

BAB III

ASUHAN KEPERAWATAN

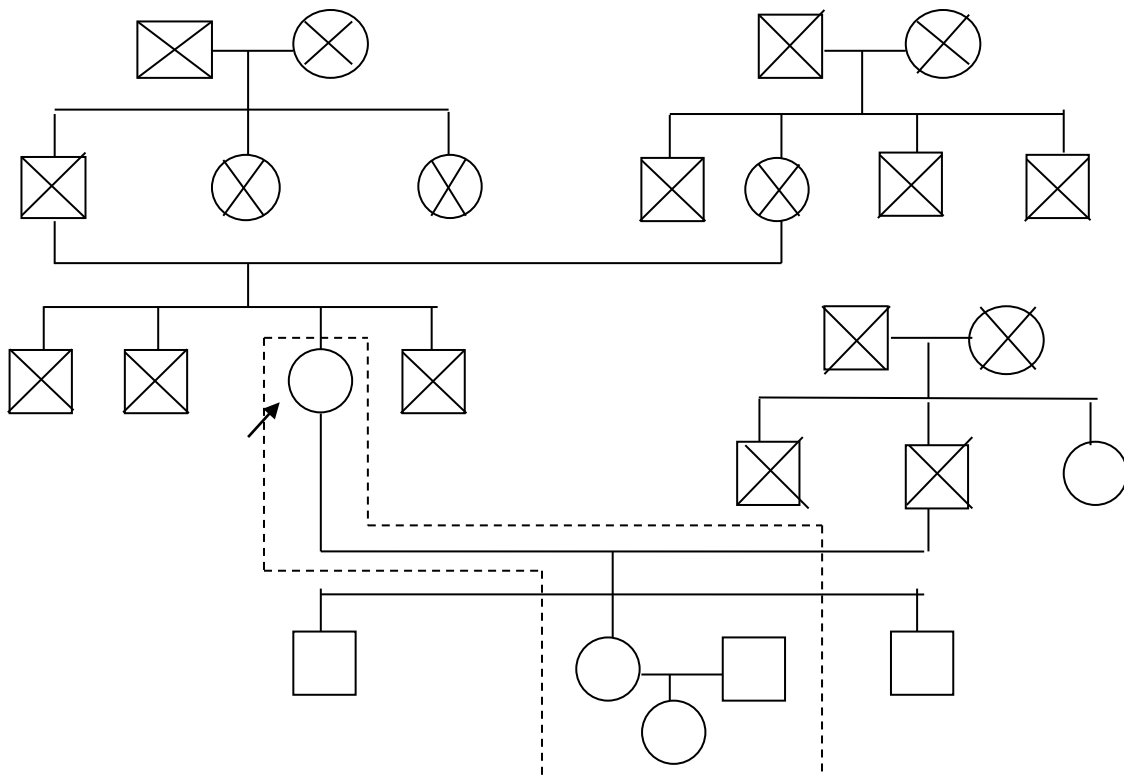
A. Pengkajian Keperawatan

1. Data Umum

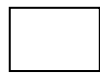
- a. Nama KK : Ny. N
- b. Umur KK : 70 Tahun
- c. Alamat : Gampong Miruek
Lamreudeup
- d. Pekerjaan : IRT
- e. Pendidikan : SMP
- f. Komposisi anggota keluarga dan genogram :

No	Nama	Jenis kelamin	Hubungan dengan KK	Umur	Pendidikan	keadaan
1	Tn. A	L	Menantu	48 th	SMP	Merokok
2	Ny. E	P	Anak	46 th	SMA	Baik
3	Ny. S	P	Cucu	23 th	SMA	Baik

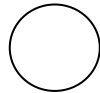
Genogram dibuat 3 generasi :



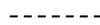
Keterangan



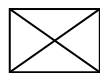
= Laki-laki



= Perempuan



= Serumah



= Meninggal



= Pasien



g. Tipe Keluarga

Tipe keluarga Ny. N yaitu *extended family* yang terdiri dari beberapa keluarga inti, yaitu Ny. N, dan anaknya yang sudah berkeluarga yaitu Ny. E, suami Ny. E yaitu Tn. A dan anaknya yaitu Ny. S

h. Suku bangsa

Ny. N memiliki suku Aceh, keluarga ini memiliki latar belakang budaya Aceh, dalam kehidupan sehari-hari keluarga Ny. N menggunakan bahasa Aceh. Ny. N mengatakan kebiasaan makan dalam kehidupan sehari-hari seperti orang minang pada umumnya suka mengonsumsi makanan bersantan dan berlemak seperti gulai, rendang, jeroan, dan lainnya. Ny. N juga mengatakan masih mengonsumsi makanan yang mengandung garam seperti ikan asin, Ny. N juga mengatakan jarang mengonsumsi buah dan sayur.

i. Agama

Ny. N mengatakan keluarganya beragama Islam, dan melaksanakan sholat 5 waktu sehari semalam, sebelum sakit stroke Ny. N selalu ikut pengajian yang ada di masjid dekat rumahnya

j. Status kelas sosial keluarga

1) Status ekonomi

Ny. N mengatakan, untuk biaya kebutuhan sehari-hari ia dibiayai oleh anaknya. Tn. A berpenghasilan Rp. 1.800.000/bulan, Ny. E berpenghasilan 1.500.000/bulan, Anak Ny. N yang merantau memberikan uang Rp.1000.000/bulan. Pengeluaran keluarga Ny. N untuk kebutuhan sehari-hari Rp. 2.000.000/bulan, pengeluaran untuk membayar listrik, air, dan petugas sampah Rp. 200.000/bulan, dan sisanya untuk ditabung.

2) Mobilitas sosial

Ny. N mengatakan berpergian hanya untuk pergi berobat ke puskesmas maupun rumah sakit dengan mobil. Untuk rekreasi yang dilakukan keluarga Ny. N yaitu dengan menonton televisi, dan untuk pergi jalan-jalan hanya sesekali dilakukan Ny. N karena keterbatasan mobilitas fisiknya dan anaknya yang sibuk bekerja.

2. Riwayat dan tahap perkembangan keluarga

a. Tahap perkembangan keluarga saat ini

Tahap perkembangan keluarga saat ini adalah tahap perkembangan keluarga ke VIII, keluarga lansia atau tahap perkembangan keluarga yang ke delapan dimana salah satu pasangan telah meninggal. Tugas perkembangan keluarga yang dilakukan saat ini adalah:

- 1) Mempertahankan penataan kehidupan yang memuaskan
- 2) Menyesuaikan terhadap penghasilan yang berkurang
- 3) Menyesuaikan terhadap kehilangan pasangan
- 4) Mempertahankan ikatan keluarga antargenerasi

5) Melanjutkan untuk merasionalisasi kehilangan keberadaan anggota keluarga (peninjauan dan integrasi kehidupan)

b. Tingkat pencapaian tugas perkembangan keluarga

Ny. N belum mempertahankan kesehatan pada pola hidup sehat seperti jarang berolahraga, masih mengonsumsi makanan yang mengandung garam tinggi, makanan yang bersantan, dan jarang makan sayur.

c. Riwayat keluarga inti

1) Ny. N mengatakan suaminya telah meninggal dunia pada tahun 2018 diakibatkan penyakit jantung, dan sebelumnya pernah di rawat di rumah sakit.

