

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA PADA PASIEN CVA
HEMORAGIK DENGAN MASALAH KEPERAWATAN
GANGGUAN MOBILITAS FISIK
DI DESA PETUNG BAKALAN**



OLEH :

HALIMATUS SA'DIYAH

NIM 1801110

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KERTA CENDEKIA
SIDOARJO
2021**

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA PADA PASIEN CVA
HEMORAGIK DENGAN MASALAH KEPERAWATAN
GANGGUAN MOBILITAS FISIK
DI DESA PETUNG BAKALAN**

**Sebagai Prasyarat untuk Memperoleh Gelar
Ahli Madya Keperawatan (Amd. Kep)
Di Politeknik Kesehatan Kerta Cendekia Sidoarjo**



**OLEH :
HALIMATUS SA'DIYAH**

NIM 1801110

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KERTA CENDEKIA
SIDOARJO
2021**

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Halimatus Sa'diyah

NIM : 1801110

Tempat, Tanggal Lahir : Lumajang, 14 Juni 1998

Institusi : Politeknik Kesehatan Kerta Cendekia

Menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah yang berjudul "ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA PADA PASIEN CVA HEMORAGIK DENGAN MASALAH KEPERAWATAN GANGGUAN MOBILITAS FISIK DI DESA PETUNG BAKALAN" adalah bukan Karya Tulis Ilmiah orang lain baik sebagian maupun keseluruhan, kecuali dalam bentuk kutipan yang telah disebutkan sumbernya.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya dan apabila pernyataan ini tidak benar, saya bersedia mendapat sanksi.

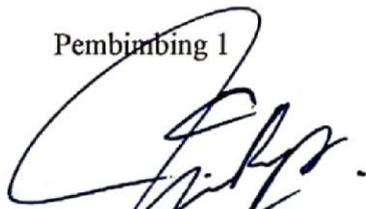
Sidoarjo, April 2021

Yang Menyatakan,


Halimatus sa'diyah
1801110

Mengetahui,

Pembimbing 1



Ns. Kusuma Wijaya Ridi Putra, S.Kep.,MNS
NIDN. 0731108603

Pembimbing 2



Ns. Mukhammad Toha, M.Kep
NIDN. 3428047201

LEMBAR PERSETUJUAN KARYA TULIS ILMIAH

Nama : Halimatus Sa'diyah

Judul : Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Pasien CVA Hemoragik Dengan
Masalah Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik di Desa Petung Bakalan

Telah disetujui untuk di ujikan di hadapan Dewan Penguji Karya Tulis Ilmiah
pada tanggal 25 Mei 2021

Oleh :

Pembimbing 1



Ns. Kusuma Wijaya Ridi Putra, S.Kep., MNS
NIDN. 0731108603

Pembimbing 2



Ns. Mukhammad Toha, M.Kep
NIDN. 3428047201

Mengetahui,

Direktur

Politeknik Kesehatan Kerta Cendekia Sidoarjo



Agus Sunandawati, S. Kep., M. Kes
NIDN. 0703087801

HALAMAN PENGESAHAN

Telah diuji dan disetujui oleh Tim Penguji pada sidang di Program D3

Keperawatan di politeknik kesehatan Kerta Cendekia Sidoarjo.

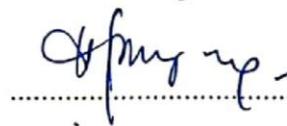
Tanggal 25 Mei 2021

TIM PENGUJI

Tanda tangan

Ketua :

Agus Sulistyowati, S. Kep., M. Kes



Anggota:

1. Ns. Mukhammad Toha, M. Kep



2. Ns. Kusuma Wijaya Ridi Putra, S. Kep., MNS



Mengetahui,

Direktur

Politeknik Kesehatan Kerta Cendekia Sidoarjo



Agus Sulistyowati, S. Kep., M. Kes
NIDN. 0703087801

MOTTO

**Kecerdasan bukan penentu kesuksesan,
tetapi kerja keras merupakan penentu kesuksesanmu
yang sebenarnya.**

**Jangan berhenti berupaya ketika kita menemui
kegagalan.**

**Karena kegagalan adalah cara tuhan mengajari
kita
tentang arti kesungguhan.**

(vidia setyowati)

HALAMAN PERSEMBAHAN

Syukur alhamdulillah senantiasa saya panjatkan kehadiran Allah SWT, yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya sehingga Laporan Tugas Akhir ini dapat terselesaikan. Isi pikiran yang tersampikan dalam karya ini saya persembahkan untuk :

1. Kedua orang tua saya (ayah dan ibu), terima kasih kalian selalu memberikan saya kekuatan dalam menjalani studi ini dan selalu mendoakan saya dalam segala hal urusan Dunia dan Akhirat saya.
2. Terima kasih kepada bapak ibu dosen yang selalu membimbing saya dalam penyelesaian tugas akhir dan masukan serta saran yang dapat membangun untuk penyelesaian tugas akhir saya
3. Terima kasih kepada teman saya dan sahabat saya yang selalu memberikan semangat, kekuatan, serta dukungan dan semoga dilancarkan semua yang kalian inginkan, Aamiin.
4. Saudara – saudara saya seangkatan terima kasih kalian telah melalui hal yang sama dan kita bersama – sama menjalani studi, penyelesaian tugas akhir sehingga berada di titik ini semoga ilmu yang kita dapatkan selama kita menjalani studi ini menjadi ilmu yang berokah dan di ridhoi Allah SWT.

KATA PENGANTAR

Syukur Alhamdulillah kami panjatkan kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat, taufik serta hidayah-Nya, sehingga dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul **“ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA PADA PASIEN CVA HEMORAGIK DENGAN MASALAH GANGGUAN MOBILITAS FISIK DI DESA PETUNG BAKALAN”** ini dengan tepat waktu sebagai persyaratan akademik dalam menyelesaikan Program D3 Keperawatan di Politeknik Kesehatan Kerta Cendekia Sidoarjo.

Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini tidak terlepas dari bantuan dan bimbingan berbagai pihak, untuk itu kami mengucapkan banyak terima kasih kepada:

1. Ns. Agus Sulistyowati, S. Kep., M. Kes selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kerta Cendekia Sidoarjo yang telah mengesahkan.
2. Ns. Kusuma Wijaya Ridi Putra, S. Kep., MNS selaku pembimbing I dalam Karya Tulis Ilmiah ini yang memberi petunjuk, pengarahan, revisi, dan saran hingga terwujudnya proposal ini.
3. Ns. Mukhammad Toha, M. Kep selaku pembimbing II dalam Karya Tulis Ilmiah ini yang memberi petunjuk, pengarahan, dan saran kepada penulis
4. Orangtua Ayah Eksan dan Ibu Fathonah, adik saya Siti Aisyah yang telah memberikan dukungan dan motivasi dalam pembuatan Karya Tulis Ilmiah ini dari awal sampai akhir.
5. Teman-teman seperjuangan yang telah menemani selama saya menempuh pendidikan di Politeknik Kesehatan Kerta Cendekia Sidoarjo.
6. Pihak-pihak yang turut berjasa dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini yang tidak bisa disebutkan satu persatu.

Penulis sadar bahwa Karya Tulis Ilmiah ini belum mencapai kesempurnaan, sebagai bekal perbaikan, penulis akan berterima kasih apabila para pembaca berkenan memberikan masukan, baik dalam bentuk kritikan maupun saran demi kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini. Penulis berharap Karya Tulis Ilmiah ini bermanfaat bagi pembaca dan bagi keperawatan.

Pasuruan, 25 Mei 2021



Penulis

DAFTAR ISI

Sampul Depan	i
Sampul dalam dan prasyarat gelar	ii
Surat pernyataan	iii
Lembar Persetujuan	iv
Lembar pengesahan	v
Motto.....	vi
Halaman persembahan	vii
Kata Pengantar.....	viii
Daftar Isi.....	ix
Daftar Tabel.....	xi
Daftar Gambar	xii
Daftar Lampiran	xiii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	2
1.3 Tujuan Penelitian	3
1.4 Manfaat Penelitian	4
1.5 Metode Penulisan.....	4
1.5.1 Metode	4
1.5.2 Teknik Pengumpulan Data	5
1.5.3 Sumber Data	5
1.5.4 Studi Kepustakaan	5
1.6 Sistematika Penulisan	6
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	7
2.1 Konsep Penyakit	7
2.2 Konsep Klien	11
2.3 Konsep Dampak Masalah.....	21
2.4 Konsep Asuhan Keperawatan.....	24
2.4.1 Pengkajian	24
2.4.2 Diagnose Keperawatan	30
2.4.3 Intervensi Keperawatan.....	31
2.4.4 Implementasi	35
2.4.5 Evaluasi	35
2.5 Kerangka Masalah	37
BAB 3 TINJAUAN KASUS.....	38
3.1 Pengkajian	38
3.2 Analisa data	44
3.3 Daftar diagnosa keperawatan	45
3.4 Rencana keperawatan.....	47
3.5 Tindakan keperawatan	48
3.6 Catatan perkembangan	49
3.7 Evaluasi	51

BAB 4 PEMBAHASAN	52
4.1 Pembahasan.....	52
4.1.1 Penkajian.....	52
4.1.2 Diagnosa keperawatan	53
4.1.3 Perencanaan.....	54
4.1.4 Pelaksanaan	54
4.1.5 Evaluasi.....	55
4.2 Keterbatasan kasus	56
BAB 5 PENUTUP	57
5.1 Simpulan	57
5.2 Saran	58
DAFTAR PUSTAKA.....	59
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

No. Tabel	Judul Tabel	Halaman
2.1	Skala Bailon Maglaya	31
2.2	Intervensi Keperawatan pada CVA Hemoragik	32
3.1	Identitas Keluarga	38
3.2	Komposisi Keluarga	38
3.3	Tipe Keluarga	39
3.4	Status Sosial Ekonomi Keluarga	39
3.5	Riwayat dan Tahap Perkembangan Keluarga	39
3.6	Data Lingkungan	40
3.7	Struktur Keluarga	40
3.8	Fungsi Keluarga	41
3.9	Stress dan Koping Keluarga	42
3.10	Pemeriksaan Fisik Keluarga	42
3.11	Harapan Keluarga	43
3.12	Analisa Data	44
3.13	Diagnosa Keperawatan	45
3.14	Skoring Prioritas Masalah Keperawatan Keluarga	46
3.15	Perencanaan Asuhan Keperawatan Keluarga	47
3.16	Implementasi Keperawatan	48
3.17	Catatan Perkembangan	49
3.18	Evaluasi Keperawatan	50

DAFTAR GAMBAR

No. Gambar	Judul Gambar	Halaman
2.1	Kerangka Masalah Keperawatan pada CVA Hemoragik	37
3.1	Genogram	39
3.2	Denah Rumah	40

DAFTAR LAMPIRAN

No. Lampiran	Judul Lampiran	Halaman
Lampiran 1	Surat izin pengambilan studi kasus	60
Lampiran 2	Lembar informasi consent	61
Lampiran 3	Lembar konsultasi pembedah 1	62
Lampiran 4	Lembar konsultasi pembedah 2	63

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

CVA merupakan penyakit kerusakan otak akibat gangguan suplai darah yang disebabkan karena proses perdarahan atau infark. Pada masyarakat awam biasanya penyakit ini lebih dikenal dengan istilah strok. CVA Hemoragik Merupakan perdarahan serebral disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah otak pada daerah otak tertentu. Jika perdarahan didalam otak atau jaringan otak disebut perdarahan intraserebral, sedangkan jika perdarahan terjadi pada ruang diantara selaput pembungkus otak bagian tengah atau dalam disebut perdarahan subarachnoid. Pada penderita CVA Hemoragik maka akan muncul gejala kelumpuhan pada ekstermitas dan kontraksi otot. Sehingga pasien mengalami gangguan mobilitas fisik dikarenakan keterbatasan dalam gerak fisik pada ekstermitas secara mandiri. Penyebab CVA Hemoragik dapat menyebabkan gangguan mobilitas fisik yang memerlukan intervensi keperawatan yang berkelanjutan setelah penderita pulang dari rumah sakit. Dengan penelitian kasus ini masyarakat diharapkan mampu mengetahui tanda dan gejala serta penyebab dari penyakit CVA Hemoragik.

Menurut RISKESDAS (2018), jumlah penderita CVA Hemoragik di provinsi jawa timur sebanyak 13,4%. Menurut data rekam medic di puskesmas bugul pada tahun 2019 terdapat penderita CVA yang control 10 orang. Penderita CVA di puskesmas bugul menempati urutan ke tujuh dari 10 besar penyakit yang ada. Penderita CVA ini meningkat 10 % dari tahun 2018. Hasil wawancara yang dilakukan pada 10 keluarga penderita CVA didapatkan 8 penderita mengeluh sulit

menggerakkan ekstermitasnya, 9 penderita mengeluh kekuatan ototnya menurun, lemas dan nyeri sendi saat digerakkan.

Strok hemoragik disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah pada otak. Jika perdarahan didalam otak atau jaringan otak disebut perdarahan intraserebral, sedangkan jika perdarahan terjadi pada ruang diantara selaput pembungkus otak bagian tengah atau dalam disebut perdarahan subarachnoid. Apabila area sistem nervus XI (assesoris) yang mengalami gangguan maka akan muncul gejala kelumpuhan pada ekstermitas dan kontraksi otot. Sehingga pasien mengalami gangguan mobilitas fisik. Apabila permasalahan ini tidak segera diatasi maka akan mengakibatkan gangguan perkembangan otot, gangguan pergerakan tubuh dan mengalami pembatasan pergerakan (battica, 2012).

