jaringan otak dipermukaan pia mater dan ventrikel otak, ataupun didalam ventrikel otak dan ruang subarakhnoid.

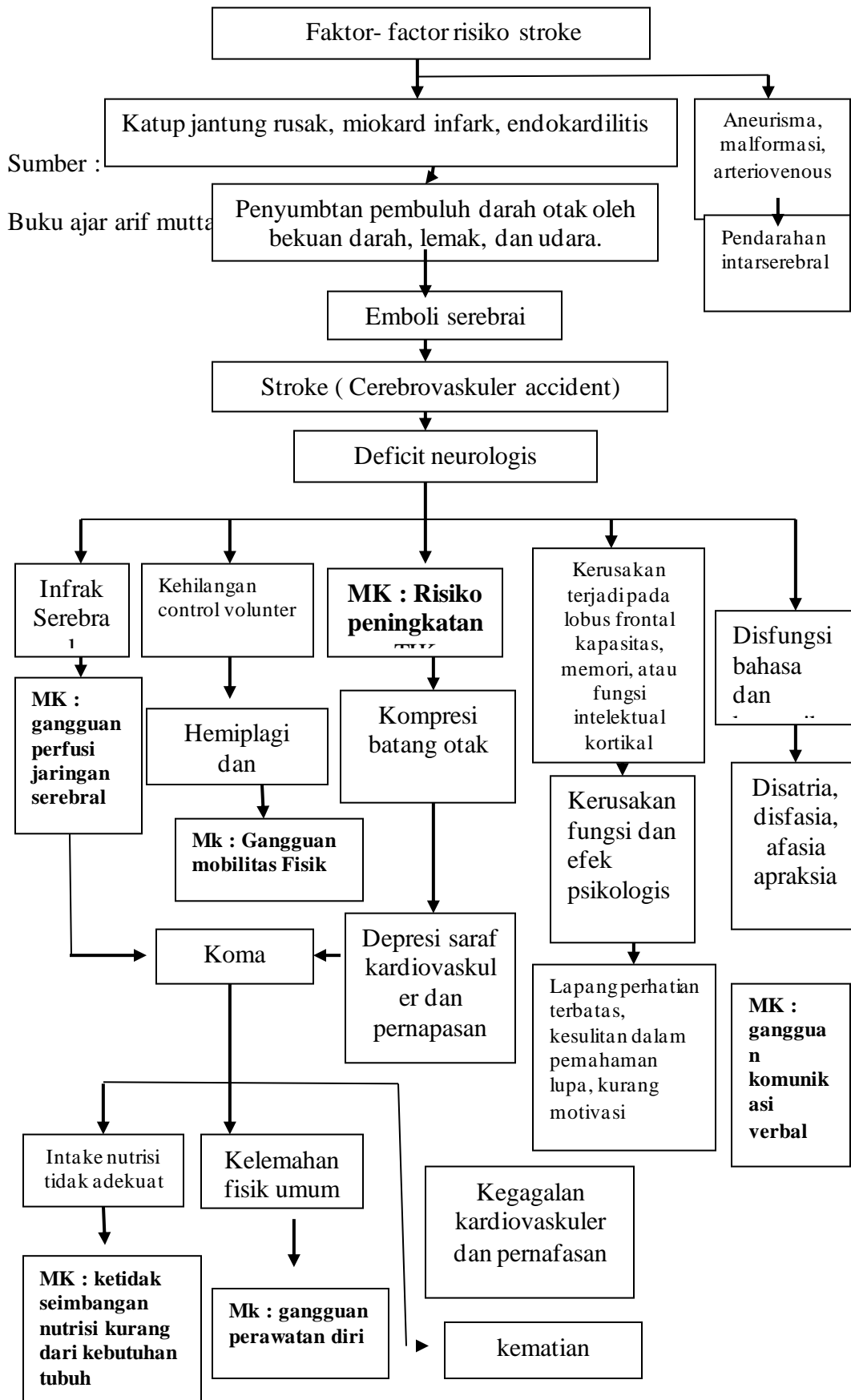
Pecahnya arteri dan keluarnya darah ke ruang subarakhnoid mengakibatkan terjadinya peningkatan tekanan intra kranial yang mendadak, merangsang struktur peka nyeri, sehingga timbul nyeri kepala hebat. Sering pula dijumpai kaku kuduk dan tanda-tanda rangsangan selaput otak lainnya. Peningkatan tekanan intrakranial yang mendadak juga mengakibatkan perdarahan subarakhnoid pada retina dan penurunan kesadaran.

Perdarahan subarakhnoid dapat mengakibatkan vasospasme pembuluh darah serebral. Vasospasme ini seringkali terjadi 3-5 hari setelah timbulnya perdarahan, mencapai puncaknya hari ke 5-9, dan dapat menghilang setelah minggu ke 2-5. Timbulnya

vasospasme diduga karena interaksi antara bahan-bahan yang berasal dari darah dan dilepaskan kedalam cairan serebrospinalis dengan pembuluh arteri di ruang subarakhnoid.

Vasospasme ini dapat mengakibatkan disfungsi otak global (nyeri kepala, penurunan kesadaran) maupun fokal (hemiparese, gangguan hemisensorik, afasia dan lain-lain). berfungsi jika kebutuhan O₂ dan glukosa otak dapat terpenuhi. Energi yang dihasilkan didalam sel saraf hampir seluruhnya melalui proses oksidasi. Otak tidak punya cadangan O₂ jadi kerusakan, kekurangan aliran darah otak walau sebentar akan menyebabkan gangguan fungsi. Demikian pula dengan kebutuhan glukosa sebagai bahan bakar metabolisme otak, tidak boleh kurang dari 20 mg% karena akan menimbulkan kom

2.2.4 WOC



2.2.5 Pemeriksaan Penunjang

- a. CT Scan (pemindaian ini memperlihatkan secara spesifik letak edema, posisi hematoma, dan adanya jaringan otak yang infark.
- b. MRI (menggunakan gelombang magnetik untuk menentukan posisi dan besar terjadinya pendarahan di otak.
- c. Sinar X tengkorak untuk menggambarkan perubahan kelenjar lempeng pineal daerah yang berlawanan dari masa meluas ke klasifikasi karotis internal terdapat trombotis serebral.
- d. Angiografi serebral
Menentukan penyebab stroke secara spesifik seperti perdarahan atau obstruksi arteri.
- e. Single Photon Emission Computed Tomography (SPECT).
Untuk mendeteksi luas dan daerah abnormal dari otak, yang juga mendeteksi, melokalisasi, dan mengukur stroke (sebelum nampak oleh pemindaian CT)
- f. EEG
Pemeriksaan ini bertujuan untuk melihat masalah yang timbul dan dampak dari jaringan yang infark sehingga menurunnya impuls listrik ke dalam jaringan otak.

2.2.6 Pemeriksaan Laboratorium

- a) Lumbang fungsi: pemeriksaan likuor merah biasanya di jumpai pada pendarahan yang masif, sedangkan pendarahan yang kecil biasanya warna likuor masih normal (xantokhrom) sewaktu hari-hari pertama.
- b) Pemeriksaan darah rutin (glukosa, elektrolit, ureum, kreatinin).
- c) Pemeriksaan kimia darah: pada stroke akut dapat terjadi hiperglikemia.
- d) Gula darah dapat mencapai 250 mg di dalam serum dan kemudian berangsur-angsur turun kembali
- e) Pemeriksaan darah lengkap: untuk mencari kelainan pada darah itu sendiri.

2.2.7 Penatalaksanaan

1. Keperawatan

Fase Akut :

- a) Singkirkan kemungkinan kaugulopati: untuk memastikan masa protrombin dan tromoplastin parsial adalah normal.
- b) Berikan manitol 20% (1kg/kb/BB, intravena dalam 20-30menit) untuk pasien koma.
- c) Pertimbangkan konsultasi bedah saraf bila: perdarahan serebrum diameter lebih dari 3cm atau volume <50ml.
- d) Pertimbangkan angiografi untuk menyingkirkan aneurisma.

Fase Pemulihan :

a) Mengendalikan hipertensi: karena tekanan yang tinggi dapat menyebabkan perburukan edema periehematoma serta meningkatkan kemungkinan perdarahan ulang.

b) Medis

Penatalaksanaan stroke lainnya menurut PERDOSSI (2016) terdiri dari rehabilitasi, terapi psikologi jika pasien gelisah, pemantauan kadar glukosa darah, pemberian anti muntah, dan analgesik sesuai indikasi, pemberian H₂ antagonis jika ada indikasi perdarahan lambung, mobilisasi bertahap ketika kondisi hemodinamik dan pernafasan stabil, pengosongan kandung kemih yang penuh dengan katerisasi intermitten, dan discharge planning. Tindakan lainnya untuk mengontrol peninggian tekanan intra kranial dalam 24 jam pertama yaitu bisa dilakukan tindakan hiperventilasi. Pasien stroke juga bisa dilakukan terapi hipotermi yaitu melakukan penurunan suhu. Terapi hipotermi akan menurunkan tekanan darah dan metabolisme otak, mencegah dan mengurangi edema otak, serta menurunkan tekanan intra kranial hampir 50%, tetapi hipotermi beresiko terjadinya aritmia dan fibrilasi ventrikanal, stress ulcer dan daya tahan tubuh terhadap infeksi menurun (Affandi & Reggy 2016).

2.2.8 Komplikasi

- a) Infeksi pernafasan.
- b) Nyeri pada daerah tekan.
- c) Epilepsi dan sakit kepala.
- d) Nyeri pada daerah punggung.
- e) Konstipasi.
- f) Dislokasi sendi.
- g) Pneumonia
- h) Infeksi saluran kemih
- i) Kejang
- j) Stroke berulang
- k) Dekubitus(supartini 2016)

2.3 Asuhan keperawatan Teoritis Pada Pasien Stroke

2.3.1 Pengkajian Keluarga

A. Data Umum :

1. Komposisi keluarga

Komposisi keluarga berkenaan dengan siapa anggota keluarga yang diidentifikasi sebagai bagian dari keluarga mereka. Identifikasi tidak hanya meliputi penghuni rumah, tetapi keluarga besar lainnya atau anggota keluarga fiktif yang merupakan bagian dari “suatu

keluarga”, tetapi tidak hidup dalam satu rumah tangga. Dengan memperoleh data tentang komposisi keluarga lebih memungkinkan anggota keluarga mengetahui minat terhadap keluarga secara keseluruhan dari pada hanya memperoleh data klien individu

2. Genogram

Genogram keluarga adalah suatu diagram yang menggambarkan konstelasi atau pohon keluarga. Genogram ini merupakan suatu alat pengkajian informatif yang digunakan untuk mengetahui keluarga dan riwayat keluarga serta sumbernya.

3. Tipe keluarga

Tipe keluarga didasari oleh anggota keluarga yang berada dalam satu atap. Tipe keluarga dapat dilihat dari komponen dan genogram dalam keluarga.

4. Latar belakang budaya

Pengkajian kebudayaan klien (individu dan keluarga) merupakan hal penting dari pengkajian dalam pemberian asuhan yang sesuai dengan kebudayaan. Pengkajian kebudayaan memerlukan penerimaan terhadap realitas ganda, suatu pemahaman tentang perbedaan dan keterbukaan, kepekaan, dan sikap ingin tahu. Latar belakang budaya dapat dikaitkan dengan anggota keluarga dengan stroke misalnya dengan pola makan Sumatera Barat/ orang minang suka makan-makanan yang bersantan.

