

KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA PADA Tn.M KHUSUSNYA
PADA Ny.F DENGAN STROKE NON HEMORAGIK
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS
FAKFAK KOTA

*Sebagai salah satu syarat dalam
menyelesaikan Ujian Akhir Diploma III
Keperawatan Fakfak*



OLEH :

Nama : Soteria Y Engkesa
Nim : 81447219036

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES SORONG
PRODI D-III KEPERAWATAN FAKFAK
TAHUN AKADEMIK 2022

LEMBAR PERSETUJUAN

**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA PADA Tn.M KHUSUSNYA
PADA Ny.F DENGAN STROKE NON HEMORAGIK
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS
FAKFAK KOTA**

Telah disetujui untuk dipertahankan didepan Panitia Ujian Karya Tulis Ilmiah
Untuk Memenuhi Persyaratan Menyelesaikan

Program Diploma III Keperawatan

Menyetujui Pembimbing

Pembimbing I



Santoso Budi Rohayu, S.KM, M.kes, M.Th
NIP:196506281991031006

Pembimbing II



Meriam C. Hukubun, S.KM
Nip.919910106201701201

Mengetahui

Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan Fakfak



Yehud Maryen SKM, MPH.
NIP. 196407241989031015

LEMBAR PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH (KTI)

Yang Bertanda Tangan Di Bawah Ini Menyatakan Bahwa Karya Tulis Ilmiah
yang berjudul :

**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA PADA Tn.M KHUSUSNYA
PADA Ny.F DENGAN STROKE NON HEMORAGIK
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS
FAKFAK KOTA**

Dipersiapkan dan disusun oleh :

SOTERIA Y. ENGKESA

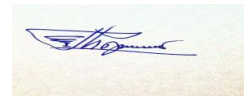
NIM: 81447219036

Telah dipertahankan di depan dewan penguji pada tanggal
dan dinyatakan memenuhi syarat untuk diterima

Penguji

Tanda Tangan

1. Bacharudin Rohromana, S.Kep.MPd. Ked
NIP.19760721199931010
2. Santoso Budi Rohayu S.KM, M.kes, M.Th
NIP: 196506281991031006
3. Meriam C.Hukubun S.KM
NIP. 919910106201701201



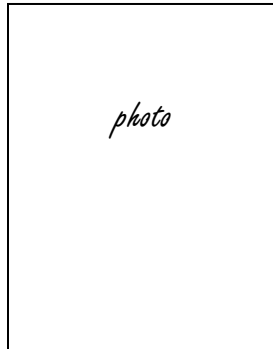
Mengetahui

Ketua Prodi D-III Keperawatan Fakfak



Yehud Maryen, SKM, MPH.
NIP. 196407241989031015

RIWAYAT HIDUP



I. IDENTITAS

Nama	: Soteria Y. Engkesa
Nim	: 81447219036
Tempat/tanggal lahir	: Benjina, 10 Juli 2000
Jenis kelamin	: Perempuan
Agama	: Kristen Protestan
Suku/Bangsa	: Maluku/Indonesia
Anak Ke	: Pertama
Alamat	: Jln. Imam Bonjol
Status	: Belum menikah

II. RIWAYAT PENDIDIKAN

1. SD KRISTEN BENJINA (2008-2013)
2. SMP NEGERI 5 BENJINA (2013-2015)
3. SMA NEGERI 5 BENJINA (2015-2018)
4. PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN FAKFAK (2019-2022)

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

MOTTO

“Karena masa depan sungguh ada, dan harapanmu

Tidak akan hilang”

PERSEMBAHAN

1. Karya tulis ilmiah ini ku persembahkan untuk kedua orang tua yang terbaik sepanjang masa Bapak Johan Engkesa dan Ibu Sintje Nada, dan adikku Marcell Alberto Engkesa, serta seluruh keluarga besar Nada Engkesa, yang selalu dan senantiasa mendoakan dan memberikan motivasi selama ini.
2. Adikku yang paling cantik sedunia Risye Siante Engkesa yang selalu memberikan support dan saran untuk selalu belajar dan selalu mengingatkan untuk terus mengandalkan Tuhan dalam setiap proses.
3. My bestie Ris, Bal, Tasya, Lisa, Salma, Rahma, dan Dian yang selalu menemani, bersama disaat susah, senang, bersama-sama.
4. Marlen Matruty yang menemani selalu memberikan motivasi yang selalu menemani dan bersama selama ini.
5. Angkatan VIII terima kasih untuk kebersamaan selama 3 tahun ini serta dukungan dari teman-teman

KATA PENGANTAR

Puji syukur patut dipanjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa atas berkat dan kasih karia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini sebagai salah satu persyaratan dalam menyelesaikan Pendidikan Program Studi Diploma III Keperawatan Fakfak Politeknik Kesehatan Sorong.

Adapun judul karya tulis ilmiah ini adalah “Asuhan keperawatan keluarga Ny. F dengan stroke di Jalan Ki Hajar Dewantara wilayah kerja Puskesmas Kota Kabupaten Fakfak”. Dalam penulisan karya tulis ilmiah ini penulis menyadari tidak terlepas dari hambatan yang ada dari awal penulisan hingga akhir penulisan karya tulis ilmiah ini. Namun, atas berkat, bimbingan, serta petunjuk dan nasehat yang diberikan dari berbagai pihak akhirnya penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini tepat pada waktunya. Untuk itu pda kesempatan ini penulis mengucapkan banyak terima kasih kepada.

1. Ibu Ariani Pongoh, S.St, M.Kes sebagai direktur Poltekes Kemenkes Sorong
2. Bapak Yehud Maryen, SKM, MPH sebagai Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan Fakfak.
3. Bapak Santoso Budi Rohayu, SKM, M.Kes selaku pembimbing I yang telah membimbing, memberikan masukan dan saran yang bersifat membangun dalam karya tulis ilmiah.

4. Ibu Meriam C Hukubun, SKM selaku pembimbing II yang telah memberikan banyak masukan dan saran yang bersifat membangun dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah ini
5. Para staf dosen pengajar yang memberikan bimbingan dan pengajaran selama penulis mengikuti pendidikan selama 3 tahun ini.
6. Ny. F dan keluarga yang telah membantu dan kooperatif selama dilakukannya tindakan asuhan keperawatn.
7. Semua pihak, keluarga dan semua teman-teman angkatan VIII yang selalu memberikan motivasi dan support kepada penulis dalam menyusun karya tulis ilmiah ini.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini masih banyak kekurangan danperluh penyempurnaan. Oleh karena itu semua saran, kritikan dan usulan yang bersifat membangun sangat diharapkan penulis untuk menyempurnakan karya tulis ilmiah ini.

Fakfak, 5 Juli 2022

Soteria Y. Engkesa

DAFTAR ISI

Lembar judul	i
Lembar persetujuan.....	ii
Lembar pengesahan	iii
Riwayat hidup.....	iv
Motto dan persembahan	v
Kata pengantar.....	vii
Daftar isi.....	xi
Daftar tabel.....	xii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar belakang.....	1
B. Rumusan masalah.....	2
C. Tujuan penulisan	2
D. Manfaat penulisan	4
E. Sistematika penulisan	4
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	6
A. Konsep medis.....	6
1. Definisi	6
2. Etiologi	7
3. Patofisiologi	9

4. Manifestasi klinis	9
5. Pemeriksaan penunjang	10
6. Penatalaksanaan	11
7. Komplikasi.....	13
B. Konsep asuhan keperawatan	14
1. Pengkajian	14
2. Diagnosa keperawatan	23
3. Intervensi	24
4. Implementasi	29
5. Evaluasi.....	29
C. Konsep keluarga.....	29
1. Definisi keluarga	29
2. Karakteristik keluarga.....	30
3. Tipe keluarga.....	30
4. Struktur keluarga	32
5. Peran keluarga.....	33
6. Fungsi keluarga	34
7. Tahap-tahap perkembangan keluarga dan tugas keluarga	35
8. Ciri ciri keluarga	37
9. Tugas keluarga di bidang kesehatan keluarga.....	37
10. Pemegang kekuasaan keluarga	39
11. Dimensi dasar struktur keluarga.....	39

D. Konsep asuhan keperawatan keluarga.....	41
1. Pengkajian keluarga.....	41
2. Klasifikasi data	45
3. Analisa data.....	45
4. Diagnosa	45
5. Intervensi	48
6. Implementasi	51
7. Evaluasi	51
BAB III TINJAUAN KASUS	53
A. Pengkajian.....	53
B. Klasifikasi data.....	72
C. Diagnosa keperawatan.....	73
D. Rencana asuhan keperawatan keluarga	77
BAB IV PEMBAHASAN	88
A. Pengkajian.....	88
B. Diagnosa	89
C. Intervensi dan implementasi	91
D. Evaluasi	94
BAB V PENUTUP	96
A. Kesimpulan.....	96
B. Saran	97
DAFTAR PUSTAKA	

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Intervensi	24
Tabel 2.2 Skoring keperawatan	47
Tabel 3.1 Daftar anggota keluarga.....	53
Tabel 3.2 Klasifikasi data.....	72
Tabel 3.3 Analisa data	73
Tabel 3.4 Skoring mobilitas fisik	75
Tabel 3.5 Skoring resiko jatuh	76
Tabel 3.6 Rencana asuhan keperawatan keluarga	91

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Stroke Iskemik atau Non-Hemoragik merupakan stroke yang disebabkan oleh suatu gangguan peredaran darah otak berupa obstruksi atau sumbatan yang menyebabkan hipoksia pada otak dan tidak terjadi perdarahan (AHA, 2019).

Menurut (Wijaya dan putri 2013: Juan Ngebung 2019) Stroke non hemoragik adalah stroke yang disebabkan karena penyumbatan pembuluh darah di otak oleh thrombosis maupun emboli sehingga suplai glukosa dan oksigen ke otak berkurang dan terjadi kematian sel atau jaringan otak yang disuplai.

Menurut WHO tahun 2014, jumlah penderita stroke per individu berdasarkan jenis kelamin yaitu, perempuan berusia 18-39 diperkirakan sebanyak 2,3% dan usia 40-69 sebanyak 3,3%. Sedangkan laki-laki yang usianya 18-39 diperkirakan sebanyak 2,4% dan usia 40-69 diperkirakan sebanyak 2,9%.

(Risikesdas, 2018). Daerah istimewa Yogyakarta menempati posisi kedua sebanyak (14,5%) dari hasil penelitian, didapatkan 21,6% sebagai penyebab pertama kematian yaitu penyakit pembuluh darah pada otak. Angka kejadian stroke non hemoragik yang ada di RSUD Nyi Ageng Serang terdapat 9 kasus dibulan Maret 2021. (Sulisyawati, 2020)

Menurut Ronny Risa Massu, (2020), penyakit (Katakstrofik) pemegang rekor di Papua Barat dengan jumlah kasus stroke pada Tahun 2019 sebanyak 5.180

kasus, pada kasus ini banyak terserang orang yang dalam proses menua pada usia 54-60 tahun.

Menurut Halodok tahun 2020 penderita stroke sekarang bukannya pada orang di usia lanjut, tetapi sekarang stroke bisa juga menyerang usia 20-45 tahun. Pria lebih berisiko terserang stroke daripada perempuan karena faktor hormonal dan gaya hidup. (Halodok 2020)

Berdasarkan data Dinas Kesehatan Kabupaten Fakfak, bulan Januari sampai dengan bulan Desember tahun 2021 menjelaskan bahwa jumlah penderita stroke sebanyak 2 orang. (Dinas Kesehatan 2021)

Kejadian stroke di Puskesmas Fakfak Kota, pada tahun 2021 dari jumlah pasien yang telah dirawat tercatat sekitar 39 penderita stroke (Kabupaten Fakfak periode 2021).

Berdasarkan latar belakang diatas penulis tertarik untuk melihat penyakit stroke yang sekarang ini lebih menyerang usia diatas 20-45 tahun, maka penulis tertarik membuat Karya Tulis Ilmiah dengan judul “STROKE NON HEMORAGIK pada Ny.F di wilayah kerja Puskesmas Fakfak Kota”

B. Perumusan masalah

Sebagaimana yang telah diuraikan pada latar belakang, maka rumusan masalah pada penulisan ini adalah : bagaimana asuhan keperawatan pada Ny. F dengan Stroke non hemoragik di wilayah kerja Puskesmas Fakfak Kota?

C. Tujuan penulisan

1. Tujuan umum

Tujuan umum karya tulis ilmiah ini adalah dapat memberikan gambaran tentang penerapan asuhan keperawatan keluarga Tn. M khususnya pada Ny. F dengan stroke non hemoragik di wilayah kerja Puskesmas Fakfak Kota

2. Tujuan khusus

Setelah penulis mendapat gambaran dan pengetahuan asuhan keperawatan dengan kasus stroke, diharapkan penulis mampu:

- a. Melakukan pengkajian keperawatan data baik secara Anamnese (wawancara) observasi dan pemeriksaan fisik dan penunjang yang dibutuhkan untuk menilai keadaan pada klien Ny. F dengan kasus stroke non hemoragik.
- b. Merusmuskan diagnosa keperawatan keluarga Tn. M khususnya pada Ny. F dengan stroke non hemoragik di wilayah kerja Puskesmas Kota.
- c. Merencanakan tindakan/intervensi keperawatan keluarga Tn. M khususnya pada Ny. F dengan stroke non hemoragik di wilayah kerja Puskesmas Kota.
- d. Melaksanakan implementasi keperawatan keluarga Tn. M khususnya pada Ny. F dengan stroke non hemoragik di wilayah kerja Puskesmas Kota.

- e. Melakukan evaluasi keperawatan keluarga Tn. M khususnya pada Ny. F dengan stroke non hemoragik di wilayah kerja Puskesmas Kota.

D. Manfaat penulisan

Hasil karya tulis ilmiah pendidikan

1. Bagi peneliti

Meningkatkan pengetahuan penulis dalam menangani klien dengan stroke, sebagai persyaratan menyelesaikan pendidikan Diploma III Keperawatan

2. Bagi lahan praktek

Sebagai referensi dan panduan dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien Stroke

3. Bagi perkembangan ilmu keperawatan

Hasil karya tulis ilmiah dapat memberikan masukan bagi perkembangan profesi keperawatan pada klien dengan kasus Stroke

E. Sistematika penulisan

Untuk mendapatkan gambaran yang jelas dalam penulisan ini, maka penulis menyusunnya dalam beberapa bab.

1. BAB I Pendahuluan

Berisi tentang:

- a. Latar belakang
- b. Rumusan masalah

- c. Tujuan penulisan
- d. Manfaat penulisan
- e. Sistematika penulisan

2. BAB II Tinjauan Pustaka

Berisi tentang:

- a. Konsep dasar medik stroke non hemoragik
- b. Konsep dasar asuhan keperawatan dengan penyakit stroke non hemoragik

3. BAB III Tinjauan Kasus

Berisi tentang:

- a. Pengkajian
- b. Diagnosa keperawatan
- c. Intervensi
- d. Implementasi
- e. Evaluasi

4. BAB IV Pembahasan

Berisi tentang:

Masalah atau kesenjangan yang ditemukan antara konsep teori dan kasus yang nyata dari pengkajian sampai evaluasi

5. BAB V Penutup

Berisi tentang:

- a. Kesimpulan
- b. Saran

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep medik

1. Definisi

Stroke non hemoragik merupakan sindroma klinis sebagai akibat dari gangguan vaskuler menurut (Smlester & Bare 2021) menyatakan bahwa pada waktu stroke, aliran darah ke otak terganggu sehingga terjadinya iskemia yang berakibat kurangnya aliran glukosa, oksigen dan bahan makanan lainnya ke sel otak.

Stroke non hemoragik atau infark dalah cedera otak yang berkaitan dengan obstruksi aliran darah otak terjadi akibat pembentukan trombus di arteri cerebrum atau embolis yang mengalir ke otak dan tempat lain tubuh (Padila,2012). Stroke non hemoragik merupakan proses terjadinya iskemia akibat emboli dan trombosis serebral biasanya terjadi setelah lama beristirahat, baru bangun tidur atau di pagi hari dan tidak terjadi perdarahan. Namun terjadi iskemia yang menimbulkan hipoksia dan selanjutnya dapat timbul edema sekunder (Muttaqin,2008). Stroke Iskemik atau Non-Hemoragik merupakan stroke yang disebabkan oleh suatu gangguan peredaran darah otak berupa obstruksi atau sumbatan yang menyebabkan hipoksia pada otak dan tidak terjadi perdarahan (AHA, 2015). Stroke Iskemik atau non-hemoragik merupakan stroke yang disebabkan karena terdapat sumbatan yang disebabkan

oleh trombus (bekuan) yang terbentuk di dalam pembuluh otak atau pembuluh organ selain otak. (Sylvia, 2019, dalam, & Latifa, 2020)

2. Etiologi

Penyebab stroke yaitu menurut (R, 2019)

a. Hipertensi

Hipertensi merupakan faktor utama penyebab terjadinya stroke. Tekanan darah yang melebihi batas normal dapat mempercepat pengerasan pembuluh darah arteri dan menyebabkan penghancuran lemak pada sel otot polos sehingga mempercepat proses aterosklerosis.

b. Trombosit serebral ditemukan pada 40% dari semua kasus yang telah dibuktikan oleh ahli patologi, biasanya ada kaitannya dengan kerusakan lokal dinding pembuluh darah akibat aterosklerosis

c. Emboli serebri

Emboli serebri termasuk urutan kedua dari berbagai penyebab utama stroke. Kebanyakan emboli serebri berasal dari suatu trombus dalam jantung sehingga masalah yang dihadapi sesungguhnya merupakan perwujudan penyakit jantung

d. Hiperlipedemia

Hiperlipedemia merupakan suatu terjadi keadaan terjadinya peningkatan kolesterol dan trigliserida diatas batas normal. Peningkatan kolestrol serum yang terjadi, terutama mencerminkan peningkatan *kolestrol low density lipoprotein*. LDL merupakan lipoprotein yang memiliki kandungan

kolesterol tertinggi dibandingkan lipoprotein yang lain. kolesterol berlebihan dalam darah dapat membentuk plak pada dinding pembuluh darah sehingga menyebabkan penyempitan lumen yang dinamakan aterosklerosis.

