

BAB II

KONSEP TEORI

A. Konsep Teori Stroke

1. Definisi Stroke

Cerebrovascular Accident (CVA) atau yang lazim dikenal dengan istilah stroke, diklasifikasikan sebagai bentuk defisit neurologis akut. Keadaan gawat darurat ini muncul secara tiba-tiba akibat terjadinya disfungsi sirkulasi vaskular pada area serebral (Rahmasari et al., 2023)

Secara patofisiologis, patologi ini bermanifestasi ketika terjadi oklusi (penyempitan atau sumbatan) pada jaringan pembuluh darah otak, yang secara drastis menginterupsi distribusi oksigen. Terhentinya aliran darah ini memicu kelumpuhan pada transmisi impuls sistem saraf pusat. Konsekuensi klinis dari kegagalan tersebut adalah timbulnya kelemahan motorik ekstrem hingga paralisis (kelumpuhan) pada organ-organ fisik yang dipersarafi oleh area lesi (Sakdiah Halimatus dkk, 2025).

Sindrom klinis ini terjadi apabila perfusi jaringan serebral mengalami intervensi, baik melalui mekanisme obstruksi (sumbatan) maupun ruptur (pecahnya) pembuluh darah. Kegagalan sirkulasi tersebut berimbas pada hilangnya pasokan nutrisi esensial dan oksigenasi pada regio spesifik di otak, yang pada fase lanjutannya akan mengakibatkan nekrosis atau kematian sel-sel jaringan serebral secara permanen.

2. Klasifikasi Stroke

Menurut (Ainy Nur E dkk, 2021), Stroke iskemik di golongan menjadi 2 yaitu berdasarkan perjalanan klinisnya dan berdasarkan penyebabnya.

a. Berdasarkan perjalanan klinis

Secara patofisiologis, oklusi vaskular serebral pada stroke iskemik dapat diklasifikasikan ke dalam empat stadium berdasarkan perkembangan manifestasi klinisnya:

- 1) Serangan Istemik Sementara (TIA): Manifestasi defisit persarafan serebral yang bersifat temporer dan sangat singkat, dengan catatan pemulihan fungsi neurologis secara utuh sebelum melewati batas waktu 24 jam.
- 2) Gangguan Sarf Iskemik yang dapat pulih (RIND): Fase disfungsi persarafan yang memiliki rentang resolusi klinis lebih panjang dari TIA. Kondisi ini menuntut waktu pemulihan sempurna yang melampaui fase 24 jam hingga batas maksimal tiga pekan (21 hari).
- 3) Stroke Progresif: Pola perburukan klinis yang terjadi secara gradual. Kerusakan fungsi persarafan pada stadium ini mengalami eskalasi secara berkelanjutan, bergeser dari tingkat disfungsi ringan menuju defisit kelemahan yang jauh lebih masif dan berat.
- 4) Stroke komplit: Representasi fase terminal dari iskemia serebral, di mana gambaran kelainan saraf pusat telah mencapai titik stasioner

(menetap permanen) tanpa disertai perluasan atau perburukan gejala lebih lanjut.

b. Berdasarkan penyebab

Merujuk pada parameter klasifikasi *The National Institute of Neurological Disorders and Stroke* (NINDS) Part III, patogenesis pembentukan stroke iskemik dispesifikasikan ke dalam empat tipologi kausalitas, meliputi:

- 1) Sumbatan Plak (*Aterotrombotik*): Penumpukan massa aterosklerotik (kerak atau plak) yang melekat dan mempersempit lapisan dinding arteri.
- 2) Sumbatan Dari Jantung (*Kardioemboli*): Interupsi sirkulasi arteri yang disebabkan oleh lepasnya material embolus (pecahan trombus/plak) yang bermigrasi langsung dari ruang jantung menuju pembuluh darah otak.
- 3) Sumbatan Kecil (*Lakuner*): Penyumbatan berskala mikro yang menargetkan cabang arteri penetrans kecil, di mana jejak nekrosisnya kerap bermanifestasi menyerupai lubang-lubang kecil (lakuna).
- 4) Penyebab lain: Mencakup berbagai kondisi klinis penyerta yang memicu penurunan tekanan darah secara drastis (hipotensi sistemik), sehingga suplai darah basal ke otak gagal terpenuhi secara akut.

klasifikasi patologi CVA dibagi menjadi dua kategori utama. Tipe pertama adalah stroke hemoragik. Tipe kedua adalah stroke iskemik (non-hemoragik). Stroke hemoragik terjadi pada 12% dari seluruh kasus stroke, sedangkan stroke non-hemoragik terjadi pada 88% kasus:

a. Stroke Hemoragik

Bermanifestasi ketika terjadi ekstrasvasi darah ke dalam jaringan serebral akibat ruptur pembuluh darah intrakranial. Memicu destruksi pada struktur parenkim otak, sekaligus mendisrupsi kinerja sistem saraf pusat penderita (Aulyra Familah, 2024; Riset et al., 2024).

b. Stroke Non Hemoragik

Stroke jenis iskemik ini pada dasarnya kondisi matinya sel-sel pada jaringan otak. Kerusakan tersebut terjadi karena sirkulasi atau aliran darah yang seharusnya menyuplai area otak tertentu mengalami penyumbatan atau hambatan (Aulyra Familah, 2024).

3. Etiologi

prevalensi kasus stroke didominasi oleh tipe iskemik atau non-hemoragik sebesar 87%, sedangkan 13% sisanya tergolong dalam kasus hemoragik. Kategori perdarahan (hemoragik) ini secara umum terbagi lagi menjadi tiga klasifikasi utama, yakni perdarahan intraserebral, subaraknoid, serta hematoma subdural. Perdarahan intraserebral muncul tatkala pembuluh darah pecah dan membentuk gumpalan darah (hematoma) tepat di area dalam jaringan otak. Sementara itu, perdarahan subaraknoid terjadi ketika darah merembes masuk ke celah arachnoid, tempat cairan

serebrospinal mengalir. Rembesan ini dapat dipicu oleh cedera kepala (trauma), pecahnya aneurisma di dalam rongga tengkorak, maupun adanya kelainan pembuluh darah (malformasi arteriovenosa). hematoma subdural merupakan kondisi di mana darah menumpuk dan terperangkap tepat di bawah lapisan pelindung luar otak (dura mater). Kasus perdarahan pembuluh darah semacam ini paling sering diakibatkan oleh riwayat tekanan darah tinggi yang tidak terkontrol dengan baik, dan jarang berkaitan dengan penggunaan obat pengencer darah atau antitrombolitik (Hany et al., 2024).

Serangan stroke tipe non-hemoragik umumnya dipicu oleh adanya sumbatan pada arteri otak, baik yang berwujud gumpalan lokal (trombotik) maupun gumpalan yang mengalir dari bagian tubuh lain (embolik). Tertutupnya aliran pembuluh darah ini akan berdampak langsung pada hilangnya kemampuan atau fungsi tubuh yang diatur oleh area otak yang terdampak tersebut. Pembentukan trombus di dalam arteri dapat terjadi karena berbagai faktor, seperti adanya kerusakan pada dinding pembuluh darah akibat proses degeneratif (penuaan), peradangan, maupun cedera fisik. Kerusakan pada lapisan dalam pembuluh darah (endotel) ini akan memancing keping darah (platelet) untuk saling menempel hingga membentuk gumpalan padat yang disebut bekuan fibrin. Gumpalan inilah yang kemudian menyumbat total aliran darah, memicu kematian jaringan (infark), dan berujung pada terjadinya stroke iskemik. Di sisi lain, sumbatan jenis emboli bisa bersumber dari pembuluh darah di dalam maupun di luar

rongga kepala, termasuk dari area lengkung aorta. Sekitar seperlima (20%) kasus stroke iskemik bahkan dipicu oleh gumpalan yang berasal dari jantung (emboli kardiogenik). Kondisi ini sangat rentan dialami oleh pasien yang memiliki gangguan irama jantung (fibrilasi atrium), kerusakan katup, atau riwayat penyakit jantung lainnya yang mempermudah terbentuknya gumpalan darah (Hany et al., 2024).

4. Faktor Resiko Stroke

Berbagai kondisi yang memicu atau menjadi landasan munculnya serangan stroke pada diri seseorang lazim dikenal sebagai faktor risiko. Merujuk pada panduan dari *American Heart Association* (AHA) edisi 2011, pemicu penyakit ini secara garis besar dipisahkan ke dalam dua kelompok utama. Kelompok pertama mencakup faktor-faktor bawaan yang sifatnya mutlak dan sama sekali tidak bisa dimodifikasi. Sementara itu, kelompok kedua berisi berbagai penyebab yang sebenarnya masih sangat berpeluang untuk dikendalikan, dicegah, atau ditangani (Hany et al., 2024)

a. Faktor resiko yang dapat diubah

1) Hipertensi

Tekanan darah tinggi memegang peran paling krusial sebagai pemicu utama pada hampir semua tipe serangan stroke. Potensi seseorang untuk mengalami kondisi ini akan terus melonjak sejalan dengan tingginya angka tensi mereka. Meski hitungan pasti terkait korelasinya sulit ditetapkan, estimasi medis menunjukkan bahwa setiap kali tekanan sistolik naik sebesar 10

mmHg, ancaman datangnya stroke akan berlipat hingga 1,6 kali. Fakta positifnya, separuh dari keseluruhan kasus stroke sebenarnya sangat bisa dicegah asalkan tekanan darah pasien senantiasa dikontrol dengan ketat. Dalam situasi gawat darurat (serangan akut), tensi yang dibiarkan tetap tinggi tanpa penanganan langsung dapat memicu pembengkakan pada jaringan otak (edema serebral). Menariknya, merujuk pada temuan riset Chamorro, peluang pemulihan yang optimal bagi pasien stroke iskemik justru akan jauh lebih besar jika tekanan darah berhasil diturunkan ke batas yang memadai saat pembengkakan otak mulai terbentuk. Penyesuaian tensi ini sangat penting guna memastikan aliran darah di dalam rongga kepala tetap stabil. Oleh sebab itu, bagi individu yang memang sudah memiliki rekam jejak penyakit darah tinggi, intervensi medis menggunakan obat-obatan penurun tensi (agen antihipertensi) menjadi langkah wajib yang harus dilakukan.