2) Ny. N mengatakan menderita penyakit hipertensi sejak 10 tahun yang lalu yang tidak terkontrol, karena Ny. N tidak rutin cek kesehatan, dan tidak menjaga pola makan dengan baik seperti mengonsumsi makanan yang bersantan, dan mengandung garam yang tinggi seperti ikan asin. Selain itu Ny. N juga menderita sakit stroke, sejak 1 tahun 6 bulan, saat awal terkena stroke Ny. N di rawat di RSUD MEURAXA, dengan keluhan yang dirasakan kepala sakit dan badan terasa lemah secara tiba-tiba. Saat dilakukan pengkajian Ny. N mengatakan badan, kaki terasa lemah, sehingga Ny. N menggunakan alat bantu berjalan yaitu tongkat 4 kaki, serta pada tangan juga terasa lemah dan jari-jari tangan terasa kaku sulit untuk menggenggam, sehingga dalam melakukan aktivitas sehari-hari seperti makan, mandi, perawatan diri, berpakaian, ke toilet, dan berjalan dibutuhkan bantuan dan pendampingan dari keluarga. Ny. N menggunakan pispot saat BAK. Saat ini Ny. N sudah rutin memeriksa kesehatan, tetapi masih

suka malas mengkonsumsi obat dengan teratur, untuk pola makan Ny.N masih mengkonsumsi makanan bersantan seperti gulai, makanan megandung garam tinggi seperti ikan asin, serta makanan tinggi lemak seperti, daging dan jeroan. Ny. N jarang mengkonsumsi buah dan sayur. Ny. N mengatakan makanan yang dikonsumsi sama dengan menu makanan yang dimakan oleh keluarganya

3) Ny. N mengatakan Tn. A, Ny. E dan anaknya tidak ada menderita penyakit menular maupun penyakit tidak menular, dan tidak pernah dirawat di rumah sakit. Umumnya mereka hanya sakit flu dan demam biasa.

d. Riwayat keluarga sebelumnya

Ny. N mengatakan tidak memiliki keluarga dengan riwayat penyakit stroke, hipertensi, TBC maupun penyakit keturunan dan menular lainnya

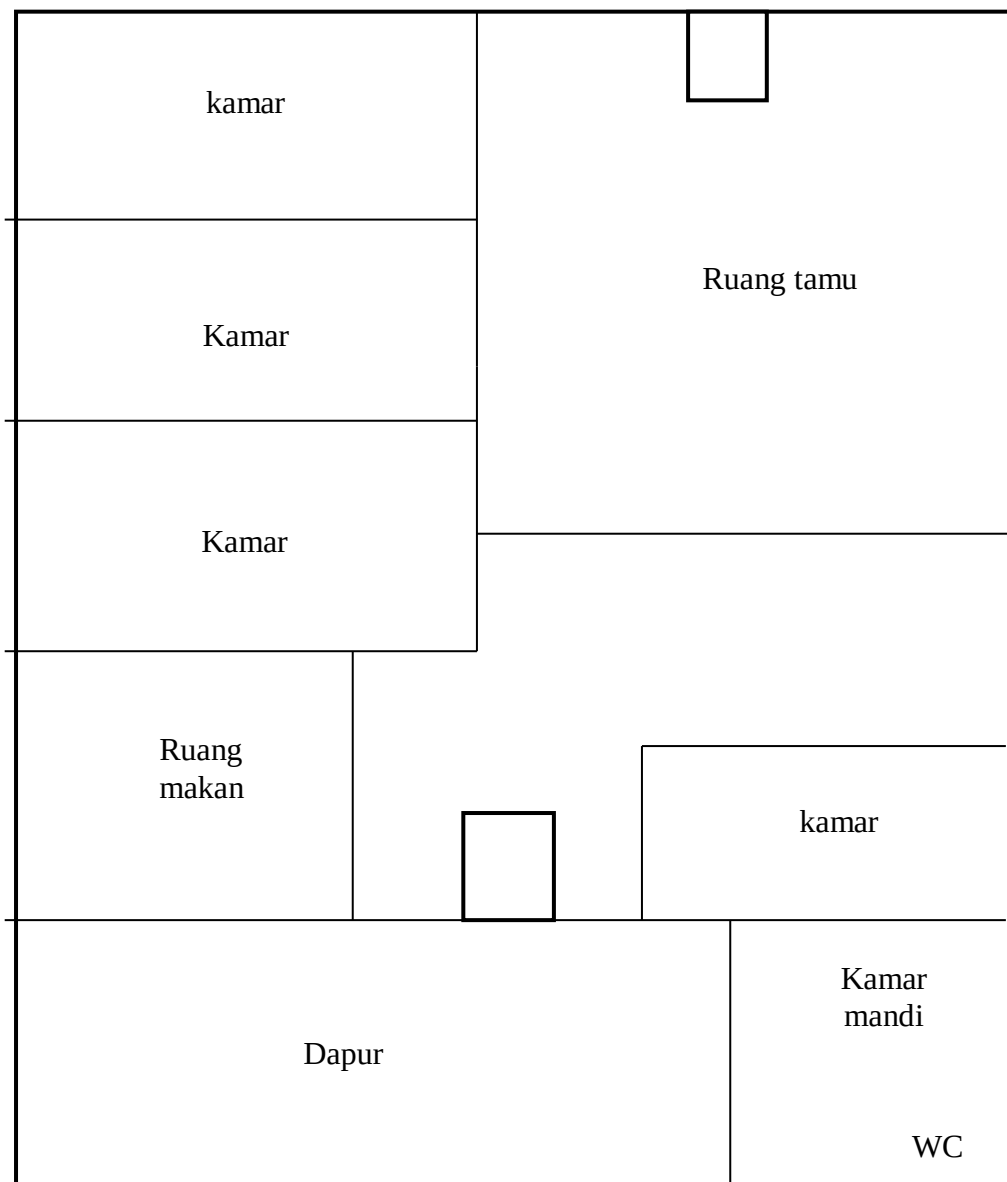
3. Pengkajian Lingkungan

a. Karakteristik rumah

Rumah yang ditempati oleh keluarga Ny. N merupakan rumah ibu dari Ny. N. kondisi rumah rapi. Rumah Ny. N memiliki 3 kamar tidur, 1 ruang tamu, 1 ruang makan, 1 dapur, 1 kamar mandi, 1 WC, lantai WC tidak licin. Sejak sakit stroke Ny. N tidur di ruang tamu. Rumah Ny. N terdapat ventilasi dan penerangan dengan cahaya matahari dapat memasuki rumah, perabotan rumah tampak berdebu. Dinding rumah terbuat dari batu bata, dan dinding kamar terbuat dari setengah batu bata dan setengah triplek, lantai teras, ruang tamu, kamar tidur dan kamar mandi terbuat dari kramik, dan lantai dapur terbuat dari semen. Jarak septitank 2 meter dari rumah, air limbah dibuang ke got, dan untuk sampah di buang ke tempat sampah dan

ada petugas kebersihan yang mengambil. Sumber listrik yang di gunakan yaitu PLN dan sumber air PDAM yang digunakan untuk mandi, dan memasak, untuk air minum yang digunakan dari air galon. Lingkungan rumah terdapat 2 pohon kelapa di halaman rumah, serta disamping rumah terdapat tanaman herbal seperti kunyit, serai, dan kumis kucing..

