

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. KONSEP TEORI KELUARGA

1. Pengertian Keluarga

Keluarga merupakan unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga dan beberapa orang yang terkumpul dan tinggal di suatu tempat dibawah satu atap dalam keadaan saling ketergantungan. Keluarga sebagai kelompok sosial terdiri dari sejumlah individu, terdapat ikatan kewajiban, memiliki hubungan antar individu, dan memiliki tanggungjawab diantara individu tersebut.

Menurut Salvicon dan Celis (1998) dalam Jhonson, 2017 di dalam keluarga terdapat dua atau lebih pribadi yang tergabung karena hubungan darah, hubungan perkawinan, atau pengangkatan dihidupnya dalam satu rumah tangga, berinteraksi satu sama lain dan didalam perannya masing-masing dan menciptakan serta mempertahankan suatu kebudayaan (Jhonson L, 2017).

2. Tipe Keluarga

Ada beberapa tipe keluarga yaitu:

- a. Keluarga inti, yaitu terdiri dari suami, isteri, dan anak
- b. Keluarga konjungal, yaitu terdiri dari pasangan dewasa (ibu dan ayah) dan anak-anak mereka, dimana terdapat interaksi dengan kerabat dari salah satu atau dua pihak orang tua
- c. Keluarga yang luas ditarik atas dasar garis keturunan diatas keluarga aslinya. Keluarga luas ini meliputi hubungan antara paman, keluarga kakek, dan keluarga nenek.

3. Peranan Keluarga

Peranan keluarga mencerminkan perilaku antar pribadi, sifat, kegiatan yang berhubungan dengan pribadi dalam situasi tertentu. Berbagai peranan yang terdapat di dalam keluarga antara lain sebagai berikut:

- a. Ayah sebagai suami dari isteri dan ayah yang berperan sebagai pencari nafkah, pelindung dan pemberi rasa aman pada keluarga, sebagai kepala keluarga, sebagai anggota dari kelompok sosial serta sebagai anggota masyarakat dari lingkungannya.
- b. Ibu sebagai istri sekaligus ibu bagi anak-anaknya, ibu juga mempunyai peran untuk mengurus rumah tangga, sebagai pengasuh dan pendidik bagi anaknya, pelindung serta sebagai salah satu kelompok dari peranan sosialnya, serta sebagai anggota masyarakat dari lingkungannya, dibalik itu juga ibu dapat berperan sebagai pencari nafkah untuk mencukupi kebutuhan keluarganya.
- c. Anak-anak sebagai pelaksana dalam peranan psikososial sesuai dengan tingkat perkembangannya baik fisik, mental, sosial, maupun spiritual.

4. Tugas Keluarga

Terdapat beberapa tugas di dalam keluarga, antara lain sebagai berikut:

- a. Pemeliharaan fisik anggota keluarga
- b. Pemeliharaan sumber daya yang ada dalam keluarga
- c. Pembagian tugas masing-masing anggota keluarga sesuai kedudukannya (mis: ayah, ibu dan anak)
- d. Sosialisasi antar anggota keluarga
- e. Pengaturan jumlah anggota keluarga
- f. Pemeliharaan ketertiban anggota keluarga
- g. Membangkitkan dorongan dan semangat para anggota keluarga lainnya.

5. Fungsi Keluarga

Adapun fungsi yang dijalankan di dalam keluarga yaitu sebagai berikut:

- a. Fungsi pendidikan, dilihat dari cara keluarga mendidik dan menyekolahkan anak dalam persiapan kedewasaannya
- b. Fungsi sosialisasi anak, dilihat dari cara keluarga mempersiapkan anak menjadi anggota keluarga yang baik
- c. Fungsi perlindungan, dilihat dari cara keluarga melindungi anak sehingga anggota keluarga merasa terlindungi

- d. Fungsi perasaan, dilihat dari cara keluarga secara institutive merasakan perasaan dan suasana anak dalam berkomunikasi
- e. Fungsi agama, dilihat dari cara keluarga mengajak anak dan anggota keluarga lain menanamkan keyakinan serta kepercayaan yang dimiliki
- f. Fungsi ekonomi, dilihat dari cara keluarga mencari penghasilan sedemikian rupa sehingga bisa memenuhi kebutuhan keluarga
- g. Fungsi rekreatif, dilihat dari bagaimana keluarga menciptakan suasana yang menyenangkan dalam keluarga
- h. Fungsi biologis, dilihat dari bagaimana keluarga meneruskan keturunan sebagai generasi selanjutnya (Jhonson L, 2017).

B. KONSEP PENYAKIT STROKE

1. Pengertian

Stroke ialah kejadian yang menimbulkan gangguan pada fungsional saraf otak lokal dan global. Hal ini dapat terjadi secara mendadak (*acute onset*) ketika pembuluh darah di area otak mengalami penyumbatan (stroke iskemik) atau pecah (stroke hemoragik) yang pada akhirnya menyebabkan bagian otak lainnya tak mendapatkan aliran oksigen serta nutrisi yang dibutuhkan (Health Association, 2019).

Terhambatnya aliran darah ke otak sebagai buntut dari kejadian stroke atau sering disebut juga sebagai CVA (*cerebro vaskular accident*) tersebut acapkali menjadi sebab dari kelumpuhan, kecacatan seumur hidup bahkan kematian pada penderitanya (Hutagalung, 2019).

2. Etiologi

Menurut Fransisca B. Batticaca dalam “Asuhan Keperawatan Pasien dengan Gangguan Sistem Persarafan”, sebab terjadinya stroke ialah :

- a. Defisit suplai oksigen yang mengarah ke otak
- b. Lemahnya pembuluh darah dan menyebabkan ‘ruptur’ yang terjadi pada pembuluh darah otak
- c. Adanya sumbatan berupa bekuan darah dan penumpukan plak di pembuluh darah otak

