



**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA PASCA STROKE
HEMORAGIK PADA Tn. N DAN Tn. M DENGAN MASALAH
KEPERAWATAN HAMBATAN MOBILITAS FISIK DI
WILAYAH KERJA PUSKESMAS
ROGOTRUNAN LUMAJANG
TAHUN 2019**

LAPORAN TUGAS AKHIR

Oleh :

**Fidiatur Roifa
NIM 162303101047**

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
2019**



**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA PASCA STROKE
HEMORAGIK PADA Tn. N DAN Tn. M DENGAN MASALAH
KEPERAWATAN HAMBATAN MOBILITAS FISIK DI
WILAYAH KERJA PUSKESMAS
ROGOTRUNAN LUMAJANG
TAHUN 2019**

LAPORAN TUGAS AKHIR

*Diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat
untuk menyelesaikan Program Studi D3 Keperawatan
dan mencapai gelar Ahli Madya Keperawatan*

Oleh :

**Fidiatur Roifa
NIM 162303101047**

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
2019**

PERSEMBAHAN

Laporan Tugas Akhir ini saya persembahkan untuk:

1. Ayah Sura'i dan Ibu Nurul Qomariyah yang telah menjadi motivator dan panutan bagi saya, serta yang telah memberikan kasih sayang, perhatian, selama hidup saya;
2. Bapak Dr. Suhari, A, Per, Pen, MM yang telah menjadi motivator dan panutan bagi saya, serta yang telah membimbing saya selama proses penyusunan hingga terselesaikannya laporan tugas akhir ini;
3. Guru-guru saya sejak taman kanak-kanak sampai dengan perguruan tinggi;
4. Almamater Program Studi D3 Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Jember.

MOTTO

Barang siapa yang bersungguh-sungguh, sesungguhnya kesungguhan tersebut
untuk kebaikan dirinya sendiri.

(terjemahan Surat *Al-Ankabut* ayat 6) *)

Sebetulnya kita mampu, kalau mau. Bukti bahwa kita mau adalah tidak malas,
tidak suka mengeluh, dan jujur. **)

*) Kementerian Agama. 2017. *About Us: Website Al-Qur'an Kementerian Agama Republik Indonesia*. [Online] Available at: <https://quran.kemenag.go.id/> [Accessed 20 September 2018].

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

nama : Fidiatur Roifa

NIM : 162303101047

menyatakan dengan sesungguhnya bahwa laporan kasus yang berjudul “**Asuhan Keperawatan Keluarga Pasca Stroke Hemoragik Pada Tn. N Dan Tn. M Dengan Masalah Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik Di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotrunan Lumajang 2019**” adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali kutipan yang sudah saya sebutkan sumbernya, belum pernah diajukan pada institusi mana pun, dan bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan sikap ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa ada tekanan dan paksaan dari pihak mana pun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika ternyata di kemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Lumajang, 5 Juli 2019

Yang menyatakan,

Fidiatur Roifa

NIM. 162303101047

LAPORAN TUGAS AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA PASCA STROKE
HEMORAGIK PADA Tn. N DAN Tn. M DENGAN MASALAH
KEPERAWATAN HAMBATAN MOBILITAS FISIK DI
WILAYAH KERJA PUSKESMAS
ROGOTRUNAN LUMAJANG
TAHUN 2019**

Oleh:

**Fidiatur Roifa
NIM 162303101047**

Pembimbing:

Dosen Pembimbing : Dr. Suhari, A, Per, Pen, MM

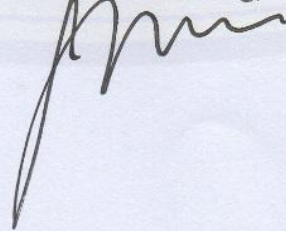
PERSETUJUAN PEMBIMBING

Laporan Tugas Akhir berjudul “Asuhan Keperawatan Keluarga Pasca Stroke Hemoragik Pada Tn. N Dan Tn. M Dengan Masalah Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik Di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotruran Lumajang 2019 telah disetujui pada:

hari, tanggal : Jumat, 5 Juli 2019

tempat : Program Studi D3 Keperawatan Fakultas Keperawatan
Universitas Jember

Dosen Pembimbing,



Dr. Suhari, A, Per, Pen, MM

NIP. 19630302198603 1 023

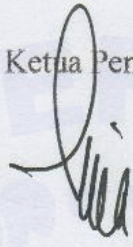
PENGESAHAN

Laporan Tugas Akhir yang berjudul "Asuhan Keperawatan Keluarga Pasca Stroke Hemoragik Pada Tn. N Dan Tn. M Dengan Masalah Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik Di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotruman Lumajang Tahun 2019" karya Fidiatur Roifa telah diuji dan disahkan pada:

hari, tanggal : Kamis, 25 Juli 2019

tempat : Program Studi D3 Keperawatan Universitas Jember

Ketua Penguji,



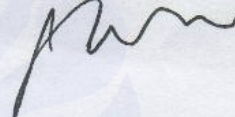
Laili Nur Azizah, S.Kep. Ners., M. Kep
NIP 1975100420080122016

Anggota I,



Eko Prasetya W. S.Kep. Ners., M.Kep
NRP 760017255

Anggota II,



Dr. Suhari, A, Per, Pen, MM
NIP 196303021986031023

Mengesahkan
Koordinator Program Studi D3 Keperawatan
Fakultas Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang



Nurul Hayati, S.Kep. Ners., MM.
NIP 196506291987032008

RINGKASAN

Asuhan Keperawatan Keluarga Pasca Stroke Hemoragik Pada Tn. N Dan Tn. M Dengan Masalah Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik Di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotruman Lumajang 2019; Fidiatur Roifa, 162303101047; 108 halaman; Prodi D3 Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Jember.

Stroke merupakan penyebab utama dari kecacatan dan merupakan diagnosis tertinggi dalam perawatan jangka panjang, Umumnya sekitar 50% kasus stroke hemoragik akan berujung kematian dan kecacatan serius, dimana 15-30 % adalah pasca stroke hemoragik. Kondisi tersebut akan menyebabkan penurunan kekuatan otot yang merupakan faktor yang berhubungan dengan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik, Untuk mencegah terjadinya komplikasi penyakit lain, maka perlu dilakukan latihan mobilisasi.

Metode penulisan ini adalah laporan kasus terhadap 2 klien yang mengalami pasca stroke hemoragik dengan diagnosis keperawatan hambatan mobilitas fisik yang memenuhi kriteria partisipan dan menggunakan teknik wawancara, observasi, dan dokumentasi terhadap, serta dilakukan pengambilan studi kasus selama 3 kali kunjungan pada klien 1 dan klien 2.

Hasil laporan kasus Asuhan Keperawatan Keluarga Pasca Stroke Hemoragik Pada Tn. N Dan Tn. M Dengan Masalah Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik Di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotruman Lumajang pada proses keperawatan yaitu pada tahap pengkajian pada kedua klien menunjukkan adanya hambatan mobilitas fisik pada ekstermitas atas dan bawah. Intervensi yang dilakukan pada klien pasca stroke hemoragik dengan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik yaitu teratasi sebagian dengan latihan ROM yang dilakukan penulis setelah melakukan asuhan keperawatan pasien pasca stroke hemoragik dengan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik, didapatkan hasil tujuan tercapai sebagian dengan batasan karakteristik: klien hanya dapat menunjukkan perbaikan atau perubahan menggerakkan tangan kananya. Hal ini menunjukkan bahwa latihan terapi *range of motion* dapat membantu mengurangi masalah hambatan mobilitas fisik pada pasien pasca stroke hemoragik

Perawat juga diharapkan mampu memberikan proses asuhan keperawatan pasca stroke hemoragik dengan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik, dengan latihan *range of motion* yang dilakukan selama 3 kali kunjungan. Hasil ini bisa digunakan sebagai data dasar bagi penulis selanjutnya agar lebih mengembangkan intervensi tambahan *range of motion* dengan memperhatikan kontraindikasi.

SUMMARY

Nursing family Care of Post-Hemorrhagic Stroke to Mr. N and Mr. M With Nursing Problems Obstacles to Physical Mobility in Puskesmas Rogotrunan Lumajang 2019; 108 Fidiatur Roifa, 162303101047 Prodi D3 Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Jember.

Stroke is cause of disability and is the highest diagnosis in long-term care. Generally, about 50% of cases of hemorrhagic stroke will lead to severe death and disability, of which 15-30% are a post-hemorrhagic stroke. These conditions will cause a decrease in muscle strength, which is a factor associated with nursing problems physical mobility barriers. Mobilization exercise can prevent a complication of the disease.

This method is a case report of 2 families who have post hemorrhagic stroke clients with Obstacles to Physical Mobility and used interviewing techniques, observation, and documentation.

The result showed a barrier to physical mobility in the upper and lower extremities. Use intervention ROM exercises conducted by the author after carrying out nursing care for post-hemorrhagic stroke patients. It indicates that the range of motion therapy exercises can help reduce the problem of obstacles to physical mobility in patients after hemorrhagic stroke

Nurses can be a nurse care process with nursing problems physical mobility barriers, with a range of motion exercises performed for three visits. The results can be used as baseline data for further authors to develop further a new range of motion interventions concerning contraindications.

PRAKATA

Puji syukur ke hadirat Allah SWT. atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Keluarga Pasca Stroke Hemoragik Pada Tn. N Dan Tn. M Dengan Masalah Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik Di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotrungan Lumajang 2019”. Karya tulis ilmiah ini disusun untuk memenuhi salah satu syarat menyelesaikan pendidikan diploma tiga (D3) Keperawatan Kampus Lumajang Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Jember.

Penyusunan karya tulis ilmiah ini tidak lepas dari bantuan berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis menyampaikan terima kasih kepada:

1. Bapak Dr. Suhari, A, Per, Pen, MM. selaku Dosen Pembimbing yang telah meluangkan waktu, pikiran, dan perhatian dalam penulisan karya tulis ilmiah ini;
2. Ibu Dwi Ochta Pebriyanti, S. KM., selaku Dosen Pembimbing Akademik yang telah membimbing selama penulis menjadi mahasiswa;
3. Ibu Laili Nur Azizah, S.Kep. Ners., M. Kep. Selaku Ketua Penguji yang telah menyempurnakan hasil laporan akhir saya
4. Bapak Eko Prasetya Widiyanto S. Kep. Ners., M.Kep. Selaku Anggota Penguji yang telah menyempurnakan hasil laporan saya.

Penulis juga menerima segala kritik dan saran dari semua pihak demi kesempurnaan karya tulis ilmiah ini. Akhirnya penulis berharap, semoga karya tulis ilmiah ini dapat bermanfaat.

Lumajang, 5 Juli 2019

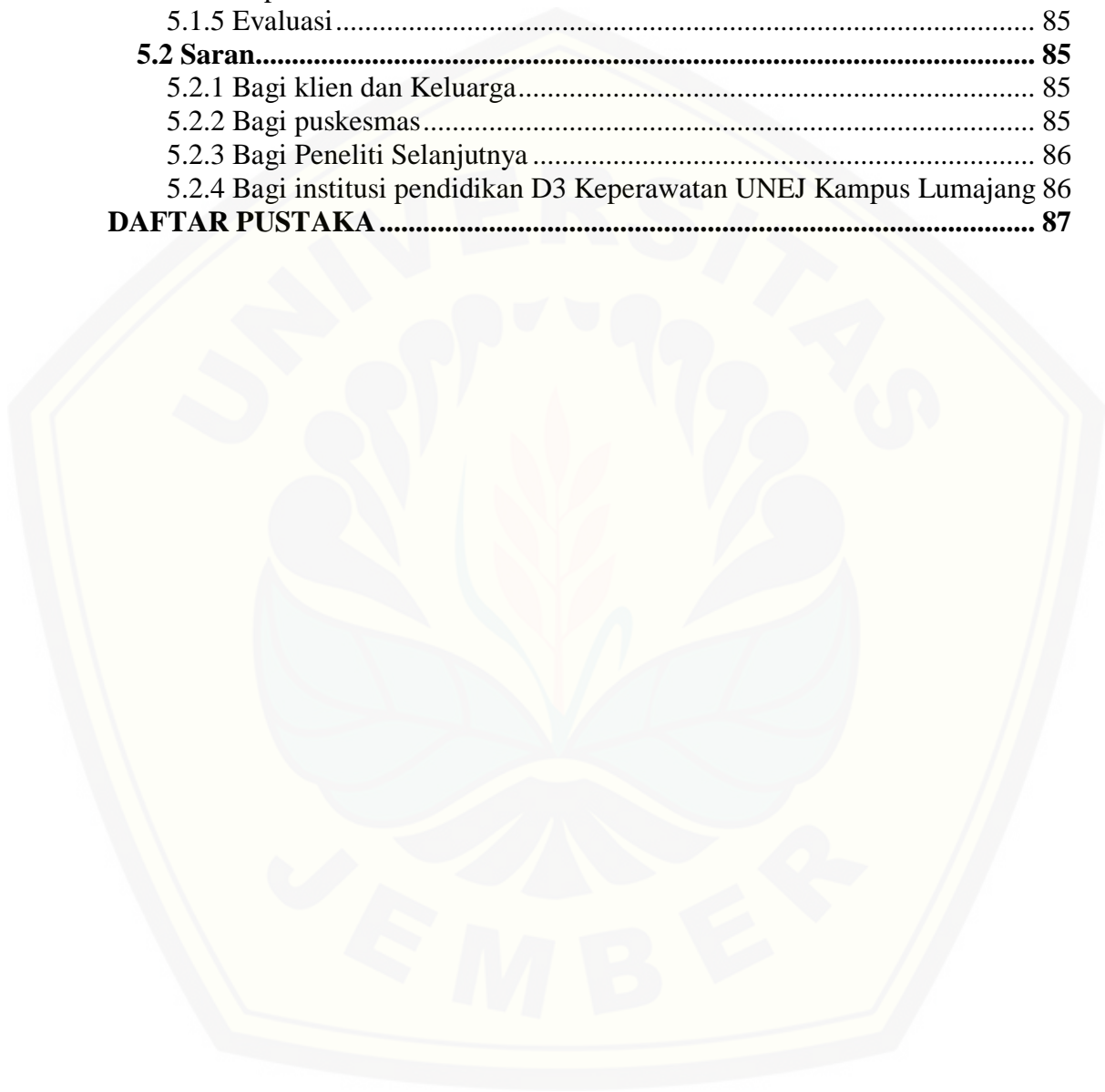
Penulis

DAFTAR ISI

PERSEMBAHAN	iii
MOTTO	iv
PERNYATAAN	v
PERSETUJUAN PEMBIMBING	vii
PENGESAHAN	viii
SUMMARY	x
PRAKATA	xi
DAFTAR ISI	xii
DAFTAR GAMBAR	xv
DAFTAR TABEL	xvi
DAFTAR LAMPIRAN	xvii
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	3
1.1 Tujuan Penulisan	3
1.2 Manfaat Penulisan	3
1.2.1 Manfaat bagi penulis	3
1.2.2 Manfaat bagi klien	3
1.2.3 Manfaat bagi keluarga	3
1.2.4 Manfaat bagi institusi universitas jember lumajang	3
1.2.5 Manfaat bagi perawat	4
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	5
2.1 Konsep Keluarga	5
2.1.1 Definisi keluarga	5
2.1.2 Ciri-ciri keluarga	5
2.1.3 Tipe keluarga.....	6
2.1.4 Struktur keluarga.....	7
2.1.5 Fungsi pokok keluarga	9
2.1.6 Tugas Keluarga	11
2.1.7 Tahap Perkembangan Keluarga	13
2.1.8 Peran Keluarga	14
2.2 Konsep Stroke	14
2.2.1 Definisi Stroke	14
2.2.2 Klasifikasi Stroke	14
2.2.3 Etiologi.....	15
2.2.4 Patofisiologi	18
2.2.5 Tanda dan Gejala	21
2.2.6 Penatalaksanaan	22
Pemeriksaan Penunjang	23
2.2.7 Komplikasi	24
2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga Pasca Stroke Hemoragik Dengan Masalah Hambatan Mobilitas Fisik	24