Skema 3.1 Denah Rumah



b. Karakteristik tetangga dan masyarakat

Penduduk disekitar rumah Ny. N merupakan penduduk asli dan bersuku Aceh. Lingkungan tempat tinggal Ny. N termasuk lingkungan padat penduduk, jarak rumah Ny. N dengan tetangganya 2 meter. Ny. N mengatakan hubungannya dengan tetangga berjalan dengan baik, dan saling menolong. Ny. N mengatakan masyarakat dekat rumahnya memiliki beragam pekerjaan ada yang sebagai petani, pedagang, dan adapun sebagai PNS, dan dokter.

c. Mobilitas geografis keluarga

Ny. N mengatakan sebelum menikah ia pernah merantau ke Jakarta selama 5 tahun, dan dari awal menikah hingga saat ini Ny. N tidak pernah pindah dari rumahnya yang ditempati ini.

d. Keterlibatan keluarga dalam perkumpulan dan interaksi dengan masyarakat

Ny. N mengatakan hubungan maupun interaksi sosial keluarga berjalan dengan baik, dan lancar. Keluarga Ny. N dengan masyarakat saling bertegur sapa, dan saling mengenal, serta tetangga sering berkumpul dan duduk diteras Ny. N.

4. Struktur Keluarga

a. Pola komunikasi keluarga

Komunikasi dalam keluarga biasa menggunakan bahasa aceh , untuk komunikasi antar anggota keluarga lancar. Ny. N mengatakan 2 dari 3 anak Ny. N merantau dan mereka tetap terjalin komunikasi melalui telepon, dan setiap hari raya biasanya anak – anak Ny. N selalu berkumpul di rumah.

b. Struktur Kekuatan keluarga

Ny. N merupakan kepala keluarga, untuk pengambilan keputusan Ny. N selalu berdiskusi dengan anaknya. Semua anggota keluarga saling menghormati dan menghargai satu sama lainnya.

c. Struktur Peran

Ny. N berperan sebagai kepala keluarga dan sebagai ibu dari anaknya, Ny. N sudah tidak bisa lagi mencari nafkah. Tn. A sebagai menantu bagi Ny. N, serta sebagai suami dan kepala rumah tangga bagi Ny. E yang mencari nafkah. Ny. E berperan sebagai anak dari Ny. N, dan istri dari Tn. A, serta ibu rumah tangga dan juga sebagai wiraswasta. Ny. S berperan sebagai anak dari Tn. A dan Ny. S, serta berperan sebagai sumber semangat dan motivasi bagi orang tua.

d. Nilai atau norma keluarga

Keluarga percaya bahwa sehat dan sakit itu datang dari Allah SWT, dan tidak pernah percaya pada dukun atau paranormal. Kalau ada keluarga yang sakit dibawa ke puskesmas atau bidan terdekat untuk mendapatkan pertolongan.

5. Fungsi Keluarga

a. Fungsi Afektif

Ny. N mengatakan anak-anaknya selalu memenuhi kebutuhan pangan maupun sandang keluarga, Ny. N mengatakan keluarganya juga memberikan perhatian dan kasih sayang antara satu sama lain.

b. Fungsi Sosialisasi

Anggota keluarga memiliki kemampuan bersosialisasi dengan baik sesama anggota keluarga. Tidak ada masalah yang berarti antar anggota keluarga.

Selain itu, hubungan keluarga dengan tetangga juga baik dan berinteraksi dengan baik. Keluarga Ny. N menggunakan bahasa Aceh dalam berinteraksi dan bersosialisasi.

c. Fungsi reproduksi

Ny. N memiliki 2 orang anak laki – laki dan 1 anak perempuan. Ny.N mengatakan sudah monopouse saat berumur 52 tahun. Ny. E memiliki 1 anak perempuan, Ny. E masih menstruasi dan saat ini tidak menggunakan KB, dan anak Ny. E yang sudah menstruasi.

d. Fungsi ekonomi

Ny. N mengatakan ia tidak bekerja, untuk kebutuhan sehari-hari dibiayai oleh anak-anaknya dan menantunya. Penghasilan Tn. A, Ny. E, dan anaknya yang dirantau, mencukupi untuk membiayai kebutuhan sehari – hari keluarga Ny. N, dan tidak merasa kekurangan dalam hal ekonomi.

6. Lima Tugas Kesehatan Keluarga

1) Kemampuan mengenal masalah

Keluarga mengatakan hanya mengetahui stroke merupakan terdapatnya gangguan pada otak dan gejala yang dirasakan yaitu kelemahan pada tubuh. Keluarga sadar bahwa kesehatan sangat penting, Keluarga belum mengetahui dampak, serta perawatan maupun pencegahan penyakit stroke, keluarga ingin mengetahui lebih banyak mengenai stroke.

2) Mengambil keputusan

Keluarga Ny. N masih mengonsumsi obat warung jika ada anggota keluarga yang sakit biasa seperti demam dan batuk. Jika sakit tidak kunjung sembuh keluarga baru membawa untuk berobat ke puskesmas. Keluarga

belum mengetahui apa saja kebiasaan maupun hal yang menyebabkan meningkatnya kemungkinan keluarga untuk terkena stroke.

3) Merawat anggota keluarga

Keluarga Ny. N rutin pergi mengantarkan Ny. N untuk mencek kesehatan ke puskesmas dan mengingatkan Ny. N untuk selalu minum obat, tetapi Ny. N mengatakan masih tidak rutin minum obat karena malas. Ny. N mengatakan dalam melakukan aktivitas fisik seperti berjalan dibantu oleh keluarga. Ny. N mengatakan tidak pernah melakukan olahraga. Keluarga tidak membatasi makanan yang bisa menjadi pemicu stroke seperti masih mengonsumsi makanan bersantan seperti gulai, makanan dengan kandungan garam tinggi seperti ikan asin, dan jarang mengonsumsi buah dan sayur. Ny. N mengatakan menu makanan sama dengan yang dimakan keluarga. keluarga Ny. N mengatakan masih kurang memahami cara merawat Ny. N dengan sakit stroke.

4) Memodifikasi lingkungan

Ny. M mengatakan keluarganya selalu merapikan rumah agar tidak berserakan, perabotan rumah Ny. M tampak berdebu. Di halaman rumah terdapat pohon kelapa, serta di samping rumah terdapat tanaman seperti kunyit, serai dan kumis kucing. Kumis kucing sering dimanfaatkan keluarga untuk menurunkan tekanan darah.

5) Memanfaatkan fasilitas

kesehatan Ny. N mengatakan memanfaatkan fasilitas kesehatan jika ada keluarga yang sakit, fasilitas kesehatan yang diketahui keluarga Ny. N yaitu puskesmas, bidan desa, dan rumah sakit. Fasilitas kesehatan yang sering digunakan yaitu ke Puskesmas.

7. Stres Dan Koping

a. Stres, Kekuatan Dan Persepsi Keluarga

Ny. N mengatakan sering mengeluh pusing, Ny. N merasakan hanya menjadi beban untuk anaknya, karena mereka harus merawatnya, dan merasa cemas karena takut penyakitnya akan semakin parah dan tekanan darahnya semakin tinggi.

b. Strategi coping keluarga Jika ada masalah

Keluarga Ny. N selalu bermusyawarah dalam menyelesaikan masalah yang ada dengan terbuka.

c. Adaptasi keluarga

Jika ada masalah keluarga selalu membicarakannya dengan terbuka, dan jika ada keluarga yang mengalami masalah kesehatan, maka keluarga akan merawatnya dan dibawa ke fasilitas kesehatan.

8. Harapan keluarga terhadap kehadiran mahasiswa

Ny. N sangat senang dan antusias dengan adanya mahasiswa mereka bisa bertanya mengenai penyakit yang diderita Ny. N dan bermusyawarah dengan mahasiswa terkait hal-hal yang dialami Ny. N selama menderita penyakit stroke. Ny. N berharap dengan adanya mahasiswa bisa menambah informasi bagi keluarga Ny. N dalam merawat Ny. N.