3. Klasifikasi

a. Stroke Hemoragik

Hemorrhagia Intrakranial atau stroke hemoragik ialah ketika ditemukan pecahnya pembuluh darah yang mengakibatkan pendarahan yang merusak dan non traumatis di area jaringan otak. Pembuluh darah otak akan mengalami aneurisma yaitu munculnya tonjolan “gelembung” yang timbul dari melemahnya dinding jalur sistem sirkulasi darah pada otak. Oleh WHO, stroke hemoragik dikelompokkan atas dua yaitu, Pendarahan Sub Arachnoidal (PSA) yang merupakan keadaan dimana ruangan subaraknoid (antara otak dan selaput otak) dimasuki oleh darah akibat aneurisma intrakranial yang berdampak ruptur di ruang tersebut. Sedangkan Pendarahan Intra Serebral (PIS) ialah pendarahan akibat aneurisma mikro di sepanjang arteri. Dua kondisi tersebut sering ditemukan pada kasus dengan diagnosa hipertensi kronis, dimana pembuluh darah arterinya ruptur atau robek (Hutagalung, 2019).

b. Stroke Iskemik

Stroke iskemik biasanya timbul akibat dari penyumbatan atau penyempitan arteri hasil dari penggumpalan darah dan penumpukan plak yang disebut sebagai aterosklerosis. Dampak hal tersebut, kebutuhan oksigen dan nutrisi yang diperlukan otak tidak adekuat. Aterosklerosis pada umumnya muncul akibat dari kadar kolesterol yang tidak sesuai rata-rata sehingga mengakibatkan berkumpulnya kolesterol di pembuluh darah yang menimbulkan plak kemudian menyebabkan penyumbatan yang fatal pada pembuluh darah tersebut. Kedua proses tersebut terjadi secara perlahan, tidak muncul sekaligus dan biasanya tanpa disadari oleh penderitanya (Hutagalung, 2019).

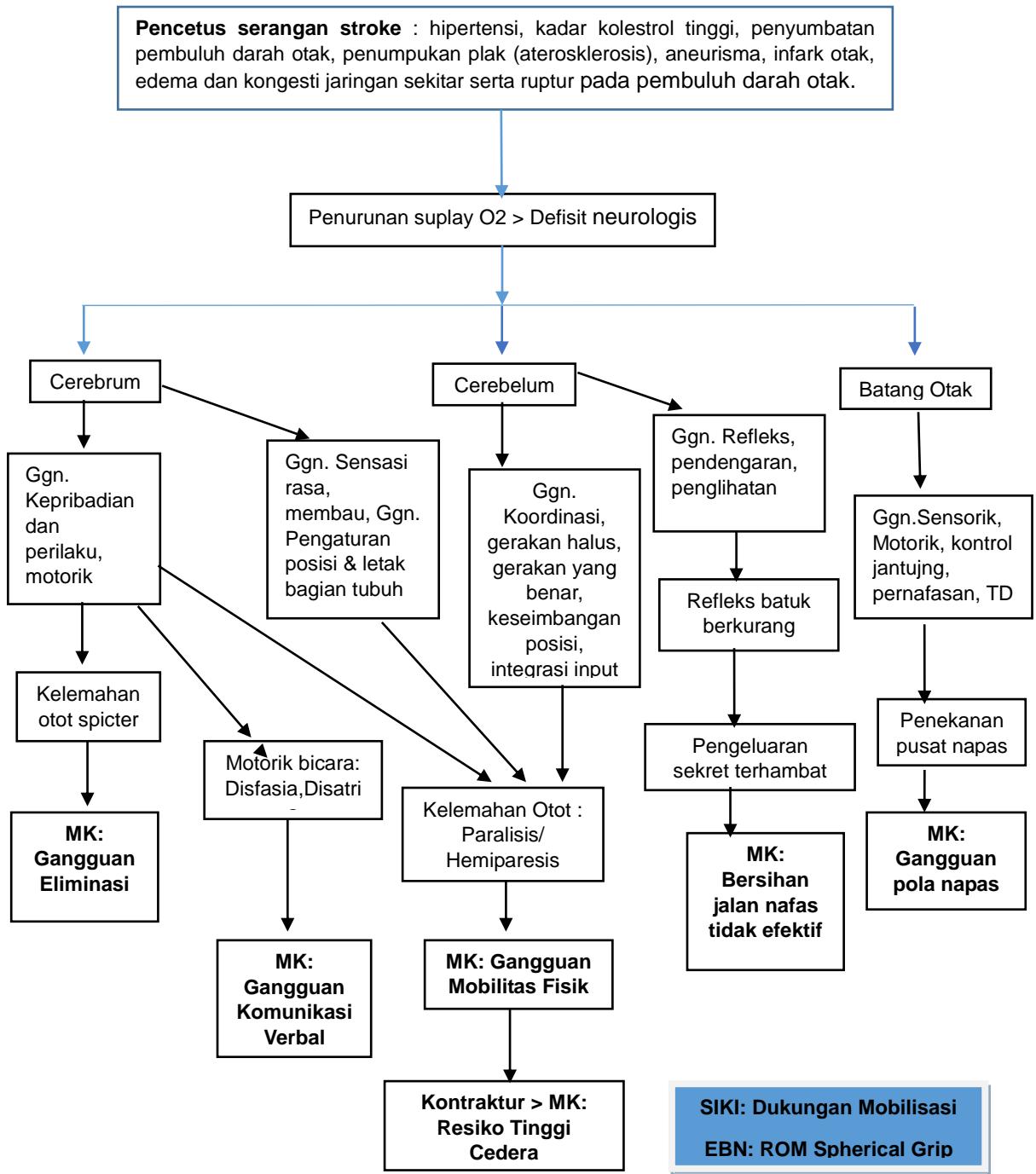
4. Patofisiologi

Kondisi-kondisi yang memunculkan gangguan pada perfusi darah pada otak menimbulkan keadaan hipoksia yang berlangsung lama dan menimbulkan terjadinya iskemik otak. Efeknya bergantung pada area

mana yang terkena. Iskemik lokal permanen bisa terdeteksi jika klien telah mengalami iskemik otak total pertama yang teratasi. Iskemik tersebut membentuk trombus atau emboli yang mampu menekan nutrisi ke otak yang jika kekurangan satu menit saja, dapat menyebabkan orang kehilangan kesadaran, maka lebih dari itu dapat menyebabkan infark serta kerusakan pada neuron-neuron yang ada pada otak.