3. Patofisiologi

Infrak serebral adalah berkurangnya suplai darah ke area tertentu di otak. Luasnya infrak bergantung pada faktor-faktor seperti lokasi dan pembuluh darah yang tersumbat. Suplai darah ke otak dapat berubah (makin lambat atau cepat) pada gangguan lokal (thrombus, emboli, perdarahan dan spasme vaskuler) atau oleh karena gangguan umum (hipoksia karena gangguan paru dan jantung). Atherosklerotik sering/cenderung sebagai faktor penting terhadap otak, thrombus dapat berasal dari plak arterosklerotik, atau darah dapat beku pada area yang stenosis, di mana aliran dapat lambat atau terjadi turbulensi. Thrombus dapat pecah dari dinding pembuluh darah terbawa sebagai emboli dalam aliran darah. Thrombus mengakibatkan; iskemia jaringan otak yang disuplai oleh pembuluh darah yang bersangkutan dan edema dan kongesti disekitar area. Area edema ini menyebabkan disfungsi yang lebih besar dari pada area infrak itu sendiri. Edema dapat berkurang dalam beberapa jam atau kadang-kadang sesudah beberapa hari. Dengan berkurangnya edema pasien mulai fatal, jika tidak terjadi perdarahan masif. (Sulisyawati, 2020)

Oklusi pada pembuluh darah serebral oleh embolus yang menyebabkan edema dan nekrosis diikuti thrombosis. Jika terjadi septik infeksi akan meluas pada dinding pembuluh darah maka akan terjadi abses atau ensefalitis, atau jika sisa

infeksi berada pada pembuluh darah yang tersumbat menyebabkan dilatasi aneurisma pembuluh darah. Hal ini akan menyebabkan dilatasi aneurisma pembuluh darah. Hal ini akan menyebabkan perdarahan cerebral, jika aneurisma pecah atau rupture. Perdarahan pada otak lebih disebabkan oleh rupture arteriosklerotik dan hipertensi pembuluh darah. Perdarahan intra serebral menyebabkan kematian dibandingkan dari keseluruhan penyakit cerebro vaskuler, karena perdarahan yang luas terjadi destruksi massa otak, peningkatan tekanan intrakranial menyebabkan herniasi otak.. (Sulisyawati, 2020)

Jika sirkulasi serebral terlambat, dapat berkembang anoksia serebral dapat reversibel untuk jangka 4-6 menit. Perubahan irreversible bila anoksia lebih dari 10 menit. Anoksia serebral dapat terjadi oleh karena gangguan yang bervariasi salah satunya henti jantung (Sulisyawati, 2020)

4. Manifestasi Klinis

Menurut (Smeltzer dan Bare, 2021 dalam Juan Nggebung 2019) stroke menyebabkan berbagai deficit neurologic, gejala muncul akibat daerah otak tertentu tidak berfungsi akibat terganggunya aliran darah ke tempat tersebut, bergantung pada lokasi lesi (pembuluh darah mana yang tersumbat), ukuran area yang perfusinya tidak adekuat, dan jumlah aliran darah kolateral (sekunder atau aksesori). Gejala tersebut antara lain:

- a. Umumnya terjadi mendadak, ada nyeri kepala
- b. Mulut tidak simetris, lidah mencong jika diluruskan

- c. Kehilangan komunikasi
- d. Gangguan persepsi
- e. Perubahan kemampuan kognitif dan efek psikologis
- f. Disfungsi kandung kemih

5. Pemeriksaan penunjang

Menurut (Wijaya, 2018, dalam, R, Akbar, & Fauzan, 2021)

Pemeriksaan pada pasien stroke non hemarogik antara lain:

- a. Angiografi serebral

Menentukan penyebab stroke secara spesifik seperti pendarahan

- b. *Single photon emission computed tomography* (SPECT)

Untuk mendeteksi luas dan abnormal dari otak yang juga mendeteksi, melokalisasi dan mengukur stroke (sebelum Nampak oleh pemindaian CT Scan).

- c. *CT Scan*

Pemindaian ini memperlihatkan secara spesifik letak edema posisi hematoma adanya jaringan otak yang infrak atau iskemik dan posisinya secara pasti.

- d. *Magnetic imaging resonanc*

Menggunakan gelombang magnetic untuk menentukan posisi dan besarnya terjadi pendarahan otak. Hasil yang didapatkan area yang mengalami lesi yang infrak akibat dari hemarogik.

e. EEG (Elektroensefalogram)

Pemeriksaan ini bertujuan untuk melihat masalah yang timbul dan dampak dari jaringan yang infrak sehingga menurunnya inplus jaringan otak.

f. Sinar X tengkorak

Menggambarakan perubahan kelenjar *lempeng*, pineal daerah yang berlawanan dari masa luas, klasifikasi karotis interna yang terdapat pada trobus serebra. Klasifikasi parsial dinding, aneurisma pada pendarahan *sub arachnoid*.

6. Penatalaksanaan

Menurut penelitian (Styopranoto, 2017) penatalaksanaan pada pasien non hemoragik adalah sebagai berikut:

a. Penatalaksanaan umum

1) Pada fase akut

- a) Letakan kepala pasien pada posisi 30° , kepala dan dada pada satu bidang; ubah posisi tidur setiap 2 jam; mobilisasi dimulai bertahap bila hemodinamik sudah stabil.
- b) Bebaskan jalan nafas, beri oksigen 1-2 liter/menit sampai dapat hasil gas analisa gas darah. Jika perlu, dilakukan intubasi.
- c) Demam diatasi dengan kompres dan antipiretik, kemudian dicari penyebabnya; jika kandung kemih penuh, dikosongkan (sebaiknya dengan kateter intermiten).

- d) Pemberian nutrisi dengan cairan isotonik, stroke berisiko terjadinya dehidrasi karena penurunan kesadaran atau mengalami disfagia.
- e) Penurunan tekanan darah maksimal adalah 20% dan obat yang direkomendasikan yaitu natrium nitroprusid, penyakit *reseptor alfabeta*, penyakit *Angiotensin converting enzyme* (ACE), atau antagonis kalsium.

2) Fase Rehabilitas

- a) Pertahankan nutrisi yang adekuat.
- b) Program manajemen *Bladder* dan *bowel*.
- c) Mempertahankan keseimbangan tubuh dan rentang gerak sendi *range of motion* (ROM).
- d) Pertahankan integritas kulit.
- e) Pertahankan komunikasi yang efektif
- f) Pemenuhan kebutuhan sehari-hari.

b. Penatalaksanaan medis

1) Terapi farmakologi

Terapi farmakologi yang digunakan pada pasien stroke non hemoragik yaitu:

a) Fibrinolitik/trombolitik

Golongan obat ini digunakan sebagai terapi reperfusi untuk mengembalikan perfusi darah yang terhambat pada serangan stroke akut.

b) Antikoagulan

Terapi ini digunakan untuk untuk mengurangi pembekuan darah dan mengurangi emboli.

c) Antiplatelet

Golongan obat digunakan pada pasien stroke untuk pencegahan stroke ulangan dengan mencegah terjadinya agregasi platelet.

Antihipertensi.

7. Komplikasi

Berikut ini beberapa dampak stroke (Dharma, 2018)

a. Kelumpuhan atau kelemahan ekstremitas (hemiplegia/hemiparese)

Kelumpuhan terjadi pada bagian ekstremitas. Kelemahan sebagian ekstremitas terjadi karena kerusakan area motoric korteks serebral yang mempersarfi ekstremitas. Kerusakan pada otak kiri menyebabkan kelemahan pada ekstremitas sebelah kanan.

b. Kehilangan rasa separuh badan

Serangan stroke dapat menyebabkan kehilangan rasa pada rasa sebagian anggota badan.

c. Gangguan penglihatan

Stroke dapat menyebabkan gangguan penglihatan seperti gangguan penglihatan pandang, dimana pasien tidak dapat melihat separuh dari pandangnya. Jika pasien mengalami kelemahan ekstremitas sebelah kiri, biasanya juga mengalami penurunan lapang pandang sebelah kiri.

d. Aphasia dan disatria

Serangan stroke menyebabkan pasien mengalami kesulitan berbicara cadel, tetapi masih bisa memahami apa yang dibicarakan orang lain. Namun ada juga pasien yang mengalami kesulitan berbicara sekaligus kesulitan memahami apa yang dibicarakan orang lain

e. Kesulitan menelan (dysphagia)

Kesulitan menelan disebabkan oleh kerusakan saraf yang mengendalikan gerakan otot menelan. Pasien dengan gangguan menelan dapat mengalami aspirasi akibat masuknya makanan atau minuman ke saluran pernafasan.

f. Berkurangnya kemampuan kognitif

Serangan stroke dapat menyebabkan pasien untuk memfokuskan sesuatu. Terkadang pasien juga mengalami penurunan memori.

B. Konsep asuhan keperawatan

1. Pengkajian

a. Identitas klien

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan jam, diagnosa medis.

b. Keluhan utama

Biasanya didapatkan kelemahan anggota gerak sebelah badan, bicara pelo, dan tidak dapat berkomunikasi.

c. Riwayat penyakit sekarang

Serangan stroke sering kali terjadi berlangsung sangat mendadak, pada saat klien sedang melakukan aktivitas biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah, bahkan kejang sampai tidak sadar, di samping gejala kelumpuhan separoh badan atau gangguan fungsi otak yang lain.

d. Riwayat penyakit dahulu

Ada riwayat hipertensi, diabetes mellitus, penyakit jantung, anemia riwayat trauma kepala, kontrsepsi oral yang lama, penggunaan obat-obat anti koagulan, aspirin, obat adiktif.

e. Riwayat penyakit keluarga

Biasanya ada keluarga yang menderita penyakit hipertensi dan diabetes militus.

f. Pengkajian psikospiritual

Pengkajian psikologis psikologis klien stroke meliputi beberapa dimensi yang mungkin perawat untuk memperoleh persepsi yang jelas mengenai status emosi, kognitif dan perilaku klien. Pengkajian mekanisme koping yang digunakan klien juga penting untuk menilai respon emosi klien terhadap penyakit yang dideritannya dan perubahan peran klien dalam keluarga dan masyarakat serta respon atau pengaruhnya dalam kehidupan sehari-harinya, baik dalam keluarga maupun masyarakat.

g. Pemeriksaan fisik

1) Kesadaran

Biasanya pada pasien stroke mengalami tingkat kesadaran pasien mengantuk namun dapat sadar saat dirangsang (sammolen), pasien acuh tak acuh terhadap lingkungan (apati), mengantuk yang dalam (sopor), spoor coma, hingga penurunan kesadaran (coma), dengan *Glasgow coma scale* (GCS), GCS < 12 pada awal terserang stroke sedangkan pada saat pemulihan biasanya memiliki tingkat kesadaran letargi dan compos mentis dengan GCS 13-15

2) Tanda-tanda vital

a) Biasanya pasien dengan stroke non hemoragik memiliki riwayat tekanan darah tinggi dengan systole > 140 dan diastole >. Tekanan darah akan meningkatkan dan menurun secara spontan. Perubahan tekanan darah akibat stroke akan kembali stabil dalam 2-3 hari pertama.

b) Nadi

Nadi biasanya normal 60-100 x/menit

c) Pernafasan

Biasanya pasien stroke non hemoragik mengalami gangguan bersihan jalan nafas

d) Suhu

Biasanya tidak ada masalah suhu pada pasien dengan stroke non hemoragik

3) Rambut

Biasanya tidak ditemukan masalah rambut pada pasien stroke non hemoragik.

4) Wajah

Biasanya wajah simetris, wajah pucat, pada pemeriksaan

a) Nervus V (*Trigeminus*) :

Biasanya pasien bisa menyebutkan lokasi asupan dan pasien koma, ketika diusapan dan pada pasien koma, ketika diusap kornea mata dengan kapas halus, pasien akan menutup kelopak mata.

b) Nervus VII (*facialis*) :

c) Biasanya alis mata simetris, dapat mengangkat alis, mengerutkan dahi, mengerutkan hidung, menggembungkan pipi, saat pasien menggembungkan pipi tidak simetris kiri dan kanan tergantung lokasi lemah dan saat diminta mengunyah, pasien kesulitan untuk mengunyah.

5) Mata

Konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, pupil isokor, kelopak mata tidak oedema.

Pemeriksaan Nervus :

a) Nervus II (*optikus*):

Biasanya luas pandang baik 90°, visus 6/6.

b) Nervus III (*okulomotorius*):

Reflek kedip dapat dinilai jika pasien bisa membuka mata.

c) Nervus IV (*troklearis*): biasanya pasien dapat mengikuti arah tangan perawat ke atas dan bawah.

d) Nervus VI (*abduksen*):

Biasanya hasil yang didapat pasien dapat mengikuti arah tangan perawat ke kiri dan kanan

6) Hidung

Simetris kiri dan kanan, tidak terpasang oksigen, tidak ada pernapasan cuping hidung.

a) Nervus I (*olfaktorius*): ada yang bisa menyebutkan bau yang diberikan perawat namun ada juga yang tidak, dan biasanya ketajaman penciuman antara kiri dan kanan berbeda

b) Nervus VIII (*vestibulokoklearis*): biasanya pada pasien yang tidak lemah anggota gerak atas, dapat melakukan keseimbangan gerak tangan – hidung.

7) Mulut dan gigi

Biasanya pada pasien apatis, sopor coma hingga coma akan mengalami masalah bau mulut, gigi kotor, mukosa bibir kering.

a) Nervus VII (*facialis*):

Biasanya lidah dapat mendorong pipi kiri dan kanan, bibir simetris, dan dapat menyebutkan rasa manis dan asin.

b) Nervus IX (*glossofaringeus*):

Biasanya uvula yang terangkat tidak simetris, mencong ke arah bagian tubuh yang lemah dan pasien dapat merasakan rasa asam dan pahit.

8) Telinga

Biasanya sejajar daun telinga kiri dan kanan. Pada pemeriksaan :

Nervus VIII (*vestibulokoklearis*):

Biasanya pasien kurang bisa mendengarkan gesekan jari dari perawat tergantung dimana lokasi kelemahan dan pasien hanya dapat mendengar jika suara dan keras dengan artikulasi yang jelas.

9) Leher

Pemeriksaan Nervus

Nervus X (*vagus*):

Biasanya pasien stroke non hemoragik mengalami gangguan menelan.

Pada pemeriksaan kaku kuduk biasanya (+) dan *bludzsky* 1 (+).

10) Paru-paru

Inspeksi: biasanya simetris kiri dan kanan

Palpasi: biasanya fremitus sama antara kiri dan kanan

Perkusi: biasanya bunyi normal sonor

Auskultasi: biasanya suara normal vesikuler

11) Jantung

Inspeksi: biasanya iktus kordis tidak terlihat

Palpasi : biasanya iktus kordis teraba

Perkusi: biasanya batas jantung normal

Auskultasi: biasanya suara vesikuler

12) Abdomen

Inspeksi: biasanya simetris, tidak ada asites

Palpasi: biasanya tidak ada pembesaran hepar 37

Perkus: biasanya terdapat suara tympani

Auskultasi: biasanya bising usus pasien tidak terdengar

13) Ekstremitas

a) Atas

Biasanya terpasang infuse bagian dextra atau sinistra. *Capillary Refill Time* (CRT) biasanya normal yaitu < 2 detik. Pada pemeriksaan nervus XI (*aksesorius*) : biasanya pasien stroke non hemoragik tidak dapat melawan tahanan pada bahu yang diberikan perawat.

b) Bawah

Pada pemeriksaan reflek, biasanya pada saat pemeriksaan bluedzensky 1 kaki kiri pasien fleksi (*bluedzensky* (+)). Pada saat

telapak kaki digores biasanya jari tidak mengembang (reflek *babinsky* (+)).

