



**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA Tn. S DAN Tn. J  
PASCA STROKE DENGAN MASALAH KEPERAWATAN  
HAMBATAN MOBILITAS FISIK DI WILAYAH KERJA  
PUSKESMAS ROGOTRUNAN  
KABUPATEN LUMAJANG  
TAHUN 2018**

**LAPORAN TUGAS AKHIR**

Oleh

**MUHAMMAD ROMIDONI  
NIM 152303101059**

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN  
FAKULTAS KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS JEMBER  
2018**



**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA Tn. S DAN Tn. J  
PASCA STROKE DENGAN MASALAH KEPERAWATAN  
HAMBATAN MOBILITAS FISIK DI WILAYAH KERJA  
PUSKESMAS ROGOTRUNAN  
KABUPATEN LUMAJANG  
TAHUN 2018**

**LAPORAN TUGAS AKHIR**

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

Oleh

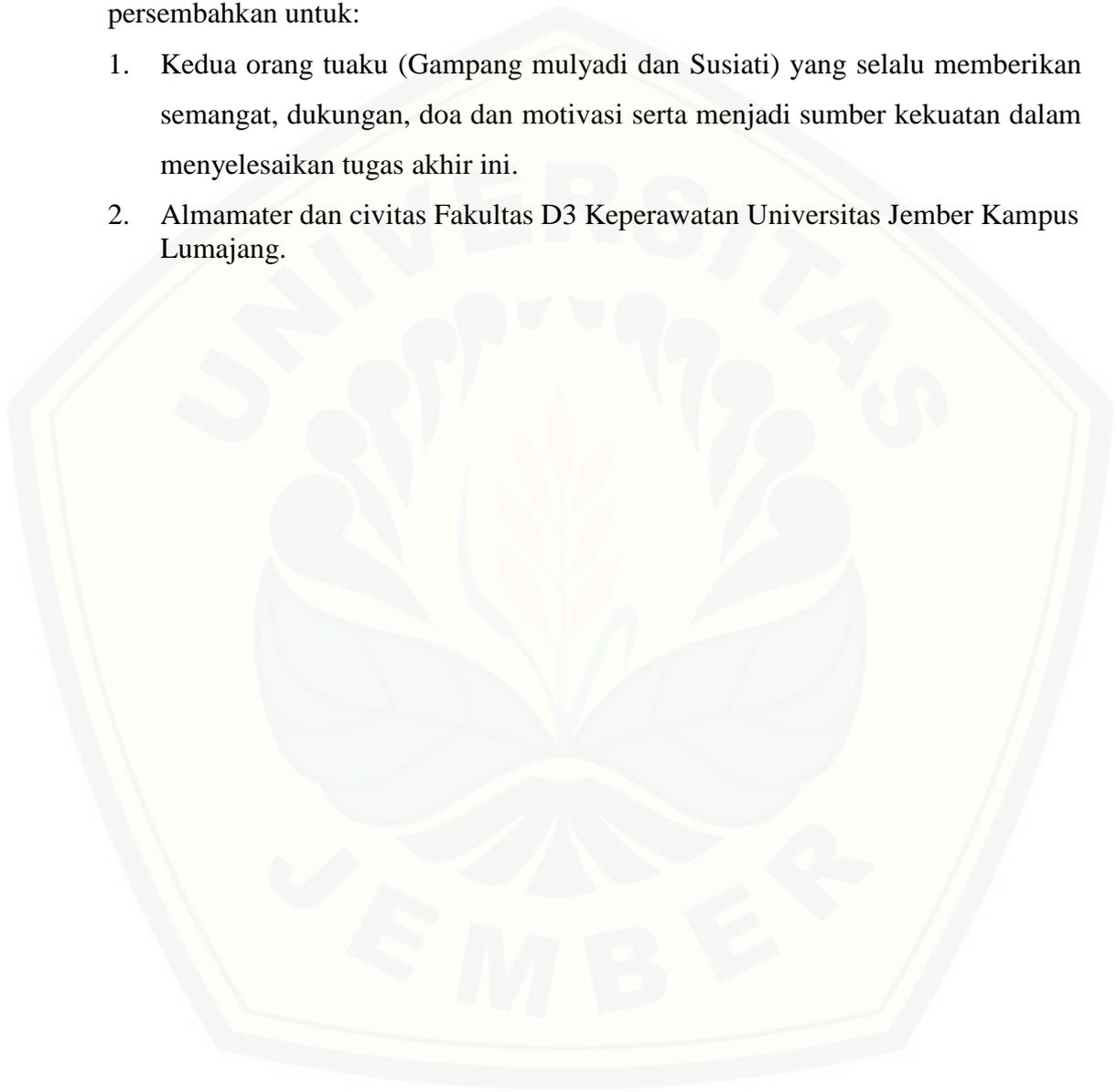
**MUHAMMAD ROMIDONI  
NIM 152303101059**

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN  
FAKULTAS KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS JEMBER  
2018**

## PERSEMBAHAN

Dengan mengucap syukur kehadiran Allah SWT, Karya Tulis ini saya persembahkan untuk:

1. Kedua orang tuaku (Gampang mulyadi dan Susiati) yang selalu memberikan semangat, dukungan, doa dan motivasi serta menjadi sumber kekuatan dalam menyelesaikan tugas akhir ini.
2. Almamater dan civitas Fakultas D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang.



**MOTO**

“ Karena sesungguhnya sesudah kesulitan itu ada kemudahan, sesungguhnya sesudah kesulitan itu ada kemudahan.”

(Terjemahan Q.S Al-Insyirah : 5-6)\*

“ Banyak kegagalan dalam hidup ini dikarenakan orang-orang tidak menyadari betapa dekatnya mereka dengan keberhasilan saat mereka menyerah.”

(Thomas Alva Edison)

---

\*Sahil, A. (2007). *Indeks Al-Quran: Panduan Mudah Mencari Ayat dan Kata dalam Al-Quran*. Bandung: PT Mizan Pustaka.

**PERNYATAAN**

Dengan ini saya, yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : MUHAMMAD ROMIDONI

NPM : 152303101059

Menyatakan bahwa karya tulis ilmiah saya berjudul “ Asuhan Keperawatan Keluarga Tn. S dan TN. J Pasca Stroke dengan Masalah Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik Di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotrungan Kabupaten Lumajang Tahun 2018” adalah 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, 02 Juli 2018  
Yang menyatakan,

MUHAMMAD ROMIDONI  
NIM 152303101059

**LAPORAN TUGAS AKHIR**

**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA Tn. S DAN Tn. J  
PASCA STROKE DENGAN MASALAH KEPERAWATAN  
HAMBATAN MOBILITAS FISIK DI WILAYAH KERJA  
PUSKESMAS ROGOTRUNAN  
KABUPATEN LUMAJANG  
TAHUN 2018**

Oleh

**MUHAMMAD ROMIDONI  
NPM : 152303101037**

Pembimbing:

Dwi Ochta P. S.KM

NRP 760017245

**PENGESAHAN**

Karya Tulis Ilmiah berjudul “ Asuhan Keperawatan Keluarga Tn. S dan TN. J Pasca Stroke dengan Masalah Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik Di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotrunan Kabupaten Lumajang Tahun 2018” karya MUHAMMAD ROMIDONI telah diuji dan disahkan pada:

Hari : Kamis

Tanggal : 5 Juli 2018

Tempat : Prodi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus  
Lumajang

Tim Penguji:

Ketua,

Dr. H. Suhari, A.Per.Pen, MM  
NIP 19630302 198603 1 023

Anggota I,

Anggota II,

Achlish Abdillah, S.ST, M.Kes  
NIP 19720323 200003 1 003

Dwi Ochta P. S.KM  
NRP 760017245

Mengesahkan,

Koordinator Prodi

D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang

Nurul Hayati, S.Kep., Ners., MM.  
NIP 19650629 198703 2 008

## RINGKASAN

**Asuhan Keperawatan Keluarga Tn. S Dan Tn. J Pasca Stroke Dengan Masalah Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik Di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotrunan Kabupaten Lumajang tahun 2018;** MUHAMMAD ROMIDONI, 152303101059; 2018; 125 halaman: Jurusan Program Studi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang.

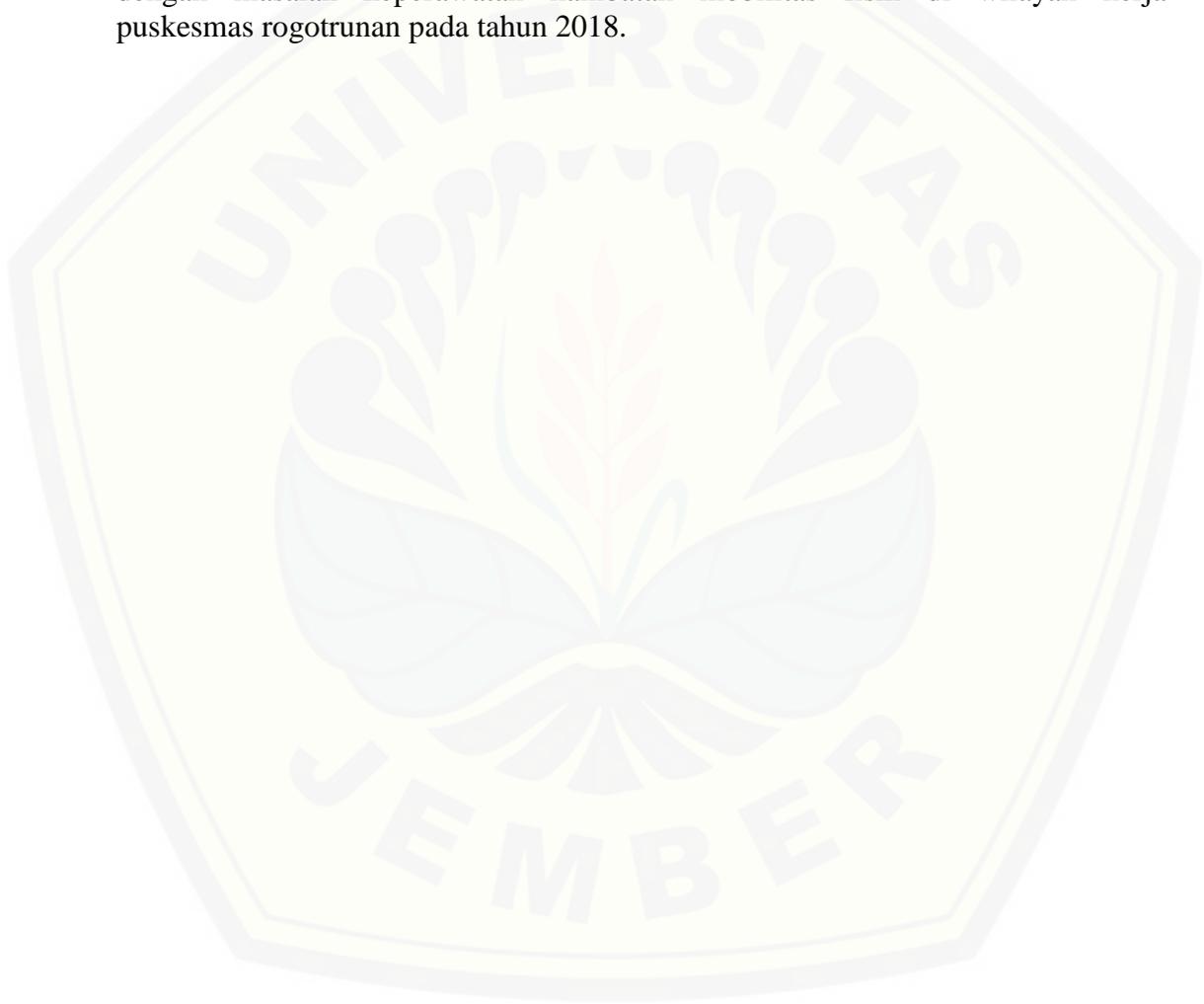
Stroke atau gangguan peredaran darah otak (GPDO) merupakan penyakit neurologis yang sering dijumpai dan harus ditangani secara dan tepat. Stroke merupakan kelainan fungsi otak yang timbul mendadak yang disebabkan karena terjadinya gangguan peredaran darah otak dan bisa terjadi pada siapa saja dan kapan saja Stroke merupakan penyebab kematian terbanyak selain penyakit jantung dan kanker. Selain itu stroke juga menjadi penyebab kecacatan terbanyak dari seluruh kelompok penyakit akibat penurunan produktivitas kerja atau sumber daya manusia yang pada akhirnya dapat menjadi beban sosial, baik keluarga maupun masyarakat. Menurut data Riset Kesehatan Dasar 2013, prevalensi stroke di Indonesia 12,1 per 1.000 penduduk. Angka itu naik dibandingkan Risesdas 2007 yang sebesar 8,3 persen. Stroke telah jadi penyebab kematian utama di hampir semua rumah sakit di Indonesia, yakni 14,5 persen Dari studi pendahuluan yang saya lakukan di Puskesmas Rogotrunan Kabupaten Lumajang terdapat 82 kasus stroke dari 72.886 penduduk pada tahun 2017. Dalam berbagai masalah diatas peran perawat keluarga diharapkan dapat memberikan asuhan keperawatan keluarga pasca stroke, dengan tujuan dapat memberikan penyuluhan kesehatan tentang hambatan mobilitas fisik pada keluarga pasca stroke, keluarga dapat membantu klien dalam menanggulangi masalah yang dihadapi, memandirikan klien dalam beraktivitas dan dapat dijadikan pedoman langkah selanjutnya dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada klien.

Peneliti dalam penulisan tugas akhir ini bertujuan untuk mengeksplorasi Asuhan Keperawatan Keluarga Tn. S dan Tn. J yang Mengalami pasca Stroke dengan Masalah Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik Di wilayah Kerja Puskesmas Rogotrunan Lumajang Tahun 2018 dengan Menggunakan 2 partisipan. Pengumpulan data dilakukan dengan melakukan asuhan keperawatan keluarga dengan wawancara, observasi, studi dokumentasi, dan pemeriksaan fisik.

Implementasi yang dilakukan pada kedua klien adalah Mengukur Tanda-tanda Vital, Melakukan pemeriksaan fisik secara head to toe, Mengkaji kepada keluarga tentang perawatan keluarga pasca stroke Hasil: keluarga Tn. S dan Tn. J tidak mampu merawat masalah kesehatan Tn. S dan Ny. M karena anggota keluarga belum paham tentang terapi ROM. Melakukan tindakan penyuluhan tentang Range Of Motion:

Dari hasil tersebut diharapkan keluarga Tn. S dan Tn. J dapat menerapkan tindakan yang diberikan pada penelitian ini dapat memberikan pengalaman dan menambah wawasan peneliti terutama tentang asuhan keperawatan keluarga dengan pasca stroke, serta dapat menerapkan standart asuhan keperawatan untuk mengembangkan praktik keperawatan dan pemecahan

masalah khususnya dalam bidang atau profesi keperawatan. Pada keluarga memberikan manfaat untuk lebih mengenal tentang pasca stroke, cara perawatan anggota keluarga yang pasca stroke, kemudian proses penerimaan keluarga terhadap anggota keluarga yang mengalami pasca stroke serta lebih berfokus pada intervensi edukatif dan terapeutik serta mengembangkan 5 tugas keluarga karena keluarga yang meneruskan tindakan keperawatan dirumah dan lebih banyak waktu bersama pasien dirumah sehingga dengan memberdayakan keluarga dapat melakukan tindakan keperawatan secara mandiri sesuai dengan yang di ajarkan oleh perawat keluarga dan sesuai dengan kondisi pasien. Dan pada puskesmas sebagai data tentang asuhan keperawatan keluarga yang mengalami pasca stroke dengan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik di wilayah kerja puskesmas rogotruman pada tahun 2018.



## SUMMARY

**Family Care Nursing for Post Stroke on Participant S And Participant J with Nursing Problem of Physical Mobility Impairments in Work Area of Puskesmas Rogotrunan Lumajang 2018;** MUHAMMAD ROMIDONI, 152303101059; 2018; 125 pages: Department of Nursing D3 Program University of Jember.

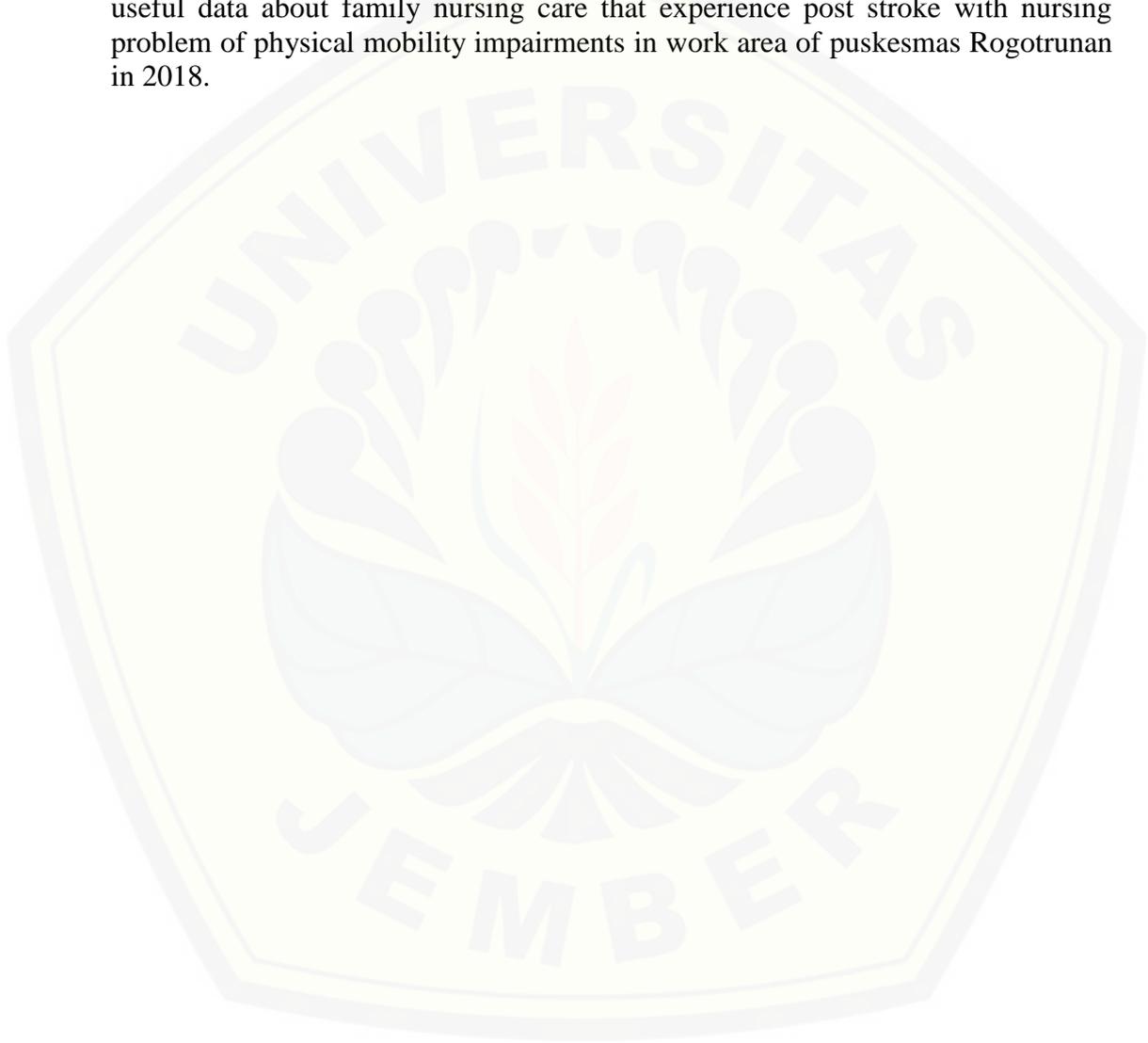
A stroke or cerebral circulatory disorder (CCD) is a common neurological disease and should be treated appropriately and properly. Stroke is a sudden brain disorders caused by cerebral blood circulation and can happen to anyone and anytime. Stroke is the leading cause of death along with heart disease and cancer. In addition, stroke is also the cause of most disability or impairments compared to other diseases due to decreased productivity or human resources that ultimately can be a social burden, for both family and community. According to the Basic Health Research data in 2013, the prevalence of stroke in Indonesia is 12.1 per 1000 population. That number has increased compared to Basic Health Research Data in 2007 which amounted to 8.3 percent. Stroke has become the main cause of death in almost all hospitals in Indonesia, ie 14.5 percent. According to my previous study at Puskesmas Rogotrunan Lumajang, there are 82 cases of stroke in 72,886 people in 2017. In various problems above, the role of family nursing is expected to provide post-stroke family nursing care, with the aim to provide health education about the physical mobility impairments to the family who has post-stroke patient, the family can assist patient to deal with the problem assisting patient to do activities independently and can be used as a next guide in implementing nursing care to patients.