Hipertensi dapat memicu penumpukan plak, penebalan dinding dan degenerasi pada pembuluh darah yang berbuntut pendarahan intrakranial pada area subaraknoid. Sifatnya menyebar dengan cepat serta berimbang iritasi pada pembuluh darah otak. Acapkali pendarahan berhenti karena adanya pembentukan trombus dari fibrin trombosit dan tekanan jaringan. Ruptur ulangan dapat terjadi pada 7-10 hari kemudian yang dampaknya akan lebih besar seperti kehilangan kesadaran, gegar otak, kerusakan jaringan otak, peningkatan tekanan cairan serebrospinal (CSS) serta gesekan pada otak (otak terbelah sepanjang serabut). Kerusakan pada otak tersebut dapat berpengaruh pada sistem-sistem fungsional yang ada pada tubuh manusia yang jika pada akhirnya tak teratasi, bisa menyebabkan kematian.

5. WOC (Web Of Caution) of Stroke



Gambar 2.1 WOC Of Stroke

(Muttaqin, 2012)

6. Manifestasi Klinis

Indikasi stroke dapat mencuat lalu menghilang ataupun menetap. Bergantung pada berat ringannya hambatan di pembuluh darah beserta areanya. Terkadang, pada penderita pendarahan otak sering muncul keadaan seperti; Timbul nyeri kepala yang sangat seketika dibarengi dengan muntah, leher menegang, rasa mengantuk, hingga tak sadarkan diri. Tanda dan gejala lain yang dapat muncul jika dilihat dari gangguan cabang otaknya yaitu (Hutagalung, 2019) :

1. Gangguan rasa anggota badan, biasanya muncul gangguan di wajah/muka, lengan dan tungkai yang muncul sesisi atau keseluruhan secara mendadak. Dari kelumpuhan tingkat ringan maupun kelumpuhan total (hemiparesis/hemiplegi)
2. Hambatan berkomunikasi secara verbal, seperti sukar ketika mengeluarkan kata, bicara tidak lancar serta sukar memahami dialog orang lain (*afisia*).
3. Hambatan pada penglihatan, seperti kebutaan di satu sisi, maupun kedua mata yang kehilangan penglihatan di setengah dari bidang visualnya (*hemianopsia*), lirikan mata yang hanya tertuju ke satu sisi (*deviation conjugae*)
4. Penurunan kesadaran
5. Gagal mengetahui orang-orang yang sebelumnya diketahui nya (*prosopagnosia*)
6. Bibir menjadi mencong dan pembicaraan tidak jelas/pelo (*disartri*)
7. Separuh badan terasa mati, hingga merasa separuh bagian badan menghilang
8. Gagal untuk memisahkan antara sebelah kiri dan sebelah kanan (misalnya saat hendak menggunakan sendal)
9. Pernah muncul tanda-tanda kelainan tetapi tidak menyadari jika dirinya memiliki kelainan
10. Kehilangan kemampuan musik yang awalnya dimilikinya (*amusia*).
11. Stagnasi pada salah satu kaki dan hambatan pada syaraf perasa.
12. Buang air kecil tanpa disadari
13. Pingsan secara tiba-tiba
14. Sulit mengungkapkan maksud hati

15. Mengulang-ulang perkataan orang lain (*ekholali*)
16. Kebutaan semua luas pandang pada satu sisi atau separuh bagian pandang di kedua pasang mata
17. Rasa nyeri yang spontan
18. Sulit memahami sesuatu yang di perhatikannya, namun dapat memahami yang di dengar dan disentuh
19. Kehilangan kemahiran mengenali warna
20. Gangguan gerak bola mata, sehingga penglihatan menjadi tidak fokus (apa yang dilihat menjadi ganda atau *diplopia*)
21. Hilang keseimbangan tubuh
22. Kedua kaki mengalami pelemahan (*hipotonii*), tidak bisa berdiri (*paraparesis inferior*)
23. Rasa berputar secara tiba-tiba di dalam maupun di luar kepala (vertigo)
24. Gerakan bola mata yang muncul tanpa disengaja yang dapat menyebabkan bola mata dapat bergerak cepat dari kiri ke kanan atau sebaliknya, naik turun, atau melingkar, dan penglihatan mungkin sedikit kabur (*nistagmus*)
25. Muntah dan gangguan menelan dan pembicaraan menjadi tidak jelas dan sulit dimengerti (*disartri*) serta tuli mendadak.

7. Faktor Risiko

Stroke memiliki dua faktor risiko yaitu, faktor risiko yang bisa di ubah ialah hipertensi, merokok, hipercolesterolemia, diabetes melitus, obesitas, kurangnya aktivitas fisik, konsumsi alkohol, penggunaan pil kontrasepsi, serangan iskemik sepintas dan atrial fibrillation (detak jantung yang tidak beraraturan yang mengakibatkan sirkulasi darah tidak lancar). Sedangkan faktor risiko yang tidak bisa di ubah ialah jenis kelamin, usia, riwayat dari keluarga (hereditas), serta riwayat stroke atau riwayat serangan jantung sebelumnya. (Hutagalung, 2019; Mutiarasari, 2019).

8. Komplikasi

Pasien pasca stroke selalu memiliki penyakit penyerta yang dapat meningkatkan risiko komplikasi sistemik selama pemulihan stroke yang

dapat terjadi di masa awal serangan stroke. Pencegahan, pengenalan dini dan pengobatan komplikasi pasca stroke merupakan aspek penting. Disfungsi fisik dan emosional akibat terlalu lama berada di tempat tidur tanpa bisa bergerak juga merupakan dampak yang tidak dapat dihindari (Hutagalung: Mutiarasari, 2019).

- a. Depresi
- b. Penggumpalan darah
- c. Infeksi dan immobilisasi
- d. Pneumonia (kerusakan paru-paru)
- e. Gangguan otak yang berat
- f. Kematian, jika tak mampu mengontrol respons pernafasan atau kardiovaskuler (FB. Batticaca, 2019).

9. Penatalaksanaan

Penanganan stroke di tentukan oleh penyebabnya pada stroke iskemik, terapi bertujuan untuk meningkatkan perfusi darah ke otak, membantu lisis bekuan darah dan mencegah trombosis lanjut. Pada stroke hemoragik, tujuan terapi adalah mencegah kerusakan sekunder dengan mengalihkan tekanan intrakranial dan vasospasme, serta mencegah pendarahan lebih lanjut. Beberapa penatalaksanaan yang dapat di lakukan pada pasien stroke ialah:

- a. Farmakologis
 - 1) Obat antiplatelet dapat diresepkan, karena trombosit berperan sangat penting dalam terjadinya trombosis dan plak
 - 2) Antikoagulan dapat diresepkan untuk mencegah terjadinya trombosis juga emboli pada bagian lain dari sistem kardiovaskular.
 - 3) Pembedahan
 - 4) Pemeriksaan Saraf-saraf Kranial
- b. Non Farmakologis
 - 1) Terapi Wicara, berguna untuk membantu penderita untuk mengunyah, berbicara maupun mengerti kembali kata-kata
 - 2) Fisioterapi, digunakan untuk menangani kondisi stroke stadium akut untuk mencegah komplikasi pada fungsi paru

akibat tirah baring yang lama, mengurangi oedem pada anggota gerak atas dan bawah sisi yang sakit, meningkatkan kemampuan aktivitas fungsional. Salah satu tindakan yang bisa dilakukan secara mandiri ialah pemberian latihan *Range Of Motion* (ROM).