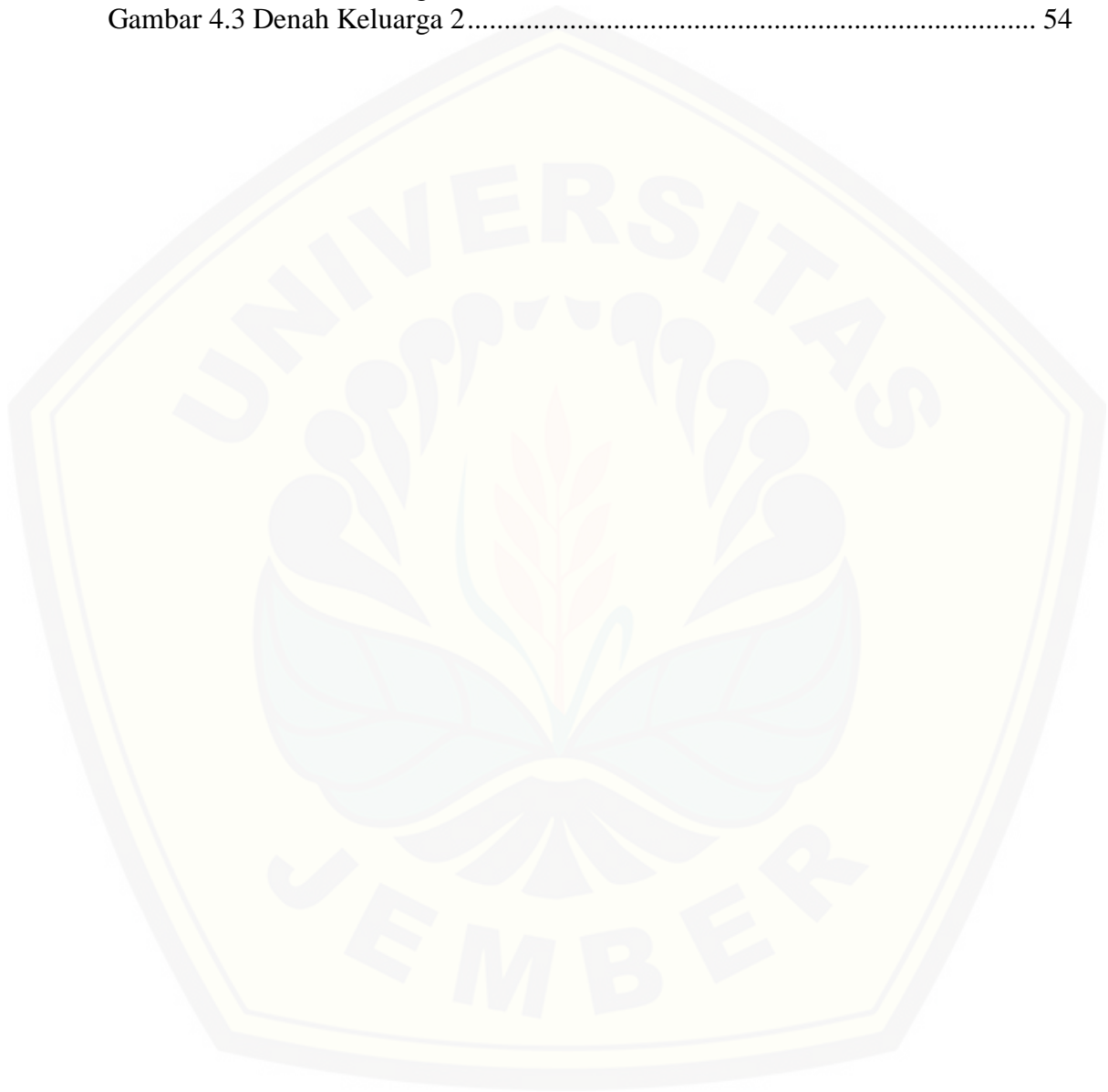
2.3.1 Pengkajian.....	24
2.3.2 Diagnosa Keperawatan	31
2.3.3 Intervensi Keperawatan.....	34
2.3.4 mplementasi	36
2.3.5 Evaluasi	36
BAB 3. METODE PENELITIAN	38
3.1 Desain penulisan.....	38
3.2 Batasan istilah.....	38
3.2.1 Asuhan keperawatan keluarga	38
3.2.2 Pasca stroke hemoragik.....	38
3.2.3 Masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik	38
3.3 Partisipan dalam penyusunan laporan kasus ini adalah :	39
3.4 Lokasi dan Waktu	39
3.5 Pengumpulan data	39
3.5.1 Proses pengumpulan data.....	39
3.5.2 Teknik	40
3.6 Uji keabsahan data.....	41
3.7 Analisis Data	41
3.7.1 Pengumpulan data	41
3.7.2 Mereduksi data.....	41
3.7.3 Penyajian data	41
3.7.4 Kesimpulan	41
3.8 Etika Penelitian	42
3.8.1 Informed Consent.....	42
3.8.2 Anonimity (Tanpa Nama)	42
3.8.3 Confidentiality (Kerahasiaan).....	42
BAB 4. HASIL PEMBAHASAN.....	43
4.1 Gambaran lokasi pengambilan data	43
4.2 Pengkajian	44
4.2.1 Identitas Umum Keluarga	44
4.2.2 Riwayat Kesehatan Keluarga	50
4.2.3 Pengkajian Lingkungan.....	53
4.2.4 Struktur Keluarga.....	56
4.2.5 Fungsi Keluarga	57
4.2.6 Stress dan Koping keluarga.....	58
4.2.7 Keadaan Gizi Keluarga	59
4.2.8 Pemeriksaan Fisik	60
4.2.9 Harapan keluarga	63
4.2.10 Pemeriksaan Fisik	63
4.3 Analisa Data.....	67
4.4 Diagnosa Keperawatan.....	69
4.4.1 Diagnosa Keperawatan Keluarga 1	69
4.4.2 Diagnosa Keperawatan Keluarga 2.....	71
4.4.3 Diagnosa Keperawatan Sesuai Prioritas	72
4.4.4 Diagnosa Keperawatan Lain	72
4.5 Intervensi Asuhan Keperawatan Keluarga	74

BAB 5. PENUTUP	84
5.1 Kesimpulan	84
5.1.1 Pengkajian.....	84
5.1.2 Diagnosa keperawatan	84
5.1.3 Intervensi.....	84
5.1.4 Implementasi.....	85
5.1.5 Evaluasi.....	85
5.2 Saran	85
5.2.1 Bagi klien dan Keluarga.....	85
5.2.2 Bagi puskesmas.....	85
5.2.3 Bagi Peneliti Selanjutnya	86
5.2.4 Bagi institusi pendidikan D3 Keperawatan UNEJ Kampus Lumajang	86
DAFTAR PUSTAKA	87



DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Pathway Stroke Hemoragik dengan Hambatan Mobilitas Fisik	20
Gambar 4.1 Genogram Keluarga 1	46
Gambar 4.2 Denah Keluarga 1	54
Gambar 4.3 Denah Keluarga 2	54

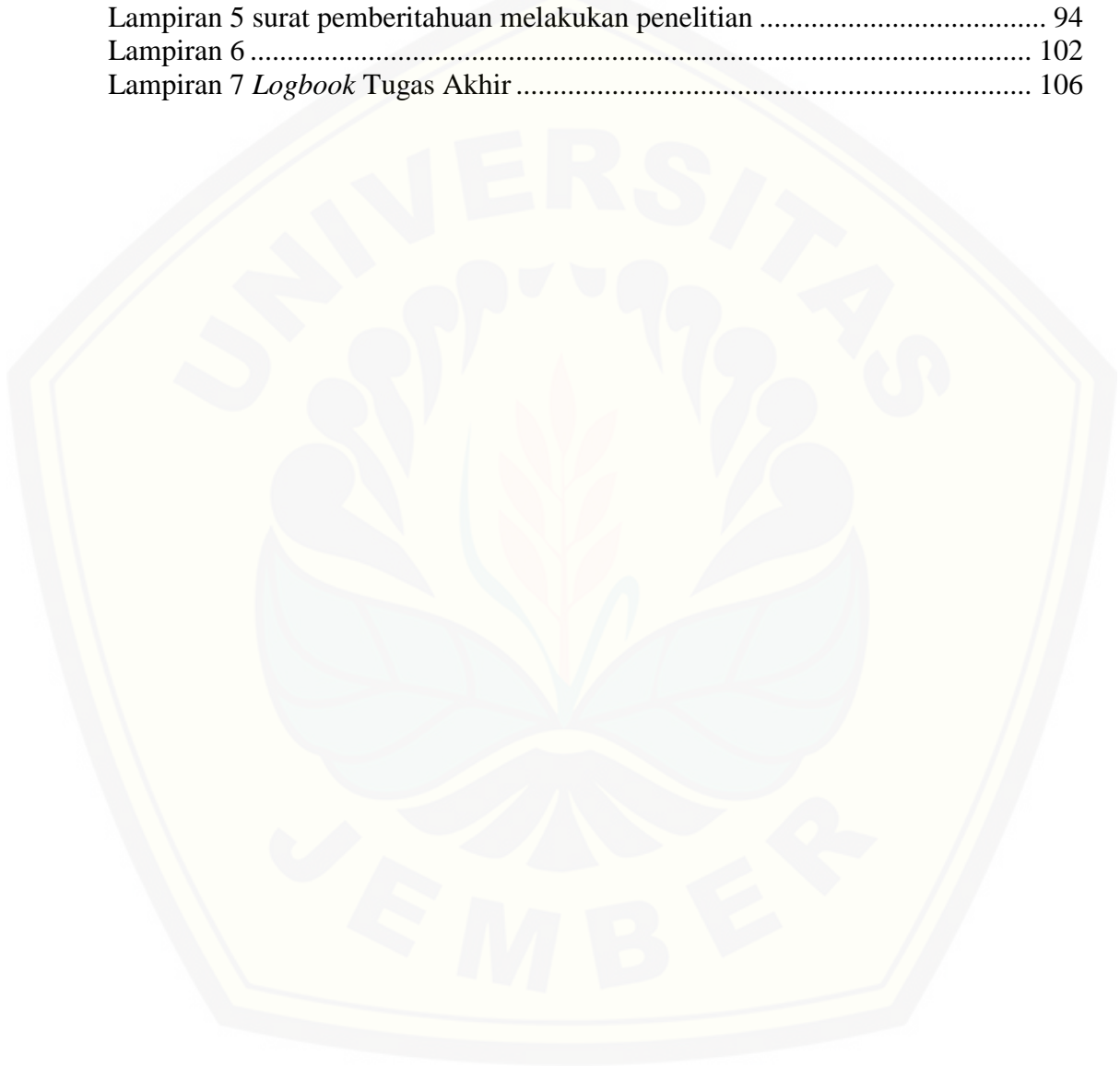


DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Tabel tanda dan gejala stroke berdasarkan lokasi	21
Tabel 4.1 Identitas Kepala Keluarga	44
Tabel 4.2 Komposisi Keluarga	44
Tabel 4.3 Type Keluarga	46
Tabel 4.4 Suku Bangsa	47
Tabel 4.5 Agama dan kepercayaan	48
Tabel 4.6 Status Sosial ekonomi Keluarga	48
Tabel 4.7 Aktivitas Rekreasi	49
Tabel 4.8 Riwayat dan tahap perkembangan keluarga	50
Tabel 4.9 Riwayat masing masing anggota keluarga	52
Tabel 4.10 Karakteristik Rumah	53
Tabel 4.11 Karakteristik tetangga dan Komunitas RW	55
Tabel 4.12 Struktur Keluarga	56
Tabel 4.13 Fungsi Keluarga	57
Tabel 4.14 Stress dan Koping keluarga	58
Tabel 4.15 Keadaan gizi keluarga	59
Tabel 4.16 Pemeriksaan fisik	60
Tabel 4.17 Harapan Keluarga	63
Tabel 4.18 Pemeriksaan fisik Keluarga (Klien 1)	63
Tabel 4.19 Pemeriksaan fisik Keluarga (Klien 2)	65
Tabel 4.20 Analisa data	67
Tabel 4.21 Batasan Karakteristik	69
Tabel 4.22 Scoring Klien 1	70
Tabel 4.23 Scoring Klien 2	71
Tabel 4.24 Intervensi Keperawatan Keluarga 1 dan 2	74
Tabel 4.25 Catatan Tindakan Keperawatan dan Evaluasi Keluarga 1	77
Tabel 4.26 Catatan Tidakan Keperawatan dan Evaluasi Keluarga 2	80

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Jadwal Penyelenggaraan Karsya Tulis Ilmiah.....	89
Lampiran 2 <i>Informed Consent</i>	90
Lampiran 3	91
Lampiran 4 Surat izin penyusunan tugas akhir	92
Lampiran 5 surat pemberitahuan melakukan penelitian	94
Lampiran 6	102
Lampiran 7 <i>Logbook</i> Tugas Akhir	106



BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Stroke merupakan penyebab utama dari kecacatan dan merupakan diagnosis tertinggi dalam perawatan jangka panjang (Black & Hokanson, 2014). Stroke berada dalam peringkat kedua, dibawah penyakit jantung, sebagai penyebab kematian dan merupakan faktor utama penyebab kecacatan serius (Ramadany, 2013). Gangguan post stroke ini dapat membatasi kemampuan penderita stroke untuk melakukan aktivitas sehari-hari. Stroke hemoragik terjadi pada umumnya penderita darah tinggi karena stroke hemoragik terjadi apabila terjadinya perdarahan di otak pecah. Dampak yang dapat ditimbulkan pasca stroke adalah kelumpuhan dan kecacatan, sehingga klien mengalami masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik.

Berdasarkan data 10 besar penyakit terbanyak di Indonesia tahun 2013, prevalensi kasus stroke tertinggi terdapat di Provinsi Sulawesi Utara (10,8%) dan diikuti Jawa Timur sebesar 16 per mil. Prevalensi stroke antara laki-laki dengan perempuan hampir sama (Kemenkes, 2013). Menurut Rikesdas tahun 2013, dalam laporannya mendapatkan bahwa di Indonesia, setiap 1000 orang, 8 orang diantaranya terkena stroke. Pada bulan maret-juni di Puskesmas Rogotruran Lumajang, penulis menemukan 16 orang yang tercatat mengalami pasca stroke hemoragik dan 6 orang yang mengalami hambatan mobilitas fisik.

Stroke hemoragik dapat terjadi apabila lesi vaskular intraserebrum mengalami ruptur sehingga terjadi perdarahan ke dalam ruang subarakhnoid atau langsung ke dalam jaringan otak. Sebagian dari lesi vaskular yang dapat menyebabkan perdarahan subarakhnoid (PSA) adalah aneurisma sakular dan malformasi arteriovena (MAV). Mekanisme lain pada stroke hemoragik adalah pemakaian kokain atau amfetamin, karena zat-zat ini dapat menyebabkan hipertensi berat dan perdarahan intraserebrum atau subarakhnoid. Penyebab pecahnya aneurisma berhubungan dengan ketergantungan dinding aneurisma yang bergantung pada diameter dan perbedaan tekanan di dalam dan di luar aneurisma. Setelah pecah, darah merembes ke ruang subarakhnoid dan menyebar ke seluruh otak dan medula spinalis bersama cairan serebrospinalis. Darah ini selain dapat menyebabkan

peningkatan tekanan intrakranial, juga dapat melukai jaringan otak secara langsung oleh karena tekanan yang tinggi saat pertama kali pecah, serta mengiritasi selaput otak. Biasanya perdarahan di bagian dalam jaringan otak menyebabkan defisit neurologik fokal yang cepat dan memburuk secara progresif dalam beberapa menit sampai kurang dari 2 jam. Hemiparesis di sisi yang berlawanan dari letak perdarahan merupakan tanda khas pertama pada keterlibatan kapsula interna (Price, 2005 dalam Ramadhani 2012). Hemiparasis akan menyebabkan klien mengalami masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik.

Konsekuensinya, mereka mungkin juga membatasi partisipasi dalam keluarga dan peran sosial, sehingga sebagian besar penderita pasca stroke hemoragik menjadi cacat, dengan efek mendalam pada kualitas hidup mereka. (Kamalakkanan, 2016). Peran perawat sebagai edukator yaitu membantu keluarga meningkatkan kesehatan melalui pemberian pengetahuan yang terkait dengan keperawatan dan tindakan medis yang diterima. Peran perawat sebagai konselor yaitu memberikan alternatif dalam pemecahan masalah seperti cara rentang pergerakan sendi atau ROM agar tidak terjadi kelumpuhan dan kecacatan. Peran perawat sebagai kolaborator yaitu bekerjasama dengan tenaga kesehatan dan menentukan rencana dan pelaksanaan asuhan keperawatan guna memenuhi kebutuhan kesehatan keluarga. Perawat sebagai fasilitator dapat memberikan suport latihan mobilisasi untuk meningkatkan kekuatan otot, jantung dan pengembangan paru pada pasien pasca stroke hemoragik Ariyanti (2010). Sehingga latihan gerak pada pasien pasca stroke hemoragik setelah stroke pertama dapat meminimalkan terjadinya stroke kedua atau komplikasi lainnya. Oleh karena itu perlu tindakan keperawatan untuk mengurangi masalah ini adapun tindakan yang bisa dilakukan pada klien pasca stroke hemoragik yaitu latihan Range Of Motion (ROM) pasif dan rangsangan taktil, Range Of Motion (ROM) pasif yang terdiri dari: promosi latihan fisik: latihan kekuatan, terapi latihan fisik: ambulasi, terapi latihan fisik: keseimbangan, terapi latihan fisik: mobilitas sendi, terapi latihan fisik: pengendalian otot, pengaturan posisi, bantuan perawatan diri: berpindah, diharapkan dengan intervensi yang baik, maka hambatan mobilitas fisik pada klien dapat teratasi. Dari alasan diatas, maka penulis tertarik melakukan studi kasus tentang “Asuhan Keperawatan

Keluarga pada Pasien Pasca Stroke Hemoragik dengan Masalah Keperawatan Gangguan Mobilitas Di wilayah kerja Rogotrungan Tahun 2018”.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana pelaksanaan asuhan keperawatan pada keluarga Tn. N dan Tn. M dengan pasien menderita pasca stroke hemoragik di wilayah kerja Rogotrungan Lumajang

1.1 Tujuan Penulisan

Melaksanakan asuhan keperawatan pada keluarga Tn. N dan Tn. M dengan pasien penderita pasca stroke hemoragik di wilayah kerja Rogotrungan Lumajang

1.2 Manfaat Penulisan

1.2.1 Manfaat bagi penulis

Mengaplikasikan asuhan keperawatan pada klien dengan stroke di dalam tatanan masyarakat secara langsung

1.2.2 Manfaat bagi klien

Setelah di lakukan asuhan keperawatan diharapkan masalah keperawatan yang di alami klien dapat meningkatkan kesehatan pasien dan juga dapat memberikan pengertian dan juga memberikan wawasan pada pasien pasca stroke hemoragik.

1.2.3 Manfaat bagi keluarga

Keluarga bisa memahami tentang penyakit stroke sehingga keluarga mampu memaksimalkan perannya dan fungsinya sehingga dapat terwujud keluarga yang sehat. diharapkan dapat memberikan wawasan kepada keluarga untuk memberikan dukungan dan perhatian kepada pasien dalam melakukan aktivitasnya sehari-hari.