Penanganan gangguan mobilitas fisik pada pasien CVA Hemoragik yaitu dengan latihan mobilisasi dan rehabilitasi yang bertujuan untuk mencegah terjadinya kekakuan (kontraktur) dan kemunduran pemecahan kekakuan (dekondisioning), mengoptimalkan pengobatan sehubungan masalah medis dan menyediakan bantuan psikologis pasien dan keluarga (Junaidi, 2010). Berdasarkan latar belakang di atas penulis tertarik mengambil judul proposal “Asuhan Keperawatan Pada Pasien CVA Hemoragik Dengan Masalah Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik Di Desa Petung Bakalan”.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimanakah asuhan keperawatan keluarga pada pasien CVA Hemoragik dengan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik di esa Petung Bakalan ?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk memberikan asuhan keperawatan keluarga pada pasien CVA hemoragik dengan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik di desa Petung Bakalan

1.3.2 Tujuan Khusus

- 1) Menggambarkan pengkajian keperawatan keluarga pada pasien CVA Hemoragik dengan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik di desa petung bakalan.
- 2) Mengidentifikasi diagnosis keperawatan keluarga pada pasien CVA Hemoragik dengan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik di desa petung bakalan.
- 3) Menyusun perencanaan keperawatan keluarga pada pasien CVA Hemoragik dengan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik di desa petung bakalan.
- 4) Melaksanakan tindakan asuhan keperawatan keluarga pada pasien CVA Hemoragik dengan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik di desa petung bakalan.
- 5) Melakukan evaluasi keperawatan keluarga pada pasien CVA Hemoragik dengan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik di desa petung bakalan.
- 6) Mendokumentasikan asuhan keperawatan keluarga pada pasien CVA Hemoragik dengan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik di desa petung bakalan.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Masyarakat

Hasil penelitian ini dapat meningkatkan kualitas pelayanan yang diterima oleh penderita CVA Hemoragik dengan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik.

1.4.2 Instansi

Hasil penelitian ini dapat menjadi masukan dalam mengambil kebijakan tentang penerapan intervensi keperawatan dalam mengobati pasien CVA Hemoragik dengan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik.

1.4.3 Profesi

Hasil penelitian ini dapat menjadi dalam mengembangkan konsep asuhan keperawatan pada pasien CVA Hemoragik dengan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik.

1.5 Metode Penulisan

1.5.1 Metode

Penelitian ini menggunakan metode deskriptif yaitu metode yang sifatnya mengungkapkan peristiwa atau gejala yang terjadi pada waktu sekarang yang meliputi studi kepustakaan yang mempelajari, mengumpulkan, membahas data dengan studi pendekatan proses keperawatan dengan langkah-langkah pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

1.5.2 Teknik Pengumpulan Data

1) Wawancara Data

Auto : data diambil melalui percakapan dengan pasien secara tatap muka

Allo : data diambil melalui percakapan dengan keluarga secara tatap muka

2) Observasi

Data yang diambil melalui pengamatan pada pasien dengan cara palpasi, perkusi, inspeksi, dan auskultasi.

3) Pemeriksaan Penunjang

Data diambil melalui pemeriksaan fisik yang dapat menunjang menegakkan diagnosa dan penanganan selanjutnya dengan cara cek kadar gula darah dan CT SCAN.

1.5.3 Sumber Data

1) Data primer : data yang diperoleh dari pasien

2) Data sekunder : data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat pasien dan hasil-hasil pemeriksaan lain.

1.5.4 Studi Pustaka

Data diambil melalui studi kepustakaan yaitu dengan mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan CVA Hemoragik dan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik.

1.6 Sistematika Penulisan

Supaya lebih jelas dan lebih mudah dalam mempelajari dan memahami studi kasus ini, secara keseluruhan di bagi menjadi tiga bagian, yaitu:

1.6.1 Bagian awal

Memuat halaman judul, surat pernyataan, persetujuan pembimbing, pengesahan, kata pengantar, daftar isi.

1.6.2 Bagian inti

Bagian ini terdiri dari dua bab, yang masing-masing bab terdiri dari subbab berikut ini:

- 1) Bab 1 : Pendahuluan, berisi latar belakang, rumusan masalah, tujuan penelitian, manfaat penelitian, metode penulisan dan sistematika penulisan studi kasus.
- 2) Bab 2 : Tinjauan pustaka, berisi tentang konsep penyakit, konsep pasien, konsep dampak masalah dan asuhan keperawatan pada pasien CVA Hemoragik dengan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik, serta kerangka masalah.
- 3) Bab 3 : Tinjauan kasus, berisi tentang pengkajian, analisa data, daftar diagnosa keperawatan, rencana keperawatan, tindakan keperawatan, catatan perkembangan, serta evaluasi.
- 4) Bab 4 : pembahasan, berisi tentang pembahasan kesesenjangan antara teori dan fakta dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi serta terdapat keterbatasan.
- 5) Bab 5 : Penutup terdiri dari kesimpulan dan saran

1.6.3 Bagian akhir, terdiri dari daftar pustaka dan lampiran.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Penyakit CVA Hemoragik

2.1.1 Definisi CVA Hemoragik

CVA Hemoragik Merupakan perdarahan serebral disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah otak sehingga aliran darah menjadi tidak normal dan darah keluar merembes masuk ke dalam suatu daerah di otak dan merusaknya.

2.1.2 Klasifikasi

Berdasarkan jenisnya cva hemoragik dibagi menjadi 2 (Juwono, 2016).

yaitu :

- 1) Perdarahan subarachnoid (PSA) : darah yang masuk ke selaput otak
- 2) Perdarahan intraserebral (PIS) : darah yang masuk ke dalam struktur atau jaringan otak

2.1.3 Etiologi CVA Hemoragik

Menurut Magistris, (2018) faktor tersebut diantaranya adalah :

- 1) Usia
- 2) Hipertensi
- 3) Riwayat stroke sebelumnya
- 4) Alkohol
- 5) Narkoba

2.1.4 Faktor resiko

- 1) Faktor internal : faktor yang tidak dapat di ubah
 - (1) Usia
 - (2) Jenis Kelamin

- (3) Riwayat keluarga
- 2) Faktor eksternal : faktor yang dapat di ubah
 - (1) Hipertensi
 - (2) Diabetes militus
 - (3) Penyakit jantung
 - (4) Obesitas
 - (5) Kolestrol tinggi
 - (6) Stress emosional
 - (7) Merokok
 - (8) Peminum alcohol
 - (9) Obat obatan terlarang

2.1.5 Manifestasi klinis

- 1) Kehilangan Motorik
- 2) Kehilangan Komunikasi
- 3) Gangguan Persepsi
- 4) Kerusakan Fungsi Kognitif dan Efek Psikologi
- 5) Disfungsi Kandung Kemih
- 6) pusing (Vertigo), mual, muntah, nyeri kepala, terjadi karena peningkatan tekanan intrakranial, edema serebri

2.1.6 Patofisiologis

CVA Hemoragik merupakan perdarahan serebral disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah otak pada daerah otak tertentu. Perdarahan pada otak lebih disebabkan oleh rupturnya arteriosklerosis dan hipertensi pembuluh darah. Perdarahan intra serebral Pecahnya

pembuluh darah otak terutama karena hipertensi mengakibatkan darah masuk ke dalam jaringan otak, membentuk massa atau hematoma yang menekan jaringan otak dan menimbulkan edema di sekitar otak. Peningkatan trans iskemik attack (TIA) yang terjadi dengan cepat dapat mengakibatkan kematian yang mendadak karena herniasi otak. Perdarahan intra cerebral sering dijumpai di daerah pituitary gland, talamus, sub kortikal, nukleus kaudatus, pons, dan cerebellum. Hipertensi kronis mengakibatkan perubahan struktur dinding pembuluh darah berupa lipohyalinosis atau nekrosis fibrinoid. Perdarahan sub arachnoid Pecahnya pembuluh darah karena aneurisma. Aneurisma paling sering didapat pada percabangan pembuluh darah besar di sirkulasi Willis. Arteriovenous malformations (AVM) dapat dijumpai pada jaringan otak dipermukaan pia mater dan ventrikel otak, ataupun didalam ventrikel otak dan ruang subarakhnoid. Pecahnya arteri dan keluarnya darah ke ruang subarakhnoid mengakibatkan terjadinya peningkatan tekanan intra kranial yang mendadak, meregangnya struktur peka nyeri, sehingga timbul nyeri kepala hebat. Sering pula dijumpai kaku kuduk dan tanda-tanda rangsangan selaput otak lainnya. Peningkatan tekanan intrakranial yang mendadak juga mengakibatkan perdarahan subarakhnoid pada retina dan penurunan kesadaran. Perdarahan subarakhnoid dapat mengakibatkan vasospasme pembuluh darah serebral. Vasospasme ini seringkali terjadi 3-5 hari setelah timbulnya perdarahan, mencapai puncaknya hari ke 5-9, dan dapat menghilang setelah minggu ke 2-5. Timbulnya vasospasme

diduga karena interaksi antara bahan-bahan yang berasal dari darah dan dilepaskan kedalam cairan serebrospinalis dengan pembuluh arteri di ruang subaraknoid. Vasospasme ini dapat mengakibatkan disfungsi otak global (nyeri kepala, penurunan kesadaran) maupun fokal (hemiparese, gangguan hemisensorik, afasia dan lain-lain) berfungsi jika kebutuhan O₂ dan glukosa otak dapat terpenuhi. Energi yang dihasilkan didalam sel saraf hampir seluruhnya melalui proses oksidasi. Otak tidak punya cadangan O₂ jadi menimbulkan kerusakan, kekurangan aliran darah otak walau sebentar akan menyebabkan gangguan fungsi. Demikian pula dengan kebutuhan glukosa sebagai bahan bakar metabolisme otak, tidak boleh kurang dari 20 mg% karena akan menimbulkan koma.

2.1.7 Komplikasi

- 1) Kekakuan otot atau sendi
- 2) Stress atau depresi
- 3) Decubitus
- 4) Edema otak
- 5) Nyeri pundak dan dislokasi sendi
- 6) Distritmia dapat mengakibatkan curah jantung tidak konsisten dan penghentian trombus lokal.

2.1.8 Penatalaksanaan

- 1) Menstabilkan tanda-tanda vital
- 2) Mengendalikan hipertensi
- 3) Pemantauan kadar glukosa darah

- 4) Melakukan terapi hipotermi
- 5) Melakukan latihan mobilisasi dan rehabilitasi
- 6) Melakukan terapi psikologis jika pasien gelisah
- 7) Melakukan terapi farmakologis sehubungan dengan masalah medis

2.1.9 Pemeriksaan penunjang

- 1) CT-scan
- 2) Cerebral angiografi
- 3) Doppler sonografi
- 4) Pemeriksaan cairan serobospinal (CSS)
- 5) Magnetic resonance tomography (MRT)
- 6) Magnetic Resonance Imaging (MRI)

2.2 Konsep Klien dengan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik

2.2.1 Definisi keluarga

Keluarga adalah unit terkecil dalam masyarakat yang merupakan klien keperawatan atau si penerima asuhan keperawatan. Keluarga berasal dari bahasa Sangsekerta kula dan warga “kulawarga” yang berarti “anggota” Kelompok kerabat. Keluarga adalah lingkungan di mana beberapa orang yang masih memiliki hubungan darah. Menurut Duvall (Friedman, 2014), keluarga adalah sekumpulan orang dengan ikatan perkawinan, kelahiran dan adopsi yang bertujuan untuk menciptakan, mempertahankan budaya dan meningkatkan perkembangan fisik, mental emosional serta social dari setiap anggota keluarga.

2.2.2 Bentuk keluarga

1) Keluarga Tradisional :

- (1) Keluarga Inti adalah keluarga yang terbentuk karena pernikahan, peran sebagai orang tua, atau kelahiran terdiri atas suami, istri, dan anak-anak mereka (biologis, adopsi atau keduanya).
- (2) Extended Family adalah keluarga dengan pasangan yang berbagi pengaturan rumah tangga dan pengeluaran keuangan dengan orang tua, kakak/adik, dan keluarga dekat lainnya.

2) Keluarga Non Tradisional :

- (1) Keluarga dengan orang tua yang tidak pernah menikah biasanya ibu dan anak.
- (2) Keluarga pasangan yang tidak menikah dengan anak biasanya tipe pernikahan berdasarkan kesepakatan.
- (3) Pasangan heteroseksual cohabiting : pasangan yang tinggal tanpa menikah.
- (4) Keluarga homoseksual individu dengan jenis kelamin yang sama tinggal bersama seperti layaknya pasangan menikah.
- (5) Augment family : rumah tangga yang terdiri atas keluarga inti atau keluarga orang tua tunggal bersama dengan satu individu yang tidak memiliki hubungan darah atau lebih.
- (6) Keluarga komuni : rumah tangga yang terdiri atas lebih dari satu pasangan monogami dengan anak, saling berbagi fasilitas yang sama, sumber daya dan pengalaman.

- (7) Keluarga asuh : rumah tangga yang terdiri atas satu orang tua atau dua orang dengan anak asuh dan dapat juga anak kandung orang tua tersebut.

