

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Penyakit

2.1.1 Definisi

Stroke merupakan penyakit neurologis dan harus segera ditangani. Stroke memiliki karakteristik serangan mendadak penyebabnya karena gangguan peredaran darah otak yang bisa terjadi kapan saja (Tarwoto, 2013).

Stroke juga penyakit serebro vaskuler yang menunjukkan kelainan otak secara fungsional maupun struktural. Stroke adalah cedera pembuluh darah akut pada otak yang disebabkan oleh penyumbatan bekuan darah, penyempitan pembuluh darah, atau pecahnya pembuluh darah. Stroke menyebabkan kecacatan seperti kelumpuhan anggota gerak, gangguan bicara, proses berpikir daya ingat akibat dari gangguan fungsi otak (Dosen Keperawatan Medikal Bedah, 2017).

Menurut (Hendro Susilo, 2000), penyakit stroke merupakan akibat dari faktor keturunan seperti penyakit diabetes militus, hipertensi maka ada kemungkinan terdapat riwayat anggota keluarga yang pernah mengalami penyakit tersebut.

2.1.2 Klasifikasi Stroke

Berdasarkan penyebabnya stroke dibagi menjadi dua jenis, yaitu stroke iskemik dan stroke hemoragik. Berikut penjelasan kedua jenis stroke tersebut menurut (Tarwoto, 2013) :

1) Stroke Iskemik

Stroke iskemik terjadi pada sel – sel otak yang mengalami kekurangan oksigen dan nutrisi yang disebabkan oleh penyempitan atau penyumbatan pada pembuluh darah (ateriosklerosis). Ateriosklerosis terjadi akibat timbunan lemak pada arteri yang menyebabkan perlukaan pada dinding arteri. Luka ini menyebabkan bekuan darah (trombus) yang menyempitkan arteri. Gumpalan darah dapat juga terbawa ke aliran darah dan menyangkut di pembuluh darah yang lebih kecil, akibatnya dapat menyebabkan penyumbatan.

Jenis-jenis stroke iskemik sebagai berikut :

- a) Stroke thrombosis disebabkan oleh penyumbatan aliran darah ke otak karena adanya gumpalan.
- b) Stroke emboli merupakan jenis stroke yang disebabkan tertutupnya pembuluh arteri oleh bekuan darah.
- c) *Hipoperfusi sistemik* yaitu jenis stroke yang disebabkan berkurangnya aliran darah ke seluruh bagian tubuh akibat gangguan irama jantung.

2) Stroke Hemoragik

Stroke hemoragik terjadi akibat pembuluh darah yang pecah. Pecahnya pembuluh darah di otak menyebabkan aliran darah ke otak berkurang, dan sel-sel otak dapat mengalami kerusakan bahkan kematian karena kekurangan oksigen dan nutrisi. Darah yang keluar dari pembuluh darah yang pecah juga dapat merusak sel-sel otak yang

ada disekitarnya. Selain itu, sel-sel otak juga mati karena aliran darah yang membawa oksigen dan nutrisi terhenti. Stroke jenis ini terjadi sekitar 20% dari seluruh pasien stroke. Namun, 80% dari orang yang terkena stroke hemoragik mengalami kematian dan hampir 70% kasus stroke hemoragik terjadi pada penderita hipertensi.

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

- a) *Hemorragik intraserebral*, yakni perdarahan terjadi di dalam jaringan otak.
- b) *Hemorragik subaraknoid*, yakni perdarahan terjadi di ruang sempit antara permukaan otak dan lapisan jaringan yang menutupi otak.

2.1.3 Etiologi

Penyebab stroke menurut (Muttaqin A, 2008), yaitu:

1) Iskemik

Stroke pada pembuluh darah yang mengalami oklusi sehingga menyebabkan iskemik jaringan otak yang dapat menimbulkan edema dan kongesti disekitarnya.

- a) *Arteriosklerosis*: mengerasnya atau berkurangnya kelenturan dan elastisitas dinding pembuluh darah. WHO (1990) menganjurkan pembatasan konsumsi garam dapur hingga 6 gram sehari (2400 mg Natrium). Mengonsumsi lemak yang tinggi, lambat laun akan menyebabkan penyempitan pembuluh darah (aterosklerosis) karena pembuluh darah menjadi tidak elastis. Kondisi ini akan mengakibatkan aliran darah dalam pembuluh darah menjadi tidak

elastis dan naiknya tekanan diastolik diakibatkan oleh penyempitan pembuluh darah yang mengakibatkan tekanan darah tinggi. Manifestasi klinis atherosklerosis bermacam macam. Kerusakan dapat terjadi melalui mekanisme berikut:

- (1) Lumen arteri menyempit dan mengakibatkan berkurangnya aliran darah.
 - (2) *Oklusi* mendadak pembuluh darah karena terjadi thrombosis
 - (3) Tempat terbentuknya thrombus kemudian melepaskan kepingan thrombus.
 - (4) Dinding arteri menjadi lemah dan terjadi *aneurisma* kemudian robek dan terjadi perdarahan
- b) *Hiperkoagulasi*: darah yang bertambah kental yang akan menyebabkan viskositas atau hematokrit meningkat sehingga dapat melambatkan aliran darah serebral.
- c) *Arteritis*: radang pada arteri sering muncul secara tiba – tiba, serta berlangsung cepat.

2) Hemoragik

Perdarahan intrakranial atau intraserebral termasuk perdarahan dalam ruang *subarachnoid* atau kedalam jaringan otak sendiri. Perdarahan ini dapat terjadi karena *atherosklerosis* dan hipertensi. Akibat pecahnya pembuluh darah otak menyebabkan perembesan darah kedalam parenkim otak yang dapat mengakibatkan penekanan, pergeseran dan pemisahan jaringan otak yang berdekatan sehingga

otak akan membengkak jaringan otak tertekan sehingga terjadi infark otak, dan oedema.

Penyebab perdarahan otak yang paling sering terjadi:

a) *Aneurisma*

b) *Malformasi arteriovenous*, terjadi hubungan persambungan pembuluh darah arteri, sehingga darah arteri langsung masuk vena

2.1.4 Manifestasi Klinis

Menurut Gofir (2021), manifestasi klinis stroke meliputi :

1) Iskemik

a) Kelumpuhan anggota badan sebelah yang timbul secara mendadak. Kelumpuhan terjadi akibat adanya kerusakan pada area motoric di korteks bagian frontal, kerusakan ini bersifat kontraletal artinya jika terjadi kerusakan pada hemisfer kanan maka kelumpuhan otot pada sebelah kiri.

Tabel 2.1 Tingkat Kekuatan Otot

Skala	Ciri-ciri
0	Otot tidak mampu bergerak sama sekali, lengan dan tungkai akan jatuh bila dilepaskan.
1	Tampak kontraksi atau ada sedikit gerakan dan dapat menahan
2	Mampu menahan gravitasi saja, tapi dengan sentuhan akan
3	Tidak mampu melawan tekanan/dorongan dari pemeriksa.
4	Gerakan normal penuh, menentang gravitasi dengan sedikit penahanan (Kekuatan kurang).
5	Kekuatan otot penuh.

b) Afasia (kesulitan dalam bicara)

Afasia adalah kemampuan komunikasi bicara, termasuk dalam membaca, menulis dan memahami bahasa. Afasia terjadi jika terdapat kerusakan pada area pusat bicara primer yang berada pada

hemisfer kiri dan biasanya terjadi pada stroke dengan gangguan pada arteri middle sebelah kiri.

c) Disartria (bicara cedall atau pelo)

Disartria merupakan kesulitan bicara terutama dalam artikulasi sehingga ucapannya menjadi tidak jelas. Disartria terjadi karena kerusakan nervus kranial sehingga terjadi kelemahan dari otot, bibir, lidah dan faring.

d) Disfagia

Disfagia atau kesulitan menelan terjadi karena kerusakan nervus kranial IX.

e) Penurunan kesadaran

Penurunan kesadaran bisa terjadi akibat gangguan sirkulasi darah di otak , gangguan metabolisme otak akibat hipoksia dan trauma kepala.

f) Hilangnya Komunikasi

Fungsi otak yang dipengaruhi oleh stroke adalah bahasa dan komunikasi.

g) Gangguan sensibilitas pada anggota badan

Gangguan sensibilitas terjadi karena kerusakan system saraf otonom dan saraf sensorik.

2) Hemoragik

a) Gangguan penglihatan

Pasien dapat kehilangan penglihatan atau juga pandangan menjadi ganda atau rabun. Hal ini terjadi karena kerusakan pada lobus

temporal atau parietal yang dapat menghambat serat saraf pada kortek oksipital.

b) Peningkatan tekanan intrakranial akibatnya ialah vertigo, mual, muntah dan nyeri kepala

c) Kejang

d) Rasa kebas atau kesemutan pada sisi tubuh.

e) Kelumpuhan

Kelumpuhan anggota badan yang timbul secara mendadak.

f) Gangguan Persepsi

Gangguan persepsi merupakan ketidak mampuan menginterpretasikan sensasi. Stroke dapat mengakibatkan disfungsi persepsi visual dan kehilangan persepsi sensori.

g) Gangguan elimiasi urin dan alvi

Pada pasien stroke mengalami inkontensia urin dan alvi yaitu ketidakmampuan mengontrol keluarnya urin dan alvi karena gangguan pada sistem persarafan.