5. Area pengkajian etnik dan agama

Bagi kebanyakan keluarga, pengkajian kebudayaan dan etnik secara lengkap merupakan hal yang tidak mungkin dilakukan, namun pengkajian latar belakang etnik keluarga dan tingkat yang mereka identifikasi dengan kebudayaan lain atau kebudayaan tradisional mereka yang dominan, merupakan informasi dasar yang diperlukan dalam tiap pengkajian keluarga. Masalah yang kompleks, latar belakang etnik atau pasangan dapat berbeda, dan jika berbeda maka, penting untuk mengkaji bagaimana perbedaan ini diatasi dan bagaimana perbedaan tersebut memengaruhi kehidupan keluarga.

Informasi tentang keyakinan agama keluarga dan praktiknya sangat berhubungan erat dengan etnisitas sehingga harus juga dimasukkan sebagai bagian dari pengkajian. Keyakinan beragama sering memengaruhi konsepsi keluarga tentang sehat-sakit dan bagaimana anggota keluarga yang sakit ditangani.

6. Bahasa

Bahasa yang digunakan secara eksklusif atau sering di rumah, kemampuan anggota keluarga berbahasa, dan bahasa apa yang digunakan di luar rumah.

7. Status sosial ekonomi

Status ekonomi keluarga adalah suatu komponen kelas sosial yang menunjukkan tingkat dan sumber penghasilan keluarga.

Penghasilan yang cukup untuk memenuhi kebutuhan keluarga secara umum diperoleh dari anggota keluarga yang bekerja atau dari sumber penghasilan sendiri seperti uang pensiun dan tunjangan, sebagian penghasilan lain yang diperoleh dari dinas sosial atau asuransi bagi orang yang tidak bekerja umumnya kecil, tidak stabil atau hampir tidak maupun.

8. Aktifitas rekreasi atau waktu luang keluarga

B. Riwayat Dan Tahap Perkembangan Keluarga

1. Tahap perkembangan keluarga saat ini :

Tahap perkembangan keluarga ditentukan dengan anak tertua dari keluarga ini.

2. Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi :

Tugas perkembangan keluarga saat ini yang belum dilaksanakan secara optimal oleh keluarga

3. Riwayat keluarga inti :

Riwayat keluarga inti pada tahap ini yang dikaji adalah hubungan keluarga inti, dan apa apa latar belakang terbentuknya sebuah keluarga.

4. Riwayat kesehatan keluarga sebelumnya

Dijelaskan mengenai riwayat kesehatan pada keluarga dari anggota dari pihak suami dan istri. Pada anggota keluarga stroke dapat diturunkan. Dijelaskan mengenai riwayat kesehatan pada keluarga dari pihak suami dan istri.

5. Riwayat keluarga stroke dapat diturunkan dari anggota keluarga sebelumnya atau dari orang tua.

C. Data Lingkungan

a. Karakteristik rumah :

Bagian ini berfokus pada karakteristik tertentu dari lingkungan rumah keluarga, yang dapat memengaruhi kesehatan keluarga. Bagian pertama menggambarkan aspek perumahan keluarga dalam hal struktur, keamanan, dan bahaya kesehatan lain. Bagian kedua menjelaskan tentang sumber di rumah yang berhubungan dengan kesehatan anggota keluarga. Bagian ketiga berfokus pada lingkungan yang meningkatkan jumlah keluarga dan faktor lingkungan yang memengaruhi kesehatan anggota keluarga.

b. Karakteristik tetangga dan komunitas :

Keluarga sehat adalah keluarga yang aktif dan mencari cara dengan inisiatif sendiri untuk berhubungan dengan berbagai kelompok komunitas. Keluarga yang berfungsi dengan cara yang

sehat memersepsikan diri mereka sendiri sebagai bagian dari komunitas yang lebih besar. Bagian dari coping yang berhasil adalah kemampuan mereka untuk memastikan kepatuhan dari lingkungan atau mempertahankan keluarga yang ramah lingkungan, berarti bahwa di dalam komunitas keluarga mampu mencari, menerima dan/atau menerima sumber yang sesuai untuk memenuhi kebutuhan makanan, pelayanan, dan informasi.

c. Mobilitas geografis keluarga :

Lingkungan dan komunitas yang lebih luas yang ditepati keluarga, memiliki pengaruh nyata terhadap kesehatan keluarga.

d. Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat :

Pada tahap ini yang dikaji adalah tentang interaksi dengan tetangga disekitar rumah

e. Sistem pendukung keluarga :

Yang termasuk pada sistem pendukung keluarga adalah jumlah anggota keluarga yang sehat, fasilitas-fasilitas yang dimiliki keluarga untuk menunjang kesehatan. Fasilitas yang mencakup fasilitas fisik, fasilitas psikologi atau dukungan dari anggota keluarga dan fasilitas social atau dukungan dari masyarakat setempat.

Pada anggota stroke perlu adanya dukungan dari anggota keluarga karena penyakit stroke bersifat menahun.

D. Struktur Keluarga

a) Pola Komunikasi Keluarga :

Pola komunikasi keluarga merupakan karakteristik, pola interaksi sirkular yang bersinambung yang menghasilkan arti transaksi antara anggota keluarga. Pola komunikasi melalui interaksi yang dapat memenuhi kebutuhan afektif keluarga. Kemampuan anggota keluarga untuk mengenal dan merespon pesan nonverbal merupakan aspek penting pada keluarga yang sehat. Pola komunikasi keluarga pola-pola komunikasi keluarga menjelaskan komunikasi antar anggota keluarga.

b) Struktur Peran Keluarga :

Sebuah peran didefinisikan sebagai kumpulan dari perilaku yang secara relatif homogen dibatasi secara normatif dan diharapkan dari seorang yang menempati posisi sosial yang diberikan. Peran berdasarkan pada pengharapan atau penetapan peran yang membatasi apa saja yang harus dilakukan oleh individu di dalam situasi tertentu agar memenuhi pengharapan diri atau orang lain terhadap mereka.

Adanya anggota keluarga stroke memerlukan peran informal keluarga dalam merawat anggota keluarga sekaligus sebagai sistem dukungan bagi anggota keluarga.

c) Nilai dan Norma Keluarga :

Nilai keluarga didefinisikan sebagai suatu sistem ide, perilaku, dan keyakinan tentang nilai suatu hal atau konsep yang secara sadar maupun tidak sadar mengikat anggota keluarga dalam kebudayaan sehari-hari atau kebudayaan umum.

Norma keluarga adalah pola perilaku yang dianggap benar oleh masyarakat, sebagai sesuatu yang berdasarkan pada sistem nilai keluarga. Norma menentukan perilaku peran bagi setiap posisi di dalam keluarga dan masyarakat serta menetapkan bagaimana mempertahankan atau menjaga hubungan timbal balik, dan bagaimana perilaku peran dapat berubah dengan perubahan usia.

d) Struktur kekuatan keluarga :

Dukungan pada anggota keluarga stroke diperlukan bagi anggota keluarga seperti mengingatkan atau menghindari factor resiko, dan mengingatkan untuk melakukan kontrol.

E. Fungsi Keluarga

1. Fungsi Afektif :

Fungsi afektif merupakan dasar utama baik untuk pembentukan maupun keberlanjutan unit keluarga itu sendiri, sehingga fungsi afektif merupakan salah satu fungsi keluarga yang paling penting.

Memelihara saling asuh antara suami dan isteri, perkembangan hubungan yang akrab, keseimbangan saling menghormati, pertalian dan identifikasi, perhatian/dukungan suami dan keluarga terdekat.

2. Fungsi Sosialisasi :

Fungsi sosialisasi adalah fungsi yang dibutuhkan untuk kelangsungan hidup masyarakat. Fungsi sosialisasi merujuk pada banyaknya pengalaman belajar yang diberikan dalam keluarga yang ditujukan untuk mendidik anak-anak tentang cara menjalankan fungsi dan memikul peran orang dewasa.

3. Fungsi Perawatan Kesehatan :

Fungsi fisik keluarga dipenuhi oleh orang tua yang menyediakan makanan, pakaian, tempat tinggal, perawatan kesehatan, dan perlindungan terhadap bahaya. Pelayanan dan praktik kesehatan adalah fungsi keluarga yang paling relevan bagi keluarga.

Pada anggota keluarga dengan stroke dapat ditemukan pola makan yang tidak sehat, adanya merokok pada anggota keluarga, tidak melakukan aktivitas fisik. Dan ditemukan juga kelemahan anggota gerak di sebelah kiri pada anggota keluarga dan agak sulit melakukan aktivitas.

Lima tugas kesehatan keluarga :

a. Mengetahui masalah kesehatan

Kesehatan merupakan bagian dari kebutuhan keluarga yang diabaikan, karena kesehatan berperan penting dalam keluarga.

b. Menentukan tindakan yang tepat bagi keluarga

Peran ini merupakan upaya keluarga untuk mencari pertolongan yang tepat sesuai dengan keadaan keluarga.

Adapun klarifikasinya adalah :

- Apakah masalah dirasakan oleh keluarga
- Apakah anggota keluarga merasa menyerah terhadap masalah yang dihadapi salah satu anggota keluarga
- Apakah anggota keluarga takut akibat dari terapi yang dilakukan terhadap salah satu anggota keluarganya
- Apakah anggota keluarga percaya pada petugas kesehatan
- Apakah keluarga mempunyai kemampuan untuk menjangkau fasilitas kesehatan

c. Memberikan perawatan pada keluarga yang sakit

Pemberian secara fisik merupakan beban paling berat yang dirasakan keluarga, menyatakan bahwa keluarga memiliki keterbatasan dalam mengatasi masalah keperawatan keluarga,

Untuk mengetahui yang dapat dikaji yaitu :

- Apakah keluarga aktif dalam ikut merawat pasien

- Bagaimana keluarga mencari pertolongan dan mengerti tentang perawatan yang diperlukan pasien
 - Bagaimana sikap keluarga terhadap pasien
- d. Memodifikasi lingkungan keluarga untuk menjamin kesehatan keluarga
- Pengetahuan keluarga tentang sumber yang dimiliki disekitar lingkungan rumah
 - Pengetahuan tentang pentingnya sanitasi lingkungan dan manfaatnya
 - Kebersamaan dalam meningkatkan dan memelihara lingkungan rumah yang menunjang kesehatan
- e. Menggunakan pelayanan kesehatan

Untuk mengetahui kemampuan keluarga dalam memanfaatkan sarana kesehatan yang perlu dikaji tentang :

- Pengetahuan keluarga tentang fasilitas kesehatan yang dapat di jangkau keluarga
- Keuntungan dari adanya fasilitas kesehatan
- Kepercayaan keluarga terhadap pelayana kesehatan yang ada
- Apakah fasilitas kesehatan dapat terjangkau oleh keluarga.

4. Fungsi Reproduksi :

Salah satu fungsi dasar keluarga adalah untuk menjamin kontinuitas antar generasi keluarga dan masyarakat yaitu menyediakan anggota baru untuk masyarakat.

5. Fungsi Ekonomi :

Fungsi ekonomi melibatkan penyediaan keluarga akan sumber daya yang cukup finansial, ruang, dan materi serta alokasi yang sesuai melalui proses pengambilan keputusan. Suatu pengkajian sumber ekonomi untuk mengalokasikan sumber yang sesuai guna memenuhi kebutuhan keluarga seperti sandang, papan, pangan, dan perawatan kesehatan yang adekuat.

F. Stress Dan Koping Keluarga

a. Stresor jangka pendek dan jangka panjang

- Jangka pendek (<6 bulan)

Stresor jangka pendek yaitu stressor yang dialami keluarga yang memerlukan penyelesaian dalam waktu kurang lebih 6 bulan.