The writing of this research aims to explore the Family Care Nursing for Post Stroke on Participant S And Participant J with Nursing Problem of Physical Mobility Impairments in Work Area of Puskesmas Rogotrunan Lumajang 2018 and took 2 participants. Data collection was done by conducting interviews, observation, documentation study, and physical examination.

The implementation performed on both patients is Measuring Vital Signs, Conducting head to toe physical assessment, Assessing family knowledge about post-stroke nursing care Outcomes: the families of Participant S and Participant J are unable to handle health problems of Patient S and Patient M, because family members do not understand about ROM therapy. Conducting counselling on Range Of Motion:

Based on the results, the families of Participant S and Participant J are expected to be able to apply the treatments given in this study, as well as it can provide the experiences and enhance the knowledge for the researchers especially about family nursing care with post-stroke, and can apply the standard of nursing care to develop nursing practice and problem solving, especially in nursing

profession. To the family, hopefully it can provide more knowledge about post-stroke, how to take a care for family members after the stroke, then the process of family acceptance to family members who experience post-stroke and put more attention to educative and therapeutic interventions and improving 5 family duties because families who will continue the nursing home and have more time with the patient. Thus, by empowering families, patients can perform nursing actions independently in accordance with what is taught by the family nurse and in accordance with the condition of the patient. And for puskesmas, it might be useful data about family nursing care that experience post stroke with nursing problem of physical mobility impairments in work area of puskesmas Rogotrunan in 2018.



## PRAKATA

Puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat, dan hidayah-Nya kepada penulis sehingga karya tulis ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Keluarga Tn. S dan TN. J Pasca Stroke dengan Masalah Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik Di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotruran Kabupaten Lumajang Tahun 2018” ini dapat terselesaikan dengan baik.

Adapun ucapan terimakasih, penulis sampaikan kepada:

1. Drs. Moh. Hasan, M.Sc., Ph.D., selaku Rektor Universitas Jember
2. Ns. Lantin Sulistyorini, S. Kep., M. Kes., selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Jember
3. Ibu Nurul Hayati, S.Kep., Ners., MM selaku Koordinator Program Studi D3 Keperawatan Universitas Jember yang memberikan dukungan dalam terselesaikannya Laporan Tugas Akhir ini.
4. Ibu Dwi Ochta P. S.KM selaku pembimbing yang telah memberikan bimbingan dan arahan kepada peneliti.
5. Dr. H. Suhari, A.Per.Pen, MM dan bapak Achlish Abdillah, S.ST, M.Kes selaku penguji yang telah memberikan masukan untuk perbaikan Laporan Tugas Akhir.
6. Ayah, ibu, Kaka, teman-teman seangkatan Mahasiswa D3 keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang dan semua yang telah mendukung dan memberikan bantuan.

Penulis menyadari dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir ini masih jauh dari sempurna, untuk itu penulis sangat mengharapkan saran dan kritik yang sifatnya membangun demi perbaikan di masa mendatang.

Lumajang, 02 Juli 2018

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
<b>HALAMAN JUDUL LAPORAN TUGAS AKHIR .....</b>	i
<b>HALAMAN SAMPUL LAPORAN TUGAS AKHIR .....</b>	ii
<b>PERSEMBAHAN .....</b>	iii
<b>MOTO .....</b>	iv
<b>PERNYATAAN .....</b>	v
<b>HALAMAN PEMBIMBINGAN .....</b>	vi
<b>HALAMAN PENGESAHAN .....</b>	vii
<b>RINGKASAN .....</b>	viii
<b>SUMMARY .....</b>	x
<b>PRAKATA .....</b>	xii
<b>DAFTAR ISI .....</b>	xiii
<b>DAFTAR TABEL .....</b>	xv
<b>DAFTAR GAMBAR .....</b>	xvi
<b>DAFTAR LAMPIRAN .....</b>	xvii
<b>BAB 1 : PENDAHULUAN .....</b>	1
<b>1.1 Latar Belakang .....</b>	1
<b>1.2 Rumusan Masalah .....</b>	5
<b>1.3 Tujuan Penulisan .....</b>	5
<b>1.4 Manfaat Penulisan .....</b>	5
<b>BAB 2 : TINJAUAN PUSTAKA .....</b>	7
<b>2.1 Konsep Stroke .....</b>	7
2.1.1 Pengertian Stroke .....	7
2.1.2 Penyebab .....	7
2.1.3 Patofisiologi .....	8
2.1.4 Penatalaksana Medis Pada Klien Pasca StrokeNon Pembedahan.....	11
2.1.5 Pembedahan.....	11
2.1.6 Faktor resiko stroke .....	11
2.1.7 Manifestasi Klinis .....	12
2.1.8 Temuan Pemeriksaan Fisik Klien Pasca Stroke .....	13
2.1.9 Pemeriksaan Reflek Fisiologis dan Patologis .....	14
2.1.10Perawatan di rumah klien pasca stroke.....	18
<b>2.2 Konsep Keluarga.....</b>	21
2.2.1 Definisi keluarga .....	21
2.2.2 Ciri-ciri keluarga.....	22
2.2.3 Tipe keluarga .....	22
2.2.4 Struktur keluarga.....	23
2.2.5 Fungsi pokok keluarga.....	24
2.2.6 Tugas keluarga di bidang kesehatan.....	25

2.2.7 Peran keluarga.....	25
2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga Stroke dengan Masalah Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik .....	26
2.3.1 Pengertian Asuhan Keperawatan Keluarga.....	26
2.3.2 Tahap Asuhan Keperawatan Keluarga .....	27
2.3.3 Pengkajian Asuhan Keperawatan Keluarga.....	28
2.3.4 Asuhan Keperawatan Keluarga dengan Pasca Stroke ....	29
2.3.5 Diagnosa Keperawatan .....	38
2.3.6 Intervensi Keperawatan .....	38
2.3.7 Implementasi Asuhan Keperawatan Keluarga .....	40
2.3.8 Evaluasi Asuhan Keperawatan Keluarga .....	40
<b>BAB 3 : METODE PENELITIAN</b> .....	41
3.1 Desain Penulisan .....	41
3.2 Batasan Istilah.....	41
3.3 Partisipan Dalam Penyusunan Studi Kasus .....	42
3.4 Lokasi dan Waktu .....	42
3.5 Pengumpulan Data .....	43
3.6 Uji Keabsahan Data .....	43
3.7 Analisa Data.....	43
3.8 Etika Penulisan.....	44
<b>BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN</b> .....	46
4.1 Gambaran Lokasi Penulisan .....	46
4.2 Pengkajian.....	47
4.3 Diagnosa Keperawatan .....	78
4.4 Intervensi Keperawatan .....	80
4.5 Implementasi dan Evaluasi .....	82
<b>BAB 5 PENUTUP</b> .....	96
5.1 Kesimpulan .....	96
5.1.1 Pengkajian .....	96
5.1.2 Diagnosa Keperawatan.....	96
5.1.3 Intervensi Keperawatan.....	97
5.1.4 Implementasi Keperawatan .....	97
5.1.5 Evaluasi Keperawatan .....	97
5.2 Saran .....	98
<b>DAFTAR PUSTAKA</b> .....	100

**DAFTAR TABEL**

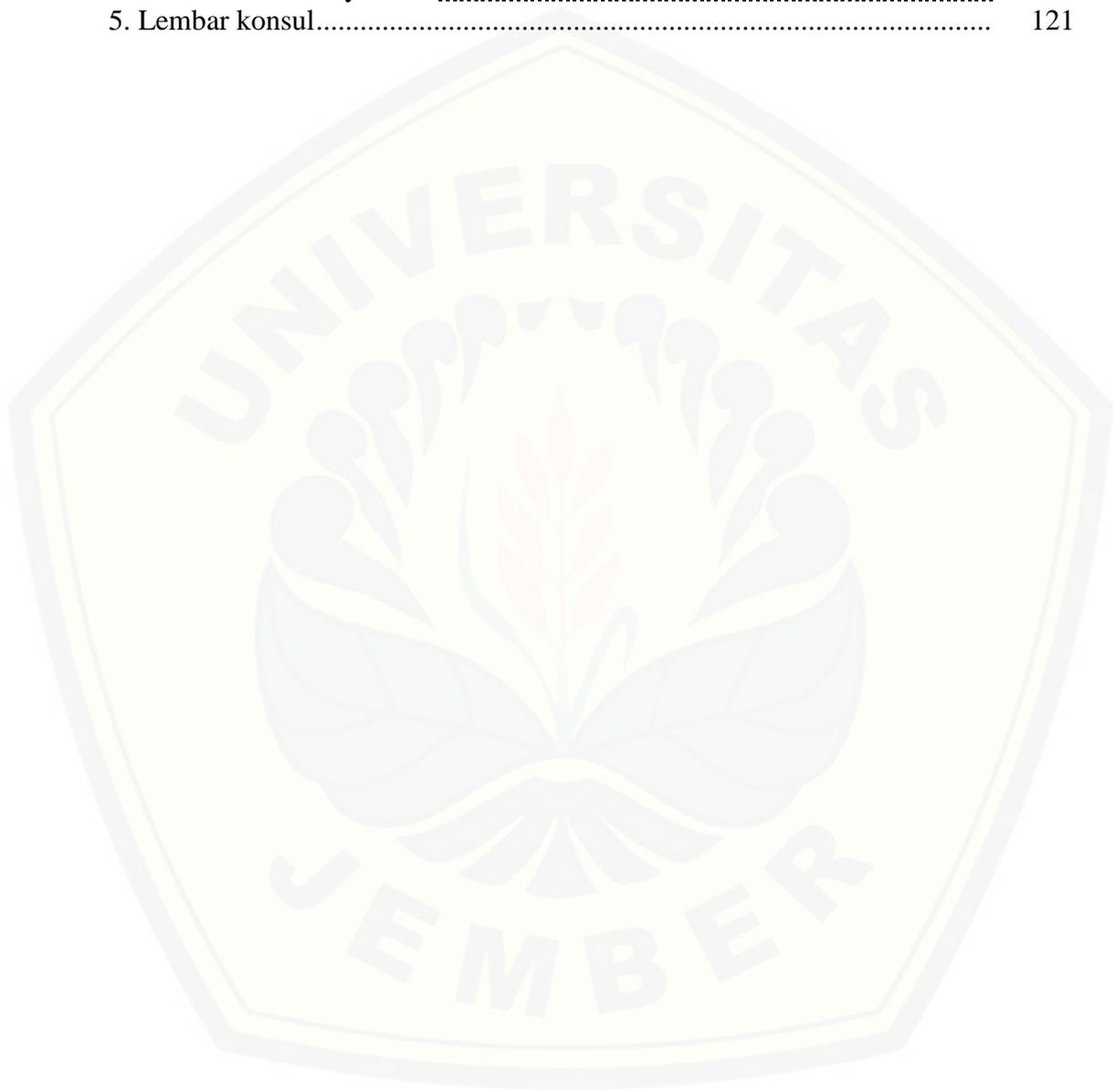
	Halaman
2.1 Intervensi keperawatan .....	39
4.1 Identitas Kepala Keluarga .....	47
4.2 Komposisi Keluarga .....	47
4.3 Tipe Keluarga .....	50
4.4 Suku Bangsa .....	51
4.5 Agama dan Kepercayaan yang Mempengaruhi Kesehatan .....	52
4.6 Status Sosial Ekonomi Keluarga .....	53
4.7 Aktivitas Rekreasi .....	54
4.8 Riwayat dan Tahap Perkembangan Keluarga .....	55
4.9 Riwayat Kesehatan Masing-masing Keluarga .....	56
4.10 Pengkajian lingkungan .....	57
4.11 Struktur Keluarga .....	59
4.12 Fungsi Keluarga .....	60
4.13 Stres dan Koping Keluarga .....	63
4.14 Keadaan Gizi Keluarga .....	64
4.15 Pemeriksaan Fisik Klien .....	65
4.16 Harapan Keluarga .....	68
4.17 Pemeriksaan Fisik Keluarga .....	69
4.18 Analisa Data Klien pertama .....	72
4.19 Analisa Data Klien kedua .....	73
4.20 Batasan karakteristik .....	74
4.21 Scoring Keluarga 1 diagnosa pertama .....	75
4.22 Scoring Keluarga 1 diagnosa kedua .....	76
4.23 Scoring Keluarga 2 Diagnosa pertama .....	77
4.24 Scoring Keluarga 2 Diagnosa kedua .....	78
4.25 Intervensi Pasien 1 dan pasien 2 .....	80
4.26 Implementasi dan Evaluasi (Pasien 1) .....	82
4.27 Implementasi dan Evaluasi (Pasien 1) .....	84
4.28 Implementasi dan Evaluasi (Pasien 1) .....	85
4.29 Implementasi dan Evaluasi (Pasien 2) .....	86
4.30 Implementasi dan Evaluasi (Pasien 2) .....	88
4.31 Implementasi dan Evaluasi (Pasien 2) .....	89
4.32 Evaluasi (klien 1) .....	90
4.33 Evaluasi (klien 2) .....	92

**DAFTAR GAMBAR**

	Halaman
2.1 Patway .....	10
2.2 Pemeriksaan reflek tendon bisept.....	14
2.3 Pemeriksaan reflek patela posisi duduk .....	15
2.4 Pemeriksaan reflek patela posisi tidur.....	15
2.5 pemeriksaan babinski.....	16
2.6 Pemeriksaan chaddock .....	16
2.7 Pemeriksaan oppenheim.....	17
2.8 Pemeriksaan schaaeffeffer .....	17
2.9 Pemeriksaan gonda.....	18
4.1 Genogram Keluarga 1 dan Keluarga 2 .....	59
4.2 Denah Rumah klien 1 dan klien 2.....	58

**DAFTAR LAMPIRAN**

1. Jadwal Penyelenggaraan KTI .....	102
2. <i>Informed consent</i> .....	104
3. Surat Ijin Pengambilan Pasien .....	106
4. Satuan Acara Penyuluhan .....	108
5. Lembar konsul.....	121



## BAB 1. PENDAHULUAN

Pada bab 1 ini penulis akan memaparkan mengenai latar belakang, rumusan masalah, tujuan, dan manfaat penulisan Laporan Tugas Akhir dengan judul ” Asuhan keperawatan keluarga Tn. S dan Tn. J paca stroke dengan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik di wilayah kerja puskesmas Rogotruran Kabupaten Lumajang 2018

### 1.1 Latar Belakang

Stroke atau gangguan peredaran darah otak (GPDO) merupakan penyakit neurologis yang sering dijumpai dan harus ditangani secara dan tepat. Stroke merupakan kelainan fungsi otak yang timbul mendadak yang disebabkan karena terjadinya gangguan peredaran darah otak dan bisa terjadi pada siapa saja dan kapan saja (muttaqin, 2012). Stroke merupakan penyebab kematian terbanyak selain penyakit jantung dan kanker. Selain itu stroke juga menjadi penyebab kecacatan terbanyak dari seluruh kelompok panyakit akibat penurunan produktivitas kerja atau sumber daya manusia yang pada akhirnya dapat menjadi beban sosial, baik keluarga maupun masyarakat (Junaidi, 2006).