2.2.3 Struktur keluarga

Menurut Friedman (2014) struktur keluarga terdiri atas:

- 1) Pola dan Proses Komunikasi & Komunikasi dalam keluarga ada yang berfungsi dan ada yang tidak, hal ini bisa disebabkan oleh beberapa faktor yang ada dalam komponen komunikasi seperti : sender, channel-media, message, environment dan receiver. Komunikasi dalam keluarga yang berfungsi adalah :

- (1) Karakteristik pengirim yang berfungsi :

- ((1) Yakin ketika menyampaikan pendapat
- ((2) Jelas dan berkualitas
- ((3) Meminta feedback
- ((4) Menerima feedback

- (2) Pengirim yang tidak berfungsi :

- ((1) Lebih menonjolkan asumsi (perkiraan tanpa menggunakan dasar/data yang obyektif)
- ((2) Ekspresi yang tidak jelas Jugmental expressions, yaitu ucapan yang memutuskan/menyatakan sesuatu yang tidak didasari pertimbangan yang matang
- ((3) Tidak mampu mengemukakan kebutuhan.
- ((4) Komunikasi yang tidak sesuai

- (3) Karakteristik penerima yang berfungsi :

- ((1) Mendengar
- ((2) Feedback (klarifikasi, menghubungkan dengan pengalaman)
- ((3) Memvalidasi
- (4) Penerima yang tidak berfungsi :
 - ((1) Tidak bisa mendengar dengan jelas/gagal mendengar
 - ((2) Kurang mengeksplorasi (miskomunikasi)
 - ((3) Kurang memvalidasi
- (5) Pola komunikasi di dalam keluarga yang berfungsi :
 - ((1) Menggunakan emosional : marah, tersinggung, sedih, gembira
 - ((2) Komunikasi terbuka dan jujur
 - ((3) Hirarki kekuatan dan peraturan keluarga
 - ((4) Konflik keluarga dan penyelesaiannya
- (6) Pola komunikasi di dalam keluarga yang tidak berfungsi :
 - ((1) Fokus pembicaraan hanya pada seseorang (tertentu)
 - ((2) Semua menyetujui (total agreement) tanpa adanya diskusi
 - ((3) Kurang empati
 - ((4) Selalu mengulang isu dan pendapat sendiri
 - ((5) Tidak mampu memfokuskan pada satu isu
 - ((6) Komunikasi tertutup
 - ((7) Bersifat negatif
 - ((8) Mengembangkan gossip

2) Struktur peran

- (1) Peranan ayah : Pencari nafkah, pelindung dan pemberi rasa aman, kepala keluarga, sebagai anggota dari kelompok sosialnya serta sebagai anggota masyarakat dari lingkungannya.
- (2) Peranan ibu : Mengurus rumah tangga, pengasuh dan pendidik anak-anaknya, pelindung dan sebagai salah satu anggota kelompok dari peranan sosialnya serta sebagai anggota masyarakat dari lingkungannya, serta bisa berperan sebagai pencari nafkah tambahan dalam keluarga.
- (3) Peranan anak : Melaksanakan peranan psikososial sesuai dengan tingkat perkembangannya, baik fisik, mental, sosial dan spiritual.

3) Struktur kekuatan merupakan kemampuan (potensial atau aktual) dari individu untuk mengendalikan atau mempengaruhi untuk merubah perilaku orang lain ke arah positif.

Tipe struktur kekuatan :

- (1) Legitimate power/authority (hak untuk mengontrol, seperti orang tua terhadap anak)
- (2) Referent power (seseorang yang ditiru)
- (3) Resource or expert power (pendapat ahli)
- (4) Reward power (pengaruh kekuatan karena adanya harapan yang akan diterima)
- (5) Coercive power (pengaruh yang dipaksakan sesuai keinginannya)

(6) Informational power (pengaruh yang dilalui melalui proses persuasi)

(7) Affective power (pengaruh yang diberikan melalui manipulasi dengan cinta kasih misalnya hubungan seksual)

Hasil dari kekuatan tersebut yang akan mendasari suatu proses dalam pengambilan keputusan dalam keluarga seperti :

(1) Konsensus

(2) Tawar menawar atau akomodasi

(3) Kompromi atau de facto

(4) Paksaan

2.2.4 Tahap perkembangan keluarga

1) Tahap pertama : Keluarga Pasangan Baru

Pembentukan pasangan menandakan permulaan suatu keluarga baru dengan pergerakan dari membentuk keluarga asli sampai ke hubungan intim yang baru. Tahap ini disebut tahap pernikahan. Kelompok pasangan keluarga baru kini lebih cenderung tinggal di daerah pedesaan, dirumah mereka sendiri dan memiliki tingkat pendidikan yang lebih tinggi.

Tugas perkembangan keluarga: Membentuk pernikahan yang memuaskan bagi satu sama lain, berhubungan secara harmonis dengan jaringan kekerabatan.

2) Tahap kedua : Childbearing Family

Tahap kedua mulai dengan kelahiran anak pertama dan berlanjut sampai bayi berusia 30 bulan. Transisi ke masa menjadi orang tua

adalah salah satu kunci dalam siklus kehidupan keluarga. Dengan kelahiran anak pertama, keluarga menjadi kelompok trio, membuat sistem yang permanen pada keluarga untuk pertama kalinya yaitu, sistem berlangsung tanpa memerhatikan hasil akhir dari pernikahan. Tugas perkembangan keluarga: Membentuk keluarga muda sebagai suatu unit yang stabil (menggabungkan bayi yang baru ke dalam keluarga), memperbaiki hubungan setelah terjadinya konflik mengenai tugas perkembangan dan kebutuhan berbagai anggota keluarga, mempertahankan hubungan pernikahan yang memuaskan, memperluas peran menjadi orangtua dan menjadi kakek/nenek.

3) Tahap ke tiga : Keluarga Dengan Anak Prasekolah

Tahap ketiga siklus kehidupan dimulai ketika anak pertama berusia 2,5 tahun dan diakhiri ketika anak berusia 5 tahun. Keluarga saat ini dapat terdiri dari tiga orang sampai 5 orang, dengan posisi pasangan suami (ayah), istri (ibu), putra (saudara laki-laki), dan putri (saudara perempuan).

Tugas perkembangan keluarga : Memenuhi kebutuhan anggota keluarga akan rumah, ruang privasi dan keamanan yang memadai, menyosialisasikan anak, Mengintegrasikan anak kecil sebagai anggota keluarga sementara tetap memenuhi kebutuhan anak lain, Mempertahankan hubungan yang sehat di dalam keluarga (hubungan pernikahan dan hubungan orang tua anak) dan diluar keluarga (hubungan dengan keluarga besar dan komunitas).

4) Tahap ke empat : Keluarga Dengan Anak Sekolah

Tahap ini mulai ketika anak pertama memasuki sekolah dalam waktu penuh, biasanya pada usia 5 tahun dan diakhiri ketika ia mencapai pubertas sekitar usia 13 tahun. Setiap orang mengerjakan tugas perkembangannya masing-masing, sama seperti keluarga yang berupaya untuk memenuhi tugas perkembangan keluarga.

Tugas perkembangan keluarga : Menyosialisasikan anak-anak, termasuk meningkatkan prestasi sekolah dan membantu hubungan anak-anak yang sehat dengan teman sebayanya, memperatahkan hubungan pernikahan yang memuaskan, memenuhi kebutuhan kesehatan fisik anggota keluarga.

5) Tahap ke lima : Keluarga Dengan Anak Remaja

Ketika anak pertama berusia 13 tahun, tahap kelima dari siklus atau perjalanan kehidupan keluarga dimulai. Biasanya tahap ini berlangsung selama enam atau tujuh tahun, walaupun dapat lebih singkat jika anak meninggalkan keluarga lebih awal atau lebih lama jika anak tetap tinggal serumah lebih dari 19 tahun atau 20 tahun.

Tujuan utama keluarga pada tahap anak remaja adalah menolongarkan ikatan keluarga untuk memberikan tanggung jawab dan kebebasan remaja yang lebih besar dalam mempersiapkan diri menjadi seorang dewasa muda.

Tugas perkembangan keluarga : Menyeimbangkan kebebasan dengan tanggung jawab pada saat anak remaja telah dewasa dan

semakin otonomi, memfokuskan kembali hubungan pernikahan, berkomunikasi secara terbuka antara orang tua dan anak.

6) Tahap ke enam : Keluarga Melepaskan Anak Dewasa Muda

Permulaan fase kehidupan keluarga ini ditandai dengan perginya anak pertama dari rumah orang tua dan berakhir dengan kosongnya rumah, ketika anak terakhir juga telah meninggalkan rumah.

Tugas perkembangan keluarga : Memperluas lingkaran keluarga terhadap anak dewasa, termasuk memasukkan anggota keluarga baru yang berasal dari pernikahan anak anaknya, melanjutkan untuk memperbarui dan menyesuaikan kembali hubungan pernikahan, membantu orangtua suami dan istri yang sudah menua dan sakit.

7) Tahap ke tujuh : Orang tua Paruh Baya

Tahap ketujuh dari siklus kehidupan keluarga merupakan tahap masa pertengahan bagi orang tua dimulai ketika anak terakhir meninggalkan rumah dan berakhir dengan pensiun atau kematian salah satu pasangan. Tahap ini biasanya dimulai ketika orang tua berusia 45 sampai 55 tahun dan berakhir dengan pensiunnya pasangan, biasanya 16 sampai 18 tahun kemudian. Biasanya pasangan baru ditahun-tahun pertengahan mereka merupakan keluarga inti, walaupun tetap berinteraksi dengan orangtua lansia mereka dan dengan anggota keluarga lain dari keluarga asalnya dan dengan keluarga baru yang didapat dari pernikahan anak cucu (keturunan) mereka.

Tugas perkembangan keluarga : Menyediakan lingkungan yang meningkatkan kesehatan, mempertahankan kepuasan dan hubungan yang bermakna antara orangtua yang telah menua dan anak mereka, memperkuat hubungan pernikahan.

8) Tahap ke delapan : Keluarga Lansia Dan Pensiunan

Tahap terakhir siklus kehidupan keluarga dimulai dengan pensiun salah satu atau kedua pasangan, berlanjut sampai kehilangan salah satu pasangan dan berakhir dengan kematian pasangan yang lain. Semakin sulit kondisi kesehatan yang dialami, semakin terdapat kemungkinan hadirnya perasaan negatif pada usia tua. Lansia yang kehilangan hadirnya kemandirian mereka akibat gangguan kesehatan secara umum memiliki moral menjadi awal terjadinya masalah perilaku dan psikologis pada lansia. Sebaliknya, lansia yang mempertahankan kesehatan mereka yang tetap menjaga keaktifan dan memiliki proporsi lansia yang signifikan dan biasanya mereka positif mengenai tahap kehidupan ini.

Tugas perkembangan keluarga : Mempertahankan penataan kehidupan yang memuaskan, menyesuaikan terhadap penghasilan yang berkurang, mempertahankan hubungan pernikahan, menyesuaikan terhadap kehilangan pasangan, mempertahankan ikatan keluarga antargenerasi, melanjutkan untuk merasionalisasikan kehilangan keberadaan anggota keluarga (peninjauan dan integrasi kehidupan).

2.2.5 Fungsi keluarga

Fungsi keluarga menurut Friedman (2014) adalah:

1) Fungsi afektif dan koping

Keluarga memberikan kenyamanan emosional anggota, membantu anggota dalam membentuk identitas dan mempertahankan saat terjadi stress.

2) Fungsi sosialisasi

Keluarga sebagai guru, menanamkan kepercayaan, nilai, sikap, dan mekanisme koping, memberikan feedback, dan memberikan petunjuk dalam pemecahan masalah.

3) Fungsi reproduksi

Keluarga melahirkan anak, menumbuhkembangkan anak dan meneruskan keturunan.

4) Fungsi ekonomi

Keluarga memberikan finansial untuk anggota keluarganya dan kepentingan di masyarakat.

5) Fungsi fisik

Keluarga memberikan keamanan, kenyamanan lingkungan yang dibutuhkan untuk pertumbuhan, perkembangan dan istirahat termasuk untuk penyembuhan dari sakit.

2.3 Konsep Dampak Masalah

2.3.1 Konsep Solusi

- 1) Hindari faktor risiko dengan melakukan aktivitas fisik, konsumsi sayur dan buah, memeriksa kesehatan berkala

- 2) Pemeriksaan rutin bagi yang keluarga dengan riwayat stroke
- 3) Pemberian obat-obatan
- 4) Lakukan olahraga secara rutin
- 5) Kurangi konsumsi garam terlalu banyak
- 6) Kurangi stres dan istirahat yang cukup

2.3.2 Konsep Masalah yang sering muncul

- 1) Definisi gangguan mobilitas fisik

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017), Gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam gerak fisik dari satu atau lebih ekstermitas secara mandiri.