- 3) Akupuntur, untuk mepersingkat waktu penyembuhan dan pemulihan gerak motorik serta keterampilan sehari hari
- 4) Terapi Ozon, untuk melancarkan peredaran darah ke otak dan meregenerasi sel-sel yang sebelumnya telah rusak.
- 5) Terapi Sonolisis, bertujuan untuk memecahkan sumbatan pada pembuluh darah agar menjadi partikel kecil yang halus.
- 6) Hidroterapi, dengan kolam air hangat digunakan untuk merehabilitasi gangguan saraf mototrik pasca stroke
- 7) Senam Ergonomik, melatih otot-otot yang kaku.
- 8) Yoga (Terapi Meditasi), yoga khusus penderita stroke untuk peregangan seluruh tubuh
- 9) Terapi Musik, pasien akan mengalami peningkatan pada ingatan verbalnya dan peningkatan mood yang lebih baik
- 10) Terapi Bekam, dengan mengeluarkan darah kotor untuk menurunkan resiko penggumpalan darah dan pencegahan darah tinggi
- 11) Terapi Nutrisi dan terapi herbal, pemberian zat gizi yang penting bagi pendrita
- 12) Terapi Aromaterapi, untuk melancarkan peredaran darah dan menurunkan tekanan darah. Dilakukan dengan cara dihirup atau *message*
- 13) Hipnoterapi, dilakukan agar pasien mampu memahami apa yang sebenarnya dibutuhkan untuk mencapai kesembuhan melalui sugesti yang diberikan
- 14) Psikoterapi, untuk memulihkan kondisi mental penderita yang mengalami gangguan emosional seperti depresi agar mampu melakukan penenirmaan terhadap kondisi pasca stroke yang dialaminya (Ummaroh, 2019).

C. KONSEP DASAR GANGGUAN MOBILITAS FISIK

1. Definisi

Gangguan mobilitas fisik (D.0054) ialah keadaan dimana seseorang mengalami keterbatasan dalam pergerakan fisik fungsional ekstremitasnya. Penyebab dari gangguan mobilitas fisik yakni gangguan neuromuskular. Salah satu kondisi terkait dengan gangguan mobilitas fisik adalah pasien stroke (PPNI, 2017).

Perubahan tingkat mobilitas fisik dapat menyebabkan pembatasan gerak dalam bentuk tirah baring, pembatasan gerak fisik selama penggunaan alat bantu eksternal yang dapat mengakibatkan kehilangan fungsi motorik. Imobilitas atau gangguan mobilitas adalah keterbatasan fisik tubuh baik satu maupun lebih ekstremitas secara mandiri dan terarah (Nurarif A.H & Kusuma H, 2015).

Tabel 2.1 Data Mayor & Data Minor Gangguan Mobilitas Fisik

	Subjektif	Objektif
Data Mayor	1. Mengeluh sulit menggerakan ekstremitas	1. Kekuatan otot menurun
Data Minor	1. Nyeri saat bergerak 2. Enggan melakukan pergerakan 3. Merasa cemas saat bergerak	1. Sendi kaku 2. Gerakan tidak berkoordinasi 3. Gerakan terbatas 4. Fisik lemah

2. Faktor Penyebab Gangguan Mobilitas Fisik

Adapun penyebab untuk masalah gangguan mobilitas fisik menurut PPNI (2017) adalah:

- 1) Kerusakan integritas struktur tulang
- 2) Perubahan metabolism dan ketidakbugaran fisik
- 3) Penurunan kendali otot, massa otot, kekuatan otot
- 4) Keterlambatan perkembangan
- 5) Kekakuan sendi dan kontraktur

- 6) Malnutrisi
- 7) Gangguan muskuloskletal dan gangguan neuromuskular
- 8) Indeks massa tubuh diatas presentil ke-75 sesuai usia
- 9) Efek agen farmakologis
- 10) Program pembatasan gerak
- 11) Nyeri
- 12) Kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik
- 13) Gangguan kognitif, keengganan melakukan pergerakan, gangguan sensori-persepsi, kecemasan

3. Penatalaksanaan Gangguan Mobilitas Fisik

- a. Pengaturan Posisi Tubuh sesuai Kebutuhan Klien

Pengaturan posisi dalam mengatasi masalah kebutuhan mobilitas dapat disesuaikan dengan tingkat gangguan, seperti posisi fowler, sim, trendelenburg, dorsal recumbent, lithotomi dan genu pectoral.

- b. Latihan ROM Aktif dan Pasif

Pasien yang gangguan mobilitas fisiknya disebabkan oleh SNH memerlukan latihan ROM. Latihan berikut dilakukan untuk memelihara dan mempertahankan kekuatan otot, yaitu:

- 1) Fleksi dan ekstensi pergelangan tangan
- 2) Fleksi dan ekstensi siku
- 3) Supinasi dan pronasi lengan bawah
- 4) Pronasi dan fleksi bahu
- 5) Abduksi dan adduksi
- 6) Rotasi bahu
- 7) Fleksi dan ekstensi jari-jari
- 8) Infersi dan efersi kaki
- 9) Fleksi dan ekstensi pergelangan kaki
- 10) Fleksi dan ekstensi lutut
- 11) Rotasi pangkal paha
- 12) Abduksi dan adduksi pangkal paha

- c. Latihan Ambulasi

- Duduk diatas tempat tidur
- Turun dari tempat tidur, berdiri, kemudian duduk di kursi roda

- Membantu berjalan (Aprillia, 2017).