2) Diabetes Mellitus

Penderita kencing manis sangat rentan mengalami pengerasan pembuluh darah (aterosklerosis) beserta masalah penyerta lainnya, seperti darah tinggi dan kelainan kadar lemak. Berbagai riset membuktikan bahwa penyakit ini mampu melipatgandakan ancaman stroke iskemik mulai dari 1,8 hingga hampir 6 kali lipat. Sebagai upaya pencegahan dan pengendalian risiko, pasien umumnya diberikan terapi obat golongan statin,

turunan fibrat, maupun antiplatelet. Intervensi ini secara tidak langsung efektif menekan potensi munculnya serangan stroke.

3) Dislipidemia

Akumulasi lemak berlebih di dalam darah merupakan pemicu utama terbentuknya plak aterosklerosis yang menyumbat pembuluh darah, sehingga berpotensi kuat menyebabkan stroke iskemik. Guna mengendalikan kondisi kolesterol tersebut, pedoman NCEP merekomendasikan intervensi medis menggunakan obat golongan statin ataupun turunan fibrat (Siswanti et al., 2021)

4) Obesitas

Kelebihan berat badan mempercepat pembentukan aterosklerosis yang berujung pada stroke, terlebih memiliki riwayat darah tinggi atau masalah kolesterol. Kondisi tubuh yang terlalu gemuk sering memicu *sleep apnea* dan kebiasaan mendengkur, di mana suplai oksigen menuju otak bisa terputus secara tiba-tiba. Selain itu, akibat porsi asupan yang cenderung berlebih, pengidap obesitas lebih rentan mengalami penumpukan radikal bebas dari sisa metabolisme, disusul ancaman diabetes dan hipertensi. Guna menangani komplikasi kadar lemak pada pasien ini, pedoman NCEP kembali menyarankan pemakaian obat jenis statin maupun turunan fibrat.

5) Merokok

Paparan asap rokok secara nyata memperberat beban kerja otot jantung, menaikkan denyut nadi, serta merusak elastisitas pembuluh arteri. Kebiasaan buruk ini bertindak sebagai pemicu ganda. Pada kasus stroke iskemik, rokok mempercepat terbentuknya plak aterosklerosis, sedangkan pada tipe hemoragik, efeknya langsung mendongkrak tekanan darah secara tajam. Sebagai gambaran, catatan tahunan di Amerika Serikat memperlihatkan angka kematian stroke terkait rokok menembus 17.800 hingga 21.400 jiwa. Fakta statistik tersebut menegaskan bahwa konsumsi tembakau menyumbang porsi fatalitas sebesar 12% hingga 14% dari total kematian penderita stroke.

6) Stress

Tekanan psikologis yang tak terkendali memicu tubuh merespons ancaman dengan cara membanjiri aliran darah menggunakan hormon kewaspadaan, seperti adrenalin. Lonjakan hormon ini secara otomatis memacu detak jantung dan mendongkrak tekanan darah. Jika fase tegang ini dibiarkan terjadi berulang kali dalam intensitas tinggi, aliran darah yang terlalu kencang lambat laun akan melukai lapisan dinding arteri. Kerusakan pada pembuluh darah inilah yang kemudian menjadi lokasi awal terbentuknya plak aterosklerosis.

7) Alkohol

Secara fisiologis, sistem tubuh mengenali alkohol sebagai zat beracun. Kondisi ini memaksa metabolisme memprioritaskan proses pembuangan toksin tersebut terlebih dahulu. Imbasnya, pengolahan nutrisi harian seperti karbohidrat maupun lemak di aliran darah terpaksa tertunda hingga kadar alkohol benar-benar berhasil dinetralkan (Siswanti et al., 2021).

b. Faktor Resiko Tidak Dapat Diubah

1) Usia

Seiring bertambahnya umur, ancaman stroke ikut membesar akibat penuaan alami pada fungsi jantung, pembuluh darah, serta hormon. Riset memperlihatkan bahwa faktor usia tua jauh lebih erat kaitannya dengan serangan iskemik ketimbang tipe pendarahan. Proses kemunduran fisik ini bermula saat dinding arteri kehilangan kelenturannya sehingga berubah menjadi kaku dan sempit. Di samping itu, kepekaan tubuh dalam mengatur tensi (refleks baroreseptor) juga makin tumpul di masa lansia. Rangkaian kondisi inilah yang memicu tingginya kasus hipertensi dan aterosklerosis, sekaligus menjelaskan mengapa peluang munculnya stroke iskemik bisa melonjak dua kali lipat setiap sepuluh tahun semenjak seseorang menginjak usia 55 (Siswanti et al., 2021).

2) Jenis Kelamin

Gender merupakan pemicu bawaan yang mutlak. Pada perempuan, kerentanan serangan stroke bisa bertambah karena fase kehamilan ataupun kebiasaan mengonsumsi pil KB. Melonjaknya kasus stroke di kalangan wanita juga sangat dipengaruhi oleh hilangnya pasokan hormon estrogen, khususnya saat mereka melewati masa menopause. Memasuki periode transisi tersebut, kadar estrogen alami tubuh bisa merosot tajam hingga 60%. Menipisnya hormon ini otomatis mengacaukan proses pemecahan lemak kolesterol (LDL dan HDL) di dalam hati, yang pada akhirnya mempermudah pengerasan pembuluh darah penyebab stroke (Panduan et al., 2.(Fadhilah N dkk, 2024).

3) Keturunan Keluarga

Individu yang memiliki pertalian darah langsung dengan pasien stroke otomatis menanggung tingkat kerentanan yang lebih besar. Sebuah riset berdesain kohort bahkan mencatat bahwa jejak penyakit ini di dalam keluarga mampu mendongkrak peluang munculnya serangan hingga 30%. Secara spesifik, perempuan yang ayah atau ibunya pernah menderita stroke terbukti jauh lebih rentan untuk ikut terserang di kemudian hari jika dibandingkan dengan laki-laki.

5. Manifestasi

Merujuk pada temuan Ainy Nur E dkk (2021) serangan stroke memiliki ciri khas muncul secara mendadak, terutama saat penderita sedang beristirahat atau baru bangun tidur. Gejala fisiknya meliputi:

- a. Munculnya kelemahan hingga kelumpuhan pada separuh sisi tubuh, baik di area lengan maupun tungkai kaki.
- b. Timbulnya sensasi ganjil pada sebelah badan, seperti kebas, kesemutan hebat, hingga rasa panas menyerupai luka bakar.
- c. Posisi lidah dan bentuk mulut tampak miring (asimetris)..
- d. Pasien rentan tersedak saat minum akibat menurunnya kemampuan menelan.
- e. Kemampuan berbicara menurun drastis sehingga suara terdengar pelo atau cadel.
- f. Mengalami afasia, di mana ucapan menjadi sengau, tidak nyambung, dan sulit dipahami maknanya oleh orang lain.
- g. Komunikasi verbal terhambat dan hanya mampu melontarkan kata secara terbata-bata.
- h. Kesulitan merangkai atau menemukan padanan kata yang pas saat ingin berbicara.
- i. Gagal menangkap atau mencerna maksud perkataan dari lawan bicaranya.
- j. Kehilangan kemampuan dasar literasi, baik untuk membaca, memahami tulisan, maupun menulis.

- k. Fungsi kognitif anjlok, termasuk hilangnya kecakapan dalam berhitung.
- l. Munculnya disorientasi di mana pasien mendadak tidak mengenali anggota tubuhnya sendiri.
- m. Sering mengompol tanpa disadari akibat hilangnya kontrol pada fungsi kandung kemih.
- n. Pola jalan berubah menjadi langkah pendek yang tidak stabil, disertai munculnya gejala pikun (demensia).
- o. Serangan pusing berputar (vertigo) yang terus berlanjut meski tubuh sedang diam.
- p. Serangan datang dengan sangat tiba-tiba, lazimnya muncul saat pasien baru bangun tidur atau sedang bersantai.
- q. Muncul gangguan visual tanpa disertai rasa nyeri, seperti pandangan yang kabur, berbayang ganda, hingga gelap pada sebagian area penglihatan.
- r. Kelopak mata sebelah tampak turun atau sangat sulit untuk dibuka secara normal.
- s. Ketajaman pendengaran merosot tajam, bahkan berpotensi tuli pada salah satu telinga.
- t. Terjadinya perubahan emosi yang labil, sehingga penderita bisa tiba-tiba menangis atau tertawa tanpa alasan jelas.
- u. Munculnya rasa kantuk ekstrem dan keinginan untuk terus tidur.
- v. Keseimbangan motorik memburuk sehingga pasien rentan terjatuh, yang bisa memburuk menjadi pingsan hingga fase koma.

6. Patofisiologi

Riwayat darah tinggi yang menahun memicu kerusakan struktural pada pembuluh nadi kecil (arteriola) berukuran 100-400 mikrometer. Dinding pembuluh darah ini lambat laun mengalami kelainan patologis berupa hipohialinosis, nekrosis fibrinoid, hingga terbentuknya kantung aneurisma tipe Bouchard. Kerusakan degeneratif serupa juga menyasar area cabang arteri lentikulostriata, talamoperforata, hingga pembuluh paramedian di area vertebrobasilar. Ketika tekanan darah pasien mendadak meningkat tajam yang paling sering terjadi pada rentang pagi dan sore hari pembuluh yang sudah rapuh tersebut sangat rentan pecah (Siswanti et al., 2021).