Pada anggota keluarga dengan stroke dapat ditemui adanya stress dan juga penyakit ini sendiri dapat menimbulkan stress pada anggota keluarga

- Jangka panjang (>6 bulan).

Stressor jangka panjang yaitu stressor yang dialami keluarga yang memerlukan penyelesaian dalam waktu lebih dari 6 bulan.

Pada anggota keluarga dengan stroke dapat ditemui adanya yang perlu stress dan juga penyakit ini sendiri dapat menimbulkan stress pada anggota keluarga

b. Kemampuan keluarga berespon terhadap situasi dan stressor

Hal yang perlu dikaji adalah sejauh mana keluarga berespon terhadap situasi/stressor.

Pada anggota keluarga stroke dapat ditemui kemampuan negative terhadap atau respon terhadap stress. Misalnya marah yang tak beraturan.

c. Strategi koping yang digunakan

Strategi koping apayang dugunakan keluarga bila menghadapi permasalahan

d. Strategi adaptasi disfungsional

Dijelaskan mengenai strategi adaptasi disfungsional yang di gunakan bila menghadapi permasalahan.

Pada anggota keluarga stroke dapat ditemui kemampuan negative terhadap atau respon teradap stress. Misalnya marah yang tidak beraturan.

G. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan pada semua anggota keluarga. Metode yang digunakan pada pemeriksaan fisik tidak berbeda dengan pemeriksaan fisik klinik.

Pada anggota keluarga dengan stroke dapat ditemui peningkatan tekanan darah, kelemahan pada ekstremitas di sebelah kiri, dan susah beraktivitas.

H. Harapan Keluarga Terhadap Perawat

Pada akhir pengkajian, perawat menanyakan harapan keluarga terhadap petugas kesehatan yang ada.

2.3.2 DIAGNOSA KEPERAWATAN

Diagnosa keperawatan dapat dirumuskan setelah pengkajian riwayat perkembangan keluarga dan hubungan yang jeas pada kebutuhan serta perhatian perkembangan keluarga terbaru secara menyeluruh. Akan tetapi, penggunaan diagnosis keperawatan NANDA terakait dengan perkembangan, dapat salah memberi arahan pada perawat keluarga, bahwa diagnosis yang diidentifikasi dalam sistem klarifikasi ini diarahkan pada individu, bukan pada keluarga.

Contoh diagnosa yang sering muncul pada stroke :

1. Gangguan perfusi serebral tidak efektif

2. Gangguan mobilitas fisik
3. Kurangnya pengetahuan keluarga tentang penyakit
4. Nyeri
5. Resiko jatuh
6. Ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan

Setelah dirumuskan diagnose keperawatan maka tahap selanjutnya maka di lakukan prioritas masalah. Adapun prioritas masalah dalam leperaatan keluarga mengacu kepada teori dibawah ini.

2.3.3 Rencana Asuhan Keperawatan Teoritis

Rencana keperawatan adalah merupakan suatu proses penyusunan berbagai intervensi keperawatan yang dibutuhkan untuk mencegah, menurunkan, atau mengurangi masalah-masalah klien. Perencanaan ini merupakan langkah ketiga dalam membuat suatu proses keperawatan.

A. Hambatan Mobilitas Fisik

NO	DATA	DIAGNOSA	NOC	NIC
1	<p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> Ibu.A mengatakan lemah pada anggota gerak sebelah kiri terutama kaki An.W belumbisa digerakkan dengan baik Ibu.A mengatakan jika 	<p>DOMAINIV</p> <p>Aktifitas/ istirahat</p> <p>KELAS 2</p> <p>Aktifitas / olah raga</p> <p>Diagnosis</p> <p>Hambatan mobilitas fisik (00085)</p>	<p>Keluarga mampu mengenal</p> <p>Level 1</p> <p>Domain IV : pengetahuan tentang kesehatan dan perilaku</p> <p>Hasil yang menggambarkan sikap, pemahaman, dan tindakan dengan menghormati kesehatan dan penyakitnya</p>	<p>Keluarga mampu mengenal</p> <p>Level 1</p> <p>Domain 3 : Perilaku memberikan dukungan fungsi psikososial dan memfasilitasi perubahan gaya hidup.</p> <p>Level 2</p> <p>Kelas S : pendidikan kesehatan</p> <p>Intervensi untuk memfasilitasi</p>

	<p>beraktifitas selalu dibantu menggunakan tongkat</p> <ul style="list-style-type: none"> Ibu.A mengatakan sering sakit pinggang jika terlalu banyak aktifitas sakinya kadang-kadang muncul <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> Ibu.A tampak lemah pada anggota gerak sebelah kiri. Ibu.A tampak selalu 		<p>Level 2</p> <p>Kelas S : pengetahuan tentang kesehatan</p> <p>Hasil yang menggambarkan pemahaman individu dalam mengaplikasikan informasi untuk meningkatkan, mempertahankan dan memelihara kesehatan</p> <p>Level 3</p> <p>Hasil :</p> <p>(1803) pengetahuan : proses penyakit</p>	<p>keluarga untuk belajar intervensi (5515) Peningkatan kesadaran kesehatan (5602) Pengajaran proses penyakit</p>
--	---	--	--	---

	<p>megggunakan tongkat jika berdiri / berjalan.</p> <ul style="list-style-type: none"> Ibu.A tampak sering banyak duduk Kekuatan otot <table border="1" data-bbox="481 909 683 1029"> <tr> <td>5555</td> <td>3333</td> </tr> <tr> <td>5555</td> <td>3333</td> </tr> </table>	5555	3333	5555	3333		<p>Keluarga mampu mengambil keputusan</p> <p>Domain IV : pengetahuan tentang kesehatan dan perilaku</p> <p>Kelas Q : perilaku kesehatan</p> <p>Hasil menggambarkan tindakan individu dalam meningkatkan atau memperbaiki kesehatan</p> <p>Hasil : (1606) partisipasi dalam keputusan perawatan kesehatan</p> <p>Kelas R : kepercayaan tentang kesehatan</p>	<p>Keluarga mampu mengambil keputusan</p> <p>Kelas P : terapi kognitif</p> <p>Intervensi yang dilakukan untuk memperkuat atau meningkatkan fungsi kognitif yang diharapkan atau merubah tugas kognitif yang tidak diharapkan</p> <p>Intervensi : (5540) peningkatan kesiapan pembelajaran</p> <p>Kelas R : bantuan koping</p> <p>Intervensi untuk membantu orang lain untuk membangun kekuatan diri,</p>
5555	3333							
5555	3333							

		<p>Hasil yang menggambarkan ide dan persepsi individu yang mempengaruhi perilaku kesehatan</p> <p>Hasil : (1700) kepercayaan mengenal kesehatan.</p> <p>Keluarga mampu merawat anggota keluarga</p> <p>Domain 1 : Fungsi kesehatan</p> <p>Kelas : C : Mobilitas Fisik</p>	<p>untuk beradaptasi pada perubahan fungsi atau menerima tingkatan fungsi yang lebih tinggi</p> <p>Intervensi : (5250) dukungan pengambilan keputusan</p> <p>Keluarga mampu merawat anggota keluarga</p> <p>DOMAIN 1 FISILOGIS DASAR</p> <p>Kelas A : manajemen aktifitas dan latihan intervensi untuk mengatur / membantu aktifitas fisik konservasi</p>
--	--	--	--

				<p>dan pengeluaran energi</p> <p>Intervensi :</p> <p>(0201) peningkatan latihan : latihan kekuatan</p> <p>Keluarga mampu memodifikasi lingkungan</p> <p>Level 1</p> <p>Domain IV : pengetahuan tentang kesehatan dan perilaku</p> <p>Kelas T : kontrol risiko dan keamanan</p> <p>Hasil yang menggambarkan status keamanan individu dan</p>	<p>Keluarga mampu memodifikasi lingkungan</p> <p>Level 1</p> <p>Domain IV : keagamaan</p> <p>Perawatan yang mendukung perlindungan terhadap ancaman</p> <p>Kelas V : manajemen risiko</p> <p>Intervensi yang dilakukan untuk menurunkan risiko dan memantau</p>
--	--	--	--	---	--

			<p>tindakan untuk menghindari, membatasi, mengontrol ancaman kesehatan yang telah teridentifikasi</p> <p>Hasil : (1904) kontrol risiko : penggunaan obat</p> <p>Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan</p> <p>Level 1</p> <p>Domain VII : kesehatan komunitas</p>	<p>risiko yang secara terus-menerus sepanjang waktu</p> <p>Intervensi : (6486) manajemen lingkungan keselamatan.</p> <p>Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan</p> <p>Level 1</p> <p>Domain VII : komunitas</p> <p>Perawatan yang mendukung kesehatan komunitas</p>
--	--	--	---	---

			<p>Hasil yang menggambarkan kesehatan, kesejahteraan, dan fungsi dari komunitas atau populasi</p> <p>Level 2</p> <p>Kelas CC : Perlindungan kesehatan komunitas</p> <p>Hasil yang menggambarkan struktur dan program komunitas untuk menghilangkan atau menurunkan risiko kesehatan dan peningkatan resistensi terhadap ancaman kesehatan</p>	<p>Level 2</p> <p>Kelas D : manajemen risiko komunitas</p> <p>Intervensi yang membantu mendeteksi atau mencegah risiko kesehatan pada seluruh komunitas</p> <p>Intervensi : (6520) skrining kesehatan</p>
--	--	--	---	---

			Level 3 Hasil : (2807) keefektifan skrining kesehatan komunitas.	
--	--	--	---	--

2.3.4 Implementasi

Implementasi keperawatan keluarga adalah suatu proses aktualisasi rencana intervensi yang memanfaatkan berbagai sumber didalam keluarga dan memandirikan keluarga dalam bidang kesehatan. Keluarga dididik untuk dapat menilai potensi yang dimiliki mereka dan mengembangkannya melalui implementasi yang bersifat memampukan keluarga untuk :

- a. Mengetahui masalah kesehatan.
 - b. Mengambil keputusan berkaitan dengan persoalan kesehatan yang dihadapi.
 - c. Merawat dan membina anggota keluarga sesuai dengan kondisi kesehatannya.
 - d. Memodifikasi lingkungan yang sehat bagi setiap anggota keluarga.
 - e. Memanfaatkan sarana pelayanan kesehatan terdekat
- (Sudiharto, 2007)

2.3.5 Evaluasi

Pengertian evaluasi, evaluasi keperawatan keluarga adalah proses untuk menilai keberhasilan keluarga dalam melaksanakan tugas kesehatannya sehingga memiliki produktivitas yang tinggi dalam mengembangkan setiap anggota keluarganya (Sudiharto, 2007). Sebagai

komponen kelima dalam proses keperawatan, evaluasi adalah tahap yang menentukan apakah tujuan yang telah ditetapkan dalam perencanaan sudah tercapai. Bentuk rumusan tujuan yang ditetapkan akan menentukan mudah atau sulitnya dalam melaksanakan evaluasi.