D. KONSEP ROM SPHERICAL GRIP (*active-assistive rom spherical grip*)

1. Definisi

Spherical grip adalah latihan untuk menstimulasi gerak pada tangan dapat berupa latihan fungsi menggenggam. Latihan ini dilakukan melalui tiga tahap yaitu; membuka tangan, menutup jari untuk menggenggam objek dan mengatur kekuatan tangan menggenggam. Latihan ini merupakan latihan fungsional dengan cara menggenggam sebuah benda berbentuk bulat pada telapak tangan (Irfan, 2010).

ROM aktif *assistif spherical grip* merupakan latihan fungsional tangan dengan cara menggenggam sebuah benda berbentuk bulat seperti bola karet pada telapak tangan. ROM aktif *asistif spherical grip* merupakan suatu modalitas rangsang sensorik raba halus dan tekanan pada reseptor ujung organ berkapsul pada ekstremitas atas (Oliviani et., al, 2017).

2. Tujuan

Latihan gerak aktif asistif *spherical grip* bertujuan untuk merangsang otot tangan dalam melakukan suatu gerakan menggenggam sehingga kemampuan motorik tangan yang hilang dapat kembali seperti sedia kala. Bermanfaat untuk mempertahankan atau memelihara kekuatan otot, memelihara mobilitas persendian, merangsang sirkulasi darah di ekstremitas, mencegah terjadinya kontraktur, atrofi otot, meningkatkan kekuatan otot jari, pergelangan dan lengan tangan, menstimulasi titik akupresur pada tangan dan jari, mengurangi kelumpuhan vaskuler dan memberikan kenyamanan pada klien dalam memenuhi kebutuhan dan masalah yang dihadapi (Lois Elita, 2018).

3. Teknik Spherical Grip

Salah satu media yang digunakan pada latihan *spherical grip* ialah bola bertekstur lentur dan bola karet yang memiliki duri-duri yang lembut diatasnya sehingga diharapkan dapat melatih kemampuan motorik serta sensorik tangan pasien stroke yang mengalami kelemahan. Hal yang harus dilakukan dalam latihan adalah dengan memposisikan bola karet

pada telapak tangan, mengatur jari tangan untuk menggenggam bola kemudian menggenggam kuat bola karet atau meremas bola karet tersebut. Pencatatan penilaian hasil kekuatan otot responden menggunakan lembar observasi *manual muscle testing* yang berpedoman pada *Medical Research Council (MRC)* (Lois Elita, 2018).

4. Indikasi dan Kontra Indikasi

Indikasi dilakukannya latihan ROM spherical grip ialah pada pasien kelelahan otot dan yang tidak dapat menggerakkan persendian sepenuhnya, pasien dengan tirah baring lama dan pasien dengan tahap rehabilitasi fisik. Sedangkan untuk kontra indikasi meliputi pasien dengan kelainan sendi atau tulang, pasien tahap mobilisasi karena kasus jantung dan pasien sendi terinfeksi atau pasien dengan adanya peningkatan rasa nyeri dan peradangan (Agus Suharto,2021).

5. Jenis Bola

Jenis bola yang digunakan dalam kasus ini ialah bola yang bersifat lembut/elastic sehingga menstimulus titik akupunktur tangan yang dapat merangsang saraf sensorik di tangan, lalu impuls tersebut disampaikan ke otak. Bola berbahan dasar dari karet yang terdiri dari 2 jenis yaitu memiliki permukaan halus dan permukaan bergerigi lembut seukuran telapak tangan orang dewasa yang bisa diremas serta dapat kembali ke bentuknya semula (Agus Suharto,2021).

E. ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA

1. Fokus Pengkajian

Keperawatan keluarga ialah proses pemenuhan kebutuhan perawatan kesehatan keluarga yang berada dalam lingkup praktik keperawatan yang didalamnya terdapat 5 tahap yaitu pengumpulan data, analisis/interpretasi data tentang kondisi bio, psiko, sosio, kultural dan spiritual klien. Pelayanan keperawatan keluarga merupakan pelayanan holistic yang menempatkan keluarga dan komponennya sebagai fokus pelayanan dan melibatkan anggota keluarga dalam tahap pengkajian dan pengumpulan data meliputi :

- a. Data Umum :
 - 1) Identifikasi Keluarga : Nama kepala keluarga, umur, alamat dan telepon, pekerjaan, pendidikan kepala keluarga
 - 2) Komposisi keluarga dan genogram
 - 3) Tipe Keluarga : menjelaskan tentang bentuk dan model atau jenis keluarga seperti apa
 - 4) Suku bangsa dan kepercayaan yang dianut keluarga (agama)
 - 5) Status sosial dan ekonomi keluarga, status ekonomi keluarga ditentukan oleh pendapatan, baik dari kepala keluarga maupun anggota keluarga lainnya.
 - 6) Aktivitas rekreasi keluarga, bagaimana keluarga memanfaatkan waktu senggang untuk menghibur diri/berekreasi.
- b. Riwayat dan tahap perkembangan keluarga
 - 1) Tahap perkembangan keluarga saat ini, mengkaji keluarga berdasarkan tahap kehidupan keluarga yang ditentukan oleh anak tertua dari keluarga inti dan mengkaji sejauh mana keluarga melaksanakan tugas tahap perkembangan keluarga.
 - 2) Riwayat kesehatan keluarga, menjelaskan riwayat kesehatan masing-masing anggota keluarga inti, upaya pencegahan penyakit serta usaha pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan.
 - 3) Riwayat kesehatan keluarga sebelumnya, menjelaskan riwayat kesehatan keluarga sebelumnya atau generasi diatasnya yang menjelaskan riwayat penyakit keturunan dan upaya kesehatan yang dipertahankan hingga kini.
- c. Data Lingkungan
 - 1) Karakteristik dan denah rumah, menjelaskan gambaran keadaan bangunan rumah
 - 2) Karakteristik tetangga dan komunitasnya, menjelaskan tentang karakteristik tetangga dan tempat seperti kebiasaan atau norma yang berlaku
 - 3) Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat, menjelaskan waktu yang digunakan keluarga untuk bersosialisasi dengan lingkungan