14) Aktivitas dan istirahat

a) Gejala :

Merasa kesulitan untuk melakukann aktivitas karena kelemahan, kehilangan sensasi atau paralisis (hemiplegia), merasa mudah lelah, susah untuk beristirahat (nyeri atau kejang otot).

b) Tanda :

Gangguan tonus otot, paralitik (hemiplegia), dan terjadikelemahan umum, gangguan penglihatan, gangguan tingkat kesadaran.

15) Sirkulasi

a) Gejala :

Adanya penyakit jantung, polisitemia, riwayat hipertensi postural.

b) Tanda :

Hipertensi arterial sehubungan dengan adanya embolisme atau malformasi vaskuuler, frekuensi nadi bervariasi dan disritmia.

16) Integritas ego

a) Gejala: Perasaan tidak berdaya dan perasaan putus asa

b) Tanda : emosi yang labil dan ketidaksiapan untuk marah, sedih dan gembira, kesulitan untuk mengekspresikan diri.

17) Eleminasi

a) Gejala: terjadi perubahan pola berkemih

b) Tanda: distensi abdomen dan kandung kemih, bising usus negatif

18) Makanan atau cairan

a) Gejala : nafsu makan hilang, mual muntah selama fase akut, kehilangan sensasi pada lidah dan tenggorokan, disfagia, adanya riwayat diabetes, peningkatan lemak dalam darah

b) Tanda: kesulitan menelan dan obesitas

19) Neurosensori

a) Gejala : sakit kepala, kelemahan atau kesemutan, hilangnya rangsang sensorik kontralateral pada ekstremitas, pengelihan menurun, gangguan rasa pengecap dan penciuman.

b) Tanda : status mental atau tingkat kesadaran biasanya terjadi koma pada tahap awal hemoragik, gangguan fungsi kognitif, pada wajah terjadi paralisis, afasia, ukuran atau reaksi pupil tidak sama, kekakuan, kejang.

20) Kenyamanan atau nyeri

a) Gejala : sakit kepala dengan intensitas yang berbeda-beda

b) Tanda : tingkah laku yang tidak stabil, gelisah, ketegangan pada otot

21) Pernapasan

a) Gejala : merokok

- b) Tanda : ketidakmampuan menelan atau batuk , hambatan jalan napas, timbulnya pernapasan sulit dan suara nafas terdengar ronchi.

22) Keamanan

Tanda: masalah dengan pengelihatan, perubahan sensori persepsi terhadap orientasi tempat tubuh, tidak mampu mengenal objek, gangguan berespon, terhadap panas dan dingin, kesulitan dalam menelan.

2. Diagnosa keperawatan

Menurut (Sulisyawati, 2020) diagnosa keperawatan yang mungkin muncul, yaitu :

- a. Gangguan perfusi jaringan serebral b.d O2 otak menurun
- b. Ketidakseimbangan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh b.d ketidakmampuan untuk mengabsorpsi nutrisi
- c. Hambatan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot
- d. Resiko kerusakan integritas kulit b.d faktor risiko : lembap
- e. Gangguan komunikasi verbal b.d. kerusakan neuromuscular, kerusakan sentral bicara

3. Intervensi (Sulisyawati, 2020)

Tabel 2.1
Intervensi

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
I	Gangguan perfusi jaringan serebral b.d O2 otak menurun	Tujuan (NOC) : Gangguan perfusi jaringan dapat tercapai secara optimal Kriteria hasil: 1. Mampu mempertahankan tingkat kesadaran 2. Fungsi sensori dan motorik membaik	Intervensi (NIC) 1. Pantau TTV tiap jam dan catat hasilnya 2. Kaji respon motorik terhadap perintah sederhana 3. Pantau status neurologis secara teratur 4. Dorong latihan kaki aktif/pasif 5. Kolaborasi pemberian obat sesuai indikasi	1. Peningkatan tekanan darah sistemik yang diikuti dengan penurunan tekanan darah diastolik merupakan tanda peningkatan TIK. Napas tidak teratur menunjukkan adanya peningkatan TIK 2. Mampu mengetahui tingkat respon motorik pasien 3. Mencegah/menurunkan atelektasis 4. Menurunkan statis vena 5. Menurunkan resiko terjadinya komplikasi

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan Kriteria hasil	Intervensi	Rasional
II	Ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh b.d ketidakmampuan untuk mengabsorpsi nutrient	Tujuan (NOC) : 1. Status gizi 2. Asupan makanan 3. Cairan dan zat gizi Kriteria evaluasi: Intervensi(NIC): 1. Pengelolaan gangguan makanan 2. Pengelolaan nutrisi 3. Bantuan menaikkan BB a. Menjelaskan komponen kedekatan diet b. Nilai laboratorium c. (mis, transferin, albumin, dan elektrolit) d. Melaporkan keadekuatan tingkat gizi e. Nilai laboratorium (mis : transferin, albumin dan elektrolit) f. Toleransi terhadap gizi yang dianjurkan.	Intervensi (NIC) 1. Pengelolaan gangguan makanan 2. Pengelolaan nutrisi 3. Bantuan menaikkan BB Aktivitas keperawatan: 1. Tentukan motivasi klien untuk mengubah kebiasaan makan 2. Ketahui makanan kesukaan klien 3. Rujuk ke dokter untuk menentukan penyebab perubahan nutrisi 4. Bantu makan sesuai dengan kebutuhan klien	1. Motivasi klien mempengaruhi dalam perubahan nutrisi 2. Makanan kesukaan klien untuk mempermudah pemberian nutrisi 3. Merujuk kedokter untuk mengetahui perubahan klien serta untuk proses penyembuhan 4. Membantu makan untuk mengetahui perubahan nutrisi serta untuk pengkajian.

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan Kriteria hasil	Intervensi	Rasional
III	Hambatan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot	Tujuan (NOC): Klien diminta menunjukkan tingkat mobilitas, ditandai dengan indikator berikut (sebutkan nilainya 1 – 5) : ketergantungan (tidak berpartisipasi) membutuhkan bantuan orang lain atau alat membutuhkan bantuan orang lain, mandiri dengan pertolongan alat bantu atau mandiri penuh). Kriteria Evaluasi : a 1. Menunjukkan penggunaan alat bantu secara benar dengan pengawasan. 2. Meminta bantuan untuk beraktivitas mobilisasi jika diperlukan. 3. Menyangga BAB 4. Menggunakan kursi roda secara efektif.	Intervensi (NIC) : 1. Terapi aktivitas, ambulasi 2. Terapi aktivitas, mobilitas sendi. 3. Perubahan posisi Aktivitas Keperawatan : a. Ajarkan klien tentang dan pantau penggunaan alat b. Bantu mobilitas. c. Ajarkan dan bantu klien dalam proses perpindahan. d. Berikan penguatan positif selama beraktivitas. e. Dukung teknik latihan ROM	1. Mengajarkan klien tentang dan pantau penggunaan alat bantu mobilitas klien lebih mudah. 2. Membantu klien dalam proses perpindahan akan membantu klien latihan dengan cara tersebut. 3. Pemberian penguatan positif selama aktivitas akan membantu klien semangat dalam latihan. 4. Mempercepat klien dalam mobilisasi dan mengkendorkan otot-otot 5. Mengetahui perkembangan mobilisasi klien sesudah latihan ROM

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
IV	Risiko kerusakan integritas kulit b.d faktor risiko : lembap	Tujuan (NOC) : Tissue Integrity : Skin and Mucous Membranes Kriteria Hasil : 1. Integritas kulit yang baik bisa dipertahankan (sensasi, elastisitas, temperatur, hidrasi, pigmentasi) 2. Tidak ada luka/lesi pada kulit 3. Menunjukkan pemahaman dalam proses perbaikan kulit dan mencegah terjadinya sedera berulang 4. Mampu melindungi kulit	1. Anjurkan pasien untuk menggunakan pakaian yang longgar 2. Hindari kerutan pada tempat tidur 3. Jaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering 4. Mobilisasi pasien (ubah posisi pasien) setiap dua jam sekali 5. Monitor kulit akan adanya kemerahan 6. Oleskan lotion atau minyak/baby oil pada daerah yang tertekan	1. Kulit bisa lembap dan mungkin merasa tidak dapat beristirahat atau perlu untuk bergerak 2. Menurunkan terjadinya risiko infeksi pada bagian kulit 3. Cara pertama untuk mencegah terjadinya infeksi 4. Mencegah terjadinya komplikasi selanjutnya 5. Mengetahui perkembangan terhadap terjadinya infeksi kulit 6. Menurunkan pemajanan terhadap kuman infeksi pada kulit

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan Kriteria hasil	Intervensi	Rasional
V	Gangguan komunikasi verbal b.d. kerusakan neuromuscular, kerusakan sentral bicar	Tujuan (NOC): Komunikasi dapat berjalan dengan baik Kriteria hasil : 1. Klien dapat mengekspresikan perasaan 2. Memahami maksud dan pembicaraan orang lain 3. Pembicaraan pasien dapat dipahami	Intervensi (NIC): 1. Lakukan komunikasi dengan wajar, bahasa jelas, sederhana dan bila perlu diulang 2. Dengarkan dengan tekun jika pasien mulai berbicara 3. Berdiri di dalam lapang pandang pasien pada saat bicara 4. Latih otot bicara secara optimal 5. Libatkan keluarga dalam melatih komunikasi verbal pada pasien 6. Kolaborasi dengan ahli terapi wicara	1. 2. Mengecek komunikasi klien apakah benar-benar tidak bisa melakukan komunikasi 3. Mengetahui bagaimana kemampuan komunikasi klien tsb 4. Mengetahui derajat /tingkatan kemampuan berkomunikasi klien 5. Menurunkan terjadinya komplikasi lanjutan 6. Keluarga mengetahui & mampu mendemonstrasikan cara melatih komunikasi verbal pd klien tanpa bantuan perawat 7. Mengetahui perkembangan komunikasi verbal klien

4. Implementasi

Implementasi adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan klien secara optimal. Pada tahap ini perawat menerapkan pengetahuan intelektual, kemampuan hubungan antar manusia (komunikasi) dan kemampuan teknis keperawatan, penemuan perubahan pada pertahanan daya tahan tubuh, pencegahan komplikasi, penemuan perubahan sistem tubuh, pemantapan hubungan klien dengan lingkungan, implementasi pesan tim medis serta mengupayakan rasa aman, nyaman dan keselamatan klien.

5. Evaluasi

Evaluasi merupakan perbandingan yang sistemik dan terencana mengenai kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan dan dilakukan secara berkesinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya. Penilaian dalam keperawatan bertujuan untuk mengatasi pemenuhan kebutuhan klien secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan.

C. Konsep keluarga

1. Definisi keluarga

Keluarga adalah dua orang atau lebih yang disatukan oleh ikatan-ikatan kebersamaan dan ikatan emosional dan mengidentifikasi diri mereka sebagai bagian dari keluarga (Zakaria, 2017).

Sedangkan menurut (Depkes RI tahun 2000: Zakaria 2017) keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri dari kepala keluarga dan

beberapa orang yang terkumpul dan tinggal di suatu tempat di bawah satu atap dalam keadaan saling bergantung.

2. Karakteristik keluarga

Menurut (Sarifat, 2019), karakteristik keluarga adalah sebagai berikut:

- a. Terdiri dari dua atau lebih individu yang diikat oleh darah, perkawinan atau adopsi
- b. Anggota keluarga biasanya hidup bersama atau jika terpisah mereka memperhatikan satu sama lain.
- c. Anggota keluarga berinteraksi satu sama lain dan masing-masing mempunyai peran social: suami, istri, anak, kakak, dan adik.
- d. Mempunyai tujuan yaitu: menciptakan dan mempertahankan budaya dan meningkatkan perkembangan fisik, psikologis, dan sosial.

3. Tipe keluarga

Menurut (Sarifat, 2019) pembagian tipe keluarga adalah :

- a. Keluarga tradisional

- 1) Keluarga inti (*Nuclear family*)

Keluarga yang terdiri dari suami, istri, dan anak baik dari sebab biologis maupun adopsi yang tinggal bersama dalam satu rumah.

- 2) Keluarga besar (*The Extended Family*)

Keluarga yang terdiri dari tiga generasi yang hidup bersama dalam satu rumah, contohnya seperti nuclear family disertai paman, tante, kakek dan nenek.

3) Keluarga orang tua tunggal (*The Single-Parent Family*)

Keluarga yang terdiri dari satu orang tua (ayah atau ibu) dengan anak.

4) *Kin-Network Family*

Beberapa keluarga inti yang tinggal dalam satu rumah atau berdekatan dan saling menggunakan barang-barang dan pelayanan yang sama

5) Keluarga campuran (*Blended Family*)

Yaitu duda atau janda (karena perceraian) yang menikah kembali dan membesarkan anak dari hasil perkawinan atau dari perkawinan sebelumnya.

6) Dewasa lajang yang tinggal sendiri (*The Single Adult Living Alone*),

Keluarga yang terdiri dari orang dewasa yang hidup sendiri

b. Keluarga non-tradisional

1) *The Unmarried Teenage Mother*

Keluarga yang terdiri dari orang tua (terutama ibu) dengan anak dari hubungan tanpa nikah.

2) *The Step Parent Family*

Yaitu keluarga dengan orang tua tiri.

3) *Commune Family* yaitu beberapa keluarga (dengan anak) yang tidak ada hubungan saudara yang hidup bersama dalam satu rumah.

4) *Gay and Lesbian Families*

Yaitu seseorang yang mempunyai persamaan seks hidup bersama sebagaimana 'marital partners'.

5) *Cohabiting Family*

Orang dewasa yang tinggal bersama diluar hubungan perkawinan melainkan dengan alasan tertentu.

4. Struktur keluarga

Menurut (APD Salvira 2013: Sarifat 2019), struktur keluarga sebagai berikut:

a. Patrilineal

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

b. Matrilineal

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

c. Matrilokal

Adalah sepasang suami istri, yang tinggal bersama keluarga saudara istri.

d. Patrilokal

Adalah sepasang suami istri yang tinggal bersama keluarga saudara suami.

e. Keluarga kawinan

Adalah hubungan suami istri sebagai dasar sebagai pembinaan keluarga dalam beberapa anak saudara yang menjadi bagian keluarga karena adanya hubungan dengan suami istri.

5. Peran keluarga

Peran keluarga menggambarkan seperangkat perilaku interpersonal, sifat dan kegiatan yang berhubungan dengan individu dalam psosisi dan situasi tertentu.

a. Peran ayah

Ayah sebagai suami dari istri dan ayah dari anak-anaknya berperan dari pencari nafkah, pelindung dan pemberi rasa aman sebagai kepala keluarga, anggota dari kelompok sosial serta dari anggota masyarakat dari lingkungnya.

b. Peran ibu

Ibu sebagai istri dan ibu dari anak-anaknya. Ibu mempunyai peran mengurus rumah tangga, sebagai pengasuh dan pendidik anak-anaknya, pelindung sebagai salah satu kelompok dari peranan sosialnya serta sebagai anggota masyarakat dari lingkungnya, disamping itu ibu juga dapat berperan sbagai pencari nafkah tambahan keluarga.

c. Peran anak

Anak-anaknya melaksanakan peran psikososial sesuai dengan tingkat perkembangan fisik, mental, sosial, dan spiritual.

6. Fungsi keluarga

Menurut (Hesty, 2019)) fungsi keluarga adalah sebagai berikut:

a. Fungsi afektif

Keluarga yang saling menyayangi dan peduli terhadap anggota keluarga yang sakit akan mempercepat proses penyembuhan. Karena adanya partisipasi dari anggota keluarga dalam merawat anggota yang sakit.

b. Fungsi sosialisasi dan tempat sosialisasi

Fungsi keluarga mengembangkan dan melatih untuk berkehidupan sosial sebelum meninggalkan rumah untuk berhubungan dengan orang lain. Tidak ada batasan dalam bersosialisasi bagi penderita dengan lingkungan akan mempengaruhi kesembuhan penderita asalkan penderita tetap memperhatikan kondisinya. Sosialisasi sangat diperlukan karena dengan mengurangi stres bagi penderita.

c. Fungsi reproduksi

Keluarga berfungsi untuk mempertahankan generasi dan menjaga kelangsungan keluarga dan juga tempat mengembangkan fungsi reproduksi secara universal, diantaranya seks yang sehat dan berkualitas pendidikan seks pada anak penting.

d. Fungsi ekonomi

Keluarga berfungsi untuk memenuhi kebutuhan keluarga, seperti kebutuhan makan, pakaian dan tempat berlindung (rumah) dan

tempat untuk mengembangkan kemampuan individu meningkatkan penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga.

e. Fungsi perawatan/ pemeliharaan kesehatan

Berfungsi untuk mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarga agar tetap memiliki produktivitas tinggi. Fungsi ini dikembangkan menjadi tugas keluarga dibidang kesehatan.