Proses perdarahan pasca-pecahnya pembuluh bisa terus berlangsung hingga enam jam. Jika tumpahan darahnya masif, struktur jaringan otak di sekitarnya akan hancur dan langsung memunculkan gejala klinis yang berat. Namun, pada kasus perdarahan berskala kecil, rembesan darah umumnya hanya menyusup di sela-sela selaput akson tanpa merusak jaringan putih otak secara permanen. Dalam kondisi ringan ini, fungsi saraf pasien perlahan bisa pulih kembali seiring terserapnya sisa darah oleh tubuh (Siswanti et al., 2021)

Ancaman kematian pada penderita stroke hemoragik umumnya dipicu oleh tekanan hebat pada hemisfer dan batang otak, maupun akibat perluasan perdarahan (ekstensi) ke area tersebut. Bahkan, pada sepertiga kasus perdarahan di nukleus kaudatus, talamus, serta pons, darah kerap

merembes masuk hingga ke ruang ventrikel otak. Selain menghancurkan parenkim serebral, timbunan massa darah yang besar otomatis melambungkan tekanan intrakranial (TIK). Naiknya tekanan di dalam tengkorak ini berdampak fatal karena langsung menekan laju suplai darah bersih (perfusi) ke otak sekaligus mengacaukan sistem drainasinya (Siswanti et al., 2021).

Kondisi sel-sel saraf di sekitar area perdarahan juga makin terpuruk akibat paparan zat vasoaktif dari darah yang tumpah, ditambah rentetan efek iskemia akibat anjloknya tekanan perfusi. Secara klinis, besar kecilnya volume darah sangat menentukan angka harapan hidup pasien. Tumpahan darah melampaui 60 cc membawa risiko kematian hingga 93% untuk perdarahan area dalam, dan 71% pada area luar. Volume menengah berkisar 30-60 cc memicu probabilitas kematian sebesar 75%. Ironisnya, jika lokasi pecahnya pembuluh berada di area sangat vital seperti pons, rembesan darah sekecil 5 cc saja sudah berakibat fatal bagi nyawa pasien (Siswanti et al., 2021).

7. Komplikasi

a. Dini (0-48 jam pertama)

Pada dua hari awal pascal-serangan, ancaman paling kritis adalah munculnya pembengkakan otak (edema serebri). Kerusakan fungsi saraf pasien umumnya makin memburuk, sehingga memicu lonjakan tekanan di dalam rongga kepala (TIK). Kondisi ini sangat fatal karena bisa berujung pada pergeseran jaringan otak (herniasi)

hingga kematian. Di samping itu, penyumbang angka fatalitas tertinggi di masa krisis ini sering kali diakibatkan oleh serangan jantung mendadak (infark miokard).

b. Jangka pendek (1-14 hari)

Kondisi tubuh yang terlalu lama berbaring membuat penderita sangat rentan terserang infeksi paru-paru (pneumonia). Memasuki minggu pertama dan kedua, ancaman emboli paru beserta infark miokard justru meningkat. Paradoksnya, komplikasi ini sering kali menyerang tepat ketika pasien baru mulai berlatih gerak kembali (mobilisasi). Selama fase ini, kewaspadaan terhadap datangnya serangan stroke ulangan juga harus terus dijaga.

c. Jangka panjang (lebih dari 14 hari)

Setelah melewati masa dua minggu, risiko jangka panjang umumnya didominasi oleh bahaya datangnya stroke susulan serta masalah jantung. Berbagai kelainan pada sistem pembuluh darah lanjutan juga kerap mengintai, contohnya seperti penyakit vaskular perifer. Pada beberapa kondisi, fase ini turut dibarengi dengan keluhan berupa meningkatnya frekuensi buang air kecil.

8. Penatalaksanaan

1. Penatalaksanaan Umum

Merujuk pada protokol penanganan (Rahmasi 2024) intervensi perawatan pasien stroke dibagi ke dalam beberapa tahapan kritis:

a. Pada fase akut

- 1) Elevasikan area kepala sekitar 30 derajat hingga sejajar dengan dada. Rotasi posisi baring wajib dilakukan setiap dua jam. Pasien baru diizinkan berlatih gerak jika kondisi hemodinamiknya terbukti sudah stabil.
- 2) Bersihkan jalan napas dari sumbatan, lalu alirkan oksigen 1–2 liter per menit sembari menunggu hasil tes gas darah. Intubasi segera dilakukan jika terjadi perburukan pernapasan.
- 3) Redakan demam lewat kompres dan obat antipiretik, lalu lacak akar penyebab panasnya. Jika kandung kemih tampak penuh, segera kosongkan menggunakan kateter intermiten.
- 4) Berikan asupan kristaloid atau koloid sebanyak 1500–2000 ml beserta elektrolit untuk menjaga sirkulasi dan mencegah dehidrasi. Hindari cairan yang mengandung glukosa. Pasien hanya boleh makan lewat mulut jika refleks menelannya sempurna; jika bermasalah, selang NGT adalah hal wajib.
- 5) Pantau ketat batas 150 mg/dL. Bila angkanya melonjak di atas itu, tim medis perlu memasang infus insulin berkelanjutan pada 2–3 hari pertama hingga gula darah stabil.
- 6) Jangan buru-buru menurunkan tekanan darah. Obat penurun tensi (seperti penyekat ACE, antagonis kalsium, atau natrium nitroprusid) baru diberikan jika sistolik tembus 220 mmHg, diastolik >120 mmHg, atau hitungan MAP >130 mmHg pada

dua kali cek berjarak 30 menit. Penurunan tensi maksimal hanyalah 20%. Penurunan cepat hanya dibenarkan bila ada komplikasi gagal ginjal, gagal jantung, atau infark miokard.

- 7) Jika tensi (sistolik <90 atau diastolik <70), segera beri infus NaCl 0,9%. Skemanya: 250 ml di jam pertama, disusul 500 ml untuk 4 jam, lalu 500 ml pada 8 jam berikutnya. Jika tekanan tetap lemah, berikan suntikan dopamin hingga sistolik merangkak naik ke angka 110 mmHg.
- 8) Redakan dengan suntikan lambat diazepam intravena 5–20 mg (batas harian 100 mg), dilanjutkan obat antikonvulsan minum seperti fenitoin atau karbamazepin. Jika kejang masih muncul sesudah dua minggu, terapi obat minum dilanjutkan untuk jangka panjang.
- 9) Menaiknya tekanan otak diredam lewat pemberian cepat manitol dosis 0,25–1 gram/kgBB. Apabila kondisi malah memburuk, dosis lanjutan 0,25 gram/kgBB diulangi setiap 6 jam sekali selama tiga sampai lima hari.

b. Fase rehabilitasi

- 1) Fokus utama pada masa pemulihan ini menysasar pada pemenuhan asupan nutrisi harian yang memadai
- 2) Program pelatihan khusus untuk mengembalikan kontrol fungsi buang air besar dan kecil (*bowel & bladder management*).

c. Pembedahan

Intervensi operasi (dekompresi) baru menjadi pilihan utama apabila gumpalan darah di otak volumenya melebihi 50 ml atau diameternya lebih dari 3 cm. Selain itu, prosedur bedah berupa pemasangan selang pintasan (*VP shunt*) juga wajib segera dilakukan jika terjadi sumbatan cairan otak akut (hidrosefalus obstruktif).

2. Penatalaksanaan medis

Fokus utama pengobatan stroke tahap awal adalah memulihkan aliran darah (reperfusi). Dokter biasanya akan meresepkan kombinasi obat pengencer darah, mulai dari antiplatelet (seperti aspirin), antikoagulan, hingga agen trombolitik (rtPA). Untuk melindungi sel saraf dari kerusakan lebih luas, agen neuroprotektor seperti sitikolin juga kerap ditambahkan, sementara pirasetam menjadi pilihan jika penderita mengalami gangguan bicara (afasia). Secara spesifik, berikut adalah panduan pemberian obatnya:

- a. Pemecah Gumpalan Darah (Fibrinolitik/rtPA): Terapi andalan untuk membuka sumbatan ini memanfaatkan agen pengaktif plasminogen. Di Indonesia, sediaan yang paling umum dipakai adalah *alteplase*. Obat ini bekerja langsung menghancurkan trombus yang menyumbat pembuluh. Waktu paling krusial (golden hour) untuk menyuntikkan obat ini agar perbaikan saraf maksimal dan angka kematian menurun adalah rentang 3 hingga 4,5 jam

pertama sejak gejala muncul. Efek samping yang paling harus diwaspadai hanyalah risiko perdarahan dalam (otak atau saluran cerna) serta bengkak alergi (angioedema).

- b. Antikoagulan: Obat jenis warfarin dan heparin diresepkan untuk menekan laju pembentukan bekuan darah baru, sekaligus mencegah lepasnya sumbatan (emboli).
- c. Antiplatelet: Guna menekan potensi datangnya serangan ulang, pasien wajib mendapat obat pencegah agregasi (penggumpalan) keping darah. Obat yang paling direkomendasikan pada kelompok ini adalah aspirin.
- d. Pengendali Tensi (Antihipertensi): Syarat pemberian obat rtPA sangat bergantung pada kondisi tekanan darah:
 - 1) Jika tensi pasien menyentuh 185/110 mmHg, dokter harus menurunkan angkanya terlebih dahulu dengan suntikan labetalol 10–20 mg via infus lambat (1-2 menit), yang bisa diulang satu kali. Opsi lainnya adalah infus nikardipin dengan dosis awal 5 mg/jam. Dosis nikardipin bisa dinaikkan perlahan setiap 5-15 menit hingga batas maksimal 15 mg/jam sampai target tensi tercapai. Jika tensi gagal turun, pasien tidak boleh diberikan rtPA.
 - 2) Jika pasien sudah terlanjur menerima rtPA, namun tiba-tiba tensinya melonjak tajam (sistolik >180–230 mmHg atau

diastolik >105–120 mmHg), intervensi penurunan tekanan darah lanjutan wajib segera dilakukan.