Tabel 3.1 pemeriksaan fisik

No	Organ	Pemeriksaan Fisik				
		Ny. N				
1	Rambut	Rambut beruban, panjang dan lurus, rambut berminyak, rontok dan kusut.				
2	Mata	Konjungtiva an anemis, sclera an ikterik				
3	Hidung	Tidak ada polip, hidung tampak bersih				
4	Mulut	Mukosa bibir lembab, tidak ada sariawan				
5	Telinga	Telinga simetris dan tampak bersih				
6	Leher	Tidak ada pembesaran kelenjar Tidak ada pembesaran kelenjar				
7	Dada	Dada simetris				
8	Abdomen	Tidak ada keluhan dibagian perut, tidak ada nyeri tekan, bising usus = 6x/mnt				
9	Ekstremitas atas	Tangan kanan kanan susah digerakkan dan kaku ketika digenggam				
10	Ekstremitas bawah	Kaki kanan susah digerakkan				
11	TTV	Tensi : 142/90 mmhg Suhu : 36,7 Nadi : 93 x/i Nafas : 19x/i Kekuatan otot : <table><tr><td>444</td><td>555</td></tr><tr><td>333</td><td>555</td></tr></table>	444	555	333	555
444	555					
333	555					

9. Hygiene personal

- a. Mandi
 - Frekuensi : 2 kali sehari
 - Pakai Sabun (Ya / Tidak) : Ya
- b. Higiene Oral
 - Frekuensi : 1 kali sehari
 - Waktu : Pagi
- c. Cuci Rambut
 - Frekuensi : 2 kali seminggu
 - Pakai Shampo (Ya / Tidak) : Ya
- d. Ganti Pakaian
 - Frekuensi : 1 kali 2 hari
- e. Gunting kuku
 - Frekuensi : 1 kali 2 minggu

10. Pemeriksaan Nervus :

- a. Nervus I (Olfaktorius) : Ny. N masih bisa mencium bau dengan baik
- b. Nervus II (Optikus) : Ketajaman mata Ny. N dan lapang pandang baik
- c. Nervus III (Okulomotorius) : reflek kedip ada, pupil isokor
- d. Nervus IV (Toklearis) dan Nervus VI (Abdusen) : Ny. N dapat mengikuti sesuai perintah yang diberikan melalui gerakan mata kearah atas bawah, samping kiri dan kanan.
- e. Nervus V (Trigeminus) : sensasi rasa pada lidah baik, kekuatan otot rahang sebelah kanan kurang kuat.

- f. Nervus VII (Fasialis) : Saat Ny. N mengerutkan dahi, mengangkat alis mata dan tersenyum, didapatkan hasil simetris pada kiri dan kanan dan saat diberikan sensasi rasa pada lidah Ny. N mampu menjawab dengan baik
- g. Nervus VIII (Akustikus) : Ny. N tidak bisa menyeimbangi tubuhnya saat berdiri
- h. Nervus IX (Glosfaringeus) dan Nervus X (Vagus): gerakan anak lidah terangkat ke atas saat mengucapkan aaa, dan Ny. N dapat menelan makanan dan minuman dengan baik.
- i. Nervus XI (Aksesorius) : Ny. N tidak mampu melawan tahanan yang diberikan dibagian pundak kanan
- j. Nervus XII (Hipoglosus) : lidah tampak simetris kiri dan kanan

11. Pengukuran ADL (*Activity of Daily Living*) dengan *Barthel indeks*

Tabel 3.2
Pengukuran ADL

No	Jenis ADL	Kategori	Skor
1	Makan	0 : tidak dapat 1: perlu bantuan 2: mandiri	1
2	Mandi	0 : tergantung orang lain 1 : mandiri	0
3	Perawatan diri	0 ; perlu bantuan 1 : mandiri	0
4	Berpakaian	0 : tergantung orang lain 1 : sebagian dibantu 2 : mandiri	1
5	Buang air kecil	0 : tidak bisa mengontrol (perlu kateter dan tidak dapat mengatur) 1 : Bak kadang – kadang (sekali/24 jam) 2 : terkontrol penuh (lebih dari 7 hari)	2
5	Buang air besar	0 : inkontinensia 1 : kadang inkontinensia	1

		(sekali seminggu) 2 : terkontrol penuh	
6	Penggunaan toilet	0 : tergantung bantuan orang lain 1 : perlu bantuan tetapi dapat melakukan sesuatu sendiri 2 : mandiri	1
7	Berpindah	0 : tidak dapat 1 : mandiri dengan kursi roda 2 : berjalan dengan bantuan 3 : mandiri	2
8	Mobilitas	0 : tidak mampu 1 : perlu bantuan 2 : mandiri	1
9	Naik turun tangga	0 : tidak mampu 1 : perlu bantuan 2 : mandiri	1
		Skore :	10

Interpretasi hasil:

20 : mandiri

12-19 : ketergantungan ringan

9-11 : ketergantungan sedang

5-8 : ketergantungan berat

0-4 : ketergantungan Kesimpulan : Ny. N mengalami ketergantungan sedang

B. Analisa Data

Tabel 3.3 Analisa Data

No	Data	Masalah
1	DS : ➤ Ny. N mengatakan menderita penyakit stroke sejak 1 tahun 6 bulan yang lalu ➤ Ny. N mengatakan tubuh terasa lemah - - Ny. N mengatakan akan tangannya kaku, sehingga sulit untuk mengenggam ➤ Ny. N mengatakan masih mengkonsumsi makanan bersantan seperti gulai, makanan berlemak seperti daging dan jeroan, serta makanan yang mengandung garam seperti ikan asin ➤ Ny. N mengatakan jarang mengkonsumsi buah dan sayur ➤ Ny. N mengatakan menu makanan sama dengan yang dimakan keluarga ➤ Ny. N mengatakan masih kurang memahami porsi makanan yang dianjurkan untuk pasien stroke ➤ Ny. N mengatakan tidak pernah melakukan olahraga ➤ Ny. N mengatakan tidak teratur mium obat karena malas ➤ Ny. N mengatakan merasa cemas karena takut penyakitnya akan semakin parah dan tekanan darah semakin tinggi DO : ➤ Klien tampak menunjukkan gejala stroke yaitu tubuh lemah, tangan kaku ➤ Perabotan rumah tampak berdebu ➤ Klien tampak gelisah ➤ TD : 142/90 mmH ➤ S : 36,7 ➤ HR : 93 x/i ➤ RR : 19x/i`	Defisit Pengetahuan
	DS : ➤ Ny. N mengatakan ingin segera sembuh dari penyakitnya	Kesiapan peningkatan coping keluarga

	➤ Ny. N mengatakan akan olahraga rutin ➤ Ny. N mengatakan akan rutin kontrol ke pukesmas ➤ Ny. N mengatakan sulit saat melakukan aktivitas sehari – hari seperti makan, mandi, perawatan diri, berpakaian, ke toilet, dan berjalan sehingga dibutuhkan bantuan dan pendampingan dari keluarga DO : ➤ Saat dilakukan pengukuran ADL dengan <i>Barthel indeks</i> pada Ny. N didapatkan tingkat ketergantungan sedang dengan jumlah skore 10 ➤ Kekuatan otot ekstermitas kanan atas 4, kekuatan otot ekstermitas kanan bawah 3, kekuatan ekstermitas kiri 5 ➤ Gerakan Ny. N tampak terbatas, ketika dari berdiri ke berjalan ➤ Klien tampak berjalan menggunakan tongkat 4 kaki, dan selalu didampingi oleh keluarga ➤ TD : 142/90 mmHg	
--	--	--