7. Tahap-Tahap perkembangan keluarga dan tugas perkembangan keluarga

Menurut (Frediman 1998: Hesty 2019) tahap perkembangan keluarga berdasarkan siklus kehidupan terbagi atas 8 tahap:

a. Tahap I keluarga baru (*Beginning Family*)

Yaitu perkawinan dari sepasang insan yang menandakan bermulanya keluarga baru. Keluarga pada tahap ini mempunyai tugas perkembangan yaitu membina hubungan dan kepuasan bersama, menetapkan tujuan bersama, membina hubungan dengan keluarga lain, teman, kelompok sosial dan merencanakan anak atau KB.

b. Tahap II keluarga sedang mengasuh anak (*child Bearing Family*)

Yaitu dimulai dengan kelahiran anak pertama hingga bayi berusia 30 bulan. Mempunyai tugas perkembangan seperti persiapan bayi, membagi peran dan tanggung jawab, adaptasi pola hubungan seksual, pengetahuan tentang kehamilan, persalinan dan menjadi orang tua.

c. Tahap III keluarga dengan usia anak pra-sekolah

Yaitu keluarga dengan anak pertama yang berumur 30 bulan sampai dengan 6 tahun. Mempunyai tugas perkembangan, yaitu membagi waktu, pengaturan keuangan, merencanakan kelahiran yang berikutnya dan membagi tanggung jawab dengan anggota keluarga yang lain.

d. Tahap IV keluarga dengan anak usia sekolah

Yaitu dengan anak berusia 13 tahun. Adapun tugas perkembangan keluarga ini, yaitu menyediakan aktivitas untuk anak, pengaturan keuangan dan sistem komunikasi keluarga.

e. Tahap V keluarga dengan anak remaja

Yaitu dengan anak berusia 13 tahun sampai dengan 20 tahun. Tugas perkembangan keluarga ini adalah menyediakan fasilitas kebutuhan keluarga yang berbeda, menyertakan keluarga dalam bertanggung jawab dan mempertahankan filosofi hidup.

f. Tahap VI keluarga dengan anak dewasa

Yaitu keluarga dengan anak pertama, meninggalkan rumah dengan tugas perkembangan keluarga, yaitu menata kembali sumber dan fasilitas, penataan yang tanggung jawab antar anak, mempertahankan komunikasi terbuka, melepaskan anak dan mendapatkan menantu.

g. Tahap VIII keluarga usia lanjut

Yaitu tahap akhir siklus kehidupan keluarga dimulai dari salah satu pasangan memasuki masa pensiun, terus berlangsung hingga salah satu pasangan meninggal dunia. Adapun tugas perkembangan keluarga ini

yaitu menghadapi pensiun, saling rawat, memberi arti hidup, memperthankan kontak dengan cucu dan masyarakat.

8. Ciri-ciri keluarga

- a. Teroganisir adalah: saling berhubungan, saling ketrgantungan antara anggota keluarga.
- b. Ada keterbatasan adalah: setiap anggota memiliki kebebasan, tetapi mereka juga mempunyai keterbatsan dalam menjalankan fungsi dan tugas masing-masing.
- c. Ada perbedaan dan kekhususan adalah: setiap anggota keluarga mempunyai peranan dan fungsi masing-masing (APD Salvari, 2013: Hesty 2019)

9. Tugas Keluarga di bidang kesehatan

Sesuai dengan fungsi pemerliiharaan kesehatan, keluarga mempunyai tugas di dalam bidang kesehatan yang perlu dipahami dan dilakukan.

Ada 5 tugas keluarga dalam bidang kesehatan yang harus dilakukan (Hesty, 2019)

- a. Mengenal masalah kesehatan setiap anggotanya perubahan sekecil apapun yang dialami anggota keluarganya secara tidak langsung menjadi perhatian dan tanggung jawab keluarganya, maka apabila menyadari adanya perubahan perlu sefera dicatat kapan terjadi, perubahan apa yang terjadi dan seberapa perubahannya.

b. Membuat keputusan tindakan yang tepat

Hal ini meliputi sejauh mana kemampuan keluarga mengenal sifat dan luasnya masalah. Apakah keluarga merasakan adanya masalah kesehatan, menyerah terhadap masalah yang dialami, adakah perasaan takut akan akibat penyakit, adalah sikap negatif terhadap masalah kesehatan, apakah keluarga dapat menjangkau fasilitas kesehatan yang ada, kepercayaan keluarga terhadap tenaga kesehatan, dan apakah keluarga mendapat informasi yang benar atau salah dalam tindakan mengatasi masalah kesehatan.

c. Memberikan keperawatan anggota keluarga yang sakit atau tidak dapat

membantu dirinya sendiri karena cacat atau usianya terlalu mudah. Perawat ini dapat dilakukan di rumah apabila keluarga mempunyai kemampuan melakukan tindakan untuk pertolongan pertama atau ke pelayanan kesehatan untuk memperoleh tindakan lanjutan agar masalah yang lebih parah tidak terjadi.(Suparyanto, 2012: Hesty 2019).

d. Memodifikasi lingkungan keluarga seperti pentingnya hygiene sanitasi

bagi keluarga seperti pentingnya yang dilakukan keluarga, upaya pemeliharaan lingkungan yang dilakukan keluarga, kekompakan anggota keluarga dalam menata lingkungan dalam dan luar rumah yang berdampak pada kesehatan keluarga.

e. Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan seperti kepercayaan

keluarga terhadap petugas kesehatan dan fasilitas pelayanan kesehatan,

keberadaan fasilitas kesehatan, apakah pelayanan kesehatan terjangkau oleh keluarga, adakah pengalaman yang kurang baik dipersiapkan keluarga.(Achjar 2010: Hesty 2019)

10. Pemegang kekuasaan keluarga

a. Partikal

Yaitu yang dominan dan memegang kekuasaan dalam keluarga adalah pihak ayah.

b. Martikal

Yaitu yang dominan dan memegang kekuasaan dalam keluarga adalah pihak ibu.

c. Equaltaliar

Yaitu yang memegang kekuasaan dalam keluarga adalah ayah dan ibu (Hesty, 2019)

11. Dimensi dasar struktur keluarga

Menurut APD Salvari (2013), dimensi dasar strktur keluarga sebagai berikut:

a. Pola dan proses komunikasi:

- 1) Bersifat terbuka dan jujur
- 2) Selalu menyelesaikan konflik keluarga
- 3) Berfiikir positif
- 4) Tidak mengulang-mengulang issu dan pendapat sendiri

b. Struktur peran

Peran adalah serangkaian perilaku yang diharapkan sesuai dengan sosialisasi yang di berikan dapat bersifat format dan informat. Peranan dalam keluarga terdiri dari ayah, ibu dan anak.

c. Struktur kekuatan

Kekuatan merupakan kemampuan diri individu untuk mengendalikan atau mempengaruhi untuk mengubah perilaku orang lain kearah positif.

Tipe struktur kekuatan:

1) *Legitimate power* (hak)

Hak untuk mengontrol seperti orang tua terhadap anak

2) *Referent power* (ditiru)

Seseorang yang ditiru dalam hal ini orang tua adalah seseorang yang dapat ditiru oleh anak.

3) *Expert power* (keahlian)

Pendapat, ahli dan lain-lain

4) *Reward power*

Pengaruh kekuatan karena adanya harapan yang akan diterima.

5) *Coercive power* (paksa)

Pengaruh yang dipaksa sesuai yang akan diterima

6) *Affective power*

Pengaruh yang dilalui melalui manipulasi cinta kasih, misalnya hubungan seksual.

d. Nilai-nilai keluarga

- 1) Nilai merupakan satu system, sikap dan kepercayaan yang secara sadar atau tidak mempersatukan anggota keluarga dalam satu budaya. Nilai keluarga juga merupakan suatu pedoman bagi perkembangan norma dan peraturan.
- 2) Norma adalah pola perilaku yang baik, menurut masyarakat berdasarkan system nilai dalam keluarga.
- 3) Budaya adalah kumpulan dari perilaku yang dapat dipelajari, dibagi, ditularkan dengan tujuan untuk menyelesaikan masalah.

D. Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga

Asuhan keperawatan keluarga adalah merupakan proses yang kompleks dengan menggunakan pendekatan sistematis untuk bekerjasama dengan keluarga dari individu sebagai anggota keluarga. Tahapan dari proses keperawatan keluarga meliputi:

1. PENGKAJIAN (Hesty, 2019)

Pengkajian keluarga merupakan bagian inti dari kesehatan masyarakat, komunitas masyarakat dan praktik keperawatan kesehatan komunitas. Alat bantu ini berguna sebagai petunjuk yang membantu perawat dalam melakukan observasi ini tentang cara keluarga hidup, bekerja dan bermain bersama. (Stanhope, Knollmuller; 2010: Hesty 2019)

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

- a. Membina hubungan baik

Beberapa hal yang perlu dilakukan:

- 1) Diawali dengan perawat memperkenalkan diri dengan sopan dan ramah.
- 2) Menjelaskan tentang kunjungan.
- 3) Meyakinkan keluarga bahwa kehadiran perawat adalah membantu keluarga menyelesaikan masalah
- 4) Menjelaskan kesanggupan bantuan perawat yang dapat dilakukan.
- 5) Menjelaskan kepada keluarga siapa tim kesehatan lain yang jadi jaringan perawat.

b. Pengkajian awal.

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

c. 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 paling mendasar.

Pengumpulan data (informasi) dari keluarga dapat menggunakan metode wawancara, observasi fasilitas dalam rumah, pemeriksaan fisik pada anggota keluarga, dengan menggunakan data sekunder (contoh, hasil laboratorium, hasil foto ronsgen, rekam kesehatan, catatan lain yang dapat dipercaya keakuratannya dan sebagainya).

Dalam pengumpulan data yang perlu dikaji adalah

d. Data umum

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

- 1) Tipe keluarga
- 2) Suku bangsa
- 3) Agama
- 4) Status sosial dan ekonomi
- 5) Aktivitas rekreasi keluarga

e. Riwayat dan tahap perkembangan keluarga

- 1) Tahap perkembangan keluarga saat ini
- 2) Tugas perkembangan keluarga yang belum terpenuhi
- 3) Riwayat kesehatan keluarga saat ini
- 4) Riwayat kesehatan keluarga sebelumnya (generasi di atasnya)

f. Data lingkungan

- 1) Karakteristik rumah
- 2) Karakteristik tetangga dan komunikasinya
- 3) Mobilitas geografis keluarga
- 4) Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat
- 5) Sistem pendukung keluarga

g. Struktur keluarga

- 1) Struktur peran
- 2) Nilai atau norma keluarga

- 3) Pola komunikasi keluarga
- 4) Struktur kekuatan keluarga

h. Fungsi keluarga

- 1) Fungsi ekonomi
- 2) Fungsi mendapatkan status sosial
- 3) Fungsi pendidikan
- 4) Fungsi pemenuhan (perawatan/pemeliharaan)
 - a) Mengetahui kemampuan keluarga untuk mengenai masalah kesehatan
 - b) Mengetahui kemampuan keluarga dalam mengambil keputusan mengenai tindakan kesehatan yang tepat.
 - c) Untuk mengetahui sejauh mana kemampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit.
 - d) Untuk mengetahui kemampuan memelihara/meodifikasi lingkungan rumah yang sehat.
 - e) Untuk mengetahui sejauh mana kemampuan keluarga menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan dimasyarakat.
- 5) Fungsi religious
- 6) Fungsi rekreasi
- 7) Fungsi reproduksi
- 8) Fungsi afeksi

i. Stress dan koping keluarga

j. Pemeriksaan kesehatan

k. Harapan keluarga

2. Klasifikasi data

Klasifikasi data merupakan proses berpikir yang meliputi kegiatan mengelompokkan data subjektif dan objektif sehingga dapat dibuat analisa data sesuai dengan sumber masalah.

3. Analisa data

Didalam analisa data, ada tiga norma yang perlu di perhatikan dalam melihat perkembangan kesehatan, yaitu:

1. Keadaan kesehatan yang normal dari setiap anggota keluarga
2. Keadaan rumah dan sanitasi lingkungan
3. Karakteristik keluarga

4. Diagnosa keluarga

Diagnosa adalah pernyataan yang menggambarkan respon manusia atas perubahan pola interaksi potensial atau aktual individu. Perawat secara legal dapat mengidentifikasi dan menyusun intervensi masalah keperawatan. Kolaborasi dan koordinasi dengan anggota tim lain merupakan keharusan untuk menghindari kebingungan anggota akan kurangnya pelayanan kesehatan: (Hesty, 2019)

1. Perumusan diagnosis keperawatan

Perumusan diagnosis keperawatan dapat diarahkan kepada sasaran individu dan atau keluarga. Komponen diagnosis keperawatan meliputi masalah (problem), penyebab (etiologi), atau tanda (sign). Perumusan diagnosa

keperawatan keluarga menggunakan aturan yang telah disepakati, terdiri dari:

- 1) Masalah (problem, P) adalah suatu pernyataan tidak terpenuhinya kebutuhan dasar manusia yang dialami oleh keluarga atau anggota (individu) keluarga.
 - 2) Penyebab (etiologi, E) adalah suatu pernyataan yang dapat menyebabkan masalah dalam mengacu kepada lima tugas keluarga
 - a) Mengetahui masalah kesehatan keluarga.
 - b) Membuat keputusan tindakan kesehatan yang tepat.
 - c) Memberi perawatan pada anggota keluarga yang sakit.
 - d) Mengidentifikasi suasana rumah yang sehat.
 - e) Menggunakan fasilitas kesehatan yang ada dimasyarakat.
 - 3) Tanda (sign, S) adalah kumpulan data subjektif dan objektif.
2. Tipologi diagnosis keperawatan keluarga dibedakan menjadi 3:
- 1) Diagnosa aktual adalah masalah keperawatan yang dialami keluarga dan memerlukan bantuan dari perawat dengan cepat.
 - 2) Diagnosa resiko tinggi adalah masalah keperawatan yang belum terjadi, tetapi tanda untuk menjadi masalah keperawatan actual dapat terjadi dengan cepat apabila tidak segera mendapat bantuan perawat
 - 3) Diagnosa potensial adalah suatu keadaan sejahtera dari keluarga ketika keluarga telah mampu memenuhi kebutuhan kesehatan dan mempunyai sumber penunjang kesehatan yang memungkinkan dapat ditingkatkan.

3. Penilaian (skoring) diagnosa keperawatan

Skoring dilakukan perawat apabila diagnosa keperawatan yang dirumuskan lebih dari satu dengan menggunakan skala yang dirumuskan oleh Bailon dan Maglaya (2019), dengan ketentuan sebagai berikut :

- 1) Tentukan skornya sesuai dengan kriteria hasil yang dibuat perawat
- 2) Selanjutnya skor yang diperoleh dibagi skor tertinggi dan kemudian dikalikan dengan bobot
- 3) Jumlahkan skor untuk semua kriteria (skor maksimal adalah 5)

Berikut ini, skoring diagnosa keperawatan keperawatan keluarga menurut

Tabel 2.2

Skoring diagnosa keperawatan

No	Kriteria	Skor	Bobot
1	Sifat masalah : Tidak/kurang sehat Ancaman kesehatan Keadaan sejahtera	3 2 1	1
2	Kemungkinan masalah dapat diubah : Mudah Sebagian Tidak dapat	2 1 0	2
3	Potensial masalah untuk dicegah : Tinggi Cukup Rendah	3 2 1	

No	Kriteria	Bobot	Skor
4	Menonjolnya masalah :	2	1
	Masalah berat harus segera tangani	1	
	Ada masalah, tetapi tidak perlu ditangani	0	
	Masalah tidak dirasakan		

Sumber : Bailon dan Maglaya (2019)

5. Intervensi keperawatan keluarga (Sulisyawati, 2020)

Intervensi keperawatan keluarga atau perencanaan keluarga adalah proses menetapkan tujuan, mengidentifikasi sumber-sumber dalam keluarga untuk tindakan keperawatan, membuat alternatif-alternatif pendekatan keluarga, merencanakan intervensi dan menetapkan prioritas terapi keperawatan. Perencanaan tindakan keperawatan mencakup tujuan umum dan khusus yang berdasarkan pada masalah yang dilengkapi dengan kriteria dan standar yang mengacu pada penyebab. Selanjutnya merumuskan tindakan keperawatan dan berorientasi pada kriteria dan standar

Setelah merumuskan diagnosa keperawatan, perawat menyusun rencana asuhan keperawatan keluarga (*family nursing care*) dalam bentuk perencanaan keperawatan keluarga (*family care plan*). Rencana tindakan keperawatan terhadap keluarga, meliputi tindakan yang bertujuan :

- a. Menstimulus kesadaran atau penerimaan keluarga mengenai masalah dan kebutuhan dengan cara :
 - 1) Memberikan informasi yang tepat
 - 2) Mengidentifikasi kebutuhan dan harapan keluarga tentang kesehatan

- 3) Mendorong sikap emosi yang mendukung upaya kesehatan
- b. Menstimulasi keluarga untuk memutuskan cara perawatan yang tepat dengan cara :
- 1) Mengidentifikasi konsekwesinya bila tidak melakukan tindakan
 - 2) Mengidentifikasi sumber-sumber yang dimiliki dan yang ada disekitar keluarga
 - 3) Mendiskusikan tentang konsekuensi tipe tindakan
- c. Memberikan kepercayaan diri selama merawat anggota keluarga yang sakit, dengan cara :
- 1) Mendemostrasikan cara perawatan
 - 2) Menggunakan alat dan vasilitas yang dirumah
 - 3) Mengawasi keluarga melakukan keluarga
- d. Membantu keluarga untuk memelihara (memodifikasi) lingkungan yang dapat meningkatkan kesehatan keluarga, dengan cara
- 1) Menentukan sumber-sumber yang dapat digunakan keluarga
 - 2) Melakukan perubahan lingkungan bersama keluarga seoptimal mungkin.
- e. Memotivasi keluarga untuk memanfaatkan fasilitas ksehatan yang ada disekitarnya, dengan cara.
- 1) Menggunakan fasilitas kesehatan yang ada disekitar lingkungsn keluarga.