3. Penatalaksanaan non farmakologi

Menurut Selain obat-obatan, pemulihan fungsi tubuh pasien sangat bergantung pada intervensi fisik lanjutan. Merujuk pada panduan (Siswanti et al., 2021) beberapa metode rehabilitasi yang terbukti krusial meliputi:

- a. Terapi Wicara: Program ini difokuskan agar pasien bisa kembali menelan makanan tanpa tersedak, melatih otot kunyah, serta memperbaiki kemampuan merangkai dan memahami kosa kata yang sempat hilang.
- b. Fisioterapi: Terapi gerak pada masa akut sangat penting untuk merangsang koordinasi saraf motorik. Tujuan utamanya ada lima: mencegah infeksi paru akibat pasien terlalu lama berbaring, melenturkan otot yang kaku (spastisitas), menekan risiko pembengkakan (edema) pada tungkai yang lumpuh, menstimulasi tonus otot ke arah normal, serta mengembalikan kemandirian aktivitas harian pasien.
- c. Akupunktur: Penusukan jarum pada titik spesifik di tubuh sering dijadikan terapi pelengkap guna mempercepat kembalinya fungsi gerak motorik, sehingga keterampilan fisik pasien bisa lebih cepat pulih.

- d. Terapi Ozon: Tindakan ini bertujuan menyuplai peredaran oksigen murni guna mencegah kerusakan sel otak lanjutan. Selain melancarkan pembuluh darah, terapi ini diyakini mampu mendongkrak imunitas, mengontrol kolesterol, serta menstabilkan tekanan darah pasca-serangan.
- e. Terapi Genggam Bola Karet: Pasien dilatih meremas bola karet khusus untuk membangun kembali kekuatan otot. Gerakan mengepal ini sangat efektif memberikan stimulasi langsung pada jaringan saraf di area tangan dan jari yang sempat lumpuh.

B. Konsep Terapi Genggam Bola Karet

1. Pengertian

Terapi meremas bola karet pada dasarnya merupakan sebuah modalitas stimulasi sensorik dan motorik yang difokuskan pada area ekstremitas atas. Aktivitas mengepal secara kuat ini dirancang untuk memberi tekanan langsung pada reseptor sentuhan di telapak tangan (Galih Saputra et al., 2022). latihan sederhana ini terbukti ampuh untuk mengembalikan kelenturan sendi jari, menjaga rentang gerak, sekaligus membangun kembali kemampuan otot-otot tangan yang sempat lumpuh (Munifah dkk, 2024).

2. Manfaat Terapi Genggam Bola Karet

Fungsi paling krusial dari latihan genggaman ini adalah mencegah terjadinya penyusutan massa otot (atrofi) akibat pasien terlalu lama tidak bergerak. Tekanan berulang yang dihasilkan saat

meremas bola akan memancing kontraksi otot, yang secara otomatis membangunkan kembali kendali otak terhadap jaringan yang melemah (Cantika Sari et al., 2021). intervensi fisik ini sangat esensial untuk memulihkan fungsi motorik tangan penderita stroke agar tidak berujung pada kekakuan permanen (Yulliyani Indah dkk, 2023).

3. Mekanisme Terapi Genggam Bola Karet

Kunci keberhasilan terapi ini terletak pada penggunaan bola karet bertekstur gerigi atau bertonjolan kecil. Saat diremas, tonjolan tersebut otomatis menekan titik-titik akupresur di telapak tangan. Rangsangan fisik ini kemudian ditangkap oleh reseptor sensorik dan dikirimkan sebagai sinyal menuju korteks di otak, melewati jalur saraf servikal C7-T1 dan sistem limbik. Begitu sinyal tersebut tiba, korteks serebri beserta otak kecil (serebelum) akan langsung merespons dengan mengirimkan perintah balik melalui saraf motorik. Perintah inilah yang memaksa serat-serat otot di lengan untuk berkontraksi. Apabila siklus komunikasi umpan balik antara saraf sensorik dan motorik ini terus distimulasi secara rutin menggunakan bola karet, jaringan saraf yang semula kaku akan berangsur fleksibel, dan kekuatan tarikan otot pasien akan kembali meningkat secara signifikan (Dwi Cahyaningtias et al., 2024).

4. Teknik Terapi Genggam Bola Karet

Merujuk pada panduan (Rahmawati, 2022) intervensi menggunakan bola karet pada penyintas stroke dapat diaplikasikan melalui:

a. Gerakan pertama *Ball grip (wrist up)*

Posisikan telapak tangan menghadap ke langit-langit sambil memegang bola. Remas bola sekuat mungkin, tahan posisinya beberapa detik, lalu kendurkan.

b. Gerakan Kedua *Ball grip (wrist down)*

Putar telapak tangan yang berisi bola hingga menghadap lantai. Berikan tekanan kuat pada bola, tahan, kemudian lemaskan kembali.

c. Gerakan ketiga *Pinch*

Jepit bola menggunakan ujung jari telunjuk dan ibu jari. Tekan keduanya secara bersamaan, tahan cengkeramannya, lalu rilekskan.

d. Gerakan keempat *Thumb extend*

Tempatkan bola di antara ibu jari yang tertekuk dan dua jari di tangan yang sama. Menggulirkan bola, rentangkan dan luruskan ibu jari. Selipkan bola di sela ibu jari (dalam kondisi ditekuk) dan dua jari di sebelahnya. Gulirkan bola tersebut ke depan sambil meluruskan posisi ibu jari.

e. Gerakan kelima *Opposition*

Taruh bola di tengah telapak. Pertemuan ujung ibu jari dengan jari-jari lainnya seolah mencengkeram bola tersebut. Rapatkan, tahan, dan lemaskan.

f. Gerakan keenam *Extend out*

Letakkan bola di atas permukaan meja. Tempelkan ujung-ujung jari di atasnya, lalu dorong bola menggelinding menjauhi tubuh.

g. Gerakan ketujuh *Side-Squeeze*

Selipkan bola di sela-sela dua jari mana saja. Himpit bola tersebut menggunakan sisi kedua jari, tahan kuat, lalu kendurkan.

h. Gerakan kedelapan *Finger bend*

Posisikan bola di telapak. Tekuk seluruh jari Anda hingga menekan kuat menembus ke arah dalam bola, pertahankan tekanannya, kemudian rileks.

Gambar 2. 1 Gambar Teknik Genggam Bola



Sumber (Rahmawati, 2022)

SOP LATIHAN GENGAM BOLA KARET

Tabel 2. 1 SOP Latihan Gengam Bola Karet

Pengertian	Latihan ini merupakan intervensi gerak aktif-asistif yang memadukan kontraksi otot mandiri pasien dengan bantuan alat (bola karet).
Tujuan	1. Meningkatkan kekuatan otot tubuh 2. Membantu membangkitkan kembali kendali otak terhadap otot-otot
Indikasi	Pada Pasien Stroke
Persiapan	1. Persiapan Klien a. Menyepakati kontrak waktu pelaksanaan intervensi bersama pasien maupun keluarga. b. Mengedukasi klien dan sistem pendukung (keluarga) terkait rasionalisasi tujuan, tahapan operasional prosedur, hingga estimasi durasi terapi. c. Memastikan perlindungan hak privasi pasien selama proses asuhan berlangsung. 2. Persiapan Lingkungan a. Memodifikasi tata ruang perawatan guna menciptakan suasana yang terapeutik dan kondusif, sekaligus memproteksi privasi visual klien. 3. Persiapan Alat a. Penyediaan instrumen utama berupa bola karet.
Prosedur	A. Tahap Pra-interaksi 1. Memvalidasi instruksi medis dan draf program pengobatan klien. 2. Melakukan prosedur higienitas tangan (cuci tangan) sesuai standar indikasi klinis. 3. Memosisikan instrumen perawatan pada area yang mudah dijangkau dari tempat tidur pasien. B. Tahap Orientasi 1. Menyampaikan salam terapeutik sekaligus memvalidasi identitas klien. 2. Memperkenalkan identitas serta peran perawat yang bertugas.

-
3. Menguraikan rasionalisasi tujuan beserta tahapan prosedur intervensi secara komprehensif.
 4. Mengkaji kesiapan kondisi klien sekaligus mengonfirmasi persetujuan lisan (*informed consent*).
 5. Memastikan proteksi terhadap hak privasi dan kenyamanan lingkungan pasien.

C. Tahap Kerja

1. Posisikan pasien dengan posisi senyaman mungkin
2. Anjurkan penderita untuk pemanasan berupa menggerakkan siku mendekati lengan atas, meluruskan kembali lengan atas
3. Letakkan bola karet diatas telapak tangan pasien yang mengalami kelemahan
4. Instruksikan pasien untuk menggenggam atau mencengkam bola karet dengan beberapa gerakan berikut:
 - a. Gerakan pertama *Ball grip (wrist up)*
Pegang bola di telapak tangan. Buka tangan sehingga meghadap ke atas. Genggam kuat bola di telapak tangan tahan dan rileks. Ulangi kembali



- b. Gerakan Kedua *Ball grip (wrist down)*
Pegang bola di telapak tangan. Balikkan tangan sehingga menghadap ke bawah. Remas bola di telapak tangan. Tahan dan rileks. Ulangi kembal



- c. Gerakan ketiga *Pinch*
Tempatkan bola di antara ibu jari dan jari telunjuk. Remas bersama. Tahan dan rileks.
-

PINCH



d. Gerakan keempat *Thumb extend*

Tempatkan bola di antara ibu jari yang tertekuk dan dua jari di tangan yang sama. Menggulirkan bola, rentangkan dan luruskan ibu jari.

THUMB EXTEND



e. Gerakan kelima *Opposition*

Tempatkan bola di telapak tangan. Pertahankan antara ibu jari dan jari saat sedang berlatih. Rapatkan ibu jari dan jari. Pegang dan rilekskan tangan.