- 2) Etiologi

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017), penyebab gangguan mobilitas fisik yaitu :

- (1) Kerusakan integritas struktur tulang
- (2) Perubahan metabolisme
- (3) Ketidak bugaran fisik
- (4) Penurunan kendali otot
- (5) Penurunan massa otot
- (6) Penurunan kekuatan otot
- (7) Keterlambatan perkembangan
- (8) Kekakuan sendi
- (9) Kontraktur
- (10) Malnutrisi
- (11) Gangguan musculoskeletal

- (12) Gangguan neuromuscular
 - (13) Efek agen farmakologis
 - (14) Program pembatasan gerak
 - (15) Nyeri
 - (16) Kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik
 - (17) Kecemasan
 - (18) Gangguan kognitif
 - (19) Keengganan melakukan pergerakan
 - (20) Gangguan sensori persepsi
- 3) Tanda dan gejala
- (1) Gejala dan tanda mayor
 - Subjektif :
 - ((1) Mengeluh sulit menggerakkan ekstermitas
 - Objektif :
 - ((1) Kekuatan otot menurun
 - ((2) Rentang gerak (ROM) menurun
 - (2) Gejala dan tanda minor
 - Subjektif :
 - ((1) Nyeri saat bergerak
 - ((2) Enggan melakukan pergerakan
 - ((3) Merasa cemas saat bergerak
 - Objektif :
 - ((1) Sendi kaku
 - ((2) Gerakan tidak terkoordinasi

((3) Gerakan terbatas

((4) Fisik lemah

2.4 Konsep Asuhan Keperawatan

2.4.1 Pengkajian

1) Data Umum :

(1) Komposisi keluarga

Komposisi keluarga berkenaan dengan siapa anggota keluarga yang diidentifikasi sebagai bagian dari keluarga mereka.

(2) Genogram

Genogram keluarga adalah suatu diagram yang menggambarkan konstelasi atau pohon keluarga.

(3) Tipe keluarga

Tipe keluarga didasari oleh anggota keluarga yang berada dalam satu atap. Tipe keluarga dapat dilihat dari komponen dan genogram dalam keluarga.

(4) etnik dan agama

Bagi kebanyakan keluarga, pengkajian kebudayaan dan etnik secara lengkap merupakan hal yang tidak mungkin dilakukan, namun pengkajian latar belakang etnik keluarga dan tingkat yang mereka identifikasi dengan kebudayaan lain atau kebudayaan tradisional mereka yang dominan, merupakan informasi dasar yang diperlukan dalam tiap pengkajian keluarga. Masalah yang kompleks, latar belakang etnik atau pasangan dapat berbeda, dan jika berbeda maka, penting untuk

mengkaji bagaimana perbedaan ini diatasi dan bagaimana perbedaan tersebut memengaruhi kehidupan keluarga. Informasi tentang keyakinan agama keluarga dan praktiknya sangat berhubungan erat dengan etnisitas sehingga harus juga dimasukkan sebagai dari pengkajian. Keyakinan beragama sering memengaruhi konsepsi keluarga tentang sehat-sakit dan bagaimana anggota keluarga yang sakit ditangani.

(5) Bahasa

Bahasa yang digunakan secara eksklusif, kemampuan anggota keluarga berbahasa, dan bahasa apa yang digunakan didalam maupun di luar rumah.

(6) Status sosial ekonomi

Status ekonomi keluarga adalah suatu komponen kelas sosial yang menunjukkan tingkat dan sumber penghasilan keluarga.

(7) Aktifitas rekreasi atau waktu luang keluarga

2) Riwayat Dan Tahap Perkembangan Keluarga

(1) Tahap perkembangan keluarga saat ini :

Tahap perkembangan keluarga ditentukan dengan anak tertua dari keluarga ini.

(2) Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi :

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

(3) Riwayat keluarga inti :

Riwayat keluarga inti pada tahap ini yang dikaji adalah hubungan keluarga inti, dan apa latar belakang terbentuknya sebuah keluarga.

(4) Riwayat kesehatan keluarga sebelumnya :

Dijelaskan mengenai riwayat kesehatan pada keluarga dari anggota dari pihak suami dan istri. Pada anggota keluarga cva hemoragik dapat diturunkan. Dijelaskan mengenai riwayat kesehatan pada keluarga dari pihak suami dan istri.

3) Data Lingkungan

(1) Karakteristik rumah :

Bagian ini berfokus pada karakteristik tertentu dari lingkungan rumah keluarga, yang dapat memengaruhi kesehatan keluarga.

(2) Karakteristik tetangga dan komunitas :

Keluarga sehat adalah keluarga yang aktif dan mencari cara dengan inisiatif sendiri untuk berhubungan dengan berbagai kelompok komunitas.

(3) Mobilitas geografis keluarga :

Lingkungan dan komunitas yang lebih luas yang ditepati keluarga, memiliki pengaruh nyata terhadap kesehatan keluarga.

(4) Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat :

Pada tahap ini yang dikaji adalah tentang interaksi dengan tetangga disekitar rumah

(5) Sistem pendukung keluarga :

Yang termasuk pada sistem pendukung keluarga adalah jumlah anggota keluarga yang sehat, fasilitas-fasilitas yang dimiliki keluarga untuk menunjang kesehatan.

4) Struktur Keluarga

(1) Struktur Peran Keluarga :

Sebuah peran didefinisikan sebagai kumpulan dari perilaku yang secara relatif homogen dibatasi secara normatif dan diharapkan dari seorang yang menempati posisi sosial yang diberikan. Peran berdasarkan pada pengharapan atau penetapan peran yang membatasi apa saja yang harus dilakukan oleh individu di dalam situasi tertentu agar memenuhi pengharapan diri atau orang lain terhadap mereka. Adanya anggota keluarga yang memerlukan peran informal keluarga dalam merawat anggota keluarga sekaligus sebagai sistem dukungan bagi anggota keluarga.

(2) Nilai dan Norma Keluarga :

Nilai keluarga didefinisikan sebagai suatu sistem ide, perilaku, dan keyakinan tentang nilai suatu hal atau konsep yang secara sadar maupun tidak sadar mengikat anggota keluarga dalam kebudayaan sehari-hari atau kebudayaan umum. Norma keluarga adalah pola perilaku yang dianggap benar oleh masyarakat, sebagai sesuatu yang berdasarkan pada sistem nilai keluarga.

(3) Pola Komunikasi Keluarga :

Pola komunikasi keluarga merupakan karakteristik, pola interaksi sirkular yang bersinambung yang menghasilkan arti transaksi antara anggota keluarga.

(4) Struktur kekuatan keluarga :

Dukungan pada anggota keluarga cva hemoragik diperlukan bagi anggota keluarga seperti mengingatkan atau menghindari factor resiko, dan mengingatkan untuk melakukan kontrol.

5) Fungsi Keluarga

(1) Fungsi Afektif :

Fungsi afektif merupakan dasar utama baik untuk pembentukan maupun keberlanjutan unit keluarga itu sendiri, sehingga fungsi afektif merupakan salah satu fungsi keluarga yang paling penting.

(2) Fungsi Sosialisasi :

Fungsi sosialisasi adalah fungsi yang dibutuhkan untuk kelangsungan hidup masyarakat yang merujuk pada banyaknya pengalaman belajar yang diberikan dalam keluarga yang ditujukan untuk mendidik anak-anak tentang cara menjalankan fungsi dan memikul peran orang dewasa.

(3) Fungsi Perawatan Kesehatan :

Fungsi fisik keluarga dipenuhi oleh orang tua yang menyediakan makanan, pakaian, tempat tinggal, perawatan kesehatan, dan perlindungan terhadap bahaya.

(4) Fungsi Reproduksi :

Salah satu fungsi dasar keluarga adalah untuk menjamin kontinuitas antar generasi keluarga dan masyarakat yaitu menyediakan anggota baru untuk masyarakat.

(5) Fungsi Ekonomi :

Fungsi ekonomi melibatkan penyediaan keluarga akan sumber daya yang cukup finansial, ruang, dan materi serta alokasi yang sesuai melalui proses pengambilan keputusan.

6) Stress Dan Koping Keluarga

(1) Stresor jangka pendek dan jangka panjang

((1) Jangka pendek :

Stresor jangka pendek yaitu stressor yang dialami keluarga yang memerlukan penyelesaian dalam waktu kurang lebih 6 bulan.

((2) Jangka panjang :

Stresor jangka panjang yaitu stressor yang dialami keluarga yang memerlukan penyelesaian dalam waktu lebih dari 6 bulan.

(2) Kemampuan keluarga berespon terhadap situasi dan stressor

(3) Strategi koping yang digunakan

(4) Strategi adaptasi disfungsional

7) Pemeriksaan fisik keluarga

Pemeriksaan fisik menggunakan Metode head to toe pada semua anggota keluarga. Pada anggota keluarga dengan stroke dapat

ditemui peningkatan tekanan darah, kelemahan pada ekstremitas di sebelah kiri, dan susah beraktivitas.

8) Harapan keluarga

Dalam pengkajian ini mencangkup harapan keluarga terhadap perawat dan pelayanan kesehatan yang diterima.

2.4.2 Diagnosa Keperawatan

- 1) Gangguan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot d.d kekuatan otot menurun (D.0054)
- 2) Gangguan komunikasi verbal b.d penurunan serebral d.d bicara pelo (D.0119)
- 3) Resiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi (D. 0017)

Diagnosa keperawatan adalah penilaian klinis tentang respon individu, keluarga atau komunitas terhadap proses kehidupan/masalah kesehatan. Actual atau potensial dan kemungkinan membutuhkan tindakan keperawatan untuk memecahkan masalah tersebut.

Dalam satu keluarga dapat saja perawata menemukan lebih dari satu diagnosa keperawatan keluarga. Untuk menentukan prioritas terhadap diagnosa keperawatan keluarga yang ditemukan dihitung dengan menggunakan skala prioritas (Skala Baylon dan Maglaya).

Tabel 2.1 Skala Bailon dan Maglaya

Kriteria	Skor	Bobot
1) Sifat masalah :		1
(1) Aktual (tidak atau kurang sehat)	3	
(2) Ancaman kesehatan	2	
(3) Keadaan sejahtera	1	
2) Kemungkinan masalah yang dapat di ubah		2
(1) Mudah	2	
(2) Sebagian	1	
(3) Tidak dapat	0	
3) Potensial masalah dapat dicegah		1
(1) Tinggi	3	
(2) Cukup	2	
(3) Rendah	1	
4) Menonjolnya masalah		1
(1) Masalah berat harus segera ditangani	2	
(2) Ada masalah tetapi tidak perlu segera	1	
(3) Masalah tidak dirasakan	0	

(Sumber : Wahit Iqbal Mubarak, 2011)

Skoring :

- 1) Tentukan skor untuk setiap kriteria
- 2) Skor dibagi dengan angka tertinggi dan dikalikan dengan bobot

$$\frac{\text{Skor}}{\text{Angka Tertinggi}} \times \text{Bobot}$$

- 3) Jumlah skor untuk semua kriteria
- 4) Skor tertinggi adalah 5 dan sama untuk seluruh bobot

2.4.3 Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala bentuk terapi yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai peningkatan, pencegahan, dan pemulihan kesehatan pasien, keluarga, dan komunitas (Tim SIKI PPNI, 2018).

Tabel 2.2 Intervensi keperawatan pada CVA Hemoragik

Diagnosa	Luaran	Intervensi
<p>1. Gangguan mobilitas fisik</p> <p><i>Gejala dan tanda :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengeluh sulit menggerakkan ekstermitas 2. Kekuatan otot menurun 3. Rentang gerak (ROM) menurun 4. Enggan melakukan pergerakan 5. Merasa cemas saat bergerak 6. Sendi kaku 7. Gerakan tidak terkoordinasi 8. Gerakan terbatas 9. Fisik lemah <p><i>Faktor yang berhubungan :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penurunan massa otot 2. Penurunan kekuatan otot 3. Kekakuan sendi 4. Gangguan musculoskeletal 5. Gangguan neuromuscular 6. Progam pembatasan gerak 7. Kecemasan 8. Gangguan kognitif 9. Keengganan melakukan pergerakan 10. Gangguan sensori persepsi <p><i>Kondisi klinis terkait :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Strok 2. Cedera medula spinalis 3. Trauma 4. Fraktur 5. Osteoarthritis 6. Ostemalasia 7. Keganasan 	<p>Luara Utama : Mobilitas fisik</p> <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan ekstermitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerak (ROM) meningkat 4. Nyeri menurun 5. Kecemasan menurun 6. Kekakuan sendi menurun 7. Gerakan tidak terkoordinasi menurun 8. Gerakan terbatas menurun 9. Kelemah fisik menurun 	<p>Intervensi Utama : Dukungan mobilisasi</p> <p><i>Observasi :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <p><i>Terapeutik :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu 2. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <p><i>Edukasi :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 3. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan <p>Intervensi Pendukung : Edukasi latihan fisik Edukasi teknik ambulasi Manajemen nyeri Pencegahan jatuh Teknik latihan penguatan otot</p>
<p>2. Gangguan komunikasi verbal</p> <p><i>Gejala dan tanda :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak mampu berbicara atau mendengar 	<p>Luaran Utama : Komunikasi verbal</p> <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan komunikasi verbal meningkat dengan kriteria hasil :</p>	<p>Intervensi Utama : Promosi komunikasi : Deficit bicara</p>