1.2.4 Manfaat bagi institusi universitas jember lumajang

Melakukan teori secara terpadu untuk praktik dan melakukan sebuah perbaikan dan menyumbang pemikiran dalam pemberian asuhan keperawatan pada klien pasca stroke hemoragik sehingga dapat meningkatkan kualitas pendidikan

1.2.5 Manfaat bagi perawat

Dapat digunakan sebagai data dan sumber sebagai perbandingan untuk kedepannya. dan juga memberikan tambahan kepustakaan dalam pengembangan ilmu keperawatan.



BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Keluarga

2.1.1 Definisi keluarga

Keluarga merupakan unit terkecil dalam masyarakat yang menjadi klien (penerima) asuhan keperawatan. Keluarga berperan dalam menentukan asuhan keperawatan yang diperlukan oleh anggota keluarga yang sakit. Keberhasilan keperawatan di rumah sakit akan menjadi sia-sia jika tidak dilanjutkan dengan perawatan di rumah secara baik dan benar oleh klien atau keluarganya. Secara empiris, hubungan antara kesehatan anggota keluarga terhadap kualitas kehidupan keluarga sangat berhubungan atau signifikan (Efendi & Makhfudli, 2009).

Menurut Bussarad dan Ball (1996) “Keluarga merupakan lingkungan sosial yang sangat dekat hubungannya dengan seseorang. Di keluarga itu seseorang dibesarkan, bertempat tinggal, berinteraksi satu dengan yang lain, dibentuknya nilai-nilai pola pemikiran dan kebiasaannya dan berfungsi sebagai saksi segenap budaya luar dan mediasi hubungan anak dengan lingkungannya” (Hernilawati, 2013).

2.1.2 Ciri-ciri keluarga

Robert Maclver dan Charles Morton page menjelaskan ciri-ciri keluarga sebagai berikut :

- a. Keluarga merupakan hubungan perkawinan,
- b. Keluarga berbentuk suatu kelembagaan yang berkaitan dengan hubungan perkawinan sengaja dibentuk atau dipelihara,
- c. Keluarga mempunyai sistem tata nama (nomenclatur), termasuk perhitungan garis keturunan,
- d. Keluarga mempunyai fungsi ekonomi yang dibentuk oleh anggota-anggotanya berkaitan dengan kemampuan untuk mempunyai keturunan dan membesarkan anak,
- e. Keluarga mempunyai tempat tinggal bersama, rumah atau rumah tangga.

Dari uraian diatas, dapat disimpulkan bahwa keluarga adalah

- 1) Unit terkecil dari masyarakat,
- 2) Terdiri dari 2 orang atau lebih dalam satu atap yang mempunyai hubungan yang intim, pertalian darah atau perkawinan,
- 3) Terorganisasi dibawah asuhan kepala rumah tangga (biasanya bapak atau ibu atau keluarga lain yang dominan) yang saling berhubungan satu dengan lainnya, saling bergantung antar anggota keluarga.
- 4) Setiap anggota keluarga mempunyai peran dan fungsi masing- masing yang dikoordinasikan oleh kepala keluarga,
- 5) Mempunyai keunikan masing- masing serta nilai dan norma hidup yang didasari sistem kebudayaan,
- 6) Mempunyai hak otonomi dan mengatur keluarganya, misalnya dalam kesehatan keperawatan keluarga (Ali, 2009).

2.1.3 Tipe keluarga

Menurut (Widyanto, 2014) Keluarga memiliki berbagai macam tipe (Ali, 2009) yang dibedakan menjadi keluarga tradisional dan non tradisional, yaitu :

a. Keluarga Tradisional

- 1) *The Nuclear Family* (Keluarga Inti), yaitu keluarga yang terdiri suami, istri dan anak.
- 2) *The Dyad Family*, yaitu keluarga yang terdiri suami dan istri yang hidup dalam satu rumah tetapi tanpa anak.
- 3) Keluarga usila, yaitu keluarga yang terdiri dari suatu istri yang sudah tua dengan sudah memisahkan diri.
- 4) *the Childless Family*, yaitu keluarga tanpa anak karena terlambat menikah dan untuk mendapatkan anak terlambat waktunya. Penyebabnya adalah karena mengejar karir atau pendidikan yang terjadi pada wanita.
- 5) *The Extended Family* (keluarga besar), yaitu keluarga yang terdiri tiga generasi hidup bersama dalam satu rumah seperti nuclear family disertai paman, bibi, orang tua (kakek dan nenek), keponakan dan lain sebagainya.

- 6) *The Single Parent Family* (keluarga duda atau janda), yaitu keluarga yang terdiri dari suatu orang tua bisa ayah atau ibu. Penyebabnya dapat terjadi karena proses perceraian, kematian atau bahkan ditinggalkan.
 - 7) *Commuter Family*, yaitu keluarga dengan kedua orang tua bekerja di kota yang berbeda, tetapi setiap akhir pekan semua anggota keluarga dapat berkumpul bersama di salah satu kota yang menjadi tempat tinggal.
 - 8) *Multigenerational Family*, yaitu keluarga dengan generasi atau kelompok umur yang tinggal bersama dalam satu rumah.
 - 9) *Kin-network Family*, yaitu keluarga dengan beberapa keluarga inti tinggal dalam satu rumah atau saling berdekatan menggunakan barang-barang serta pelayanan bersama. Seperti, menggunakan dapur, kamar mandi, televisi, atau telepon bersama.
 - 10) *Blended Family*, yaitu keluarga yang dibentuk oleh duda atau janda yang menikah kembali dan membesarkan anak dari perkawinan sebelumnya.
 - 11) *The Single adult living alone / single adult family*, yaitu keluarga yang terdiri dari orang dewasa yang hidup sendiri karena pilihannya (separasi) seperti perceraian atau di tinggal mati.
- a. Keluarga nontradisional
- 1) Keluarga dengan orang tua beranak tanpa menikah, biasanya ibu dan anak.
 - 2) Pasangan yang memiliki anak tetapi tidak menikah, didasarkan pada hukum tertentu.
 - 3) Pasangan kumpul kebo, kumpul bersama tanpa menikah.
 - 4) Keluarga gay atau lesbian, orang-orang yang berjenis kelamin yang sama hidup bersama sebagai pasangan yang menikah.
 - 5) Keluarga komuni, keluarga yang terdiri dari lebih satu pasangan monogamy dengan anak-anak secara bersama sebagai pasangan yang menikah (padila, 2012).

2.1.4 Struktur keluarga

Struktur sebuah keluarga memberikan gambaran tentang bagaimana suatu keluarga itu melaksanakan fungsinya dalam masyarakat. Adapun macam-macam struktur keluarga diantaranya adalah :

a. Patrilineal

Keluarga sedarah yang terdiri dari sanak saudara sedarah dalam beberapa generasi, dimana hubungan itu disusun melalui jalur garis ayah.

b. Matrilineal

Keluarga sedarah yang terdiri dari sanak saudara sedarah dalam beberapa generasi, dimana hubungan itu disusun melalui jalur garis ibu.

c. Matrilokal

Sepasang suami-istri yang tinggal bersama keluarga sedarah istri.

d. Patrilokal

Sepasang suami-istri yang tinggal bersama keluarga sedarah suami.

e. Keluarga menikah

Hubungan suami-istri sebagai dasar bagi pembinaan keluarga dan beberapa sanak saudara yang menjadi bagian keluarga karena adanya hubungan dengan suami atau istri (Setyawan, 2012).

Struktur keluarga bermanfaat sebagai sumber informasi terhadap profil “kondisi kebutuhan” kesehatan didalam sebuah keluarga. Pada *extended family*, tentu saja strukturnya sangat beragam heterogenitas latar belakang sosialnya. Secara demografis, struktur keluarga dapat dibedakan dalam tiga kelompok besar, yakni:

- a. Kelompok “dependent ratio 1”, dengan rata-rata umur 0-15, yang dari segi pelayanan kesehatan masih perlu dibagi lagi dalam tiga sub grup:
 - 1) Sub kelompok bayi dan balita, membutuhkan pelayanan untuk tumbuh kembang terbaiknya melalui peningkatan program KIA.
 - 2) Sub kelompok usia sekolah (school aged group), membutuhkan penanganan melalui program Usaha Kesehatan Sekolah (UKS).
 - 3) Sub kelompok remaja, tidak ditangani melalui pendekatan khusus
- b. Kelompok dewasa dan usia produktif dapat lebih bebas memilih pendekatan sesuai dengan waktu dan keinginannya.
- c. Kelompok “dependent ratio II”, sesuai dengan kemampuan kegiatan puskesmas dapat ditangani, oleh unit kesehatan lansia dan didukung oleh pengembangan

kelompok Upaya Kesehatan Bersumber daya Masyarakat (UKBM) yang dapat dibentuk dalam konsep desa siaga (Ryadi, 2016).

2.1.5 Fungsi pokok keluarga

Secara umum fungsi keluarga adalah sebagai berikut:

a. Fungsi keagamaan

- 1) Membina norma ajaran-ajaran agama sebagai dasar dan tujuan hidup seluruh anggota keluarga.
- 2) Menerjemahkan agama ke dalam tingkah laku hidup sehari sehari kepada seluruh anggota keluarga.
- 3) Memberikan contoh konkrit dalam hidup sehari-hari dalam pengalaman dari ajaran agama.
- 4) Melengkapi dan menambah proses kegiatan belajar anak tentang keagamaan yang kurang diperolehnya di sekolah atau masyarakat.
- 5) Membina rasa sikap dan praktik kehidupan keluarga beragama sebagai pondasi menuju keluarga kecil bahagia sejahtera.

b. Fungsi budaya

- 1) Membina tugas-tugas keluarga sebagai lembaga untuk meneruskan norma-norma dan budayamasyarakat dan bangsa yang ingin dipertahankan.
- 2) Membina tugas-tugas keluarga sebagai lembaga untuk menyaring norma dan budaya asing yang tidak sesuai.
- 3) Membina tugas-tugas keluarga sebagai lembaga yang anggotanya mencari pemecahan masalah dari berbagai pengaruh negatif globalisasi dunia.
- 4) Membina tugas-tugas keluarga sebagai lembaga yang anggotanya dapat berperilaku yang baik sesuai dengan norma bangsa Indonesia dalam menghadapi tantangan globalisasi
- 5) Membina budaya keluarga yang sesuai, selaras dan seimbang dengan budaya masyarakat atau bangsa untuk menjunjung terwujudnya norma keluarga kecil bahagia sejahtera.

c. Fungsi cinta kasih

- 1) Menumbuh kembangkan potensi kasih sayang yang telah ada antar anggota keluarga ke dalam simbol-simbol nyata secara optimal dan terus menerus.
- 2) Membina tingkah laku saling menyayangi baik antar anggota keluarga secara kuantitatif dan kualitatif.
- 3) Membina praktik kecintaan terhadap kehidupan duniawi dan ukhrowi dalam keluarga secara serasi, selaras dan seimbang.
- 4) Membina rasa, sikap dan praktik hidup keluarga yang mampu memberikan dan menerima kasih sayang sebagai pola hidup ideal menuju keluarga kecil bahagia sejahtera.

d. Fungsi perlindungan

- 1) Memenuhi kebutuhan rasa aman anggota keluarga baik dari rasa tidak aman yang timbul dari dalam maupun dari luar keluarga.
- 2) Membina keamanan keluarga baik fisik maupun psikis dari berbagai bentuk ancaman dan tantangan yang datang dari luar.
- 3) Membina dan menjadikan stabilisasi dan keamanan keluarga sebagai modal menuju keluarga kecil bahagia sejahtera.

e. Fungsi reproduksi

- 1) Membina kehidupan keluarga sebagai wahana pendidikan reproduksi sehat baik anggota keluarga maupun bagi keluarga sekitarnya.
- 2) Memberikan contoh pengalaman kaidah-kaidah pembentukan keluarga dalam hal usia, pematangan fisik maupun mental.
- 3) Mengamalkan kaidah-kaidah reproduksi sehat, baik yang berkaitan dengan waktu melahirkan, jarak antara 2 anak dan jumlah ideal anak yang diinginkan dalam keluarga.
- 4) Mengembangkan kehidupan reproduksi sehat sebagai modal yang kondusif menuju keluarga kecil bahagia sejahtera.

f. Fungsi sosialisasi

- 1) Menyadari, merencanakan dan menciptakan lingkungan keluarga sebagai wahana pendidikan dan sosialisasi anak pertama dan utama.

- 2) Menyadari, merencanakan dan menciptakan kehidupan keluarga sebagai pusat tempat anak dapat mencari pemecahan dari berbagai konflik dan permasalahan yang dijumpainya baik dilingkungan sekolah maupun masyarakat.
- 3) Membina proses pendidikan dan sosialisasi anak tentang hal-ha yang diperlukan untuk meningkatkan kematangan dan kedewasaan (fisik dan mental), yang tidak kurang diberikan oleh lingkungan sekolah maupun masyarakat.
- 4) Membina proses pendidikan dan sosialisasi yang terjadi dalam keluarga sehingga tidak saja dapat bermanfaat positif bagi anak, tetapi juga bagi orang tua dalam rangka perkembangan dan kematangan hidup bersama menuju keluarga kecil bahagia sejahtera.

g. Fungsi ekonomi

- 1) Melakukakan kegiatan ekonomi baik diluar maupun di dalam lingkungan keluarga dalam rangka menopang kelangsungan dan perkembangan kehidupan keluarga.
- 2) Mengelola ekonomi keluarga sehingga terjadi keserasian, keselarasan dan keseimbangan antara pemasukan dan pengeluaran keluarga.
- 3) Mengatur waktu sehingga kegiatan orang tua di luar rumah dan perhatiannya terhadap keluarga berjalan secara serasi, selaras dan seimbang.
- 4) Membina kegiatan dan hasil ekonomi keluarga sebagai modal untuk mewujudkan keluarga kecil bahagia dan sejahtera.

h. Fungsi pelestarian lingkungan

- 1) Membina kesadaran, sikap dan praktik pelestarian lingkungan intern keluarga. membina kesadaran, sikap dan praktik pelestarian lingkungan ekstern keluarga.
- 2) Membina kesadaran, sikap dan praktik pelestarian lingkungan yang serasi, selaras dan seimbang antara lingkungan keluarga dengan lingkungan hidup masyarakat sekitarnya.
- 3) Membina kesadaran, sikap dan praktik pelestarian lingkungan hidup keluarga menuju keluarga kecil bahagia sejahtera (Hernilawati, 2013).

2.1.6 Tugas Keluarga

- a. Mengenal masalah atau gangguan kesehatan keluarga

Kesehatan merupakan kebutuhan keluarga yang perlu mendapatkan perhatian. Orang tua perlu mengenal keadaan kesehatan dan perubahan yang dialami anggota keluarganya terutama berkaitan dengan kesehatan. Alasannya adalah ketika terjadi perubahan sekecil apapun yang dialami keluarga, maka secara tidak langsung akan menjadi perhatian orang tua atau keluarga. Sehingga segala kekuatan sumber daya, pikiran, waktu, tenaga, dan bahkan harta keluarga akan digunakan untuk mengatasi permasalahan kesehatan tersebut.

b. Mengambil keputusan tindakan kesehatan yang tepat bagi keluarga

Tugas ini merupakan upaya keluarga yang utama untuk mencari bantuan yang tepat sesuai dengan masalah kesehatan yang menimpa keluarga. Suara sumber daya internal keluarga yang dianggap mampu memutuskan akan menentukan tindakan keluarga dalam mengatasi masalah kesehatan yang dialami. Jika secara internal keluarga memiliki keterbatasan sumber daya, maka keluarga akan mencari bantuan dari luar.

c. Merawat anggota keluarga yang sakit

Tugas merawat anggota keluarga yang sakit seringkali harus dilakukan keluarga untuk memberikan perawatan lanjutan setelah memperoleh pelayanan kesehatan di institusi pelayanan kesehatan. Tidak menutup kemungkinan juga ketika keluarga memiliki kemampuan untuk melakukan tindakan pertolongan pertama, maka anggota keluarga yang sakit dapat sepenuhnya dirawat oleh keluarga sendiri.

d. Memodifikasi lingkungan keluarga untuk menjamin kesehatan keluarga

Tugas ini merupakan upaya keluarga untuk memdayagunakan potensi internal yang ada di lingkungan rumah untuk mempertahankan kesehatan atau membantu proses perawatan anggota keluarga yang sakit. Tindakan memodifikasi lingkungan memiliki cakupan yang luas sesuai dengan pengetahuan keluarga mengenai kesehatan.

e. Menggunakan fasilitas kesehatan

Tugas ini merupakan bentuk upaya keluarga untuk mengatasi masalah kesehatan anggota keluarganya dengan memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan yang ada (Friedman, 1998).