2.1.5 Komplikasi Stroke

Menurut (Tarwoto, 2013) komplikasi stroke meliputi :

1) Fase Akut

1) Hipoksia serebral dan menurunnya aliran darah otak. Pada area otak yang infark atau terjadi kerusakan karena perdarahan maka terjadi gangguan perfusi jaringan akibat terhambatnya aliran darah otak. Tidak adekuatnya aliran darah dan oksigen mengakibatkan hipoksia jaringan otak. Fungsi dari otak akan sangat tergantung

pada derajat kerusakan dan lokasinya. Aliran darah ke otak sangat tergantung pada tekanan darah, fungsi jantung, keutuhan pembuluh darah. Sehingga pada pasien stroke untuk menghindari terjadinya hipoksia serebral.

b) Edema Serebri

Merupakan respon fisiologis terhadap adanya trauma jaringan. Edema terjadi jika pada area yang mengalami hipoksia atau iskemik maka tubuh akan mengalami hipoksia lokasi tersebut dengan cara vasodilatasi pembuluh darah dan meningkatkan tekanan sehingga cairan intertestial akan berpindah ke ekstraseluler sehinggajadi edema jaringan otak.

c) Peningkatan tekanan intravranial (TIK)

Bertambahnya masa pada otak seperti adanya perdarahan atau edema otak akan meningkatkan tekanan intracranial yang ditandai adanya defisit neurologi seperti gangguan motorik, sensorik, nyeri kepala, gangguan kesadaran.

d) Aspirasi

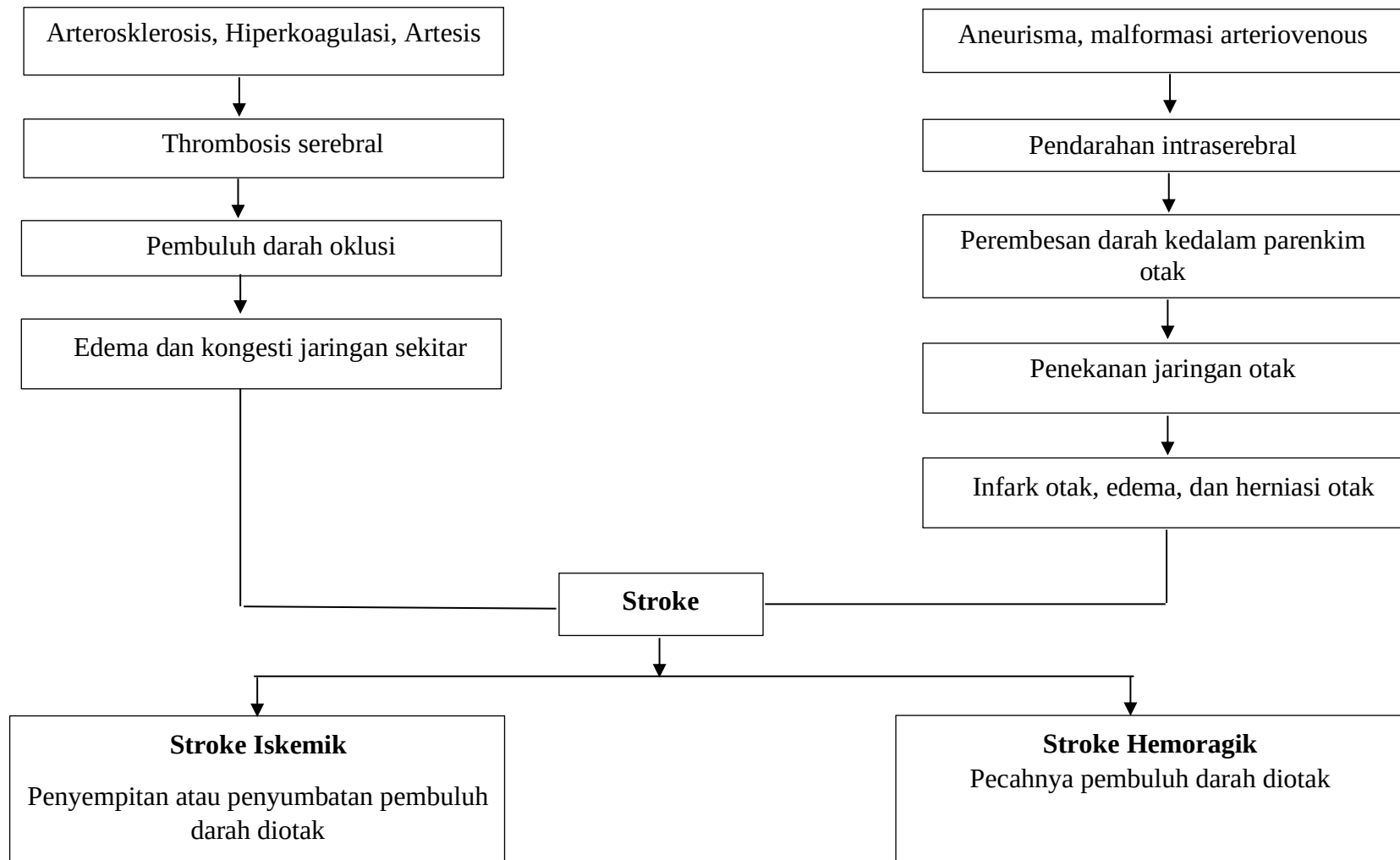
Pasien dengan gangguan kesadaran atau koma sangat rentang terhadap adanya aspirasi ketika tidak reflek batuk dan menelan.

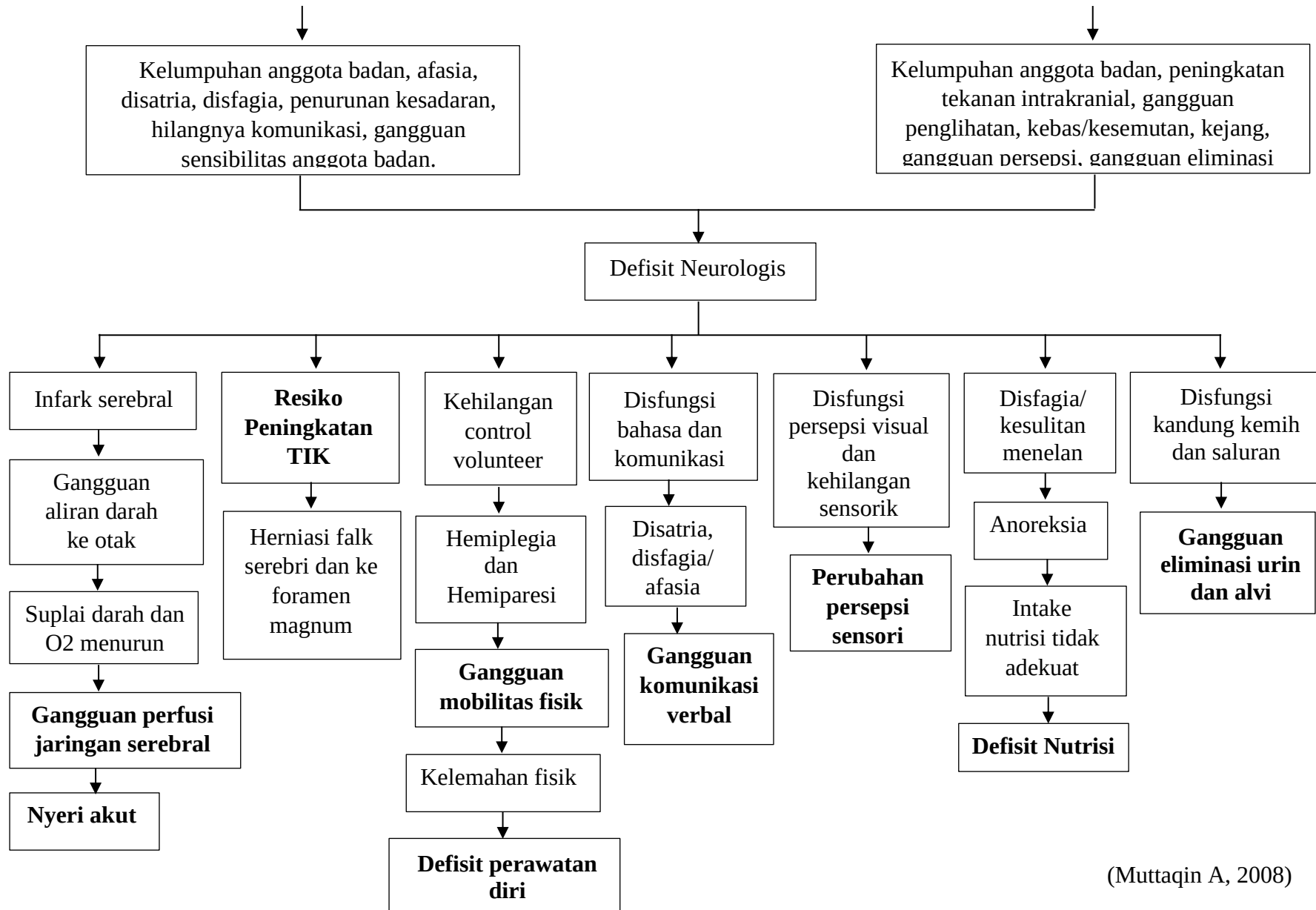
2) Komplikasi Pada Pemulihan Lanjut

a) Komplikasi yang terjadi pada masa lanjut atau pemulihan biasanya terjadi akibat immobilisasi seperti pneumonia, decubitus, kontraktur, thrombosis ena dalam, atropi, inkontinensiaurin dan bowel

- b) Kejang, terjadi akibat kerusakan atau gangguan pada aktivitas listrik otak
- c) Nyeri kepala kronis seperti migraine, nyeri kepala tension, nyeri kepala cluster
- d) Malnutrisi, karena intake yang adekuat

2.1.6 Patofisiologi





(Muttaqin A, 2008)

2.1.7 Uraian Patofisiologi

Arteriosklerosis penyebab iskemik pada otak. Trombus dapat berasal dari plak arteriosklerosis akibat dari hiperkoagulasi (gumpalan), sehingga pembuluh darah mengalami oklusi (sumbatan) dan mengakibatkan iskemik jaringan otak (penurunan suplai darah), edema dan kongesti jaringan. Pendarahan otak yang sering terjadi yaitu aneurisma, malformasi arteriovenous. Pecahnya pembuluh darah otak menyebabkan pendarahan intraserebral dan terjadi perembesan darah ke dalam parenkim otak yang dapat mengakibatkan penekanan, pergeseran dan pemisahan jaringan otak tertekan, sehingga terjadi infark otak, edema dan hemiasi otak.