2) Membantu keluarga menggunakan fasilitas kesehatan yang ada.

Standar mengacu kepada lima tugas keluarga sedangkan kriteria mengacu pada 3 hal yaitu :

a. Pengetahuan (*kognitif*)

Intervensi ini ditujukan untuk memberikan informasi, gagasan, motivasi, dan saran kepada keluarga sebagai target asuhan keluarga.

b. Sikap (*afektif*)

Intervensi ini ditujukan untuk membantu keluarga dalam berespon, emosional, sehingga dalam keluarga terdapat sikap terhadap masalah yang dihadapi.

c. Tindakan (*psikomotor*)

Intervensi ini ditujukan untuk membantu keluarga dalam perubahan perilaku yang merugikan dan menguntungkan. Hal penting dalam menyusun rencana asuhan keperawatan adalah :

- 1) Tujuan hendaknya logis, sesuai masalah dan mempunyai jangka waktu yang sesuai dengan kondisi klien.
- 2) Kriteria hasil hendaknya dapat diukur
- 3) Rencana tindakan disesuaikan dengan sumber daya dan dana yang dimiliki oleh keluarga kepada kemandirian klien sehingga tingkat ketergantungan dapat diminimalisasi.

6. Implementasi keperawatan keluarga

Implementasi adalah suatu proses pelaksanaan keperawatan keluarga yang terbentuk dari intervensi atau kolaborasi melalui pemanfaatan sumber-sumber yang dimiliki oleh keluarga. Implementasi diprioritaskan dengan sesuai dengan kemampuan keluarga dan sumber yang dimiliki oleh keluarga (Sudiharto, Wahyu, Widagdo, 2011).

Implementasi merupakan langkah yang dilakukan setelah perencanaan program. Program dibuat untuk menciptakan keinginan berubah dari keluarga, memandirikan keluarga. Pada kegiatan ini, perawat perlu melakukan kontrak sebelumnya (saat mensosialisasikan diagnosa keperawatan) untuk pelaksanaan yang meliputi kapan dilaksanakan, berapa lama waktu yang dibutuhkan, materi/topic yang didiskusikan, siapa yang melaksanakan, anggota keluarga yang perlu mendapat informasi, dan (mungkin) peralatan yang perlu disiapkan keluarga. Kegiatan ini bertujuan agar keluarga dan perawat mempunyai kesiapan secara fisik dan psikis pada saat implementasi. Langkah selanjutnya adalah implementasi sesuai dengan rencana didahului perawat menghubungi keluarga bahwa akan dilakukan implementasi sesuai kontrak waktu.

7. Evaluasi keperawatan

Evaluasi disusun menggunakan SOAP yang operasional dengan pengertian “S” adalah ungkapan perasaan dan keluhan yang dirasakan secara subjektif oleh keluarga setelah diberikan implementasi keperawatan. “O” adalah

keadaan objektif yang dapat diidentifikasi oleh perawat menggunakan pengamatan atau pengamatan yang objektif setelah implementasi keperawatan. “A” merupakan analisis perawat setelah mengetahui respons subjektif dan objektif keluarga yang di bandingkan dengan kriteria dan standar yang telah ditentukan mengacu pada tujuan pada rencana keperawatan keluarga. “P” adalah perencanaan selanjutnya setelah perawat melakukan analisis.

Pada tahap ini ada dua evaluasi yang dapat dilaksanakan oleh perawat yaitu evaluasi formatif yang bertujuan untuk menilai hasil implementasi secara bertahap sesuai dengan kegiatan yang dilakukan sesuai kontrak pelaksanaan dan evaluasi sumatif yang bertujuan menilai secara keseluruhan terhadap pencapaian diagnosis keperawatan apakah rencana diteruskan, diteruskan sebagian diteruskan dengan perubahan intervensi, atau dihentikan (Suprajitno, 2018)

BAB III

TINJAUAN KASUS

A. PENGKAJIAN KELUARGA

1. Data umum

a. Stuktur keluarga

- 1) Nama: Tn. M
- 2) Umur: 28 tahun
- 3) Jenis kelamin: Laki-laki
- 4) Agama : Katolik
- 5) Pendidikan terakhir : SMA
- 6) Pekerjaan : Wiraswasta
- 7) Suku/bangsa : Papua / Indonesia
- 8) Alamat : Jalan Ki Hajar Dewantara

b. Daftar anggota keluarga

Tabel 3.1

Daftar anggota keluarga

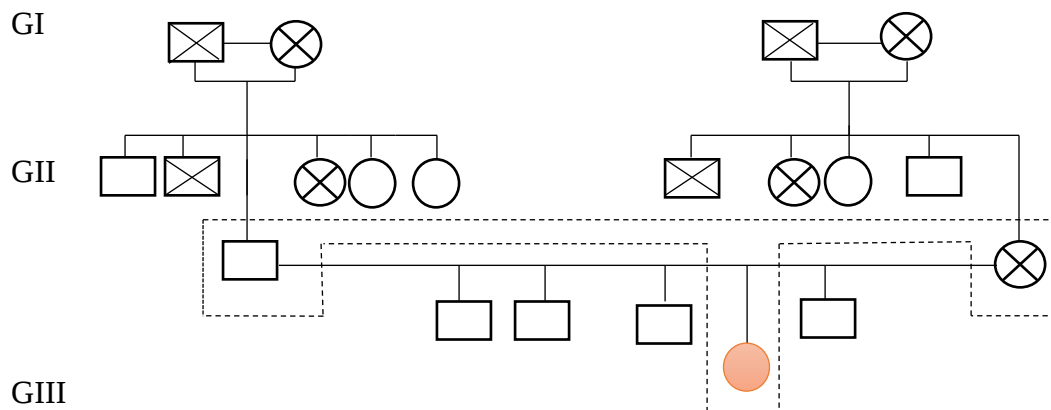
No	Nama	Jenis kelamin	Umur	Hub	Pendidikan	Pekerjaan	Ket
1	Tn. M	Laki-laki	28	KK	SMA	Wirasuata	Hidup
2	Ny. F	Perempuan	28	Istri	DIII	IRT	Hidup
3	Ade. S	Perempuan	11	Anak	SD	Pelajar	Hidup
4	Ade. R	Laki-laki	6	Anak	TK	Pelajar	Hidup

Sumber : Data primer

c. Genogram keluarga

Gambar

Genogram III generasi



Keterangan gambar :

□ : Laki-laki

○ : Perempuan

⊗ : Meninggal

● : Klien

— : Tinggal satu rumah

d. Keterangan Anggota keluarga

- 1) Tn. M berumur 28 tahun, ia adalah seorang kepala keluarga rumah tangga.
- 2) Ny. F berumur 28 tahun, ia adalah seorang ibu rumah tangga, dan sedang menderita penyakit stroke.

3) Adik S berumur 10 tahun, ia anak dari Tn. M masih bersekolah, dalam keadaan sehat

4) Adik R berumur 6 tahun, ia anak dari Tn. M, sekarang ini keadaan sehat

e. Tipe keluarga

Merupakan keluarga inti yang terdiri dari Tn. M, Ny. F. Adik S dan Adik R

f. Suku bangsa

Merupakan suku Papua (Biak)

g. Agama

Semua anggota keluarga beragama Kristen katolik

h. Status sosial ekonomi

Termasuk dengan tingkat ekonomi sedang dengan pendapatan perbulan dari hasil rata-rata Rp. 2.500.000, perbulan.

2. Riwayat dan tahap perkembangan keluarga

a. Tahap perkembangan keluarga saat ini

keluarga Tn.M mempunyai 2 anak yang bernama Ade. S berusia 10 tahun, yang tinggal bersamanya,

b. Tugas perkembangan keluarga yang belum terpenuhi :Tidak ada

c. Riwayat keluarga besar

1) Kepala keluarga

Tn. M mengatakan belum pernah menderita penyakit berat dan belum pernah dirawat di rumah sakit, kecuali terserang batuk pilek, demam dan sembuh setelah berobat ke puskesmas.

2) Istri

Ny. F mengatakan saat ini dirinya sedang menderita penyakit stroke sejak 3 bulan yang lalu.

3) Anak

Adik S dan Adik R belum pernah menderita penyakit berat dan belum pernah dirawat di rumah sakit, kecuali terserang batuk pilek, demam dan sembuh setelah berobat ke puskesmas.

d. Riwayat keluarga sebelumnya

Tn. M mempunyai 2 orang anak dan masih tinggal bersamanya. Ny. F mengalami penyakit stroke sejak tiga bulan yang lalu sampai saat ini. Adik S dan Adik R tidak mengidap penyakit menular atau menurun, hanya menderita penyakit seperti flu, batuk, dan sakit kepala.

3. Pengkajian Keluarga

a. Karakteristik rumah

Merupakan rumah pribadi dengan ukuran 8x9 meter dengan tipe semi permanen, yang terdiri dari 1 ruang tamu, 2 kamar tidur dan dapur. Lantai rumah plester, berdinding tembok dan atap seng.

Kebersihan dalam rumah maupun di luar rumah cukup kotor, rumah keluarga di dekat tebing, jadi keluarga sering mengumpulkan sampah di kantong plastik, kemudian membuang di tebing, dan kadang dibakar.

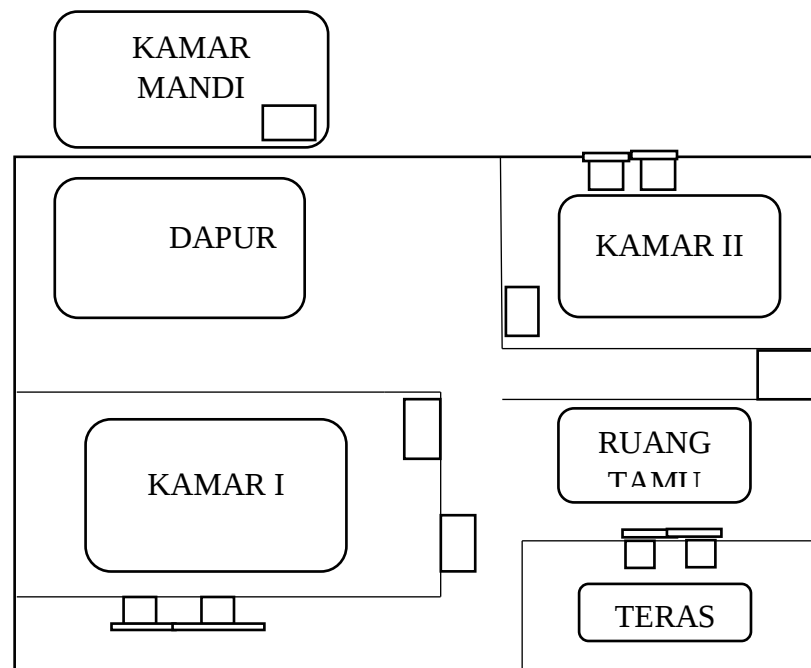
Jumlah jendela 6 buah dengan ukuran tertentu, sinar matahari yang masuk cukup. Jumlah pintu 5 buah dimana salah satu pintunya yaitu pintu ruang tamu yang berhadapan langsung dengan jalan.

Luas halaman 36 m di halaman tersebut klien menanam berbagai macam bunga dan pohon mangga, penerangan yang digunakan adalah listrik. Pada ruang tamu terdapat sepasang meja, kursi, dan rak untuk menaruh televisi yang ukurannya tidak terlalu besar.

Keluarga mempunyai kamar mandi beserta WC beserta drum didalamnya, tetapi tidak berada dalam satu ruangan dengan dapur, dan limbahnya dibuang di tebing. Tempat mencuci piring berada disamping rumah berdekatan dengan drum, untuk air bersih keluarga menggunakan air hujan dan PAM.

DENAH RUMAH

Denah Rumah



Sumber : data Primer

Keterangan :

 : Jendela

 : Pintu

 : Ventilasi atau lubang angin

b. Karakteristik tetangga dan komunitas RW

Letak rumah Tn. M di sebelah kiri bagian atas dan pintu berhadapan dengan jalan setapak. Sebelah kiri terdapat rumah tetangga dan gereja.

c. Mobilitas geografis keluarga

Rumah yang ditinggali sekarang merupakan rumah tetap, tidak pernah di pindahkan ke tempat lain

d. Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat

Keluarga cukup aktif dalam kegiatan di masyarakat dan dapat berinteraksi dengan baik.

e. Sistem pendukung keluarga

Keluarga hidup dari hasil wiraswasta. Hasil pendapatannya cukup untuk menghidupi keluarga.

4. Struktur keluarga

a. Pola komunikasi keluarga

Komunikasi yang digunakan adalah bahasa Papua dan bahasa Indonesia. Namun pada Ny. F sendiri tidak bisa berbicara dengan jelas.

b. Struktur kekuatan keluarga

Keputusan yang menyangkut kepentingan dalam keluarga biasanya ditentukan oleh Tn. M, dimana ia adalah kepala keluarga, namun Ny. F juga turut berperan dalam pengambilan keputusan.

c. Struktur peran

- 1) Tn. M sebagai suami sekaligus kepala keluarga.
- 2) Ny. F sebagai istri sekaligus ibu rumah tangga.
- 3) Adik S sebagai anak sulung dari Tn. M.
- 4) Adik R sebagai anak bungsu dari Tn. M.

5. Fungsi keluarga

a. Fungsi afektif

Keluarga memiliki peran kasih sayang, mempunyai kebutuhan sendiri yang dimana diusahakan untuk memenuhi kebutuhan tersebut yang terdiri dari kebutuhan primer, sekunder, dan tersier.

b. Fungsi sosialisasi

Hubungan keluarga dengan tetangga dan masyarakat baik dimana keluarga selalu aktif dalam kegiatan kemasyarakatan seperti kerja bakti, kegiatan gereja dan lain-lain.

6. Stres dan coping keluarga

a. Stressor jangka pendek dan jangka panjang

- 1) Stressor jangka pendek, yaitu apabila ada anggota keluarga yang sakit. Mengatasi dengan berdoa dan terus melakukan pengobatan agar mempercepat proses penyembuhan
- 2) Stressor jangka panjang, yaitu masa depan anaknya yang masih belum kuliah. Mengatasi dengan setiap Tn. M mendapat penghasilan ditabung untuk persiapan untuk perkuliahan anak-anaknya.

b. Kemampuan keluarga berespon terhadap situasi/Stressor

Dalam menghadapi masalah atau kesulitan, keluarga berusaha untuk menghadapinya sebisa mungkin dengan tetap sabar dan berusaha sesuai kemampuan yang ada.

c. Strategi koping yang digunakan

Strategi yang digunakan dalam menghadapi masalah kesehatan, Tn. M selalu berusaha bersabar dan selalu berdoa setiap saat.

7. Pengkajian fisik

a. Kepala keluarga: Tn. M

1) Keadaan umum

K.U : Baik

Kesadaran : Composmentis

Ekspresi : Tampak santai

2) Tanda-tanda vital

TD: 120/70 mmHg

ND: 100x/ menit

RR: 21x/ menit

SB: 36,3 °C

3) Sistem pernapasan

a) Hidung : Tidak ada pernapasan cuping hidung, tidak terdapat secret dan tidak terdapat cairan.

b) Leher : Tidak ada lesi, tidak tampak adanya pembesaran pada kelenjar limfa dan tidak ada kelainan.

c) Dada : Bentuk dada normal, kedua bidang dada simetris kanan dan kiri, tidak ada nyeri tekan pada dada, tidak terdengar *wheezing/ronchi* ataupun suara napas tambahan.

4) Sistem kardiovaskuler

Konjungtiva : tidak anemis.

Capillary refill time (CRT) : Baik, kembali dalam <2 detik.

Arteri carotis : Teraba jelas

5) Sistem pencernaan

Sclera : Tidak icterus

a) Mulut : Tidak terdapat stomatitis, bentuk mulut simetris, kemampuan menelan baik, tidak ada luka disekitar mulut.

b) Bibir : Tampak lembab, simetris atas dan bawah.

c) Abdomen : Tampak datar, tidak terdapat nyeri tekan.