- d. Struktur keluarga
 - 1) Pola komunikasi keluarga, menjelaskan cara berkomunikasi antar anggota keluarga
 - 2) Struktur kekuatan keluarga, mengkaji model kekuatan atau kekuasaan keluarga dalam membuat keputusan
 - 3) Struktur dan peran keluarga, menjelaskan nilai-nilai yang dianut oleh keluarga dengan kelompok atau komunitas.
- e. Stress dan coping keluarga
 - 1) Stress jangka pendek adalah stressor yang dialami keluarga dan memerlukan waktu penyesuaian kurang lebih 6 bulan
 - 2) Stressor jangka panjang adalah stressor yang dialami keluarga dan memerlukan waktu penyesuaian lebih 6 dari bulan
 - 3) Kaji kemampuan bagaimana keluarga dalam menghadapi stressor serta Kaji strategi coping yang digunakan oleh keluarga untuk menghadapi stressor.
- f. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik yang dilakukan pada keluarga tidak beda jauh dengan pemeriksaan fisik yang dilakukan di fasyankes seperti *head to toe* dan pemeriksaan penunjang (Vidianisa, 2019).
- g. Pemeriksaan motorik

Pada pasien stroke dengan gangguan mobilitas fisik perlu dilakukan pengkajian terhadap skala kekuatan otot, salah satunya dengan panduan skala dan karakteristik seperti berikut:

Tabel 2.2 Skala Penilaian Kekuatan Otot

Nilai	Kekuatan Otot
0	0% dari kekuatan normal, tidak ada kontraksi yang terlihat atau terpalpasi; paralisis komplet (tidak ada kontraksi otot sama sekali)
1	10% dari kekuatan otot normal, tidak bergerak, kontraksi otot dapat dipalpasi atau di lihat, kontraksi yang dilihat sedikit; paresis, kelemahan parah (kontraksi otot minimal terasa/traba pada otot bersangkutan tanpa menimbulkan gerakan)

2	25% dari kekuatan normal, gerakan otot penuh melawan gravitasi dengan bantuan rentang gerak pasif jika gravitasi dihilangkan (dengan bantuan atau dengan menyangga sendi dapat melakukan ROM secara penuh)
3	50% dari kekuatan normal, gerakan normal melawan gravitasi rentang gerak aktif melawan gravitasi sendiri atau melawan tahanan ringan, kelemahan ringan (dapat melakukan ROM secara penuh dengan melawan gaya berat/garvitasi, tetapi tidak dapat melawan tahanan)
4	75% dari kekuatan normal penuh melawan gravitasi dan melawan tahanan minimal rentang gerak aktif melawan gravitasi sendiri atau melawan tahanan ringan, kelemahan ringan (dapat melakukan ROM secara penuh dengan dan dapat melawan tahanan RINGAN)
5	100% dari kekuatan normal, gerakan normal penuh melawan gravitasi dan melawan tahanan penuh rentang gerak aktif melawan tahanan penuh; normal (kekuatan otot normal dimana seluruh gerakan dapat dilakukan otot dengan tahanan maksimal dari proses yang dilakukan berulang-ulang tanpa menimbulkan kelelahan)

Sumber: Azis Alimul Hidayat & Musrifatul Uliyah (2015)

h. Pemeriksaan Refleks

Pada fase akut, refleks fisiologis pada sisi yang lumpuh akan menghilang. Setelah beberapa hari refleks fisiologis akan muncul kembali didahului dengan refleks patologis.

i. Harapan keluarga, pada akhir pengkajian perlu ditanyakan harapan keluarga, bagaimana harapan keluarga terhadap perawat untuk membantu penyelesaian masalah kesehatan yang terjadi.

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah penilaian klinik tentang respon individu, keluarga atau komunitas terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang aktual dan potensial. Perumkusan diagnosa keperawatan harus memiliki komponen P (problem), E (etiology), S (sign). Terdiri dari diagnosa aktual, diagnosa risiko tinggi, diagnosa potensial/diagnosa sejahtera (PPNI, 2017).

Menetapkan prioritas masalah atau diagnosa keperawatan keluarga adalah dengan proses skoring yang menggunakan skala yang telah dirumuskan oleh Bailo dan Maglaya.

Tabel 2.3 Skoring Prioritas Diagnosa Keperawatan Keluarga

No	Kriteria	Skor	Bobot
1	Sifat masalah		
	a. Aktual	3	1
	b. Risiko	2	
	c. Potensial	1	
2	Kemungkinan masalah dapat diubah		
	a. Mudah	2	2
	b. Sebagian	1	
	c. Tidak dapat	0	
3	Potensial masalah untuk dicegah		
	a. Tinggi	3	1
	b. Cukup	2	
	c. Rendah	1	
4	Menonjolnya masalah		
	a. Masalah dirasakan dan harus segera ditangani	2	1
	b. Ada masalah tetapi tidak perlu ditangani	0	

c. Masalah	tidak dirasakan
------------	--------------------

Keterangan :

$$\frac{\text{skor yang diperoleh}}{\text{skor yang tertinggi}} \times \text{bobot} = \text{hasil}$$

Cara menentukan skoring :

1. Tentukan skor untuk setiap kriteria yang dibuat
2. Selanjutnya dibagi dengan angka yang tertinggi dan dikalikan dengan bobot
3. Jumlahkan skor untuk semua kriteria (skor maksimum sama dengan jumlah bobot yaitu 5)

Penjelasan kriteria 1-4:

1. Kriteria 1 atau sifat masalah
 - a) Aktual, merupakan kegagalan dalam mempertahankan kesehatan. Contoh : keadaan sakit, gagal dalam tumbuh kembang yang tidak sesuai dengan tumbuh kembang normal.
 - b) Resiko tinggi, merupakan keadaan yang memungkinkan terjadinya suatu penyakit. Contoh seperti penyakit keturunan/genetic serta anggota keluarga yang mengalami penyakit menular.
 - c) Potensial, merupakan suatu keadaan transisi ke tingkat sejahtera yang lebih tinggi. Contoh : perkawinan, kehamilan, persalinan, perubahan anggota keluarga.
2. Kriteria 2 atau kemungkinan masalah dapat diubah

Menjelaskan masalah dapat diubah dengan mudah, hanya sebagian dan tidak dapat diubah contohnya dengan dukungan faktor-faktor yang ada di sekitar keluarga seperti teknologi, SDM, fasilitas.
3. Kriteria 3 atau potensial masalah dapat dicegah

Merupakan masalah dapat dicegah dengan tinggi, cukup dan rendah misalnya kepemilikan dari masalah yang berhubungan

dengan penyakit, lamanya masalah tersebut di alami (berhubungan dengan jangka waktu), tindakan-tindakan yang dilakukan untuk memperbaiki masalah.