2.1.7 Tahap Perkembangan Keluarga

Kerangka perkembangan keluarga menurut Evelyn Duvall yaitu:

- a. Pasangan Pemula atau Pasangan Baru Menikah
Tahap ini dimulai saat dua insandewasa mengikat janji melalui pernikahan dengan landasan cinta dan kasih sayang.
- b. Keluarga Dengan “Child Bearing” (Kelahiran Anak Pertama)
Tahapan ini dimulai saat ibu hamil sampai dengan kelahiran anak pertama dan berlanjut sampai dengan anak pertama berusia 30 bulan.
- c. Keluarga Dengan Anak Prasekolah
Dimulai saat anak peartama berusia 2,5 tahun dan berakhir saat anak berusia 5 tahun.
- d. Keluarga Dengan Anak Usia Sekolah
Dimulai saat anak pertama berusia 6 tahun dan berakhir saat anak berusia 12 tahun.
- e. Keluarga Dengan Anak Remaja
Dimulai saat anak pertama berusia 13 tahun dan berakhir saat anak berusia 19-20 tahun.
- f. Keluarga Dengan Melepaskan Anak Ke Masyarakat
Remaja yang akan beranjak dewasa harus sudah siap meninggalkan orang tuanya untuk mulai hidup baru, bekerja dan berkeluarga .
- g. Keluarga Dengan Tahapan Berdua Kembali
Tugas bagi keluarga setelah ditinggal pergi anak-anaknya untuk memulai kehidupan baru
- h. Keluarga Dengan Tahapan Masa Tua
Masa tua bisa dihinggapai kesepian, tidak berdaya, sehingga tugas keluarga pada tahapan ini adalah: saling memberikan perhatian yang menyenangkan antara pasangan (Setiawati & Dermawan, 2008)

2.1.8 Peran Keluarga

Peran adalah seperangkat perilaku interpersonal, sifat, dan kegiatan yang berhubungan dengan individu dalam posisi dan satuan tertentu. Setiap anggota keluarga mempunyai peran masing-masing. Ayah sebagai pemimpin keluarga, pencari nafkah, pendidik, pelindung atau pengayom, dan pemberi rasa aman kepada anggota keluarga. Selain itu, sebagai anggota masyarakat atau kelompok sosial tertentu. Ibu sebagai pengurus rumah tangga, pengasuh, pendidik anak-anak, pelindung keluarga, dan juga sebagai pencari nafkah tambahan keluarga. Selain itu, sebagai anggota masyarakat. Anak berperan sebagai pelaku psikososial sesuai dengan perkembangan fisik, mental, sosial, dan spiritual (Ali, 2009).

2.2 Konsep Stroke

2.2.1 Definisi Stroke

Stroke adalah gangguan fungsi saraf yang terjadi mendadak akibat pasokan darah ke suatu bagian otak sehingga peredaran otak terganggu. Kurangnya darah dan oksigen dapat merusakkan dan mematikan sel-sel saraf di otak sehingga menyebabkan kelumpuhan anggota gerak, gangguan bicara, dan penurunan kesadaran (Sudarsini, 2017).

Stroke adalah kerusakan otak akibat berkurangnya aliran darah ke otak. Penurunan aliran darah ke otak dapat disebabkan oleh tersumbatnya pembuluh darah di otak (Darma, 2018). Gangguan fungsional yang dialami orang pascastroke menjadi salah satu faktor yang kemandirian dalam melakukan aktivitas.

2.2.2 Klasifikasi Stroke

Stroke dibagi menjadi dua jenis yaitu stroke iskemik dan stroke hemoragik.

- a. Stroke iskemik yaitu tersumbatnya pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ke otak sebagian atau keseluruhan terhenti (Sudarsini, 2017).
- b. Stroke hemoragik artinya stroke karena perdarahan, terjadi akibat pembuluh darah yang pecah. Pecahnya pembuluh darah di otak menyebabkan aliran darah ke jaringan otak berkurang dan sel-sel otak dapat mengalami kerusakan bahkan kematian karena kekurangan oksigen dan nutrisi, (Sari, 2016).

stroke hemoragik adalah stroke perdarahan yang terjadi akibat pecahnya pembuluh darah di otak. Darah yang keluar dari pembuluh darah yang pecah mengenai dan merusak sel-sel otak disekitarnya. Selain itu, sel otak juga mengalami kematian karena aliran darah yang membawa oksigen dan nutrisi terhenti, (Agromedia, 2009).

Klasifikasi stroke hemoragik

Menurut letaknya stroke hemoragik dibagi menjadi dua jenis, sebagai berikut:

- 1) Hemoragik intraserebral, yakni perdarahan terjadi didalam jaringan otak.
- 2) Hemoragik subaraknoid, yakni perdarahan yang terjadi di ruang subaraknoid (ruang sempit antara permukaan otak dan lapisan jaringan yang menutupi otak (Agromedia,2009)

2.2.3 Etiologi

Salah satu penyebab stroke hemoragik adalah penyumbatan pada dinding pembuluh darah yang rapuh (aneurisme) mudah menggelembung, dan rawan pecah terutama pada kelompok berusia lanjut. Kondisi pembuluh darah yang lemah tidak kuasa menahan tekanan, akibatnya darah yang mengalir di dalamnya tersembur keluar, (Lingga, 2013).

Selain hal-hal yang disebutkan diatas, ada faktor-faktor lain yang menyebabkan stroke (Arum, 2015) diantaranya:

a. Faktor risiko medis

Faktor risiko medis yang memperparah stroke adalah:

- 1) Arteriosklerosis (pengerasan pembuluh darah)
- 2) Adanya riwayat stroke dalam keluarga (factor keturunan)
- 3) Migraine (sakit kepala sebelah)

b. Faktor risiko pelaku

Stroke sendiri bisa terjadi karena faktor risiko pelaku. Pelaku menerapkan gaya hidup dan pola makan yang tidak sehat. Hal ini terlihat pada:

- 1) Kebiasaan merokok
- 2) Mengonsumsi minuman bersoda dan beralkohol
- 3) Suka menyantap makanan siap saji (fast food atau junkfood)

- 4) Kurangnya aktifitas gerak atau olahraga
- 5) Suasana hati yang tidak nyaman, seperti sering marah tanpa alasan yang jelas
- c. Faktor Risiko yang Tidak dapat dikontrol

Ada faktor risiko terkena stroke yang tidak dapat dikontrol ataupun dimodifikasi. Faktor faktor tersebut antara lain faktor usia, jenis kelamin, ras dan genetic atau keturunan.

 - 1) Usia

Risiko mengalami stroke meningkat seiring bertambahnya usia. Risiko semakin meningkat setelah usia 55 tahun. Usia terbanyak terkena serangan stroke adalah usia 65 tahun ke atas. Dari 2065 pasien stroke akut yang dirawat di 28 rumah sakit di Indonesia, 35,8% berusia di atas 65 tahun dan 12,9% kurang dari 45 tahun.
 - 2) Jenis Kelamin

Stroke menyerang laki laki 19% lebih banyak dibandingkan perempuan.
 - 3) RAS

Stroke lebih banyak menyerang dan menyebabkan kematian pada ras kulit hitam, Asia dan Kepulauan Pasifik serta Hispanik dibandingkan kulit putih pada kulit hitam diduga karena angka kejadian hipertensi yang tinggi serta diet tinggi garam.
 - 4) Genetik

Risiko stroke meningkat jika ada orang tua atau saudara kandung yang mengalami stroke ataupun TIA, (Sari, 2016).
- d. Faktor risiko yang dapat dimodifikasi
 - 1) Hipertensi (tekanan darah tinggi) Tekanan darah tinggi merupakan peluang terbesar terjadinya stroke. Hipertensi mengakibatkan adanya gangguan aliran darah yang mana diameter pembuluh darah akan mengecil sehingga darah yang mengalir ke otak pun berkurang. Dengan pengurangan aliran darah ke otak, maka otak kekurangan suplai oksigen dan glukosa, lama-kelamaan jaringan otak akan mati
 - 2) Penyakit jantung

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

3) Diabetes mellitus

Pembuluh darah pada penderita diabetes mellitus umumnya lebih kaku atau tidak lentur. Hal ini terjadi karena adanya peningkatan atau penurunan kadar glukosa darah secara tiba-tiba sehingga dapat menyebabkan kematian otak.

4) Hiperkolesterolemia

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

5) Obesitas

Obesitas atau *overweight* (kegemukan) merupakan salah satu faktor terjadinya stroke. Hal itu terkait dengan tingginya kadar kolesterol dalam darah. Pada orang dengan obesitas, biasanya kadar LDL (*Low Density Lipoprotein*) lebih tinggi dibanding kadar HDL (*High Density Lipoprotein*). Untuk standar Indonesia, seseorang dikatakan obes jika indeks massa tubuhnya melebihi 25 kg/m. sebenarnya ada dua jenis obesitas atau kegemukan yaitu obesitas abdominal dan obesitas perifer. Obesitas abdominal ditandai dengan lingkar pinggang lebih dari 102 cm bagi pria dan 88 cm bagi wanita

6) Merokok

Menurut berbagai penelitian diketahui bahwa orang-orang yang merokok mempunyai kadar fibrinogen darah yang lebih tinggi dibanding orang-orang yang tidak merokok. Peningkatan kadar fibrinogen mempermudah terjadinya penebalan pembuluh darah sehingga pembuluh darah menjadi sempit dan kaku. Karena pembuluh darah menjadi sempit dan kaku, maka dapat menyebabkan gangguan aliran darah, (Arum, 2015).

2.2.4 Patofisiologi

a. Perdarahan Intracerebral

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 Transient Ischemic Attack (TIA) yang terjadi dengan cepat dapat mengakibatkan kematian yang mendadak karena herniasi otak. Perdarahan Intracerebral sering dijumpai di daerah pituitary gland, thalamus, subkortikal, lobus parietal, nucleus kaudatus, pons, dan cerebellum. Hipertensi kronis mengakibatkan perubahan struktur dinding pembuluh darah berupa lipohyalinosis atau nekrosis fibrinoid.

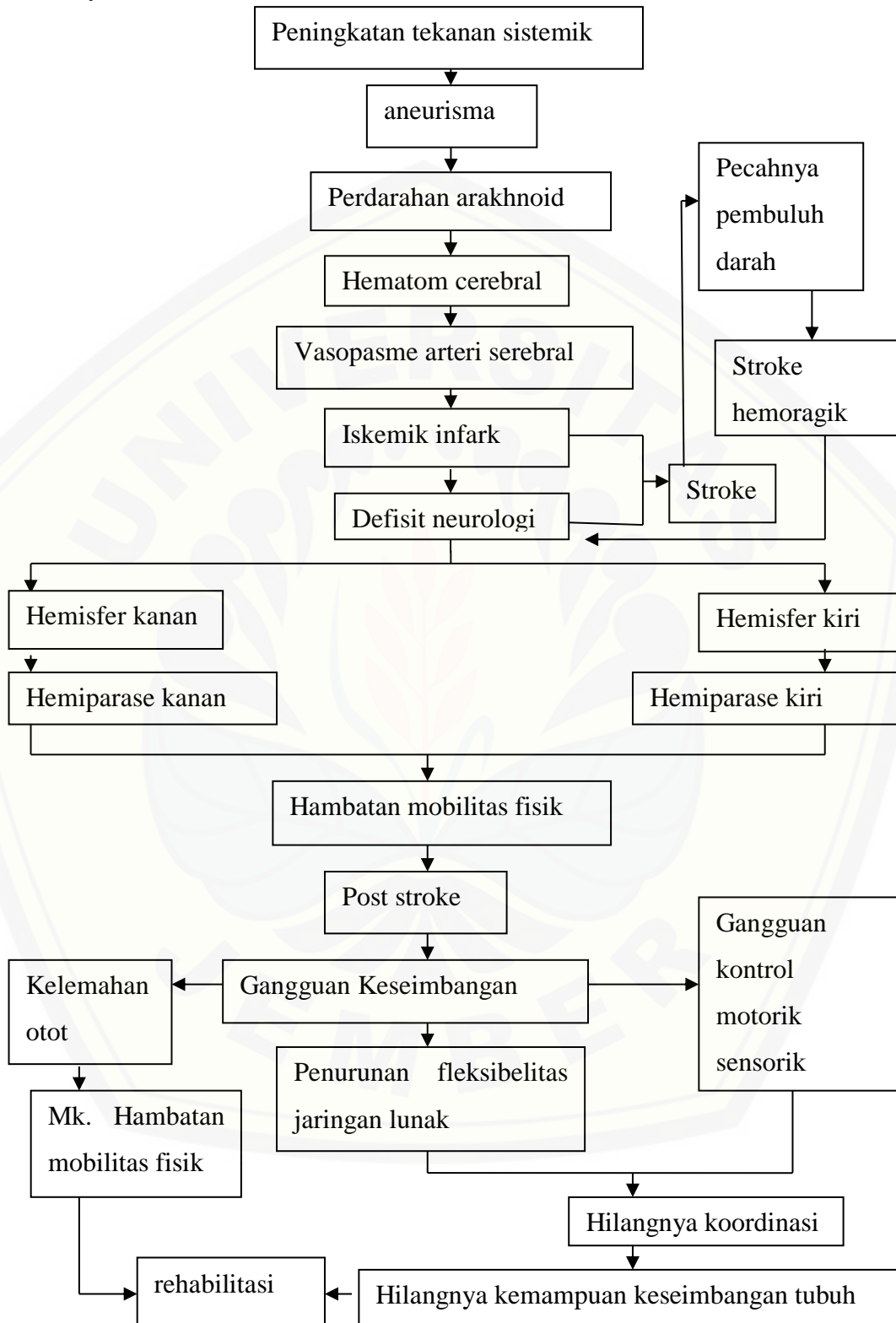
b. Perdarahan Subarachnoid

Pecahnya pembuluh darah karena aneurisma atau AVM (Arteriovenous Malformati). Aneurisma paling sering di dapat pada percabangan pembuluh darah besar di sirkulasi willis. AVM (Arteriovenous Malformatio) dapat dijumpai pada jaringan otak di permukaan pia mater dan ventrikel otak, ataupun di dalam ventrikel otak dan ruang subarachnoid. Pecahnya arteri dan keluarnya darah ke ruang subarachnoid mengakibatkan terjadinya peningkatan TIK yang mendadak, meredanya struktur peka nyeri, sehingga timbul nyeri kepala hebat. Sering pula dijumpai kaku kuduk dan tanda-tanda rangsangan selaput otak lainnya. Peningkatan TIK yang mendadak juga mengakibatkan perdarahan subhialoid pada retina dan penurunan kesadaran. Perdarahan subarachnoid 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 (gangguan hemisensorik, afasia, dan lain-lain). Otak dapat berfungsi jika kebutuhan O₂ dan glukosa otak dapat terpenuhi. Energi yang dihasilkan di dalam 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 koma. Kebutuhan glukosa sebanyak 25% dari seluruh kebutuhan glukosa tubuh, sehingga bila kadar glukosa plasma turun sampai 70% akan terjadi gejala disfungsi serebral. Pada saat otak hipoksi, tubuh berusaha memenuhi O₂ melalui proses metabolik anaerob yang dapat menyebabkan dilatasi pembuluh darah otak.

- c. Serangan stroke dapat menimbulkan cacat fisik yang permanen. Cacat fisik dapat mengakibatkan seseorang kurang produktif. Oleh karena itu pasien stroke memerlukan rehabilitasi untuk meminimalkan cacat fisik agar dapat menjalani aktivitasnya secara normal. Rehabilitasi harus dimulai sedini mungkin secara tepat dan cepat sehingga dapat membantu pemulihan fisik yang lebih cepat dan optimal, serta menghindari kelemahan otot dan gangguan fungsi lain. Pasien dengan stroke akan mengalami gangguan-gangguan yang bersifat fungsional. Gangguan sensoris dan motorik post stroke mengakibatkan gangguan keseimbangan termasuk kelemahan otot, penurunan fleksibilitas jaringan lunak, serta gangguan kontrol motorik dan sensorik. Fungsi yang hilang akibat gangguan kontrol motorik pada pasien stroke mengakibatkan hilangnya koordinasi, hilangnya kemampuan keseimbangan tubuh dan postur (kemampuan untuk mempertahankan posisi tertentu) (Irfan, 2010). Hilangnya sensoris dan motorik pada pasien pasca stroke mengakibatkan gangguan keseimbangan termasuk kelemahan otot, penurunan fleksibilitas jaringan lunak, serta gangguan kontrol motorik dan sensoris. Fungsi yang hilang akibat gangguan kontrol motorik pada pasien stroke mengakibatkan hilangnya koordinasi dan hilangnya kemampuan merasakan keseimbangan tubuh dan kemampuan untuk mempertahankan posisi tertentu (Thomson, 2010).

Pathway



Gambar 2.1 Pathway Stroke Hemoragik dengan Hambatan Mobilitas Fisik

(Black dan Hawks, 2014)

2.2.5 Tanda dan Gejala

Menurut Batticaca (2012), gejala klinis yang timbul tergantung dari jenis stroke yaitu Pada stroke hemoragik berupa :

- Defisit neurologis mendadak, didahului gejala prodomal yang terjadi pada saat istirahat atau bangun pagi,
- Kadang terjadi penurunan kesadaran,
- Terjadi terutama pada usia >50 tahun,
- Gejala neurologis yang timbul bergantung pada berat ringannya gangguan pembuluh darah dan lokasinya.