6) Sistem indera

a) Mata : Bentuk mata dan bola mata normal. Reflex pupil baik, gerakan bola mata baik, tidak ada luka disekitar mulut, tidak terdapat oedem, penglihatan baik dan tidak terdapat nyeri tekan.

b) Hidung : Penciuman baik, tidak ada trauma Epistaksis/mimisan, tidak ada lesi, dan tidak ada nyeri tekan pada hidung.

- c) Telinga : Posisi telinga simetris kiri dan kanan, tidak ada pengeluaran cairan dari telinga (serumen), pendengaran baik, dan tidak ada nyeri tekan.

7) Sistem muskuluskletal

- a) Kepala Bentuk kepala normal, tidak terdapat lesi, pergerakan baik, tidak terdapat pembengkakan dan tidak ada nyeri tekan.
- b) Bahu : Dapat diputar dan dapat digerakkan.
- c) Tangan : Dapat digerakkan dan bergerak bebas, tidak terdapat lesi.
- d) Kaki : Dapat digerakkan dan gerak bebas.
- e) Pelvis : Klien dapat duduk dengan baik.
- f) Vertebra : Klien dapat membungkuk, dapat digerakkan saat miring kiri dan kanan atau diluruskan.

8) Sistem integument

- a) Rambut : Distribusi rambut merata, tidak terdapat kotoran, tekstur rambut halus dan keriting, warna rambut hitam.
- b) Kulit : Tidak terdapat lesi, akral hangat, warna kulit hitam.
- c) Kuku : Kuku tampak panjang, kotor dan belum digunting

b. Istri : Ny. F

1) Keadaan umum

K.U : Lemah tenang

Kesadaran : Composmentis

Ekspresi wajah : Tampak meringis ditandai dengan skala nyeri 3 (ringan)

2) Tanda-tanda vital

TD: 150/100 mmHg

ND: 73x/ menit

RR: 20x/ menit

SB: 36, 7°C

3) Sistem pernafasan

a) Hidung : Tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak terdapat secret dan cairan.

b) Leher : Tidak tampak adanya pembesaran pada kelenjar ataupun kelainan, tidak dapat berbalik.

c) Dada : Bentuk dada normal, kedua bidang dada simetris kiri dan kanan, tidak ada nyeri tekan pada dada, tidak terdengar bunyi *wheezing/rochi* ataupun suara nafas tambahan.

4) Sistem kardiovaskuler

Konjungtiva : Tidak anemis.

CRT : Baik, kembali dalam <2 detik.

Arteri carotis : Teraba jelas

5) Sistem pencernaan

Sclera : tidak icterus

a) Mulut : tidak terdapat stomatis, bentuk mulut simetris, kemampuan menelan baik, tidak ada luka disekitar mulut.

- b) Bibir : Tampak lembab, simetris atas dan bawah.
- c) Abdomen : Tampak datar, tidak terdapat nyeri tekan.

6) Sistem indera

- a) Mata : Bentuk mata dan bola mata normal. Reflex pupil kurang baik, gerakan bola mata kurang baik, tidak ada luka disekitar mulut, tidak terdapat oedem, penglihatan baik dan tidak terdapat nyeri tekan.
- b) Hidung : Penciuman kurang baik, tidak ada trauma mimisan, tidak ada lesi, dan tidak ada nyeri tekan pada hidung.
- c) Telinga : Posisi telinga simetris kiri dan kanan, tidak ada pengeluaran cairan dari telinga (serumen), pendengaran kurang baik, dan tidak ada nyeri tekan.

7) Sistem muskuloskeletal

- a) Kepala : Bentuk kepala normal, tidak terdapat lesi, pergerakan kurang baik, tidak terdapat pembengkakan dan tidak ada nyeri tekan.
- b) Bahu : Bahu kiri dapat bergerak bebas sedangkan bahu sebelah kanan tidak dapat diputar dan tidak dapat digerakkan.
- c) Tangan : Tangan kanan tidak dapat digerakkan dan tidak bisa bergerak bebas, tidak terdapat lesi.
- d) Kaki : Kaki kanan tidak dapat digerakkan dan tidak bisa gerak bebas.

- e) Pelvis : Klien dapat duduk tetapi hanya sebentar tidak terlalu lama karena nyeri dapat dirasakan
- f) Vertebra : Klien dapat membungkuk, hanya ada rasa nyeri jika klien membungkuk, dapat digerakkan saat miring kiri tetapi tidak pada bagian kanan dan bisa diluruskan.

8) Sistem integument

- a) Rambut : Distribusi rambut merata, tidak terdapat kotoran, tekstur rambut halus dan keriting, warna rambut hitam.
- b) Kulit : Tidak terdapat lesi, akral hangat, warna kulit putih.
- c) Kuku : Kuku tampak panjang, bersih dan belum digunting

c. Anak (Adik. S)

1) Keadaan umum

K.U : Baik

Kesadaran : Composmentis

Ekspresi : Tampak santai

2) Tanda-tanda vital

TD: 110/70 mmHg

ND: 100x/ menit

RR: 21x/ menit

SB: 36, °C

3) Sistem pernapasan

- a) Hidung : Tidak ada pernapasan cuping hidung, tidak terdapat secret dan tidak terdapat cairan.

b) Leher : Tidak ada lesi, tidak tampak adanya pembesaran pada kelenjar limfa dan tidak ada kelainan.

c) Dada : Bentuk dada normal, kedua bidang dada simetris kanan dan kiri, tidak ada nyeri tekan pada dada, tidak terdengar wheezing/ronchi ataupun suara napas tambahan.

4) Sistem kardiovaskuler

Konjungtiva : Tidak anemis.

CRT : Baik, kembali dalam <2 detik.

Arteri carotis : Teraba jelas

5) Sistem pencernaan

Sclera : Tidak icterus

a) Mulut : Tidak terdapat stomatitis, bentuk mulut simetris, kemampuan menelan baik, tidak ada luka disekitar mulut.

b) Bibir : Tampak lembab, simetris atas dan bawah.

c) Abdomen : Tampak datar, tidak terdapat nyeri tekan.

6) Sistem indera

a) Mata : Bentuk mata dan bola mata normal. Reflex pupil baik, gerakan bola mata baik, tidak ada luka disekitar mulut, tidak terdapat oedem, penglihatan baik dan tidak terdapat nyeri tekan.

b) Hidung : Penciuman baik, tidak ada trauma Epistaksis/mimisan, tidak ada lesi, dan tidak ada nyeri tekan pada hidung.

- c) Telinga : Posisi telinga simetris kiri dan kanan, tidak ada pengeluaran cairan dari telinga (serumen), pendengaran baik, dan tidak ada nyeri tekan.

7) Sistem muskuluskletal

- a) Kepala Bentuk kepala normal, tidak terdapat lesi, pergerakan baik, tidak terdapat pembengkakan dan tidak ada nyeri tekan.
- b) Bahu : Dapat diputar dan dapat digerakkan.
- c) Tangan : Dapat digerakkan dan bergerak bebas, tidak terdapat lesi.
- d) Kaki : Dapat digerakkan dan gerak bebas.
- e) Pelvis : Klien dapat duduk dengan baik.
- f) Vertebra : Klien dapat membungkuk, dapat digerakkan saat miring kiri dan kanan atau diluruskan.

8) Sistem integument

- a) Rambut : Distribusi rambut merata, tidak terdapat kotoran, tekstur rambut halus dan keriting, warna rambut hitam.
- b) Kulit : Tidak terdapat lesi, akral hangat, warna kulit hitam.
- c) Kuku : Kuku tampak panjang, kotor dan belum digunting.

d. Adik R

1) Keadaan umum

K.U : Baik

Kesadaran : Composmentis

Ekspresi : Tampak santai

2) Tanda-tanda vital

TD: 90/70 mmHg

ND: 115x/ menit

RR: 20x/ menit

SB: 36, °C

3) Sistem pernapasan

a) Hidung : Tidak ada pernapasan cuping hidung, tidak terdapat secret dan tidak terdapat cairan.

b) Leher : Tidak ada lesi, tidak tampak adanya pembesaran pada kelenjar limfa dan tidak ada kelainan.

c) Dada : Bentuk dada normal, kedua bidang dada simetris kanan dan kiri, tidak ada nyeri tekan pada dada, tidak terdengar *wheezing/ronchi* ataupun suara napas tambahan.

4) Sistem kardiovaskuler

Konjungtiva : Tidak anemis.

CRT : Baik, kembali dalam <2 detik.

Arteri carotis : Teraba jelas

5) Sistem pencernaan

Sclera : Tidak icterus

a) Mulut : Tidak terdapat stomatitis, bentuk mulut simetris, kemampuan menelan baik, tidak ada luka disekitar mulut.

b) Bibir : Tampak lembab, simetris atas dan bawah.

c) Abdomen : Tampak datar, tidak terdapat nyeri tekan.

6) Sistem indera

a) Mata : Bentuk mata dan bola mata normal. Reflex pupil baik, gerakan bola mata baik, tidak ada luka disekitar mulut, tidak terdapat oedem, penglihatan baik dan tidak terdapat nyeri tekan.

b) Hidung : Penciuman baik, tidak ada trauma Epistaksis/mimisan, tidak ada lesi, dan tidak ada nyeri tekan pada hidung.

c) Telinga : Posisi telinga simetris kiri dan kanan, tidak ada pengeluaran cairan dari telinga (serumen), pendengaran baik, dan tidak ada nyeri tekan.

7) Sistem muskuluskuleta

a) Kepala Bentuk kepala normal, tidak terdapat lesi, pergerakan baik, tidak terdapat pembengkakan dan tidak ada nyeri tekan.

b) Bahu : Dapat diputar dan dapat digerakkan.

c) Tangan : Dapat digerakkan dan bergerak bebas, tidak terdapat lesi.

d) Kaki : Dapat digerakkan dan gerak bebas.

e) Pelvis : Klien dapat duduk dengan baik.

f) Vertebra : Klien dapat membungkuk, dapat digerakkan saat miring kiri dan kanan atau diluruskan.

9) Sistem integument

- a) Rambut : Distribusi rambut merata, tidak terdapat kotoran, tekstur rambut halus dan keriting, warna rambut hitam.
- b) Kulit : Tidak terdapat lesi, akral hangat, warna kulit hitam.
- c) Kuku : Kuku tampak panjang, kotor dan belum digunting.

8. Harapan keluarga

Keluarga Tn.M mengharapkan agar petugas kesehatan yang ada lebih memperhatikan masyarakat dengan sering memberikan pelayanan kesehatan ke rumah secara rutin tiap minggu tiap minggunya bukan setiap kali jadwal kunjungan bulanan.

B. Klasifikasi Data

Tabel 3.2

Klasifikasi Data

Data Subjektif	Data Objektif
• Ny. F mengatakan susah berjalan karena bagian tubuh sebelah sudah tidak bisa digerakkan • Ny. F mengatakan kaki kanan dan tangan kanan terasa berat dan susah digerakkan • Ny. F mengatakan mengalami kesulitan beraktivitas akibat kelemahan • Klien mengatakan pusing dan sakit kepala • Klien mengatakan kamar mandi jauh dari dalam rumah • Klien mengatakan berjalan harus dibantu oleh keluarga	• Keadaan umum: tenang • Klien tampak lelah • Ny. F tampak berjalan harus dibantu keluarga atau berjalan sambil memegang dinding • Ny. F tampak memegang kepala sesekali • Ny. F tampak saat diberikan latihan ROM susah mengikuti gerakannya • Saat diobservasi kondisi kamar mandi jauh dari dalam rumah • Skala nyeri 3 (ringan) • Kekuatan otot lemah • TD : 150/100 mmHg • Klien tampak berjalan harus dibantu keluarga atau berjalan sambil pegang dinding

Sumber : Data primer

C. ANALISA DATA

Tabel 3.3

Analisa Data

No	Data	Etiologi	Problem
1	DS : Klien mengatakan - Ny. F mengatakan susah berjalan karena bagian tubuh sebelah sudah tidak bisa digerakkan - Ny. F mengatakan mengalami kesulitan beraktivitas akibat kelemahan DO : Klien tampak - Keadaan umum: tenang - Klien tampak lelah - Ny. F tampak memegang kepala sesekali - Ny. F tampak saat diberikan latihan ROM susah mengikuti gerakannya - Skala nyeri 3 (ringan) - TD : 150/100 mmHg	Ketidakmampuan keluarga dalam mengenal masalah keperawatan stroke	Gangguan mobilitas fisik

No	Data	Etiologi	Problem
2	DS : Klien mengatakan • Ny. F mengatakan kaki kanan dan tangan kanan terasa berat dan susah digerakan • Klien mengatakan kamar mandi jauh dari dalam rumah DO : Klien tampak • Klien tampak berjalan harus dibantu keluarga atau berjalan sambil pegang dinding • Saat diobservasi kondisi kamar mandi jauh dari dalam rumah • Kekuatan otot	Ketidakmampuan keluarga menyediakan lingkungan dengan aman bagi penderita stroke	Risiko jatuh

1. Skoring masalah

- a. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam mengenal masalah keperawatan stroke

Tabel 3.4

Skoring Gangguan Mobilitas Fisik

Kriteria	Perhitungan	Skor	Pembenaran
1. Sifat masalah: Ancaman kesehatan	$\frac{2}{3} \times 1$	$\frac{2}{3}$	Rumah tidak dimodifikasi sesuai dengan kondisi penyakit, sebab akan menimbulkan risiko jatuh.
2. Kemungkinan masalah untuk diubah: Hanya sebagian	$\frac{2}{2} \times 2$	2	Keluarga membantu dalam pemenuhan kebutuhan keseharian atau memodifikasi lingkungan.
3. Potensial pencegahan: Cukup	$\frac{2}{3} \times 1$	$\frac{2}{3}$	Tergantung dari keluarga mau ikut anjuran atau tidak untuk memodifikasi lingkungan tempat tinggal.
4. Penonojolan masalah: Tidak dirasakan	$\frac{0}{2} \times 1$	0	Keluarga tidak menyadari bahwa memodifikasi lingkungan rumah sangat penting bagi pengidap penyakit STROKE.
Total skor		2 $\frac{4}{6}$	

Sumber : Data Primer

- b. Risiko jatuh berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga menyediakan lingkungan yang aman bagi penderita stroke.

Tabel 3.5

Skoring risiko jatuh

Kriteria	Perhitungan	Skor	Pembenaran
5. Sifat masalah: Ancaman kesehatan	$\frac{2}{3} \times 1$	$\frac{2}{3}$	Bila keadaan tersebut tidak diatasi akan membahayakan Ny. F.
6. Kemungkinan masalah untuk diubah: Hanya sebagian	$\frac{2}{2} \times 2$	2	Penyediaan sarana yang murah didapatkan oleh keluarga (misalnya tongkat kayu).
7. Potensial pencegahan: Cukup	$\frac{2}{3} \times 1$	$\frac{2}{3}$	Tergantung keluarga mau ikut anjuran atau tidak untuk memodifikasi lingkungan tempat tinggal.
8. Penonjolan masalah: Tidak dirasakan	$\frac{0}{2} \times 1$	0	Keluarga merasa keadaan tersebut telah berlangsung lama dan tidak pernah ada kejadian yang mengakibatkan jatuh pada penderita stroke.
Total skor		2 4/6	

Sumber : Data Primer

D. RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA

Tabel 3.6

Rencana Asuhan Keperawatan Keluarga

[illegible]

No	Diagnosa	Tujuan		Evaluasi		Intervensi	Implementasi	Evaluasi SOAP Jam: 13:00 WIT
		Jangka panjang	Jangka pendek	Kriteria	Standart			
	digerakkan - Ny. F mengatakan kaki kanan dan tangan kanan terasa berat dan susah digerakkan - Ny. F mengatakan mengalami kesulitan beraktivitas akibat kelemahan DO : Klien tampak - Keadaan umum: tenang - Klien tampak lelah		boleh dilakukan pada penyakit stroke - Keluarga dapat memutuskan untuk memberikan kegiatan yang sesuai dengan penyakit stroke. - Keluarga dapat merawat anggota	Respon kognitif	- Keluarga mampu menyebutkan kan mobilitas fisik yang boleh dilakukan Seperti : tirah baring selama 2 jam sekali - Keluarga mampu mengemukakan keputusan untuk memberi	2. Jelaskan pada keluarga tentang tujuan pemberian mobilitas fisik penyakit stroke. Seperti aktivitas ringan (jalan santai) 3. Kaji pengetahuan keluarga tentang mobilitas fisik yang boleh dan tidak boleh	Jam 09:10 WIB 2. Menjelaskan pada keluarga tentang tujuan pemberian mobilitas fisik penyakit stroke. Seperti aktivitas ringan (jalansantai) Respon :keluarga menyimak dengan baik Jam 09:25 WIB 3. Mengkaji pengetahuan keluarga tentang mobilitas fisik yang boleh dan tidak boleh	tentang tujuan pemberian mobilitas fisik yang boleh dan tidak boleh dilakukan. A : Masalah teratasi P : lanjutkan TUPEN II