OPPOSITION



f. Gerakan keenam *Extend out*

Tempatkan bola di atas meja. Letakkan ujung jari di atas bola. Gulung bola ke luar di atas meja.

EXTEND OUT



g. Gerakan ketujuh *Side-Squeeze*

Tempatkan bola di antara dua jari mana pun. Rapatkan kedua jari tersebut. Tahan dan rileks

SIDE-SQUEEZE



-
- h. Gerakan kedelapan Finger bend Letakkan bola di telapak tangan dengan jari ditekan ke dalam bola. Dorong jari ke dalam bola saat anda menekuk jari. Tahan lalu rileks.



D. Tahap Terminasi

1. Mengevaluasi hasil tindakan
2. Menganjurkan pasien untuk melakukan kembali intervensi menggenggam bola karet dengan diulangi 5-7 kali
3. Berpamitan
4. Membereskan alat
5. Mencuci tangan

Indikator Pencapaian	1. Evaluasi Struktur a. Kondisi lingkungan kondusif b. Pasien bersedia mengikuti prosedur dengan runtut c. Alat yang digunakan dalam kondisi baik dan berfungsi maksimal 2. Evaluasi Proses Pasien mengikuti kegiatan yang dilakukan dari awal hingga akhir dengan baik 3. Evaluasi Hasil a. Pasien mampu mengontrol rasa kaku pada ekstermitasnya, b. Pasien merasa kekuatan ototnya ada peningkatan
----------------------	--

Sumber: (Rahmawati, 2022)

C. Konsep Kekuatan Otot

1. Definisi

kekuatan otot merujuk pada batas maksimal daya atau tegangan yang mampu dihasilkan oleh serabut otot saat berkontraksi menahan sebuah beban berat (P2PTM, 2021). Kapasitas otot untuk menghasilkan

ketegangan dan energi pada pengerahan tenaga maksimum, baik dalam keadaan dinamis maupun statis, atau selama kontraksi maksimum, dikenal sebagai kekuatan otot (Otavia et al, 2023 dalam Lestari, 2024).

Otot adalah alat gerak aktif yang bekerja sama dengan tulang sebagai alat untuk bergerak tanpa adanya gerakan yang dihasilkan oleh otot. Ini disebabkan oleh kemampuan otot untuk berkontraksi, baik itu dengan mengencang (menyusut/kerja keras) maupun meregang (kerja ringan), yang mengakibatkan terjadinya kelemahan otot karena kapasitas kerja otot melebihi batasnya (Respati et al, 2023 dalam Lestari, 2024).

2. Faktor-faktor yang mempengaruhi kekuatan otot

Menurut Mohammad Sansan Nurjaman (2023) dalam Lestari (2024) Penyebab daya tahan otot diantaranya:

a. Genetik

Genetik adalah karakteristik khusus yang dimiliki oleh seseorang sejak lahir, dan memiliki pengaruh yang signifikan terutama pada komposisi tubuh. Kondisi ini bersifat tetap dan tidak dapat diubah.

b. Usia

Kapasitas tenaga fisik otomatis merosot seiring fase penuaan akibat hilangnya cairan, massa mineral, dan jaringan otot itu sendiri. Kemunduran fungsi pada area punggung dan kaki bisa sangat drastis, sementara pelemahan di area lengan umumnya

mulai terjadi pada rentang umur 30 hingga 80 tahun. Perubahan ini diperparah oleh minimnya gerak, pola makan buruk, serta pergeseran hormon. Selain itu, pasca-pubertas, tenaga fisik perempuan lazimnya 15–25% lebih rendah dibandingkan laki-laki akibat perbedaan jumlah hemoglobin, kapasitas paru, dan rasio luas tubuh.

c. **Aktivitas Fisik**

Aktivitas fisik memiliki hubungan positif dengan anak-anak dan remaja, yang dapat meningkatkan kebugaran kardiorespirasi mereka melalui aktivitas fisik. Selain itu, remaja dan pemuda yang melakukan aktivitas fisik yang sehat memiliki otot yang lebih kuat. Melakukan latihan penguatan otot dua atau tiga kali seminggu menghasilkan peningkatan kekuatan otot yang cukup besar.

d. **Pemenuhan Nutrisi**

Penyediaan nutrisi seperti lemak, protein dan karbohidrat memengaruhi kondisi sebab tiga nutrisi ini memberikan tenaga untuk aktivitas agar menghindari kelelahan. Meskipun fungsi utama protein tidak hanya untuk sumber energi, namun protein penting dalam penambahan jaringan otot.

3. Mekanisme kontraksi otot

Sinyal dari otak menyebar ke neuron motorik, sehingga terjadi rangsangan pada serat otot di neuromuscular junction (pertemuan

saraf dan otot). Saat serat otot aktif makan kontraksi dan miofilamen bergeser sehingga sarkomer menjadi pemdek (Respati dkk, 2023 dalam Lestari, 2024)

Merujuk pada penjelasan tersebut, proses kontraksi otot secara mutlak membutuhkan bahan bakar energi untuk bisa menghasilkan sebuah gerakan. Secara kimiawi, aktivitas ini memicu terurainya molekul adenosin trifosfat (ATP) menjadi bentuk adenosin difosfat (ADP). Semakin berat dan intens beban kerja yang ditanggung oleh otot, maka akan semakin masif pula jumlah cadangan ATP yang lazim dikenal dengan istilah efek. Pengencangan sebenarnya berasal dari ATP, sebagai perantara penting antara penggunaan dan pembentukan energi dalam tubuh. Proses kontraksi otot dimulai dengan adanya rangsangan. Fase-fase pengencangan otot kemudian dimulai dan berakhir dengan proses gerak ialah:

- a. Neuron motorik mengirimkan potensial aksi, yang berakhir di serat otot.
- b. Terjadi sedikit sekresi asetilkolin diujung
- c. Melalui molekul protein yang mengambang di membran, kemudian asetilkolin memiliki tugas membuka kanal kolinergik.
- d. Natrium melewati membran menuju serat otot ketika saluran kolinergik terbuka. Membran mengalami potensial aksi sebagai hasilnya.
- e. Serupa dengan serabut saraf yang di digerakkan potensial aksi

- f. Menyebabkan depolarisasi membran otot dan melepaskan banyak ion kalsium.
- g. Filamen aktin tertarik satu sama lain dengan miosin ditarik oleh ion kalsium, yang menyebabkan mereka bergerak berlawanan.
- h. Pompa Ca^{++} kembali memompa kalsium berupa ion menuju retikulum sarkoplasma. Otot yang berkontraksi akan berakhir ketika miofibril melepaskan ion kalsium

4. Kekuatan Otot Genggam Tangan

Kemampuan genggaman terjadi saat jari digunakan sebagai alat pencengkram. Jenis penggunaan pergerakan otot, yaitu penggunaan pergerakan otot, yaitu isokinetik, isotonik dan isometrik. Isometrik, juga dikenal sebagai kontraksi statis, terjadi ketika otot berkontraksi saat mendorong, mengangkat maupun beban ditahan tanpa menghasilkan gerakan jasmani dan panjang otot tetap tidak goyang.

Isokinetik melibatkan pengencangan otot yang mengalami tahanan yang konsisten di seluruh rentang geraknya, memungkinkan otot untuk bekerja secara maksimal di setiap sudut gerakan sendi. Isotonik, atau pengencangan dinamis, terjadi ketika kelompok otot mengalami pemanjangan atau pemendekan secara mendadak, menghasilkan ketegangan. (Karamul, 2006 dalam Astuti erna, 2022)

5. Pengukuran kekuatan otot

Dalam praktik klinis, fisioterapi, maupun fase pemulihan cedera, evaluasi kapasitas tenaga pasien umumnya dilakukan lewat metode *Manual Muscle Testing* (MMT). Teknik ini dirancang khusus untuk menakar derajat kelemahan otot akibat kerusakan fisik atau masalah saraf, seperti pada kasus patah tulang, serangan stroke, efek pasca-operasi, hingga sindrom *post-polio*. Prosedur pemeriksaannya bertumpu pada tiga langkah mendasar: pengamatan visual (observasi), perabaan jaringan (palpasi), dan pemberian beban tahanan secara manual oleh pemeriksa.

Pengujian kekuatan anggota gerak atas menysar empat titik persendian utama, yakni bahu, siku, pergelangan, dan jari tangan. Target manuver yang dinilai meliputi kemampuan menekuk siku dan jari (fleksor), serta kekuatan meluruskan siku, pergelangan, dan jari tangan (ekstensor). (Astuti, 2022 dalam Lestari, 2024). Sementara itu, pemeriksaan pada anggota gerak bawah (ekstremitas bawah) difokuskan pada area panggul, lutut, pergelangan, serta jari kaki. Pada wilayah ini, tim medis akan mengevaluasi fungsi tarikan panggul (fleksor), dorongan lutut dan jari kaki (ekstensor), hingga keluwesan mengangkat maupun menekan telapak kaki (dorsofleksi dan plantar fleksi).

6. Skala Kekuatan Otot

Skala Kekuatan Otot

Tabel 2. 2 Skala Kekuatan Otot

Skala	Presentase Kekuatan Otot	Karakterisitik
0	0	Tidak ada pergerakan di otot sama sekali
1	10	Ketika palpasi terdapat kontraksi namun tidak ada pergerakan.
2	25	Terdapat gerakan namun tidak ada lawanan terhadap gravitasi
3	50	Pergerakannya mampu melawan gravitasi
4	75	Gerakannya bisa menahan tahanan minimal.
5	100	Dapat bergerak dan melawan tahanan pemeriksa dengan kekuatan penuh.

Sumber: (Astuti, 2022 dalam Lestari, 2024).

D. Konsep Dasar Keluarga

1. Pengertian Keluarga

keluarga pada dasarnya adalah sekumpulan individu yang terikat erat secara emosional dan hidup berdampingan, bahkan ketika mereka tidak selalu disatukan oleh pertalian darah, adopsi, maupun ikatan hukum perkawinan (Friedman et al., 2010) dalam Akhriansyah M dkk, 2023.