2. Menunjukkan respon tidak sesuai 3. Disartria 4. Pelo 5. Tidak ada kontak mata 6. Sulit mempertahankan komunikasi 7. Sulit menggunakan ekspresi wajah atau tubuh 8. Tidak mampu menggunakan ekspresi wajah atau tubuh 9. Sulit menyusun kalimat 10. Verbalisasi tidak tepat 11. Sulit mengungkapkan kata-kata	1. Kemampuan bicara meningkat 2. Kemampuan mendengar meningkat 3. Kesesuaian ekspresi wajah/tubuh meningkat 4. Kontak mata meningkat 5. Pelo menurun 6. Respon perilaku membaik 7. Pemahaman komunikasi membaik	<i>Observasi :</i> 1. Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara 2. Monitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara 3. Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi
<i>Kondisi terkait :</i>		<i>Terapeutik :</i> 1. Gunakan metode alternatif 2. Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan 3. Ulangi apa yang disampaikan pasien 4. Berikan dukungan psikologis 5. Gunakan juru bicara, jika perlu
1. Strok 2. Cedera kepala 3. Trauma wajah 4. Peningkatan intracranial 5. Hipoksia kronis 6. Tumor 7. Miastenia grafis 8. Sclerosis multiple 9. Distropi muskuler 10. Penyakit Alzheimer 11. Kuadriplegia 12. Labiopalatoskizis 13. Infeksi laring 14. Fraktur rahang 15. Skizofrenia 16. Delusi 17. Paranoid 18. Autism		<i>Edukasi :</i> 1. Anjurkan berbicara perlahan 2. Ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan berbicara
		<i>Kolaborasi :</i> 1. Rujuk ke ahli patologi bicara dan terapis
		<i>Intervensi pendukung :</i> Dukungan kepatuhan program pengobatan Dukungan perawatan diri Latihan memori Manajemen energi Manajemen lingkungan
3. Resiko perfusi serebral tidak efektif <i>Faktor risiko :</i> 1. Keabnormalan masa protrombin atau masa trosoplastin parsial 2. Penurunan kinerja ventrikel kiri	<i>Luaran Utama :</i> Perfusi serebral Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil : 1. Tingkat kesadaran meningkat 2. Kognitif meningkat	<i>Intervensi Utama :</i> Manajemen peningkatan tekanan intracranial <i>Observasi :</i> 1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK 2. Monitor tanda/gejala peningkatan TIK

3. Aterosklerosis aorta	3. Tekanan intra kranial menurun	3. Monitor status pernafasan
4. Diseksi arteri	4. Gelisah menurun	
5. Fibrilasi atrium	5. Kecemasan menurun	<i>Terapeutik :</i>
6. Stenosis karotis	6. Tekanan darah sistolik membaik	1. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang
7. Miksoma atrium	7. Tekanan darah diastolic membaik	2. Berikan posisi semi fowler
8. Aneurisma atrium		3. Pertahankan suhu tubuh normal
9. Dilatasi kardiomiopati		<i>Kolaborasi :</i>
10. Koagulasi intravaskuler diseminata		1. Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan, jika perlu
11. Embolisme		2. Kolaborasi pemberian diuretic osmosis, jika perlu
12. Cedera kepala		3. Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu
13. Hiperkolesterolemia		
14. Hipertensi		Intervensi pendukung :
15. Katup prostetik mekanis		Pemantauan neurologis
16. Stenosis mitral		Pemantauan tanda vital
17. Neoplasma otak		Pemberian obat
18. Infark miokard akut		Perawatan neurovaskuler
<i>Kondisi klinis terkait :</i>		
1. Strok		
2. Cedera kepala		
3. Aterosklerotik aortic		
4. Infark miokard akut		
5. Diseksi arteri		
6. Embolisme		
7. Fibrilasi atrium		
8. Hiperkolesterolemia		
9. Hipertensi		
10. Ditalasi kardiomiopati		
11. Koagulasi intravaskuler diseminata		
12. Miksoma atrium		
13. Neoplasma otak		
14. Segmen ventrikel kiri akinetik		
15. Stenosis karotis		
16. Stenosis mitral		
17. Hidrosefalus		
18. Infeksi otak		

(Sumber: Tim SIKI PPNI., (2018))

2.4.4 Implementasi

Implementasi adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan klien secara optimal. Pada tahap ini perawat menerapkan pengetahuan intelektual, kemampuan hubungan antar manusia (komunikasi) dan kemampuan teknis keperawatan, penemuan perubahan

pada pertahanan daya tahan tubuh, pencegahan komplikasi, penemuan perubahan sistem tubuh, pemantapan hubungan klien dengan lingkungan, implementasi pesan tim medis serta mengupayakan rasa aman, nyaman dan keselamatan klien.

2.4.5 Evaluasi

Evaluasi dapat dilakukan dengan melakukan pendekatan SOAP:

1) S : Data Subyektif

Data subyektif Adalah perkembangan keadaan yang didasarkan pada apa yang dirasakan, dikeluhkan, dan dikemukakan klien.

2) O : Data Obyektif

Data Obyektif Perkembangan yang bisa diamati dan diukur oleh perawat atau tim kesehatan yang lain.

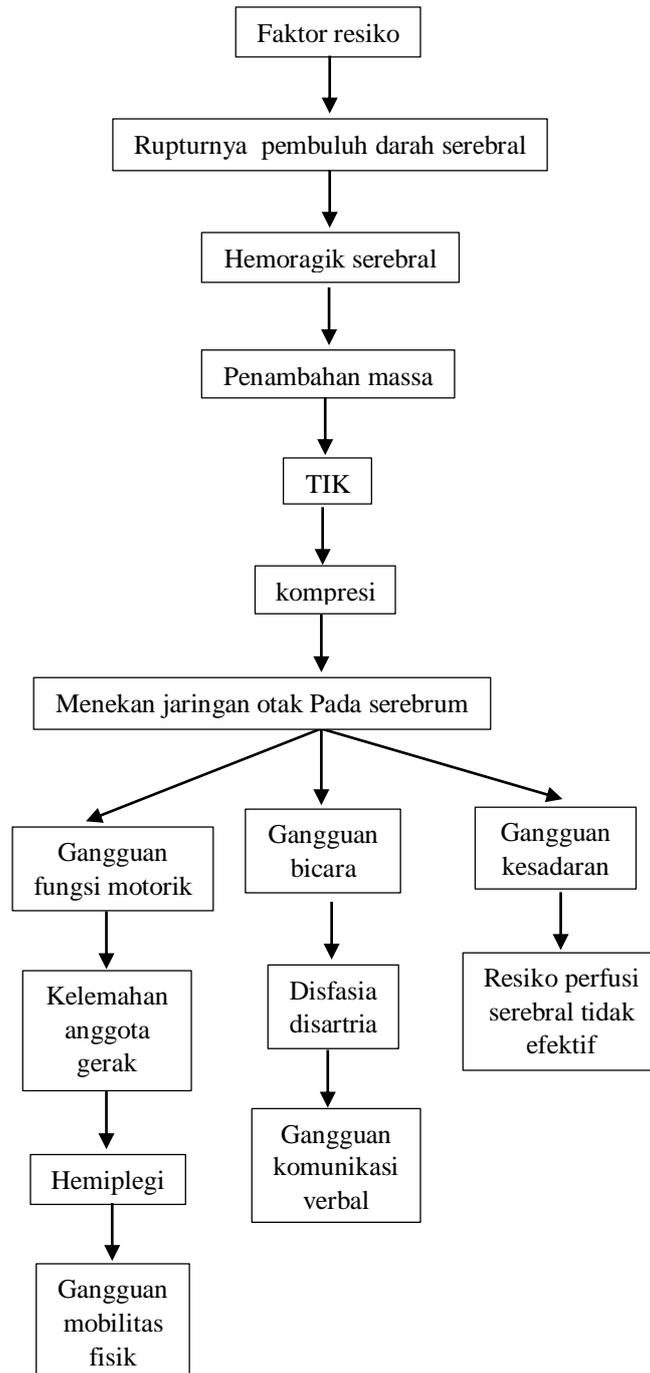
3) A : Analisis

Penilaian dari kedua jenis data (baik subjektif maupun objektif) apakah berkembang ke arah perbaikan atau kemunduran.

4) P : Perencanaan

Rencana penanganan klien yang didasarkan pada hasil analisis di atas yang berisi melanjutkan perencanaan sebelumnya apabila keadaan atau masalah belum teratasi.

2.5 Kerangka Masalah Keperawatan CVA Hemoragik



(sumber: Iskandar Junaidi, (2011))

Gambar 2.1 pathway masalah keperawatan CVA Hemoragik

BAB 3

TINJAUAN KASUS

Untuk mendapatkan gambaran nyata tentang pelaksanaan asuhan keperawatan keluarga pada pasien cva hemoragik dengan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik di desa petung bakalan maka penulis menyajikan suatu kasus yang penulis amati mulai tanggal 08 Maret 2021 sampai dengan 10 Maret 2021 dengan data pengkajian pada tanggal 08 Maret 2021 pada pukul 08.00 WIB.

3.1 Pengkajian

3.1.1 Data Umum

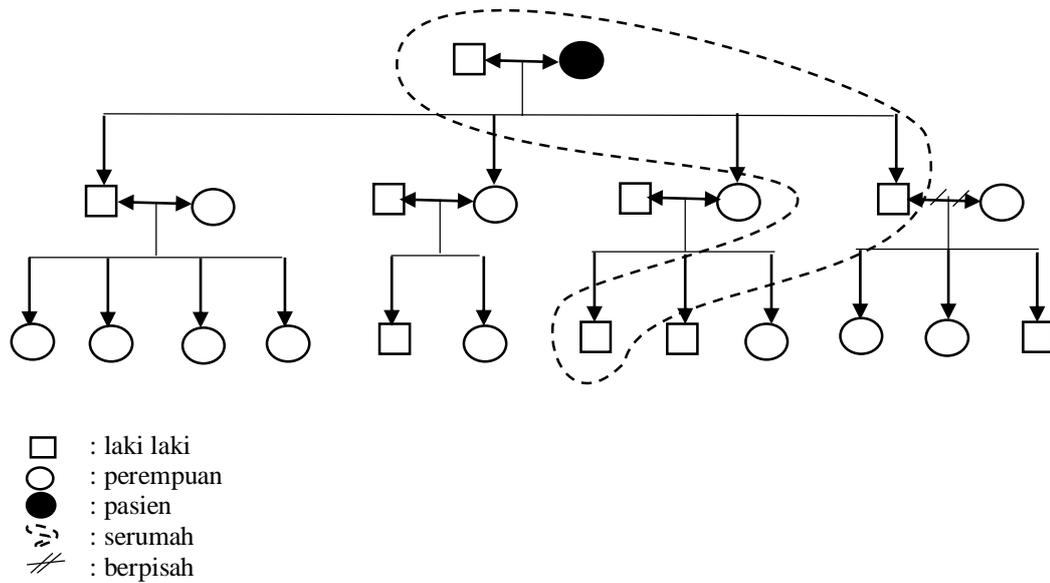
Tabel 3.1 Identitas Keluarga

1.	Nama kepala keluarga	Tn. R
2.	Umur	70 tahun
3.	Alamat	Petung Bakalan
4.	Pekerjaan	Petani
5.	Pendidikan	SD
6.	No telepon	-

Tabel 3.2 Komposisi Keluarga

No	Nama	Jenis Kelamin	Hubungan keluarga dengan KK	Umur	Pendidikan	Pekerjaan	Ket
1.	Ny. S	Perempuan	Istri	65 tahun	SD	IRT	CVA Hemoragik
2.	Tn. K	Laki-laki	Anak	35 tahun	SMP	Kurir	-
3.	An. E	Laki-laki	Cucu	20 tahun	SMA	-	-

Genogram :



Gambar 3.1 Genogram

Tabel 3.3 Tipe Keluarga

Tipe Keluarga	Keluarga besar (extended family)
Suku Bangsa	Jawa
Agama	Islam

Tabel 3.4 Status Sosial Ekonomi Keluarga

Jumlah pendapatan perbulan	± Rp. 1.000.000,- perbulan
Sumber pendapatan perbulan	Petani
Jumlah pengeluaran perbulan	± Rp. 800.000,-perbulan
Aktivitas rekreasi keluarga	Menonton televisive bersama di rumah

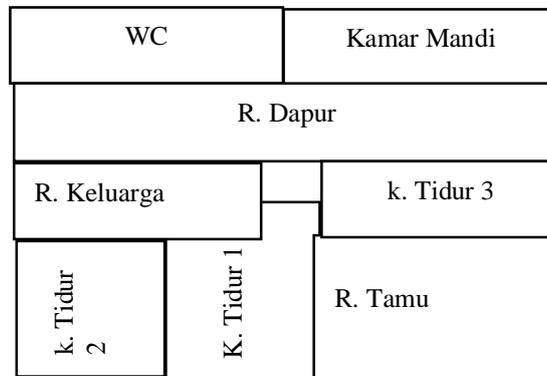
3.1.2 Riwayat Dan Tahap Perkembangan Keluarga

Tabel 3.5 Riwayat Dan Tahap Perkembangan Keluarga

Tahap perkembangan keluarga saat ini	Tahap perkembangan keluarga Tn. R yaitu pada tahap 8 dengan tahap keluarga lansia dimana tugas pekembanganya : Mempertahankan ikatan keluarga antargenerasi
Tugas perkembangan keluarga yang belum terpenuhi	Tn. R mempunyai seorang cucu yang tinggal dengan Tn. R masih dalam melanjutkan pendidikannya
Riwayat kesehatan keluarga inti	Tn. R mengatakan bahwa Ny. S mempunyai riwayat kesehatan strok selama kurang lebih 2 tahun dengan keluhan tangan dan kaki kiri belum bisa di gerakkan dengan baik, bicara pelo
Riwayat kesehatan keluarga sebelumnya	Tn. R mengatakan bahwa Ny. S memiliki riwayat hipertensi. Dan keluarga lainnya tidak ada yang mempunyai riwayat hipertensi

3.1.3 Data Lingkungan

Denah Rumah :