BAB III
ASUHAN KEPERAWATAN PADA KELUARGA IBU.A
DI RT 05 RW 02

3.1 Pengkajian

1. Format Pengkajian Keluarga

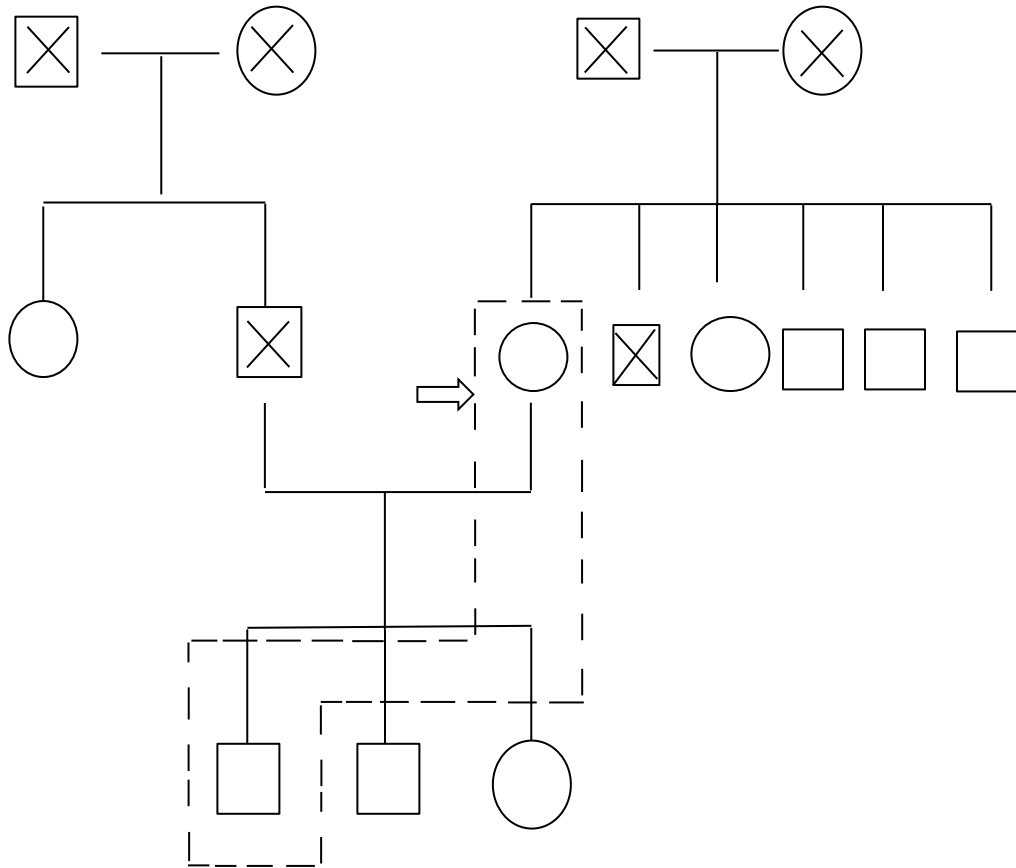
A. Data Umum Keluarga

- a. Nama kepala keluarga (KK) : Ibu.A
- b. Umur : 66 Th
- c. Pendidikan : SD
- d. Pekerjaan : IRT
- e. Alamat : RT 5 RW 2, Jln Kusumabhakti
- f. Komposisi keluarga :






2. Tabel 3.1 Komposisi Keluarga Ibu.A

No.	Nama	Jenis kelamin	Umur	Pendidikan	Pekerjaan	Hub dgn KK
1.	An. W	L	36	SD	DKP	Anak
2.	An. I	L	28	Sarjana	Wiraswasta	Anak
3.	An. S	P	20	Mahasiswa	Mahasiswa	Anak

a. Genogram : Skema 3.1 Genogram



Keterangan :

-  : Laki-laki
-  : Perempuan
-  : Serumah
-  : meninggal
-  : klien

b. Tipe keluarga:

Tipe keluarga Ibu A merupakan keluarga dengan tipe keluarga inti dimana satau keluarga/ satu rumah terdapat ibu dan anak.

c. Latar belakang budaya :

Keluarga Ibu. A berasal dari suku minang, bahasa yang digunakan sehari-hari dirumah dan lingkungan sekitar adalah bahasa minang. Tidak ada pantangan atau kebiasaan suku yang mengikat dalam keluarga, serta tidak ada kepercayaan yang bertentangan dengan kesehatan.

d. Agama :

Seluruh anggota keluarga Ibu. A beragama islam dan dalam melaksanakan kegiatan beribadah sesuai dengan agama yaitu shalat dan berdo'a.

e. Status sosial ekonomi:

Dari hasil pensiunan suami dan juga dari anak-anak klien, Ibu.A tidak menghasilkan uang karena tidak bisa beraktifitas dengan sempurna. Ibu.A mengatakan sudah menderita stroke sejak tahun 2018 yang lalu.

1. Aktifitas rekreasi atau waktu luangkeluarga :

Ibu.A mengisi waktu luang nya dengan duduk di depan rumah, nonton tv dan membaca koran di rumah dan berjala-jalan dekat rumah nya di bantu menggunakan tongkat miliknya,kadang mereka

berkumpul dengan anak-anak nya ketika pulang, biasanya mereka berbincang-bincang bersama.

3. Riwayat Dan Tahap Perkembangan Keluarga

a. Tahap perkembangan keluarga saat ini :

Tahap perkembangan keluarga saat ini adalah :

Tahap perkembangan keluarga Ibu. A yaitu pada tahap 6, keluarga dengan tahap dewasa dimana tugas pekungannya :

1. Memperluas keluarga inti menjadi keluarga besar.
2. Memperthankan memabntu anak untuk memasuki masatuanya.
3. Membantu anak untuk mandiri di masyarakat.
4. Mempertahakan keintiman pasangan.

b. Tugas perkembangan keluarga yang belum terpenuhi.

Hal ini dibuktikan antara lain, Ibu A sudah mempunyai menantu, selama ini berhubungan baik dengan menantu dan anaknya sudah ada yang bisa hidup secara mandiri dan ada satu anak yang masih dalam melanjutkan pendidikanya.

c. Riwayat keluarga inti

Ibu.A : Mengatakan sudah lama menjalin hubungan pernikahan suka sama suka dan mereka menikah pada tahun 1990 di kampung Ibu.A sebelum mereka menetapi rumah yang mereka buat yaitu rumah yang didiami saat ini, dan memiliki anak pertama pada

tahun 1993 yang bernama An. W dan setelah anak pertama Ibu. A berumur 8 tahun lahir anak kedua Ibu. A bernama An. I, dan anak ketiga dari Ibu. A lahir pada tahun 1999 dan sekarang berusia 20 tahun. Pada tahun 2018 keluarga Ibu. A tinggal oleh suami/ ayah dari anak-ananya.

d. Riwayat kesehatan keluarga sebelumnya :

Ibu.A mengatakan memang memiliki riwayat hipertensi. Dan saudara –saudara Ibu. A tidak memiliki riwayat penyakit yang sama dengan Ibu.A. Di keluarga Ibu. A tidak memiliki riwayat DM, Asma, Jantung.

4. LINGKUNGAN

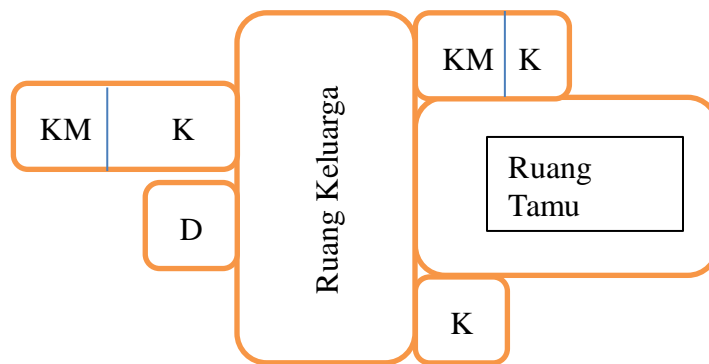
1. Karakteristik rumah :

Rumah Ibu.A merupakan permanen yang rumah tersebut telah didiami keluarga sudah dari tahun 1990 yang seluas lebar +- 10 meter dan panjang kebelakang 18 +- meter, dirumah tersebut terdapat :

- Ruang tamu 1 yang berukuran 4 x 3 meter
- Kamar tidur yang tepat di bagian samping dari ruang tamu
- Ruang makan Ibu.A bergabung dengan ruang makan
- Kamar mandi berjumlah 2 dan 1 wc berada di kamar
- Gudang

- Lantai rumah Ibu.A terbuat dari material semen dan pasir, di sebelah kiri dan kanan rumah Ibu.A terdapat rumah tetangga. Dan pembuangan limbah keluarga terdapat septic tank di bagian belakang rumah.

Denah Rumah :



2. Karakteristik tetangga atau komunitas RW :

Ibu.A mengatakan ia tinggal di lingkungan yang sama suku denganya terkadang dia mengikuti pengajian yang diadakan di lingkungannya.

3. Mobilitas geografis keluarga :

Ibu. A mengatakan ia asli tinggal di RT 5 RW 2 Gulai Bancah dan tidak pernah berpindah baik dalam maupun luar kota.

Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat :

Ibu.A mengatakan ketika saat sebelum stroke terkadang ia berkunjung kerumah tetangga, terkadang mengikuti pengkajian yang di adakan persepsi keluarga mengenal perkumpulan di masyarakat memang banyak

manfaat, selain berkumpul bersama bisa menjalin silaturahmi yang lebih erat sambil bercerita dan bercanda tawa bersama dia. Dan sekarang semenjak Ibu.A mendapat penyakit stroke, Ibu. A sudah jarang pergi untuk menghadiri acara masyarakat seperti dulu, karena sulit untuk beraktivitas dan lebih banyak menghabiskan waktu dirumahnya saja.

4. Sistem pendukung sosial keluarga :

Ibu.A mengatakan ia menggunakan BPJS jika ada kebutuhan biaya mendesak ia juga meminta kepada anak nya.

5. STRUKTUR KELUARGA

1) Pola komunikasi keluarga :

Anggota keluarga berkomunikasi langsung dengan bahasa Minang. Komunikasi antar keluarga lancar dan nyambung. Komunikasi berlangsung setiap ada perkumpulan disaat anak-anak nya pulang, kecuali pada saat anak-anak Ibu.A sedang bekerja.

2) Struktur kekuatan keluarga :

Ibu.A mengatakan sebelum suami meninggal, suami klien bertanggung jawab atas kehidupan istri dan memenuhi kebutuhan nya, terkandung anaknya selalu mengirikan uang untuk orang tuanya.

3) Struktur peran :

- Ibu.A berperan sebagai kepala keluarga,karena sang suami yang telah dulu meninggal, dan kini Ibu. A tidak bisa lagi bekerja, yang kini di tanggung oleh anak-anak nya.
- An.W Berperan sebagai anak pertama,dan An.W kini bekerja untuk mendapatkan uang yaitu bekerja sebagai DKP, selain itu peran An. W berperan penting dirumah untuke merawat ibunya, dan memberi dukungan untuk kesembuhan ibunya.
- An. I Berperan sebagai anak kedua, dan An. I kini bekerja sebagai wiraswasta, dan untuk memunhi kebutuhannya dan keluarga. An. I pada saat dia pulang kampung, dia selalu mearawat dan menjaga ibunya,memperhatikan kesehatan ibunya, dan selalu memberikan dukungan untuk kesembuhan ibunya.
- An. S Berperan sebagai anak ketiga, dan An. S kini masih melanjutkan pendidikannya dan bila pulang selalu membantu orang tua di rumah. An. S sebagai anak perempuan di keluarga juga sangat memperhatikan kesehatan dan juga membantu merawat ibunya saat dia pulang kampung, dan juga memberi dukungan sepenuhnya untuk kesembuhan ibunya.

4) **Nilai, norma dan budaya :**

Ibu.A mengatakan ia terbiasa menanamkan kepada anaknya sikap hormat dan saling menghargai antar keluarga maupun dengan orang lain. Keluarga menganut nilai dan norma yang terdapat pada tempat tinggalnya.