Ikatan kekerabatan ini berperan sangat vital dalam menjaga nilai budaya sekaligus mendongkrak tumbuh kembang fisik, mental, hingga kehidupan sosial setiap anggotanya (ulfa maria dkk, 2025).

Dalam tatanan masyarakat, keluarga bertindak sebagai madrasah atau institusi pendidikan paling awal yang membentuk karakter seseorang. Interaksi dan komunikasi antaranggota (ayah, ibu, dan anak) di dalam rumah tidak terjadi begitu saja, melainkan didorong oleh adanya visi, pemenuhan kebutuhan bersama, serta upaya untuk saling memahami.

2. Bentuk Keluarga

Menurut catatan (Akhriansyah M dkk, 2023) struktur keluarga secara umum terbagi ke dalam dua klasifikasi besar, yakni tradisional dan non-tradisional:

a. Keluarga Tradisional

1) Keluarga Inti (*Nuclear Family*)

Unit kekerabatan paling dasar yang murni hanya beranggotakan ayah, ibu, beserta anak (baik keturunan biologis maupun hasil adopsi).

2) Keluarga Tanpa Anak (*The Childless Family*)

Suami istri yang belum atau tidak memiliki keturunan, yang sering kali dipicu oleh tertundanya usia pernikahan akibat tuntutan pendidikan maupun karir.

3) Keluarga Adopsi

Kondisi di mana pasangan secara sah mengambil alih tanggung jawab pengasuhan seorang anak dari orang tua biologisnya.

4) Keluarga Besar (*Extended Family*)

Kediaman yang dihuni oleh gabungan beberapa generasi sekaligus. Selain keluarga inti, rumah ini juga diisi oleh kerabat lain seperti kakek, nenek, paman, bibi, atau keponakan.

5) Keluarga Orang Tua Tunggal (*Single-Parent Family*)

Pola pengasuhan anak yang hanya dijalankan oleh satu figur saja (ayah saja atau ibu saja), umumnya terjadi imbas kasus perceraian atau kematian pasangan.

6) *Commuter Family*

Kondisi di mana suami dan istri terpaksa menetap di kota yang berbeda akibat urusan pekerjaan, dan hanya bisa berkumpul pada waktu-waktu tertentu..

7) *Multigenerational Family*

Struktur kediaman yang diisi oleh beberapa tingkatan umur atau generasi yang menetap di bawah satu atap.

8) *Kin-Network Family*

Sejumlah keluarga inti yang bermukim saling berdekatan atau dalam satu rumah besar, di mana mereka saling berbagi fasilitas dan layanan rumah tangga.

9) Keluarga Campuran (*Blended Family*)

Terbentuk ketika seorang janda atau duda menikah kembali, lalu menyatukan anak-anak dari hasil pernikahan baru sekaligus anak dari pernikahan mereka sebelumnya.

10) Dewasa Lajang yang Tinggal Sendiri (*Single Adult*)

Individu yang memilih hidup mandiri tanpa pasangan, atau mereka yang terpaksa hidup sendiri pasca-perpisahan/kematian pasangan.

11) Keluarga Binuklir

Situasi pasca-cerai di mana seorang anak harus membagi kehidupannya menjadi bagian dari dua rumah tangga yang terpisah (rumah ayah dan rumah ibu).

b. Keluarga Non Tradisional

1) Ibu Remaja tanpa menikah (*The Unmarried Teenage Mother*)

Perempuan usia belia yang membesarkan anaknya sendirian tanpa ikatan pernikahan yang sah.

2) Keluarga Inti Rekonstitusi (*Reconstituted Nuclear*)

Pasangan yang menikah kembali, lalu tinggal satu atap membesarkan anak dari hubungan masa lalu sekaligus anak dari pernikahan yang baru.

3) Keluarga orang tua tiri (*The Step Parent Family*)

Kehadiran figur ayah atau ibu sambung yang ikut mengasuh anak bawaan dari pasangannya.

4) *Commune Family*

Sekelompok pasangan tanpa pertalian darah yang bersepakat untuk hidup satu atap. Mereka berbagi sumber daya, fasilitas, hingga mengasuh anak-anak secara kolektif.

5) *The Nonmarital Heterosexual Cohabiting Family (Keluarga Heteroseksual).*

Hubungan pria dan wanita yang menetap bersama dalam waktu singkat dan kerap berganti pasangan tanpa status hukum perkawinan.

6) *Gay and Lesbian Families*

Dua individu bergender sama yang memutuskan menetap bersama layaknya sepasang suami istri.

7) *Cohabiting Family*

Individu dewasa yang menetap bersama di tanah rantau (biasanya karena kesamaan daerah asal) tanpa adanya ikatan pernikahan.

8) *Group-Marriage Family*

Sekelompok orang dewasa yang merasa terikat, hidup menetap, berbagi aktivitas seksual, perlengkapan rumah tangga, dan membesarkan anak bersama-sama tanpa batas pernikahan konvensional.

3. Ciri Keluarga

Mengacu pada rumusan Friedman et al., (2010) dalam yang dikaji ulang oleh (Akhriansyah M dkk, 2023), sebuah keluarga umumnya memiliki beberapa ciri khas berikut:

- a. Terciptanya pola hubungan yang terstruktur, di mana setiap penghuni rumah saling terhubung erat dan memiliki rasa ketergantungan satu sama lain.
- b. Meski setiap anggota diberi ruang kebebasan untuk menjalankan fungsi, tugas, dan tanggung jawabnya masing-masing, kewenangan tersebut tidaklah mutlak. Peran mereka tetap dipagari oleh batasan, norma, atau aturan yang disepakati di dalam keluarga tersebut.

4. Susunan dalam Keluarga

- a. Struktur dan mekanisme komunikasi

Kesalahan dan perbedaan pendapat dalam keluarga akan berkurang jika ada koneksi yang baik. Sebagai pemimpin keluarga, ayah dan ibu harus berkomunikasi secara interaktif, aktif, sinergis, dan bersinergi satu sama lain.

- b. Kekuatan keluarga

Kebahagiaan adalah kekuatan keluarga. Semua anggota keluarga harus bekerja sama untuk mewujudkannya. Keasyikan, ikatan yang kuat, dan rasa memiliki yang tinggi adalah beberapa contoh kekuatan. Rasa dekat dengan nasib dan perjuangan.

- c. Peran keluarga

Setiap individu di dalam sebuah rumah tangga memegang peran dan porsinya masing-masing. Apabila seluruh anggota mampu menunaikan tanggung jawab tersebut secara optimal dan saling

mendukung, maka secara otomatis akan tercipta lingkungan keluarga yang harmonis, rukun, dan bahagia.

d. Nilai-nilai keluarga

Nilai-nilai berhubungan dengan akhlak. Nilai-nilai positif yang tertanam dan terpatut dalam jiwa anak maka akan memungkinkan tumbuhnya anak soleh dan solehah. Ada beberapa nilai yang ada dalam keluarga yang mempengaruhi terhadap keluarga antara lain yakni sikap tanggung jawab, kejujuran, dan kemandirian, nilai cinta kasih, nilai kedisiplinan dan lainnya. Nilai yang harus ditanamkan juga bersumber dari empat norma yakni aturan dan nilai yang bersumber dari ajaran agama, etika moral, tata krama sosial, dan peraturan hukum. Setiap aturan yang ada mengandung nilai-nilai yang harus dipelajari dan didalami oleh seorang anak. Pemahaman akan nilai dan norma memberikan pengetahuan kepada anak akan apa perbuatan yang harus ditinggalkan dan apa yang boleh dilakukan (Akhriansyah M dkk, 2023).

5. Fungsi Keluarga

Friedman et al. (2010), fungsi keluarga pada dasarnya bertumpu pada segala tindakan yang dilakukan oleh unit tersebut demi mencapai tujuan bersamanya. Secara garis besar, peran esensial keluarga terbagi ke dalam lima aspek utama:

a. Fungsi Afektif

fondasi emosional (internal) di dalam rumah tangga. Keluarga bertugas menjadi tempat yang menyediakan rasa aman, curahan kasih

sayang, serta perlindungan psikologis bagi setiap anggotanya. Lingkungan yang hangat akan menumbuhkan konsep diri yang positif dan rasa saling memiliki. Sebaliknya, hampa atau gagalnya fungsi afektif ini sering kali menjadi akar utama rusaknya keharmonisan keluarga.

b. Fungsi Sosialisasi

keluarga bertindak sebagai wadah pembentuk karakter. Tujuannya adalah membimbing dan melatih anggota keluarga agar mampu beradaptasi, bersikap sesuai norma, serta siap menjalankan perannya di tengah lingkungan masyarakat luas.

c. Fungsi Reproduksi

Keluarga berfungsi sebagai sarana untuk melanjutkan garis keturunan demi menjaga eksistensi dan kelangsungan generasi mereka ke depan.

d. Fungsi Ekonomi

Keluarga memikul tanggung jawab finansial untuk memastikan ketersediaan kebutuhan hidup sehari-hari. Di samping itu, fungsi ini juga mencakup upaya mendorong anggotanya untuk mengasah keterampilan yang bernilai ekonomi guna mendongkrak taraf hidup bersama.

e. Fungsi Perawatan/Pemeliharaan Kesehatan

Aspek ini berkaitan langsung dengan kapasitas keluarga dalam merawat anggotanya yang sedang sakit, sekaligus menjaga kebugaran

mereka. Fungsi ini sangat krusial untuk menjamin setiap individu di dalam rumah tetap sehat dan bisa terus produktif (Akhriansyah M dkk, 2023)

E. Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga

Sistem untuk merencanakan asuhan keperawatan dikenal sebagai dalam, proses ini meliputi (Bimrew Sendekie Belay, 2022):

1. Pengkajian

Fase pengkajian bertindak sebagai langkah fundamental atau fondasi awal dalam seluruh rangkaian asuhan keperawatan. Proses ini dilakukan secara sistematis untuk menghimpun informasi dari beragam sumber, sehingga perawat bisa memetakan kondisi aktual pasien secara akurat. Tahapan ini sangat krusial karena menjadi penentu utama dalam mengidentifikasi akar masalah, kebutuhan medis, serta rancangan tindakan keperawatan yang akan diberikan nantinya. Evaluasi pada tahap ini menuntut pendekatan yang komprehensif, mencakup pemeriksaan fisik, kondisi psikologis (mental), interaksi sosial, hingga faktor lingkungan pasien (Hadinata dkk, 2022).

a. Identitas Data Umum

1. Identitas Kepala Keluarga

Seseorang yang menjadi pusat tanggung jawab dalam menjaga stabilitas dan kehidupan keluarga, dipegang oleh nama KK.