Stroke merupakan serebrovaskular yang banyak ditemukan tidak hanya pada negara-negara maju tapi juga pada negara-negara berkembang. Menurut janssen (2010), stroke merupakan penyabab utama kecacatan di negara-negara barat. Di Belanda, stroke menduduki peringkat ketiga sebagai penyebab. Berdasarkan data WHO, setiap tahunnya terdapat 15 juta orang di seluruh menderita stroke. Diantaranya ditemukan jumlah kematian sebanyak 5 juta orang dan 5 juta orang lainnya mengalami kecacatan yang permanen. Penyakit stroke telah menjadi masalah kesehatn yang menjadi penyebab utama kecacatan pada usia dewasa dan merupakan salah satu penyebab terbanyak di dunia

Berdasarkan data NHCS (National Center of Health Statistics) stroke menduduki urutan ketiga penyebab kematian di Amerika setelah penyakit jantung dan kanker. Tahun 2008, sekitar 795.000 orang di Amerika Serikat mengalami stroke setiap tahunnya. Dengan 610.000 orang mendapat serangan stroke pertama

kalinya dan 185.000 orang dengan serangan stroke berulang. Setiap 3 menit didapati seseorang yang meninggal akibat stroke di Amerika Serikat. Stroke menduduki peringkat utama penyebab kecacatan di Inggris (WHO, 2010)

Stroke menduduki urutan ketiga sebagai penyebab utama kematian setelah penyakit jantung koroner dan kanker di negara-negara berkembang. Negara berkembang juga menyumbang 85,5% dari total kematian akibat stroke di seluruh dunia. Dua pertiga penderita stroke terjadi di negara-negara yang sedang berkembang. Terdapat sekitar 13 juta korban

Stroke baru setiap tahun, dimana penderita stroke didunia sebanyak 17 M, 6,5 M mengalami kematian dari serangan stroke dan 26 M selamat dari seranagn stroke (Organization world Stroke, 2017). Di Indonesia, prevelensi stroke mencapai angka 8,3 per 1.000 penduduk. Daerah yang memiliki stroke tertinggi adalah Nanggroe Aceh Darussalam (16,6 per 1.000 penduduk) dan yang terendah adalah Papua (3,8 per 1000 penduduk). Penelitian menunjukkan stroke menyerang pria 30% lebih tinggi daripada wanita. Pada stroke ini memungkinkan sekali adanya masalah kesehatan diantaranya: gangguan perfusi jaringan serebral, kerusakan mobilitas fisik, defisit perawatan diri dan gangguan pemenuhan nutrisi

Menurut data Riset Kesehatan Dasar 2013, prevalensi stroke di Indonesia 12,1 per 1.000 penduduk. Angka itu naik dibandingkan Riskesdas 2007 yang sebesar 8,3 persen. Stroke telah jadi penyebab kematian utama di hampir semua rumah sakit di Indonesia, yakni 14,5 persen. Dilihat dari karakteristiknya, stroke banyak dialami orang lanjut usia, berpendidikan rendah, dan tinggal di perkotaan. Perubahan gaya hidup; pola makan terlalu banyak gula, garam, dan lemak; serta kurang beraktivitas adalah faktor risiko stroke. Prevalensi Stroke berdasarkan diagnosis nakes tertinggi di Sulawesi Utara (10,8%), diikuti DI Yogyakarta (10,3%), sedangkan Jawa timur (9,1%), (%). Dari studi pendahuluan yang saya lakukan di Puskesmas Rogotruman Kabupaten Lumajang terdapat 82 kasus stroke dari 72.886 penduduk pada tahun 2017.

Melihat fenomena di atas, stroke merupakan penyakit yang menjadi momok bagi manusia. Selain itu, stroke menyerang tiba-tiba. Orang yang menderita stroke sering tidak menyadari bahwa dia terkena stroke. Tiba-tiba saja, penderita merasakan dan mengalami kelainan seperti lumpuh pada bagian sisi

tubuhnya, bicara pelo, pandangan kabur dan lain sebagainya tergantung bagian otak mana yang terkena. Oleh karena itu penting bagi kita perawat bagian dari tenaga medis untuk mempelajari tentang patofisiologi, mekanisme, manifestasi klinis, prosedur diagnostik dan asuhan keperawatan yang harus di berikan pada pasien stroke.

Infark serebral adalah berkurangnya suplai darah ke area tertentu di otak. Luas infark bergantung pada faktor-faktor lokasi dan besarnya pembuluh dan adekuatnya sirkulasi koleteral terhadap area suplai oleh pembuluh darah yang tersumbat. Suplai darah pada otak dapat berubah semakin ( lambat atau cepat) pada gangguan lokal (trombus, emboli, pendarahan, spasme vaskular) atau karena gangguan umum hipoksia karena gangguan paru dan jantung. Ateroklorosis sering disebut sebagai faktor penyebab infark pada otak. Trombus dapat berasal dari plak aterosklerotik, atau darah dapat membeku pada area stenosis, tempat yang menjadi aliran darah mengalami perlambatan atau terjadi turbulensi.

Trombus dapat pecah dari dinding pembuluh darah terbawa sebagai emboli dalam aliran darah. Trombus tersebut mengakibatkan iskemia jaringan otak dan di suplai oleh pembuluh darah yang bersangkutan dan edema dan kognestasi di sekitar area. Area edema ini menyebabkan disfungsi yang lebih besar daripada infark itu sendiri. Edema dapat berkurang dalam beberapa jam atau beberapa hari. Dengan berkurangnya edema pada klien mulai menunjukkan adanya perbaikan. Oleh karena trombosis biasanya tidak fatal jika tidak terjadi pendarahan masif. Okulasi pada pembuluh darah serebral oleh embolus mengakibatkan edema dan nekrosis diikuti trombosis. Apabila terjadi septik infeksi akan meluas pada dinding darah akan terjadi abses atau ensefalitis, atau apabila infeksi ada pada pembuluh darah yang tersumbat menyebabkan dilatasi aneurisma pembuluh darah hal ini akan menjadi penyebab pendarahan serebral, jika aneurisma pecah atau nuptur.

Jika sirkulasi serebral tersumbat, dapat berkembang anoksia serebral. Perubahan yang disebabkan anoksia serebral dapat reversible untuk waktu 4-6 menit. Perubahan irreversible jika anoksia lebih dari 10 menit. Anoksia serebral dapat terjadi oleh karena gangguan yang bervariasi oleh salah satunya bunyi jantung. Selain parenkim otak, akibat volume perdarahan yang relatif banyak

akan mengakibatkan peningkatan intrakranial dan penurunan tekanan perfusi otak serta gangguan drainase otak. Elemen-elemen vasoaktif darah yang keluar dan kaskade iskemik akibat menurunnya tekanan perfusi, menyebabkan saraf di area yang terkena darah dan sekitarnya tertekan lagi.

Serangan penyakit stroke juga dapat dicegah sedini mungkin dengan menurunkan tekanan darah ke tingkat normal, mencegah pengumpulan darah yang dapat menyebabkan terjadinya penyumbatan pembuluh darah otak, mencegah pecahnya pembuluh darah dengan cara memperlancar sirkulasi darah dan memperbaiki elastisitas pembuluh darah dengan banyak mengonsumsi (buah, sayuran hijau) menghindari konsumsi yang banyak mengandung kolesterol, mengurangi konsumsi yang telah diawetkan, menghindari gangguan stres yang berkepanjangan, menghindari rokok dan alkohol, mengurangi kegemukan, mengupayakan selalu berpikir positif. Pasca serangan stroke dapat menyebabkan gejala sisa berupa kelemahan ekstermitas, perubahan cara berjalan, keterbatasan rentang gerak, melambatnya pergerakan dari gejala sisa serangan pasca stroke itu akan menyebabkan masalah baru yakni hambatan mobilitas fisik pada penderita pasca stroke.

Dalam pemberian perawatan keluarga pengambilan keputusan tetap pada keluarga. Perawat hanya membantu keluarga dalam mendapatkan keterangan dan pandangan yang realistis terhadap masalah keunggulan dan kelemahan tiap tindakan yang dihadapi. Sehingga semua penentuan kebijakan dan keputusan adalah hak, kewajiban dan tanggung jawab keluarga, dimana perawat hanya memfasilitasinya. Peran klien dan keluarga lebih difokuskan untuk menjalankan lima tugas keluarga tersebut adalah mengenal masalah kesehatan, membuat keputusan tindakan kesehatan yang tepat, memberi perawatan kepada anggota keluarga yang sakit, mempertahankan atau menciptakan suasana rumah yang sehat, mempertahankan hubungan dengan menggunakan fasilitas kesehatan masyarakat (Friedman, 2010). Dampak dari hambatan mobilitas fisik memengaruhi sistem tubuh seperti, perubahan sistem muskuloskeletal, perubahan kulit.

Dalam berbagai masalah di atas peran perawat keluarga diharapkan dapat memberikan asuhan keperawatan keluarga pasca stroke, dengan tujuan dapat

memberikan penyuluhan kesehatan tentang hambatan mobilitas fisik pada keluarga pasca stroke, keluarga dapat membantu klien dalam menanggulangi masalah yang dihadapi, memandirikan klien dan keluarga dalam beraktivitas dan dapat dijadikan pedoman langkah selanjutnya dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada klien pasca stroke.

## **1.2 Rumusan Masalah**

“Bagaimana pelaksanaan asuhan keperawatan keluarga Tn. S dan Tn. J paca stroke dengan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik di wilayah kerja puskesmas Rogotruman Kabupaten Lumajang 2018?”

## **1.3 Tujuan**

Melaksanakan asuhan keperawatan keluarga Tn. S dan Tn. J pasca stroke dengan maslah keperawatan hambatan mobilitas fisik di Rogotruman Kabupaten Lumajang.

## **1.4 Manfaat Penulisan**

### **1.4.1. Bagi penulis**

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

### **1.4.2. 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 stroke.

### **1.4.3. Manfaat bagi keluarga**

Keluarga bisa memahami tentang penyakit pasca stroke sehingga keluarga mampu memaksimalkan perannya dan fungsinya sehingga dapat terwujud keluarga yang sehat.

### **1.4.4. Manfaat 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 sehingga dapat meningkatkan kualitas pendidikan.

#### 1.4.5 Manfaat bagi perawat keluarga

Dapat digunakan sebagai data dan sumber sebagai perbandingan untuk kedepannya.



## BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

Pada Bab ini akan diuraikan mengenai konsep dasar stroke, konsep keluarga serta asuhan keperawatan keluarga.

### 2.1. Konsep Stroke

#### 2.1.1 Pengertian Stroke

Stroke atau gangguan peredaran darah otak (GPDO) merupakan penyakit neurologis yang sering dijumpai dan harus di tangani secara dan tepat. Stroke merupakan kelainan fungsi otak yang timbul mendadak yang disebabkan karena terjadinya gangguan peredaran darah otak dan bisa terjadi pada siapa saja dan kapan saja. Menurut WHO stroke adalah adanya tanda-tanda klinik yang berkembang cepat akibat ganggua fungsi otak fokal (global) dengan gejala-gejala yang berlangsung 24 jam atau lebih yang menyebabkan kematian tanpa adanya penyebab lain yang jelas selain vaskular. Stroke merupakan penyakit yang paling sering menyebabkan cacat berupa kelumpuhan anggota gerak, gangguan bicara, proses berpikir daya ingat, dan bentuk-bentuk kecacatan yang lain sebagai akibat gangguan fungsi otak (muttaqin, 2012)

#### 2.1.2 Penyebab

##### a. Trombosis Serebral

Trombosis serebral ini terjadi pada pembuluh darah yang mengalami oklusi sehingga menyebabkan iskemi jaringan otak yang dapat menimbulkan oedema dan kongesti di sekitarnya. Trombosis biasanya terjadi pada orang tua yang sedang tidur atau bangun tidur. Hal ini dapat terjadi karena penurunan aktivasi simpatis dan penurunan tekanan darah yang dapat menyebabkan iskemi serebral. Tanda dan gejala neurologis sering kali memburuk pada 48 jam setelah trombosis.

Beberapa keadaan di bawah ini dapat menyebabkan trombosis otak.

- 1) Ateroklerosis
- 2) Hiperkoagulasi
- 3) Arteritis (radang pada arteri)

- b. Emboli
- c. Hemoragi

Perdarahan intrakranial atau intraserebral termasuk perdarahan dalam ruang subaraknoid atau kedalam jaringan otak sendiri. Perdarahan ini dapat terjadi karena aterosklerosis dan hipertensi. Akibat pecahnya pembuluh darah otak menyebabkan perembesan darah kedalam parenkim otak yang dapat mengakibatkan penekana, pergeseran, dan pemisahan jaringan otak yang berdekatan, sehingga otak akan membengkak, jaringan otak tertekan, sehingga terjadi infark otak, edema, dan mungkin berniasi otak.

1) Hipoksia umum

Beberapa penyebab yang berhubungan dengan hipoksia umum adalah :

- a) Hipertensi yang parah
- b) Henti jantung paru
- c) Curah jantung turun (muttaqin, 2012)

### 2.1.3 Patofisiologi

Infark serebral adalah berkurangnya suplai darah ke area tertentu di otak. Luas infark bergantung pada faktor-faktor lokasi dan besarnya pembuluh dan adekuatnya sirkulasi koleteral terhadap area suplai oleh pembuluh darah yang tersumbat. Suplai darah pada otak dapat berubah semakin ( lambat atau cepat) pada gangguan lokal (trombus, emboli, pendarahan, spasme vaskular) atau karena gangguan umum hipoksia karena gangguan paru dan jantung. Aterosklerosis sering disebut sebagai faktor penyebab infark pada otak. Trombus dapat berasal dari plak aterosklerotik, atau darah dapat membeku pada area stenosis, tempat yang menjadi aliran darah mengalami perlambatan atau terjadi turbulensi.

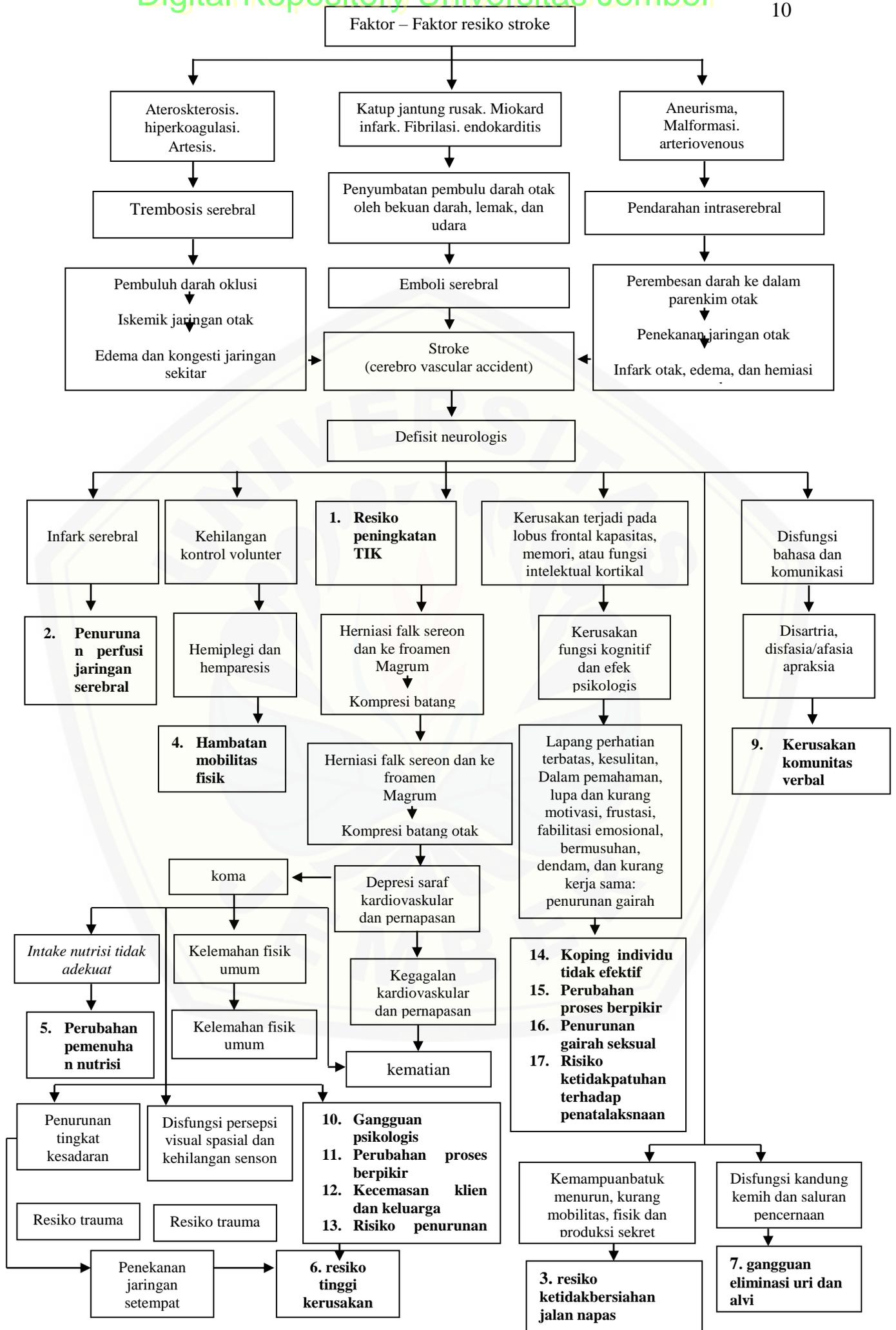
Trombus dapat pecah dari dinding pembuluh darah terbawa sebagai emboli dalam aliran darah. Trombus tersebut mengakibatkan iskemia jaringan otak dan di suplai oleh pembuluh darah yang bersangkutan dan edema dan kognestasi di sekitar area. Area edema ini menyebabkan disfungsi yang lebih besar daripada infark itu sendiri. Edema dapat berkurang dalam beberapa jam atau beberapa hari. Dengan berkurangnya edema pada klien mulai menunjukkan adanya perbaikan. Oleh

karena trombosis biasanya tidak fatal jika tidak terjadi pendarahan masif. Okulasi pada pembuluh darah serebral oleh embolus mengakibatkan edema dan nekrosis diikuti trombosis. Apabila terjadi septik infeksi akan meluas pada dinding darah akan terjadi abses atau ensefalitis, atau apabila sis infeksi ada pada pembuluh darah yang tersumbat menyebabkan dilatasi aneurisma pembuluh darah hal ini akan menjadi penyebab pendarahan serebral, jika aneurisma pecah atau nuptur.

Jika seirkulasi serebral tersumbat, dapat berkembang anoksia serebral. Perubahan yang disebabkan anoksia serebral dapat terversible untuk waktu 4-6 menit. Perubahan inverisible jika anoksia lebih dari 10 menit. Anoksia serebral dapat terjadi oleh karena gangguan yang bervariasi oleh salah satunya bunyi jantung. Selain parenkim otak, akibat volume perdarahan yang relatif banyak akan mengakibatkan peningkatan intrakranial dan penurunan tekanan perfusi otak serta gangguan drainase otak. Elemen-elemen vasoaktif darah yang keluar dan kaskade iskemik akibat menurunnya tekanan perfusi, menyebabkan saraf di area yang terkena darah dan sekitarnya tertekan lagi.

Jumlah darah yang keluar menentukan prognosis. Jika volume darah lebih dar 60 cc maka risiko kematian sebesar 93% pada perdarahan dalam dan 71% pada peradranan lobar. Sedangkan jika terjadi perdarahan serebelar dengan volume atara 30-60 cc diperkirakan kemungkinan kematian sebesar 75%, namun volume darah 5 cc dan terdapat di pons sudah berakibat fatal.