Tabel 3.4 Skoring

1. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi

No	Kriteria	Bobot	Perhitungan	Pembenaran
1	Sifat masalah Aktual = 3 Resiko = 2 Potensial = 1	1	$3/3 \times 1 = 1$	Masalah bersifat aktual, karena sedang terjadi sekarang dan perlutindakan bagi Ny. N dan keluarga agar masalah kesehatan keluarga dapat teratasi yaitu masalah stroke dan pengurangan faktor risiko stroke, Ny. N masih belum dilaksanakan dengan baik, seperti masih mengonsumsi makanan yang bersantan, dan mengandung tinggi garam
2	Kemungkinan masalah dapat diubah Tinggi = 2 Sedang = 1 Rendah = 0	1	$2/2 \times 1 = 1$	Kemungkinan masalah dapat diubah tinggi, karena keluarga menunjukkan keinginan dalam merubah perilaku. Ny. N dan keluarga menyatakan keinginan dalam mengubah pola hidup seperti dalam makanan penderita stroke
3	Potensial untuk dicegah Mudah = 3 Cukup = 2 Tidak dapat = 1	1	$3/3 \times 1 = 1$	Masalah Ny. N ini mudah untuk dicegah apabila keluarga mengetahui tindakan yang harus dilakukan
4	Menonjolnya masalah Masalah dirasakan, dan perlu segera ditangani = 2 Masalah dirasakan = 1 Masalah tidak dirasakan = 0	1	$2/2 \times 1 = 1$	Masalah dirasakan dan perlu segera ditangani karena Ny. N mengatakan berkeinginan untuk mengubah pola hidup agar faktor risiko stroke dapat ditangani dengan baik dan tidak terjadinya komplikasi
	Total Skore		4	

2. Kesiapan peningkatan koping keluarga berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengatasi masalah keehatan

No	Kriteria	Bobot	Perhitungan	Pembenaran
1	Sifat masalah Aktual = 3 Resiko = 2 Potensial = 1	1	$3/3 \times 1 = 1$	Masalah ini bersifat aktual karena sudah terjadi, Ny. N merasakan kondisi fisik lemah dan terbatas dalam melakukan aktivitas
2	Kemungkinan masalah dapat diubah Mudah = 3 Sebagian = 2 Sulit = 1	1	$3/3 \times 1 = 1$	Kemungkinan masalah mudah untuk diubah jika Ny. N mengikuti anjuran yang diberikan tentang perawatan pasien stroke
3	Potensial untuk dicegah Tidak dapat = 3 Cukup = 2 Mudah = 1	1	$3/3 \times 1 = 1$	Kemungkinan potensial untuk dicegah cukup, karena stroke sejak 1,6 tahun dan menimbulkan gangguan mobilitas fisik
4	Menonjolnya masalah Masalah* dirasakan, dan perlu segera ditangani = 2 Masalah* dirasakan = 1 Masalah tidak* dirasakan = 0	2	$2/2 \times 1 = 1$	Masalah dirasakan Ny. N, dan perlu segera ditangani, karena Ny. N berkeinginan untuk segera bisa beraktivitas kembali
	Total Skore		4	

Prioritas masalah

1. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi
2. Kesiapan peningkatan coping keluarga berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengatasi masalah keehatan

C. DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi
2. Kesiapan peningkatan coping keluarga berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengatasi masalah keehatan

D. Rencana Asuhan Keperawatan Keluarga

Tabel 3.5 Rencana Asuhan Keperawatan Keluarga
RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN DIAGNOSA 1
DEFISIT PENGETAHUAN

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan		Rencana evaluasi		Rencana tindakan
		Umum	Khusus	Kriteria	Standar	
1	Defisit Pengetahuan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5x30 menit maka manajemen kesehatan keluarga mengenai stroke meningkat	TUK 1 Setelah dilakukan kunjungan 1x30 menit keluarga mampu mengenal masalah kesehatan stroke	Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat (L.12111) 1. Klien dan keluarga mampu menjelaskan tentang pengertian stroke dengan bahasa sendiri 2. Klien dan keluarga mampu menyebutkan 2	Kemampuan menjelaskan masalah kesehatan 1. Keluarga menyebutkan definisi stroke. Stroke merupakan gangguan aliran darah ke otak yang disebabkan oleh penyumbatan (iskemik) maupun pecahnya pembuluh	Edukasi proses penyakit(I.12444) 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi mengenai stroke 2. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan mengenai stroke 3. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan mengenai 4. Berikan kesempatan untuk bertanya mengenai stroke

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan		Rencana evaluasi		Rencana tindakan
		Umum	Khusus	Kriteria	Standar	
				dari 3 penyebab stroke 3. Klien dan keluarga	darah otak (hemoragik). 2. Keluarga mampu menyebutkan	5. Jelaskan definisi, etiologi, penyebab dan tanda

				mampu menyebutkan 4 dari 6 tanda dan gejala stroke	n penyebab stroke a. Kekurangan suplai oksigen yang menuju otak b. Pecahnya pembuluh darah di otak karena kerapuhan pembuluh darah otak. c. Adanya sumbatan bekuan darah di otak	gejala penyakit stroke 6. Anjurkan melapor jika merasakan tanda dan gejala memberat atau tidak bisa mengenai stroke
--	--	--	--	--	---	--

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan		Rencana evaluasi		Rencana tindakan
		Umum	Khusus	Kriteria	Standar	
					3. Klien dan keluarga mampu menyebutkan n tanda dan gejala stroke seperti a. senyum tidak simetris b. Gerak separuh anggota tubuh melemah tiba-tiba c. Bicara pelo atau tiba-tiba tidak dapat bicara atau tidak mengerti katakata/bic	

					ara d. Kebas atau baal e. Rabun	
--	--	--	--	--	--	--

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan		Rencana evaluasi		Rencana tindakan
		Umum	Khusus	Kriteria	Standar	
					f. Sakit kepala hebat yang muncul tiba-tiba dan gangguan	
			TUK 2 Setelah kunjungan rumah 1x30 menit keluarga mampu mengambil keputusan dalam merawat anggota stroke	Kontrol risiko meningkat (L.14128) 1. Klien dan keluarga mampu mengidentifikasi faktor risiko stroke	1. Keluarga mampu menyebutkan faktor risiko stroke a. Kemampuan menyebutkan faktor risiko yang dapat diubah 1) Hipertensi 2) DM 3) Penyakit jantung 4) Obesitas 5) Hiperkolesterol 6) Alkohol 7) Merokok 8) Stress 9) Kurangnya aktivitas fisik	Dukungan pengambilan keputusan (I.09265) 1. Fasilitasi mengklarifikasi nilai dan harapan yang membantu membuat pilihan mengendalikan faktor risiko stroke 2. Diskusikan kelebihan dan kekurangan setiap solusi mengendalikan faktor risiko stroke 3. Fasilitasi pengambilan keputusan secara kolaboratif dalam mengendalikan

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan		Rencana evaluasi		Rencana tindakan
		Umum	Khusus	Kriteria	Standar	
					b. Keluarga mampu menyebutkan faktor risiko yang tidak dapat diubah stroke 1) Umur 2) Jenis kelamin 3) Ras 4) Hereditas 2. Keluarga mampu menyebutkan dampak stroke a. Perdarahan otak b. Hipoksia c. Kelemahan fisik d. Gangguan motorik e. Penurunan kesadaran	