Dari penyebab tersebut memunculkan penyakit stroke, dibagi menjadi dua jenis yaitu stroke iskemik (Penyumbatan pembuluh darah di otak) dan stroke hemoragik (Pecahnya pembuluh darah di otak). Kedua jenis stroke tersebut tentunya memiliki tanda atau gejala yang berbeda, pada iskemik mengalami kelumpuhan anggota badan, afasia, disatria, disfagia, penurunan kesadaran, hilangnya komunikasi, gangguan sensibilitas anggota badan. Pada hemoragik mengalami kelumpuhan anggota badan, peningkatan tekanan intrakranial, gangguan penglihatan, kebas/kesemutan, kejang, gangguan persepsi, gangguan eliminasi urin dan alvi.

Sehingga menimbulkan defisit neurologis di otak. Diantaranya infark serebral, penyebabnya yaitu gangguan aliran darah ke otak dan penurunan suplai darah dan oksigen ke otak menurun sehingga muncul

gangguan perfusi jaringan serebral dan nyeri akut. Terjadi peningkatan TIK dan herniasi otak pada falk serebri atau ke foramen magnum. Di daerah ekstremitas terjadi kehilangan kontrol volunter atau kelemahan otot di tubuh sehingga menimbulkan hemiplegi dan hemiparesis, akibatnya terjadi kelumpuhan pada sisi tubuh, baik kelemahan pada wajah, lengan dan kaki. Jika kelemahan fisik secara total akan menimbulkan masalah defisit perawatan diri, karena ketidakmampuan tubuh melakukan ADL (Activity of Daily Living). Lemahnya kontrol otot dibagian wajah berakibat pada disfungsi komunikasi dan bahasa, disatria, disfagia/afasia sehingga menyebabkan kerusakan komunikasi verbal. Defisit neurologis juga berpengaruh terhadap perubahan ketajaman sensori seperti penciuman, penglihatan dan pengecap, mengakibatkan gangguan perubahan persepsi sensori. Disfagia yang berhubungan dengan kesulitan proses menelan dapat menimbulkan anoreksia. Akibatnya intake makanan atau nutrisi tidak adekuat sehingga muncul masalah defisit nutrisi. Pada pencernaan bawah juga mengalami inkontensia alvi dan urin (Tidak bisa mengontrol BAB dan BAK) sehingga menyebabkan gangguan eliminasi urine dan alvi (Muttaqin A, 2008).

2.1.8 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang stroke menurut (Hariyanto, 2015) yaitu meliputi :

- 1) *MRI (magnetig Resonance Imaging)* : menunjukkan daerah yang mengalami infark atau hemoragik.

- 2) CT Scan (*Computerized Tomografi Scanning*) : mengetahui area infark, edema, hematoma, dan struktur otak.
- 3) EEG (*Elektro Encephalografi*) : mengidentifikasi masalah berdasarkan pada gelombang otak dan mungkin memperlihatkan daerah lesi yang spesifik.
- 4) Angiografi Serebral : mendiagnosis penyebab stroke, obstruksi arteri, menunjukkan titik oklusi atau repture.
- 5) ECG (*Elektro Kardiogram*) : mengetahui kelainan jantung yang menjadi penyebab stroke.
- 6) Pemeriksaan darah lengkap : Hb, Leukosit, Trombosit, LED, dan eritrosit.
- 7) Pemeriksaan darah sewaktu untuk mencari kelainan pada darah itu sendiri
- 8) Kolesterol, lipid
- 9) Asam urat, elektrolit

2.1.9 Penatalaksanaan

Menurut (Nurarif, A. H., & Kusuma, H., 2015), menyatakan penatalaksanaan pada pasien stroke meliputi:

- 1) Penatalaksanaan Farmakologi
 - a) Diuretika : merupakan golongan obat yang berfungsi untuk mengeluarkan cairan dari tubuh. Pada kasus stroke pemberian *diuretic* bertujuan untuk menurunkan edema serebral.
 - b) Anti Koagulan : merupakan obat yang mencegah pembekuan darah. Pembekuan darah dapat berupa thrombus dan emboli.

Pemberian obat anti koagulan pada kasus stroke bertujuan untuk mencegah penderitanya thrombosis dan embolisasi.

- c) Kortikosteroid : merupakan obat yang berperan dalam mencegah proses inflamasi. Kortikosteroid bertujuan untuk mengurangi pembengkakan dan peningkatan tekanan dalam otak.

2) Penatalaksanaan Nonfarmakologi

Terapi latihan diharapkan memberikan pengaruh terapeutik seperti memelihara dan meningkatkan lingkup gerak sendi, meningkatkan kekuatan otot, meningkatkan daya tahan, meningkatkan koordinasi, memperbaiki postur, meningkatkan keseimbangan dan meningkatkan kemampuan fungsional (Luklukaningsih, 2017).

a) Teknik *ROM*

- (1) Tempatkan pasien pada posisi terlentang, kedua tangan di samping, berbaring pada posisi lutut lurus.
- (2) Beri penghangat (bisa menggunakan plastik yang diisi dengan air hangat) pada sendi yang dilatih selama 3 menit
- (3) Mulai lakukan gerakan

(a) Gerakan Tangan

1. Manus

Lengan atas diluruskan sejajar bahu, kemudian lakukan gerakan tangan ke atas dan bawah, gerakan diulangi sebanyak 3 kali.

2. Abduksi dan adduksi horizontal bahu

Lengan atas diluruskan sejajar bahu kemudian gerakan lengan menjauh dan mendekati sumbu tubuh, diulangi sebanyak 3 kali.

3. Fleksi dan ekstensi pada siku

Lengan bawah pasien ditekuk, gerakan lengan bawah menuju ke arah bahu pasien, kemudian diluruskan lagi, ulangi sebanyak 3 kali.

4. Pronasi dan supinasi pada lengan bawah

Lengan bawah pasien diputar dengan gerakan pronasi supinasi ulangi sebanyak 3 kali.

5. Fleksi dan ekstensi pergelangan tangan

Jari tangan diluruskan, gerakan fleksi dan ekstensi pada pergelangan tangan, lakukan sebanyak 3 kali.

6. Fleksi dan ekstensi jari-jari

Keempat jari selain ibu jari dipegang, kemudian digerakkan fleksi dan ekstensi, lalu bergantian dengan ibu jari, kedua gerakan tersebut dilakukan 3 kali.

(b) Gerakan kaki

1. Fleksi dan ekstensi pada paha dan lutut

Tangan kanan perawat memegang pergelangan kaki, tangan kiri memegang bawah lutut. Lutut ditekuk gerakan lurus mengarah ke badan kemudian diletakkan kembali, diulangi 3 kali.

2. *Straight leg raising*

Kaki lurus di keataskan kemudian diletakkan kembali, diulang sebanyak 3 kali.

3. Abduksi dan adduksi paha

Kaki diarahkan lurus menjauhi sumbu tubuh dan mendekat sumbu tubuh. Gerakan dapat diulangi sebanyak 3 kali.

4. Rotasi internal eksternal paha

Perawat memegang lutut pasien, kemudian gerakkan memutar ke dalam dan ke luar, diulangi 3 kali.

5. Dorso fleksi pergelangan kaki

Telapak kaki digerakkan ke atas dan bawah secara perlahan sebanyak 3 kali.

6. *Plantar flexion*

Kedua telapak kaki digerakkan ke samping kanan dan kiri sebanyak 3 kali.

7. Fleksi dan ekstensi pada jari kaki

Tangan perawat memegang jari kaki, dimulai jari kelingking sampai ibu jari, untuk masing-masing jari diulangi 3 kali.

2.1.10 Pemeriksaan Neurologi

1) Tingkat Kesadaran

Terdapat 2 jenis cara pemeriksaan tingkat kesadaran menurut Muttaqin A (2008) diantaranya :

a) Secara Kualitatif

- (1) Composmetis, yaitu kesadaran normal sadar sepenuhnya dapat menjawab semua pertanyaan tentang keadaan sekeliling
- (2) Apatitis, yaitu keadaan kesadaran yang segan untuk berhubungan dengan sekitarnya sikapnya acuh tak acuh
- (3) Delirium yaitu gelisah, disorientasi (orang, tempat, waktu) memberontak, berteriak-teriak, halusinasi, kadang berhayal
- (4) Somnolen, yaitu kesadaran menurun respon psikomotor yang lambat, mudah tertidur, namun kesadaran dapat pulih jika dirangsang (mudah dibangunkan) tetapi jatuh tertidur lagi, mampu memberi jawaban verbal
- (5) Sopor, yaitu keadaan seperti tertidur lelap, tetapi ada respon terhadap nyeri
- (6) Coma, yaitu tidak bisa dibangunkan, tidak ada respon terhadap rangsangan apapun (tidak ada respon kornea)

b) Secara kuantitatif dengan GCS

- (1) Menilai respon membuka mata (E)
 - (a) Membuka mata secara spontan : 4
 - (b) Membuka mata dengan rangsangan suara : 3
 - (c) Membuka mata dengan rangsangan nyeri : 2
 - (d) Tidak ada respon : 1
- (2) Menilai respon verbal (V)
 - (a) Orientasi baik : 5
 - (b) Bingung, bicara mengacau (sering bertanya berulang-

ulang) disorientasi tempat dan waktu : 4

(c) Kata-kata saja (berbicara tidak jelas, tapi kata-kata masih jelas, namun tidak dalam satu kalimat) : 3

(d) Suara tanpa arti : 2 Tidak ada respon : 1

(3) Menilai respon motoric : (M)

(a) Mengikuti perintah : 6

(b) Melokalisir nyeri (menjangkau dan menjauhkan stimulus saat diberi rangsang nyeri) : 5

(c) Menghindari atau menarik ekstremitas tubuh, menjauhi stimulus saat diberi rangsang nyeri : 4

(d) Flexi abnormal (tangan satu atau keduanya posisi kaku diatas dada dan kaki extensi saat diberi rangsangan nyeri) : 3

(e) Extensi abnormal (tangan satu atau keduanya extensi disisi tubuh, dengan jari mengepal dan kaki extensi saat diberi rangsang nyeri) : 2

(f) Tidak ada respon : 1

Hasil pemeriksaan tingkat kesadaran berdasarkan GCS disajikan dalam simbol E.V.M. Selanjutnya nilai-nilai dijumlahkan. Nilai GCS yang tertinggi adalah 15 yaitu E4V5M6 dan terendah adalah 3 yaitu E1V1M1.