Tabel 2.1 Tabel tanda dan gejala stroke berdasarkan lokasi

Lokasi	Syndrome
Arteri Karotis Interna (ICA)	<ol style="list-style-type: none"> Kelumpuhan pada tangan, kaki dan wajah yang berlawanan dengan kerusakan otak Gangguan sensori pada kaki, wajah, dan tangan yang berlawanan dengan kerusakan otak Afasia, apraksia, agnosia
Middle Cerebral Arteri (MCA)	<ol style="list-style-type: none"> Hemiplegi kontralateral Gangguan sensori kontralateral Afasia

Lokasi	Syndrome
Anterior Cerebral Arteri kontralateral (ACA)	<ol style="list-style-type: none"> Paralisis kontralateral Gangguan berjalan Kehilangan sensoris Kerusakan kognitif Inkontinensia urine
Arteri Vertebra	<ol style="list-style-type: none"> Pusing Nistagmus Dispagia Disatria Nyeri pada muka, hidung, atau mata Kelemahan pada wajah Gangguan pergerakan
Arteri basiler	<ol style="list-style-type: none"> Quadriplegia Kelemahan otot wajah, lidah, dan faringeal

Tarwoto (2013)

2.2.6 Penatalaksanaan

Sedangkan menurut Batticaca (2012), penatalaksanaan medis yang dilakukan berdasarkan jenis penanganan dan perawatan diantaranya berikut ini:

a. Penatalaksanaan stroke hemoragik pada serangan akut

1) Terapi stroke hemoragik pada serangan akut

- (1) Saran operasi diikuti dengan pemeriksaan.
- (2) Masukkan klien ke unit perawatan saraf untuk dirawat di bagian bedah saraf.
- (3) Penatalaksanaan umum di bagian saraf
- (4) Penatalaksanaan khusus pada kasus; subarachnoid hemorrhage dan intraventricular hemorrhage, kombinasi antara parenchymatous dan subarachnoid hemorrhage, parenchymatous hemorrhage.
- (5) Neurologis : pengawasan tekanan darah dan konsentrasinya, kontrol adanya edema yang dapat menyebabkan kematian jaringan otak.
- (6) Terapi perdarahan dan perawatan pembuluh darah; Antifibrinolitik untuk meningkatkan mikrosirkulasi dosis kecil, Natril Etamsylate, Kalsium mengandung obat, Profilaksis Vasospasme
- (7) Kontrol adanya edema yang dapat menyebabkan kematian jaringan otak.
- (8) Pengawasan tekanan darah dan konsentrasinya.

2) Perawatan umum klien dengan serangan stroke akut

- (1) Pengaturan suhu, atur suhu ruangan menjadi 18-20°C
- (2) Pemantauan (*monitoring*) keadaan umum klien (EKG, nadi, saturasi O₂, PO₂, PCO₂).
- (3) Pengukuran suhu tubuh tiap dua jam.

b. Penanganan dan perawatan stroke di rumah

- 1) Berobat secara teratur ke dokter.
- 2) Jangan menghentikan atau mengubah dan menambah dosis obat tanpa petunjuk dokter.
- 3) Minta bantuan petugas kesehatan atau fisioterapi untuk memulihkan kondisi tubuh yang lemah atau lumpuh.
- 4) Perbaiki kondisi fisik dengan latihan teratur di rumah.
- 5) Bantu kebutuhan klien

- 6) Motivasi klien agar tetapi besemangat dalam latihan fisik
- 7) Periksa tekanan darah secara teratur
- 8) Segera bawa klien ke dokter atau rumah sakit jika timbul tanda dan gejala stroke

c. Penanganan pasca stroke

Kepada pasien pasca stroke yang mengalami kelemahan rata-rata cuma terhadap daerah lengan dan tungkai. Sekian banyak perbuatan yang akan dilakukan bila keadaan umum total stabil menurut Irfan (2011), antara lain yang merupakan berikut:

- 1) Hindari posisi tidur terlentang lantaran posisi tidur terlentang bakal menciptakan otot-otot postur tak bekerja dan berdampak makin cepatnya penurunan kebolehan otot.
- 2) Memberi posisi tidur miring, usahakan posisi kepala sejajar bersama tulang belakang.
- 3) Memberi perubahan posisi tiap 1 jam. Otot terhadap penderita stroke tidak jarang mengalami kelemahan seterusnya atrofi (Putra,2011).

d. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan diagnostik menurut (muttaqin, 2008) meliputi:

- 1) Angiografi Cerebral untuk menentukan penyebab stroke hemoragic.seperti perdarahan atau obstruksi arteri.
- 2) Lumbal Fungsi
Tekanan yang meningkat dan disertai bercak darah pada cairan lumbal menunjukkan adanya hemoragik pada subarakhnoid atau perdarahan intrakranial.
- 3) Computer Topografi (CT) scan otak untuk memperlihatkan adanya edema, posisi hematoma, adanya jaringan otak yang infark atau iskemia dan posisinya secara pasti.
- 4) Magnetic Resonance Imaging (MRI) menunjukkan daerah yang mengalami infark hemologi Malformasi Arteri Vena (MAV).
- 5) Ultrasonografi Doppler untuk mengidentifikasi penyakit arteri vena.

- 6) Elektroencephalography (EEG) untuk mengidentifikasi masalah berdasarkan pada gelombang otak dan mungkin memperlihatkan daerah lesi yang spesifik.

2.2.7 Komplikasi

Stroke hemoragik dapat menyebabkan :

- a. Infark Serebri.
- b. Hidrosephalus yang sebagian kecil menjadi hidrosephalus normotensif.
- c. Fistula carotikocavernosum.
- d. Epistaksis.
- e. Peningkatan TIK,tonus otot abnormal.

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga Pasca Stroke Hemoragik Dengan Masalah Hambatan Mobilitas Fisik

Asuhan keperawatan keluarga pada pasien hipertensi dengan masalah keperawatan ketidakpatuhan pola makan di wilayah kerja Puskesmas Rogotrunan Kabupaten Lumajang Tahun 2018.

2.3.1 Pengkajian

- a. Identitas Kepala Keluarga
Nama Kepala Keluarga (KK)

- b. Komposisi Keluarga

- 1) Umur

Stroke umumnya terjadi pada usia 50 tahun. Teori terjadi dua pertiga dari semua serangan stroke terjadi pada orang yang berusia diatas 65 tahun. (Pinzon & Asanti, 2010). Sebagian besar responden pasca stroke berumur 43–61 tahun, berjenis kelamin laki-laki, dan tidak bekerja.

- 2) Pendidikan

Tingkat pendidikan keluarga mempengaruhi keluarga dalam mengenal penyakit stroke beserta pengelolaannya, berpengaruh pula terhadap pola pikir dan kemampuan untuk mengambil keputusan dalam mengatasi masalah pasca stroke hemoragik dengan masalah hambatan mobilitas fisik teori yang ditemukan Pinzon (2010) dalam (Yuniar Rahmina, 2017).

c. Genogram

Mencangkup riwayat penyakit semua anggota keluarga dari 3 generasi, yang berhubungan dengan stroke apakah termasuk penyakit menurun dari anggota keluarga lain. Karena teori yang diungkapkan oleh penelitian Sitorus, dkk (2010) yang mengatakan ada riwayat hipertensi terbukti memiliki hubungan yang bermakna dengan kejadian terjadinya stroke.

d. Tipe Keluarga

Menjelaskan mengenai jenis atau tipe keluarga. Untuk menemukan tipe keluarga, teori yang mengatakan pada umumnya terjadi pada type keluarga yang komposisi dalam keluarga tersebut kurang dari 2 anggota misalnya *single*. Hal ini disebabkan keluarga akan mengalami kesulitan berkomunikasi dalam sehari-hari, sehingga untuk meningkatkan nilai pengetahuan keluarga dalam merawat anggota keluarganya yang sakit (Suhari, 2016).

e. Suku Bangsa

Dalam teori menyebutkan bahwa ada kaitan antara suku bangsa dan budaya terhadap kesehatan, yaitu pada budaya yang merujuk pada perilaku tidak sehat pada klien misalnya pola makan yang tidak sehat, sering merokok, kurang berolahraga.

f. Agama

Mengidentifikasi agama dan kepercayaan keluarga yang dianut yang dapat mempengaruhi kesehatan. Menurut teori bahwa secara psikologis, penderita stroke memiliki perubahan dan keterbatasan dalam bergerak, berkomunikasi dan berfikir yang nantinya akan sangat mengganggu fungsi peran pasien. Psikologis pasien stroke bervariasi sesuai dengan penerimaan dan pemahaman pasien terhadap dirinya. Salah satu kondisi psikologis yang terpengaruh berkaitan dengan status fisik pasien setelah serangan stroke adalah kualitas hidup

g. Status Sosial Ekonomi

Status sosial ekonomi keluarga ditentukan oleh seluruh penghasilan anggota keluarga (orang tua maupun anak yang telah bekerja dan membantunya). Status

sosial ekonomi juga berpengaruh terhadap keluarga dalam melakukan pengobatan dan perawatan pada anggota keluarga yang sakit salah satunya disebabkan karena stroke dengan hambatan mobilitas fisik. Peningkatan resiko terjadinya stroke berulang pada kelompok ekonomi menengah kebawah antara lain dipicu oleh perilaku tidak sehat, merokok, tidak teratur dalam mengkonsumsi obat hipertensi ataupun mengontrol tekanan darah, kebiasaan mengkonsumsi kadar garamnya yang tinggi (wahyu, 2009).

h. Aktivitas Rekreasi

Menjelaskan kemampuan dan kegiatan keluarga untuk melakukan rekreasi secara bersama baik di luar dan dalam rumah, juga tentang kuantitas yang dilakukan. Teori yang menyatakan aktivitas rekreasi seseorang dapat mempengaruhi stres yang dirasakan, karena dalam diri seseorang perlu merelaksasikan pikiran agar dapat mengurangi beban stres dengan cara berekreasi.

i. Riwayat Tahap Perkembangan Keluarga

Menurut teori ada tiga tugas perkembangan keluarga pada tahap ini yaitu mempertahankan kontak dengan anak cucu yang sudah memisahkan dengan keluarga inti, memperkuat hubungan perkawinan, meningkatkan usaha promosi kesehatan.

j. Tahap Perkembangan Keluarga Saat Ini

Menurut duvval, tahap perkembangan keluarga ditentukan dengan anak tertua dari keluarga inti dan mengkaji sejauh mana keluarga melaksanakan tugas perkembangan keluarga.

k. Tahap Perkembangan Keluarga yang Belum Terpenuhi

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

l. Riwayat Kesehatan Keluarga

1) Riwayat Keluarga Inti

Pada tahap ini yang dikaji adalah hubungan keluarga inti, dan apa latar belakang sebelum menjalani sebuah keluarga

2) Riwayat Kesehatan Keluarga Sebelumnya

Menanyakan riwayat kesehatan kepala keluarga sebelum membentuk keluarga sampai saat ini

3) Riwayat kesehatan masing-masing anggota keluarga.

Mengkaji semua riwayat penyakit masing-masing anggota keluarga.

4) Sumber Pelayanan Kesehatan Keluarga yang Dimanfaatkan

Fasilitas kesehatan apa yang dimanfaatkan keluarga apabila ada anggota keluarga yang sakit (Gusti, 2013).

m. Pengkajian Lingkungan

1) Karakteristik dan Denah Rumah

Menjelaskan tipe rumah, luas bangunan, pembagian dan pemanfaatan ruang, ventilasi, kondisi rumah, kebersihan dan sanitasi lingkungan, ada atau tidak air bersih dan sistem pembangunan limbah.

2) Karakteristik Tetangga dan Komunitas

Menjelaskan tipe dan kondisi lingkungan tempat tinggal, nilai, norma, aturan penduduk, setempat serta budaya yang mempengaruhi kesehatan.

3) Mobilitas keluarga

Pada tahap ini yang dikaji adalah letak daerah rumah, apakah keluarga pernah berpindah tempat dan apakah mempunyai kebiasaan untuk berpindah tempat.

4) Perkumpulan Keluarga dan Interaksi dengan Masyarakat

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

5) Sistem Pendukung Keluarga

Pendukung dari anggota keluarga dan fasilitas sosial atau pendukung masyarakat setempat serta jaminan pemeliharaan kesehatan yang dimiliki keluarga untuk meningkatkan upaya kesehatan.

n. Struktur Keluarga

1) Pola Komunikasi Keluarga

Pola-pola komunikasi keluarga menjelaskan komunikasi antar anggota keluarga.

2) Struktur Kekuatan Keluarga

Struktur pengambilan keputusan di dalam keluarga

3) Struktur Peran Keluarga

Menjelaskan peran masing-masing anggota keluarga

o. Pemeriksaan Fisik

Menurut Tarwoto (2013) pengkajian keperawatan pada pasien stroke meliputi :

1) Anamnesis pada pasien stroke hemoragi menurut Tarwoto (2013) meliputi identitas klien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit dahulu, riwayat penyakit keluarga, riwayat psikososial.

2) Identitas pasien

Meliputi nama, umur (kebanyakan terjadi pada usia tua), jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan jam MRS, nomor register, diagnose medis.

3) Keluhan utama

Keluhan yang didapatkan biasanya gangguan motorik kelemahan anggota gerak sebelah badan, bicara pelo, dan tidak dapat berkomunikasi, nyeri kepala, gangguan sensorik, kejang, penurunan kesadaran.

4) Riwayat penyakit sekarang

Serangan stroke infark biasanya didahului dengan serangan awal yang tidak disadari oleh pasien, biasanya ditemukan gejala awal sering kesemutan, rasa lemah pada salah satu anggota gerak. Pada serangan stroke hemoragik seringkali berlangsung sangat mendadak, pada saat pasien melakukan aktifitas. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah bahkan kejang sampai tidak sadar, disamping gejala kelumpuhan separoh badan atau gangguan fungsi otak yang lain.

5) Riwayat penyakit dahulu

Adanya riwayat hipertensi, diabetes mellitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat-obat anti koagulan, aspirin, vasodilator, obat-obat adiktif, kegemukan.

6) Riwayat penyakit keluarga

Biasanya ada riwayat keluarga yang menderita hipertensi ataupun diabetesmellitus.

7) Riwayat psikososial

Stroke memang suatu penyakit yang sangat mahal. Biaya untuk pemeriksaan, pengobatan dan perawatan dapat mengacaukan keuangan keluarga sehingga faktor biaya ini dapat mempengaruhi stabilitas emosional dan pikiran pasien dan keluarga

8) Harapan keluarga

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

9) Pemeriksaan Fisik(head to toe)

Setelah melakukan anamnesis yang mengarah pada keluhan-keluhan klien, pemeriksaan fisik sangat berguna untuk mendukung data dari pengkajian anamnesis. (Muttaqin, 2011).

a) Kesadaran umum

Kesadaran apatis (terlihat mengantuk tetapi mudah dibangunkan)

b) Tanda-tanda vital

(a) Tekanan darah

Biasanya pasien dengan stroke hemoragik memiliki riwayat tekanan darah tinggi dengan tekanan systole > 140 dan diastole > 80

(b) Nadi, biasanya nadi normal.

(c) Suhu

Biasanya tidak ada masalah suhu pada pasien dengan pasca stroke hemoragik

c) Rambut

Biasanya tidak ditemukan masalah

d) Wajah

Biasanya simetris, wajah pucat. Pada pemeriksaan Nervus V (Trigeminal) : biasanya pasien bisa menyebutkan lokasi usapan dan pada pasien koma, ketika diusap kornea mata dengan kapas halus, klien akan menutup kelopak mata. Sedangkan pada Nervus VII (facialis) : biasanya alis mata simetris, dapat

mengangkat alis, mengernyitkan dahi, mengernyitkan hidung, mengembungkan pipi, saat pasien mengembungkan pipi tidak simetris kiri dan kanan tergantung lokasi lemah dan saat diminta mengunyah pasien kesulitan untuk mengunyah.

e) Mata

Biasanya konjungtiva tidak anemis, sclera tidak ikterik, pupil isokor, kelopak mata tidak oedema. Pada pemeriksaan nervus II (optikus) : biasanya luas pandang baik 90°, visus 6/6. Pada nervus III (okulomotoris) : biasanya diameter pupil 2mm/2mm, pupil kadang isokor dan anisokor, palpebra dan reflek kedip dapat dinilai jika pasien bisa membuka mata . Nervus IV (troklearis) : biasanya pasien dapat mengikuti arah tangan perawat ke atas dan bawah. Nervus VI (abduksen) : biasanya hasil nya pasien dapat mengikuti arah tangan perawat ke kiri dan kanan

a. Hidung

Biasanya simetris kiri dan kanan, terpasang oksigen, tidak ada pernapasan cuping hidung. Pada pemeriksaan nervus I (olfaktorius) : kadang ada yang bisa menyebutkan bau yang diberikan perawat namun ada juga yang tidak, dan biasanya ketajaman penciuman antara kiri dan kanan berbeda dan pada nervus VIII (akustikus) : biasanya pada pasien yang tidak lemah anggota gerak atas, dapat melakukan keseimbangan gerak tangan-hidung.

b. Mulut dan gigi

Biasanya pada pasien apatis, sopor, soporos coma hingga coma akan mengalami masalah bau mulut, gigi kotor, mukosa bibir kering. Pada pemeriksaan nervus VII (facialis) : biasanya lidah dapat mendorong pipi kiri dan kanan, bibir simetris, dan dapat menyebutkan rasa manis dan asin. Pada nervus IX (glossofaringeal) : biasanya ovule yang terangkat tidak simetris, mencong kearah bagian tubuh yang lemah dan pasien dapat merasakan rasa asam dan pahit. Pada nervus XII (hipoglasus) : biasanya pasien dapat menjulurkan lidah dan dapat dipencongkan ke kiri dan kanan namun artikulasi kurang jelas saat bicara

c. Telinga

Biasanya sejajar daun telinga kiri dan kanan. Pada pemeriksaan nervus VIII (akustikus) : biasanya pasien kurang bisa mendengarkan gesekan jari dari perawat tergantung dimana lokasi kelemahan dan pasien hanya dapat mendengar jika suara keras dan dengan artikulasi yang jelas.

d. Leher

Pada pemeriksaan nervus X (vagus) : biasanya pasien stroke hemoragik mengalami gangguan menelan. Pada pemeriksaan kaku kuduk biasanya (+) dan bludzensky 1 (+)

e. Thorak.

Pada pemeriksaan reflek dinding perut, pada saat perut pasien digores biasanya pasien tidak merasakan apa-apa.

2.3.2 Diagnosa Keperawatan

a. Tipologi Diagnosis Keperawatan Keluarga

Diagnosis keperawatan keluarga yang muncul dapat bersifat actual, resiko dan sejahtera dengan penjabaran sebagai berikut :

1) Aktual (terjadi defisit/gangguan kesehatan)

Menjelaskan masalah nyata saat ini sesuai data yang ditemukan yaitu dengan ciri dari pengkajian tanda dan gejala dari gangguan kesehatan, seperti : Hambatan Mobilitas Fisik berhubungan dengan ketidak mampuan keluarga merawat salah satu anggota keluarga yang stroke.