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan		Rencana evaluasi		Rencana tindakan
		Umum	Khusus	Kriteria	Standar	
					f. Gangguan menelan g. Dekubitus	
			TUK 3 Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x30 menit	Peran pemberi asuhan (L.13121) Kemampuan merawat pasien stroke	Keluarga mampu dalam merencanakan perawatan keluarga dengan stroke di rumah melalui diet	Edukasi Diet (I.12369) a. Identifikasi kemampuan keluarga dalam menerima

			keluarga mampu melakukan perawatan pada pasien dengan stroke	1. Tujuan Diet stroke 2. Bahan Makanan yang diperbolehkan 3. Makanan yang tidak dianjurkan	stroke a. Tujuan diet stroke 1) Menurunkan resiko stroke berulang 2) Mengurangi risiko penyakit stroke b. Menu Makanan yang dianjurkan seimbang bagi penderita stroke :	informasi mengenai diet stroke b. Identifikasi tingkat pengetahuan keluarga mengenai diet stroke c. Identifikasi kebiasaan pola makan saat ini dan masalah d. Identifikasi persepsi klien dan keluarga tentang diet stroke
--	--	--	--	--	---	---

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan		Rencana evaluasi		Rencana tindakan
		Umum	Khusus	Kriteria	Standar	
					1) Beras sebagai zat tenaga 2) Tempe, tahu, ikan sebagai zat pembangun 3) Sayur dan buah seperti: bayam, wortel, pisang c. Makanan yang harus di hindari 1) Minuman berakohol, kafein 2) Batasi konsumsi	

					garam 3) Batasi konsumsi lemak, kolesterol.	
--	--	--	--	--	---	--

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan		Rencana evaluasi		Rencana tindakan
		Umum	Khusus	Kriteria	Standar	
			TUK 4 Setelah dilakukan tindakan keperawa-tan selama 1x30 menit keluarga mampu memodifikasi lingkungan yang aman bagi penderita stroke	Keamanan lingkungan rumah meningkat (L.14126) 1. Pemeliharaa n rumah a. Lingkung a. Lingkung n rumah yang aman dan nyaman	1. Pemeliharaa n rumah a. Keluarga mampu menciptaka n lingkungan rumah yang aman dan nyaman 1) buka ventilasi ruangan sehingga udara masuk 2) bersihkan rumah dan pertahankan lingkungan rumah yang bersih 3) pastikan lingkungan rumah tenan dan tidak bising	Dukungan pemeliharaan rumah (I. 14501) 1. Ajarkan strategi menciptaka n lingkungan rumah yang aman dan bersih 2. Anjurkan memodifik asi penataan perabotan rumah agar lebih mudah dicapai

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan		Rencana evaluasi		Rencana tindakan
		Umum	Khusus	Kriteria	Standar	
			TUK 5 Setelah dilakukan tindakan keperawatan	Perilaku kesehatan membaik (L.12107): fasilitas	Keluarga mampu menyebutkan pemahaman mengenai	Edukasi program pengobatan (I.12441) 1. Identifikasi pengetahuan

			selama 1x30 menit keluarga mampu memanfaat kan fasilitas kesehatan bagi penderita stroke	kesehatan 1. Klien dan keluarga mampu mengetahui pengertian fasilitas kesehatan untuk melaksanakan upaya kesehatan 2. Klien dan keluarga mampu menyebutkan macam-macam fasilitas kesehatan 3. Klien dan keluarga mampu menjelaskan manfaat fasilitas kesehatan	pemanfaatan fasilitas kesehatan 1. Pengertian fasilitas kesehatan : fasilitas kesehatan merupakan tempat yang digunakan untuk melaksanakan upaya kesehatan 2. Macam-macam fasilitas kesehatan a. Bidan b. Puskesmas c. Rumah sakit d. Klinik	tentang pengobatan yang direkomendasik an 2. Identifikasi penggunaan pengobatan dan kemungkinan efek pengobatan 3. Fasilitasi informasi tertulis atau gambar untuk meningkatkan pemahaman mengenai program pengobatan 4. Berikan dukungan untuk menjalani pengobatan dan libatkan keluarga
--	--	--	---	---	--	---

**RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN DIAGNOSA 1
KESIAPAN PENINGKATAN KOPING KELUARGA**

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan		Rencana evaluasi		Rencana tindakan
		Umum	Khusus	Kriteria	Standar	
2	Kesuaupan peningkatan koping keluarga	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5x30 menit kesiapan peningkatan keluarga meningkat	TUK 1 Setelah dilakukan kunjungan 1x30 menit keluarga mampu mengenal masalah kesehatan	Perilaku kesehatan membaik (L.12107) Kemampuan peningkatan kesehatan: 1. Keluarga mendukung program pengobatan dan perawatan pasien stroke dengan melakukan manajemen rehabilitas mobilisasi (ROM pasif)	Komitmen pada pengobatan dan perawatan keluarga dengan stroke 1. Keluarga mampu mendukung program pengobatan dan Perawatan dalam melakukan manajemen rehabilitas ROM pasif.	Dukungan koping keluarga (I.09260) a. Dengarkan masalah, perasaan dan pertanyaan keluarga b. Diskusikan rencana Perawatan keluarga dengan stroke c. Fasilitasi pengambilan keputusan dalam merencanakan perawatan keluarga dengan stroke d. Informasikan fasilitas perawatan kesehatan yang tersedia

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan		Rencana evaluasi		Rencana tindakan
		Umum	Khusus	Kriteria	Standar	
			TUK 2 Setelah dilakukan kunjungan 1x30 menit keluarga	dukungan keluarga meningkat (L.13112) 1. Bekerjasama dengan anggota	Kemampuan menjelaskan masalah kesehatan yang dialami a. Bekerja	Dukungan pengambilan keputusan (I.09265) 1. mengklarifikasi nilai dan harapan yang

			mampu mengambil keputusan dalam merawat pasien stroke	keluarga yang sakit dalam menentukan perawatan keluarga dengan stroke 2. Keluarga bekerja sama anggota keluarga yang Sakit mengedukasi perilaku kesehatan	sama dengan anggota keluarga yang sakit dalam menentukan perawatan keluarga dengan stroke melalui efek koping tidak efektif b. Koping yang tidak efektif berakhir dengan perilaku maladaptif yaitu perilaku yang menyimpang dari keinginan sendiri dan dapat merugikan diri sendiri maupun orang lain dan lingkungan.	membantu membuat pilihan mengendalikan stroke 2. Motivasi mengungkapkan tujuan perawatan stroke yang diharapkan 3. Fasilitasi pengambilan keputusan secara Kolaboratif dalam mengendalikan stroke 4. Fasilitasi menjelaskan keputusan
--	--	--	---	--	--	--

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan		Rencana evaluasi		Rencana tindakan
		Umum	Khusus	Kriteria	Standar	
			TUK 3 Peran pemberi asuhan (L.13121) 1. Kemampuan merawat pasien stroke dan mendemonstrasikan bagaimana cara dukungan mobilisasi	a. Keluarga mampu memahami dukungan mobilisasi b. Keluarga mampu melakukan dukungan mobilisasi dengan cara ROM	1. Keluarga mampu menyebutkan pengertian dukungan mobilisasi yaitu memfasilitasi pasien untuk meningkatkan aktivitas fisik a. Keluarga mampu mengetahui cara dukungan mobilisasi dini dengan melakukan ROM dengan cara: ROM pada bagian jari-jari (Fleksi dan Ekstensi)	Edukasi kesehatan (I. 12383) 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan keluarga menerima informasi mengenai komplikasi stroke 2. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan tentang komplikasi stroke 3. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai dengan kesepakatan keluarga 4. Berikan kesempatan keluarga untuk bertanya 5. Ajarakan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan cara pencegahan komplikasi stroke