2) Syaraf Otak

a) Saraf Kranial (Nervus Olfaktorius)

Menghubungkan rangsang bau menuju otak. Teknik pemeriksaan dimulai dengan mata klien ditutup pada saat yang sama satu lubang hidung ditutup, lalu klien diminta membedakan bau seperti kopi, tembakau dan cengkeh. Klien diminta memberitahu saat klien mulai mencium aroma dan mengidentifikasi benda yang dihirup tersebut.

b) Saraf Kranial II (Nervus Optikus)

Saraf sensorik murni yang dimulai dari retina. Ketajaman penglihatan, terdapat gangguan atau tidak. Dari sel-sel retina inilah akan melakukan penyerapan terhadap cahaya yang masuk kemudian mengubah cahaya menjadi impuls elektrokimia. Setelah itu, akan dilanjutkan lagi ke saraf optik barulah sampai ke otak.

c) Saraf Kranial III (Nervus Okulomotor)

Membantu mata dalam mengontrol pupil terhadap cahaya yang masuk. Cara pemeriksaan pupil dengan menggunakan senter apakah pupil miosis atau midriasis.

d) Saraf Kranial IV (Nervus Troklear)

Saraf ini mengatur pergerakan bola mata sehingga dapat melirik kearah bawah, atas, kiri dan kanan.

e) Saraf Kranial V (Nervus Trigeminus)

Diperiksa kulit wajah, reflek kornea atau reflek berkedip. Pemeriksaan kulit wajah dengan sentuhan atau rabaan untuk membandingkan wajah kanan dan kiri.

Teknik pemeriksaan : reflek kornea dimulai dengan klien diminta untuk melirik keatas atau kesamping, agar mata jangan berkedip jika kornea hendak disentuh oleh seutas kapas.

f) Saraf Kranial VI (Nervus Abdusen)

Dengan adanya saraf abdusen, maka mata manusia dapat bergerak untuk melihat ke arah samping dan dapat menggerakkan mata ke luar. Hal itu dapat terjadi juga karena saraf kranial dapat mengendalikan otot rektus lateral.

g) Saraf Kranial VII (Nervus Fasialis)

Saraf fasialis memiliki fungsi, seperti menyimpan kelenjar yang dapat menghasilkan air liur dan dapat mengeluarkan air mata, memberikan informasi sensorik dari lidah agar dapat merasakan berbagai macam rasa makanan, dan memberikan informasi motorik untuk mengontrol setiap gerakan otot yang berhubungan dengan ekspresi atau mimik wajah.

h) Saraf Kranial VIII (Nervus Vestibulococlearis)

Tes yang dianjurkan dengan memasukkan satu jari tangan secara bergantian sambil membisikkan suata pada telinga lainnya untuk membedakan antara telinga kanan dan kiri.

i) Saraf Kranial IX (Nervus Glosfarengeus)

Saraf glossofaringeal memiliki fungsi berupa memberikan informasi sensorik yang berasal dari telinga bagian luar hingga pada rongga bagian tengah telinga. Selain itu, saraf glossofaringeal juga berfungsi memberikan informasi sensorik pada bagian belakang tenggorokan dan pada belakang lidah. Penderita harus membuka mulut, suruh penderita menyubut “aaa” perhatikan palatum mole dan faring serta lihat apakah uvula ada ditengah atau miring.

j) Saraf Kranial X (Nervus Vagus)

Fungsi dari saraf vagus, seperti mengendalikan setiap gerakan jantung, paru-paru, hingga pita suara. Selain itu, saraf vagus mengontrol organ pencernaan. Saraf vagus juga dapat membantu proses terjadinya hormon metabolisme tubuh dengan melakukan rangsangan terhadap kelenjar endokrin.

k) Saraf Kranial XI (Nervus Asesorius)

Untuk menguji kekuatan otot klen diminta untuk memutar kepala ke salah satu bahu dan berusaha melawan usaha pemeriksa untuk menggerakkan kepala kearah yang berlawanan.

l) Saraf Kranial XII (Nervus Hipoglosus)

Saraf ini memiliki peran yang cukup penting dalam menjulurkan, menggerakkan lidah dan berperan dalam menelan, berbicara, dan mengunyah makanan. Bagian otot-otot pada lidah ini dapat bergerak karena adanya saraf hipoglosus. Jika saraf hipoglosus

mengalami gangguan, maka lidah akan sulit bergerak atau bahkan mengalami kelumpuhan.

2.2 Konsep Dasar Keluarga

2.2.1 Definisi Keluarga

Keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga dan beberapa orang yang terkumpul serta orang-orang yang selalu menerima kekurangan dan kelebihan anggota keluarga (Wikipedia, 2022).

2.2.2 Tipe Keluarga

Tipe keluarga Tradisional menurut Bakri (2017) sebagai berikut:

1) Keluarga inti (*nuclear family*)

Keluarga inti ialah keluarga kecil dalam satu rumah. Dalam keseharian, anggota keluarga inti ini hidup bersama serta saling melindungi. Mereka merupakan bapak, ibu, dan anak-anak.

2) Keluarga Besar (*extended family*)

Keluarga inti ditambah dengan keluarga lain yang mempunyai hubungan darah, misalnya kakek, nenek, paman dan bibi.

3) Keluarga Dyat (Pasangan inti)

Pasangan inti adalah sepasang suami istri yang baru menikah. Mereka telah membina rumah tangga tetapi belum dikaruniai anak atau keduanya bersepakat untuk tidak memiliki anak lebih dulu. Akan tetapi jika dikemudian hari memiliki anak, maka status tipe keluarga ini menjadi keluarga inti.

4) Keluarga *Single Parent*

Single parent adalah kondisi seseorang tidak memiliki pasangan lagi. Hal ini bisa disebabkan oleh perceraian atau meninggal dunia. Akan tetapi, *single parent* mensyaratkan adanya anak, baik anak kandung maupun anak angkat. Jika ia sendirian maka tidak bisa dikatakan sebagai keluarga meski sebelumnya pernah membina rumah tangga.

5) Keluarga *Single Adult*

Keluarga *single adult* yaitu pasangan yang mengambil jarak atau berpisah sementara waktu untuk kebutuhan tertentu, misalnya bekerja atau kuliah. Seseorang yang berada jauh dari keluarga ini kemudian tinggal di rumah kontrakan. Orang dewasa inilah yang kemudian disebut sebagai *single adult*. Meski ia telah memiliki pasangan di suatu tempat namun ia terhitung *single* di tempat lain.

6) Keluarga Usila

Suatu rumah tangga yang terdiri dari suami istri yang berusia lanjut.

7) *The Childless Family*

Keluarga tanpa anak karena terlambat, dikarenakan mengajjar karir atau pendidikan yang terjadi pada perempuan.

8) *The Extended family*

Keluarga yang terdiri dari tiga generasi yang hidup bersama dalam satu atap, seperti *nuclear family*.

9) *Commuter Family*

Orang tua bekerja di kota yang saling berbeda, namun salah satu kota tersebut digunakan sebagai tempat tinggal. Dan orang tua yang

bekerja tersebut bisa berkumpul pada anggota keluarga saat “weekends” atau waktu tertentu.

10) *Kin-network Family*

Keluarga yang tinggal dalam satu rumah dan saling berdekatan dan sering menggunakan barang-barang dan pelayanan yang sama.

11) *Blended Family*

Janda atau duda yang telah bercerai dan merawat anak dari hasil pernikahan sebelumnya.

Tipe Keluarga Modern (Nontradisional) menurut Bakri (2017) sebagai berikut :

1) *Commune Family*

Keluarga ini berada di dalam penampungan atau memang memiliki kesempatan bersama untuk hidup satu atap titik. Hal ini bisa berlangsung dalam waktu yang singkat, sampai dengan waktu yang lama. Mereka tidak memiliki hubungan darah namun memutuskan hidup bersama dalam satu rumah, satu fasilitas, dan pengalaman yang sama.

2) *Gay and Lesbian Family*

Seseorang dengan jenis kelamin yang sama menyatakan hidup bersama sebagaimana pasangan suami istri.

3) *Homeless Family*

Keluarga yang terbentuk dan tidak mempunyai perlindungan yang permanen karena krisis personal yang dihubungkan dengan keadaan ekonomi dan atau masalah kesehatan mental.

4) *The Unmarriedteenage Mother*

The Unmarriedteenage Mother adalah kehidupan seorang ibu bersama anaknya tanpa pernikahan

5) *Thenon Marital Heretosexual Conhibitang Family*

Tanpa ikatan pernikahan, seseorang memutuskan hidup bersama pasangannya. Namun dalam waktu yang relative singkat, seseorang itu kemudian berganti pasangan lagi dan tetap tanpa hubungan pernikahan.

2.2.3 Struktur Keluarga

1) Patrilenial

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

2) Matrilineal

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

3) Matrilokal

Sepasang suami istri tinggal bersama keluarga sedarah istri

4) Patrilocak

Sepasang suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarah suami.

5) Keluarga kawinan

Hubungan sami istri sebagai dasar bagi pembinaan keluarga dan beberapa sanak saudara yang menjadi bagian keluarga karena adanya hubungan dengan suami istri (Gusti S,2013).

2.2.4 Peran Keluarga

1) Ayah

Sebagai pemimpin keluarga, pencari nafkah, pendidik, pelindung/pengayom dan pemberi rasa aman.

2) Ibu

Bertugas sebagai pengurus rumah tangga, pengasuh, pendidik anak-anak, pelindung keluarga.

3) Anak

Berperan sebagai pelaku psikososial sesuai dengan perkembangan fisik, mental, social dan spiritual.

2.2.5 Fungsi Keluarga

Menurut Friedman, dalam Bakri, (2017: 31). Fungsi keluarga sebagai berikut

1) Fungsi Afektif

Fungsi Afektif diantaranya pandangan keluarga terkait pemenuhan kebutuhan psikososial anggota keluarga. Jika keluarga mampu memenuhi fungsi ini, maka keluarga sukses mencapai tujuan psikososial yang utama, membentuk sifat kemanusiaan pada diri pribadi keluarga, stabilisasi kepribadian dan tingkah laku, kemampuan menjalin lebih akrab dan harga diri.