4. Kriteria 4 atau menonjolnya masalah

Terdiri dari 3 opsi yaitu segera diatasi, tidak segera diatasi dan tidak dirasakan ada masalah. Merupakan cara keluarga dalam melihat dan menilai masalah serta mendesaknya masalah untuk diatasi.

Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada keluarga dengan masalah stroke berdasarkan Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI PPNI, 2017):

1. Gangguan Integritas Kulit b.d ketidakmampuan keluarga mengenal masalah (D.0129).
2. Gangguan Rasa Nyaman b.d ketidakmampuan keluarga merawat anggota yang sakit (D.0074).
3. Gangguan Mobilitas Fisik b.d ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan (D.0054).
4. Gangguan Komunikasi Verbal b.d ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit (D.00119).
5. Defisit Nutrisi b.d ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan (D.0019).
6. Defisit perawatan diri b.d ketidakmampuan keluarga merawat anggota yang sakit (D.0109).
7. Risiko Jatuh b.d ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan(D.0143).

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran yang diharapkan. Intervensi keperawatan memiliki tiga komponen yaitu label, definisi dan tindakan. Tindakan-tindakan pada intervensi keperawatan terdiri atas obeservasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi (PPNI, 2018). Intervensi keperawatan keluarga pada masalah ini dengan menggunakan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) adalah:

Tabel 2.4 Intervensi Keperawatan Keluarga dengan menggunakan SIKI dan SLKI

No	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	SLKI	SIKI
1.	<p>Gangguan Integritas Kulit b.d ketidakmampuan keluarga mengenal masalah (D.0129)</p> <p>Definisi : Kerusakan kulit (dermis dan atau epidermis) atau jaringan (membran mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang,</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam, maka Integritas Kulit meningkat (L.14125)</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <p>a) Kerusakan lapisan kulit menurun</p>	<p>Intervensi Utama : Perawatan Integritas Kulit (I.11353)</p> <p>Observasi :</p> <p>a) Identifikasi penyebab gangguan kulit (mis: perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembapan, suhu lingkungan ekstrem, penurunan mobilitas)</p> <p>Terapeutik :</p> <p>a) Ubah posisi setiap 2 jam jika tirah baring b) Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang, jika</p>

	<p>kartilago, kapsul sendi dan atau ligamen).</p>	<p>perlu</p> <ul style="list-style-type: none"> c) Bersihkan perineal dengan air hangat, terutama selama periode diare d) Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering e) Gunakan produk berbahan ringan/alamai dan hipalerik pada kulit sensitive f) Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Anjurkan menggunakan pelembab (mis: lotion, serum) b) Anjurkan minum air yang cukup c) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi d) Ajurkan meningkatkan asupan buah dan sayur e) Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrim f) Anjurkan penggunaan tabir surya SPF minimal 30 saat berada diluar rumah g) Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya
--	---	---

2.	<p>Gangguan Rasa Nyaman b.d ketidakmampuan keluarga merawat anggota yang sakit (D.0074).</p> <p>Definisi : Perasaan kurang senang, lega dan sempurna dalam dimensi fisik, psikospiritual, lingkungan dan sosial.</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam, maka</p> <p>Status Kenyamanan meningkat (L.08064)</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Keluhan tidak nyaman menurun b) Gelisah menurun 	<p>Intervensi Utama : Terapi Relaksasi (I.09326)</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Identifikasi penurunan tingkat nenergi, ketidakmampuan berkonsentrasi atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif b) Identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan c) Identifikasi kesediaan, kemampuan dan penggunaan teknik sebelumnya d) Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah dan suhu sebelum dan sesudah latihan e) Monitor respon terhadap terapi relaksasi <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan suhir ruang nyaman, jika memungkinkan b) Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi c) Gunakan pakaian longgar
----	--	--	---

			<p>d) Gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama</p> <p>e) Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik atau tindakan medis lain, jika sesuai</p> <p>Edukasi :</p> <p>a) Jelaskan tujuan, manfaat, batasan dan jenis relaksasi yang teredia (mis : musik, napas dalam, relaksasi otot progresif)</p> <p>b) Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih</p> <p>c) Anjurkan mengambil posisi nyaman</p> <p>d) Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi</p> <p>e) Anjurkan sering mengulangi atau melatih teknik yang dipilih</p> <p>f) Demonstrasikan dan latih teknik relaksasi (mis: napas dalam, peregangan atau imajinasi terbimbing)</p>
3.	<p>Gangguan Mobilitas Fisik b.d ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan (D.0054)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan Mobilitas</p>	<p>Intervensi Utama :</p> <p>Dukungan mobilisasi (I.05173)</p> <p>Observasi :</p> <p>a) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</p>

	<p>Definisi :</p> <p>Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri.</p>	<p>Fisik meningkat (L. 05042).</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Kekuatan otot meningkat b) Pergerakan ekstremitas meningkat c) Rentang gerak meningkat d) Kecemasan menurun e) Kaku sendi menurun f) Kelemahan fisik menurun 	<ul style="list-style-type: none"> b) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan c) Monitor kekuatan otot d) Monitor tekanan darah sebelum memulai mobilisasi e) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilitas <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan b) Fasilitasi ROM dan pergerakan, <i>jika perlu</i> <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi atau ROM b) Anjurkan melakukan mobilisasi sejak dini
4.	<p>Gangguan Komunikasi Verbal (D.00119)</p> <p>Definisi :</p> <p>Penurunan atau perlambatan, atau ketiadaan kemampuan untuk menerima, memproses,</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam, diharapkan</p> <p>Komunikasi Verbal meningkat (L.13116)</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Kemampuan bicara 	<p>Intervensi Utama :</p> <p>Promosi Komunikasi : Defisit bicara (I.13492)</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume dan diksi bicara b) Monitor progress kognitif, anatomis dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (mis: memori,