(muttaqin, 2012)



Gambar 2.1 Patway (muttaqin, 2012)

#### 2.1.4 Penatalaksanaan Medis Klien Pasca Stroke non Pembedahan

- a. Terapi antikoagulan. Kontraindikasi pemberian terapi antikoagulan pada klien dengan riwayat ulkus, uremia dan dan kegagalan hepar. Sodium heparin diberikan secara subkutan atau melalui IV drip.
- b. Phenytonin (Dilantin) dapat digunakan untuk mencegah kejang.
- c. Enteris-coated, misalnya aspirin dapat digunakan untuk lebih dulu untuk menghancurkan trombotik dan embolik.
- d. Epsilon-aminocaproic acid (Amicar) dapat digunakan untuk stabilkan bekuan diatas aneurisma yang ruptur.
- e. Calcium channel blocker (nimodipine) dapat diberikan untuk mengatasi vasospasme pembuluh darah (Widagno, 2008).

#### 2.1.5 Pembedahan

- a. Karoid endarterektomi untuk mengangkat plaque atherosclerosis.
- b. Superior temporal arteri-middle serebral arteri anastomosis dengan melalui daerah yang tersumbat dan menetapkan kembali aliran darah pada daerah yang dipengaruhi (Widagno, 2008).

#### 2.1.6 Faktor resiko stroke

Beberapa faktor penyebab stroke antara lain :

- a. Hipertensi, merupakan faktor resiko utama.
- b. Penyakit kardiovaskuler-embolisme serebral berasal dari jantung.
- c. Kolesterol tinggi.
- d. Peningkatan hematokrit meningkatkan resiko infark serebral.
- e. Diabetes melitus
- f. Obesitas
- g. Merokok
- h. Menyalagunaan obat (khususnya kokain)
- i. Konsumsi alkohol.

### 2.1.7 Manifestasi klinis

Manifestasi klinis pada stroke sebagai berikut: (Widagno, 2008)

#### a. Sindroma arteri serebral media

- 1) Gangguan sensorik (pada daerah yang sama sebagai hemipeglia)
- 2) Aphasia
- 3) Homonymous hemianopsia
- 4) bingung sampai dengan koma
- 5) Ketidakmampuan menggerakkan mata terhadap sisi yang paralisis
- 6) Sakit kepala

#### b. Sindroma arteri serebral anterior

- 1) Paralisis dari telapak kaki dan tungkai
- 2) Gangguan dalam perjalanan
- 3) Paresis kontralateral dari lengan
- 4) Hilang fungsi sensorik secara berlebihan pada ibu jari kaki, telapak kaki dan tungkai.
- 5) Abulia (ketidakmampuan melakukan kegiatan, pergerakan yang terkontrol atau membuat keputusan)
- 6) Gangguan mental
- 7) Inkontinen urin( biasanya berlangsung beberapa minggu)

#### c. Sindroma arteri serebral posterior

- 1) Daerah perifer:
  - a) Beberapa kelainan seperti buta warna, kurang dalam persepsi, kegagalan melihat objek pada lokasi yang tidak sesuai, halusinasi penglihatan.
  - b) Berkurangnya daya ingat
  - c) Berkeringat.
- 2) Daerah pusat
  - a) Jika talamus yang dipengaruhi, akan ada sensorik yang hilang dari seluruh modalitas, nyeri spontan, intensiobal tremor dan hemiparesis ringan.

- b) Jika batang otak dipengaruhi akan mempengaruhi conjugate gaze, nistagmus dan ketidaknormalan pupil dan gejala-gejala yang lain berupa tremor postural, ataksia.
- d. Sindroma arteri karotis internal
  - 1) Berulangnya serangan kebutuhan atau penglihatan kabur pada ipsilateral mata.
  - 2) Parastesia dan kelemahan lengan kotralateral, wajah dan tungkai.
  - 3) Hemiplegia dengan hilangnya sensorik secara komplit dan hemianopsia.
  - 4) Kemungkinan atrofi saraf optik pada mata ipsilateral.
- e. Sindroma arteri serebral inferior posterior
  - 1) Disfagia dan disarthria
  - 2) Hilangnya rasa nyeri dan temperatur pada bagian sisi ipsilateral dari wajah.
  - 3) Nistagmus horizontal
  - 4) Tanda-tanda serebella

#### 2.1.8 Temuan Pemeriksaan Fisik Pasien Pasca Stroke

- a. Dihemisfer kiri, tanda dan gejalanya di sisi kanan
- b. Dihemisfer kanan, tanda dan gejalanya di sisi kiri
- c. Pada stroke yang menyebabkan kerusakan saraf kranial, tanda gejala di sisi yang sama
- d. Perubahan tingkat kesadaran
- e. Dengan pasien yang sadar, kecemasan menyertai kesulitan komunikasi dan mobilitas
- f. Inkontenensia urine
- g. Hemiparesis atau hemiplegia di salah satu sisi tubuh
- h. Penurunan reflek tendon profunda
- i. Pada hemiplegia sisi kiri, mengalami masalah yang berhubungan dengan visuospati
- j. Kemunduran fungsi sensorik (Yasmara, 2017).

### 2.1.9 Pemeriksaan Reflek Fisiologis dan Pattologis

#### a. Reflek tendon bicep (BPR)

- 1) Mempersilakan pasien duduk dengan sikap lengan setengah ditekuk di sendi siku, letakkan tangan di lipatan paha, atau lengan bawah pasien diletakkan pada lengan bawah pemeriksaan dengan ibu jari pemeriksaan meraba tendon bicep.
- 2) Stimulasi: ketukan hammer pada ibu jari pemeriksa yang ditempatkan pada tendon otot bicep tersebut.
- 3) Respon : fleksi lengan di sendi siku.
- 4) Menentukan nilai reflek fisiologis : -, +1, +2, +3, atau +4

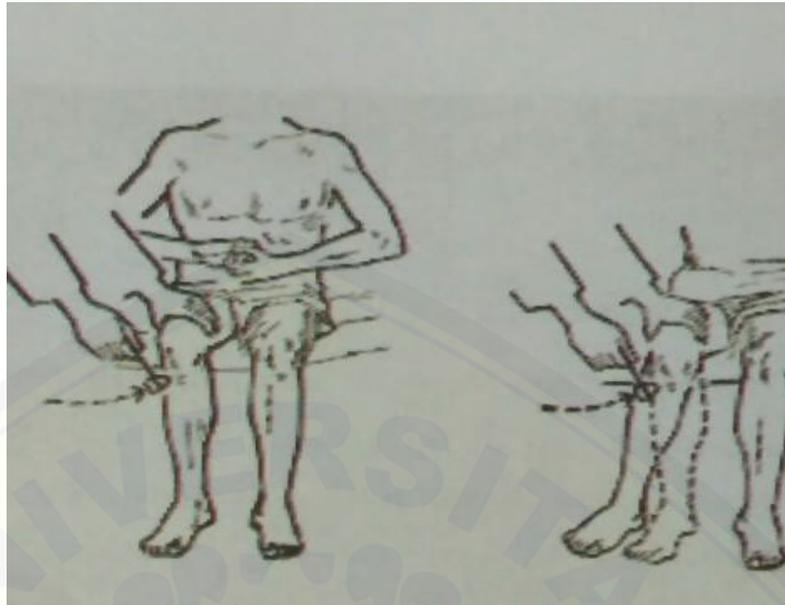


Gambar 2.2. Pemeriksaan reflek tendon bicep (Badrul, 2015)

#### b. Reflek tendon lutut (KPR) saat duduk

- 1) Mempersilakan pasien duduk dengan sikap kedua kakinya digantung
- 2) Stimulasi : ketukkan hammer pada tendon patela
- 3) Respon : tungkai bawah berekstensi

- 4) Menentukan nilai reflek fisiologis : -, +1, +2, +3, atau +4



Gambar 2.3. Pemeriksaan reflek patela posisi duduk (Badrul, 2015)

- c. Reflek tendon lutut (KPR) saat tidur
- 1) Mempersikan pasien tidur terlentang dengan sikap pemeriksaan
  - 2) Stimulasi : ketukan hammer pada tendon patela
  - 3) Respons : tungkai bawah berekstensi
  - 4) Menentukan nilai reflek fisiologis : -, +1, +2, +3, atau +4



Gambar 2.4. Pemeriksaan reflek patela posisi tidur (Badrul, 2015)

d. Reflek babinski

- 1) Melakukan penggoresan telapak kaki bagian lateral dari melengkung sampai pangkal ibu jari
- 2) Menentukan reflek Babinski positif bila timbul dorsum fleksi ibu jari kaki, diikuti pengembangan dan ekstensi jari-jari kaki



Gambar 2.5. pemeriksaan babinski (Badrul, 2015)

e. Reflek chaddock

Melakukan penggoresan terhadap melingkari meoleolus sampai kulit dorsum pedis bagian lateral atau eksternal, hasil positifnya sama dengan reflek babinski.



Gambar 2.6. Pemeriksaan chaddock (Badrul, 2015)

f. Reflek Oppenheim

Melakukan pengurutan dari proksimal kedistal secara keras dengan jari telunjuk dan ibu jari tangan terhadap kulit yang menutupi os tibia atau dengan menggunakan sendi interfalangeal jari telunjuk dan jari tengah dandan tangan mengepal, hasil positifnya sama dengan reflek babinski.



Gambar 2.7. Pemeriksaan oppenheim (Badrul, 2015)

g. Reflek Gordon

Melakukan pemencetan otot betis secara keras, hasil positifnya sama dengan reflek babinski.

h. Reflek Schaeffer

Melakukan pemencetan tendon Achilles secara keras, hasil positifnya sama dengan reflek babinski.



Gambar 2.8. Pemeriksaan schaeffer (Badrul, 2015)

i. Reflek Gonda

Melakukan penjepitan jari kaki keempat pasien, di plantar fleksikan maksimal, dilepas, hasil positifnya sama dengan reflek babinski.



Gambar 2.9. Pemeriksaan gonda (Badrul, 2015)

2.1.10 Perawatan di rumah klien pasca stroke

Perawatan di rumah sangat bermanfaat dalam masa transisi setelah klien pulang dari perawatan di rumah sakit rehabilitasi. Perawatan di rumah diperlukan oleh penderita pasca stroke yang memasuki fase subakut atau fase pemulihan serta penderita stroke pada fase lanjut atau kronis. Fase subakut/pemulihan umumnya berlangsung mulai dari 2 minggu samapi dengan 6 bulan pasca stroke, di tanai

oleh adanya pemulihan dan organisasi pada system saraf (sismadi, 2005). Fase ini merupakan fase penting untuk pemulihan fungsional. Perawatan di rumah seringkali di hubungkan dengan perawatan ataupun fisioterapi, namun pada hakekatnya keluarga lah yang dapat merawat secara penuh bagi klien. Menurut Mulyatsih (2008) bahwa perawatan klien pasca stroke di rumah mencakup beberapa hal, diantaranya:

a. Membantu dalam beraktivitas dan mengatasi kelumpuhan/kelemahan.

Apabila klien belum mampu bergerak sendiri, aturlah klien senyaman mungkin, tidur terlentang atau miring ke salah satu sisi, dengan memberikan perhatian pada bagian lengan atau kaki yang mengalami kelumpuhan/kelemahan. Posisi lengan atau kaki di ganjal bantal untuk memperlancar arus balik darah ke jantung agar mencegah terjadinya edema. Keluarga juga dapat mencegah terjadinya kekakuan pada tangan dan kaki yang lemah dengan latihan gerak sendi minimal 2 kali sehari.

b. Mengaktifkan sisi ekstremitas yang lemah atau kaku

Pada klien yang mengalami kelemahan atau kekakuan pada gerak atas atau bawah, beri dukungan pada klien untuk mengaktifkan ekstremitas yang lemah atau kaku, anjurkan klien makan, minum, kegiatan sehari-hari menggunakan ekstremitas yang lemah atau kaku.

c. Menciptakan lingkungan aman bagi klien

Keluarga endaknya menjauhkan atau menghindarkan barang atau keadaan yang dapat membahayakan keselamatan klien, misalnya benda tajam, dan benda lainnya. Keluarga juga harus menyediakan sesuatu yang dibutuhkan oleh klien

dengan menahrunya ditempat tidur. Tempat tidur disesuaikan dan hendaknya lebih rendah dan mencegah pasien terjatuh.

d. Membantu dalam keseimbangan dan mencegah terjadi jatuh

Untuk melatih keseimbangan berdiri keluarga dapat membantu dengan melatih berjalan dan jika memungkinkan biarkan klien berusaha sendiri, dengan keluarga menemanidisamping sisi klien yang lemah atau kaku.

e. Membantu dalam eliminasi (BAK & BAB)

Keluarga dapat menyediakan urinal terutama di malam hari untuk mencegah klien mengompol, dan untuk membantu klien agar tidak mengalami konstipasi yaitu dengan cara memotivasi klien untuk bergerak aktif, mengkonsumsi makanan tinggi serat, minum air putih minimal 8 gelas perhari, dan membiasakan duduk di closet.

f. Membantu dalam personal hygiene bagi klien

g. Membantu dalam gangguan menelan pada klien

Dalam hal ini yang harus dilakukan keluarga adalah pada saat makan klien duduk dikursi atau makan ditempat tidur dengan duduk. Tegak 60-90 derajat, ketika klien menelan anjurkan klien untuk memutar kepala kesisi yang lemah dan menekik leher dan kepala untuk mempermudah menutupnya jalan nafas saat klien menelan.

h. Membantu dalam hal berkomunikasi

Pada saat berbicara dengan klien usahakan wajah kita menghadap lurus ke arah klien agar klien bisa melihat gerak bibir dan ekspresi wajah kita.usahakan berbicara perlahan, tenang, dengan intonasi suara normal jangan berteriak. Anjurkan dan berikan kesempatan kepada klien untuk berkomunikasi sesaca total

yaitu dengan menggunakan ekspresi wajah dan gerak tubuh, jangan cemas bila klien memberi jawaban kurang jelas.

i. Membantu dalam bersosialisasi dengan lingkungan

Klien harus bersosialisasi agar tidak jenuh dan rendah diri

j. Membantu klien dalam berfikir atau kognitif klien dalam berfikir

Keluarga dapat mengorientasikan kembali pemahaman klien terhadap tempat, waktu dan orang. Hal lain yang bisa dilakukan dengan mengajak klien untuk membicarakan masa lalu yang dibicarakan.

k. Memenuhi kebutuhan sepiritual dan psikosial klien.

Keluarga dapat memberikan support mental dan selalu mengorientasikan klien kepada realita yang terjadi. Keluarga harus bersifat optimis, bahwa klien akan mengalami kemajuan. Selalu berkumpul dengan keluarga dan melakukan ibadah secara bersama atau bersamaan untuk mendekatkan diri pada sang pencipta.

l. Mengatasi gangguan seksual pada klien

Dengan cara konsultasi dengan tim kesehatan dan mempererat hubungan dengan pasangan, sehingga tercipta hubungan yang harmonis

m. Membantu dalam mengisi waktu luang dan hobi yang dimiliki klien

(Mulyatsih, 2008)

## **2.2 Konsep Keluarga**

### **2.2.1 Definisi keluarga**

Menurut Depkes RI (1988) Keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga dan beberapa orang yang berkumpul dan tinggal di suatu tempat dibawah suatu atap dalam keadaan saling ketergantungan (Hernilawati, 2013).

### 2.2.2 Ciri-ciri keluarga

#### a. Menurut Robert MacLver dan Charles Horton

- 1) Keluarga merupakan hubungan perkawinan
- 2) Keluarga berbentuk suatu kelembagaan yang berkaitan dengan hubungan perkawinan yang sengaja dibentuk atau dipelihara
- 3) Keluarga mempunyai suatu system tata nama (nomenclature) termasuk perhitungan garis keturunan
- 4) Keluarga mempunyai fungsi ekonomi yang dibentuk oleh anggota-anggota berkaitan dengan kemampuan untuk mempunyai keturunan dan membesarkan anak
- 5) Keluarga merupakan tempat tinggal bersama, rumah atau rumah tangga

#### b. Ciri keluarga Indonesia

- 1) Mempunyai ikatan yang sangat erat dengan dilandasi semangat gotong royong.
- 2) Diwajibkan oleh nilai kebudayaan ketimuran
- 3) Umumnya dipimpin oleh suami meskipun proses pemuaian dilakukan secara musyawarah (Hernilawati, 2013).

### 2.2.3 Tipe keluarga

Pembagian tipe ini bergantung kepada konteks keilmuan dan orang yang mengelompokkan

#### a. Secara tradisional

Secara tradisional keluarga dikelompokkan menjadi 2, yaitu

- 1) Keluarga inti (nuclear family) adalah keluarga yang hanya terdiri dari ayah, ibu dan anak yang diperoleh dari keturunan atau adopsi atau keduanya
- 2) Keluarga besar (Extended Family) adalah keluarga inti yang ditambah anggota keluarga lain yang masih mempunyai hubungan darah (kakek-nenek, paman-bibi)

b. Secara modern (berkembangnya peran individu dan meningkatnya rasa individualisme maka pengelompokan tipe keluarga selain di atas adalah:

- 1) Tradisional nuclear

Keluarga inti (ayah, ibu, dan anak) tinggal dalam satu rumah ditetapkan oleh sanksi-sanksi legal dalam suatu ikatan perkawinan, satu atau keduanya dapat bekerja di luar rumah.

2) Reconstituted nuclear

Pembentukan baru dari keluarga inti melalui perkawinan kembali suami/istri tinggal dalam pembentukan satu rumah dengan anak-anaknya, baik itu bawaan dari perkawinan lama maupun hasil dari perkawinan baru, satu/keduanya dapat bekerja di luar rumah.

3) Middle age/aging couple

Suami sebagai pencari uang, istri di rumah keduanya di rumah, anak-anak meninggalkan rumah karena sekolah/perkawinan/meniti karir.

4) Dyadic nuclear

Suami istri yang sudah berumur dan tidak mempunyai anak yang keduanya atau salah satu bekerja di rumah

5) Single parent

Satu orang tua sebagai akibat perceraian atau kematian pasangannya dan anak-anaknya dapat tinggal di rumah atau di luar rumah (Hernilawati, 2013).

#### 2.2.4 Struktur keluarga

Struktur keluarga menggambarkan bagaimana keluarga melaksanakan fungsi, keluarga di masyarakat. Struktur keluarga terdiri dari bermacam-macam di antaranya adalah:

a. Patrilineal

Adalah keluarga sedarah yang terdiri dari sanak saudara-saudara dalam beberapa generasi, di mana hubungan itu disusun melalui jalur garis ayah.

b. Matrilinea

Adalah keluarga sedarah yang terdiri dari sanak saudara-saudara dalam beberapa generasi, di mana hubungan itu disusun melalui jalur garis ibu.

c. Matrilokal

Adalah sepasang suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarah istri

d. Patrilocal

Adalah sepasang suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarah suami.

e. Keluarga kawin

Adalah hubungan suami istri sebagai dasar bagi pembinaan keluarga dan beberapa sanak saudara yang menjadi bagian keluarga karena adanya hubungan dengan suami atau istri (Hernilawati, 2013).