2) Fungsi sosialisasi dan penempatan sosial

Merupakan fungsi pengembangan dan tempat melatih anak untuk berkehidupan sosial di rumah dan berhubungan dengan orang lain diluar rumah.

3) Fungsi Reproduksi

Keluarga berfungsi untuk melanjutkan keturunan dan menjaga kelangsungan hidup.

4) Fungsi Ekonomi

Keluarga berfungsi untuk memenuhi keperluan dan kebutuhan keluarga secara ekonomi dan tempat untuk mengembangkan kemampuan individu meningkatkan penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga.

5) Fungsi Perawatan Kesehatan

Fungsi Perawatan Kesehatan yaitu fungsi untuk mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarga agar tetap memiliki produktivitas tinggi.

2.2.6 Tugas Keluarga

Ada lima tugas keluarga dalam bidang kesehatan menurut Friedman (1998) dalam Dion & Betan (2013) yaitu sebagai berikut:

1) Keluarga mampu mengenal masalah Kesehatan

Keluarga mengetahui dan mengenal masalah kesehatan yang meliputi pengertian, tanda dan gejala, factor penyebab yang mempengaruhinya, serta persepsi keluarga terhadap masalah.

2) Keluarga mampu membuat keputusan yang tepat

Keluarga dapat membuat keputusan yang tepat mengenai masalah kesehatan yang dialaminya. Tugas ini merupakan upaya pencarian keluarga dalam membantu yang tepat sesuai keadaan keluarga, dengan pertimbangan keluarga.

3) Keluarga mampu merawat anggota keluarga yang sakit

Saat memberikan perawatan kepada anggota keluarga yang sakit, keluarga harus mengetahui hal-hal sebagai berikut:

- a) Mengetahui keadaan penyakit yang dialami
- b) Adanya fasilitas yang diperlukan untuk perawatan
- c) Sumber-sumber yang tersedia dalam keluarga
- d) Sikap keluarga terhadap anggota keluarga yang sakit

4) Keluarga mampu memodifikasi lingkungan

Keluarga dapat memodifikasi lingkungan atau menciptakan suasana rumah yang sehat, seperti pentingnya hygiene sanitasi bagi keluarga, upaya pencegahan penyakit yang dilakukan keluarga, kekompakan anggota keluarga dalam menata lingkungan dalam dan luar rumah yang berdampak terhadap kesehatan keluarga.

5) Keluarga mampu menggunakan layanan kesehatan di masyarakat

Keluarga dapat memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan seperti kepercayaan keluarga terhadap petugas kesehatan dan fasilitas pelayanan kesehatan, keberadaan fasilitas kesehatan yang ada, keuntungan keluarga terhadap penggunaan fasilitas kesehatan, apakah pelayanan kesehatan terjangkau oleh keluarga, adakah pengalaman

yang kurang baik dipersepsikan oleh keluarga.

2.2.7 Tahap Perkembangan Keluarga

Berdasarkan konsep Andarmoyo (2016), tahap perkembangan keluarga dibagi menjadi 8, yaitu :

1) Tahap I : Keluarga baru (*beginning family*)

Perkembangan keluarga tahap I merupakan keluarga dengan pasangan yang baru menikah dan belum mempunyai anak. Perkembangan keluarga tahap I dimulai ketika laki-laki/perempuan melepas masa lajang ke hubungan baru yang lebih intim dan berakhir ketika lahir anak pertama. Tugas perkembangan keluarga pada tahap ini adalah membangun perkawinan yang saling memuaskan, membangun jaringan keluarga yang harmonis, mendiskusikan rencana keluarga dan memahami prenatal care (kehamilan, persalinan dan menjadi orangtua)

2) Tahap II : Tahap mengasuh anak (*child bearing*)

Perkembangan keluarga tahap II merupakan masa transisi pasangan menjadi orangtua. Tahap ini dimulai ketika anak pertama dilahirkan hingga anak tersebut berusia 30 bulan atau 2,5 tahun. Tugas perkembangan keluarga tahap II antara lain adaptasi dengan perubahan anggota keluarga, mempertahankan hubungan yang memuaskan, membagi tugas dan peran, memperluas persahabatan keluarga besar, bimbingan orangtua tentang tumbuh kembang anak dan konseling KB.

3) Tahap III : Keluarga dengan anak prasekolah (*families with preschool*)

Perkembangan keluarga tahap III dimulai saat anak pertama berusia 2,5 tahun dan berakhir ketika berusia 5 tahun. Tugas perkembangan pada tahap ini adalah memenuhi kebutuhan anggota keluarga (kebutuhan anak prasekolah), menyosialisasikan anak dan merencanakan kelahiran berikutnya.

4) Tahap IV : Keluarga dengan anak usia sekolah (*families with school children*)

Perkembangan keluarga tahap IV dimulai ketika anak pertama mulai masuk sekolah dasar yaitu berusia 6 tahun dan berakhir ketika anak berusia 13 tahun. Tugas perkembangan keluarga tahap ini antara lain mensosialisasikan anak terhadap lingkungan luar rumah, mempertahankan hubungan yang memuaskan dan menyediakan kebutuhan kesehatan fisik anggota keluarga.

5) Tahap V : Keluarga dengan anak remaja (*families with teenagers*)

Perkembangan keluarga tahap V berlangsung selama 6 hingga 7 tahun dimulai ketika anak pertama melewati usia 13 tahun. Pada tahap ini, tugas perkembangan keluarga meliputi menyeimbangkan kebebasan dan tanggungjawab anak, memfokuskan kembali hubungan perkawinan, memelihara komunikasi terbuka, dan mempertahankan etika serta moral keluarga.

6) Tahap VI : Keluarga yang melepaskan anak dewasa muda (*launching center families*)

Perkembangan keluarga tahap VI ditandai oleh anak pertama meninggalkan rumah dan berakhir ketika anak terakhir meninggalkan rumah. Tugas perkembangan pada tahap ini adalah membantu anak untuk hidup mandiri, menyesuaikan kembali hubungan perkawina, membantu orangtua lansia dan sakit-sakitan dari suami maupun istri.

7) Tahap VII : Keluarga usia pertengahan (*middle age family*)

Perkembangan keluarga tahap VII dimulai ketika anak terakhir meninggalkan rumah atau orangtua memasuki usia 45-55 tahun dan berakhir saat seorang pasangan pensiun. Tugas perkembangan tahap ini adalah menyediakan lingkungan yang meningkatkan kesehatan, mempertahankan hubungan yang penuh arti dan memperkokoh hubungan perkawinan.

8) Tahap VIII : Keluarga lanjut usia

Perkembangan keluarga tahap VIII merupakan tahap akhir yang dimulai ketika salah satu atau kedua pasangan pensiun, sampai salah satu pasangan meninggal dan berakhir ketika keduanya meninggal. Tugas perkembangan pada tahap ini meliputi mengubah pengaturan hidup, menyesuaikan diri dengan masa pensiun, mempertahankan hubungan perkawinan, menyesuaikan diri terhadap kehilangan pasangan, mempertahankan ikatan keluarga antargenerasi.

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga

Asuhan keperawatan keluarga adalah suatu rangkaian kegiatan yang diberikan melalui praktek keperawatan kepada keluarga, untuk membantu menyelesaikan masalah kesehatan keluarga dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan. Asuhan keperawatan keluarga merupakan proses yang kompleks dengan menggunakan pendekatan sistematis untuk bekerjasama dengan keluarga dan individu sebagai anggota keluarga (Depkes RI,1998).

2.3.1 Pengkajian

Pengkajian yaitu tahapan dimana seorang perawat harus menggali informasi secara terus menerus dari anggota keluarga yang dibinanya.

Pada tahap ini hal-hal yang dikaji dalam keluarga meliputi :

1) Data Umum

a) Identitas keluarga

Identitas meliputi nama atau inisial kepala keluarga, umur, alamat, pendidikan dan pekerjaan. Identitas keluarga membantu mengidentifikasi faktor keturunan terhadap penyakit tertentu. Price (1995), menyatakan bahwa determinan genetic biasanya memegang peran penting pada mayoritas penderita stroke pengaruh ekonomi pada stroke jelas terlihat akibat biaya pengobatan dan hilangnya pendapatan. Jenis pekerjaan penderita stroke sewaktu dulu sangat dipengaruhi gaya hidup yang dapat menimbulkan stroke (Noer, 2996).

b) Tipe keluarga

Menjelaskan mengenai tipe keluarga.

c) Suku bangsa

Mengkaji asal suku bangsa keluarga tersebut, serta mengidentifikasi budaya suku bangsa terkait dengan kesehatan.

d) Agama

Mengkaji agama pasien dan keluarganya dan bagaimana mereka mengamalkan ajaran-ajaran agama atau kepercayaannya yang dapat mempengaruhi kesehatan.

e) Status sosial ekonomi keluarga

Status sosial ekonomi keluarga ditentukan oleh pendapatan, baik dari keluarga maupun anggota keluarga. Selain itu, kebutuhan atau pengeluaran keluarga dan barang-barang yang dimiliki keluarga tersebut.

2) Riwayat dan tahap perkembangan keluarga

a) Tahap perkembangan keluarga saat ini.

Tahap perkembangan keluarga saat ini ditentukan dari usia anak pertama dari keluarga inti.

b) Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi.

Menjelaskan mengenai tugas perkembangan keluarga yang belum terpenuhi oleh keluarga dan kendala-kendala yang dialami.

c) Riwayat keluarga inti

Menjelaskan mengenai riwayat keluarga inti meliputi riwayat penyakit keturunan, riwayat kesehatan masing-masing anggota keluarga, perhatian keluarga terhadap pencegahan penyakit.

d) Riwayat keluarga sebelumnya

Menjelaskan penyakit stroke adalah penyakit keturunan, maka ada kemungkinan terdapat riwayat anggota keluarga yang menderita hipertensi atau stroke (Susilo, 2000).