	<p>mengirim, dan/atau menggunakan sistem simbol.</p> <p>meningkat</p> <p>b) Kesesuaian ekspresi wajah/tubuh meningkat</p> <p>c) Afasia menurun</p> <p>d) Disatria menurun</p> <p>e) Pemahaman komunikasi membaik</p>	<p>pendengaran dan bahasa)</p> <p>c) Monitor frustasi, marah, depresi atau hal lain yang mengganggu bicara</p> <p>d) Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi</p> <p>Terapeutik :</p> <p>a) Gunakan metode komunikasi alternatif (mis: menulis, mata berkedip, papan komunikasi dengan gambar dan huruf, isyarat tangandan komputer)</p> <p>b) Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan (mis: berdiri di depan pasien, dengarkan seksama, tunjukkan satu gagasan atau pemikiran sekaligus, bicaralah dengan perlahan sambil menghindari teriakan, gunakan komunikasi tertulis atau meminta bantuan keluarga untuk memahami ucapan pasien)</p> <p>c) Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan</p> <p>d) Ulangi apa yang disampaikan pasien</p> <p>e) Berikan dukungan psikologis</p> <p>f) Gunakan juru bicara, jika perlu</p>
--	--	---

			<p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Anjurkan bicara perlahan b) Ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan bicara
5.	<p>Defisit Nutrisi b.d ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan (D.0019).</p> <p>Definisi :</p> <p>Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan</p> <p>Status Nutrisi membaik (L.03030)</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Porsi makan yang dihabiskan meningkat b) Berat badan membaik c) Indeks massa tubuh (IMT) membaik. 	<p>Intervensi Utama Manajemen Nutrisi (I.03119)</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Identifikasi status nutrisi b) Identifikasi alergi dan intoleransi makanan c) Identifikasi makanan yang disukai d) Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien e) Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik f) Monitor asupan makanan g) Monitor berat badan h) Monitor hasil pemeriksaan laboratorium <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu b) Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis: paramida maknan)

			<p>c) Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai</p> <p>d) Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi</p> <p>e) Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein</p> <p>f) Berikan suplemen maknan jika perlu</p> <p>g) Hentikan pemberian makanan melalui selang nasogastrik jika asupan oral dapat ditoleransi</p> <p>Edukasi :</p> <p>a) Ajarkan posisi duduk, jika mampu</p> <p>b) Ajarkan diet yang diprogramkan</p>
6.	<p>Defisit perawatan diri b.d ketidakmampuan keluarga merawat anggota yang sakit (D.0109).</p> <p>Definisi : Tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri.</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam, maka perawatan diri meningkat (L.11103)</p> <p>Kriteria hasil :</p> <p>a) Kemampuan mandi meningkat</p> <p>b) Kemampuan</p>	<p>Intervensi Utama : Dukungan perawatan diri (I.11348)</p> <p>Observasi :</p> <p>a) Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia</p> <p>b) Monitor tingkat kemandiriran</p> <p>c) Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan</p>

		<p>mengenakan pakaian mengingkat</p> <p>c) Kemampuan makan meningkat</p> <p>d) Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) meningkat</p> <p>e) Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat</p> <p>f) Minat melakukan perawatan diri meningkat</p>	<p>Terapeutik :</p> <p>a) Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis: suasana hangat, rileks, privasi)</p> <p>b) Siapkan keperluan pribadi (mis: parfum, sikat gigi dan sabun mandi)</p> <p>c) Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri</p> <p>d) Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan</p> <p>e) Fasilitasi kemandirian, bantu jika mampu melakukan perawatan diri</p> <p>f) Jadwalkan rutinitas perawatan diri</p> <p>Edukasi :</p> <p>a) Ajurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan</p>
7.	<p>Risiko Jatuh b.d ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan (D.0143).</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka</p> <p>Tingkat Jatuh menurun (L.14138)</p> <p>Kriteria hasil :</p>	<p>Intervensi Utama :</p> <p>Pencegahan Jatuh b (I.14540)</p> <p>Observasi :</p> <p>a) Identifikasi faktor jatuh (mis: usia > 65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan,</p>

	<p>Definisi :</p> <p>Berisiko mengalami kerusakan fisik dn gangguan kesehatan akibat terjatuh.</p>	<p>a) Jatuh dari tempat tidur menurun</p> <p>b) Jatuh saat berdiri menurun</p> <p>c) Jatuh saat duduk menurun</p> <p>d) Jatuh saat berjalan menurun</p>	<p>gangguan penglihatan, neuropati)</p> <p>b) Identifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan kebijakan institusi</p> <p>c) Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis: lantai licin, penerangan kurang)</p> <p>d) Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala (mis: fall morse scale, humpty dumpty scale), jika perlu</p> <p>e) Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya</p> <p>Terapeutik :</p> <p>a) Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga</p> <p>b) Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci</p> <p>c) Pasang handrail tempat tidur</p> <p>d) Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah</p> <p>e) Tempatkan pasien berisiko tinggi jatuh dekat dengan pantauan perawat dari nurse station</p> <p>f) Gunakan alat bantu berjalan (mis: kursi roda, walker</p> <p>g) Dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien</p>
--	--	---	---

		<p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga b) Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci c) Pasang handrail tempat tidur d) Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah e) Tempatkan pasien berisiko tinggi jatuh dekat dengan pantauan perawat dari nurse station f) Gunakan alat bantu berjalan (mis: kursi roda, walker) g) Dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien
--	--	--

Sumber: PPNI (2017), PPNI (2018), PPNI (2019).

4. Implementasi Keperawatan

Dalam Vidianisa (2019) tahap pelaksanaan dimulai setelah disusunnya rencana Tindakan keperawatan. Rencana tindakan yang spesifik dilaksanakan untuk memodifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi Kesehatan pasien. Selama tahap ini perawat harus mengumpulkan data dan memilih tindakan yang paling sesuai dengan kondisi pasien. Tindakan keperawatan keluarga mencakup hal-hal seperti berikut:

- a. Menstimulasi kesadaran atau penerimaan keluarga mengenai masalah dan kebutuhan kesehatan
- b. Menstimulasi keluarga untuk memutuskan cara perawatan yang tepat
- c. Memberikan kepercayaan diri dalam merawat anggota keluarga yang sakit
- d. Membantu keluarga untuk menemukan cara bagaimana membuat lingkungan menjadi lebih baik
- e. Memotivasi keluarga untuk memanfaatkan fasilitas yang ada

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan atau luaran yang diharapkan ialah langkah terakhir dari proses keperawatan untuk mengetahui sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai. Menggunakan komponen SOAP/SOAPIER. S (data subjektif), O (data objektif), A (diagnosis yang masih terjadi), P (perencanaan tindakan), I (implementasi tindakan yang dilakukan sesuai instruksi), E (evaluasi/respon klien setelah dilakukan tindakan), R (reassessment, pengkajian ulang yang dilakukan terhadap perencanaan setelah diketahui hasil evaluasi).