2.2.5 Fungsi pokok keluarga

a. Fridman

Secara umum fungsi keluarga adalah sebagai berikut:

1) Fungsi afektif

Adalah fungsi keluarga yang utama untuk mengajarkan segala sesuatu untuk mempersiapkan anggota keluarga berhubungan dengan orang lain

2) Fungsi sosialisasi

Adalah fungsi mengembangkan dan tempat melatih anak untuk berkehidupan sosial sebelum meninggalkan rumah untuk berhubungan dengan orang lain di luar rumah.

3) Fungsi reproduksi

Adalah fungsi untuk mempertahankan generasi dan menjaga kelangsungan keluarga

4) Fungsi ekonomi

Adalah keluarga berfungsi untuk memenuhi kebutuhan keluarga secara ekonomi dan tempat untuk mengembangkan kemampuan individu dalam meningkatkan penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga

5) Fungsi perawatan /pemeliharaan kesehatan

Yaitu fungsi untuk mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarga agar tetap memiliki produktivitas tinggi (Hernilawati, 2013).

### 2.2.6 Tugas keluarga dalam bidang kesehatan

Sesuai dengan fungsi keluarga pemeliharaan kesehatan, keluarga mempunyai tugas di bidang kesehatan yang perlu dipahami dan dilakukan. Freeman (1981) membagi 5 tugas keluarga dalam bidang kesehatan yang harus dilakukan, yaitu:

- a. Mengetahui masalah kesehatan setiap anggota keluarga, dan perubahan sekecil apapun yang dialami anggota keluarga secara tidak langsung menjadi perhatian dan tanggungjawab keluarga.
- b. Mengambil keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat bagi keluarga, untuk mencari pertolongan yang tepat sesuai dengan keadaan keluarga
- c. Memberikan keperawatan anggotanya yang sakit atau yang tidak dapat membantu dirinya sendiri karena cacat atau usianya yang terlalu muda
- d. Mempertahankan suasana di rumah yang menguntungkan kesehatan dan perkembangan kepribadian anggota keluarga
- e. Mempertahankan hubungan timbal balik antara keluarga dan lembaga kesehatan (pemanfaatan fasilitas kesehatan yang ada) (Hernilawati, 2013).

### 2.2.7 Peran keluarga

Peran keluarga adalah sesuatu yang diharapkan secara normatif dari seseorang dalam situasi sosial tertentu agar dapat memenuhi harapan-harapan. Peran keluarga adalah tingkah laku spesifik yang diharapkan oleh seseorang dalam konteks keluarga. Jadi peran keluarga menggambarkan seperangkat perilaku interpersonal, sifat, kegiatan yang berhubungan dengan individu dalam keluarga di dasari oleh harapan dan pola perilaku dari keluarga, kelompok dan masyarakat. Setiap anggota keluarga mempunyai peran masing-masing antara lain adalah:

#### a. Ayah

Ayah sebagai pemimpin keluarga mempunyai peran sebagai pencari nafkah, pendidik, pelindung/pengayom, pemberi rasa aman bagi setiap anggota keluarga dan juga sebagai anggota masyarakat kelompok sosial tertentu.

b. Ibu

Ibu sebagai pengurus rumah tangga, pengasuh dan pendidik anak-anak, pelindung keluarga dan juga sebagai anggota keluarga pencari nafkah tambahan keluarga dan juga sebagai anggota masyarakat kelompok sosial tertentu.

c. Anak

Anak berperan sebagai pelaku psikososial sesuai dengan perkembangan fisik, sosial, mental dan spiritual (Hernilawati, 2013).

### **2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga Pasca Stroke dengan Masalah Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik**

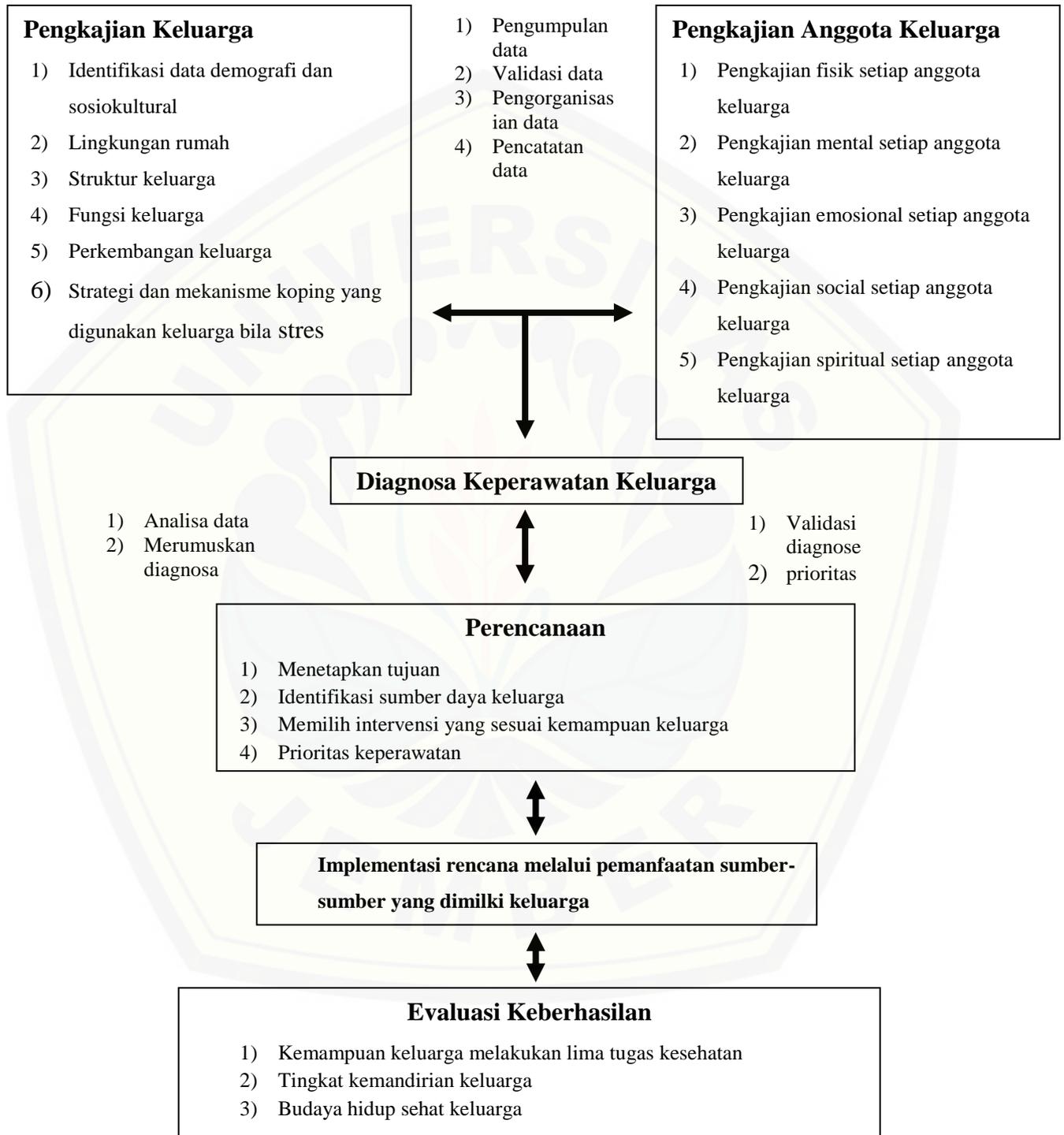
#### **2.3.1 Pengertian Asuhan Keperawatan Keluarga**

Asuhan keperawatan adalah suatu proses atau rangkaian kegiatan pada praktik keperawatan yang langsung diberikan kepada klien pada berbagai tatanan pelayanan kesehatan, dalam upaya pemenuhan kebutuhan dasar manusia, dengan menggunakan metodologi proses keperawatan, berpedoman pada standar praktik keperawatan, dilandasi etik dan etika keperawatan, dalam lingkup wewenang dan tanggung jawab keperawatan (Suprajitno, 2004).

Asuhan keperawatan keluarga adalah suatu rangkaian kegiatan yang diberikan melalui praktik keperawatan dengan sasaran keluarga (Suprajitno, 2004).

2.3.2 Tahapan Asuhan Keperawatan Keluarga

Gambar 2.4 Bagan Proses Keperawatan Sebagai Kerangka Kerja Asuhan Keperawatan Keluarga (Sudiharto, 2007)



Gambar 2.2 Bagan Proses Keperawatan Sebagai Kerangka Kerja Asuhan Keperawatan Keluarga

### 2.3.3 Pengkajian Asuhan Keperawatan Keluarga

Pengkajian adalah suatu tahapan ketika seorang perawat mengumpulkan informasi secara terus menerus tentang keluarga yang dibinanya. Pengkajian merupakan langkah awal pelaksanaan asuhan keperawatan keluarga. Agar diperoleh data pengkajian yang akurat dan sesuai dengan keadaan keluarga, perawat diharapkan menggunakan bahasa ibu (yang digunakan setiap hari), lugas, dan sederhana (Suprajitno, 2004).

Pada kegiatan pengkajian ada beberapa tahap yang perlu dilakukan, yaitu :

a. Membina hubungan yang baik

Hubungan yang baik antara perawat-klien (keluarga) merupakan modal utama pelaksanaan asuhan keperawatan. Hubungan tersebut dapat dibentuk dengan menerapkan komunikasi terapeutik yang merupakan strategi perawat untuk memenuhi kebutuhan kesehatannya. Beberapa hal yang perlu dilakukan :

b. Diawali dengan perawat memperkenalkan diri dengan sopan dan ramah

c. Menjelaskan tujuan kunjungan

d. Meyakinkan keluarga bahwa kehadiran perawat adalah untuk membantu keluarga menyelesaikan masalah kesehatan yang ada di keluarga

e. Menjelaskan luas kesanggupan bantuan perawat yang dapat dilakukan

f. Menjelaskan kepada keluarga siapa tim kesehatan lain yang menjadi jaringan perawat,

1) Pengkajian awal

Pengkajian ini terfokus sesuai data yang diperoleh dari unit pelayanan kesehatan.

2) Pengkajian lanjutan (tahap kedua)

Pengkajian lanjutan adalah tahap pengkajian untuk memperoleh data yang lebih lengkap sesuai masalah kesehatan keluarga yang berorientasi pada pengkajian awal. Disini perawat perlu mengungkapkan keadaan keluarga hingga penyebab dari masalah kesehatan yang paling mendasar. (Suprajitno, 2004)

Data pengkajian didapat dengan menggunakan beberapa cara. Berikut ini adalah metode pengumpulan data yang digunakan :

a) Wawancara

Menanyakan nama, umur, pendidikan, riwayat kesehatan, riwayat penyakit sebelumnya, pekerjaan

b) Pengamatan / Observasi

Tanda-tanda vital, hambatan mobilitas fisik, saraf yang terkena serangan stroke.

c) Pemeriksaan Fisik

Periksa kepala, leher, mata, telinga, hidung, mulut, dada, abdomen, TTV dan ekstermitas

d) Studi Dokumentasi

Studi ini dilakukan dengan jalan menelusuri dokumen yang ada, misalnya catatan kartu keluarga, BPJS, catatan pasien, dan lain-lain (data subjektif) (Zaidin Ali, 2009). Keluarga mengatakan pernah membawahi klien ke klinik dan RS saat terjadi serangan stroke.

#### 2.3.4 Asuhan Keperawatan Keluarga dengan Pasca Stroke

a. Data Umum

Data ini mencakup kepala keluarga (KK), alamat dan telepon, pekerjaan KK, pendidikan KK, dan komposisi keluarga.

b. Umur

Stroke umumnya terjadi pada usia > 50 tahun. Teori terjadi dua pertiga dari semua serangan stroke terjadi pada orang yang berusia diatas 65 tahun. Tetapi, itu tidak berarti bahwa stroke hanya terjadi ada orang lanjut usia karena stroke dapat menyerang semua kelompok umur hal ini sesuai dengan tinjauan teori yang mengatakan pada umumnya wanita akan mempunyai risiko tinggi terhadap stroke apabila telah memasuki masa menopause Pinzon&Asanti (2010).

c. 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 dengan masalah gangguan mobilitas fisik. Teori yang di kemukakan oleh pinzon

(2010) dalam (Yuniar Rahmina, 2017) adalah pengetahuan, tingkat pendidikan persepsi, transportasi dan ekonomi. Pendidikan adalah suatu upaya untuk merubah perilaku seseorang, termasuk perilaku kesehatan untuk mencegah terjadinya stroke. Seperti yang terdapat dalam fungsi pendidikan keluarga bahwa seseorang harus dapat menunjukkan perilaku sesuai dengan peran dan tugasnya agar mampu membuat keputusan yang tepat untuk perawatan dan pemeliharaan kesehatan.

d. Genogram

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

e. Tipe keluarga

Menjelaskan mengenai jenis/tipe keluarga. Untuk menentukan tipe keluarga. teori yang mengatakan pada umumnya terjadi pada type keluarga yang komposisi dalam keluarga tersebut kurang dari 2 anggota masing keluarga misalnya *single*. Type keluarga 2, Hal ini tidak sesuai dengan teori yang mengatakan pada umumnya terjadi pada type keluarga yang komposisi dalam keluarga tersebut kurang dari 2 anggota masing keluarga 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).

f. Suku bangsa

Suku bangsa biasanya berbedah-bedah suku Jawa, Sundah, Madura jika lebaran selalu mengantarkan makan ke tetangga dan ada juga kenduri di acara suku-suku tersebut, terkadang makanannya pun bervariasi ada yang sedikit garam adapun yang banyak menggunakan garam (Sudiharto, 2007). 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 beolahraga (Pradon, 2010).

g. 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 (Kariasa, 2009).

h. Status sosial ekonomi keluarga

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 gangguan mobilitas fisik. Peningkatan resiko terjadinya stroke berulang pada kelompok ekonomi menengah ke bawah antara lain dipicu oleh perilaku tidak sehat, merokok, tidak teratur dalam mengkonsumsi obat hipertensi ataupun mengontrol tekanan darah, dan kebiasaan mengkonsumsi kadar garamnya yang tinggi (wahyu, 2009).

i. Aktivitas Rekreasi

Pengkajian ini berisi tentang kegiatan keluarga dalam mengisi waktu luang dan kapan keluarga pergi bersama ke tempat rekreasi (Gusti, 2013). teori yang menyatakan aktivitas rekreasi seseorang dapat mempengaruhi stress yang dirasakan, karena dalam diri seseorang perlu merelaksasikan pikiran agar dapat mengurangi beban stress dengan cara berekreasi. (Kosasih dan Hasan, 2013) menyatakan aktivitas rekreasi seseorang dapat mempengaruhi stress yang dirasakan klien, karena dalam diri seseorang perlu merelaksasikan pikiran agar dapat mengurangi beban stress pada klien dengan cara berekreasi.

j. Riwayat dan 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 (wahyu, 2009).

k. 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.

l. Tahap Perkembangan Keluarga yang Belum Terpenuhi

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

m. Riwayat Kesehatan Keluarga

n. Riwayat Keluarga Inti

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

o. Riwayat Keluarga Sebelumnya

Riwayat kesehatan kepala keluarga sebelum membentuk keluarga sampai saat ini.

p. Riwayat Kesehatan masing-masing Keluarga

Mengkaji semua riwayat penyakit masing-masing anggota keluarga.

q. Sumber Pelayanan Kesehatan Keluarga yang Dimanfaatkan.

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

r. 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 sarana air bersih dan sistem pembuangan limbah. Menurut teori untuk karakteristik rumah sehat merupakan tempat berlindung dan tempat untuk beristirahat sehingga menumbuhkan kehidupan yang sempurna baik fisik rohani maupun sosial. Serta persyaratan rumah sehat pada bahan bangunan harus tidak terbuat dari bahan yang dapat melepaskan, bahan yang dapat membahayakan kesehatan dan jangan sampai bahan yang dapat memicu timbulnya bakteri. Dalam pencahayaan alam atau buatan langsung maupun tidak langsung dapat menerangi seluruh ruangan dengan

intensitas penerangan minimal 60 lux dan tidak menyilaukan mata. Dan serta ventilasi luas lubang alamiah yang permanen minimal 10% luas lantai, dan tidak mencederai anggota keluarga (Rahmah, 2015).

2) Karakteristik Tetangga dan komunitas

Menjelaskan tipe dan kondisi lingkungan tempat tinggal, nilai, norma, atau aturan penduduk setempat serta budaya yang memengaruhi 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 di sekitar 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 (Gusti, 2013)

s. 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 dan Peran Keluarga

Peran dari masing-masing anggota keluarga baik secara formal maupun informal. Dukungan keluarga sangat diperlukan pasien stroke untuk dapat bertahan dalam menjalani hidup, karena keluarga merupakan bagian terdekat dari pasien. Dukungan keluarga akan membuat pasien stroke merasa dihargai dan diterima, sehingga dapat meningkatkan semangat dan motivasi dalam dirinya. Rendahnya dukungan keluarga pada pasien stroke, akan mempengaruhi kondisi psikologi pasien. Pasien dapat menarik diri dari pergaulan dan merasa lebih sensitif, sehingga pasien lebih mudah tersinggung (Hamalding, 2017).

a) Ayah

Ayah sebagai pemimpin keluarga mempunyai peran sebagai pencari nafkah, pendidik, pelindung/pengayom, pemberi rasa aman bagi setiap anggota keluarga dan juga sebagai anggota masyarakat kelompok sosial tertentu

b) Ibu

Ibu sebagai pengurus rumah tangga, pengasuh dan pendidik anak-anak, pelindung keluarga dan juga sebagai anggota keluarga pencari nafkah tambahan keluarga dan juga sebagai anggota masyarakat kelompok sosial tertentu

c) Anak

Anak berperan sebagai pelaku psikososial sesuai dengan perkembangan fisik, sosial, mental dan spiritual (Hernilawati, 2013)

t. Nilai atau Norma Keluarga

Mengenai nilai norma yang dianut keluarga dan kelompok atau komunitas seperti nilai material, nilai vital dan nilai spiritual.

u. Fungsi Keluarga

1) Fungsi Afektif

Gambaran diri keluarga, perasaan memiliki dan dimiliki keluarga saling mengasuh, mencintai, saling menghargai sesama anggota keluarga, untuk menentukan kebahagiaan semua anggota keluarga.