2. Umur

Identifikasi umur dari Kepala Keluarga.

3. Alamat

Identifikasi alamat untuk menunjang efektivitas pelayanan asuhan keperawatan kepada klien dirumah.

4. Pekerjaan dan Pendidikan KK

Untuk menentukan tindakan keperawatan selanjutnya, identifikasi status pekerjaan dan jenjang pendidikan pola pengambilan keputusan dalam rumah tangga dipengaruhi oleh keluarga. lainnya.

5. Komposisi keluarga

Untuk mengetahui individu yang menetap dan berstatus sebagai anggota di dalam suatu rumah tangga tersebut.

6. Status imunisasi

Untuk mengetahui apakah kepala keluarga dan anggota keluarganya telah diimunisasi atau tidak, lihat status imunisasi mereka.

7. Genogram

Adanya faktor genetik atau keturunan dapat diketahui dengan melakukan genogram.

8. Tipe keluarga

Adanya faktor genetik atau keturunan dapat diketahui dengan melakukan genogram.

9. Suku

Mengidentifikasi budaya dan kebiasaan local serta mengidentifikasi asal usul suku bangsa keluarga.

10. Agama

Menelusuri keyakinan dan agama keluarga untuk memperoleh pemahaman tentang prinsip spiritual yang menjadi pedoman hidup yang mereka pegang.

11. Status sosial ekonomi

Pendapatan yang diperoleh kepala unit keluarga dan anggotanya turut menentukan status sosial ekonomi keluarga.. Jumlah uang yang menjadi bagian dari pengeluaran rutin keluarga. Dan faktor-faktor berikut turut memengaruhi sosial ekonomi keluarga jenis dan jumlah kepemilikan barang. Penilaian mengenai tingkat kesejahteraan dan status ekonomi sosial klien menunjukkan bahwa taraf sosial ekonomi seseorang berpengaruh pada lingkai kesehatannya.

12. Aktifitas Rekreasi Keluarga

Mengunjungi tempat rekreasi bersama dan melakukan kegiatan santai seperti menikmati tayangan TV dan siaran radio bersama adalah tanda hiburan keluarga.

b. Riwayat dan Tahap Perkembangan Keluarga**1) Tahap perkembangan keluarga saat ini**

- a) Pasangan baru / keluarga baru: Masa awal pasca-pernikahan di mana suami istri mulai membangun kemandirian hidup dan lepas secara fisik maupun finansial dari keluarga asal mereka.
- b) Keluarga kelahiran anak pertama: Rentang waktu sejak kehamilan pertama hingga anak sulung tersebut menginjak usia 2,5 tahun (30 bulan).
- c) Keluarga anak pra sekolah: Berlangsung ketika anak tertua berada pada rentang usia 2,5 hingga 5 tahun.
- d) Keluarga anak sekolah: Periode ketika anak sulung mulai mengenyam pendidikan dasar, yakni pada usia 6 sampai 12 tahun.
- e) Keluarga anak remaja: Dimulai saat anak tertua memasuki usia pubertas (belasan tahun) hingga ia bersiap untuk hidup mandiri.
- f) Keluarga anak dewasa (pelepasan): Siklus transisi yang bermula saat anak pertama angkat kaki dari rumah (merantau/menikah) dan baru berakhir ketika anak bungsu melakukan hal yang sama.

- g) Keluarga usia pertengahan: Dimulai sesaat setelah seluruh anak meninggalkan rumah, dan terus berlangsung hingga masa pensiun atau salah satu pasangan berpulang..
- h) Keluarga usia lanjut: Tahapan akhir siklus keluarga yang dimulai sejak masa pensiun hingga kedua pasangan meninggal dunia.

2) Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi

- a) Keberhasilan membangun ikatan intim, menjalin interaksi harmonis dengan lingkungan sosial, serta menyepakati perencanaan momongan (KB).
- b) Kesiapan mental mengemban peran orang tua, adaptasi terhadap dinamika baru (termasuk urusan ranjang dan rutinitas), serta menjaga kelanggengan kasih sayang suami istri.
- c) Penyediaan hunian yang menjamin privasi, melatih anak berinteraksi dengan lingkungan, keadilan membagi porsi waktu (untuk diri sendiri, pasangan, dan anak), serta persiapan menyambut kelahiran adik baru.
- d) Bimbingan agar anak mampu membaur di lingkungan sekolah maupun tetangga, pemenuhan tuntutan finansial yang makin tinggi, serta menjaga kedekatan romantis pasangan.

- e) Pemberian porsi kebebasan yang diimbangi dengan tanggung jawab, menjaga keterbukaan komunikasi antar-generasi, serta menekan risiko friksi atau perdebatan panas di dalam rumah.
- f) Penerimaan anggota baru (menantu/cucu) yang mengubah status menjadi keluarga besar, melepas anak agar sepenuhnya mandiri, mempererat ikatan suami istri, sekaligus merawat orang tua (kakek/nenek) yang makin renta.
- g) Fokus utama beralih pada pemeliharaan kebugaran fisik, merawat keakraban dengan teman sebaya, serta mempertahankan kedekatan dengan anak-anak.
- h) Penciptaan suasana rumah yang damai, keikhlasan saling merawat di tengah kemunduran fisik, melakukan perenungan perjalanan hidup (*life review*), serta mempertahankan tali silaturahmi dengan keturunan.

3) Riwayat kesehatan inti

- a) Riwayat kesehatan KK penyakit yang pernah diderita, dirawat, kondisi kesehatan yang sering dirasakan, bantuan kesehatan yang sering digunakan, pengetahuan tentang pencegahan penyakit, sikap terhadap kondisi kesehatan.

- b) Riwayat kesehatan istri penyakit yang pernah diderita, dirawat, kondisi kesehatan yang sering dirasakan, bantuan kesehatan yang sering digunakan, pengetahuan tentang pencegahan penyakit, sikap terhadap kondisi kesehatan.
- c) Riwayat kesehatan anak penyakit yang pernah diderita, penyakit infeksi yang berulang (berapa kali dalam 1 tahun), pengetahuan orang tua terhadap pertolongan pertama pada kondisi anak, riwayat kondisi gizi anak, riwayat tumbuh kembang anak.

4) Riwayat kesehatan keluarga sebelumnya

Penelusuran rekam medis atau jejak kesehatan keluarga di masa lalu. Data yang dihimpun mencakup riwayat penyakit yang pernah dialami oleh anggota keluarga, pengalaman rawat inap (opname), serta jenis fasilitas layanan kesehatan yang biasa diakses. Selain itu, poin ini juga bertujuan untuk melacak ada tidaknya penyakit genetik (bawaan) yang diwariskan, baik dari garis keturunan suami (Kepala Keluarga) maupun pihak istri.

c. Data Lingkungan

- 1) Karakteristik rumah
 - a) Denah rumah
 - b) Karakteristik lingkungan rumah

Data obyektif: Merupakan hasil pengamatan langsung oleh perawat terhadap kondisi fisik hunian. Parameter yang

dievaluasi meliputi tingkat kebisingan, buruknya sirkulasi udara (ventilasi), hingga potensi bahaya fisik seperti lantai yang licin atau beralaskan tanah, serta instalasi listrik yang tidak aman. Perawat juga akan memantau kualitas udara di dalam rumah, termasuk paparan asap rokok dari anggota keluarga, suhu ruangan yang ekstrem, maupun adanya aroma yang menyengat. Selain itu, kepadatan hunian (jumlah penghuni yang melebihi kapasitas rumah) serta keberadaan vektor pembawa penyakit seperti tikus, nyamuk, lalat, dan kecoak juga wajib dicatat.

Data subyektif: Pendataan ini mencatat ungkapan rasa kewalahan dari penghuni rumah terkait ketidakmampuan mereka dalam merawat, membersihkan, maupun menata hunian agar terasa nyaman. Sering kali, keluarga juga secara proaktif menyuarakan permintaan tolong atau membutuhkan bantuan pihak luar untuk memperbaiki kondisi tempat tinggal mereka..

2) Karakteristik tetangga dan komunitas

- a) Tipe lingkungan (desa/ kelurahan dan kota), type tempat tinggal (hunian, industry atau agraris), jalan (baik, rusak atau diperbaiki).
- b) Bila lingkungan industry (polusi udara, kebisingan) sanitasi saluran air pembuangan.

- c) Pelayanan kesehatan dasar yang ada: pukesmas, poliklinik, dokter, bidan praktik, apotik dll.

3) Mobilitas geografi keluarga

- a) Sudah berapa lama keluarga tinggal di daerah ini
- b) Bagaimana riwayat mobilitas geografisnya
- c) Dari mana keluarga tersebut asal / pindah

4) Perkumpulan keluarga dan interaksi terhadap masyarakat

- a) Bagaimana keluarga memandang komunitasnya, bagaimana keluarga menjalin interaksi komunitasnya.
- b) Apakah keluarga menyadari pentingnya peran komunitas

5) System pendukung keluarga

- a) Siapa yang menolong keluarga saat membutuhkan bantuan kesehatan maupun bantuan orang lain.
- b) System informal (teman, tetangga, kerabat)
- c) System pendukung formal (pelayanan kesehatan konseling, dll)

d. Struktur Keluarga

- 1) Mengidentifikasi bagaimana alur pertukaran informasi, gaya interaksi, serta cara penyampaian pesan yang biasa diterapkan antaranggota keluarga dalam keseharian.
- 2) Menilai siapa pemegang kendali di dalam rumah dan sejauh mana kapasitas individu tersebut dalam mengambil keputusan,

mengarahkan, atau memengaruhi perubahan sikap anggota keluarga yang lain.