3) Data lingkungan

a) Karakteristik dan denah rumah

Menjelaskan gambaran tipe rumah, lingkungan yang lembab, sinar matahari yang kurang dapat menyebabkan keadaan kurang sehat. Keadaan rumah meliputi ventilasi, penerangan, kebersihan, luas rumah dibandingkan dengan jumlah anggota keluarga akan mempengaruhi terjadinya penyebaran penyakit. Adanya sanitasi lingkungan yang baik meminimalkan terjadinya penyebaran penyakit terhadap anggota keluarga yang lain.

b) Karakteristik lingkungan dan komunitas

Menjelaskan data tentang lingkungan fisik, kebiasaan, norma dan budaya yang mempengaruhi kesehatan.

c) Mobilitas keluarga

Mobilitas keluarga ditentukan seberapa lama tinggal di daerahnya atau mempunyai kebiasaan berpindah-pindah tempat.

d) Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat Hubungan

baik, hubungan timbal balik yang saling menguntungkan antar warga sekitar dapat mempengaruhi kehidupan keluarga dan peran anggota keluarga dalam persepsi kesehatan anggota keluarga.

e) Sistem pendukung keluarga

Sistem pendukung keluarga membutuhkan fasilitas sosial atau dukungan dari anggota keluarga dan masyarakat setempat untuk meningkatkan upaya kesehatan.

4) Struktur keluarga

a) Pola komunikasi keluarga

Interaksi antar anggota keluarga yang positif akan menimbulkan saling pengertian satu sama lain dalam menimbulkan keharmonisan kesehatan anggota keluarga (Effendy, 1998).

b) Struktur kekuatan keluarga

Pada masyarakat Indonesia kebanyakan yang lebih dominan adalah patriarhal yaitu pemegang kekuasaan yang tertinggi di pihak ayah.

c) Struktur dan peran keluarga

Friedman (1998), menyatakan bahwa peran atau status seseorang dalam keluarga dan masyarakat mempengaruhi gaya hidupnya. Peran dalam keluarga terbagi dalam peran sebagai suami, ayah, ibu, anak, kakek, adik, cucu, dan lain-lain.

d) Nilai dan norma keluarga

Kebiasaan dan nilai-nilai yang berlaku dalam keluarga adalah yang bertentangan dengan masalah stroke seperti bahaya pergi ke dukun bukan pada petugas kesehatan (Effendy, 1998).

5) Fungsi keluarga

a) Fungsi afektif : Bagaimana keluarga merasakan hal-hal yang dibutuhkan oleh individu lain dalam keluarga tersebut. Keluarga

yang kurang memperhatikan keluarga yang menderita stroke akan menimbulkan komplikasi lebih lanjut (Noer, 1996).

- b) Fungsi sosial: Keluarga yang memberikan kebebasan kepada anggota keluarga yang menderita stroke untuk berinteraksi dengan lingkungan akan mengurangi stress keluarga. Biasanya penderita stroke akan kehilangan semangat oleh karena merasa jenuh dengan pengobatan yang berlaku seumur hidup.
 - c) Fungsi perawatan kesehatan: Pengetahuan keluarga tentang penyakit dan perawatan pada pasien stroke.
 - d) Fungsi Reproduksi: Mengkaji berapa jumlah apa dan jumlah keluarga, metode apa yang digunakan keluarga, dalam anggota keluarga.
 - e) Fungsi Ekonomi: Menjelaskan bagaimana upaya keluarga dalam pemenuhan kebutuhan sandang, pangan, papan serta pemanfaatan lingkungan rumah untuk meningkatkan penghasilan keluarga. Ekonomi dengan kelas rendah merupakan salah satu faktor pendukung penyebab terjadinya stroke.
- 6) Fungsi Perawatan Kesehatan
- a) Kemampuan keluarga mengenal masalah kesehatan

Keluarga mengetahui dan mengenal masalah kesehatan yang meliputi pengertian, tanda dan gejala, factor penyebab yang mempengaruhinya, serta persepsi keluarga terhadap masalah. Ketidakmampuan keluarga dalam mengenal masalah pada stroke ialah faktor penyebabnya adalah karena kurang pengetahuan

tentang stroke (Efendy, 1998).

- b) Kemampuan keluarga mengambil keputusan bagi anggota keluarga yang sakit

Keluarga dapat membuat keputusan yang tepat mengenai masalah kesehatan yang dialaminya. Tugas ini merupakan upaya pencarian keluarga dalam membantu yang tepat sesuai keadaan keluarga, dengan pertimbangan keluarga.

- c) Kemampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit

Saat memberikan perawatan kepada anggota keluarga yang sakit, keluarga harus mengetahui hal-hal sebagai berikut:

Mengetahui keadaan penyakit yang dialami, adanya fasilitas yang diperlukan untuk perawatan, sumber-sumber yang tersedia dalam keluarga sikap keluarga terhadap anggota keluarga yang sakit.

- d) Kemampuan keluarga memodifikasi lingkungan

Keluarga dapat memodifikasi lingkungan atau menciptakan suasana rumah yang sehat, seperti pentingnya hygiene sanitasi bagi keluarga, upaya pencegahan penyakit yang dilakukan keluarga, kekompakan anggota keluarga dalam menata lingkungan dalam dan luar rumah yang berdampak terhadap kesehatan keluarga.

- e) Kemampuan keluarga memanfaatkan fasilitas kesehatan

Hal ini sangat penting sekali untuk keluarga yang mempunyai masalah stroke. Agar penderita stroke dapat memeriksakan kesehatannya secara rutin dan sebagai tempat jika ada keluhan

(Effendy,1998)

7) Stress dan koping keluarga

- a) Stressor jangka panjang yang dialami keluarga memerlukan penyelesaian selama lebih 6 bulan. Sedangkan stresor keluarga yang ditangani dalam waktu kurang dari 6 bulan, dinamakan stressor jangka pendek.
- b) Kemampuan keluarga dalam merespon terhadap situasi dan stressor sejauh mana keluarga berespon terhadap situasi stressor yang ada.
- c) Strategi koping yang digunakan
Strategi apa yang digunakan keluarga bila menghadapi permasalahan
- d) Strategi adaptasi disfungsional
Menjelaskan adaptasi disfungsional (perilaku keluarga adaptif) ketika keluarga menghadapi masalah

8) Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan kepada semua anggota keluarga yang terdapat di rumah. Metode pemeriksaan head to toe meliputi sistem pernafasan, sistem kardiovaskuler, sistem gastrointestinal, sistem urinaria, sistem musculoskeletal, sistem neurologis dan sistem reproduksi.

a) Keadaan umum

Umumnya mengalami penurunan kesadaran, kadang mengalami gangguan bicara yaitu sulit dimengerti, kadang tidak bisa bicara

dan pada tanda – tanda vital: tekanan darah meningkat, dan denyut nadi bervariasi (Muttaqin A, 2008).

b) Tanda-tanda vital

Kemungkinan pada klien stroke didapatkan tekanan darah meningkat, denyut nadi bervariasi.

c) Kepala

Pasien pernah mengalami trauma kepala, adanya hematom atau riwayat operasi. Terdapat nyeri tekan pada kepala bagian belakang, adanya oedema dan lesi, serta adanya kelainan bentuk kepala (normocephalik).

d) Mata

Disfungsi persepsi visual (kehilangan setengah bagian lapang pandang) karena gangguan jarak sensori primer diantara mata dan korteks visual (Saraf II). Gangguan hubungan visual-spasial (mendapatkan hubungan dua atau lebih objek dalam area spasial) sering terlihat pada klien dengan hemiplegi kiri. Klien mungkin tidak dapat memakai pakaian tanpa bantuan karena ketidakmampuan untuk mencocokkan pakaian ke bagian tubuh (Muttaqin A, 2008).

e) Telinga

Pada saraf VIII tidak ditemukan adanya tuli konduktif dan tuli persepsi (Muttaqin A, 2008).

f) Hidung

Saraf I Biasanya pada klien stroke tidak ada kelaianan pada fungsi penciuman (Muttaqin A, 2008).

g) Mulut

Saraf IX dan X, kemampuan menelan kurang baik dan kesulitan membuka mulut (Muttaqin A, 2008).

h) Leher

Kemungkinan tidak ada kaku kuduk, tidak terdapat pembesaran vena jugularis, tidak ada pembesaran kelenjar tyroid dan kelenjar getah bening.

i) Thorak

(1) Paru – paru:

Pada inspeksi didapatkan klien batuk, peningkatan produksi sputum, sesak napas, penggunaan otot bantu napas, dan peningkatan frekuensi pernapasan. Auskultasi bunyi napas tambahan seperti ronkhi pada klien dengan peningkatan produksi sekret dan kemampuan batuk yang menurun yang sering didapatkan pada klien stroke dengan penurunan tingkat kesadaran koma. Pada klien dengan tingkat kesadaran composmentis pengkajian inspeksi pernapasannya tidak ada kelainan. Palpasi thorak didapatkan taktil premitus seimbang kanan dan kiri. Auskultasi tidak didapatkan bunyi napas tambahan, (Muttaqin A, 2008).

(2) Jantung

Pengkajian pada sistem kardiovaskular didapatkan renjatan (syok hipovolemik) yang sering terjadi pada klien stroke. Tekanan darah biasanya terjadi peningkatan dan dapat terjadi hipertensi massif (tekanan darah >200 mmHg), (Muttaqin A, 2008).

j) Abdomen

Didapatkan adanya keluhan kesulitan menelan, nafsu makan menurun, mual muntah pada fase akut. Mual sampai muntah disebabkan oleh peningkatan produksi asam lambung sehingga menimbulkan masalah pemenuhan nutrisi. Pola defekasi biasanya terjadi konstipasi akibat penurunan peristaltik usus. Adanya inkontinensia alvi yang berlanjut menunjukkan kerusakan neurologis luas (Muttaqin A, 2008).

k) Ekstermitas atas dan bawah

- (1) Stroke serangan pada otak hemisfer kanan dapat menyebabkan kelumpuhan sebelah kiri tubuh (Hariyanto A, 2015).
- (2) Stroke serangan pada otak hemisfer kiri dapat menyebabkan kelumpuhan sebelah kanan tubuh dan perilaku lambat dan sangat hati – hati (Hariyanto A, 2015).

l) Integument

- (1) Kulit: jika klien kekurangan oksigen kulit akan tampak pucat jika kekurangan cairan maka turgor kulit akan jelek, biasanya terjadi decubitus akibat bad rest yang terlalu lama.