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan		Rencana evaluasi		Rencana tindakan
		Umum	Khusus	Kriteria	Standar	
					1) Pegang jari-jari tangan pasien dengan satu tangan sementara tangan lain memegang pergelangan. 2) Bengkokkan (tekuk/fleksikan) jarijari ke bawah. 3) Luruskan jari-jari (ekstensikan) kemudian dorong ke belakang (hiperekstensikan). 4) Gerakkan ke samping kiri kanan (Abduksiadduksi kan). 5) Kembalikan ke posisi awal	

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan		Rencana evaluasi		Rencana tindakan
		Umum	Khusus	Kriteria	Standar	
					ROM pada pergelangan kaki (Fleksi dan Ekstensi) 1) Letakkan satu tangan pada telapak kaki pasien dan satu tangan yang lain di atas 2) Pergelangan kaki, jaga kaki lurus dan rileks. 3) Tekuk pergelangan	

					kaki, arahkan jari- jari kaki ke arah dada atau ke bagian atas tubuh pasien. 4) Kembalikan ke posisi awal.	
--	--	--	--	--	--	--

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan		Rencana evaluasi		Rencana tindakan
		Umum	Khusus	Kriteria	Standar	
					5) Tekuk pergelangan kaki menjauhi dada pasien. Jari dan telapak kaki diarahkan ke bawah. ROM pada bagian paha (Rotasi) 1) Letakkan satu tangan perawat pada pergelangan kaki pasien dan satu tangan yang lain di atas lutut pasien. 2) Putar kaki ke arah pasien. 3) Putar kaki ke arah pelaksana. 4) Kembalikan ke posisi semula	

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan		Rencana evaluasi		Rencana tindakan
		Umum	Khusus	Kriteria	Standar	
					ROM pada bagian lutut (Fleksi dan Ekstensi) 1) Letakkan satu tangan di bawah lutut pasien dan pegang tumit pasien dengan tangan yang lain. 2) Angkat kaki, tekuk pada lutut dan pangkal paha. 3) Lanjutkan menekuk lutut ke arah dada pasien sejauh mungkin dan semampu pasien.	

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan		Rencana evaluasi		Rencana tindakan
		Umum	Khusus	Kriteria	Standar	
					4) Turunkan dan luruskan lutut dengan tetap mengangkat kaki ke atas. 5) Kembalikan ke posisi semula	

			TUK 4 Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1x 30 menit keluarga mampu memodifikasi lingkungan	Keamanan lingkungan rumah (L.14126) Pemeliharaan rumah lingkungan rumah yang aman dan nyaman	Pemeliharaan rumah 1. Keluarga mampu menciptakan lingkungan rumah yang aman dan nyaman a. Membuka ventilasi ruangan sehingga udara segar masuk b. Bersihkan rumah dan pertahankan lingkungan bersih	Edukasi keselamatan lingkungan (I.12384) a. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi memodifikasi lingkungan bagi penderita stroke b. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan lingkungan
--	--	--	--	---	--	---

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan		Rencana evaluasi		Rencana tindakan
		Umum	Khusus	Kriteria	Standar	
					.	c. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan mengenai lingkungan bagi penderita stroke. d. Berikan kesempatan keluarga untuk bertanya mengenai
			TUK 5	Status	a. Akses	Edukasi program

			Setelah dilakukan kunjungan 1x45 menit keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan	kesehatan keluarga meningkat (L.12108) a. Akses a. fasilitas kesehatan 1) Keluarga mampu mengakses fasilitas kesehatan terdekat mulai dari bidan desa, puskesmas, dan Rs	fasilitas kesehatan Keluarga mampu menyebutkan fasilitas kesehatan terdekat yang bisa diakses mulai dari bidan desa, puskesmas, hingga rumah sakit untuk follow up kesehatan	pengobatan (1.12441) a. Identifikasi pengetahuan tentang pengobatan yang direkomendasikan b. Identifikasi penggunaan pengobatan tradisional dan kemungkinan efek pengobatan c. Fasilitas informasi tertulis atau gambar untuk meningkatkan pemahaman mengenai program stroke
--	--	--	--	---	--	---

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan		Rencana evaluasi		Rencana tindakan
		Umum	Khusus	Kriteria	Standar	
					1) Rumah sakit 2) Puskesmas 3) Klinik 4) Dokter Praktek 5) Praktek mandiri keperawatan dan kebidanan	

E. Implementasi Dan Evaluasi Keperawatan

Tabel 3.6 Implementasi Dan Evaluasi

Implementasi Diagnosa 1 Hari Ke-1

Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Implementasi	Evaluasi
Rabu 13/8/2025	Defisit Pengetahuan	Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat (L.12111) 1. Klien dan keluarga mampu menjelaskan tentang pengertian stroke dengan bahasa sendiri 2. Klien dan keluarga mampu menyebutkan 2 dari 3 penyebab stroke 3. Klien dan keluarga mampu menyebutkan 4 dari 6 tanda dan gejala stroke	1. Perawat melakukan identifikasi pemahaman keluarga mengenai penyakit stroke. 2. Perawat melakukan Edukasi proses penyakit dan pengurangan resiko. 3. Menjelaskan fasilitas kesehatan terdekat untuk berobat	S (SUBJEKTIF) ➤ Ny. N “ sekarang saya paham masalah penyakit saya” ➤ Ny.E “ saya akan membawa ibu rutin berobat ke pukesmas” O (OBJEKTIF) ➤ Ny.N tampak menyebutkan penyebab penyakit stroke ➤ Ny.E tampak mendukung pengobatan Ny.N. ➤ Leaflet 30 cm timbal balik berisi definisi , tanda dan gejala stroke. A (ANALISA) ➤ Masalah teratasi P (PERENCANAAN) ➤ Intervensi dihentikan dan dilanjutkan oleh keluarga secara mandiri untuk memamfatkan fasilitas kesehatan yang ada. ➤ Berikan leaflet pada keluarga untuk bahan mengulang-ulang jika lupa

Tabel 3.7 Evaluasi Diagnosa 1

Evaluasi Diagnosa 1

Hari/tanggal	Dagnosa keperawatan	Tujuan	Implementasi	Evaluasi
Kamis 14 Agustus 2025	Defisit Pengetahuan	Setelah dilakukan evaluasi diharapkan manajemen kesehatan keluarga meningkat mengenai stroke 1. Klien dan keluarga mampu menjelaskan tentang pengertian stroke dengan bahasa sendiri 2. Klien dan keluarga mampu menyebutkan 2 dari 3 penyebab stroke 3. Klien dan keluarga mampu menyebutkan 4 dari 6 tanda dan gejala stroke 4. Klien dan keluarga mampu mengidentifikasi faktor risiko stroke	1. Perawat melakukan identifikasi pemahaman keluarga mengenai penyakit stroke. 2. Perawat melakukan Edukasi proses penyakit dan pengurangan resiko. 3. Mejelaskan fasilitas kesehatan terdekat untuk berobat	S (SUBJEKTIF) Ny. N mengatakan : • Sekarang saya tau penyebab saya mengalami penyakit stroke • 3 dari tanda dan gejala dari penyakit stroke pernah saya alami • Sekarang saya akan rutin minum obat dan juga akan sering ke pukesmas supaya cepat sembuh. O (OBJEKTIF) • Ny. N dan keluarga tampak kooperatif • Keluarga tampak sangat senang dan sangat antusias dalam menerima informasi yang diberikan perawat. • Ny. N dan keluarga

				memahami informasi yang diberikan • Ny.N bisa menulang 3 tanda
--	--	--	--	---

Hari/tanggal	Dagnosa keperawatan	Tujuan	Implementasi	Evaluasi
		4. Klien dan keluarga mampu mengetahui pengertian fasilitas kesehatan untuk melaksanakan upaya kesehatan 5. Klien dan keluarga mampu menyebutkan an macam-macam fasilitas kesehatan 6. Klien dan keluarga mampu menjelaskan manfaat fasilitas kesehatan		dan gejala dari penyakit stroke yang dialaminya. • Keluarga mampu memahami pengurangan resiko penyakit stroke • Keluarga mampu mengenal upaya kesehatan seperti pemanfaatan pelayanan kesehatan untuk pengobatan anggota keluarga yang sakit A (ANALISA) • Keluarga dan Ny.N memahami definisi, tanda dan gejala penyakit stroke, pengurangan resiko penyakit stroke, dan pemanfaatan fasilitas kesehtaan terdekat untuk melakukan pengobatan anggota keluarga yang sakit. P (PERENCANAAN) • Masalah teratasi, intervensi

				dilanjutkan secara mandiri oleh keluarga. • Melanjutkan intervensi diagnosa yang kedua : gangguan mobilitas fisik.
--	--	--	--	---