6. Fungsi Keluarga

a) **Fungsi afektif :**

Keluarga Ibu. A mengatakan berusaha memelihara hubungan baik antar anggota keluarga. Saling menyayangi, mengormati dan bila ada anggota keluarga yang membutuhkan maka anggota keluarga yang lain membantu.

b) **Fungsi sosialisasi :**

Ibu.A mengatakan interaksi antar keluarga dapat berjalan dengan baik. Hal ini disebabkan karena setiap anggota keluarga berusaha untuk mematuhi aturan yang adamisalnya saling menghormati dan menghargai.

c) **Fungsi perawatan kesehatan (riwayat kesehatan dan tugas kesehatan keluarga) :**

Dari hasil pegkajian yang di dapatkan pada keluarga Ibu A., riwayat kesehatan sekarang mengatakan lemah pada anggota gerak sebelah kiri terutama kaki kiri Ibu. A belum bisa digerakkan dengan baik, Ibu.A mengatakan jika beraktifitas selalu dibantu menggunakan tongkat, Ibu.A mengatakan sering sakit pinggang jika terlalu banyak aktifitas sakitnya kadang-kadang muncul. Riwayat kesehatan dahulu Ibu.A mengatakan

bahwa ia pernah di rawat di RSSN Bukittinggi karena stroke pada tahun 2018 yang lalu. Ibu.A mengalami stroke lebih kurang 1 tahun yang lalu, klien mengatakan stroke nya datang secara tiba-tiba. dan klien tiba-tiba merasakan lemah di bagian sebelah kiri dan tidak bisa untuk digerakan dan berdiri, Ibu.Klien mengatakan tidak pernah jatuh sebelumnya. Dan mempunyai riwayat hipertensi.

Tugas Perawatan Keluarga :

1. Mengenal masalah kesehatan

Ibu.A mengatakan stroke yaitu penyumbatan pada pembuluh darah di otak yang secara mendadak. Ibu.A Stroke dapat mempengaruhi organ indra, ucapan, perilaku, pikiran dan emosi. Salah satu tubuh mungkin menjadi lumpuh atau lemah akibat stroke.

2. Memutuskan untuk merawat

Keluarga Ibu.A mengatakan jika ada keluraganya yang terlihat sakitnya tidak langsung dibawa ke rumah sakit, dan jika sakit tidak juga hilang, maka kelurga akan membawa ke tempat pelayanan kesehatan. Begitupun juga jika Ibu. A sedang sakit, anggota keluarganya pun akan berusaha merawat nya, dan apabila sakit Ibu. A tidak kunjung membaik, maka anggota keluarganya pun membawa Ibu.A ke pelayanan kesehatan untuk berobat.

3. Mampu merawat

Ibu.A mengatakan tidak begitu banyak tahu tentang cara melatih menggerakkan kaki dan tangannya yang lemah tersebut, biasanya Ibu. A hanya melakukan jalan-jalan de sekitar halaman rumah nya, dan memijat anggota gerak yang lemah nya tersebut dan terkadang di bantu anaknya untyuk bergerak dan dipijat oleh anak nya.

4. Modifikasi lingkungan

Berkaitan lingkungan rumah yang aman baginya Ibu.A menjawab, anaknya memperhatikan tempat-tempat yang sangat besar membuat resiko jatuh, seperti kamar mandi dan wc.dan selalu di bersihkan agar tidak licin dan menghindari resiko jatuh.

5. Memanfaatkan pelayanan kesehatan yang ada

Keluarga Ibu. A mengatakan jika ada anggota keluarganya yg sakit maka An. W yang membawanya ke puskesmas, maupun sebaliknya.Ibu.A juga sering memanfaatkan pelayanan kesehatan di dekat rumahnya yaitu Puskesmas Gulai Bancah dan Ibu.A sering diantar oleh anaknya menju ke Puskesmas.

d) Fungsi reproduksi :

Ibu.A mengatakan tidak mungkin punya anak lagi karena sudah dalam usia lanjut usia dan suaminya sudah meninggal.

e) Fungsi Ekonomi :

Status ekonomi keluarga Ibu.A saat ini didapatkan dari pensiunan suaminya dengan penghasilan 1.500.000 dan juga diberi uang oleh anak-anaknya yang sudah bekerja setiap bulannya.

7. Stress Dan Koping Keluarga

1. Stresor Jangka Pendek :

Klien masih tampak belum bisa menerima kepergian suaminya yang telah meninggal lebih kurang 1 tahun yang lalu. Dan keluarga mengatakan saat ini memikirkan masalah kesehatan penyakit yang diderita oleh Ibu.A.

2. Stresor Jangka Panjang :

Hampir tidak pernah mengalami stress jangka panjang lebih dari 2 tahun. Ibu.A mengatakan ingin cepat sembuh lagi terutama pada tangan dan kakinya sebelah kiri supaya bisa beraktivitas dengan normal kembali.

3. Kemampuan Keluarga Berespon Terhadap Masalah :

Keluarga Ibu.A cukup cepat dalam berespon dengan masalah, saling terbuka dan saling berbagi kalau ada masalah dan saling memberikan solusi satu sama lain.

4. Strategi Koping yang Digunakan :

Bila ada anggota keluarga yang sakit, keluarga membawa ke pelayanan kesehatan. Bila ada sesuatu masalah dalam keluarga maka teknik pemecahan yang dilakukan adalah dengan bermusyawarah. Bila ada salah satu anggota keluarga yang membutuhkan pertolongan, anggota keluarga yang lain membantu.

5. Strategi Adaptasi Disfungsional :

Bila anak-anak Ibu.A ada yang salah Ibu.A selalu menegurnya dan mereka selalu mengikutinya. Tetapi bila Ibu.A yang salah keluarga yang menegurnya.

8. Pemeriksaan Fisik (Head to Toe)

Komponen	An.W	Ibu A
Berat Badan	53 Kg	61 Kg
Tinggi Badan	165 cm	163 cm
Tekanan Darah	Kesadaran : Composmentis Td : 125/80 mmhg	Kesadaran : Composmentis Td : 140/70 mmhg
Suhu Tubuh	36,8 c	36,6 c
Kepala	Inspeksi : Bentuk kepala : simetris Kebersihan : bersih, tidak	Inspeksi : Bentuk kepala : simetris Kebersihan : bersih, tidak

	<p>ada ketombe dan kotoran</p> <p>Warna rambut : tidak beruban</p> <p>Kulit kepala : bersih, tidak terdapat lesi</p> <p>Palpasi :</p> <p>Nyeri kepala : tidak adanya nyeri tekan</p>	<p>ada ketombe dan kotoran</p> <p>Warna rambut : putih beruban</p> <p>Kulit kepala : bersih, tidak terdapat lesi</p> <p>Palpasi :</p> <p>Nyeri kepala : tidak adanya nyeri tekan</p>
Mata	<p>Inspeksi :</p> <p>Konjungtiva : Anemis</p> <p>Skelera : Tidak ikterik</p> <p>Pupil : Isokor</p> <p>Peradangan : Tidak ada</p> <p>Gerakan bola mata : simetris,</p> <p>Alat bantu penglihatan: Tidak menggunakan alat bantu</p> <p>Palpasi :</p> <p>Kelopak mata : Tidak ada nyeri tekan</p>	<p>Inspeksi :</p> <p>Konjungtiva : Anemis</p> <p>Skelera : Tidak ikterik</p> <p>Pupil : Isokor</p> <p>Peradangan : Tidak ada</p> <p>Gerakan bola mata : simetris,</p> <p>Alat bantu penglihatan: Tidak menggunakan alat bantu</p> <p>Palpasi :</p> <p>Kelopak mata : Tidak ada nyeri tekan</p>

Hidung	Inspeksi : Bentuk : simetris Peradangan : Tidak tampak adanya peradangan Penciuman : Fungsi penciuman baik Palpasi : Nyeri : Tidak terdapat nyeri	Inspeksi : Bentuk : simetris Peradangan : Tidak tampak adanya peradangan Penciuman : Fungsi penciuman baik Palpasi : Nyeri : Tidak terdapat nyeri
Telinga	Inspeksi : Bentuk : Simetris Lesi : Tidak terdapat lesi Kebersihan telinga luar : Dari luar tampak bersih Kebersihan lubang telinga : lubang telinga tampak bersih Palpasi : Daun telinga : tidak terdapat nyeri tekan	Inspeksi : Bentuk : Simetris Lesi : Tidak terdapat lesi Kebersihan telinga luar : Dari luar tampak bersih Kebersihan lubang telinga : lubang telinga tampak bersih Palpasi : Daun telinga : tidak terdapat nyeri tekan
Mulut dan Gigi	Inspeksi : Mukosa bibir : Lembab Bibir pecah-pecah : Tidak	Inspeksi : Mukosa bibir : Kering Bibir pecah-pecah : Ada

	<p>ada</p> <p>Kebersihan gigi : Gigi tampak kurang bersih</p> <p>Gigi tampak lengkap</p>	<p>Kebersihan gigi : Gigi tampak kurang bersih</p> <p>Gigi tampak tidak lengkap</p>
<p>Leher dan Tenggorokan</p>	<p>Inspeksi :</p> <p>Bentuk : Simetris</p> <p>Palpasi :</p> <p>Kelenjer limfe : Tidak ada pembesaran</p> <p>Pembesaran kelenjer tiroid : Tidak ada pembesaran</p>	<p>Inspeksi :</p> <p>Bentuk : Simetris</p> <p>Palpasi :</p> <p>Kelenjer limfe : Tidak ada pembesaran</p> <p>Pembesaran kelenjer tiroid : Tidak ada pembesaran</p>
<p>Dada</p>	<p>Paru :</p> <p>I : pergerakan dinding dada simetris,tidak ada lesi,pergerakan nafas normal.</p> <p>I : tidak ada nyeri tekan pada dada,</p> <p>P : sonor,</p> <p>A : nafas vesikuler,dan tidak ada suara tambahan</p> <p>Jantung :</p>	<p>Paru :</p> <p>I : pergerakan dinding dada simetris,tidak ada lesi,pergerakan nafas normal.</p> <p>I : tidak ada nyeri tekan pada dada,</p> <p>P : sonor,</p> <p>A : nafas vesikuler,dan tidak ada suara tambahan.</p> <p>Jantung :</p>

	<p>I: dada simetris</p> <p>P: tidak ada pembengkakan</p> <p>P: suara pekak</p> <p>A: regular</p>	<p>I: dada simetris</p> <p>P: tidak ada pembengkakan</p> <p>P: suara pekak</p> <p>A: regular</p>				
Abdomen	<p>I: simetris kiri dan kanan,tidak ada bekas luka</p> <p>A: bising usus normal</p> <p>P: tidak ada nyeri tekan pada bagian perut</p> <p>P: tympani</p>	<p>I: simetris kiri dan kanan,tidak ada bekas luka</p> <p>A: bising usus normal</p> <p>P: tidak ada nyeri tekan pada bagian perut</p> <p>P: tympani</p>				
Ekstremitas	<p>Tidak dilakukan pemeriksaan</p>	<p>Ekstremitas atas normal tidak ada luka atau jejas, akral hangat, Crt <3, kekuatan otot 5 5. Turgor kulit jelek, sedangkan ekstremitas bawah tidak ada luka atau jejas, akral sedikit teraba dingin Crt<3</p> <p>Lemah pada ekstremitas sebelah kiri. Kekuatan otot :</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">5555</td> <td style="padding: 0 10px;">3333</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">5555</td> <td style="padding: 0 10px;">3333</td> </tr> </table>	5555	3333	5555	3333
5555	3333					
5555	3333					

Kulit	Kulit klien bewarna kuning langsung, terdapat bekas luka, kulit klien tampak kering.	Kulit klien tampak keriput, Kulit klien bewarna kuning langsung, tidak terdapat bekas luka, kulit klien tampak lembab.
Kuku	Kuku klien tampak bersih	Kuku klien tampak aak bersih.