2) Fungsi Sosialisasi

Tentang keluarga dapat berinteraksi atau hubungan anggota keluarga yang diwujudkan dalam sosialisasi.

3) Fungsi Perawatan Kesehatan

Fungsi keluarga meliputi mengenal masalah kesehatan, memutuskan tindakan yang tepat saat ada anggota keluarga yang sakit, merawat anggota keluarga yang sakit, memodifikasi lingkungan dan memanfaatkan fasilitas kesehatan. Fungsi Perawatan Kesehatan pada kedua keluarga yang meliputi menurut Widyanto (2014) lima tugas kesehatan keluarga (Mengetahui, Memutuskan, Merawat, Memanfaatkan faskes, dan Memodifikasi) Tidak ada perbedaan terutama pada tugas kesehatan keluarga yang ketiga (merawat) kedua

klien dari data diatas di dapatkan bahwa ketidaktahuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit. Hal ini sesuai dengan teori yang mengatakan seseorang membutuhkan penjelasan tentang bagaimana mengambil tindakan yang tepat dan keluarga mampu merawat anggota keluarganya yang sakit di karenakan anggota keluarga yang mengalami gangguan kesehatan (pasca stroke) perlu memperoleh tindakan keperawatan dan dapat di lakukan di pelayanan kesehatan.

#### 4) Fungsi Reproduksi

Mengkaji berapa jumlah anak dan menanyakan rencan mempunyai anak serta metode yang digunakan dalam mengendalikan jumlah anggota keluarga.

#### 5) Fungsi Ekonomi

Mengkaji sejauh mana keluarga dapat memenuhi kebutuhan sandang, pangan, dan papan dan sejauh mana keluarga dapat memanfaatkan sumber yang ada di masyarakat dalam upaya peningkatan status kesehatan keluarga.

### v. Stress dan Koping Keluarga

#### 1) Stressor Jangka Pendek dan Jangka Panjang

Menanyakan masalah yang dihadapi keluarga. kejadian pasca stroke, karena pada kondisi stres disebabkan oleh hormone kortisol secara berlebihan saat seseorang mengalami stres. Produksi kortisol yang berlebihan menyebabkan sulit tidur, depresi, tekanan darah merosot, yang kemudian akan membuat individu tersebut menjadi lemas dan nafsu makan berlebih (Siagian, 2012 dalam Trisnawati dan Setyorogo, 2013).

#### 2) Kemampuan Keluarga Dalam Berespon Terhadap Situasi Krisis

Mengkaji sejauh mana keluarga berespon terhadap situasi atau stresor.

#### 3) Strategi Koping yang Digunakan

Strategi koping apa yang digunakan keluarga nila menghadapi masalah.

#### 4) Strategi Adaptasi Disfungsional

Menanyakan apakah ada adaptasi disfungsional yang digunakan keluarga bila menghadapi permasalahan.

w. Pemeriksaan fisik

Setelah melakukan anamnesis yang mengarah pada keluhan-keluhan klien, pemeriksaan fisik sangat berguna untuk mendukung data dari pengkajian anamnesis. Pemeriksaan fisik sebaiknya dilakukan secara per system (B1-B6) dengan focus pemeriksaan fisik pada pemeriksaan B3 (Brain) yang terarah dan dihubungkan dengan keluhan-keluhan klien (muttaqin, 2012).

1) B1 (Breathing)

Pada inspeksi didapatkan klien batuk, peningkatan produksi sputum, sesak napas.

2) B2 (blood)

Pengkajian pada sistem kardiovaskular didapatkan renjatan (syok hipovolemik) yang sering terjadi pada klien stroke. Tekanan darah biasanya terjadi peningkatan dan dapat terjadi hipertensi masif (tekanan darah >mmHg).

3) B3 (brain)

Stroke menyebabkan berbagai defisit neurologis, bergantung pada lokasi lesi (pembuluh darah mana yang tersumbat atau pecah).

4) B4 (Bladder)

Setelah stroke klien mungkin mengalami inkontensia urine sementara karena konfusi, ketidakmampuan mengomunikasikan kebutuhan, dan ketidakmampuan untuk mengendalikan kandung kemih karena kerusakan kontrol motorik dan postural.

5) B5 (Bowel)

Didapatkan adanya keluhan kesulitan menelan, nafsu makan menurun, mual muntah fase akut.

6) B6 (Bone)

x. Pemeriksaan neurologi:

Pemeriksaan nervus cranialis: Umumnya terdapat gangguan nervus cranialis

- 1) Saraf I. biasanya pada klien stroke ada kelainan pada fungsi penciuman.
- 2) Saraf II. Disfungsi persepsi visual karena gangguan sensori primer di antara mata dan korteks visual. Gangguan visual-spasial (mendapatkan hubungan dua atau lebih objek dalam area spasial). Sering terlihat pada klien dengan hemiplegia

kiri. Klien mungkin tidak dapat memakai pakaian tanpa bantuan karena ketidakmampuan untuk mencocokkan pakaian kebagian tubuh.

3) Saraf III, IV, dan VI. Jika akibat stroke mengakibatkan paralisis, pada satu sisi otot-otot ukularis didapatkan penurunan kemampuan gerakan konjugat unilateral disisi yang sakit.

4) Saraf V. pada beberapa keadaan stroke menyebabkan paralisis saraf trigemimus, penurunan kemampuan koordinasi gerakan mengunyah, penyimpangan rahang bawah ke sisi ipsilateral, serta kelumpuhan satu sisi otot pterigoideus internus dan eksternus.

5) Saraf VII, persepsi pengecap dalam batas normal, wajah asimeteris, dan otot wajah tertarik kebagian sisi yang sehat.

6) Saraf VIII. Tidak ditemukan adanya tuli konduktif dan tuli persepsi.

7) Saraf IX dan X. kemampuan menelan kurang baik dan kesulitan membuka mulut.

8) Saraf XI. Tidak ada trofi otot sternokleidomastoideus dan trapezius.

9) Saraf XII. Lidah simetris, terdapat deviasi pada satu sisi dan fasikulasi, serta indera pengecap normal.

10) Pemeriksaan motorik: Hampir selalu terjadi kelumpuhan/kelemahan pada salah satu sisi tubuh.

11) Pemeriksaan sensorik

Kedua klien dapat merasakan sentuhan yang di berikan oleh perawat.

12) Pemeriksaan refleks: Pada fase akut reflek fisiologis sisi yang lumpuh akan menghilang. Setelah beberapa hari refleks fisiologis akan muncul kembali didahului dengan refleks patologis.

y. Pemeriksaan penunjang.

Pemeriksaan radiologi:

1) CT scan: didapatkan hiperdens fokal, kadang-kadang masuk ventrikel, atau menyebar ke permukaan otak.

2) MRI: untuk menunjukkan area yang mengalami sumbatan atau pecahnya pembuluh darah.

3) Angiografi serebral: untuk mencari sumber perdarahan.

4) Pemeriksaan foto thorax: dapat memperlihatkan keadaan jantung, apakah terdapat pembesaran ventrikel kiri yang merupakan salah satu tanda hipertensi kronik pada penderita stroke.

z. Pemeriksaan laboratorium.

1) Pungsi lumbal: Biasanya dijumpai pada pendarahan yang masif, sedangkan perdarahan yang kecil biasanya warna

2) Pemeriksaan kimia darah: pada stroke akut dapat terjadi hiperglikemia.

3) Pemeriksaan darah lengkap: untuk mencari kelainan pada darah itu sendiri.

### 2.3.5 Diagnosa Keperawatan

a. Hambatan Mobilitas Fisik berhubungan dengan dengan ketidakmampuan keluarga merawat salah satu anggota keluarga stroke.

b. Gangguan perfusi jaringan otak yang berhubungan dengan perdarahan intrakranial

c. Risiko jatuh berhubungan dengan penurunan kekuatan ekstremitas atas dan bawah

### 2.3.6 Intervensi Keperawatan

a. Hambatan Mobilitas Fisik berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang menderita pasca stroke.

Batasan karakteristik :

a) Kesulitan membolak balik posisi tubuh

b) Keterbatasan kemampuan untuk melakukan keterampilan motorik halus dan kasar

c) Keterbatasan rentang gerak sendi

d) Tidak stabilan postur tubuh

e) Perubahan cara berjalan

f) Penurunan waktu reaksi

g) Pergerakan menyentak

h) Melambatnya pergerakan

i) Gerakan tidak teratur atau tidak terkoordinasi

j) Tremor yang diindikasikan oleh pergerakan (Wilkinson, 2015)

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan

TUJUAN	NOC	NIC
Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pasien dapat memperlihatkan mobilitas, yang dibuktikan oleh indikator berikut ( sebutkan 1-5: gangguan ekstremitas, berat,	(1) Tidak terjadi kontraktur sendi (2) Bertambahnya kekuatan otot (3) Klien menunjukkan tindakan untuk meningkatkan mobilitas	1. Kaji kebutuhan terhadap bantuan pelayanan kesehatan di rumah dan kebutuhan terhadap peralatan pengobatan yang tahan lama. Rasional: Untuk membantu dalam perawatan di rumah yang jangka panjang 2. Susun rencana yang spesifik: jadwal aktifitas ubah posisi.. Rasional: Meminimalkan risiko terjadinya trauma/iskemia jaringan yang menimbulkan kerusakan pada kulit/dekubitus
TUJUAN	NOC	NIC
sedang, ringan, atau tidak mengalami gangguan).		3. Ajarkan dan dukung pasien dalam latihan ROM aktif dan pasif. Rasional: Untuk mempertahankan atau meningkatkan kekuatan dan ketahanan otot Untuk meningkatkan serta mempertahankan kekuatan ekstremitas atas 4. Berikan penguatan positif selama aktifitas. Rasional: Memotivasi klien agar klien semangat dalam latihan mobilisasi 5. Dukung keluarga dan pasien untuk memandang keterbatasan dengan realitas. Rasional: Menghindari memaksakan mobilisasi agar tidak terjadi kerusakan 6. Gunakan ahli terapi fisik dan okupasi sebagai sumber dalam perencanaan aktifitas perawatan pasien. Rasional: Untuk membantu dalam memulihkan kekuatan otot. 7. Ajarkan dan bantu pasien dalam proses berpindah (misalnya, dari tempat tidur ke kursi roda atau sebaliknya). Rasional: Mempercepat pemulihan rentang gerak dengan perpindahan

### 2.3.7 Implementasi Asuhan Keperawatan Keluarga

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

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

### 2.3.8 Evaluasi Asuhan Keperawatan Keluarga

#### a. Pengertian Evaluasi

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

Sebagai komponen kelima dalam proses keperawatan, evaluasi adalah tahap yang menentukan apakah tujuan yang telah ditetapkan dalam perencanaan sudah tercapai. Bentuk rumusan tujuan yang ditetapkan akan menentukan mudah atau sulitnya dalam melaksanakan evaluasi (Sudiharto, 2007).

Kriteria hasil: 1) Tidak terjadi kontraktur sendi

- a. Bertambahnya kekuatan otot
- b. Klien menunjukkan tindakan untuk meningkatkan mobilitas

## BAB 3. METODE PENELITIAN

Bab ini membahas tentang metode penulisan yang digunakan dalam menyelesaikan laporan studi kasus terhadap asuhan keperawatan keluarga TN. S dan Tn. J.

### 3.1 Desain Penelitian

Pada penelitian ini menggunakan desain penelitian kualitatif dengan metode studi kasus. Penelitian kualitatif adalah prosedur penelitian yang menghasilkan data deskriptif berupa kata-kata tertulis atau lisan dari orang-orang dan perilaku yang dapat diamati (Bogdan dan Tylor, 1990). Studi kasus ini adalah studi untuk mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan keluarga stroke dengan masalah keperawatan Hambatan mobilitas fisik Di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotrungan Kabupaten Lumajang tahun 2018.

### 3.2 Batasan Istilah

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

#### 3.2.1 Asuhan keperawatan keluarga

Adalah suatu rangkaian kegiatan dalam praktik keperawatan yang diberikan pada klien sebagai anggota keluarga pada tatanan komunitas dengan menggunakan proses keperawatan, berpedoman pada standar keperawatan dalam lingkup wewenang serta tanggung jawab keperawatan

3.2.2 Stroke atau gangguan peredaran darah otak (GPDO) merupakan penyakit neurologis yang sering dijumpai dan harus di tangani secara dan tepat. Stroke merupakan kelainan fungsi otak yang timbul mendadak yang disebabkan karena terjadinya gangguan peredaran darah otak dan bisa terjadi pada siapa saja dan kapan saja.

3.2.3 Hambatan mobilitas fisik yaitu Hambatan mobilitas fisik yaitu keterbatasan dalam pergerakan fisik mandiri, dan terarah pada tubuh atau satu ekstremitas atau lebih, yang memenuhi minimal 2 batasan karakteristik sebagai berikut:

- 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 Studi Kasus ini adalah :**

Keluarga Tn. S dan Tn. J pasca stroke dengan masalah keperawatan Hambatan mobilitas fisik Di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotruman Kabupaten Lumajang tahun 2018 dengan kriteria :

3.3.1 Mempunyai riwayat penyakit stroke dengan hambatan mobilitas fisik berdasarkan 3 batasan karakteristik dari:

- 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

3.3.2 Tinggal di wilayah kerja Puskesmas Rogotruman Lumajang

3.8.1 Klien Kooperatif dan bersedia menandatangani lembar *Informed Consent* yang disediakan

### **3.4 Lokasi dan Waktu**

Pada studi kasus ini dilakukan di wilayah kerja puskesmas Rogotruman dengan keluarga Tn. S di daerah jogotruman dan keluarga Tn. J di daerah banjarwaru dengan waktu kunjungan 3 kali kunjungan dalam 2 minggu.

### **3.5 Pengumpulan Data**

#### **3.5.1 Wawancara**

Pada saat wawancara penulis menanyakan antara lain: nama, umur, pendidikan, riwayat kesehatan, riwayat penyakit sebelumnya, pekerjaan.

#### **3.5.2 Observasi**

Pada saat melakukan observasi penulis melakukan observasi di antaranya: Tanda-tanda vital, hambatan mobilitas fisik, saraf yang terkena serangan stroke.

#### **3.5.3 Studi dokumentasi**

Pada saat melakukan studi dokumentasi penulis melihat kartu keluarga, keanggotaan BPJS (ternyata di Klinik Muhammadiyah Lumajang).

#### **3.5.4 Pemeriksaan fisik**

Pada saat melakukan pemeriksaan fisik penulis memeriksa kepala, leher, mata, telinga, hidung, mulut, dada, abdomen, TTV dan ekstermitas.

### **3.6 Uji Keabsahan Data**

Uji keabsahan data dari penyakit stroke dimaksudkan untuk menguji kualitas data atau informasi yang diperoleh dari wiyah kerja puskesmas rogotrunan sehingga menghasilkan data dengan validitas tinggi. Disamping integritas penulis (karena penulis menjadi instrument utama), uji keabsahan data dilakukan yaitu dengan:

#### **3.6.1 Memperpanjang waktu pengamatan/tindakan**

3.6.2 Sumber informasi tambahan menggunakan triangulasi menggunakan triangulasi yaitu angka pepaduan berbagai sumber data ,peneliti, teori dan metode dalam suatu penelitian tentang suatu gejala sosial tertentu yang berkaitan dengan masalah yang diteliti (Endraswara, 2006)

### **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

### 3.8.2 *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)

### 3.8.3 *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).

#### 3.8.4 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. S dan Tn. J Pasca Stroke Dengan Masalah Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik Di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotruman Kabupaten Lumajang Tahun 2018”.

### 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. S) berusia 65 tahun sedangkan klien 2 (Ny. M) berusia 60 tahun. Pada klien 1 menderita stroke kurang lebih 5 bulan yang lalu. Pada klien 2 mengalami stroke kurang lebih 7 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).

Masalah lain yang muncul pada klien 1 yaitu Potensial untuk meningkatkan status kesehatan berhubungan dengan kemampuan keluarga merawat anggota keluarga yang menderita stroke, dan klien 2 resiko jatuh berulang berhubungan

dengan ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan dan resiko stroke berulang dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang menderita stroke.

#### 5.1.3 Intervensi Keperawatan

Dari hasil kunjungan yang di lakukan perawat keluarga dan klien mampu mempertahankan Intervensi yang di berikan oleh perawat yaitu melatih terapi ROM pada klien, dengan mempertahankan: Diagnosa keperawatan, tujuan khusus, tujuan umum, kriteria dan standart/intervensi. Intervensi keperawatan pada prinsipnya tidak mengalami perbedaan antara teori dan kasus nyata. Dengan memberikan terapi ROM pada kedua klien dan memandirikan kedua keluarga untuk merawat anggota keluarga yang menderita stroke.

#### 5.1.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi yang di lakukan pada kedua klien selama 3 kali kunjungan yaitu: memberikan pengetahuan tentang penyakit stroke dan mengajarkan keluarga mengenai terapi ROM yang dilakukan kepada klien. Dan keluarga dapat memonitoring Tn. S dan Ny. M tentang kesehatan yang di dokumentasikan melalui format kesehatan booklet yang diberikan kepada kedua keluarga. Serta mengajarkan keluarga tentang terapi ROM pada klien.

#### 5.1.5 Evaluasi Keperawatan

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 semua 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 perawatankesehatan yang meliputi 5 tugas keluarga (mengenal, memutuskan, merawat, memodifikasi, memanfaatkan fasilitas kesehatan).

### **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 akan termonitoring dengan baik, dan perawat dalam kunjungan rumah perawat Puskesmas juga menganjurkan untuk klien datang ke posyandu 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 sehingga dapat meningkatkan kualitas pendidikan.