Tabel 3.8 Implementasi Dan Evaluasi Diagnosa 2
Implementasi Dan Evaluasi Diagnosa 2 Hari Ke-1

Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Implementasi	Evaluasi
jumat 15/8/2025	Kesiapan peningkatan koping keluarga	Peran pemberi asuhan 1. Kemampuan merawat pasien stroke dan mendemonstrasikan bagaimana cara dukungan mobilisasi a. Keluarga mampu memahami dukungan mobilisasi b. Keluarga mampu melakukan dukungan mobilisasi dengan cara ROM	1. Perawat melakukan identifikasi pemahaman keluarga terkait terapi rehabilitas ROM pasif 2. Perawat melakukan penyuluhan terkait rehabilitas ROM pasif pada klien dan keluarga 3. Perawat melakukan identifikasi keluhan fisik, mengukur tekanan darah , observasi keterbatasan pergerakan sendi, observasi lokasi	S (SUBJEKTIF) ➤ Ny.N “ saya belum mampu ke kamar mandi tanpa bantuan” ➤ Ny.N” saya akan latihan setiap hari” O (OBJEKTIF) ➤ Ny.N tampak dibantu ke kamar mandi ➤ Ny.N tapakmengulang-ulang latihan yang diajarka perawat secara mandiri ➤ Leaflet timbal balik berisi edukasi latihan rntag gerak A (ANALISA) ➤ Masalah teratasi

			ketidaknyamanan atau nyeri pada saat bergerak 4. Mengajarkan mobilisasi dini yaitu bangun dari tempat tidur dan berjalan ke kamar mandi	sebagian ➤ Pertahankan latihan rentang gerak P (PERENCANAAN) ➤ Intervensi dilanjutkan ➤ Ajarkan latihan rentang gerak
--	--	--	--	--

Implementasi Dan Evaluasi Diagnosa 2 Hari Ke-2

Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Implementasi	Evaluasi
Sabtu 16/8/2025	Kesiapan peningkatan koping keluarga	Peran pemberi asuhan 2. Kemampuan merawat pasien stroke dan mendemonstrasikan bagaimana cara dukungan mobilisasi c. Keluarga mampu memahami dukungan mobilisasi d. Keluarga mampu melakukan dukungan mobilisasi dengan cara ROM	1. Perawat melakukan identifikasi keluhan fisik, mengukur tekanan darah, observasi keterbatasan pergerakan sendi, observasi lokasi ketidaknyamanan atau nyeri pada saat bergerak 2. Melakukan observasi mobilisasi dini, bangun dari tempat tidur	S (SUBJEKTIF) ➤ Ny.N “saya akan terus mengulang latihan” ➤ Ny.N”saya sangat ingin cepat sembuh” O (OBJEKTIF) ➤ Ny.N tampak mengulang-ulang gerakan yang diajarkan perawat secara mandiri ➤ Ny.N tampak sangat bersemangat melakukan latihan ROM ➤ Leaflet timbal balik berisi edukasi

			dan berjalan ke kamar mandi 3. Mengajarkan untuk mengulang-ulang mobilisasi dini sesering mungkin 4. Perawat melakukan latihan rentang gerak ROM pasif	latihan rentang gerak A (ANALISA) ➤ Masalah teratasi sebagian ➤ Pertahankan latihan rentang gerak P (PERENCANAAN) ➤ Intervensi dilanjutkan ➤ Ajarkan latihan rentang gerak
--	--	--	---	---

Implementasi Dan Evaluasi Diagnosa 2 Hari Ke-3

Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Implementasi	Evaluasi
Senin 18/8/2025	Kesiapan peningkatan koping keluarga	Peran pemberi asuhan 1. Kemampuan merawat pasien stroke dan mendemonstrasikan bagaimana cara dukungan mobilisasi a. Keluarga mampu memahami dukungan mobilisasi b. Keluarga mampu melakukan dukungan mobilisasi dengan cara ROM	1. Perawat melakukan identifikasi keluhan fisik, mengukur tekanan darah, observasi keterbatasan pergerakan sendi, observasi lokasi ketidaknyamanan atau nyeri pada saat bergerak 2. Observasi terapi mobilisasi dini bangun dari tempat tidur dan	S (SUBJEKTIF) ➤ Ny.N “saya menguasai latihan gerak” ➤ Ny. E ”saya akan memngitkan ibu untuk latihan gerak setiap hari” O (OBJEKTIF) ➤ Ny.N tampak menguasai latihan ROM secara mandiri ➤ Leaflet timbal balik berisi edukasi

			berjalan ke kamar mandi 3. Obsevasi dan melanjutkan latihan rentang gerak	latihan ROM A (ANALISA) ➤ Masalah teratasi P (PERENCANAAN) ➤ Itervensi dilanjutkan oleh keluarga secara mandiri.
--	--	--	--	--

Tabel 3. 9 Evaluasi Diagnosa 2
Evaluasi Diagnosa 2

Hari/tanggal	Dagnosa keperawatan	Tujuan	Implementasi	Evaluasi
Selasa 19/8/025	Kesiapan peningkatan koping keluarga	Setelah dilakukan evaluasi diharapkan keluarga mampu mengenal masalah kesehatan,perilaku kesehatan membaik. 1. Keluarga mampu memahami dukungan mobilisasi 2. Keluarga mampu melakukan dukungan mobilisasi dengan cara ROM 3. Keluarga mampu melakukan Pemeliharaan rumah Lingkungan rumah yang	1. Perawat melakukan identifikasi keluhan fisik, mengukur tekanan darah , observasi keterbatasan pergerakan sendi, observasi lokasi ketidaknyamanan atau nyeri pada saat bergerak 2. Observasi bangun dari tempat tidur dan berjalan ke kamar mandi 3. Observasi dan Melanjutkan	S (SUBJEKTIF) Ny. N mengatakan : • Saya bisa melakukan latihan rentang gerak tanpa bantuan • Sayang akan mengulang dan melakukan setiap hari • Saya sangat ingin sembuh dan normal kembali seperti dulu • Ternyata latihan rentang gerak tidak susah O (OBJEKTIF) • Ny. N tampak kooperatif • Ny N tampak sangat senang dan antusias dalam

		aman dan nyaman 4. Keluarga mampu meningkatkan status koping keluarga	latihan rentang gerak	melakukan latihan ROM - Ny. N tampak sangat ingin sembuh A (ANALISA) - Ny.N dan keluarga tampak memahami dan menguasai latihan yang diajarkan perawat. P (PERENCANAAN) - Intervensi dihentikan dan dilanjutkan secara mandiri oleh keluarga
--	--	---	------------------------------	--