2) Resiko (Ancaman Kesehatan)

Sudah ada data yang menunjang tetapi belum terjadi gangguan, misalnya lingkungan rumah kurang bersih, stimulasi tumbuh kembang yang tidak adekuat, seperti : resiko cidera berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan rumah.

3) Wellness (Keadaan Sejahtera)

Suatu keadaan dimana keluarga dalam keadaan sejahtera sehingga kesehatan keluarga dapat ditingkatkan. Khusus untuk diagnose keperawatan potensial (sejahtera) boleh tidak menggunakan etiologi (ADP, 2013). Seperti : kesiapan kesejahteraan spiritual yang lebih baik.

b. Perumusan Masalah Diagnosa keperawatan

Perumusan diagnosa keperawatan dapat diarahkan kepada sasaran individu atau keluarga. Komponen diagnosis keperawatan meliputi masalah (*problem*), penyebab (*etiologi*), dan tanda (*sign*). Perumusan diagnosis keperawatan keluarga menggunakan aturan yang telah disepakati, terdiri dari:

- 1) Masalah (*problem*, P) adalah suatu pernyataan tidak terpenuhinya kebutuhan dasar manusia yang dialami oleh keluarga atau anggota (individu) keluarga.
- 2) Penyebab (*etiologi*, E) adalah suatu pernyataan yang dapat menyebabkan masalah yang mengacu pada lima tugas keluarga, yaitu: ketidak mampuan keluarga mengenal masalah kesehatan. Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan, ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga, ketidakmampuan keluarga memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada.
- 3) Tanda (*sign*, S) adalah data subjektif dan objektif yang diperoleh perawat dari keluarga secara langsung atau tidak yang mendukung masalah penyebab, (Suprajitno, 2004).

c. Penilaian (Skoring) Diagnosa Keperawatan

Skoring dilakukan bila perawat merumuskan diagnosis keperawatan lebih dari satu. Proses skoringnya dilakukan untuk setiap diagnosis keperawatan.

- 1) Tentukan skornya sesuai dengan kreteria yang dibuat perawat
- 2) Selanjutnya skor dibagi dengan skor tertinggi dan dikalikan dengan bobot.

$\frac{\text{Skoring yang diperoleh}}{\text{Skor Tertinggi}} \times \text{bobot}$

- 3) Jumlah skor untuk semua kreteria (skor maksimum sama dengan jumlah bobot, yaitu 5) (Suprajitno, 2004).

d. Penentuan Prioritas Masalah Keperawatan Keluarga

NO	Kriteria	Komponen	Skor	Bobot
----	----------	----------	------	-------

1	Sifat Masalah	Aktual	3	1
		Resiko	2	
		Potensial	1	
2	Kemungkinan masalah dapat diubah	Mudah	2	2
		Sebagian	1	
		Tidak dapat	0	
3	Potensi masalah untuk dicegah	Tinggi	3	1
		Cukup	2	
		Rendah	1	
4	Menonjolnya masalah	Masalah berat, segera ditangani	2	1
		Ada masalah, tidak perlu segera ditangani	1	
		Tidak dirasakan ada masalah	0	

Skoring :

$$\frac{\text{Skor}}{\text{Angka Tertinggi}} \times \text{Bobot}$$

e. Penyusunan prioritas diagnose keperawatan

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

f. Diagnosa Prioritas

Hambatan Mobiltas Fisik

1) Definisi Hambatan Mobilitas Fisik menurut Judith M. (2016):

Hambatan Mobilitas Fisik adalah ketidakmampuan dalam, pergerakan fisik mandiri dan terarah pada tubuh atau satu ekstremitas atau lebih berdasarkan tingkat dan skala fungsional, seperti:

Tingkat 0: Mandiri total

Tingkat 1: Memerlukan penggunaan peralatan atau alat bantu

Tingkat 2: Memerlukan bantuan dari orang lain

Tingkat 3: Membutuhkan bantuan dari orang lain dan peralatan atau alat bantu

Tingkat 4: Ketergantungan; tidak berpartisipasi dalam aktivitas

2) Batasan Karakteristik dalam Hambatan Mobilitas Fisik menurut Judith M. (2016):

Objektif

- (1) Penurunan waktu reaksi
- (2) Kesulitan membolak-balik posisi tubuh
- (3) Asyik dengan aktivitas lain sebagai pengganti pergerakan (mis., peningkatan perhatian terhadap aktivitas orang lain, perilaku mengendalikan, berfokus pada kondisi sebelum sakit atau ketunadayaan aktivitas)
- (4) Dispnea saat beraktivitas
- (5) Perubahan cara berjalan (mis., penurunan aktivitas dan kecepatan berjalan, kesulitan untuk memulai berjalan, langkah kecil, berjalan dengan menyeret kaki, pada saat berjalan badan mengayun ke samping)
- (6) Pergerakan menyetak
- (7) Keterbatasan kemampuan untuk melakukan keterampilan motorik halus
- (8) Keterbatasan kemampuan melakukan keterampilan motorik kasar
- (9) Keterbatasan rentang pergerakan sendi
- (10) Tremor yang diinduksi oleh pergerakan
- (11) Ketidakstabilan postur tubuh (saat melakukan rutinitas aktivitas kehidupan sehari-hari)
- (12) Melambatnya pergerakan
- (13) Gerakan tidak teratur atau tidak terkoordinasi

2.3.3 Intervensi Keperawatan

Tabel 2.2 Intervensi keperawatan /NIC (Bulechek, dkk, 2013)

TUJUAN	NOC	NIC
Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pasien dapat memperlihatkan mobilitas yang dibuktikan: Tidak mengalami gangguan ekstermitas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak terjadi kontraktur sendi 2. Bertambahnya kekuatan otot 3. Klien menunjukkan tindakan untuk meningkatkan mobilitas 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pengaturan posisi <ol style="list-style-type: none"> a. Pantau TTV sebelum dan sesudah tindakan b. Ubah posisi klien yang mengalami kelemahan dengan klien terlibat dalam perubahan posisi c. Ajarkan dan anjurkan klien untuk miring kanan atau kiri, terlentang, tengkurap secara mandiri d. Letakkan pada posisi terapeutik dengan tinggikan bagian tubuh yang lemah e. Berikan posisi kepala lebih tinggi (head up 15° sampai 20°)

		<p>2. Terapi latihan fisik : Mobilitas sendi</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Ajarkan teknik latihan ROM pasif b. Latih dan anjurkan klien dan keluarga untuk berlatih ROM pasif c. Berikan penguatan postis selama aktifitas d. Berikan informasi tentang ROM pasif untuk memotivasi klien dan keluarga dalam menambah pengetahuan dan manfaat ROM pasif <p>3. Terapi latihan fisik: Keseimbangan:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Latih dan anjurkan klien untuk duduk tanpa terjatuh dengan tangan diletakkan disisi atas tempat tidur atau kursi b. Latih klien untuk berdiri atau menyangga BB dengan atau tanpa alat bantu <p>4. Terapi latihan fisik: Ambulasi</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Latih klien untuk dapat duduk disisi tempat tidur dengan atau tanpa alat bantu b. Latih klien untuk dapat berdiri dengan atau tanpa alat bantu c. Latih klien berjalan dengan jarak tertentu dengan atau tanpa alat bantu d. Latih klien untuk pindah dari tempat tidur ke kursi maupun sebaliknya secara mandiri atau dengan alat bantu <p>5. Peningkatan latihan: latihan kekuatan otot</p> <ol style="list-style-type: none"> c. tentukan tingkatan kebugaran otot dengan latihan dilokasi seperti maksimum berat badan yang diangkat, jumlah angkatan persatuan waktu d. bantu klien menyampaikan atau
--	--	---

		<p>mempraktikkan pola gerakan yang dianjurkan tanpa beban atau dengan beban</p> <p>e. anjurkan istirahat sejenak setiap kali selesai satu set latihan, jika diperlukan</p> <p>6. perawatan tirah baring:</p> <p>a. jelaskan diperlukannya tirah baring</p> <p>b. Balikkan posisi klien minimal setiap 2 jam</p> <p>c. Observasi kondisi kulit seperti adanya komplikasi dari tirah baring</p> <p>d. Bantu menjaga kebersihan klien</p>
--	--	--

2.3.4 Implementasi

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

- e. Mengetahui masalah kesehatannya
- f. Mengambil keputusan berkaitan dengan persoalan kesehatan yang dihadapi
- g. Merawat dan membina anggota keluarga sesuai dengan kondisi kesehatannya
- h. Memodifikasi lingkungan yang sehat bagi setiap anggota keluarga
- i. Memanfaatkan sarana pelayanan kesehatan terdekat (Suhari & Sulistiyono, 2016)

2.3.5 Evaluasi

Evaluasi disusun dengan menggunakan SOAP secara operasional tahapan evaluasi dapat dilakukan secara formatif dan sumatif. Evaluasi formatif dilakukan selama proses asuhan keperawatan, sedangkan evaluasi sumatif adalah evaluasi akhir.

Perawat asuhan keperawatan keluarga perlu memahami proses standart praktik yang ditetapkan berdasarkan evident base practice yaitu menetapkan masalah, merumuskan tujuan, menetapkan kreteria dan standart evaluasi (Suhari & Sulistiyono, 2016).

Kreteria hasil:

1. Bertambahnya kekuatan otot
2. Klien menunjukkan tindakan untuk meningkatkan mobilitas
3. Klien dan keluarga dapat mengenal masalah kesehatan anggota keluarga
4. Klien dan keluarga dapat mengambil tindakan kesehatan yang tepat
5. Klien dan keluarga dapat memberikan perawatan pada anggota keluarga
6. Klien dan keluarga dapat menciptakan lingkungan rumah yang nyaman bagi anggota keluarga
7. Klien dan keluarga dapat memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada untuk mengatasi masalah kesehatan yang ada.

BAB 3. METODE PENELITIAN

Bab ini membahas tentang pendekatan yang digunakan dalam menyelenggarakan studi kasus.

3.1 Desain penulisan

Laporan kasus adalah laporan yang ditulis secara naratif untuk mendeskripsikan pengalaman medis dan keperawatan seseorang atau beberapa orang pasien secara rinci dengan tujuan peningkatan capaian pengobatan. Pada penulisan ini, akan mengeksplorasi pengalaman perawat dalam memberikan Asuhan Keperawatan Kepada Keluarga Yang Mengalami Pasca Stroke Hemoragik Dengan Masalah Hambatan Mobilitas Fisik Di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotrunan Lumajang Tahun 2019.

3.2 Batasan istilah

Batasan istilah adalah pernyataan yang menjelaskan istilah-istilah kunci yang menjadi fokus laporan kasus. Batasan istilah dalam laporan kasus ini diantaranya :

3.2.1 Asuhan keperawatan keluarga

adalah suatu rangkaian kegiatan dalam praktik keperawatan keluarga yang salah satu anggota keluarganya mengalami pasca stroke hemoragik dengan, berpedoman pada 5 tugas keperawatan keluarga Pasca stroke hemoragik Pasien dengan kondisi yang telah mengalami stroke akibat perdarahan yang karena pecahnya pembuluh darah di otak.

3.2.2 Masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik

Masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik yaitu masalah ketidakmampuan dalam pergerakan fisik mandiri, dan terarah pada tubuh atau satu ekstremitas atau lebih.

Batasan karakteristik:

- a. Keterbatasan rentang gerak
- b. Gangguan sikap berjalan

- c. Kesulitan membolak-balik posisi
- d. Gerakan tidak terkoordinasi
- e. Penurunan kemampuan melakukan ketrampilan motorik halus
- f. Penurunan kemampuan melakukan motorik kasar

3.3 Partisipan dalam penyusunan laporan kasus ini adalah :

Dua pasien pada dua keluarga dengan salah satu anggota keluarga yang Menderita Pasca Stroke Hemoragik Dengan Masalah Keperawatan Hambatan mobilitas fisik Di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotruman Kabupaten Lumajang tahun 2018 dengan kriteria :

- 3.3.1 Bersedia menjadi subjek penelitian
- 3.3.2 Terdapat tanda gejala stroke hemoragik
- 3.3.3 Dua keluarga dengan salah satu anggota terkena pasca stroke hemoragik yang mengalami minimal 2-3 batasan karakteristik hambatan mobilitas fisik
- 3.3.4 Tinggal diwilayah kerja Puskesmas Rogotruman Lumajang
- 3.3.5 Pasien Kooperatif

3.4 Lokasi dan Waktu

Pada laporan kasus ini dilakukan di wilayah kerja puskesmas Rogotrumanbulan Februari sampai Mei 2019, asuhan keperawatan keluarga pada Tn. N dan Tn.M selama 3 (tiga) kali kunjungan dalam 2 (dua) minggu kedua rumah klien, dengan anggota keluarga terdiagnosis Stroke Hemoragikdengan masalah keperawatan Hambatan mobilitas fisik Di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotruman Kabupaten Lumajang tahun 2019.

3.5 Pengumpulan data

3.5.1 Proses pengumpulan data

Proses pengumpulan data yang dilakukan peneliti diawali dengan pembuatan surat yang ditujukan kepada tempat pendidikan, setelah mendapat persetujuan dari tempat pendidikan kemudian surat ditujukan kepada Badan Kesatuan Bangsa dan politik untuk meminta penerbitan surat izin penelitian. Setelah surat izin penelitian

diterbitkan dengan nomor 072/901/427.75/2019 kemudian surat tersebut diberikan kepada Bupati Lumajang, Kepala Polres Lumajang, Kepala BAPPEDA Kabupaten Lumajang, Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Lumajang, Kepala Puskesmas Rogotrungan Lumajang dan Koordinator Prodi D3 Keperawatan UNEJ Kampus Lumajang. Kemudian dari Kepala Puskesmas Rogotrungan Lumajang turun surat bahwa peneliti diizinkan melakukan penelitian di Puskesmas Rogotrungan Lumajang.

3.5.2 Teknik

Penulis menggunakan teknik wawancara, observasi dan dokumentasi dalam pengumpulan data

a. Wawancara

Pada laporan kasus ini wawancara yang dilakukan yaitu pada klien 1 meliputi keluhan utama yaitu mengalami kekakuan pada salah satu bagian tubuh klien yaitu sebelah kanan, riwayat penyakit keluarga sebelumnya klien 1 yaitu hipertensi. Sedangkan pada klien 2 keluhan utamanya yaitu tangan dan kaki kirinya tidak bisa digerakkan

b. Observasi

Dalam laporan kasus pada pasien pasca stroke hemoragik yang mengalami hambatan mobilitas fisik, observasi dilakukan dengan cara pemeriksaan fisik kepada klien pada bagian musculoskeletal, seperti pemeriksaan reflek patologis dan reflek fisiologis. Observasi juga dapat dilakukan pada klien adalah kemampuan keluarga dalam mengambil keputusan, kemampuan keluarga dalam mengajarkan ROM pasif, tanda-tanda vital, keadaan umum klien.

c. Dokumentasi

Dalam laporan kasus ini data yang diperoleh bersumber dari data-data mengenai pasien dan keluarga Studi ini dilakukan dengan jalan menelusuri dokumen yang ada, misalnya: Catatan kesehatan, kartu menuju sehat, ASKES dan literatur.

3.6 Uji keabsahan data

Uji keabsahan data dalam asuhan keperawatan keluarga yang menderita penyakit pasca stroke hemoragik dimaksudkan untuk menguji kualitas data atau informasi yang diperoleh dari wiyah kerja puskesmas rogotrunan sehingga menghasilkan data dengan validitas tinggi.

Sehingga uji keabsahan data yang dapat dilakukan pada studi kasus ini, menggunakan cara:

3.6.1 Memperpanjang waktu pengamatan atau tindakan

3.6.2 Menggunakan sumber informasi tambahan yaitu triangulasi dari 3 sumber data utama yaitu klien, perawat, dan keluarga klien yang berkaitan dengan masalah yang akan diteliti.

3.7 Analisis Data

3.7.1 Pengumpulan data

Data dikumpulkan dari hasil WOD (wawancara, observasi dan dokumen). Hasil ditulis dalam bentuk catatan lapangan, kemudian disalin dalam bentuk transkrip (catatan terstruktur).

3.7.2 Mereduksi data

Dari hasil wawancara yang terkumpul dalam bentuk catatan lapangan dijadikan satu dalam bentuk transkrip dan dikelompokkan menjadi data subjektif dan objektif, dianalisis berdasarkan hasil pemeriksaan diagnostik kemudian dibandingkan dengan nilai normal.

3.7.3 Penyajian data

Penyajian data dapat dilakukan dalam bentuk tabel, gambar, bagan dan teks naratif. Kerahasiaan klien dijaga dengan cara mengaburkan identitas dari klien.

3.7.4 Kesimpulan

Dari data yang disajikan, kemudian data dibahas dan dibandingkan dengan hasil penulisan terdahulu dan secara teoritis dengan perilaku kesehatan. Penarikan kesimpulan dilakukan dengan cara induksi. Data yang dikumpulkan terkait dengan data pengkajian, diagnosa, perencanaan, tindakan dan evaluasi.

3.8 Etika Penelitian

3.8.1 Informed Consent

Informed consent merupakan bentuk persetujuan antara peneliti dengan responden penelitian dengan memberikan lembar persetujuan. *Informed consent* tersebut diberikan sebelum penelitian dilakukan dengan memberikan lembar persetujuan untuk menjadi responden. Tujuan *Informed consent* adalah agar subjek mengerti maksud dan tujuan penelitian, mengetahui dampaknya. Jika responden bersedia, maka mereka harus menandatangani lembar persetujuan. Jika responden tidak bersedia, maka peneliti harus menghormati hak pasien (Hidayat, 2009).