Gambar 3.2 Denah Rumah

Tabel 3.6 Data Lingkungan

Karakteristik rumah	Rumah Tn. R yang ditempati adalah rumah milik sendiri, terdiri dari 3 kamar tidur, 3 ruang (ruang tamu, ruang keluarga, ruang dapur), 2 kamar mandi dan WC. Lantai rumah Tn. R terbuat dari material semen dan pasir, di sebelah kiri dan kanan rumah Tn. R terdapat rumah tetangga
Karakteristik tetangga dan komunitasnya	Tn. R mengatakan ia tinggal di lingkungan yang sama suku denganya terkadang dia mengikuti pengajian dan kerja bakti yang diadakan di lingkungannya
Mobilitas geografis keluarga	Tn. R mengatakan ia penduduk asli yang tinggal di desa petung bakalan dan tidak pernah berpindah baik dalam maupun luar kota
Perkumpulan keluarga dan interaksi dalam masyarakat	Tn. R mengatakan ketika saat sebelum stroke terkadang Ny. S berkunjung kerumah tetangga dan mengikuti pengkajian yang di adakan perkumpulan di masyarakat, selain berkumpul bersama bisa menjalin silaturahmi yang lebih erat sambil bercerita dan bercanda tawa bersama. Dan sekarang semenjak Ny. S mendapat penyakit stroke sudah jarang pergi untuk menghadiri acara masyarakat seperti dulu, karena sulit untuk beraktivitas dan lebih banyak menghabiskan waktu dirumahnya saja
System pendukung keluarga	Tn. R mengatakan bahwa jika ada anggota yang sakit maka di bawa ke puskesmas atau rumah sakit dan menggunakan BPJS jika ada kebutuhan biaya mendesak

3.1.4 Struktur Keluarga

Tabel 3.7 Struktur Keluarga

Stuktur peran	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tn. R berperan sebagai kepala keluarga untuk mencari nafkah kebutuhan sehari-hari. 2. Ny. S Berperan sebagai istri. 3. Tn. K Berperan sebagai anak terakhir dan bekerja sebagai kurir dan berperan penting untuk merawat ibunya dan selalu memberikan dukungan untuk kesembuhan ibunya. 4. An. E berperan sebagai cucu dan juga membantu merawat neneknya dan juga memberi dukungan sepenuhnya untuk kesembuhan ibunya.
---------------	---

Nilai atau norma keluarga	Tn. R mengatakan ia terbiasa menanamkan kepada anak cucunya sikap hormat dan saling menghargai antar keluarga maupun dengan orang lain. Keluarga menganut nilai dan norma yang terdapat pada tempat tinggalnya.
Pola komunikasi keluarga	keluarga Tn. R terbuka dalam hal apapun, dan jika ada masalah didalam keluarga diselesaikan secara bersama-sama. Pola interaksi dalam keluarga Tn. R baik karena komunikasi yang dilakukan dalam keluarga tidak hanya ada urusan saja tetapi kapan pun saat berkumpul mereka berkomunikasi. Biasanya yang sering terjadi dalam berkomunikasi pada saat malam hari sambil menonton TV, karena pada malam hari semuanya berkumpul.
Struktur kekuatan keluarga	Tn. R mengatakan di dalam keluarganya sebagai kepala keluarga dan juga sebagai pengambil keputusan, menurutnya seriap anggota keluarga mempunyai hak masing-masing dalam mengeluarkan pendapat, jika ada masalah selalu dimusyawarahkan bersama.

3.1.5 Fungsi Keluarga

Tabel 3.8 Fungsi Keluarga

Fungsi ekonomi	Status ekonomi keluarga Tn. R saat ini hanya bekerja sebagai seorang petani yang perbulannya hanya menghasilkan kurang lebih Rp. 1.000.000 dan juga diberi uang oleh anak - anaknya yang sudah bekerja setiap bulannya
Fungsi mendapatkan status social	Keluarga Tn. R selalu memberikan pendidikan agar suatu saat nanti dapat menjadi panutan dan dianggap sebagai status dilingkungan, baik itu diperoleh dari pemberian ataupun dari usaha sendiri
Fungsi pendidikan	Keluarga menjadi media pembelajaran yang pertama. Karena pada dasarnya semuanya diawali dengan mencontoh kebiasaan orang terdekat yakni keluarga. Keluarga menjadi jasa pendidikan informal selain formal dibangku sekolahan
Fungsi sosialisasi	Tn. R mengatakan interaksi antar keluarga dapat berjalan dengan baik. Hal ini disebabkan karena setiap anggota keluarga berusaha untuk mematuhi aturan yang ada misalnya saling menghormati dan menghargai
Fungsi pemenuhan kesehatan	Ny. S mengatakan tidak begitu banyak tahu tentang cara melatih menggerakkan kaki dan tangannya yang lemah tersebut, biasanya Ny. S hanya melakukan jalan-jalan di sekitar halaman rumah nya dengan menggunakan tongkat, dan memijat anggota gerak yang lemahnya tersebut dan terkadang di bantu anak dan cucunya untuk bergerak dan dipijat oleh anak dan cucunya dan menyediakan makanan selalu dimasak terdiri komposisi, nasi, lauk pauk, dan sayur dengan frekuensi 3 kali sehari dan bila ada anggota keluarga yang sakit keluarga merawat dan mengantarkan ke puskesmas terdekat atau petugas kesehatan
Fungsi religious	Keluarga Tn. R berdoa untuk meminta kesehatan dan kesembuhan Ny. S setelah selesai menjalankan ibadah sholat
Fungsi rekreasi	Keluarga Tn. R melakukan rekreasi dengan cara menonton televisi bersama
Fungsi reproduksi	Tn. R mengatakan tidak mungkin punya anak lagi karena sudah dalam usia lanjut usia
Fungsi afektif	Tn. R mengatakan berusaha memelihara hubungan baik antar anggota keluarga. Saling menyayangi, mengormati dan bila ada anggota keluarga yang membutuhkan maka anggota keluarga yang lain membantu

3.1.6 Stress Dan Koping Keluarga

Tabel 3.9 Stress Dan Koping Keluarga

Stressor pendek dan panjang	Stressor jangka pendek : keluarga Tn. R mengatakan saat ini memikirkan masalah kesehatan penyakit yang diderita oleh Ny. S. Stressor jangka panjang : Ny. S mengatakan ingin cepat sembuh terutama pada tangan dan kakinya sebelah kiri supaya bisa beraktifitas dengan normal kembali
Kemampuan keluarga berespon terhadap stressor	Keluarga Tn. S cukup cepat dalam berespon dengan masalah, saling terbuka dan saling berbagi kalau ada masalah saling memberikan solusi satu sama lain
Strategi koping yang digunakan	Keluarga Tn. R mengatakan bahwa Upaya yang dilakukan Ny. S adalah dengan berjalan jalan disekitar rumah pada pagi hari dengan menggunakan tongkat dan mengontrol makanan tinggi garam
Strategi adaptasi disfungsi	Keluarga Tn. R mengatakan bahwa Setiap ada masalah Tn. R menghadapinya dengan sabra

3.1.7 Pemeriksaan Kesehatan Tiap Individu Anggota Keluarga

Tabel 3.10 Pemeriksaan Fisik Keluarga Tn. R

Data	Tn. R	Ny. S	Tn. K	An. E
TTV	TD : 120/90 mmHg RR : 20 x/m N : 80 x/m S : 36,6 °C	TD : 170/100 mmHg RR : 22 x/m N : 82 x/m S : 36,7 °C	TD : 120/80 mmHg RR : x/m N : 80 x/m S : 36,5 °C	TD : 110/80 mmHg RR : x/m N : 80 x/m S : 36,5 °C
Kepala dan rambut	Bentuk kepala simetris, bersih, tidak ada ketombe. Rambut putih beruban dan pendek. Kulit kepala bersih, tidak terdapat lesi. tidak adanya nyeri tekan dan benjolan.	Bentuk kepala simetris, bersih, tidak ada ketombe. Rambut putih beruban dan panjang. Kulit kepala bersih, tidak terdapat lesi. tidak adanya nyeri tekan	Bentuk kepala simetris, bersih, tidak ada ketombe. Rambut hitam dan pendek. Kulit kepala bersih, tidak terdapat lesi. tidak adanya nyeri tekan dan benjolan.	Bentuk kepala simetris, bersih, tidak ada ketombe. Rambut hitam dan pendek. Kulit kepala bersih, tidak terdapat lesi. tidak adanya nyeri tekan dan benjolan.
Mata	Mata simetris, pupil isokor, sclera normal, konjungtiva normal.	Mata simetris, pupil isokor, sclera normal, konjungtiva anemis.	Mata simetris, pupil isokor, sclera normal, konjungtiva normal.	Mata simetris, pupil isokor, sclera normal, konjungtiva normal.
Hidung	Bentuk simetris, tidak ada peradangan, tidak ada sekret, ada pernafasan cuping hidung, tidak ada benjolan dan tidak ada nyeri tekan	Bentuk simetris, tidak ada peradangan, tidak ada sekret, ada pernafasan cuping hidung, tidak ada benjolan dan tidak ada nyeri tekan	Bentuk simetris, tidak ada peradangan, tidak ada sekret, ada pernafasan cuping hidung, tidak ada benjolan dan tidak ada nyeri tekan	Bentuk simetris, tidak ada peradangan, tidak ada sekret, ada pernafasan cuping hidung, tidak ada benjolan dan tidak ada nyeri tekan

Mulut	Mukosa bibir kering, gigi dan lidah bersih, tidak terdapat perdarahan gusi.	Mukosa bibir kering, gigitan lidah bersih, tidak terdapat perdarahan gusi.	Mukosa bibir kering, gigi dan lidah bersih, tidak terdapat perdarahan gusi.	Mukosa bibir kering, gigi dan lidah bersih, tidak terdapat perdarahan gusi.
Telinga	Bentuk simetris, Tidak terdapat lesi, lubang telinga tampak bersih, tidak ada nyeri tekan.	Bentuk simetris, Tidak terdapat lesi, lubang telinga tampak bersih, tidak ada nyeri tekan.	Bentuk simetris, Tidak terdapat lesi, lubang telinga tampak bersih, tidak ada nyeri tekan.	Bentuk simetris, Tidak terdapat lesi, lubang telinga tampak bersih, tidak ada nyeri tekan.
Leher	Simetris, tidak ada pembesaran kelenjer limfe, tidak ada pembesaran kelenjer, tidak ada nyeri tekan.	Simetris, tidak ada pembesaran kelenjer limfe, tidak ada pembesaran kelenjer, tidak ada nyeri tekan.	Simetris, tidak ada pembesaran kelenjer limfe, tidak ada pembesaran kelenjer, tidak ada nyeri tekan.	Simetris, tidak ada pembesaran kelenjer limfe, tidak ada pembesaran kelenjer, tidak ada nyeri tekan.
Thorax	Bentuk thorax simetris, suara paru sonor, suara nafas vesikuler, tidak ada pembesaran jantung, bunyi jantung S1 dan S2 normal, tidak ada suara tambahan.	Bentuk thorax simetris, suara paru sonor, suara nafas vesikuler, tidak ada pembesaran jantung, bunyi jantung S1 dan S2 normal, tidak ada suara tambahan.	Bentuk thorax simetris, suara paru sonor, suara nafas vesikuler, tidak ada pembesaran jantung, bunyi jantung S1 dan S2 normal, tidak ada suara tambahan.	Bentuk thorax simetris, suara paru sonor, suara nafas vesikuler, tidak ada pembesaran jantung, bunyi jantung S1 dan S2 normal, tidak ada suara tambahan.
Ekstermitas	Bentuk simetris, tidak ada oedem, tidak ada nyeri tekan. Kekuatan otot $\frac{5}{5}$ $\frac{5}{5}$	Bentuk simetris, tidak ada oedem, tidak ada nyeri tekan, kelemahan tangan dan kaki kiri. Kekuatan otot $\frac{5}{3}$ $\frac{5}{3}$	Bentuk simetris, tidak ada oedem, tidak ada nyeri tekan. Kekuatan otot $\frac{5}{5}$ $\frac{5}{5}$	Bentuk simetris, tidak ada oedem, tidak ada nyeri tekan. Kekuatan otot $\frac{5}{5}$ $\frac{5}{5}$

3.1.8 Harapan Keluarga

Tabel 3.11 Harapan Keluarga

Keluarga Tn. R berharap Ny. S dapat sembuh dan beraktifitas seperti biasanya dan petugas kesehatan dapat memberi pelayanan dengan baik.