(2) Kuku: perlu dilihat adanya clubbing finger, cyanosis.

(3) Rambut: umumnya tidak ada kelainan.

m) Psikologis

Observasi penampilan, tingkah laku, nilai gaya bicara, ekspresi wajah, dan aktivitas motorik klien. Pada klien stroke tahap lanjut biasanya status mental klien mengalami perubahan (Mutaqqin A, 2008).

n) Kemampuan Bahasa

Kemampuan penurunan bahasa tergantung daerah lesi yang memengaruhi fungsi dari serebral. Lesi pada daerah hemisfer yang dominan pada bagian posterior dari girus temporalis superior didapatkan disfasia reseptif, yaitu klien tidak dapat memahami bahasa lisan atau bahasa tertulis. Sedangkan lesi pada bagian *posterior* dari *gyrus frontalis inferior* (area Broca) didapatkan disfagia ekspresif, yaitu klien dapat mengerti tetapi tidak dapat menjawab dengan tepat dan bicaranya tidak lancar. Disartria (kesulitan berbicara), ditunjukkan dengan bicara yang sulit dimengerti yang disebabkan oleh paralisis otot yang bertanggung jawab untuk menghasilkan bicara. Apraksia (ketidakmampuan untuk melakukan tindakan yang dipelajari sebelumnya), seperti terlihat ketika klien mengambil sisir dan berusaha untuk menyisir rambutnya (Mutaqqin A, 2008).

o) *Bladder*

Setelah stroke klien mungkin mengalami inkontinensia urine sementara karena konfusi, ketidakmampuan mengkomunikasikan kebutuhan dan ketidakmampuan untuk mengendalikan kandung kemih karena kerusakan kontrol motoric dan postural. Kadang control sfingter urine eksternal hilang atau berkurang. Selama periode ini, dilakukan kateterisasi intermiten dan teknik steril. Inkontinensia urine yang berlanjut menunjukkan kerusakan neurologis luas.

2.3.2 Analisa Data

Setelah dilakukan pengkajian, maka langkah selanjutnya ialah data dari pengkajian dianalisis digunakan untuk merumuskan masalah keperawatan yang terjadi pada keluarga.

2.3.3 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah penilaian klinik tentang respon individu, kelompok atau komunitas terhadap masalah kesehatan yang aktual dan potensial. Perumusan dengan diagnosa berdasarkan data yang didapatkan pada pengkajian yang berhubungan dengan etiologi yang berasal dari data pengkajian fungsi perawatan keluarga. Diagnosa keperawatan mengacu pada perumusan PES (*problem*, etiologi, dan *symptom*).

1) *Problem* (Masalah)

Problem adalah kesenjangan atau penyimpangan dari keadaan normal yang seharusnya tidak terjadi oleh keluarga atau anggota keluarga.

2) Etiologi (Penyebab)

Keadaan yang menunjukkan penyebab masalah kesehatan. Etiologi dapat menggunakan pendekatan lima tugas keluarga, yang meliputi :

- a) Mengenal masalah kesehatan keluarga
- b) Membuat keputusan tindakan kesehatan yang tepat
- c) Merawat anggota keluarga yang sakit
- d) Memelihara dan memodifikasi lingkungan
- e) Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan.

3) *Sign* (Tanda) dan *Symtom* (Gejala)

Berisi data subjektif dan objektif yang didapat perawat dari keluarga secara langsung atau tidak langsung.

Menurut Muttaqin A, (2008) diagnosa keperawatan stroke, yaitu :

- a) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan :
 - (1) Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan
 - (2) Ketidakmampuan keluarga dalam mengambil keputusan
 - (3) Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit
 - (4) Ketidakmampuan keluarga dalam memodifikasi lingkungan
 - (5) Kemampuan keluarga memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan
- b) Gangguan perfusi jaringan serebral berhubungan :
 - (1) Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan
 - (2) Ketidakmampuan keluarga dalam mengambil keputusan
 - (3) Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang

sakit

- (4) Ketidakmampuan keluarga dalam memodifikasi lingkungan
- (5) Kemampuan keluarga memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan

c) Defisit perawatan diri berhubungan dengan :

- (1) Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan
- (2) Ketidakmampuan keluarga dalam mengambil keputusan
- (3) Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit
- (4) Ketidakmampuan keluarga dalam memodifikasilingkungan
- (5) Kemampuan keluarga memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan

d) Defisit nutrisi berhubungan dengan :

- (1) Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan
- (2) Ketidakmampuan keluarga dalam mengambil keputusan
- (3) Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit
- (4) Ketidakmampuan keluarga dalam memodifikasi lingkungan
- (5) Kemampuan keluarga memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan

e) Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan dengan:

- (1) Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan
- (2) Ketidakmampuan keluarga dalam mengambil keputusan
- (3) Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang

sakit

- (4) Ketidakmampuan keluarga dalam memodifikasi lingkungan
- (5) Kemampuan keluarga memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan

f) Resiko Peningkatan TIK berhubungan dengan dengan:

- (1) Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan
- (2) Ketidakmampuan keluarga dalam mengambil keputusan
- (3) Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit
- (4) Ketidakmampuan keluarga dalam memodifikasi lingkungan
- (5) Kemampuan keluarga memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan

g) Gangguan eliminasi alvi dan urin berhubungan dengan:

- (1) Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan
- (2) Ketidakmampuan keluarga dalam mengambil keputusan
- (3) Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit
- (4) Ketidakmampuan keluarga dalam memodifikasi lingkungan
- (5) Kemampuan keluarga memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan

h) Perubahan persepsi sensori berhubungan dengan:

- (1) Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan
- (2) Ketidakmampuan keluarga dalam mengambil keputusan
- (3) Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang

sakit

(4) Ketidakmampuan keluarga dalam memodifikasi lingkungan

(5) Kemampuan keluarga memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan

i) Nyeri akut berhubungan dengan:

(1) Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan

(2) Ketidakmampuan keluarga dalam mengambil keputusan

(3) Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit

(4) Ketidakmampuan keluarga dalam memodifikasi lingkungan

(5) Kemampuan keluarga memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan

2.3.4 Prioritas Diagnosa Keperawatan

Tahap selanjutnya adalah menentukan prioritas masalah keluarga. Menurut (Bailon & Maglaya, 1978) penentuan prioritas masalah pada asuhan keperawatan keluarga menggunakan skala prioritas atau skoring sebagai berikut:

Tabel 2.2 Tabel Skoring

Kriteria	Skor	Bobot
Sifat Masalah : a. Aktual b. Ancaman kesehatan c. Krisis	3 2 1	1
Kemungkinan masalah dapat diubah : a. Dengan mudah b. Hanya sebagian c. Tidak dapat diubah	2 1	2
Potensi masalah untuk dicegah : a. Tinggi b. Cukup c. Rendah	3 2 1	1

Menonjolnya masalah :		
a. Masalah berat harus ditangani	2	1
b. Masalah yang tidak perlu segera ditangani	1	
c. Masalah tidak dirasakan	0	

Keterangan :

Total didapatkan dengan :

Skor (Total nilai kriteria) x bobot

Angka tertinggi dalam skor

Cara melakukan skoring adalah sebagai berikut :

- 1) Tentukan skor untuk setiap kriteria yang dibuat
- 2) Skor dibagi dengan angka yang tertinggi dan dikalikan dengan bobot
- 3) Jumlahkan skor untuk semua kriteria
- 4) Tentukan skor (skor tertinggi menentukan urutan nomor diagnosa keperawatan keluarga)

2.3.5 Intervensi

Menurut Mubarak dkk (2013), intervensi merupakan kumpulan tindakan yang direncanakan oleh perawat digunakan untuk menyelesaikan atau mengatasi masalah kesehatan atau masalah keperawatan yang telah diidentifikasi. Berikut merupakan intervensi keperawatan yang dapat dilakukan pada pasien stroke:

Diagnosa 1

Gangguan mobilitas fisik

Etiologi 5 tugas keluarga:

- 1) Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan
- 2) Ketidakmampuan keluarga dalam mengambil keputusan
- 3) Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit

- 4) Ketidakmampuan keluarga dalam memodifikasi lingkungan
- 5) Kemampuan keluarga memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan

Tujuan:

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4 kali kunjungan dalam 2 minggu, diharapkan klien dan keluarga dapat melakukan mobilisasi secara mandiri.

Intervensi:

- 1) Bina hubungan saling percaya dengan klien dan keluarga
- 2) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
- 3) Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi
- 4) Jelaskan kepada keluarga latihan ROM pada kaki terdiri dengan tindakan menggerakkan fleksi ekstensi pada lutut dan paha, straight leg raising, abduksi adduksi kaki, rotasi internal eksternal kaki, dorso fleksi pergelangan kaki, plantar fleksi, fleksi ekstensi pada jari kaki
- 5) Ajarkan keluarga teknik ROM pada kaki terdiri dengan tindakan menggerakkan fleksi ekstensi pada lutut dan paha, straight leg raising, abduksi adduksi kaki, rotasi internal eksternal kaki, dorso fleksi pergelangan kaki, plantar fleksi, fleksi ekstensi pada jari kaki
- 6) Demostrasikan latihan ROM pada kaki terdiri dengan tindakan menggerakkan fleksi ekstensi pada lutut dan paha, straight leg raising, abduksi adduksi kaki, rotasi internal eksternal kaki, dorso fleksi pergelangan kaki, plantar fleksi, fleksi ekstensi pada jari kaki
- 7) Libatkan keluarga dalam program terapi

- 8) Jelaskan manfaat dan waktu Latihan Observasi tanda-tanda vital semua anggota keluarga

Diagnosa 2

Gangguan perfusi jaringan serebral

Etiologi 5 tugas keluarga:

- 1) Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan
- 2) Ketidakmampuan keluarga dalam mengambil keputusan
- 3) Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit
- 4) Ketidakmampuan keluarga dalam memodifikasi lingkungan
- 5) Kemampuan keluarga memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan

Tujuan:

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4 kali kunjungan dalam 2 minggu, diharapkan gangguan perfusi jaringan berkurang. Intervensi:

- 1) Bina hubungan saling percaya dengan klien dan keluarga
- 2) Observasi tanda-tanda vital semua anggota keluarga
- 3) Kaji pengetahuan keluarga tentang stroke, meliputi pengertian, tanda gejala, cara penanganan yang tepat pada stroke.
- 4) Berikut penyuluhan tentang penyakit stroke.
- 5) Berikan kesempatan kepada keluarga untuk bertanya mengenai penjelasan yang telah diberikan.
- 6) Motivasi keluarga untuk menjelaskan kembali tentang penyakit stroke.
- 7) Berikan pujian kepada keluarga atas kemampuannya.
- 8) Berikan penjelasan ulang bila ada yang belum dimengerti.