3.8.2 Anonimity (Tanpa Nama)

Untuk menjaga kerahasiaan, peneliti tidak mencantumkan nama responden pada lembar alat ukur. Nama responden diganti dengan inisial, nomor atau kode pada lembar pengumpulan data (Hidayat, 2009).

3.8.3 Confidentiality (Kerahasiaan)

Semua informasi maupun masalah-masalah responden akan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti. Hanya pengelompokan data tertentu yang akan disajikan atau dilaporkan pada hasil penelitian (Hidayat, 2009).

BAB 5. PENUTUP

Pada Bab 5 ini penulis akan memaparkan kesimpulan dan saran dari laporan tugas akhir dengan judul “ Asuhan keperawatan keluarga Tn. N dan Tn. M Pasca Stroke Hemoragik Dengan Masalah Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik Di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotrunan Kabupaten Lumajang Tahun 2019”.

5.1 Kesimpulan

5.1.1 Pengkajian

Pengkajian yang di dapatkan dari hasil pengkajian pada kedua klien ditemukan kedua klien berjenis kelamin laki-laki dan perempuan. Klien 1 (Tn. N) berusia 51 tahun sedangkan klien 2 (Tn. M) berusia 70 tahun. Pada klien 1 menderita pasca stroke hemoragik kurang lebih 2 tahun yang lalu. Pada klien 2 mengalami pasca stroke hemoragik kurang lebih 2 tahun yang lalu. Latar belakang, sifat dan karakter, tingkat pengetahuan dan pendidikan klien dan keluarga, keterkaitan antara anggota keluarga satu sama lain, yang akan saling berpengaruh dan berespon terhadap masalah kesehatan antar anggota di dalam sebuah keluarga berbeda.

5.1.2 Diagnosa keperawatan

Berdasarkan dari hasil pengkajian yang telah di lakukan analisa di dapatkan pada kedua keluarga yang muncul yaitu : Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit (pasca stroke hemoragik).

Masalah lain yang muncul pada klien 1 yaitu resiko jatuh berulang sedangkan masalah keperawatan pada klien 2 nyeri. Masalah keperawatan ketiga pada kedua klien yaitu potensial untuk meningkatkan status kesehatan.

5.1.3 Intervensi

Intervensi yang telah direncanakan sama dengan teori intervensi ini mengacu pada intervensi keluarga yang meliputi tujuan khusus, tujuan umum, kreteria dan standart atau intervensi. Dari hasil kunjungan yang di lakukan klien mampu mempertahankan Intervensi yang di berikan oleh perawat yaitu melatih terapi ROM dan rangsangan taktil pada klien, Dengan

memberikan terapi ROM pada kedua klien dan memandirikan kedua keluarga untuk merawat anggota keluarga yang menderita pasca stroke hemoragik.

5.1.4 Implementasi

Tindakan keperawatan dilakukan selama 3 kali kunjungan rumah mengacu pada intervensi yang telah disusun. Pada pertemuan pertama dilakukan, semua intervensi yang telah disusun dapat dilakukan karena keluarga dan klien kooperatif sehingga dapat dilakukan pada pertemuan pertama. Pada pertemuan yang kedua dan ketiga, dilakukan implementasi selanjutnya berdasarkan pada hasil catatan perkembangan klien.

5.1.5 Evaluasi

Dalam evaluasi hasil dari pelaksanaan tindakan keperawatan dilakukan sesuai kriteria dan standart yang telah di tetapkan pada perencanaan. Dari diagnosa keperawatan hambatan mobilitas fisik terpenuhi sebagian tujuannya yaitu: keluarga dan klien mampu menerapkan intervensi yang telah diajarkan, begitupula pada kedua klien. Kesimpulan dari evaluasi ini keluarga harus bisa mempertahankan intervensi supaya dapat mempertahankan tingkat kesehatan klien.

5.2 Saran

5.2.1 Bagi klien dan Keluarga

Keluarga merupakan sebagai pengawas minum obat atau sebagai educator orang terdekat dengan klien, support keluarga juga sangat penting untuk meningkatkan kesehatan klien, support ini berupa pelaksanaan fungsi keluarga dalam perawatan kesehatan yang meliputi 5 tugas keluarga (menenal, memutuskan, merawat, memodifikasi, memanfaatkan fasilitas kesehatan). Intervensi yang telah dilakukan atau yang telah diajarkan perawat, keluarga dapat meneruskan atau menerapkannya kembali.

5.2.2 Bagi puskesmas

Memonitoring penyakit yang tidak menular khususnya penyakit stroke untuk melakukan kunjungan dengan sistem berkelanjutan. Perawat sebagai tim anggota kesehatan yang paling banyak berhubungan dengan pasien dituntut meningkatkan secara terus menerus dalam hal pemberian informasi dan pendidikan kesehatan

sesuai dengan latar belakang pasien dan keluarga. Dengan kunjungan rumah yang di lakukan oleh perawat makan semua klien yang menderita pasca stroke hemoragik akan termonitoring dengan baik, dan perawat dalam kunjungan rumah perawat Puskesmas juga menganjurkan untuk klien datang keposyandu lansia.

5.2.3 Bagi Peneliti Selanjutnya

Untuk peneliti selanjutnya diharapkan dapat memodifikasi intervensi yang sudah ada atau menambahkan intervensi sesuai dengan teori yang terbaru untuk meningkatkan kesehatan pasien.

5.2.4 Bagi institusi pendidikan D3 Keperawatan UNEJ Kampus Lumajang

Melakukan tori secara terpadu untuk praktik dan melakukan sebuah perbaikan dan menyumbang pemikiran dalam pemberian asuhan keperawatan pada klien pasca stroke hemoragik sehingga dapat meningkatkan kualitas pendidikan.

DAFTAR PUSTAKA

- Achjar, K.A.H., 2012. *Aplikasi Praktis Asuhan Keperawatan Keluarga*. Jakarta: Sagung Seto.
- ADP, S.G., 2013. *Asuhan Keperawatan Keluarga*. Jakarta: CV Trans Info Media.
- Ali, 2009. *Pengantar Keperawatan Keluarga*. Jakarta: EGC.
- Darma, K.K., 2018. *Pemberdayaan Keluarga Untuk Mengoptimalkan Kualitas Hidup Pasien Paska Stroke*. Yogyakarta: Deepublish.
- Dermawan, S.&, 2008. *Media Pembelajaran Pendidikan Kesehatan*. Yogyakarta.
- Friedman, 1998. *Keperawatan Keluarga Teori dan Praktik. Edisi 3*. Jakarta: EGC.
- Hernilawati, S.K.N., 2013. *Konsep dan Proses Keperawatan Keluarga*. Sulawesi Selatan: Pustaka As Salam.
- hernilawati, 2013. *Konsep dan Proses Keperawatan Keluarga*. Sulawesi Selatan: Pustaka As Salam.
- Makhfudli, F.E.&, 2009. *Keperawatan Kesehatan Komunitas Teori dan Praktik dalam Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Media, A., 2009. *Solusi Sehat mengatasi Stroke*. Jakarta Selatan.
- Padila, 2012. *Keperawatan Keluarga*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Setiawati, S. & Dermawan, A.C., 2008. *Penuntun Asuhan Keperawatan Keluarga*. Jakarta: Trans Info Media.
- Sudarsini, 2017. *Fisioterapi*. Pakis, Malang: Gunung Samudra.
- Sudiharto, 2007. *Asuhan keperawatan keluarga dengan pendekatan keperawatan keperawatan transkultural*. Jakarta: EGC.
- Suhari, 2016. *Modul Perkuliahan Keperawatan Keluarga*. Lumajang: KSU MULIA HUSADA.
- Suprajitno, 2004. *Asuhan Keperawatan Keluarga: Aplikasi dalam Praktik*. Jakarta: EGC.
- Widyanto, F.C., 2014. *Keperawatan Komunitas Dengan Pendekatan Praktis*. Yogyakarta: Nuha Medika.

Hidayat, A Aziz Alimul. 2009. *Metodologi Penelitian dan Teknik Analisa Data*.
Jakarta: Salemba Medika.



Lampiran 1 Jadwal Penyelenggaraan Karsya Tulis Ilmiah

JADWAL PENYELENGGARAAN KARYA TULIS ILMIAH: LAPORAN KASUS

KETERANGAN	TAHUN 2018																TAHUN 2019																			
	JUNI				JULI-SEPT				OKT				NOV-DES				JAN				FEB-APR				MEI				JUNI				JULI			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Informasi Penelitian																																				
Konfirmasi Penelitian																																				
Konfirmasi Judul																																				
Penyusunan Proposal Laporan Kasus																																				
Seminar Proposal																																				
Revisi																																				
Pengumpulan Data																																				
Konsul Penyusunan Data																																				
Ujian Sidang																																				
Revisi																																				
Pengumpulan Laporan Kasus																																				

Lampiran 2 *Informed Consent*

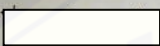
Lampiran 2

**FORMULIR PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN
(INFORMED CONSENT)**

Surat Persetujuan Responden Penelitian:

Nama Institusi : Prodi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang

Surat persetujuan peserta penelitian
Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : 

Umur : 21

Jenis kelamin : laki - laki

Alamat : Jln. Citandui, kel - Jogoyudan

Pekerjaan : Tidak bekerja


Setelah mendapatkan keterangan secukupnya serta menyadari manfaat dan risiko penelitian tersebut di bawah ini yang berjudul:

"Asuhan Keperawatan Keluarga Yang Anggota Keluarganya Menderita Pasca Stroke Hemoragik Dengan Masalah Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik Di Wilayah Kerja Rogotrunan Lumajang Tahun 2019"

Dengan sukarela menyetujui keikutsertaan dalam penelitian di atas dengan catatan bila suatu waktu merasa dirugikan dalam bentuk apapun, berhak membatalkan persetujuan ini.

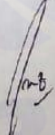
Lumajang, 26 Juni 2019.....

Mengetahui,
Penanggung Jawab Penelitian



Fidiatur Roifa
NIM. 162303101047

Yang Menyetujui,
Peserta Penelitian


(..... Nur Farah)

Lampiran 3

Lampiran 2

**FORMULIR PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN
(INFORMED CONSENT)**

Surat Persetujuan Responden Penelitian:

Nama Institusi : Prodi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang

Surat persetujuan peserta penelitian
Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : M. Sholeh
Umur : 70
Jenis kelamin : Laki - laki
Alamat : Jln. Suandot Barat
Pekerjaan : wiraswasta

Setelah mendapatkan keterangan secukupnya serta menyadari manfaat dan risiko penelitian tersebut di bawah ini yang berjudul.


"Asuhan Keperawatan Keluarga Yang Anggota keluarganya Menderita Pasca Stroke Hemoragik Dengan Masalah Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik Di Wilayah Kerja Rogotrunan Lumajang Tahun 2019"


Dengan sukarela menyetujui keikutsertaan dalam penelitian di atas dengan catatan bila suatu waktu merasa dirugikan dalam bentuk apapun, berhak membatalkan persetujuan ini.

Lumajang, 28 Juni 2019.....

Mengetahui,
Penanggung Jawab Penelitian

Yang Menyetujui,
Peserta Penelitian


Fidiatur Roifa
NIM. 162303101047


(.....Halqata.....)

Lampiran 4 Surat izin penyusunan tugas akhir



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER
PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN KAMPUS LUMAJANG
Jl. Brigiend. Katamso Telp. (0334) 882262, Fax. (034) 882262 Lumajang 67312
Email : d3keperawatan@uncj.ac.id

KEPUTUSAN KOORDINATOR PRODI D3 KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER KAMPUS LUMAJANG

Nomor : 484 /UN25.1.14.2/LT /2019

TENTANG

IJIN PENYUSUNAN TUGAS AKHIR

Koordinator Prodi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang, setelah menimbang pedoman menyusun Tugas Akhir Akademi Keperawatan Pemerintah Kabupaten Lumajang, Nomor : 188.4/472/427.35.28/2015 Tanggal 20 Agustus 2015, dengan persetujuan pembimbing tanggal 07 Januari 2019

MEMUTUSKAN

Menetapkan kepada mahasiswa tersebut dibawah ini :

N a m a : Fidiatur Roifa
Nomor Induk Mahasiswa : 162303101047
Tempat, Tanggal Lahir : Lumajang, 03 Mei 1998
Prodi : D3 Keperawatan
Tingkat / Semester : III/ V
A l a m a t : Desa Kabuaran Kecamatan Kunir Kabupaten Lumajang

dijijinkan memulai menyusun Tugas Akhir dengan judul Asuhan Keperawatan Keluarga yang Anggota keluarganya Menderita Pasca Stroke Hemoragik dengan Masalah Keperawatan Hambatan Hambatan Mobilitas Fisik di Wilayah Kerja Rogotrungan Lumajang Tahun 2019”.


Dengan pembimbing :

I. Dr. Suhari, A, Per, Pen, MM

Surat Keputusan ini mulai berlaku sejak ditetapkan dan akan ditinjau kembali jika dikemudian hari ternyata terdapat kekeliruan.

Ditetapkan di : Lumajang
Pada Tanggal : 10 April 2019

Koordinator Prodi D3 Keperawatan
UNEJ Kampus Lumajang



NURUL HAYATI, S.Kep.Ners.MM
NIP. 19650629 198703 2 008

Lumajang, 10 April 2019

Yth. Koordinator Prodi D3 Keperawatan
UNEJ Kampus Lumajang
di -
LUMAJANG

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya mahasiswa Prodi D3 Keperawatan Universitas Jember
Kampus Lumajang :

Nama : Fidiatur Roifa
NIM : 162303101047

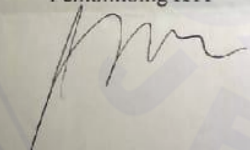
Telah mendapatkan ijin dari Pembimbing Tugas Akhir saya untuk menyusun Tugas Akhir dengan
judul "Asuhan Keperawatan Keluarga yang Anggota Keluarganya Menderita Pasca Stroke
Hemoragik dengan Masalah Keperawatan Hambatan Hambatan Mobilitas Fisik di Wilayah Kerja
Rogotrungan Lumajang Tahun 2019.

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon perkenan Koordinator Prodi D3
Keperawatan UNEJ Kampus Lumajang untuk memberikan surat pengantar dan permohonan ijin
untuk melakukan penelitian di institusi tersebut dibawah ini :

Nama Instansi : Puskesmas Rogotrungan
Alamat : Jl. Citandui No. 5, Jogoyudan, Kecamatan Lumajang, Kabupaten
Lumajang, Jawa Timur 67316
Waktu penelitian : April 2019 - Juni 2019

Demikian atas perkenannya diucapkan terima kasih

Mengetahui :
Pembimbing KTI



Dr. Suhari, A, Per, Pen, MM

NIDN. 3427028801

Hormat kami,
Pemohon,



Fidiatur Roifa

NIM 162303101047

Lampiran 5 surat pemberitahuan melakukan penelitian



PEMERINTAH KABUPATEN LUMAJANG
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
 Jalan : Arif Rahman Hakim No. 1 Telp./Fax. (0334) 881586 e-mail : kesbangpol@lumajang.go.id
LUMAJANG - 67313

SURAT PEMBERITAHUAN UNTUK MELAKUKAN PENELITIAN/SURVEY/KKN/PKL/KEGIATAN
 Nomor : 072/ 901 /427.75/2019

Dasar : 1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 7 Tahun 2014 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011 ;
 2. Peraturan Daerah Kabupaten Lumajang Nomor 20 Tahun 2007 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Lumajang.

Menimbang : Surat dari Koordinator Prodi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang Nomor:485/UN25.1.14.2/LT/2019 tanggal 10 April 2019, perihal izin Pengambilan Data atas nama FIDIATUR ROIFA.

Atas nama Bupati Lumajang, memberikan rekomendasi kepada :

1. Nama : FIDIATUR ROIFA
2. Alamat : Kabuaran Kunir Lumajang
3. Pekerjaan/Jabatan : Mahasiswa
4. Instansi/NIM : UNEJ Kampus Lumajang/162303101047
5. Kebangsaan : Indonesia

Untuk melakukan Penelitian/Survey/KKN/PKL/Kegiatan:

1. Judul Proposal : Asuhan Keperawatan Keluarga yang Anggota Keluarganya Menderita Pasca Stroke Hemoragik dengan Masalah Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotrunan Lumajang Tahun 2019.
2. Bidang Penelitian : Keperawatan
3. Penanggungjawab : Nurul Hayati, S.Kep.Ners.MM
4. Anggota/Peserta :
5. Waktu Penelitian : 22 April 2019 s/d 30 Juni 2019
6. Lokasi Penelitian : Dinas Kesehatan Kab. Lumajang, Puskesmas Rogotrunan Lumajang

Dengan ketentuan : 1. Berkewajiban menghormati dan mentaati peraturan dan tata tertib di daerah setempat/lokasi penelitian/survey/KKN/PKL/Kegiatan;
 2. Pelaksanaan penelitian/survey/KKN/PKL/Kegiatan agar tidak disalahgunakan untuk tujuan tertentu yang dapat mengganggu kestabilan keamanan dan ketertiban di daerah/lokasi setempat;
 3. Wajib melaporkan hasil penelitian/survey/KKN/PKL/Kegiatan dan sejenisnya kepada Bupati Lumajang melalui Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kab. Lumajang setelah melaksanakan penelitian/survey/KKN/PKL/Kegiatan;
 4. Surat Pemberitahuan ini akan dicabut dan dinyatakan tidak syah/tidak berlaku lagi apabila ternyata pemegang Surat Pemberitahuan ini tidak mematuhi ketentuan tersebut di atas.