3.2 ANALISA DATA

Tabel 3.12 Analisa Data Ny. S

No.	Data	Penyebab	Masalah
1.	<p>DS : Ny. S mengatakan tangan dan kaki kiri belum bisa di gerakkan dengan baik, sering pusing dan mudah lelah saat berjalan dan dibantu dengan tongkat</p> <p>DO : KU : lemah Kesadaran : composmentis Rentang gerak menurun Sendi kaku Gerakan terbatas TD :170/100 mmHg RR : 22 x/m N :82 x/m S : 36,7 °C Kekuatan otot : $\frac{5}{3}$ $\frac{5}{3}$</p>	<p>Faktor resiko</p> <p>↓</p> <p>Rupturnya pembuluh darah serebral</p> <p>↓</p> <p>Hemoragik serebral</p> <p>↓</p> <p>Penambahan massa</p> <p>↓</p> <p>TIK</p> <p>↓</p> <p>Kompresi</p> <p>↓</p> <p>Menekan jaringan otak pada serebrum</p> <p>↓</p> <p>Gangguan fungsi motoric</p> <p>↓</p> <p>Kelemahan anggota gerak</p> <p>↓</p> <p>Gangguan mobilitas fisik</p>	<p>Gangguan Mobilitas Fisik</p>
2.	<p>DS : -</p> <p>DO : KU : lemah Kesadaran : composmentis Bicara pelo TD :170/100 mmHg RR : 22 x/m N :82 x/m S : 36,7 °C</p>	<p>Faktor resiko</p> <p>↓</p> <p>Rupturnya pembuluh darah serebral</p> <p>↓</p> <p>Hemoragik serebral</p> <p>↓</p> <p>Penambahan massa</p> <p>↓</p> <p>TIK</p> <p>↓</p> <p>Kompresi</p> <p>↓</p> <p>Menekan jaringan otak pada serebrum</p> <p>↓</p> <p>Disartria</p> <p>↓</p> <p>Bicara pelo</p> <p>↓</p> <p>Gangguan komunikasi verbal</p>	<p>Gangguan komunikasi verbal</p>

3.3 DIAGNOSA KEPERAWATAN

Tabel 3.13 Diagnosa Keperawatan

No.	Kode	Diagnosa Keperawatan
1.	D.0054	Gangguan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot d.d rentang gerak menurun
2.	D.0119	Gangguan komunikasi verbal b.d gangguan neuromuskuler d.d pelo

SKORING PRIORITAS MASALAH KEPERAWATAN KELUARGA

Tabel 3.14 Skoring Prioritas Masalah Keperawatan Keluarga Gangguan Mobilitas Fisik Pada Ny.S

No.	Kriteria	Skala	Bobot	Skoring	Alasan / Pembeneran
1.	Sifat masalah : Aktual	3	1	$3/3 \times 1 = 1$	Masalah sudah terjadi karena sudah ada tanda dan gejalanya yang terlihat dari Ny. S yaitu tangan dan kaki kiri belum bisa di gerakkan dengan baik
2.	Kemungkinan masalah dapat diubah : Sebagian	1	2	$1/2 \times 2 = 1$	Dengan informasi yang cukup akan menambah wawasan dan pengetahuan keluarga mengenai gangguan mobilitas fisik
3.	Potensial masalah untuk dicegah : Tinggi	3	1	$3/3 \times 1 = 1$	Dibuktikan dengan tangan Ny. S sudah bisa digerakkan secara mandiri meskipun belum maksimal sedangkan kaki Ny. S ketika berjalan tanpa menggunakan tongkat lagi meski belum maksimal.
4.	Menonjolnya masalah :Masalah dirasakan dan harus segera ditangani	2	1	$2/2 \times 1 = 1$	Masalah dirasakan oleh Ny. S dan ingin segera ditangani
Jumlah Skor				4	

Tabel 3.15 Skoring Prioritas Masalah Keperawatan Keluarga Gangguan Komunikasi Verbal Pada Ny. S

No.	Kriteria	Skala	Bobot	Skoring	Alasan / Pembeneran
1.	Sifat masalah : Aktual	3	1	$3/3 \times 1 = 1$	Masalah sudah terjadi karena sudah ada tanda dan gejalanya yang terlihat dari Ny. S yaitu bicara pelo
2.	Kemungkinan masalah dapat diubah : Sebagian	1	2	$1/2 \times 2 = 1$	Dengan informasi yang cukup akan menambah wawasan dan pengetahuan keluarga mengenai gangguan komunikasi verbal
3.	Potensial masalah untuk dicegah : Tinggi	3	1	$3/3 \times 1 = 1$	Dibuktikan dengan kemampuan bicara Ny. S meningkat dan bicara pelo menurun.
4.	Menonjolnya masalah :Masalah dirasakan dan harus segera ditangani	2	1	$2/2 \times 1 = 1$	Masalah dirasakan oleh Ny. S dan ingin segera ditangani
Jumlah Skor				4	

3.4 RENCANAAN KEPERAWATAN

Tabel 3.17 Perencanaan Asuhan Keperawatan Keluarga

Diagnosa Keperawatan	Luaran	Intervensi
Gangguan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot d.d rentang gerak menurun	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan keluarga mampu merawat anggota yang sakit dan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil : 1. Pergerakan ekstermitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerak (ROM) meningkat 4. Kekakuan sendi menurun 5. Gerakan terbatas menurun 6. Kaku sendi menurun 7. Kelemah fisik menurun	Observasi : 1. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 2. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 3. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik : 1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu 2. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi : 1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 3. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan
Gangguan komunikasi verbal	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan keluarga mampu merawat anggota yang sakit dan komunikasi verbal meningkat dengan kriteria hasil : 1. Kemampuan bicara meningkat 2. Pelo menurun	Observasi : 1. Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara 2. Monitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara 3. Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi Terapeutik : 1. Gunakan metode alternatif 2. Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan 3. Ulangi apa yang disampaikan pasien 4. Berikan dukungan psikologis 5. Gunakan juru bicara, jika perlu Edukasi : 1. Anjurkan berbicara perlahan 2. Ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan berbicara Kolaborasi : 1. Rujuk ke ahli patologi bicara dan terapis

3.5 TINDAKAN KEPERAWATAN

Tabel 3.18 Implementasi Keperawatan

No. DX	Tanggal	Jam	Implementasi	TTD
1, 2	08-03-2021	09.00 WIB	1. Melakukan TTV pada keluarga Tn. R	
		09.30 WIB	2. Mengajakarkan teknik ambulasi pada Ny. S mulai dari gerakkan diatas tempat tidur, duduk dan berdiri	
		10.00 WIB	3. Mengajarkan miring kanan dan kiri pada Ny. S	
		10.30 WIB	4. Mengajarkan Ny. S tentang ROM pasif tangan dan kaki	
		11.00 WIB	5. Melatih Ny. S berbicara secara mandiri dan perlahan	
		14.00 WIB	6. Menganjurkan keluarga mendengarkan dengan penuh perhatian apa yang di ucapkan Ny. S	
		14.30 WIB	7. Melibatkan keluarga dalam memahami informasi dari atau ke Ny. S	
		8. Menganjurkan Ny. S untuk banyak istirahat		
1, 2	09-03-2021	09.00 WIB	1. Melakukan TTV pada keluarga Tn. R	
		09.30 WIB	2. Mengajakarkan teknik ambulasi pada Ny. S mulai dari gerakkan diatas tempat tidur, duduk dan berdiri	
		10.00 WIB	3. Mengajarkan miring kanan dan kiri pada Ny. S	
		10.30 WIB	4. Mengajarkan Ny. S tentang ROM pasif tangan dan kaki	
		11.00 WIB	5. Melatih Ny. S berbicara secara mandiri dan perlahan	
		14.00 WIB	6. Menganjurkan keluarga mendengarkan dengan penuh perhatian apa yang di ucapkan Ny. S	
		14.30 WIB	7. Melibatkan keluarga dalam memahami informasi dari atau ke Ny. S	
		8. Menganjurkan Ny. S untuk banyak istirahat		
1, 2	10-03-2021	09.00 WIB	1. Melakukan TTV pada keluarga Tn. R	
		09.30 WIB	2. Mengajakarkan teknik ambulasi pada Ny. S mulai dari gerakkan diatas tempat tidur, duduk dan berdiri	
		10.00 WIB	3. Mengajarkan miring kanan dan kiri pada Ny. S	
		10.30 WIB	4. Mengajarkan Ny. S tentang ROM pasif tangan dan kaki	
		11.00 WIB	5. Melatih Ny. S berbicara secara mandiri dan perlahan	
		14.00 WIB	6. Menganjurkan keluarga mendengarkan dengan penuh perhatian apa yang di ucapkan Ny. S	
		14.30 WIB	7. Melibatkan keluarga dalam memahami informasi dari atau ke Ny. S	
		8. Menganjurkan Ny. S untuk banyak istirahat		

a. **CATATAN PERKEMBANGAN**

Tabel 3.19 catatan perkembangan

Tanggal	Diagnose Keperawatan	Catatan perkembangan	TTD
08-03-2021	Gangguan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot d.d rentang gerak menurun	<p>S : Ny. S mengatakan tangan dan kaki kiri belum bisa di gerakkan dengan baik, sering pusing dan mudah lelah saat berjalan dan dibantu dengan tongkat</p> <p>O : KU : lemah Kesadaran : composmentis Rentang gerak menurun Sendi kaku Gerakan terbatas TD :170/100 mmHg RR : 22 x/m N :82 x/m S : 36,7 °C Kekuatan otot : 5 3 5 3</p> <p>A : masalah teratasi sebagian P : lanjutkan intervensi</p>	
	Gangguan komunikasi verbal b.d gangguan neuromuskuler d.d pelo	<p>S : -</p> <p>O : KU : lemah Kesadaran : composmentis Bicara pelo TD :170/100 mmHg RR : 22 x/m N :82 x/m S : 36,7 °C</p> <p>A : masalah teratasi sebagian P : lanjutkan intervensi</p>	
09-03-2021	Gangguan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot d.d rentang gerak menurun	<p>S : Ny. S mengatakan tangan dan kaki kiri belum bisa di gerakkan dengan baik, saat berjalan dan dibantu dengan tongkat</p> <p>O : KU : lemah Kesadaran : composmentis Rentang gerak cukup meningkat Sendi kaku cukup menurun Gerakan terbatas cukup menurun TD :150/100 mmHg RR : 22 x/m N :82 x/m S : 36,5 °C Kekuatan otot : 5 3 5 3</p> <p>A : masalah teratasi sebagian P : lanjutkan intervensi</p>	

Gangguan komunikasi verbal	S : -
b.d gangguan neuromuskuler	O : KU : lemah
d.d pelo	Kesadaran : composmentis
	Bicara pelo mulai menurun
	TD :150/100 mmHg
	RR : 22 x/m
	N :82 x/m
	S : 36,5 °C
	A : masalah teratasi sebagian
	P : lanjutkan intervensi

b. EVALUASI KEPERAWATAN

Tabel 3.20 Evaluasi Keperawatan

No.	Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi	TTD
1.	10-03-2021	Gangguan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot d.d rentang gerak menurun	<p>S : Ny. S mengatakan tangan dan kaki kiri sudah bisa digerakkan secara mandiri walaupun belum maksimal</p> <p>O : KU : lemah Kesadaran : composmentis Rentang gerak meningkat Sendi kaku menurun Gerakan terbatas menurun TD :140/90 mmHg RR : 22 x/m N :82 x/m S : 36,5 °C Kekuatan otot : 5 4 5 4</p> <p>A : masalah teratasi P : hentikan intervensi</p>	
2.	10-03-2021	Gangguan komunikasi verbal b.d gangguan neuromuskuler d.d pelo	<p>S :-</p> <p>O : KU : lemah Kesadaran : composmentis Bicara pelo mulai menurun TD :140/90 mmHg RR : 22 x/m N :82 x/m S : 36,5 °C</p> <p>A : masalah teratasi P : hentikan intervensi</p>	

BAB 4

PEMBAHASAN

4.1 Pembahasan

Dalam pembahasan ini penulis akan menguraikan tentang kesenjangan yang terjadi antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dalam asuhan keperawatan keluarga pada pasien CVA Hemoragik dengan gangguan mobilitas Fisik di desa Petung Bakalan yang meliputi pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

4.1.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan. Dalam pengkajian yang dilakukan pada Ny. S di desa petung bakalan di dapatkan data sebagai berikut Ny. S mengatakan tangan dan kaki kiri belum bisa di gerakkan dengan baik, pusing dan mudah lelah saat berjalan dan dibantu dengan tongkat, bicara pelo, keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, GCS : 4,5,6, TD :170/100 mmHg, RR : 22 x/m, N :82 x/m, S : 36,7 °C, Kekuatan otot :
$$\begin{array}{r|l} 5 & 3 \\ \hline 5 & 3 \end{array}$$

Dampak yang ditimbulkan oleh CVA Hemoragik, berupa hemiparase (kelemahan) dan hemiplegia (kelumpuhan) merupakan salah satu bentuk kehilangan motorik. Hal ini disebabkan oleh gangguan mobilitas fisik dengan tanda dan gejala kekuatan otot menurun, rentang gerak menurun, fisik lemah.

Semua dengan hasil pengkajian Ny. S berhubungan dengan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik tidak terdapat

kesenjangan antara fakta dan teori tersebut hal di mungkinkan karena saat pengkajian ditemukan Ny. S mengalami gangguan pada ekstermitas kiri atas dan kiri bawah dan juga dimana faktor risiko penyebabnya yaitu Ny. S mempunyai riwayat tekanan darah tinggi atau hipertensi.

4.1.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan pada Ny. S ditegakkan berdasarkan data pengkajian yang di dapat dengan keluhan yang dirasakan oleh Ny. S yaitu :

- 1) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dibuktikan dengan rentang gerak menurun.
- 2) Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskuler dibuktikan dengan bicara pelo

Sedangkan menurut teori diagnosa yang muncul yaitu :

- 1) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dibuktikan dengan rentang gerak menurun.
- 2) Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan serebral dibuktikan dengan bicara pelo
- 3) Resiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi

Berdasarkan data fakta dan teori peneliti menemukan adanya perbedaan karena dalam data fakta ditemukan 2 diagnosa keperawatan sedangkan pada teori terdapat 3 diagnosa keperawatan

4.1.3 Perencanaan Keperawatan

Intervensi keperawatan pada Ny. S yaitu dengan melakukan observasi, terapeutik, edukasi pada keluarga Tn. R, dengan mengajarkan teknik ambulasi pada Ny. S mulai dari gerakkan diatas tempat tidur, duduk dan berdiri, serta mengajarkan miring kanan dan kiri pada Ny. S dan mengajarkan Ny. S tentang ROM pasif tangan dan kaki.