9. Harapan Keluarga Terhadap Perawat

Keluarga berharap Ibu.A dapat sembuh dan petugas kesehatan dapat memberi pelayanan dengan baik.

10. Analisa Data

Tanggal	Data	Masalah
	DS : <ul style="list-style-type: none"> Ibu.A mengatakan lemah pada anggota gerak sebelah kiri terutama kaki An.W belumbisa digerakkan dengan 	Hambatan mobilitas

	<p>baik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ibu.A mengatakan jika beraktifitas selalu dibantu menggunakan tongkat • Ibu.A mengatakan sering sakit pinggang jika terlalu banyak aktifitas sakinya kadang-kadang muncul <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ibu.A tampak lemah pada anggota gerak sebelah kiri. • Ibu.A tampak selalu meggunakan 	<p>fisik pada keluarga</p> <p>Ibu A khususnya</p> <p>Ibu A</p>
--	--	--

	<p>tongkat jika berdiri / berjalan.</p> <ul style="list-style-type: none">• Ibu.A tampak sering banyak duduk• Kekuatan otot <table><tr><td>5555</td><td> </td><td>3333</td></tr><tr><td colspan="3"><hr/></td></tr><tr><td>5555</td><td> </td><td>3333</td></tr></table>	5555		3333	<hr/>			5555		3333	
5555		3333									
<hr/>											
5555		3333									

3.2 Diagnosa Keperawatan

1. Hambatan mobilitas fisik Ibu.A pada ekstremitas sebelah kiri disebabkan Post Stroke.

N O	KRITERIA	BOBOT	PERHIT UNGAN	PEMBENARAN
1	Sifat masalah : Aktual : 3	1	3/3x1	Ibu. A terlihat mengalami kelemahan anggota gerak, menggunakan tongkat saat berjalan.
2	Kemungkinan masalah dapat diubah Sebagian : 1	2	2/2x2	Dengan informasi yang cukup, akan menambah wawasan dan pengetahuan keluarga mengenai hipertensi
3	Kemungkinan masalah dapat dicegah : tinggi : 3	1	3/3x1	Hipertensi adalah penyakit yang dapat dikendalikan apabila keluarga mengetahui
4	Menonjol masalah : segera : 2	1	2/2x1	Masalah dirasakan oleh Ibu. A dan ingin segera ditangani

	Total skor	4		
--	------------	---	--	--

3.3 Rencana Asuhan Keperawatan

NO	DATA	DIAGNOSA KEPERAWATAN	NOC	NIC
1	<p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ibu.A mengatakan lemah pada anggota gerak sebelah kiri terutama kaki An.W belumbisa digerakkan dengan baik • Ibu.A mengatakan jika beraktifitas selalu dibantu menggunakan tongkat • Ibu.A mengatakan sering sakit pinggang 	<p>DOMAIN IV Aktifitas/ istirahat</p> <p>KELAS 2 Aktifitas/ olah raga</p> <p>Diagnosis Hambatan mobilitas fisik (00085)</p>	<p>Keluarga mampu mengenal</p> <p>Level 1 Domain IV : pengetahuan tentang kesehatan dan perilaku</p> <p>Hasil yang menggambarkan sikap, pemahaman, dan tindakan dengan menghormati kesehatan dan penyakitnya</p> <p>Level 2 Kelas S : pengetahuan tentang kesehatan</p> <p>Hasil yang menggambarkan pemahaman individu dalam</p>	<p>Keluarga mampu mengenal</p> <p>Level 1 Domain 3 : Perilaku memberikan dukungan fungsi psikososial dan memfasilitasi perubahan gaya hidup.</p> <p>Level 2 Kelas S : pendidikan kesehatan</p> <p>Intervensi untuk memfasilitasi keluarga untuk belajar intervensi (5515) Peningkatan kesadaran kesehatan (5602) Pengajaran proses penyakit</p>

	<p>jika terlalu banyak aktifitas sakinya kadang-kadang muncul</p> <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> Ibu.A tampak lemah pada anggota gerak sebelah kiri. Ibu.A tampak selalu meggunakan tongkat jika berdiri / berjalan. Ibu.A tampak sering banyak duduk 		<p>mengaplikasikan informasi untuk meningkatkan, mempertahankan dan memelihara kesehatan</p> <p>Level 3</p> <p>Hasil : (1803) pengetahuan : proses penyakit</p> <p>Keluarga mampu mengambil keputusan</p> <p>Domain IV : pengetahuan tentang kesehatan dan perilaku</p> <p>Kelas Q : perilaku kesehatan</p> <p>Hasil menggambarkan tindakan individu dalam meningkatkan atau memperbaiki kesehatan</p>	<p>Keluarga mampu mengambil keputusan</p> <p>Kelas P : terapi kognitif</p> <p>Intervensi yang dilakukan untuk memperkuat atau meningkatkan fungsi kognitif yang diharapkan atau merubah tugas kognitif yang tidak diharapkan</p>
--	--	--	---	---

	<ul style="list-style-type: none"> Kekuatan otot <table style="margin-left: 40px;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 5px;">5555</td> <td style="padding-left: 5px;">3333</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 5px;">5555</td> <td style="padding-left: 5px;">3333</td> </tr> </table>	5555	3333	5555	3333		<p>Hasil :</p> <p>(1606) partisipasi dalam keputusan perawatan kesehatan</p> <p>Kelas R : kepercayaan tentang kesehatan</p> <p>Hasil yang menggambarkan ide dan persepsi individu yang mempengaruhi perilaku kesehatan</p> <p>Hasil :</p> <p>(1700) kepercayaan mengenal kesehatan.</p> <p>Keluarga mampu merawat anggota keluarga</p> <p>Domain 1 : Fungsi kesehatan</p>	<p>Intervensi :</p> <p>(5540) peningkatan kesiapan pembelajaran</p> <p>Kelas R : bantuan koping</p> <p>Intervensi untuk membantu orang lain untuk membangun kekuatan diri, untuk beradaptasi pada perubahan fungsi atau menerima tingkatan fungsi yang lebih tinggi</p> <p>Intervensi : (5250) dukungan pengambilan keputusan</p> <p>Keluarga mampu merawat anggota keluarga</p> <p>DOMAIN 1 FISILOGIS</p>
5555	3333							
5555	3333							

			<p>Kelas : C : Mobilitas Fisik</p> <p>Keluarga mampu memodifikasi lingkungan</p> <p>Level 1</p> <p>Domain IV : pengetahuan tentang kesehatan dan perilaku</p> <p>Kelas T : kontrol risiko dan keamanan</p> <p>Hasil yang menggambarkan status</p>	<p>DASAR</p> <p>Kelas A : manajemen aktifitas dan latihan intervensi untuk mengatur / membantu aktifitas fisik konservasi dan pengeluaran energi</p> <p>Intervensi :</p> <p>(0201) peningkatan latihan : latihan kekuatan</p> <p>Keluarga mampu memodifikasi lingkungan</p> <p>Level 1</p> <p>Domain IV : keagamaan</p> <p>Perawatan yang mendukung perlindungan terhadap ancaman</p> <p>Kelas V : manajemen risiko</p> <p>Intervensi yang dilakukan untuk</p>
--	--	--	--	--

			<p>keamanan individu dan tindakan untuk menghindari, membatasi, mengontrol ancaman kesehatan yang telah teridentifikasi</p> <p>Hasil : (1904) kontrol risiko : penggunaan obat</p> <p>Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan</p> <p>Level 1</p> <p>Domain VII : kesehatan komunitas</p> <p>Hasil yang menggambarkan kesehatan, kesejahteraan, dan</p>	<p>menurunkan risiko dan memantau risiko yang secara terus-menerus sepanjang waktu</p> <p>Intervensi : (6486) manajemen lingkungan keselamatan.</p> <p>Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan</p> <p>Level 1</p> <p>Domain VII : komunitas</p> <p>Perawatan yang mendukung kesehatan komunitas</p>
--	--	--	---	--

			<p>fungsi dari komunitas atau populasi</p> <p>Level 2</p> <p>Kelas CC : Perlindungan kesehatan komunitas</p> <p>Hasil yang menggambarkan struktur dan program komunitas untuk menghilangkan atau menurunkan risiko kesehatan dan peningkatan resistensi terhadap ancaman kesehatan</p> <p>Level 3</p> <p>Hasil :</p> <p>(2807) keefektifan skrining kesehatan komunitas.</p>	<p>Level 2</p> <p>Kelas D : manajemen risiko komunitas</p> <p>Intervensi yang membantu mendeteksi atau mencegah risiko kesehatan pada seluruh komunitas</p> <p>Intervensi :</p> <p>(6520) skrining kesehatan</p>
--	--	--	--	--

3.4 Implementasi Keperawatan dan Evaluasi

Tabel 3.4 Implementasi Keperawatan dan Evaluasi

No	Hari/ Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Evaluasi	Paraf
1	Kamis 20Juni 2019	Hambatan Mobilitas Fisik	<p>1. Keluarga mampu mengenal penyakit stroke</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berkomunikasi tidak menggunakan bahasa yang sulit dimengerti oleh keluarga - Review pengetahuan keluarga mengenai kondisinya sekarang - Melakukan pendidikan pasien berkaitan dengan pengajaran proses penyakit yaitu mengkaji tingkat pengetahuan pasien terkait dengan 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu. A Mengatakan mengetahui tentang pengertian stroke, tanda dan gejala stroke seperti kelemahan anggota gerak sebagian, dan kesulitan bicara. - Ibu. A Mengatakan beraktivitas menggunakan tongkat <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga terlihat mendengarkan dengan baik saat di lakukan penyuluhan - Ibu. A Tampak lemah anggota gerak 	

			<p>proses penyakit, menjelaskan pengertian stroke, tanda gejala yang umum dari penyakit, menjelaskan mengenai proses penyakit dan mengidentifikasi penyebab penyakit.</p> <p>2. Keluarga mampu memutuskan untuk merawat</p>	<p>sebelah kiri</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu. A Tampak Berjalan/ berkativitas menggunakan tongkat <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tujuan kemampuan keluarga mengenal sudah tercapai <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lanjutkan Kepada tugas keluarga no 2 <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan akan merubah perilakunya berkaitan dengan pengobatan stroke, khususnya lemah sebagian pada anggota gerak 	
--	--	--	--	---	--

			<ul style="list-style-type: none"> - Membina hubungan saling percaya antara keluarga dan perawat - Menilai/mengkaji status emosi keluarga terhadap kondisi klien - Memberi dukungan terhadap keluarga 	<p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga terlihat serius pada saat dilakukan edukasi <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tujuan kemampuan keluarga mengambil keputusan sudah tercapai <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lanjutkan kepada tugas keluarga no 3 <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu.A mengatakan masi lemah pada baigan sebelah kiri 	
--	--	--	--	---	--

			<p>3. Keluarga mampu merawat anggota keluarga</p> <ul style="list-style-type: none"> - Beri informasi mengenai jenis (latihan) yaitu latihan ROM dan daya tahan otot yang bisa dilakukan. - Menyediakan informasi mengenai fungsi otot, latihan gerak tubuh yaitu ROM - Beri informasi mengenai jenis (latihan) yaitu latihan ROM dan daya tahan otot yang bisa dilakukan. - Demonstrasikan latihan gerak ROM 	<ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan ingin melakukan latihan gerak sehari minimal 2 kali - Keluarga mengatakan telah mengerti dari pendidikan kesehatan yang diberikan oleh perawat <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga terlihat mengerti dan memahami tentang pendidikan kesehatan - Ibu. A sudah mulai sering melakukan gerak anggota tubuh sebelah kiri <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tujuan kemampuan keluarga mampu merawat anggota keluarga sudah tercapai 	
--	--	--	--	--	--