Lumajang, 22 April 2019
 a.n KEPALA BADAN KESBANG DAN POLITIK
 KABUPATEN LUMAJANG
 Kepala Bidang HAL

 Drs. ABU HASAN
 Pembina
 NIP. 19620801 199303 1 001

Tembusan Yth :

1. Bupati Lumajang (sebagai laporan),
2. Sdr. Ka. Polres Lumajang,
3. Sdr. Ka. BAPPEDA Kab. Lumajang,
4. Sdr. Ka. Dinas Kesehatan Kab. Lumajang,
5. Sdr. Ka. PKM Rogotrunan Lumajang,
6. Sdr. Koord Prodi D3 Keperawatan UNEJ Kampus Lumajang,
7. Sdr. Yang Bersangkutan.

SATUAN ACARA PENYULUHAN

“Latihan Range Of Motion Pasif”

Di RUANG MELATI RSUD dr.HARYOTO LUMAJANG

Tahun 2019



Disusun oleh:

Fidiatur Roifa
162303101047

PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN

FAKULTAS KEPERAWATAN

UNIVERSITAS JEMBER

TAHUN 2019

SATUAN ACARA PENYULUHAN

Pokok Bahasan	: Latihan Range Of Motion Pasif
Sasaran	: Pasien dan Keluarga Pasien Pasca Stroke Hemoragik
Waktu	: 15 Menit
Tempat	: Rumah klien
Penyuluh	: Mahasiswa Prodi D3 Keperawatan Universitas Jember

A. ANALISA SITUASI

1. Sasaran/Peserta Penyuluhan
 - 1) Pasien dan keluarga pasien di Rumah pasien
 - 2) Jumlah peserta seluruh anggota pasien
 - 3) Peserta yang bersedia mengikuti penyuluhan
2. Penyuluh
 - 1) Mampu berkomunikasi dengan baik
 - 2) Mempunyai kemampuan ilmu tentang Latihan Range Of Motion pasif
3. Mampu membuat peserta penyuluh paham tentang Latihan Range Of Motion pasif
 - 1) Di Rumah pasien
 - 2) Penerangan, ventilasi, dan fasilitator cukup baik yang disertai suasana kondusif untuk terlaksananya kegiatan penyuluhan

B. TUJUAN INSTRUKTUSIONAL

1. Tujuan Instruktusional Umum

Setelah diberikan penyuluhan selama 20 menit, keluarga klien diharapkan mampu memahami dan melakukan teknik ROM Pasif yang tepat untuk anggota keluarga yang sakit
2. Tujuan Instruktusional Khusus

Setelah diberikan penyuluhan tentang ROM Pasif pada keluarga klien diharapkan keluarga mampu :

 1. Menjelaskan pengertian ROM Pasif.

2. Menyebutkan macam-macam gerakan ROM Pasif.
3. Menyebutkan Indikasi dan Kontraindikasi ROM Pasif

C. MATERI PENYULUHAN

1. Pengertian dari Latihan Rom
2. Pengertian ROM pasif
3. Macam-macam gerakan ROM pasif
4. Tujuan latihan ROM
5. Indikasi dan kontra indikasi ROM pasif

D. METODE

1. Ceramah
2. Diskusi

E. PENYULUH

Fidiatur Roifa

KEGIATAN PENYULUHAN

Kegiatan	Kegiatan Penyuluhan	Kegiatan Sasaran	Metode	Ceramah
Pembukaan	Pembukaan : 1. Memberi salam 2. Menjelaskan tujuan penyuluhan	a) menjawab salam b) Mendengarkan dan memperhatikan	Ceramah	2 menit
Penyajian Materi	Penyampaian materi : 1. menjelaskan pengertian latihan ROM 2. menjelaskan pengertian ROM pasif 3. menyebutkan macam-macam gerakan ROM pasif 4. menyebutkan tujuan latihan ROM pasif	Memperhatikan dan mengajukan pertanyaan	Ceramah	15 menit

	5. menyebutkan indikasi dan kontra indikasi ROM pasif			
Penutup	Memberikan pertanyaan dan membuat kesimpulan	Menjawab pertanyaan	Tanya jawab	5 menit

F. EVALUASI

1. Apakah pengertian dari Latihan Rom?
2. Apakah pengertian ROM pasif ?
3. Apakah macam-macam gerakan ROM pasif ?
4. Apakah tujuan latihan ROM?
5. Bagaimana indikasi dan kontra indikasi ROM pasif?

G. MATERI

1. Definisi

Range Of Motion (ROM) Latihan pergerakan sendi atau ROM (Range Of Motion) merupakan pergerakan maksimum yang mungkin dilakukan oleh sendi (Berman, 2009).

Range of motion adalah latihan gerakan sendi yang memungkinkan terjadinya kontraksi dan pergerakan otot, dimana klien menggerakkan masing-masing persendiannya sesuai gerakan normal baik secara aktif ataupun pasif. ROM baik pasif maupun aktif memberikan efek pada fungsi motorik pada anggota ekstremitas atas pada pasien pasca stroke (Chaidir, Ilma, 2014).

2. ROM Pasif

ROM Pasif yaitu gerakan otot klien yang dilakukan oleh orang lain dengan bantuan oleh klien (Sulistiawan & Husna, 2014). ROM Pasif yaitu energi yang dikeluarkan untuk latihan berasal dari orang lain (perawat) atau alat mekanik

3. Macam-macam gerakan ROM Pasif
 - a. Fleksi, yaitu berkurangnya sudut persendian.
 - b. Ekstensi, yaitu bertambahnya sudut persendian.
 - c. Hiperekstensi, yaitu ekstensi lebih lanjut.
 - d. Abduksi, yaitu gerakan menjauhi dari garis tengah tubuh.
 - e. Adduksi, yaitu gerakan mendekati garis tengah tubuh.
 - f. Rotasi, yaitu gerakan memutar pusat dari tulang.
 - g. Eversi, yaitu perputaran bagian telapak kaki ke bagian luar, bergerak membentuk sudut persendian.
 - h. Inversi, yaitu putaran bagian telapak kaki ke bagian dalam bergerak membentuk sudut persendian.
 - i. Pronasi, yaitu pergerakan telapak tangan dimana permukaan tangan bergerak ke bawah.
 - j. Supinasi, yaitu pergerakan telapak tangan dimana permukaan tangan bergerak ke atas.
 - k. Oposisi, yaitu gerakan menyentuhkan ibu jari ke setiap jari-jari tangan pada tangan yang sama.
4. Tujuan Latihan Rom
 - a. Mempertahankan atau memelihara kekuatan otot
 - b. Memelihara mobilitas persendian
 - c. Merangsang dan melancarkan peredaran darah
 - d. Mencegah kelainan bentuk, kekakuan sendi, dan atrofi otot
5. Indikasi dan Kontraindikasi ROM Pasif
 - a. Indikasi
 - 1) Stroke atau penurunan tingkat kesadaran
 - 2) Kelemahan otot
 - 3) Fase rehabilitasi fisik
 - 4) Klien dengan tirah baring lama
 - b. KontraIndikasi
 - 1) Trombus/emboli pada pembuluh darah
 - 2) Kelainan sendi atau tulang

3) Klien fase imobilisasi karena kasus penyakit (jantung)

DAFTAR PUSTAKA

Anurogo, D. (2014). 45 Penyakit dan Gangguan Saraf Deteksi Dini& Atasi 45 Penyakit dan Gangguan Saraf. Yogyakarta: Rapha Publishing.

Louis. 2013. *Stroke Esensial*. Jakarta : PT Indeks Permata Puri Media

Suddarth & Brunner. 2015. *Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta : EGC

Ina Musriyati, y. A. (2015). efektifitas antara range of motion hoogrip dan lateral prehension grip terhadap peningkatan luas gerak sendi jari tangan pada pasien stroke non hemoragik di RSUD tugurejo semarang. *jurnal ilmu keperawatan dan kebidanan*.

ra Kusumawaty, D. R. (2014). praktik kolaborasi antara perawat dan dokter di rumah sakit Muhammadiyah Palembang. *Prosiding Seminar Nasional*.

Latihan Range Of Motion Pasif



Oleh :
Fidiatur Roifa
162303101047

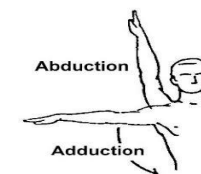
PROGRAM STUDI KEPERAWATAN UNEJ
FAKULTAS KEPERAWATA
UNIVERSITAS JEMBER
2019

Latihan ROM Pasif?

Range Of Motion (ROM) Latihan pergerakan sendi atau ROM (Range Of Motion) merupakan pergerakan maksimum yang mungkin dilakukan oleh sendi. ROM Pasif yaitu gerakan otot klien yang dilakukan oleh orang lain dengan bantuan oleh klien

1. Tujuan Latihan Rom
- e. Mempertahankan atau memelihara kekuatan otot
- f. Memelihara mobilitas persendian
- g. Merangsang dan melancarkan peredaran darah
- h. Mencegah kelainan bentuk, kekakuan sendi, dan atrofi otot

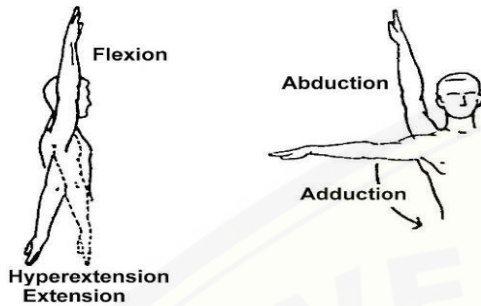
2. Indikasi dan Kontraindikasi ROM Pasif
 - a. Indikasi
 - 1) Stroke atau penurunan tingkat kesadaran
 - 2) Kelemahan otot
 - 3) Fase rehabilitasi fisik
 - 4) Klien dengan tirah baring lama
 - b. KontraIndikasi
 - 1) Trombus/emboli pada pembuluh darah
 - 2) Kelainan sendi atau tulang
 - 3) Klien fase imobilisasi karena kasus penyakit jantung



Lampiran 6

Prosedur Tindakan Latihan Range Of Motion

1) Terapi Latihan Range Of Motion Pada Ekstermitas Atas



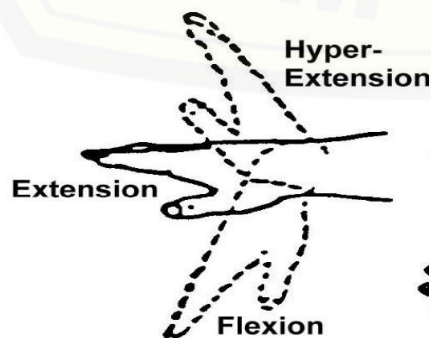
Gerakkan lengan abduksi adduksi (geser lengan menjauh menyamping dari badan, biarkan lengan berputar dan berbalik), fleksi-ekstensi (angkat lengan lurus melewati kepala pasien, istirahatkan lengan terlentang diatas kepala ditempat tidur).

b. Siku



Menggerakkan lengan bawah fleksi-ekstensi (tekuk lengan pasien sehingga lengan menyentuh bahu, luruskan lengan ke depan).

c. Pergelangan lengan



(Tekuk pergelangan tangan kedepan dan menggenggam, tekuk pergelangan tangan kebelakang dan tegakkan jari-jari, gerakkan pergelangan tangan kelateral).

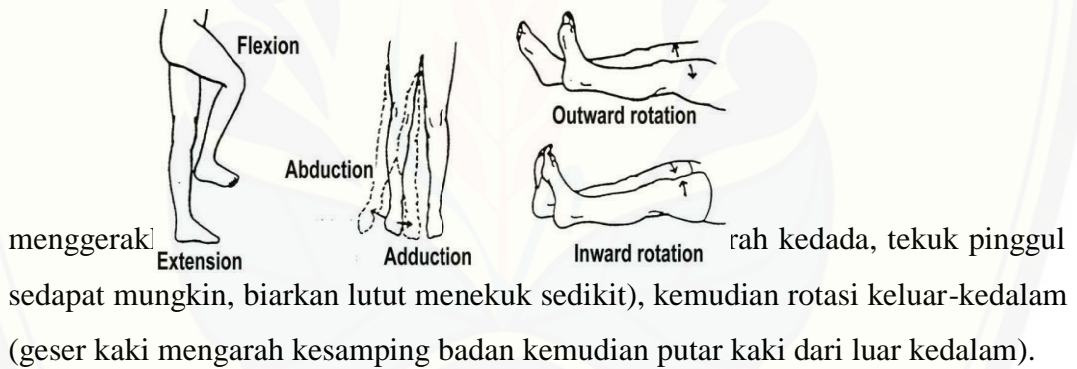
d. Kemudian jari-jari



Fleksi-ekstensi (menggenggam telapak tangan, tekuk semua jari sekali, luruskan semua jari sekali).

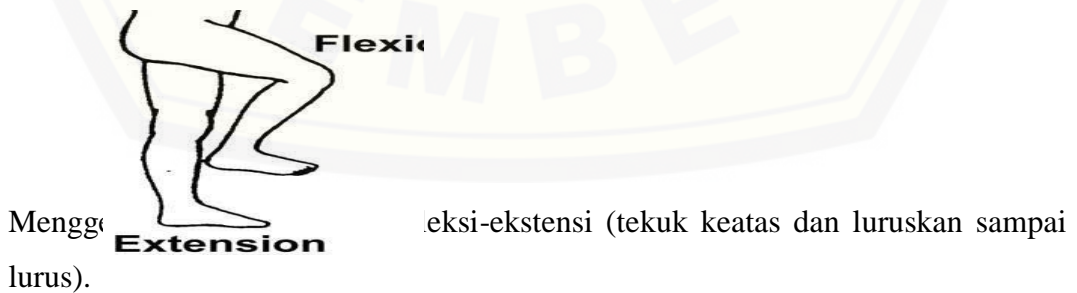
2) Melatih Range Of Motion pada ekstremitas bawah

a. Panggul



menggerakkan kearah kedada, tekuk pinggul sedapat mungkin, biarkan lutut menekuk sedikit), kemudian rotasi keluar-kedalam (geser kaki mengarah kesamping badan kemudian putar kaki dari luar kedalam).

b.Lutut



Menggerakkan kearah keatas dan kearah ke bawah, tekuk keatas dan luruskan sampai lurus).

c. jari kaki



Lampiran 7

Prosedur Tindakan Rangsangan Taktil adalah:

1) Waktu tindakan rangsangan taktil

Terapi inovasi rangsangan taktil dilakukan selama 30 menit dengan jarak 3 jam setiap tindakan.




2) Teknik tindakan rangsangan taktil

Untuk rangsangan taktil yang diberikan yaitu menggosok kulit daerah anggota gerak atas dengan sikat surgical brush. Karena sikat ini sangat sesuai untuk stimulasi, khusus untuk kulit sehingga sangat aman dan tidak akan menyebabkan cedera, dengan sikat yang lembut namun memberikan rangsangan dan implus yang baik.

3) Hasil yang didapatkan penelitian Susanto, dkk (2016)

Dari hasil penelitan dan bahasan dapat disimpulkan bahwa terdapat perbedaan yang sangat bermakna antara hasil akhir dan hasil awal tes ARA dan morticity index yang menunjukkan adanya peningkatan pemulihan motorik ekstermitas atas pada pasien pasca stroke setelah mendapat intervensi rangsangan taktil.

Lampiran 7 Logbook Tugas Akhir

FORMULIR		No. Dok. Berlaku Sejak Revisi :			
 <p>LOG BOOK PENYUSUNAN KARYA TULIS ILMIAH MAHASISWA</p>					
<p>LOG BOOK PENYUSUNAN KTI MAHASISWA D3 UNEJ KAMPUS LUMAJANG</p>					
<p>NAMA MAHASISWA : Fidiatur Roita (Fidi)</p>					
<p>NIM : 162303101047</p>					
<p>PROGRAM STUDI :</p>					
<p>JUDUL KARYA TULIS ILMIAH :</p>					
TAHAP PENULISAN KTI					
NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	10/ Juli - 2018	3 Asuhan keperawatan keluarga pada pasien stroke hemoragik dengan masalah perawatan hambatan mobilitas Fisik	4 Ade in Kurun, Uluw ~ Cari kasus ~ Perintis - Brian Ade	5 	6 
		ASUHAN keperawatan keluarga pada Pasien about Arthritis dengan masalah keperawatan ketidakpatuhan pola makan			

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3 Konsul bab I.	4 MKS ~ terphisa	5	6
2.					
3.	02/01-2019	Konsul bab I? Konsul bab I:	Ale. Condit Bab II		
4.	Forum at 25 Januari 2019	Konsul bab 2: tipe keluarga direvisi menam bahr & tugas menembate? Tahap perkenalan	Bab II Edit & Tambahan		
5.	29/11, 1	Konsul Revisi Bab 2	Bab II Pembuka Tk. dan Sumber		
6.	30/11, 19	Konsul Bab III dan III	selesai bab III		
7.	1/2, 19	Konsul bab II	Bab II ACC. Jad III edit		
8	06/2/19	Konsul Revisi Bab III	Bab III. siap aisy acc		

. MPT - Damur

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
9.	1/7 19	Konsul Bab IV	<ul style="list-style-type: none"> - Kuantitas penyakit Setengah per pasien 1 dan 2 harus ada ukuran terbukti dalam label 10 - diagnosis antara dua filen harus berbeda - 		
10	2/7 19	Konsul Revisi Bab IV	-		
11	3/7 19	Konsul Bab IV	- Perbaiki Pada saran yg keluarga juga		
12	4/7 19	Konsul Revisi Bab I	Revisi		
13.	5/7 19	IV-V	Acc-Stop si dug = Siyakan PPT - Kurangi M		
14.	17/7 19	Konsul Bab I			
15.	25/7.19		Acc		