DAFTAR PUSTAKA

- Ali, Zaidin.2009. *Pengantar Keperawatan Keluarga*.Jakarta: Buku Penerbit Kedokteran EGC
- Batticaca, F., 2008. *Asuhan Keperawatan klinn dengan gangguan persarafan*. jakarta: penerbit salemba medika.
- Badrul, M. d., 2015. *NEUROLOGI DASAR*. Jakarta: CV Sugeng Setyo.
- dr.George Dewanto, S., 2009. *Panduan praktis diagnosis dan tata laksana penyakit saraf*. jakarta: Penerbit buku kedokteran EGC.
- Endraswara, Suwardi 2006 *Metode,Teori,Teknik Penelitian Kebudayaan : Ideologi,epostomologi, dan Aplikasi*.Yogyakarta : Pustaka Widyatama
- Friedman, Marilyn M. (2010). *Buku ajar keperawatan keluarga : Riset, Teori dan. Praktek*. Jakarta : EGC
- Ginsberg, L., 2008. *lecture note neurologi*. jakarta: penerbit erlangga.
- Gusti, S. (2013). *Buku Ajar Keperawatan keluarga*. Jakarta: CV Trans Info Media.
- Hernilawati, S., 2013. *Konsep dan Proses Keperawatan Keluarga*. Sulawesi Selatan: Pustaka As Salam.
- Hamalding, H. (2017). HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN Quality of Life (QOL) PADA KEJADIAN STROKE. *PROMOTIF: Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 146-152.
- Hidayat, A Aziz Alimul. 2009. *Metodologi Penelitian dan Teknik Analisa Data*. Jakarta: Salemba Medika.
- Herdman, T.Hearther. Nanda Internasional Inc. *Diagnosis keperawatan: definisi & klasifikasi 2015-2017 edisi 10*.jakarta: EGC
- Ir.B.Mahendra, 2007. *Atasi Stroke dengan tanaman obat*. Jakarta: Penebar Swadaya.
- Ir.B.Mahendra, 2008. *Atasi stroke dengan tanaman obat*. Jakarta : penebar Swadaya.
- Junaidi, Iskandar, 2006; *Stroke A-Z*, PT Buana Ilmu Popular, Jakarta
- Mulyatsih, E., 2008. *Stroke : Petunjuk Perawatan Pasien Pasca Stroke di Rumah*. Jakarta: Balai Penerbit FKUI.

muttaqin, a., 2012. *pengantar asuhan keperawatan klien dengan gangguan sistem persarafan*. jakarta: salemba medika.

Organization world Stroke, W. S., 2017. WORLD STROKE DAY. *What's your reason for preventing stroke*, minggu oktober, p. 3.

Rahmah, U. D. (2015). *Hubungan Karakteristik Kepala Keluarga Dengan Rumah Sehat Di Desa Duwet Kecamatan Baki Kabupaten Sukoharjo*. Surakarta: Artikel Publikasi Ilmiah.

Sudiharto. 2007. *Asuhan Keperawatan Keluarga dengan Pendekatan Keperawatan Transtruktural*. Jakarta : EGC.

Suprajitno. 2004. *Asuhan Keperawatan Keluarga: Aplikasi dalam Praktik*. Jakrta: EGC.

Sriyanti, N. P. (2016). HUBUNGAN KESEJAHTERAAN SPIRITUAL DENGAN KUALITAS HIDUP PASIEN PASCA STROKE. *kesejahteraan spiritual*, 1-7.

Suhari, d. R. (2016). *modul perkuliahan keperawatan keluarga*. Lumajang: KSU .  
MULIA HUSADA

Wilkinson, J. m., 2015. *Buku Saku Diagnosa Keperawatan: Diagnosa NANDA, Intervensi NIC, Kriteria Hasil NOC*. Jakarta: EGC.

Yasmara, D., 2017. *Rencana Asuhan Keperawatan Medikal-Bedah: Diagnosis Nanda-1 2015-2017 Intervensi Nic Hasil Noc*. Jakarta: EGC.

Yuniar Rahmina, A. W. (2017). TINGKAT PENDIDIKAN KELUARGA TERHADAP GOLDEN HOUR PASIEN STROKE DI RSUD ULIN BANJARMASIN. *Tingkat Pendidikan Keluarga*, 68-77.

Lampiran 1

## JADWAL PENYELENGGARAAN PROPOSAL DAN KARYA TULIS ILMIAH : LAPORAN KASUS

KETERANGAN	TAHUN AKADEMIK 2017/2018																															
	OKT				NOV				DES				JAN				FEB				MAR				APR							
	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 Studi Kasus					■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Sidang Proposal																																■

KETERANGAN	TAHUN AKADEMIK 2017/2018																															
	OKT				NOV				DES				JAN				FEB				MAR				APR							
	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 Penulisan	■	■	■	■																												
Konfirmasi Penulisan	■	■	■	■																												
Konfirmasi Judul				■	■																											
Penyusunan Proposal Laporan Kasus					■	■																										
Sidang Proposal							■																									
Revisi								■																								
Pengumpulan Data									■	■	■	■	■																			
Penyusunan Laporan Kasus													■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■								
Konsul Penyusunan Laporan Kasus													■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■							
Ujian Sidang																									■							
Revisi																										■	■					
Pengumpulan Laporan Kasus																																■

FORMULIR PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN  
(INFORMED CONSENT)

Surat Persetujuan Responden Penelitian :

Nama Institusi : D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang

Surat Persetujuan Peserta Penelitian

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Inisial : M.Y.S  
Umur : 60 th  
Jenis kelamin : Perempuan  
Alamat : Jln. Haryono Gang 1 No 31 Rt 02 Rw 08 Rogotruman  
Pekerjaan : Ibu rumah tangga

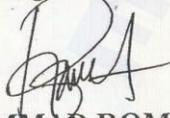
Setelah mendapatkan keterangan secukupnya serta menyadari manfaat dan risiko penelitian tersebut di bawah ini yang berjudul :

“Asuhan Keperawatan Keluarga Pasca Stroke Dengan Masalah Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik Di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotruman Kabupaten Lumajang Tahun 2018”

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

Lumajang, 31 Mei 2018

Mengetahui,  
Penanggung Jawab Penelitian



**MUHAMMAD ROMIDONI**  
NIM : 152303101059

Yang Menyetujui,  
Peserta Penelitian



(M.Y.S)

FORMULIR PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN  
(INFORMED CONSENT)

Surat Persetujuan Responden Penelitian :

Nama Institusi : D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang

Surat Persetujuan Peserta Penelitian

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Inisial : NY . M

Umur : 60 thn

Jenis kelamin : PEREMPUAN

Alamat : DESA BANJARWARU

Pekerjaan :

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

“Asuhan Keperawatan Keluarga Pasca Stroke Dengan Masalah Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik Di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotruran Kabupaten Lumajang Tahun 2018”

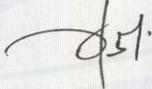
Dengan sukarela menyetujui keikutsertaan dalam penelitian di atas dengan catatan bila suatu waktu merasa dirugikan dalam bentuk apapun, berhak membatalkan persetujuan ini.

Lumajang, 31 Mei 2018

Mengetahui,  
Penanggung Jawab Penelitian

  
**MUHAMMAD ROMIDONI**  
NIM : 152303101059

Yang Menyetujui,  
Peserta Penelitian

  
(REMI ANGGRAENI)



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI  
UNIVERSITAS JEMBER

PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN KAMPUS LUMAJANG  
Jl. Brigjend. Katamso Telp. (0334) 882262, Fax. (034) 882262 Lumajang 67312  
Email: [d3keperawatan@unej.ac.id](mailto:d3keperawatan@unej.ac.id)

KEPUTUSAN KOORDINATOR PRODI D3 KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS JEMBER KAMPUS LUMAJANG

Nomor : 215 /UN25.1.14.2/ LT/2018

TENTANG

IJIN PENYUSUNAN KARYA TULIS ILMIAH

Koordinator Prodi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang, setelah menimbang pedoman menyusun Karya Tulis Ilmiah Akademi Keperawatan Pemerintah Kabupaten Lumajang, Nomor: 188.4/472/427.35.28/2015 Tanggal 20 Agustus 2015, dengan persetujuan pembimbing tanggal 15 Februari 2018

MEMUTUSKAN

Menetapkan kepada mahasiswa tersebut dibawah ini :

Nama : MUHAMMAD ROMIDONI  
Nomor Induk Mahasiswa : 152303101059  
Tempat, Tanggal Lahir : LUMAJANG, 03 FEBRUARI 1996  
Prodi : D3 Keperawatan  
Tingkat / Semester : III/VI  
Alamat : Jln Kapten Jama'ari RT/RW 08/02 Desa Jatisari-Karang Tengah,  
Kecamatan Tempeh, Kabupaten Lumajang

dijijinkan memulai menyusun Karya Tulis Ilmiah dengan judul "Asuhan Keperawatan Keluarga Pasca Stroke Dengan Masalah Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik Di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotrunan Kabupaten Lumajang Tahun 2018"

Dengan pembimbing :

1. Dwi Ocha P. S.KM

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

Ditetapkan di Lumajang,  
Pada Tanggal 07 Maret 2018

Koordinator Prodi D3 Keperawatan  
UNJED Kampus Lumajang



NURUL HAYATI, S.Kep.Ners.MM  
NIP. 19650629198703 2 008

Lumajang, 07 Maret 2018

Perihal : Permohonan penerbitan surat  
permohonan ijin pengambilan  
data \_\_\_\_\_

Yth. Koordinator Prodi D3 Keperawatan  
UNEJ Kampus Lumajang  
di -

LUMAJANG

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

Nama : MUHAMMAD ROMIDONI  
NIM : 152303101059

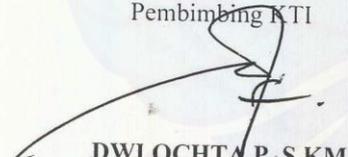
Telah mendapatkan ijin dari Pembimbing KTI saya untuk menyusun Karya Tulis Ilmiah  
dengan judul "Asuhan Keperawatan Keluarga Pasca Stroke dengan Masalah  
Keperawatan Hambatan mobilitas fisik Di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotrunan  
Kabupaten Lumajang Tahun 2018"

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon perkenan Koordinator  
Prodi D.3 Keperawatan UNEJ Kampus Lumajang untuk memberikan surat pengantar dan  
permohonan ijin untuk melakukan penelitian di institusi tersebut dibawah ini :

Nama Instansi : Puskesmas Rogotrunan Lumajang  
Alamat : Jl. Citandui No.5, Lumajang  
Waktu penelitian : Maret – Juni 2018

Demikian atas perkenannya diucapkan terima kasih.

Mengetahui :  
Pembimbing KTI

  
**DWI OHTA P. S. KM**  
NRP. 760017245

Hormat kami,  
Pemohon,

  
**MUHAMMAD ROMIDONI**  
NIM. 152303101059

## STROKE

### ➤ Pengertian Stroke

Stroke atau gangguan peredaran darah otak (GPDO) merupakan penyakit neurologis yang sering dijumpai dan harus di tangani secara dan tepat. Stroke merupakan kelainan fungsi otak yang timbul mendadak yang disebabkan karena terjadinya gangguan peredaran darah otak dan bisa terjadi pada siapa saja dan kapan saja. Menurut WHO stroke adalah adanya tanda-tanda klinik yang berkembang cepat akibat gangguan fungsi otak fokal (global) dengan gejala-gejala yang berlangsung 24 jam atau lebih yang menyebabkan kematian tanpa adanya penyebab lain yang jelas selain vaskular. Stroke merupakan penyakit yang paling sering menyebabkan cacat berupa kelumpuhan anggota gerak, gangguan bicara, proses berpikir daya ingat, dan bentuk-bentuk kecacatan yang lain sebagai akibat gangguan fungsi otak (muttaqin, 2012).

### ➤ Penyebab stroke

1. Tersumbatnya pembuluh darah di otak
2. Pecahnya pembuluh dara diotak

➤ Faktor resiko stroke

Beberapa faktor penyebab stroke antara lain :

1. Hipertensi, merupakan faktor resiko utama.
2. Penyakit kardiovaskuler-embolisme serebral berasal dari jantung.
3. Kolesterol tinggi.
4. Peningkatan hematokrit meningkatkan resiko infark serebral.
5. Diabetes melitus
6. Obesitas
7. Merokok
8. Menyalagunaan obat (khususnya kokain)
9. Konsumsi alkohol

➤ Manifestasi klinis atau tanda dan gejala stroke

1. Tiba-tiba mengalami kelemahan atau kelumpuhan separuh badan
2. Tiba-tiba hilang rasa peka
3. Bicara cadek atau pelo
4. Gangguan bicara dan bahasa

5. Gangguan penglihatan
6. Mulut moncong atau tidak simetris ketika menyeringai
7. Gangguan daya ingat
8. Nyeri kepala hebat
9. Vertigo
10. Kesadaran menurun
11. Proses kencing terganggu
12. Gangguan fungsi otak  
(muttaqin, 2012)

- Intervensi dan implementasi pada pasien dengan stroke adalah dengan melakukan ROM (range of motion) aktif maupun pasif pada sendi yang mengalami kelumpuhan atau kelemahan
- Perawatan pasien pasca stroke di rumah

#### 1. Dukngan emosional

Merupakan bentuk dukungan atau bantuan yang diberikan keluarga dalam bentuk

perhatian, kasih sayang dan simpati (House dan Kahn dalam Friedman, 2007)

## 2. Dukungan instrumental

Merupakan suatu dukungan atau bantuan penuh keluarga dalam bentuk memberikan bantuan tenaga, dana, maupun menyediakan waktu untuk melayani dan mendengarkan klien dalam menyampaikan perasaannya (House dan Kahn dalam Friedman, 2007)

## 3. Dukungan penghargaan

Merupakan suatu dukungan atau bantuan dari keluarga dalam bentuk memberikan umpan balik dan penghargaan dengan menunjukkan respon positif, yaitu dorongan atau persetujuan terhadap gagasan atau ide atau perasaan klien (House dan Kahn dalam Friedman, 2007)

## 4. Dukungan informasi

Merupakan suatu dorongan atau bantuan yang diberikan keluarga dalam bentuk memberikan saran, masukan nasehat atau

arahan, dan memberikan informasi-informasi penting yang di butuhkan klien dalam meningkatkan status kesehatannya (House dan Kahn dalam friedman, 2007)

(siti, 2016)

➤ ROM (range of mostion)

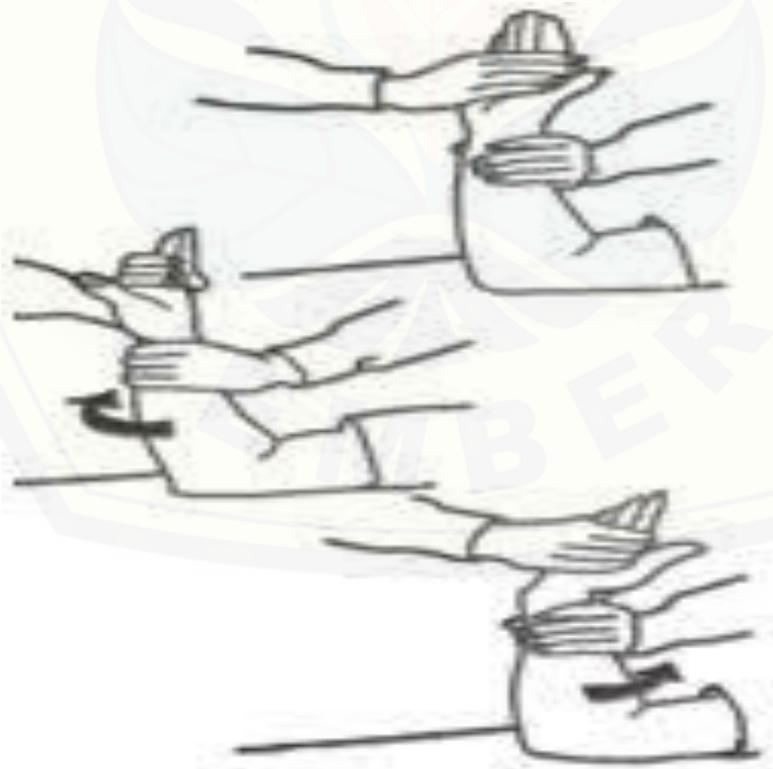
1. Fleksi dan ekstensi pergelangan tangan