Intervensi keperawatan adalah segala bentuk terapi yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai peningkatan, pencegahan, dan pemulihan kesehatan pasien, keluarga, dan komunitas (Tim SIKI PPNI, 2018).

Berdasarkan data fakta dan teori peneliti tidak menemukan kesenjangan karena menurut peneliti intervensi keperawatan yang dibuat untuk Ny. S sudah sesuai dengan teori dan diagnosa keperawatan Ny. S dengan diagnosa medis cva hemoragik.

4.1.4 Pelaksanaan Keperawatan

Pelaksanaan keperawatan yang diberikan kepada Ny. S untuk mengatasi masalah mobilisasi pasien cva hemoragik adalah dengan mengajarkan teknik ambulasi pada Ny. S mulai dari gerakkan diatas tempat tidur, duduk dan berdiri, serta mengajarkan miring kanan dan kiri pada Ny. S dan mengajarkan Ny. S tentang ROM pasif tangan dan kaki.

Pelaksanaan keperawatan yang telah direncanakan pada Ny. S dengan melakukan observasi, terapeutik, edukasi pada keluarga Tn. R, dengan mengajarkannya teknik ambulasi pada Ny. S mulai dari gerakan diatas tempat tidur, duduk dan berdiri, serta mengajarkan miring kanan dan kiri pada Ny. S dan mengajarkan Ny. S tentang ROM pasif tangan dan kaki.

Berdasarkan data fakta dan teori tidak menemukan kesenjangan karena menurut peneliti pelaksanaan keperawatan yang dilakukan pada Ny. S terdapat perbedaan dan perubahan kondisi mulai dari tangan dan kaki kiri tidak bisa digerakkan dengan baik dengan menggunakan tongkat menjadi tangan dan kaki kiri bisa digerakkan secara mandiri dan tanpa menggunakan tongkat lagi.

4.1.5 Evaluasi

Evaluasi keperawatan yang dilakukan selama empat hari pada Ny. S didapatkan hasil pada hari ke tiga yaitu Ny. S mengatakan tangan dan kaki kiri belum bisa digerakkan dengan baik, sering pusing, dan mudah lelah saat berjalan.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam hambatan mobilitas fisik teratasi dengan kriteria hasil: mobilitas fisik meningkat, pergerakan ekstermitas meningkat, kekuatan otot meningkat, rentang gerak ROM meningkat.

Berdasarkan data fakta dan teori peneliti tidak menemukan kesenjangan karena menurut peneliti hasil dari evaluasi keperawatan

Ny. S menunjukkan pada hari ke empat tangan Ny. S sudah bisa digerakkan secara mandiri meskipun belum maksimal sedangkan kaki Ny. S ketika berjalan tanpa menggunakan tongkat lagi meski belum maksimal.

4.2 Keterbatasan kasus

Berdasarkan yang dialami oleh penulis, kelemahan dan keterbatasan yang ada yaitu tidak bisa berkolaborasi dengan tenaga medis yang lain seperti dalam pemberian obat analgesik agar lebih efektif dalam mengurangi nyeri dan pemberian diit oleh ahli gizi agar asupan gizi klien lebih terkontrol.

BAB 5

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan keluarga pada pasien cva hemoragik dengan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik didesa petung bakalan selama 3 kali kunjungan, maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

5.1.1 Pengkajian yang dilakukan pada Ny. S didapatkan data sebagai berikut

Ny. S mengatakan tangan dan kaki kiri belum bisa digerakkan dengan baik, sering pusing, dan mudah lelah saat berjalan.

5.1.2 Diagnosa keperawatan Ny. S ditegakkan berdasarkan data pengkajian

yang didapat peneliti berdasarkan keluhan yang dirasakan oleh Ny. S yaitu gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dibuktikan dengan rentang gerak menurun.

5.1.3 Intervensi keperawatan untuk Ny. S yaitu: dengan melakukan

observasi, terapeutik, edukasi pada keluarga Tn. R, dengan mengajarkannya teknik ambulasi pada Ny. S mulai dari gerakan diatas tempat tidur, duduk dan berdiri, serta mengajarkan miring kanan dan kiri pada Ny. S dan mengajarkan Ny. S tentang ROM pasif tangan dan kaki.

5.1.4 Implementasi keperawatan yang diberikan pada Ny. S sudah sesuai

dengan rencana tindakan keperawatan. Implementasi yang dilakukan adalah dengan mengajarkannya teknik ambulasi pada Ny. S mulai dari gerakan diatas tempat tidur, duduk dan berdiri, serta mengajarkan

miring kanan dan kiri pada Ny. S dan mengajarkan Ny. S tentang ROM pasif tangan dan kaki.

5.1.5 Evaluasi yang didapatkan pada kasus kelolaan ini adalah adanya peningkatan kemampuan keluarga dalam latihan mobilitas fisik yang menunjukkan pada hari ke empat tangan Ny. S sudah bisa digerakkan secara mandiri meskipun belum maksimal sedangkan kaki Ny. S ketika berjalan tanpa menggunakan tongkat lagi meski belum maksimal.

5.2 Saran

5.2.1 Disarankan Untuk pencapaian hasil keperawatan yang diharapkan, diperlukan hubungan yang baik dan keterlibatan pasien dan keluarga.

5.2.2 Diharapkan kepada insitusi pendidikan agar menambah referensi tentang buku keperawatan cva hemoragik, keperawatan keluarga, dan asuhan keperawatan keluarga secara teoritas.

DAFTAR PUSTAKA

- Akper kerta cendekia sidoarjo. 2020. *Buku Pedoman Penyusunan KTI Metode Studi Kasus*. Sidoarjo : Akper kerta cendekia sidoarjo.
- Asmadi. (2011). *Konsep Keperawatan Dasar*. jakarta: EGC.
- Battica, FB. 2012. *Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Gangguan Sistem Persyarafan*. Jakarta : Salemba Medika.
- Chang, Esther. 2009. *Patofisiologi Aplikasi Pada Praktek Keperawatan*. Jakarta : EGC.
- Crowin, E. (2012). *Buku saku patofisiologi 3 edisi revisi*. Jakarta: EGC.
- Friedman, M., Bowden, V., & Jones, E. (2014). *Buku ajar Keperawatan Keluarga : Riset, teori & Praktik Edisi 5*. jakarta: EGC.
- Gusti, S. (2013). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga*. Jakarta: CV Trans Info Media.
- Junaidi, Iskandar. 2011. *Strok Waspadai Ancamannya, Edisi 1*. Jogjakarta : Andi.
- Mutaqin, A. (2011). *asuhan keperawatan klien dengan gangguan sistem persyarafan*. jakarta: salembah madika.
- Nurarif, Amin Huda. 2016. *Askep Praktek Berdasarkan Penerapan*. Yogyakarta : Mediacion Jogja.
- PPNI. 2017. *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia : Definisi dan Indikator Diagnostik, Edisi 1*. Jakarta : DPP PPNI.
- PPNI. 2018. *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia : Definisi dan Tindakan Keperawatan, Edisi 1*. Jakarta : DPP PPNI.
- PPNI. 2019. *Standar Luaran Keperawatan Indonesia : Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan, Edisi 1*. Jakarta : DPP PPNI.

Lampiran 1



YAYASAN KERTA CENDEKIA
POLITEKNIK KESEHATAN KERTA CENDEKIA
 Jalan Lingkar Timur, Rangkah Kidul, Sidoarjo 61232
 Telepon: 031-8961496; Faximile : 031-8961497
 Email : akper.kertacendekia@gmail.com

Sidoarjo, 19 Maret 2021

No. Surat : 197/BAAK/III/2021

Perihal : Surat Pengantar Studi Penelitian

Kepada Yth.
 Kepala Kelurahan Petung Bakalan
 di
 Tempat

Dengan hormat,

Sehubungan dengan kegiatan penyusunan Karya Tulis Ilmiah mahasiswa Politeknik Kesehatan Kerta Cendekia Sidoarjo Tahun Akademik 2020/2021. Bersama surat ini kami mohon Kepala Kelurahan Petung Bakalan mengizinkan mahasiswa kami untuk mengambil data dasar di tempat tersebut. Berikut adalah informasi mahasiswa kami.

Nama Mahasiswa	: Halimatus Sa'diyah
NIM	: 1801110
Alamat	: Karangpandan RT 02/RW 01, Rejoso, Pasuruan
Tempat Tanggal Lahir	: Lumajang, 14 Juni 1998
No. Hp	: 085731368004
Judul KTI	: Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Pasien CVA Hmoragik Dengan Masalah Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik Di Desa petung Bakalan Kota Pasuruan

Demikian surat permohonan ini kami sampaikan semoga sudi kiranya memperhatikan untuk dipertimbangkan. Atas perhatian dan kerjasamanya kami sampaikan terima kasih.



Agus Sunistyowati, S. Kep, M. Kes

Lampiran 2

INFORMED CONSENT

Judul : "ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA PADA PASIEN CVA HEMORAGIK DENGAN MASALAH KEPERAWATAN GANGGUAN MOBILITAS FISIK DI DESA PETUNG BAKALAN". Tanggal pengambilan studi kasus 23 Januari 2021

Sebelum tanda tangan dibawah, saya telah mendapatkan informasi tentang tugas pengambilan studi kasus ini dengan jelas dari mahasiswa bernama **Halimatus Sa'diyah** proses pengambilan studi kasus ini dan saya mengerti semua yang telah dijelaskan tersebut.

Saya setuju untuk berpartisipasi dalam proses mengambil studi kasus ini dan saya telah menerima salinan dari form ini.

Saya Nyonya Sholati

Dengan ini saya memberikan kesediaan setelah mengerti semua yang telah dijelaskan oleh peneliti terkait dengan proses pengambilan studi kasus ini dengan baik. Semua data dan informasi dari saya sebagai partisipan hanya akan digunakan untuk tujuan dari studi kasus ini.

Tanda tangan Partisipan



Ny. S

Tanda tangan Peneliti

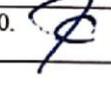
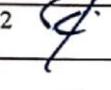
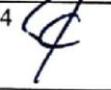


Halimatus Sa'diyah

Lampiran 3

LEMBAR KONSULTASI

Nama : Halimatus Sa'diyah
 NIM : 1801110
 Pembimbing I : Ns. Kusuma Wijaya Ridi Putra, S. Kep., MNS
 Judul Studi Kasus : "Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Pasien CVA Hemoragik dengan Masalah Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik di Desa Petung Bakalan"

Tanggal Konsultasi	Data Konsultasi	Tanda Tangan
23 Januari 2021	Konsul judul (revisi penataan kalimat yang tidak tepat)	1. 
24 Januari 2021	Acc judul	2. 
25 Januari 2021	Konsul bab 1 (revisi introduction)	3. 
26 Januari 2021	Konsul bab 1 (revisi justification)	4. 
27 Januari 2021	Konsul bab 1 (revisi kronologi)	5. 
28 Januari 2021	Konsul bab 1 (solusi, tujuan, manfaat dan metode penelitian)	6. 
29 Januari 2021	Acc bab 1 dan lanjut bab 2	7. 
1 Februari 2021	Konsul bab 2 (revisi pemeriksaan fisik kurang lengkap)	8. 
5 Februari 2021	Konsul bab 2 (revisi intervensi)	9. 
10 Februari 2021	Acc bab 2 dan lanjut bab 3	10. 
15 Maret 2021	Konsul bab 3 (revisi analisa dan intervensi)	11. 
19 Maret 2021	Konsul bab 3 (revisi intervensi)	12. 
19 Mei 2021	Acc bab 3 dan lanjut bab 4 dan 5	13. 
20 Mei 2021	Konsul bab 4 dan 5 (revisi pembahasan diagnosa)	14. 
21 Mei 2021	Acc bab 4 dan 5	15. 

Lampiran 4

LEMBAR KONSULTASI

Nama : Halimatus Sa'diyah
 NIM : 1801110
 Pembimbing II : Ns. Mukhammad Toha, M.Kep
 Judul Studi Kasus : "Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Pasien CVA Hemoragik dengan Masalah Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik di Desa Petung Bakalan"

Tanggal Konsultasi	Data Konsultasi	Tanda Tangan
23 Januari 2021	Konsul judul	1. 
24 Januari 2021	Acc judul	2. 
25 Januari 2021	Konsul bab 1 (introduction)	3. 
26 Januari 2021	Konsul bab 1 (justifikasi)	4. 
27 Januari 2021	Konsul bab 1 (kronologi)	5. 
28 Januari 2021	Konsul bab 1(solusi)	6. 
29 Januari 2021	Acc bab 1 dan lanjut bab 2	7. 
1 Februari 2021	Konsul bab 2 (pemeriksaan fisik)	8. 
5 Februari 2021	Konsul bab 2 (intervensi)	9. 
10 Februari 2021	Acc bab 2 dan lanjut bab 3	10. 
15 Maret 2021	Konsul bab 3 (analisa data)	11. 
19 Maret 2021	Konsul bab 3 (intervensi)	12. 
19 Mei 2021	Acc bab 3 dan lanjut bab 4 dan 5	13. 
20 Mei 2021	Konsul bab 4 dan 5 (pembahasan)	14. 
21 Mei 2021	Acc bab 4 dan 5	15. 