Diagnosa 3

Defisit perawatan diri

Etiologi 5 tugas keluarga:

- 1) Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan
- 2) Ketidakmampuan keluarga dalam mengambil keputusan
- 3) Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit
- 4) Ketidakmampuan keluarga dalam memodifikasi lingkungan
- 5) Kemampuan keluarga memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan

Tujuan:

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4 kali kunjungan dalam 2 minggu, diharapkan klien dan keluarga mampu melakukan perawatan kepada anggota keluarga yang sakit.

Intervensi:

- 1) Bina hubungan saling percaya.
- 2) Observasi tanda-tanda vital semua anggota keluarga
- 3) Jelaskan kepada keluarga tentang cara merawat klien yang sakit
- 4) Ketahui tingkat kemampuan keluarga klien untuk merawat anggota yang sakit.
- 5) Motivasi keluarga untuk membantu klien dalam memenuhi perawatan diri.

Diagnosa 4

Defisit nutrisi

Etiologi 5 tugas keluarga:

- 1) Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan

- 2) Ketidakmampuan keluarga dalam mengambil keputusan
- 3) Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit
- 4) Ketidakmampuan keluarga dalam memodifikasi lingkungan
- 5) Kemampuan keluarga memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan

Tujuan:

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4 kali kunjungan dalam 2 minggu, diharapkan nutrisi klien terpenuhi.

Intervensi:

- 1) Bina hubungan saling percaya dengan klien dan keluarga
- 2) Observasi tanda-tanda vital semua anggota keluarga
- 3) Motivasi klien dan keluarga untuk mengonsumsi makanan dengan porsi kecil dan sering.
- 4) Bantu dalam pemberian asupan diet makanan dan cairan yang seimbang.
- 5) Informasikan makanan yang dilarang dan dianjurkan kepada pasien.
- 6) Identifikasi pola makan.
- 7) Ajarkan klien dan keluarga bagaimana cara menyimpan makanan.
- 8) Libatkan keluarga dalam support dan program terapi.
- 9) Pertahankan pencatatan berat badan harian.

Diagnosa 5

Gangguan komunikasi verbal

Etiologi 5 tugas keluarga:

- 1) Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan
- 2) Ketidakmampuan keluarga dalam mengambil keputusan

- 3) Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit
- 4) Ketidakmampuan keluarga dalam memodifikasi lingkungan
- 5) Kemampuan keluarga memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan

Tujuan:

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4 kali kunjungan dalam 2 minggu, diharapkan gangguan komunikasi verbal menjadi berkurang.

Intervensi:

- 1) Bina hubungan saling percaya dengan klien dan keluarga
- 2) Observasi tanda-tanda vital semua anggota keluarga
- 3) Identifikasi metode yang dapat dipahami oleh klien untuk memenuhi kebutuhan dasar.
- 4) Sediakan metode komunikasi yang alternatif.
- 5) Libatkan keluarga dalam diskusi masalah untuk meningkatkan kemampuan komunikasi klien.
- 6) Beri support sistem untuk mengatasi ketidakmampuan klien.
- 7) Ajarkan klien berbicara sesuai kemampuan.

Diagnosa 6

Resiko peningkatan TIK Etiologi 5 tugas keluarga:

- 1) Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan
- 2) Ketidakmampuan keluarga dalam mengambil keputusan
- 3) Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit
- 4) Ketidakmampuan keluarga dalam memodifikasi lingkungan
- 5) Kemampuan keluarga memanfaatkan fasilitas pelayanan Kesehatan

Tujuan:

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4 kali kunjungan dalam 2 minggu, diharapkan resiko peningkatan TIK menjadi berkurang.

Intervensi:

- 1) Bina hubungan saling percaya
- 2) Observasi tanda-tanda vital semua anggota keluarga
- 3) Berikan penyuluhan tentang terjadinya peningkatan TIK
- 4) Berikan kesempatan kepada keluarga untuk bertanya mengenai penjelasan yang telah diberikan
- 6) Motivasi keluarga untuk menjelaskan kembali tentang peningkatan TIK
- 7) Berikan pujian kepada keluarga atas kemampuannya
- 8) Berikan penjelasan ulang bila ada yang belum dimengerti

Diagnosa 7

Nyeri akut

Etiologi 5 tugas keluarga:

- 1) Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan
- 2) Ketidakmampuan keluarga dalam mengambil keputusan
- 3) Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit
- 4) Ketidakmampuan keluarga dalam memodifikasi lingkungan
- 5) Kemampuan keluarga memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan

Tujuan:

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4 kali kunjungan dalam 2 minggu, diharapkan nyeri menjadi berkurang.

Intervensi:

- 1) Bina hubungan saling percaya dengan klien dan keluarga
- 2) Observasi tanda-tanda vital semua anggota keluarga
- 3) Kaji pengetahuan keluarga tentang penyakit stroke meliputi pengertian, tanda, gejala, cara penanganan yang tepat pada klien.
- 4) Motivasi keluarga untuk menjelaskan kembali pengertian, tanda, gejala, cara penanganan yang tepat pada klien.
- 5) Berikan pujian kepada keluarga atas kemampuannya.
- 6) Berikan kesempatan keluarga untuk menanyakan kembali jika ada yang belum dimengerti.
- 7) Berikan penjelasan ulang.

Diagnosa 8

Gangguan eliminasi urin dan alvi

Etiologi 5 tugas keluarga:

- 1) Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan
- 2) Ketidakmampuan keluarga dalam mengambil keputusan
- 3) Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit
- 4) Ketidakmampuan keluarga dalam memodifikasi lingkungan
- 5) Kemampuan keluarga memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan

Tujuan:

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4 kali kunjungan dalam 2 minggu, diharapkan gangguan eliminasi urin dan alvi menjadi berkurang.

Intervensi:

- 1) Bina hubungan saling percaya dengan klien dan keluarga
- 2) Observasi tanda-tanda vital semua anggota keluarga
- 3) Bantu kebutuhan eliminasi pasien
- 4) Ketahui tingkat ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota yang sakit
- 5) Bantu pasien dalam memenuhi kebutuhan perawatan diri
- 6) Edukasi keluarga dalam memenuhi kebutuhan eliminasi urine dan alvi klien secara tepat dan benar
- 7) Berikan pujian atas kemampuannya menjelaskan dan melakukan perawatan terhadap anggota keluarga

Diagnosa 9

Perubahan persepsi sensori

Etiologi 5 tugas keluarga:

- 1) Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan
- 2) Ketidakmampuan keluarga dalam mengambil keputusan
- 3) Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit
- 4) Ketidakmampuan keluarga dalam memodifikasi lingkungan
- 5) Kemampuan keluarga memanfaatkan fasilitas pelayanan Kesehatan

Tujuan:

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4 kali kunjungan dalam 2 minggu, diharapkan persepsi sensori dapat meningkat secara optimal.

Intervensi:

- 1) Bina hubungan saling percaya dengan klien dan keluarga

- 2) Observasi tanda-tanda vital semua anggota keluarga
- 3) Kaji pengetahuan keluarga tentang penyakit stroke meliputi pengertian, tanda, gejala, cara penanganan yang tepat pada pasien.
- 4) Motivasi keluarga untuk menjelaskan kembali pengertian, tanda, gejala, cara penanganan yang tepat pada pasien.
- 5) Berikan pujian kepada keluarga atas kemampuannya.
- 6) Berikan kesempatan keluarga untuk menanyakan kembali jika ada yang belum dimengerti.
- 7) Berikan penjelasan ulang.

2.3.6 Implementasi

Pelaksanaan (implementasi) adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah di susun pada tahap perencanaan (Butcher, 2012). Tindakan keperawatan sebagai berikut :

- 1) Menstimulasi keluarga untuk memutuskan cara perawatan yang tepat
- 2) Membantu keluarga untuk menemukan cara membuat lingkungan menjadi sehat
- 3) Memotivasi keluarga untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan dengan cara mengenalkan fasilitas kesehatan yang ada di lingkungan keluarga seperti dokter keluarga, puskesmas dan rumah sakit.

Implementasi keperawatan terdiri dari beberapa komponen:

- 1) Tanggal dan waktu dilakukan implementasi keperawatan.
- 2) Diagnosis keperawatan.
- 3) Tindakan keperawatan berdasarkan intervensi keperawatan.
- 4) Tanda tangan perawat pelaksana.

2.3.7 Evaluasi

Evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan. Evaluasi dilakukan sesuai dengan rencana tindakan yang diberikan, setelah itu dilakukan penilaian untuk melihat keberhasilannya. Evaluasi asuhan keperawatan didokumentasikan dalam bentuk SOAP (subjektif, objektif, assesment, dan planning) (Achjar.K.A.H, 2012).

1) S (Subjektif)

Keluhan atau pendapat yang diungkapkan langsung oleh keluarga

2) O (Objektif)

Data yang dapat di observasi dan diukur, yang diperoleh menggunakan panca indera (melihat, mendengar, mencium, dan meraba) selama pemeriksaan fisik.

3) A (Analisis)

Perawat menganalisis setelah mengetahui respon subjektif dan objektif.

4) P (*Planning*)

Rencana tindakan selanjutnya setelah melakukan analisis.