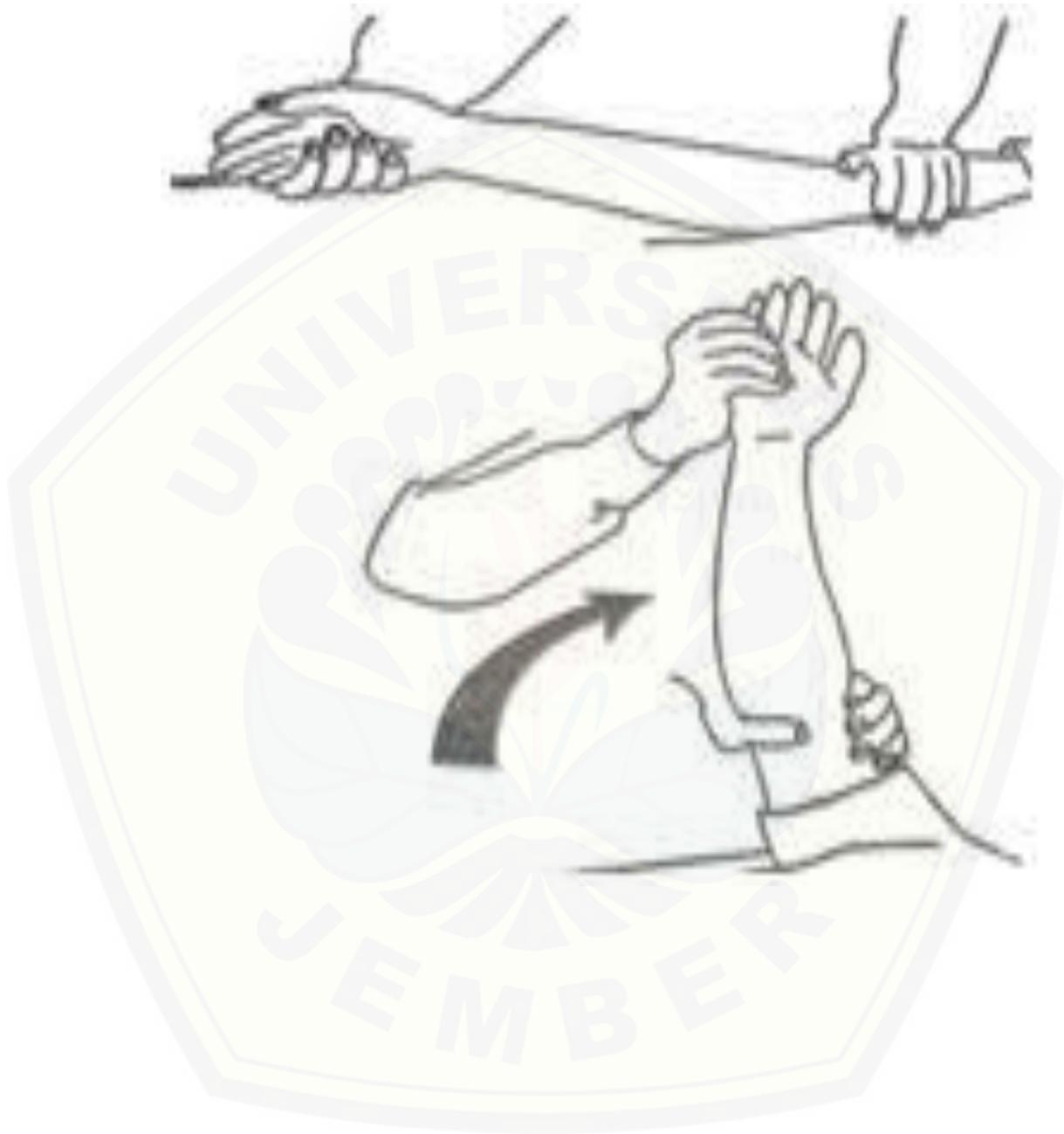
## 2. Fleksi dan ekstensi siku



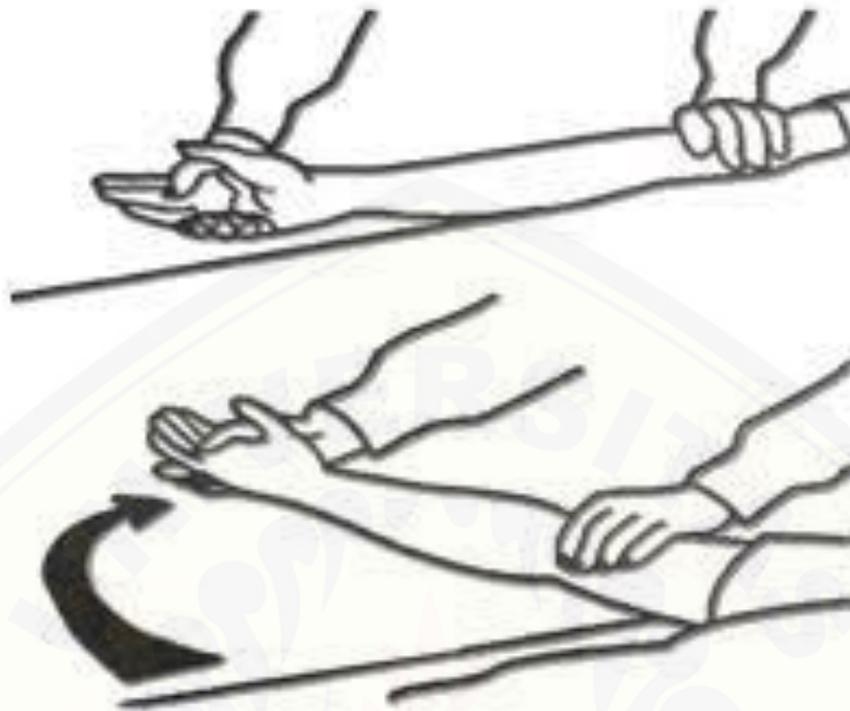
## 3. Pronasi dan supinasi lengan bawah



#### 4. Pronasi fleksi bahu



### 5. Abduksi dan adduksi bahu



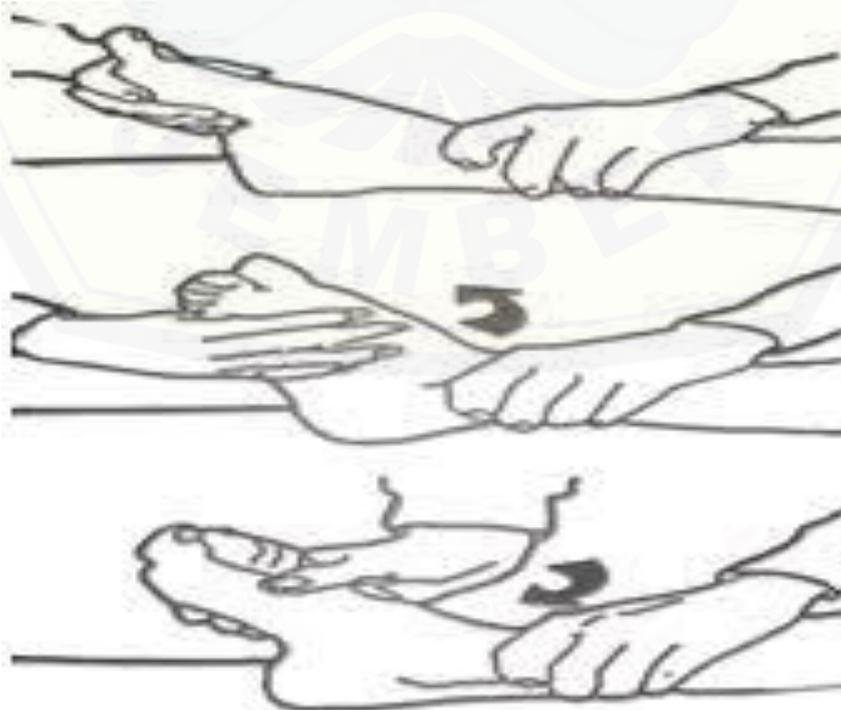
### 6. Rotasi bahu



### 7. Fleksi dan ekstensi jari kaki



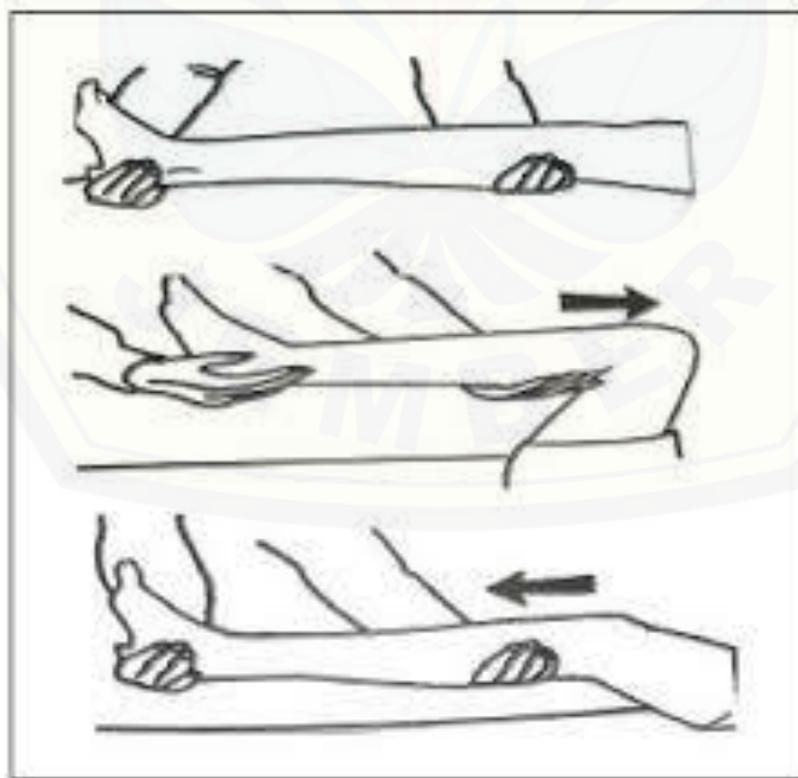
### 8. Inversi dan eversi kaki



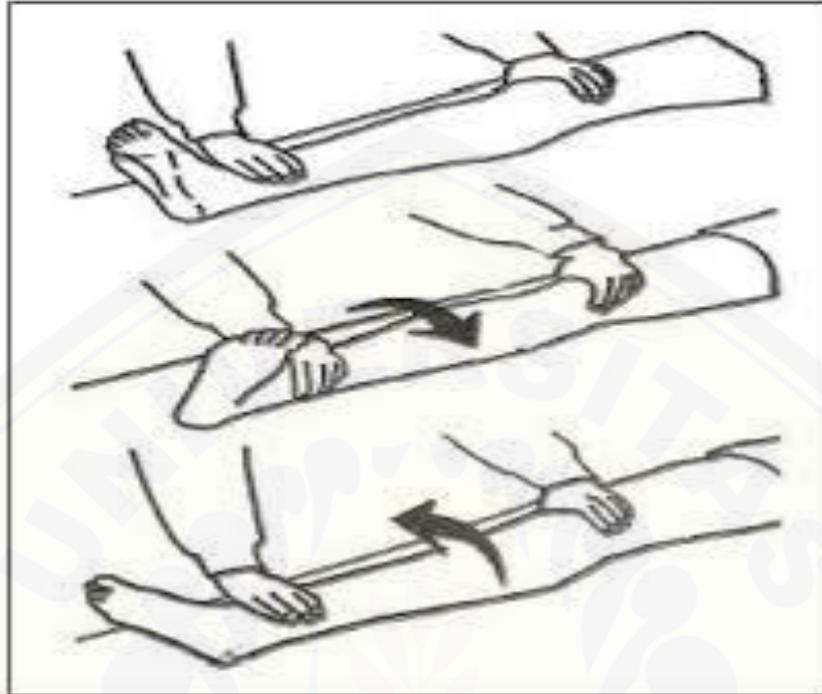
### 9. Fleksi dan ekstensi pergelangan kaki



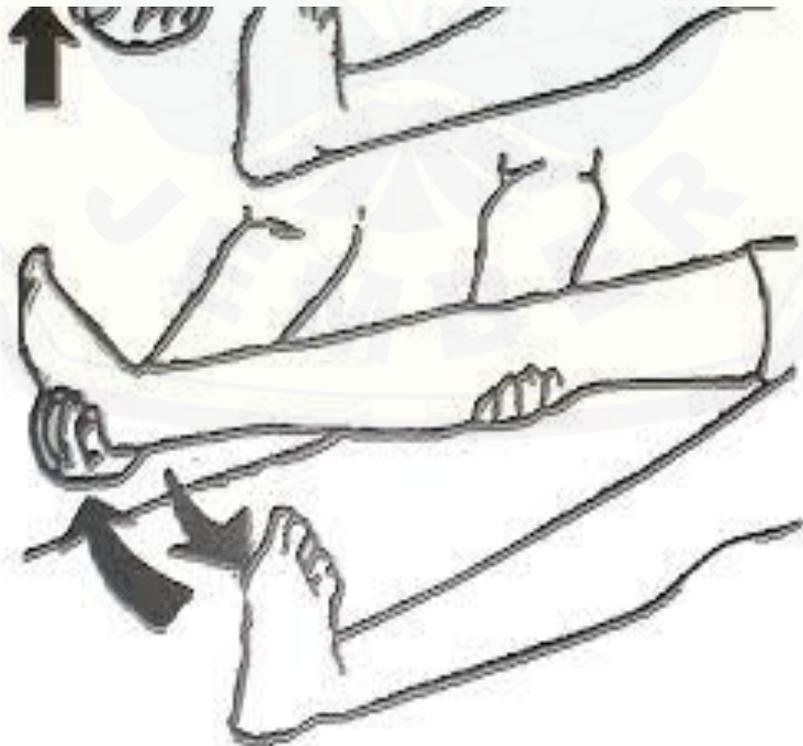
### 10. Fleksi dan ekstensi lutut



### 11. Rotasi pangkal paha



### 12. abduksi dan adduksi pangkal paha

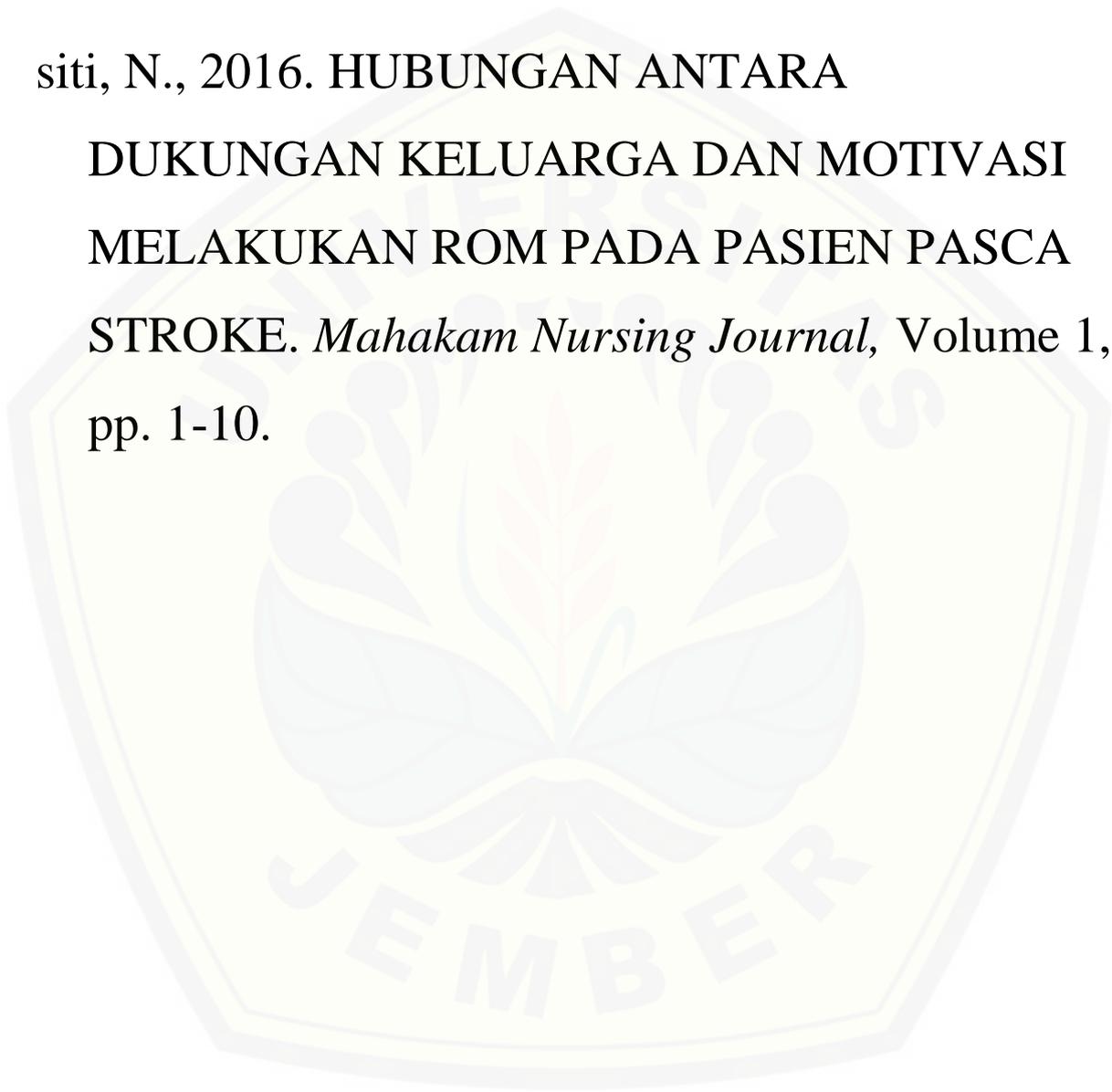


## Daftar pustaka

muttaqin, a., 2012. *pengantar asuhan keperawatan klien dengan gangguan sistem persarafan.*

jakarta: salemba medika.

siti, N., 2016. HUBUNGAN ANTARA DUKUNGAN KELUARGA DAN MOTIVASI MELAKUKAN ROM PADA PASIEN PASCA STROKE. *Mahakam Nursing Journal*, Volume 1, pp. 1-10.



	<b>FORMULIR</b>	No. Dok. : Berlaku Sejak : Revisi :
<p><b>LOG BOOK PENYUSUNAN KARYA TULIS ILMIAH MAHASISWA</b></p>		

**LOG BOOK PENYUSUNAN KTI  
MAHASISWA D3 UNEJ KAMPUS LUMAJANG**

**NAMA MAHASISWA** : MUHAMMAD KOMUDOTTI  
**NIM** : 1523101059  
**PROGRAM STUDI** : D3 Keperawatan UTJG Kampus Lumajang  
**JUDUL KARYA TULIS ILMIAH** : Analisis Keperawatan keluarga Para Stroke dengan Masalah keperawatan Hambatan Mobilitas fisik

**TAHAP PENULISAN KTI**

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
1.	22/2019 /2	Judul	Analisis Keperawatan keluarga stroke dengan masalah Keperawatan Hambatan Mobilitas fisik		
2.	11/2019 /4	Konsep BAB 1	Masalah pada bab 1 Kurang Mengetahui / Kurang Speer File		

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
3.	27/2017 A	kenal BAB I & BAB II	Bab I: Harus lebih di kembangkan lagi dan pada masalah keperawatan yang di amint Bab II: Penataan lebih di perbaiki lagi dan konsep penakit kemudian konsep keluarga		
4.	10/2017	kenal BAB III	penataan juluan dan penomeran di perbaiki dan semua paragraf di rubah kin		
5.	5/2018	Penulisan bab I	- Penomeran & digit 2.1 konsep penakit 2.2 konsep keluarga 2.1.1 2.1.1.1		
6.	6/2018	Bab. II Intervensi stroke → BAB I	Memahami main title Fiab → Intervensi: bisa di lakukan keluarga ACC → perlu perbaikan skala Data/ Angka kejadian stroke → gp ke PKM Rogo/ Sukso		
7.	7/2018	BAB II BAB III BAB I	ACC Batasan istilah → kata kunci/penulisan → Aspek keluarga → stroke → Hambarau Molintas Fuite Batasan karabentab		

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	
8.	8/2018 /2	Bab 3	Att - perancangan biday mungga depan - ppt + hand kover proposal		
9.	9/2018 /2		Att belay proposal laporan		
10.	26/2018 /2		Att Revisian biday proposal		
11.	25/2018 /6	Konsep BAB 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ tambahan pemeri keanu reflekt</li> <li>→ pembaruan → fakta, teori, opini</li> <li>→ tambahan teori pada subbab</li> <li>→ pembaruan laungny di bawah paykora</li> </ul>		
12.	26/2018 /6		<ul style="list-style-type: none"> <li>→ intervensi harus pnykora dengan</li> <li>→ spaxat</li> <li>→ perbaiki tata penulisan pembaruan</li> </ul>		
13.	23/2018 /6	Bab. 1, II, III, IV, V	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ pnykora menggunakan IMRAD</li> <li>→ setiap teori harus di berikan</li> <li>→ referensi</li> <li>→ motto diambil dari buku / Al. Quran</li> <li>→ pembaruan tidak terlen berbelit- belit</li> </ul>		

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	
14	09/2018 /6	Konkul cover. Bab 1, II, III, IV, V	ACC sedang KTI - print & diinputkan.		
15	9/2018 /7	Konkul Bab 1, 4 & 5 parca sidang	Revisi sudah di perbaiki ACC - print - gilib		
16	10/2018 /7	Konkul parca sidang KTI	revisi baru		
17.	11/2018 /7	Konkul parca sidang KTI 1, 2, 3, 4	revisi baru Bab 1, 2, 3 Acc di inputkan		
18	12/2018 /7	Konkul parca sidang KTI Bab 2 & 3	Acc siap di new		
19	12/2018 /7	Konkul KTI parca sidang	acc -		