No	Diagnosa	Tujuan		Evaluasi		Intervensi	Implementasi	Evaluasi SOAP Jam: 13:00 WIT
		Jangka panjang	Jangka pendek	Kriteria	Standart			
	- Ny. F tampak memegang kepala sesekali - Ny. F tampak saat diberikan latihan ROM susah mengikuti gerakannya - Skala nyeri 3 (ringan) - TD : 150/100 mmhg		keluarga yang berisiko terhadap penyakit stroke. Keluarga mampu memodifikasi lingkungan yang sesuai dengan penyakit stroke	Respon psikomotor	kegiatan yang sesuai dengan penyakit stroke. Seperti perenggangan tangan dan kaki Keluarga mampu menyebutkan kembali tentang memodifikasi	dilakukan pada penyakit stroke 4. Beri penjelasan pada keluarga tentang mobilitas fisik yang dapat dilakukan	dilakukan pada penyakit stroke Respon :keluarga tidak mengetahui tentang mobilitas fisik yang boleh dan tidak boleh dilakukan pada penyakit stroke Jam 09:25 WIB 4. Memberikan penjelasan pada keluarga tentang mobilitas fisik yang dapat dilakukan Respon : keluarga menyimak dengan dengan	

No	Diagnosa	Tujuan		Evaluasi		Intervensi	Implementasi	Evaluasi SOAP Jam: 13:00 WIT
		Jangka panjang	Jangka pendek	Kriteria	Standart			
					lingkungan seperti mendekatkan barang-barang yang diperlukan klien	1. Beikan motivasi pada keluarga agar dapat mengambil tindakan dan keputusan yang tepat.	baik TUPEN II (Jangka pendek) Jam 09:30 WIB 1. Memberikan motivasi pada keluarga agar dapat mengambil tindakan dan keputusan yang tepat. Respon : agar keluarga dapat memutuskan atau mengambil keputusan yang tepat.	S : Kluarga ingin melakukan kegiatan yang sesuai dengan penyakit stroke yaitu jalan santai sambil ditemani. O :keluarga dapat mengambil keputusan

No	Diagnosa	Tujuan		Evaluasi		Intervensi	Implementasi	Evaluasi SOAP Jam: 13:00 WIT
		Jangka panjang	Jangka pendek	Kriteria	Standart			
						2. Bimbing keluarga agar dapat mengambil keputusan yang tepat seperti jalan pagi santai dipagi hari sambil ditemani 3. Bantu keluarga untuk mengambil keputusan dalam mengatasi masalah.	Jam 09:45 WIB 2. Membimbing keluarga agar dapat mengambil keputusan yang tepat seperti jalan pagi santai dipagi hari sambil ditemani Respon : keluarga Kooperatif Jam 10:00 WIB 3. Membantu keluarga untuk mengambil keputusan dalam mengatasi masalah.	A : Masalah teratasi P : lanjutkan TUPEN III S : Keluarga mengatkan telah memahami cara merawat anggota keluarga terhadap penyakit stroke

No	Diagnosa	Tujuan		Evaluasi		Intervensi	Implementasi	Evaluasi SOAP Jam: 13:00 WIT
		Jangka panjang	Jangka pendek	Kriteria	Standart			
						1. Diskusikan dengan keluarga cara merawat anggota keluarga yang berisiko terhadap penyakit stroke 2. Meminta keluarga untuk mengulangi cara merawat anggota yang	TEPEN III (Jangka pendek) Jam 10:20 WIB 1. Mendiskusikan dengan keluarga cara merawat anggota keluarga yang berisiko terhadap penyakit stroke Respon : Keluarga tampak antusias dalam berdiskusi Jam 10:30 WIB 2. Meminta keluarga untuk mengulangi cara merawat anggota yang berisiko	O : Keluarga dapat menjawab tentang cara merawat anggota keluarga terhadap penyakit stroke A : Masalah teratasi P : Lanjutkan TUPEN IV

No	Diagnosa	Tujuan		Evaluasi		Intervensi	Implementasi	Evaluasi SOAP Jam: 13:00 WIT
		Jangka panjang	Jangka pendek	Kriteria	Standart			
						berisiko terhadap penyakit stroke. Respon : Keluarga megulangi cara merawat 3. Beri kesempatan kepada keluarga untuk bertanya hal yang belum dimengerti Respon : Keluarga mengatkan telah mengerti dan memahami apa yang dijelaskan	terhadap penyakit stroke. Respon : Keluarga megulangi cara merawat Jam 10:35 WIB 3. Memberikan kesempatan kepada keluarga untuk bertanya hal yang belum dimengerti Respon : Keluarga mengatkan telah mengerti dan memahami apa yang dijelaskan	

No	Diagnosa	Tujuan		Evaluasi		Intervensi	Implementasi	Evaluasi SOAP Jam: 13:00 WIT
		Jangka panjang	Jangka pendek	Kriteria	Standart			
						1. Kaji ulang pengetahuan tentang modifikasi lingkungan yang sesuai. Respon : Keluarga mengatakan tidak mengetahui tentang memodifikasi lingkungan yang sesuai dengan penkait stroke. 2. Diskusikan dengan keluarga tentang	TUPEN IV (Jangka pendek) Jam 10:45 WIB 1. Mengkaji ulang pengetahuan tentang modifikasi lingkungan yang sesuai. Respon : Keluarga mengatakan tidak mengetahui tentang memodifikasi lingkungan yang sesuai dengan penkait stroke. Jam 11:10 WIB 2. Mendiskusikan dengan keluarga tentang	S : - Keluarga mengatakan telah memahami tentang memodifikasi lingkungan - Keluarga mengatakan akan memodifikasi lingkungan A :

No	Diagnosa	Tujuan		Evaluasi		Intervensi	Implementasi	Evaluasi SOAP Jam: 13:00 WIT
		Jangka panjang	Jangka pendek	Kriteria	Standart			
						membuat tongkat untuk penderita penyakit stroke agar bisa jalan dengan baik. Respon : Keluarga tampak antusias dalam berdiskusi 3. Motivasi keluarga untuk mengusahakan memodifikasi lingkungan rumah yang aman buat penderita penyakit stroke Respon : Keluarga mengatkan	membuat tongkat untuk penderita penyakit stroke agar bisa jalan dengan baik. Respon : Keluarga tampak antusias dalam berdiskusi Jam 11:30 WIB 3. Memotivasi keluarga untuk mengusahakan memodifikasi lingkungan rumah yang aman buat penderita penyakit stroke Respon : Keluarga mengatkan	Masalah teratasi sebagian P : Dihentikan

No	Diagnosa	Tujuan		Evaluasi		Intervensi	Implementasi	Evaluasi SOAP Jam: 13:00 WIT
		Jangka panjang	Jangka pendek	Kriteria	Standart			
						memodifikasi rumah nanti buat keamanan penderita penyakit stroke	memodifikasi rumah nanti buat keamanan penderita penyakit stroke	

No	Diagnosa	Tujuan		Evaluasi		Intervensi	Implementasi	Evaluasi SOAP Jam: 13:00 WIT
		Jangka panjang	Jangka pendek	Kriteria	Standart			
2	Risiko jatuh berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga menyediakan lingkungan yang aman bagi penderita stroke.	Tidak terjadinya risiko jatuh pada Ny. F	Setelah pertemuan selama 1x30 menit diharapkan keluarga mampu untuk mengenal masalah : Perngertia jatuh akibat stroke	Respon kognitif	Keluarga mampu menyebutkan kan pengertian jatuh buat penyakit stroke secara tepat	1. Kaji pengetahuan keluarga tentang jatuh bagi penyakit stroke 2. Beri pengertian jatuh lagi penyakit stroke 3. Beri kesempatan pada keluarga untuk bertanya hal yang belum jelas.	TUPEN I (Jangka pendek) Jam 10:30 WIB 1. Mengkaji pengetahuan keluarga tentang jatuh bagi penyakit stroke Respon : Keluarga tidak mengetahui tentang arti jatuh bagi penyakit stroke. Jam 10:45 WIB 2. Memberikan pengertian jatuh lagi penyakit stroke Respon : Menyimak dengan baik 3. Memberikankesempatan pada keluarga untuk bertanya hal yang belum jelas. Respon :	S : Keluarga mengatakan mngerti tentang pengertian, penyebab jatuh, bagi penyakit stroke O : keluarga tampak sudah dapat menjelaskan pengertian, penyebab jatuh bagi penyakit stroke A : Masalah teratasi P : Lanjurkan TUPEN II

BAB IV

PEMBAHASAN

Bab ini penulis akan membahas tentang asuhan keperawatan pada keluarga Tn. M dengan masalah utama stroke di jalan Ki Hajar Dewantara wilayah kerja Puskesmas Fakfak Kota Kabupaten Fakak, selama 3 hari. Pada kasus ini penulis akan membahas mengenai masalah hasil pengkajian sampai evaluasi.

A. Pengkajian keperawatan

Pengumpulan data (informasi) dari keluarga menggunakan metode wawancara, observasi/peralatan yang digunakan dalam rumah, pemeriksaan fisik pada anggota keluarga, dengan menggunakan data sekunder maupun data umum.

1. Identitas klien

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, pendidikan terakhir, agama, pekerjaan dan suku bangsa.

2. Riwayat kesehatan

a. Keluhan utama

Biasanya didapatkan kelemahan anggota gerak sebelah badan, bicara pelo, dan tidak dapat berkomunikasi

b. Riwayat penyakit sekarang

Serangan stroke non hemoragik seringkali berlangsung sangat mendadak, pada saat klien sedang melakukan aktivitas. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah bahkan kejang sampai tidak sadar,

disamping gejala kelumpuhan separuh badan atau gangguan fungsi otak yang lain.

c. Riwayat penyakit dahulu

Ada riwayat hipertensi, diabetes mellitus, penyakit jantung, anemia riwayat trauma kepala, kontrsepsi oral yang lama, penggunaan obat-obat anti koangulan, aspirin, obat adiktif.

d. Riwayat penyakit keluarga

Biasanya ada riwayat keluarga yang menderita hipertensi ataupun diabetes militus.

Dari penjelasan diatas timbul kesenjangan antara teori dengan kasus nyata, dimana dalam wawancara tentang riwayat kesehatan (riwayat penyakit dahulu) menurut teori didapatkan adanya hipertensi, diabetes mellitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, pengonaan obat-obat anti koangulan, aspirin, obat adiktif. Sedangkan pada kasus nyata hanya ditemukan adanya riwayat hipertensi.

B. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan yang didapatkan untuk kasus stroke dalam konsep dasar asuhan keperawatan antara lain sebagai berikut :

1. Gangguan perfusi jaringan serebral b.d O2 otak menurun
2. Ketidakseimbangan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh b.d ketidakmampuan untuk mengabsorpsi nutrisi
3. Hambatan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot
4. Risiko kerusakan integritas kulit b.d faktor resiko : lembap

5. Gangguan komunikasi verbal b.d. kerusakan neuromuscular, kerusakan sentral bicara (Dharma, 2018)

Tetapi dalam kasus keperawatan terhadap Ny. F dengan stroke hanya muncul 2 diagnosa keperawatan yaitu :

1. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot
2. Risiko jatuh berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga menyediakan lingkungan yang aman bagi penderita stroke.

Karena pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 26 April 2022 hanya didapatkan data yang mendukung pada penegakan 2 diagnosa keperawatan tersebut. Diagnosa yang muncul pada keluarga Tn. M khususnya Ny. F dengan stroke yang disusun sesuai prioritas keperawatan yaitu sebagai berikut :

1. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam mengenal masalah keperawatan stroke
2. Risiko jatuh berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga menyediakan lingkungan yang aman bagi penderita stroke.

Kemudian terdapat kesenjangan antara teori dan kasus nyata dimana pada kasus nyata tidak terdapat diagnosis keperawatan seperti

1. Gangguan perfusi jaringan serebral b.d O2 otak menurun
2. Ketidakseimbangan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh b.d ketidakmampuan untuk mengabsorpsi nutrisi
3. Hambatan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot

4. Resiko kerusakan integritas kulit b.d faktor resiko : lembap
5. Gangguan komunikasi verbal b.d. kerusakan neuromuscular, kerusakan sentral bicara (Dharma, 2018)

Hal ini disebabkan tidak terdapat data yang mendukung diagnosa, sebagai penulis tidak memunculkan diagnosa keperawatan tersebut dan terdapat penambahan diagnosa yaitu :

1. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam mengenal masalah keperawatan stroke.
2. Resiko jatuh berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga menyediakan lingkungan yang aman bagi penderita stroke.

C. Intervensi dan implementasi

Rencana tindakan keperawatan terhadap keluarga, meliputi kegiatan yang bertujuan :

1. Menstimulus kesadaran atau penerimaan keluarga mengenai masalah dan kebutuhan dengan cara :
 - a. Memberikan informasi yang tepat
 - b. Mengidentifikasi kebutuhan dan harapan keluarga tentang kesehatan
 - c. Mendorong sikap emosi yang mendukung upaya kesehatan
2. Menstimulasi keluarga untuk memutuskan cara perawatan yang tepat dengan cara :
 - a. Mengidentifikasi konsekuensinya bila tidak melakukan tindakan
 - b. Mengidentifikasi sumber-sumber yang dimiliki dan yang ada disekitar keluarga

- c. Mendiskusikan tentang konsekuensi tipe tindakan
- 3. Memberikan kepercayaan diri selama merawat anggota keluarga yang sakit, dengan cara :
 - a. Mendemostrasikan cara perawatan
 - b. Menggunakan alat dan vasilitas yang dirumah
 - c. Mengawasi keluarga melakukan keluarga
- 4. Membantu keluarga untuk memelihara (memodifikasi) lingkungan yang dapat meningkatkan kesehatan keluarga, dengan cara
 - a. Menentukan sumber-sumber yang dapat digunakan keluarga
 - b. Melakukan perubahan lingkungan bersama keluarga seoptimal mungkin.
- 5. Memotivasi keluarga untuk memanfaatkan fasilitas ksehatan yang ada disekitarnya, dengan cara.
 - a. Menggunakan fasilitas kesehatan yang ada disekitar lingkungsn keluarga.
 - b. Membantu keluarga menggunakan fasilitas kesehatan yang ada.

Intervensi keperawatan dalam kasus nyata pada Ny. F

1. Diagnosa 1 : Mobilitas Fisik

TUPEN I

- a. Kaji pengetahuan keluarga tentang tujuan mobilitas fisik penyakit stroke.
- b. Jelaskan pada keluarga tentang tujuan pemberian mobilitas fisik penyakit stroke.

- c. Minta keluarga untuk mengulang kembali tentang tujuan pemberian mobilitas fisik penyakit stroke.
- d. Tanyakan pada keluarga hal-hal mana yang belum dimengerti.

TUPEN II

- a. Beri motivasi pada keluarga agar dapat mengambil tindakan dan keputusan yang tepat.
- b. Bimbing keluarga agar dapat mengambil keputusan yang tepat seperti jalan santai dipagi hari sambil ditemani.
- c. Bantu keluarga untuk mengambil keputusan dalam mengatasi masalah.

TUPEN III

- a. Diskusikan dengan keluarga cara merawat anggota keluarga yang berisiko terhadap penyakit stroke yaitu dengan memperhatikan berat badan dan aktivitas yang berlebihan serta mengecek tekanan darah dan tidak terlalu stress.
- b. Meminta keluarga untuk mengulangi cara merawat anggota yang berisiko terhadap penyakit stroke.
- c. Beri kesempatan kepada keluarga untuk bertanya hal yang belum dimengerti

TUPEN IV

- a. Kaji ulang pengetahuan tentang modifikasi lingkungan yang sesuai.
- b. Diskusikan dengan keluarga tentang membuat tongkat untuk penderita penyakit stroke agar bisa jalan dengan baik.

- c. Motivasi keluarga untuk mengusahakan memodifikasi lingkungan rumah yang aman buat penderita penyakit stroke

2. Diagnosa 2 : Risiko Jatuh

TUPEN I

- a. Kaji pengetahuan keluarga tentang jatuh bagi penyakit stroke
- b. Beri pengertian jatuh lagi penyakit stroke

D. Evaluasi

Evaluasi disusun menggunakan SOAP yang operasional dengan pengertian “S” adalah ungkapan perasaan dan keluhan yang dirasakan secara subjektif oleh keluarga setelah diberikan implementasi keperawatan. “O” adalah keadaan objektif yang dapat diidentifikasi oleh perawat menggunakan pengamatan atau pengamatan yang objektif setelah implementasi keperawatan. “A” merupakan analisis perawat setelah mengetahui respons subjektif dan objektif keluarga yang di bandingkan dengan kriteria dan standar yang telah ditentukan mengacu pada tujuan pada rencana keperawatan keluarga. “P” adalah perencanaan selanjutnya setelah perawat melakukan analisis. Pada kasus nyata evaluasi yang digunakan penulis yaitu menggunakan SOAP. Pada “S” terdapat persamaan dengan teori dan kasus nyata begitu sebaliknya dengan “O”. Sedangkan pada “A” dan “P” hanya sebagian yang sama dengan teori.