			<p>pada Klien Ibu. A</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intruksikan untuk beristirahat sejenak setiap selesai satu set (latihan), jika diperlukan. 	<p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lanjutkan kepada tugas kesehatan no 4. 	
No	Hari/ Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Evaluasi	Paraf
2	Jum'at 22 Juni 2019	Hambatan Mobilitas Fisik	<p>4. Keluarga mampu memodifikasi lingkungan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Melakukan manajemen risiko berkaitan dengan manajemen lingkungan terkait dengan menciptakan lingkungan yang aman bagi pasien, mengidentifikasi kebutuhan keselamatan pasien berdasarkan fungsi fisik dan 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan sudah mengetahui lingkungan yang baik untuk penderita stroke seperti yang aman, terhindar dari cedera dan tidak menimbulkan stress <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga terlihat sudah paham mengenai lingkungan untuk penderita stroke 	

			<p>kognitif serta riwayat perilaku di masa lalu</p> <p>5. Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan system perawatan kesehatan segera, cara kerjanya dan apa yang bisa diharapkan pasien/keluarga - Bantu pasien atau keluarga untuk berkoordinasikan dan 	<p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tujuan kemampuan keluarga mampu memodifikasi lingkungan sudah tercapai <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lanjutkan kepada tugas keluarga no 5 <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan ingin menanyakan tentang penyakit nya ke pelayanan kesehatan - Ibu. A mengatakan mulai yakin untuk kesembuhan penyakit nya <p>O :</p>	
--	--	--	--	---	--

			<p>mengkomunikasikan perawatan kesehatan tentang penyakit yang diderita</p> <p>- Bantu pasien atau keluarga memilih professional perawatan kesehatan yang tepat contoh seperti cek kesehatan di puskesmas/ rumah sakit terdekat</p> <p>Anjurkan pasien mengenai jenis layanan yang bisa diharapkan dari setiap jenis penyedia layanan kesehatan.</p>	<p>- Keluarga terlihat sudah paham mengenai memanfaatkan fasilitas kesehatan</p> <p>A :</p> <p>- Tujuan keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan sudah terpenuhi. masalah selesai</p> <p>P :</p> <p>- Intervensi di hentikan</p>	
--	--	--	--	---	--

BAB IV

PEMBAHASAN

Selama penulis melakukan asuhan keperawatan pada klien Ibu.A dengan stroke di wilayah kerja Puskesmas Gulai Bancah dari tanggal 19 sampai 22 juni 2019. Beberapa hal yang perlu dibahas, disini penulis menemukan faktor-faktor penghambat dan terdapat pula faktor pendukung dari kasus yang penulis ambil.

Dalam penerapan kasus keperawatan tersebut penulis telah berusaha mencoba menerapkan asuhan keperawatan pada Ibu.A dengan stroke sesuai dengan teori-teori yang ada untuk melihat lebih jelasnya sejauh mana kegiatan dapat dilakukan serta keberhasilan yang dicapai akan diuraikan sesuai dengan proses keperawatan dinilai dari pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi.

4.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan. Pengkajian dilakukan melalui wawancara dan pemeriksaan fisik. Dalam melakukan pengkajian dibutuhkan kecermatan dan ketelitian agar data yang terkumpul lebih akurat, sehingga dapat dikelompokkan dan dianalisis untuk mengetahui masalah dan kebutuhan pasien terhadap perawatan (Mitayani, 2009). Berdasarkan pengkajian yang dilakukan didapatkan data seorang pasien menderita stroke. Stroke dapat menyebabkan kelumpuhan. Kelumpuhan dapat terjadi pada ekstremitas karena ketidakefektifan perfusi jaringan yang disebabkan oleh trombus dan emboli sehingga menyebabkan iskemia pada jaringan yang tidak dialiri oleh darah, jika hal ini berlanjut terus-menerus maka jaringan tersebut akan mengalami infark dan kemudian akan mengganggu sistem persyarafan yang ada ditubuh seperti penurunan kontrol volunter

yang akan menyebabkan hemiplegia atau hemiparesis sehingga tubuh akan mengalami hambatan mobilitas (Price, 2007).

Pengkajian dengan menggunakan pola fungsional Gordon yang terdiri dari 11 pola. Pola tersebut antara lain pola pengelolaan kesehatan, pola nutrisi, pola eliminasi, pola aktivitas dan latihan, pola persepsi kognitif, pola istirahat tidur, pola konsep diri, pola hubungan, pola reproduksi seksualitas, pola toleransi stress dan coping, serta pola kepercayaan dan nilai-nilai (Deswani, 2009).

Pada tahap awal dari proses keperawatan ini tidak semua terlaksana berdasarkan teori. Pada saat melakukan pengkajian banyak juga yang di temukan kemiripan kasus terhadap teori tersebut. Dimana di teoritis ditemukan masalah hambatan mobilitas fisik dan yang juga di dapatkan dilanpang keluarga Ibu.A mengalami kelemahan anggota gerak tubuh sebelah bagian. Dan juga dimana faktor risiko penyebab stroke di antaranya merokok, tekanan darah tinggi dan lain-lain. klien terdapat memiliki riwayat hipertensi dengan tekanan darah 150/90 mmHg juga merokok aktif dari muda dulu. Dan juga lemah anggota gerak sebelah kiri pada Klien penderita Stroke. Yang juga tidak sama pada konsep teoritis di sana ada lima masalah namun yang ditemukan hanya satu contoh nya pada konsep teoritis yaitu gangguan komunikasi verbal pada hasil pengkajian yang didapatkan komunikasi keluarga tidak ditemukan masalah.

4.2 Diagnosa keperawatan

Setelah data dianalisa, maka selanjutnya dapat dirumuskan masalah keperawatan keluarga, perumusan masalah kesehatan dan keperawatan yang dia, bil didasarkan kepada penganalisaan praktek lapangan yang didasarkan pada analisa konsep, prinsip,

teori dan standar yang dapat dijadikan acuan dalam menganalisa sebelum mengambil keputusan tentang masalah keperawatan keluarga, yang mengacu terhadap buku Nanda, Nic, dan Noc edisi lima. Pada pengambilan diagnosa pada keluarga Ibu.A ini ditemukan masalah keperawatan yaitu Hambatan mobilitas fisik dan diagnosa ini pun sama dengan asuhan keperawatan teoritis yng di perkirakan muncul pada pasien stroke khususnya pada keluarga penderita stroke kenapa bisa didapatkan masalah tersebut karena di dukung oleh data yang menunjukkan bahwa Ibu. A mengalami kelemahan pada anggota gerak tubuh sebelah kiri, dan Ibu. A selalu menggunkan tongkat jika ia mau berjalan dan berdiri.Diagosa keperawatan dapat dirumuskan setelah pengkajian riwayat perkembangan keluarga dan hubungan yang jeas pada kebutuhan serta perhatian perkembangan keluarga terbaru secara menyeluruh.

4.3 Rencana keperawatan

Dalam penyusunan rencana keperawatan Ibu. A sama keluarga sehingga rencana yang akan di laksanakan merupakan rumusan keluarga dan penulis hanya memberikan arahan serta bimbingan. Dalam penyusunan rencana tindakan keperawatan lebih menenkankan pada kemandirian keluarga dalam melaksanakan dan mengemban lima tugas keluarga bidang kesehatan dengan memberikan penyuluhan dan motivasi, hal ini disebabkan karenan penyebab timbulnya masalah berkaitan erat dengan pengetahuan dan perilaku keluarga.

Dalam penyusunan rencana keperawatan penulis menemukan sedikit kesulitan dalam menyusun rencana yang akan di laksanakan pada keluarga, namun untuk sementara dapat di atasi berkat kerjasama keluarga yang aktif dalam mengajukan

pendapatnya untuk mengatasi masalah kesehatan yang dialami, serta dalam penyusunan rencana keperawatan tersebut sudah disesuaikan dengan potensi yang ada dalam keluarga Ibu. A.

Adapun intervensi yang di lakukan sesuai dengan diagnosa keperawatan keluarga Ibu. A adalah sebagai berikut : Keluarga mampu mengenal, keluarga mampu memutuskan untuk merawat, keluarga mampu merawat anggota keluarga yang sakit, keluarga dapat memodifikasi lingkungan, dan keluarga mampu memanfaatkan pelayanan kesehatan yang ada. Dan yang paling di fokus kan pada masalah Hamabatan mobilitas fisik adalah melakukan latihan gerak tubuh dengan latihan ROM aktif/Pasif.

Ajarkan pasien dan keluarga untuk melakukan ROM aktif dan pasif minimal 2 kali sehari, ROM baik pasif maupun aktif memberikan efek pada fungsi motorik pada anggota ekstremitas atas pada pasien pasca stroke (Chaidir. etal,2014). Rentang gerak pasif ini berguna untuk menjaga kelenturan otototot dan persendian dengan menggerakkan otot orang lain secara pasif misalnya perawat mengangkat dan menggerakkan kaki pasien, sedangkan rentang gerak aktif berguna untuk melatih kelenturan dan kekuatan otot serta sendi dengan cara menggunakan

4.4 Implementasi

Tindakan keperawatan antara tinjauan teori dengan kasus dianggap sesuai walaupun masi ada sedikit kekurangan. Yang di maksud adalah dalam kenyataan di lapangan tidak sepenuhnya rencana tindakan dapat di laksanakan dengan baik mengingat sumber daya yang ada dari keluarga seperti keaddan rumah. Melihat dari

keadaan rumah klien tidak mungkin dalam sekian hari bisa dirubah karena karena keterbatasan waktu, sehingga untuk sementara hal ini bisa dirubah karena dengan memberishkan rumah dalam keadan bersih.

Setelah rencana keperawatan tersusun, tahap selanjutnya yaitu implementasi. Implementasi merupakan tahap ketika perawat mengaplikasikan rencana asuhan keperawatan ke dalam bentuk intervensi keperawatan guna membantu klien mencapai tujuan yang telah ditetapkan (Asmadi, 2008).

Dari tindakan keperawatan yang direncanakan tidak semua sesuai dengan pelaksanaan sehingga dapat dikatakan belum sepenuhnya terlaksana sehingga perlu dilanjutkan oleh pihak puskesmas. Namun juga ada yang telah terlaksanakan berdasarkan Teori yang di dapatkan.

Tindakan implementasi dilakukan pada tanggal 19 sampai 21 Juni 2019 dan sesuai dengan intervensi yang telah direncanakan. Tindakan pertama yang dilakukan yaitu mengkaji tanda-tanda vital. Pengkajian tanda-tanda vital dilakukan pada hari sabtu, 19 Juni pukul 11.25 WIB dan pengkajian selanjutnya dilakukan pada setiap Kunjungan rumah pukul 11.25 WIB. Hasil yang didapatkan dari pengkajian yaitu TD 140/70 mmHg, N 76 x/menit, R 21 x/menit dan S 36,7⁰C.