Dari penjelasan diatas timbul kesenjangan antara teori dengan kasus nyata, dimana dalam melakukan perencanaan dan implementasi keperawatan maka ada perbedaan yaitu pada teori dan kasus nyata pada “A” dan “P” dimana

hanya sebagian yang sama dengan teori karena implementasi yang dilakukan masalah sebagian belum teratasi.

BAB V PENUTUP

A. KESIMPULAN

Setelah penulis menyelesaikan penulis melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung pada Ny. F dengan penyakit stroke selama tiga hari di rumahnya, maka penulis dapat menarik kesimpulan.

1. Pada tahap pengkajian yang dilakukan secara sistematis ditentukan data-data yaitu klien tampak bicara tidak jelas, Ny. F mengatakan kaki kanan terasa berat dan susah digerakkan, klien mengatakan mengalami kesulitan aktivitas akibat kelemahan. Hampir sebagian besar data-data yang terdapat dalam teori tidak ditemukan dalam kasus nyata.
2. Pada diagnosa secara nyata ditemukan pada kasus terdapat dua diagnosa yaitu : Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam mengenal masalah keperawatan stroke, resiko jatuh berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga menyediakan lingkungan yang aman bagi penderita stroke
3. Perencanaan dirumuskan berdasarkan prioritas masalah sekaligus memperhatikan kondisi Ny. F. Mengkaji pengetahuan keluarga tentang tujuan mobilitas fisik penyakit stroke, menjelaskan pada keluarga tentang tujuan pemberian mobilitas fisik penyakit stroke. Seperti aktivitas ringan (jalansantai), mengkaji ulang pengetahuan tentang modifikasi lingkungan yang sesuai, Memberikan pengertian jatuh lagi penyakit stroke

4. Pelaksanaan intervensi keperawatan pada keluarga Tn. M lebih tepatnya kepada Ny. F sendiri, telah dilaksanakan secara keseluruhan rencana tindakan keperawatan yang telah disusun dan dilaksanakan sesuai dengan kondisi klien.
5. Dalam evaluasi yang dilaksanakan, penulis menemukan masalah aktual pada keluarga Tn. M tepatnya Ny. F sendiri, dimana sebagian besar masalah teratasi dan satu masalah belum teratasi yang ditentukan implementasi pada keluarga untuk memodifikasi lingkungan tempat tinggal.
6. Terdapat kesenjangan antara teori dengan yang terdapat pada kasus nyata, baik pada proses pengkajian hingga penegakan diagnosa keperawatan dan pelaksanaan tindakan, hal ini disebabkan oleh respon klien terhadap penyakitnya.

Asuhan keperawatan dengan pendekatan proses keperawatan keluarga dapat memecahkan masalah klien secara komprehensif baik masalah biopsiko, sosial dan spiritual, sehingga dapat mempercepat proses penyembuhan.

B. SARAN

1. Bagi institusi

Dalam melaksanakan asuhan keperawatan keluarga dengan masalah stroke hendaknya institusi menyediakan buku-buku referensi di perpustakaan sehingga mahasiswa dengan muda dapat melakukan dan memberikan

asuhan keperawatan sesuai konsep buku rencana asuhan keperawatan keluarga.

2. Bagi mahasiswa

Untuk mahasiswa lebih banyak lagi membekali diri dengan ilmu pengetahuan, supaya dapat membuat karya tulis ilmiah yang lebih terampil dan professional lagi dalam memberikan asuhan keperawatan keluarga.

3. Bagi lahan praktik

Disarankan agar petugas puskesmas petugas penyuluhan kesehatan untuk meningkatkan frekuensi pemberian penyuluhan kesehatan yang berhubungan dengan penyakit stroke.

DAFTAR PUSTAKA

- Dharma. (2018). *eprints*. Diambil dari Konsep Dasar Stroke Non Hemoragik: <http://eprints.umpo.ac.id/7771/4/BAB%202.pdf>
- Hesty. (2019). *poltekkes*. Diambil dari Konsep Stroke : <https://repository.poltekkes-smg.ac.id/repository/BAB%202%2034403716095.pdf>
- Ningkem, N. D. (2020). *repo.stikesicme*. Diambil Juli 2022, dari ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN STROKE NON HEMORAGIC DENGAN KETIDAKEFEKTIFAK PERFUSI JARINGAN SEREBRALDI RUANG KRISSAN RSUD BANGILPASURUAN : <http://repo.stikesicme-jbg.ac.id/3768/1/KTI%20NIKEN%20SNH%20BAB%201-5.pdf>
- Ningrum, N. D. (n.d.). *repo.stikesicme*. Retrieved from KT.
- R, D. (2019). *poltekkesjogja*. Diambil dari Asuhan Keperawatan pada Tn. H dengan Stroke Non Hemoragik: <http://eprints.poltekkesjogja.ac.id/2096/1/KTI%20NUSATIRIN.pdf>
- Sarifat. (2019). *eprints*. Diambil dari Konsep Stroke: <https://eprints.umm.ac.id/75969/6/BAB%202.pdf>
- Smeltzer, & Bare. (2021). *eprints*. Diambil dari Konsep Stroke Non Hemoragik: <http://eprints.umpo.ac.id/6185/3/BAB%202.pdf>
- Styopranoto. (2017). *umpo*. Diambil dari Konsep Stroke Non Hemoragik: <http://eprints.umpo.ac.id/6185/3/BAB%202.pdf>
- Sulisyawati. (2020). *repository.poltekkes-kaltim*. Diambil Juli 2022, dari ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN STROKE NON HEMORAGIK YANG DIRAWAT DI RUMAH SAKIT: <http://repository.poltekkes-kaltim.ac.id/1079/1/KTI%20SULISTIYAWATI.pdf>
- Suprajitno. (2018). *repositor*. Diambil dari Asuhan Keperawatan Pada Ny. I dengan Stroke Non Hemoragik: <https://repository.poltekkes-smg.ac.id/repository/BAB%202%2034403716095.pdf>
- Sylvia, 2019, dalam, & Latifa. (2020). *poltekkes*. Diambil dari Konsep Teori Penyakit Stroke Non Hemoragik: <http://repository.poltekkes-denpasar.ac.id/441/3/BAB%20II.pdf>

- Wijaya, 2018, dalam, R, Akbar, & Fauzan. (2021). *poltekeskupang*. Diambil dari ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny P.S DENGAN STROKE NON HEMORAGIK DI RUANG CEMPAKA RSUD. PROF. Dr. W. Z. JOHANNES KUPANG: <http://repository.poltekeskupang.ac.id/917/1/KTI%20STROKE%20NON%20HEMORAGI..pdf>
- Zakaria. (2017). *undip*. Diambil dari Stroke Non Hemoragik: http://eprints.undip.ac.id/46789/3/Masayu_Prakasita_22010111140160_La p.KTI_Bab2.pdf

**BERITA ACARA PERBAIKAN
KARYA TULIS ILMIAH**

Nama : Soteria Y Engkesa

Nim : 81447219036

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Tn. M

Khususnya Pada Ny. F Dengan Stroke Non

Hemoragik Di Wilayah Kerja Pusesmas Fakfak

Kota

No	Nama Penguji	Rekomendasi	Tanda Tangan
1	Bacharudin Rohromana, S.Kep.MPd.Ked	1. Perbaiki cover 2. Perbaiki pendahuluan menurut WHO 3. Perbaiki skoring pada bagian total skor 4. Perbaiki kriteria hasil 5. Kata yang menggunakan bahasa asing harus dimiringkan 6. Perbaiki tugas keluarga dalam bidang kesehatan pada bagian yang 2 7. Perbaiki diagnosa pertama dengan menggunakan lima konsep tugas keluarga 8. Tambahkan evaluasi pada kasus nyata 9. Pada BAB V perbaiki pengkajian, diagnosa, dan intervensi dengan masukan kasus nyata	

No	Nama Penguji	Rekomendasi	Tanda Tangan
2	Santoso Budi Rohayu, S.KM,M.Kes,M.Th	1. Perbaiki cover 2. Perbaiki kepala table 3. Tambahkan kesenjangan pada implemntasi dan evaluasi	
3	Meriam C. Hukubun, S.KM	1. Perbaiki cover 2. Tambakan harapan keluawarga 3. Tambakan daftar pustaka	

CATATAN BIMBINGAN

No	Hari/Tgl	BAB	Masukan Pembimbing	TTD
1	Rabu, 22 Juni 2022	BAB I BAB II	1. Pembinaan dasar 2. Kepingan materi 3. Tambahkan dan kembangkan materi ke "kepingan" kasus stroke.	
2	Sabtu, 02 Juli 2022	BAB II	1. Peran keluarga	
3	Senin, 04 Juli 2022	BAB III	1. Daftar anggota keluarga bagian pekerjaan 2. Hiruk dan tahap perkembangan keluarga tambahkan penyakit yang diderita sejak kapan	
4	Selasa, 05 Juli 2022	BAB III	1. Stress dan keping keluarga - tambahkan cara mengatasi stresor jangka pendek dan jangka panjang 2 - Tambahkan pemeriksaan fisik untuk anak dari Ny. P	

No	Hari/Tgl	BAB	Masukan Pembimbing	TTD
5	Kamis, 01 Juli 2022	BAB III	- perbaiki sistem kardiovaskuler - Intervensi keperawatan dibagian standar tambahkan tujuan dari intervensi yang dilakukan	
6	Jumat, 08 Juli 2022	BAB III	- Intervensi dan implementasi 2 tambahkan mobilitas fisik dan aktivitas yang dilakukan klien pada diagnosa 1 tumpukan 1 - Intervensi	
7	Sabtu, 09 Juli 2022	BAB IV	- Tambahkan pengujian yang didapat di kasus nyata dan tambahkan riwayat penyakit dahulu - Tambahkan kesenjangan pada evaluasi	
8	Senin, 11 Juli 2022		- Daftar pustaka	

CATATAN BIMBINGAN

No	Hari/Tgl	BAB	Masukan Pembimbing	TTD
1	sabtu, 02 juli 2022	BAB I	- sistematika penulisan - cover - Gambar perbaiki judul	
2	Senin, 04 juli 2022	BAB II	- tambahkan komplikasi - penatalaksanaan keperawatan	
3	Selasa, 05 juli 2022	BAB II	- ..Tambahkan evaluasi - Tambahkan fungsi keluarga - tambahkan skoring	
4	Rabu, 06 juli 2022	BAB III	-Tambatkan keterangan pada diagram keluarga -tambahkan riwayat penyakit sebelumnya - perbaiki dana rumah	



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
DIREKTORAT JENDERAL TENAGA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN SORONG
Jalan Basuki Rahmat Km.11 Kota Sorong 98417
Telepon (0951) 324 309 Faksimile (0951) 324 309
Laman <http://poltekkes.sorong.ac.id> Surat Elektronik poltekkes.sorong@gmail.com



Nomor : KH.04.02/3.11/096/2022
Lampiran : 1 (Satu) Lembar
Perihal : Permohonan Pengambilan Kasus

Fakfak, 22 April 2022

Yang terhormat,
Kepala Puskesmas Fakfak Kota
Di-

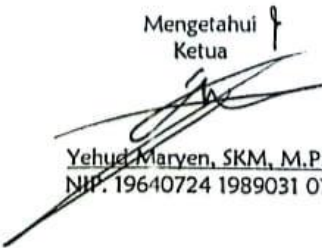
F a k f a k

Dengan Hormat,

Sehubungan dengan penyelesaian tugas akhir Karya Tulis Ilmiah (KTI) mahasiswa semester VI Prodi D III Keperawatan Fakfak Poltekkes Kemenkes Sorong Tahun Akademik 2021/2022, maka dengan ini kami mengajukan permohonan kepada Bapak/Ibu kiranya dapat mengizinkan mahasiswa kami untuk menggunakan Wilayah Kerja Puskesmas untuk pengambilan kasus KTI sesuai dengan Judul yang sudah ditetapkan. Pengambilan kasus KTI dilakukan mulai tanggal 25 April s/d 30 April 2022. (Nama mahasiswa terlampir)

Demikian permohonan kami, atas perhatian dan kerja sama yang baik diucapkan banyak terimakasih.

Mengetahui
Ketua


Yehud Maryen, SKM, M.PH
NIP. 19640724 1989031 015



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
DIREKTORAT JENDERAL TENAGA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN SORONG
Jalan Basuki Rahmat Km. 11 Kota Sorong 98417
Telepon (0951) 324 309 Faksimile (0951) 324 309
Laman <http://poltekkes.sorong.go.id> Surat Elektronik poltekkes.sorong@yahoo.co.id



Nomor : KH.04.02/3.11/101/2022
Lampiran : 1 (Satu) Lembar
Perihal : Ijin/ Rekomendasi Pengambilan Data

Fakfak, 26 April 2022

Yang terhormat,

Kepala Kesbangpol Kabupaten Fakfak

Di-

F a k f a k

Dengan Hormat,

Sehubungan dengan Penyelesaian tugas akhir Karya Tulis Ilmiah (KTI) Asuhan Keperawatan Klinik & Keperawatan Komunitas Mahasiswa/i Tingkat III Semester VI (Enam) Program Studi Diploma Tiga Keperawatan Fakfak Poltekkes Kemenkes Sorong Tahun Akademik 2021/2022, maka kami mohon kepada Bapak/Ibu kiranya dapat memberikan rekomendasi pengambilan data di Dinas Kesehatan Kabupaten Fakfak kepada Mahasiswa/i kami untuk maksud tersebut (Daftar Nama Terlampir).

Demikian penyampaian kami, atas perhatian dan ijinnya diucapkan terima kasih.

Mengetahui }
Ketua


Yehud Maryen, SKM, M.PH
NIP. 19640724 1989031 015

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA****DIREKTORAT JENDERAL TENAGA KESEHATAN****POLITEKNIK KESEHATAN SORONG**

Jalan Basuki Rahmat Km.11 Kota Sorong 98417

Telepon (0951) 324 309 Faksimile (0951) 324 309

Laman <http://politekkesorong.ac.id> Surat Elektronik politekkesorong@yahoo.co.id

Nomor : KH.04.02/3.11/101/2022

Lampiran : 1

Daftar nama Mahasiswa/I
Prodi D III Keperawatan Fakfak
TA. 2021/2022

No	Nama Mahasiswa	
1	Alda R A Fidmatan	81447219001
2	Boki S Rumasukun	81447219008
3	Julia Ubra	81447219016
4	Melanie Y Kokorule	81447219023
5	Natasya Rustam	81447219026
6	Risma Karim	81447219030
7	Lenora Krispul	81447219017
8	Salma Boinauw	81447219033
9	Yani Rumaday	81447219038
10	Lidia Wiratraur	81447219019
11	Yuliance J Kutanggas	81447219040
12	Soteria Y Engkesa	81447219036
13	Sukria Fatmah Rumuar	81447219037
14	Asya Parera	81447219006
15	Saida Loklomin	81447219032
16	Mirna Siboto	81447219024
17	Imran Rahalus	81447219014
18	Runita D Heritrenggi	81447219031
19	Abdullah Kelilauw	81447218001
20	Balda T Rumasukun	81447219029
21	Endah H Rais	81447219010
22	Ermelda Moniz	81447219001
23	Gabriela Hindom	81447219013

24	Leonardo Y Meturan	81447219018
25	Lisa A Watmanlussy	81447219020
26	Lisawanrika Palete	81447219021
27	Martin V Ramos Dak	81447219022
28	Melanie G.A Tethool	8 1447218021
29	Nurmala Moka	81447219027
30	Rahma Sarita La Abu	81447219029

Mengetahui 9
Ketua

Yehud Maryen, SKM, M.PH
NIP. 19640724 1989031 015



PEMERINTAH KABUPATEN FAKFAK
DINAS KESEHATAN
PUSKESMAS FAKFAK
Jln. Cendrawasih, Kel. Fakfak Utara, Distrik Fakfak Telp. (0956) 22372
e-mail : puskesmasff01@gmail.com



SURAT KETERANGAN

Nomor : 440 /436/PKM-FF/ VIII /2022

Yang bertanda tangan dibawah ini :

N a m a : dr. DIANA TAN
N I P : 19721001 200212 2 005
Golongan/Ruang : PEMBINA TK.I /IV/b
J a b a t a n : KEPALA PUSKESMAS FAKFAK
A l a m a t : JL. CENDRAWASIH FAKFAK

Dengan ini menerangkan bahwa :

N a m a : Soteria Y. Engkesa
NIM : 81447219036
Judul KTI : ASUHAN Keperawatan Keluarga Tn. M khususnya Ny. F
dengan STORE NON HEMORAGIK di wilayah kerja
PUSKESMAS FAKFAK KOTA.

Benar benar yang bersangkutan telah melakukan pengambilan sampel untuk bahan penyusunan Karya Tulis Ilmiah di PUSKESMAS Fakfak Kota, pada Tanggal 21 - 28 April 2022.

Demikian Surat Keterangan ini dibuat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya. .

Fakfak, 19 Agustus 2022

Kepala Puskesmas Fakfak


dr. DIANA TAN
NIP. 19721001 200212 2 005