Tindakan yang kedua yaitu pada pukul 12.35 WIB melatih pasien dan mengajarkan kepada keluarga untuk melakukan ROM aktif dan pasif. Berdasarkan penelitian oleh herin marwati dan farid mengenai pengaruh latihan ROM (Range Of Motion) pasif terhadap peningkatan kekuatan otot pada pasien stroke pada tahun 2013, terbukti telah terjadi pengaruh yang signifikan. Latihan gerak mempercepat penyembuhan pasien stroke, karena dapat mempengaruhi sensasi gerak di otak

(Irdawati, 2008). Prinsip dasar latihan ROM antarlain yaitu ROM dikerjakan minimal 2 kali sehari, ROM dilakukan perlahan dan hati-hati agar pasien tidak merasa lemah, dalam melakukan ROM perhatikan umur pasien, diagnosa, tanda vital, dan lamanya tirah baring (Sager. etal, 2014). bagian-bagian tubuh yang dapat dilakukan ROM adalah leher, jari, lengan, siku, bahu, tumit, kaki, dan pergelangan kaki, ROM dapat dilakukan pada semua persendian atau hanya pada bagian-bagian yang dicurigai mengalami proses penyakit, melakukan ROM harus sesuai dengan waktunya, misalnya setelah mandi atau perawatan rutin telah dilakukan (Anderst. etal, 2013).

Cara melatih range of motion pada ekstremitas yaitu bahu, gerakkan lengan abduksi adduksi (geser lengan menjauh menyamping dari badan, biarkan lengan berputar dan berbalik), fleksi-ekstensi (angkat lengan lurus melewati kepala pasien, istirahatkan lengan terlentang diatas kepala ditempat tidur). Kemudian bagian siku menggerakkan lengan bawah fleksi-ekstensi (tekuk lengan pasien sehingga lengan menyentuh bahu, luruskan lengan ke depan), pergelangan tangan (tekuk pergelangan tangan kedepan dan menggenggam, tekuk pergelangan tangan kebelakang dan tegakkan jari-jari, gerakkan pergelangan tangan kelateral), kemudian jari-jari fleksi-ekstensi (memegang telapak tangan, tekuk semua jari sekali, luruskan semua jari sekali). Pada latihan ekstremitas ini dapat dilakukan tangan kanan ataupun tangan kiri terlebih dahulu. Jika pasien terdapat kesulitan melakukan latihan ROM, keluarga atau perawat dapat membantunya. Tindakan selanjutnya melatih ROM pada ekstremitas bawah. Yang pertama panggul yaitu menggerakkan kaki fleksi-ekstensi (angkat lutut mengarah kedepan, tekuk pinggul sedapat mungkin, biarkan lutut

menekuk sedikit), kemudian rotasi keluar-kedalam (geser kaki mengarah kesamping badan kemudian putar kaki dari luar kedalam).Lutut, menggerakkan lengan bawah fleksi-ekstensi (tekuk keatas dan luruskan sampai lurus), jari kaki fleksi-ekstensi (tekuk semua jari menurun dan mendorong semua jari kebelakang) (Maliya, 2015).

4.5 Evaluasi

Untuk diagnosa ketidak efektifan pemeliharaan kesehatan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 kali kunjungan rumah klien sedikit memahami tentang penyakit yang dideritanya. Ketika ditanya jawab oleh perawat klien sudah bisa menjawab pertanyaan-pertanyaan walaupun terkadang masih menggunakan kata sendiri.

Dalam melakukan asuhan keperawatan keluarga sudah mampu melakukan ROM. Hal ini sesuai dengan teori bahwa hasil eveluasi yang ditemui setelah melakukan pengkajian kepada keluarga terjadinya peningkatan pengetahuan dan keterampilan keluarga. Dan telah di ajarkan cara dan perbedaan dari gerakan ROM aktif dan pasif, setelah dijelaskan kepada Ibu. A dan keluarga tentang cara dan perbedaan dari gerakan ROM aktif dan pasif, dan Ibu. A dan keluarga sudah mengerti dan manpu untuk melakukan nya secara mandiri.

BAB V

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3 kali kunjungan rumah pada Ibu.A dengan masalah stroke diwilayah kerja puskesmas Gulai bancuh kota Bukittinggi Tahun 2019. Maka penulis medapat pengalaman nyata tentang pemberian asuhan keperawatan keluarga pada pasien tersebut. Penulis dapat melakukan langsung proses keperawatan mulai dari pengkajian, menentukan diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi serta mendokumentasikan.

5.5.1 Pengkajian

Pengkajian pada keluarga dengan stroke didapatkan adanya kelemahan ekstremitas, ketidakmampuan keluarga mengenal tentang stroke, ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga dengan stroke.

5.5.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang muncul dalam asuhan keperawatan keluarga pada Ibu.A dengan masalah Stroke di wilayah kerja puskesmas Gulai bancuh kota Bukittinggi tahun 2019.Hambatan mobilitas fisik. Munculnya diagnosa tersebut sesuai dengan teori.

5.5.3 Rencana asuhan keperawatan

Dari perencanaan yang disusun oleh penulis, perencanaan untuk satu diagnosa keperawatan disusun sesuai dengan NANDA, NIC dan NOC. Rencana yang akan di lakukanan berfokus pada masalah keperawatan

yaitu Hambatan mobilitas fisik antara lain edukasi tentang penyakitnya dan mengajarkan latihan ROM aktif/ pasif.

5.5.4 Implementasi keperawatan

Dalam melaksanakan asuhan keperawatan ini pada umumnya telah sesuai dengan rencana tindakan keperawatan..Implementasi yang dilakukan adalah melatih anggota gerak tubuh yang lemah dengan latihan ROM.

5.5.5 Evaluasi keperawatan

Evaluasi yang didapatkan pada kasus kelolaan ini adalah adanya peningkatan kemampuan keluarga dalam latihan stroke.

5.2 Saran

5.2.1 Bagi keluarga klien

Disarankan keluarga mampu memberikan perawatan stroke yang baik dirumah, mampu memberikan dukungan moril dan pemulihan kesehatan stroke.

5.2.2 Bagi institusi pendidikan

Diharapkan kepada insitusi pendidikan agar menambah referensi tentang buku keperawatan stroke, keperawatan keluarga, dan asuhan keperawatan keluarga secara teoritas.

5.2.3 Bagi pelayanan kesehatan

Disarankan bagi pihak puskesmas memberikan penyuluhan dan kunjungan dirumah mengenai mencegah penyakit stroke berulang kepada keluarga dan klien di wilayah kerja puskesmas gulai bancuh, sehingga klien mempunyai pengetahuan tinggi dan motivasi tinggi dalam mencegah penyakit.

DAFTAR PUSTAKA







- Asmadi. (2008). *Konsep Keperawatan Dasar*. jakarta: EGC.
- crowin, E. (2009). *buku saku patofisiologi 3 edisi revisi*. jakarta: EGC.
- deswani. (2009). *Asuhan Keperawatan dan Berfikir kritis*. jakarta: Salemba Medika.
- Dr., v. F. (2006). *Panduan Bergambar tentang Pencegahan dan pemulihan Stroke*.
jakarta: PT BHUANA POPULER Kelompok Gramedia.
- Friedman, M., Bowden, V., & Jones, E. (2010). *Buku ajar Keperawatan Keluarga : Riset, teori & Praktik Edisi 5*. jakarta: EGC.
- Gusti, s. (2013). *buku ajar keperawatan keluarga*. jakarta: CV trans info media.
- Hamalding, H. (2017). *HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN*. jakarta: Salemba Medika.
- hermilawati, s. (2013). *Konsep dan proses keperawatan keluarga*. sulawesi selatan: pustaka Asalam.
- Junaidi, i. (2004). *Stroke A-Z*. jakarta: PT buana Ilmu Populer.
- L , J., & R, L. (2010). *Keperawatan Keluarga plus Contoh Askep Keluarga*. yogyakarta: Medical Book.
- Maliya, A. (2015). *Penuntun Praktek Laboratorium KMB IIIB*. Surakarta: Universitas Muhamadiyah Surakarta.
- mutaqin, A. (2008). *asuhan keperawatan klien dengan gangguan sistem persyarafan*. jakarta: salembah madika.
- Ramah, U. (2015). *hubungan karakteristik kepala keluarga dengan rumah sehat di desa duet kecamatan baki kabupaten sukoharjo*. jakarta: EGC.

- romidoni, m. (2018). *asuhan keperawatan keluarga Tn.S dan Tn.J pasca Stroke dengan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik di wilayah kerja puskesmas rogotrunan kabupaten lumajang tahun 2018*. Jember: Universitas jember.
- Sriyanti, N. P. (2016). *Hubungan Kesejahteraan spritual dengan kualitas hidup pasien pasca stroke kesetaraan spritual 1-7*. jakarta: EGC.
- sudiharto. (2007). *Asuhan keperawatan Keluarga dengan pendekatan keperawatan Transkultural*. Jakarta: EGC.
- sunniati, E. (2014). *hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien stroke di ruangan rehabilitasi medik rumah sakit umum daerah Dr Zainoel abidin aceh(skirpsi)*. aceh: Universitas Syiah Kuala.
- suprajitno. (2004). *askep keluarga aplikasi dalam praktek*. jakarta: EGC.
- wayunah, & Saefulloh, M. (2016). Analisis Faktor yang Berhubungan dengan kejadian Stroke di RSUD indra mayu. *Jurnal Pendidikan Keperawatan Indonesia*, Jurnal Pendidikan Keperawatan Indonesia.
- Zaidin, A. (2009). *Pengantar Keperawatan Keluarga*. Jakarta: Buku Penerbit Kedokteran EGC.

PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG

LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN




Nama Mahasiswa : ANGA ARYA PUTRA
Nim : 1614401004
Pembimbing : Ns. Yaslina, M.Kep,Sp.Kep.Kom
Judul KTI Studi Kasus :Asuhan Keperawatan Keluarga dengan Anggota Keluarga Yang Mengalami Stroke Di Puskesmas Gulai Bancuh.

NO	HARI/TANGGAL	MATERI BIMBINGAN	TANDA TANGAN
		partisipasi sesuai msk!	
		-	
		-	
		-	
		-	
		Acc KTI	

PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG

LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN




Nama Mahasiswa : ANGGA ARYA PUTRA
Nim : 1614401004
Pembimbing : Ns.Meria Hendayani, S.Kep
Judul KTI Studi Kasus : Asuhan Keperawatan Keluarga dengan Anggota Keluarga Yang Mengalami Stroke Di Puskesmas Gulai Bancah.

NO	HARI/TANGGAL	MATERI BIMBINGAN	TANDA TANGAN
1	Keluar 17/6/19	- Rik Rinaur yang akan di bagi	
2	Senin 18/6/19	- Konsep pengkajian keuarga	
3	Selasa 19/6/19	- Responi ttg hasil pasien - Anakan ul perbaikan	

PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG



LEMBAR KONSULTASI REVISI

Nama Mahasiswa : ANGGA ARYA PUTRA
Nim : 1614401004
Pembimbing : Ns. Falerisiska Yunere, M.Kep
Judul KTI Studi Kasus : Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Keluarga Ibu. A dengan stroke di wilayah kerja Di Puskesmas Gulai Bancuh.

NO	HARI/TANGGAL	MATERI BIMBINGAN	TANDA TANGAN
			
			
		Ace di keluarga	

**DAFTAR HADIR UJIAN PENGAMATAN KASUS
PRODI D III KEPERAWATAN STIKES PERINTIS PADANG
TA 20.10/20.19**

NAMA MAHASISWA : Angga Anya Purnama
 NIM : 16144010
 RUANGAN : Puskesmas Gulaibaneh
 JUDUL STUDI KASUS : Asuhan Keperawatan pada Ibu A dengan
Stroke di Puskesmas Gulaibaneh
Bukittinggi 2019

NO	HARI/TANGGAL	DATANG		PULANG		KET
		JAM	PARAF	JAM	PARAF	
1	Rabu 17 Juni 2019	10.00 wib		12.00 wib		
2	Kamis 20 Juni 2019	09.30 wib		10.30 wib		
3	Jum'at 21 Juni 2019	13.00 wib		15.40 wib		

Bukittinggi,20...

Ka Ruangan

Pembimbing



(.....)

(.....)