- 3) Memetakan tugas, posisi, serta tanggung jawab spesifik yang diemban oleh tiap individu di dalam rumah, baik peran pokok yang sifatnya resmi (formal) maupun peran tambahan yang tidak tertulis (informal).
- 4) Menelaah pedoman hidup, tradisi, aturan tak tertulis, serta keyakinan yang dipegang teguh oleh keluarga tersebut, terutama yang memiliki kaitan langsung dengan pandangan dan praktik pemeliharaan kesehatan mereka.

e. Stres dan Koping Keluarga

- 1) Mengidentifikasi akar masalah, kendala, atau beban pikiran yang tengah mendera keluarga saat ini. Hal ini mencakup tekanan yang sifatnya mendadak atau sementara (jangka pendek), maupun persoalan menahun yang terus membebani psikologis mereka (jangka panjang).
- 2) Kapasitas respons keluarga menanggapi faktor stress
- 3) Implementasi strategi koping
- 4) Adaptasi Disfungsional (Tidak Efektif): Melacak ada atau tidaknya pola pelarian masalah, pertahanan diri yang keliru, atau strategi adaptasi negatif yang justru merugikan dan gagal menyelesaikan akar persoalan.

f. Pemeriksaan Fisik

Menurut (Butar et al., 2022) Semua anggota keluarga menjalani penilaian kondisi tubuh. Prosedur Pemeriksaan fisik di klinik dikerjakan melalui menyeluruh Seluruh tubuh, pemeriksaan menyeluruh (*head-to-toe*) dan prosedurnya sama untuk semua pasien:

- 1) Pemeriksaan keadaan umum
- 2) Kepala meliputi rambut, alis, mata, muka, hidung, mulut, dan telinga
- 3) Leher meliputi adakah pembesaran kelenjar tyroid dan vena jugularis
- 4) Dada dan axillia
- 5) Abdomen
- 6) Ekstermitas meliputi tangan dan kaki, kuku kesimetrisan terdapat varises atau tidak.

g. Harapan Keluarga

- 1) Keluarga berharap masalah kesehatan dapat dipahami sehingga dapat menyelesaikan masalah kesehatan yang sedang dihadapi.
- 2) Keluarga berharap mendapatkan jalan keluar untuk masalah kesehatan keluarganya.
- 3) Keluarga berharap dapat mendapatkan bantuan baik dari tenaga kesehatan atau pelayanan kesehatan untuk masalah yang dihadapinya.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa pada penderita *stroke* yang sering dijumpai:

a. Gangguan Mobilitas fisik (D.0054)

Definisi: Diagnosis ini ditegakkan ketika pasien mengalami hambatan, kesulitan, atau keterbatasan secara mandiri saat mencoba menggerakkan satu maupun beberapa anggota tubuhnya (ekstremitas).

1. Faktor risiko:

- a) Merosotnya tenaga dan kekuatan otot secara drastis.
- b) Hilangnya kendali saraf motorik terhadap fungsi otot.
- c) Penyusutan volume atau massa pada jaringan otot.
- d) Terjadinya kondisi kontraktur maupun kekakuan pada area persendian.
- e) Kerusakan yang menimpa integritas atau keutuhan struktur tulang.
- f) Penurunan kekuatan otot
- g) Faktor penyerta lain seperti penurunan kebugaran fisik, pergeseran sistem metabolisme tubuh, hingga adanya riwayat keterlambatan perkembangan.

2. Gejala tanda mayor:

Subjektif:

Pasien secara verbal mengutarakan keluhannya bahwa ia merasa sangat berat atau kesulitan saat berusaha menggerakkan lengan maupun tungkainya.

Objektif:

Dari hasil pemeriksaan atau observasi fisik, perawat menemukan adanya bukti nyata berupa penyusutan skala kekuatan otot pasien, yang dibarengi dengan menyempitnya luas rentang gerak sendi (*Range of Motion / ROM*).

3. Perawat harus mencari potensi masalah tambahan pada daftar diagnosa keperawatan atau memasukkan diagnosa keperawatan tambahan pada subkategori aktivitas dan istirahat SDKI jika pasien tidak menampilkan data tersebut di atas.

b. Defisit Pengetahuan (D.0111)

Definisi: Diagnosis ini ditegakkan ketika pasien maupun keluarga tidak memiliki pemahaman yang memadai, atau mengalami kelangkaan informasi kognitif terkait suatu kondisi medis tertentu.

1. Faktor Resiko

Ketidaktahuan ini umumnya berakar dari minimnya paparan informasi, rendahnya minat untuk belajar, atau karena pasien tidak tahu ke mana harus mencari sumber rujukan yang valid. Selain itu, faktor internal seperti penurunan daya ingat, hambatan fungsi kognitif, hingga adanya kekeliruan dalam menafsirkan anjuran medis juga memegang peran besar.

2. Gejala dan tanda mayor:

Subjektif:

Pasien secara berulang melontarkan pertanyaan terkait masalah kesehatan atau penyakit yang sedang dihadapinya.

Objektif:

Pasien terbukti memiliki persepsi yang salah atau keliru mengenai penyakitnya, yang berujung pada munculnya perilaku tidak patuh terhadap instruksi pengobatan.

3. Gejala dan tanda minor:

Subjektif: -

Objektif:

- a) Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat
- b) Menunjukkan perilaku berlebihan (mis apatis, bermusuhan, agitasi, histeria)

4. Kondisi klinis terkait:

- a) Kondisi klinis yang baru dihadapi pasien
- b) Penyakit akut
- c) Penyakit kronis

c. Risiko Intoleransi Aktivitas (D.0060)

Definisi: Kondisi ini menandakan adanya kerentanan pada pasien, di mana mereka terancam kehabisan cadangan energi atau tidak memiliki cukup tenaga untuk sekadar menyelesaikan rutinitas harian secara mandiri.

1. Faktor resiko

Ancaman kelelahan ekstrem ini dapat dipicu oleh buruknya status kebugaran fisik, kelainan pada saluran pernapasan, serta gangguan sirkulasi aliran darah. Faktor lain yang memperburuk adalah ketiadaan pengalaman pasien dalam melakukan suatu aktivitas fisik, atau karena pasien sebelumnya memang memiliki riwayat intoleransi pergerakan.

2. Kondisi Klinis terkait

- a) Anemia
- b) Gagal jantung kongesif
- c) Penyakit katup jantung

d. Manajemen Kesehatan Keluarga Tidak Efektif (D.0115)

Definisi: Ketika pola asuh, tata cara, atau pengaturan keluarga dalam merawat anggotanya yang sakit dinilai gagal, tidak memuaskan, dan tidak mendukung tercapainya pemulihan kesehatan.

1. Penyebab:

Kegagalan manajemen perawatan di rumah ini sering kali disebabkan oleh himpitan beban ekonomi, adanya perselisihan internal (konflik keluarga), atau ketidaksepahaman saat harus mengambil keputusan medis. Kerumitan program pengobatan serta berbelitnya sistem layanan kesehatan juga turut membuat keluarga kewalahan.

2. Gejala dan tanda mayor:

Subjektif:

Pihak keluarga secara terbuka mengeluhkan betapa sulitnya menjalankan regimen perawatan yang diresepkan dokter, dan mengaku tidak benar-benar memahami seluk-beluk penyakit yang diderita pasien.

Objektif:

Gejala penyakit anggota keluarga semakin memberat. Ketidakmampuan tersebut berdampak langsung pada memburuknya gejala penyakit yang dialami pasien. Saat diobservasi, tindakan atau langkah-langkah yang diambil keluarga untuk mengobati pasien juga terbukti keliru dan tidak tepat sasaran.

3. Gejala dan tanda minor:

Subjektif: -

Objektif:

Gejala melakukan tindakan untuk mengurangi faktor resiko.

e. Pemeliharaan Kesehatan Tidak Efektif (D.0117)

Definisi: Diagnosis ini ditetapkan ketika pasien atau klien terbukti mengalami ketidakberdayaan dalam mengenali, mengatur, hingga mencari fasilitas bantuan medis yang sangat ia butuhkan guna menjaga stabilitas status kesehatannya.

1. Penyebab:

- a) Keterbatasan atau hambatan pada fungsi kognitif.
- b) Tertahannya emosi akibat fase berduka yang belum sepenuhnya tuntas.
- c) Buruknya kecakapan dalam berkomunikasi.
- d) Kelemahan pada sistem motorik, baik fungsi gerak halus maupun kasar.
- e) Tumpulnya nalar dalam membuat penilaian atau keputusan yang tepat.
- f) Ketidakmampuan individu maupun keluarga dalam mencari jalan keluar dari sebuah masalah.
- g) Sangat minimnya dukungan atau ketersediaan sumber daya.
- h) Adanya komplikasi medis berupa gangguan pada sistem pernapasan (respirasi).
- i) Terhambat atau gagalnya pencapaian tugas perkembangan sesuai usia pasien.

2. Gejala dan tanda mayor:

Subjektif: -

Objektif:

Melalui observasi, perawat akan mendapati bahwa pasien sangat kaku dan gagal beradaptasi saat terjadi perubahan pada lingkungan sekitarnya. Selain itu, pasien juga tampak kebingungan (minim pemahaman) mengenai esensi perilaku hidup sehat, yang pada akhirnya

membuat mereka benar-benar tidak mampu mempraktikkan gaya hidup sehat tersebut dalam kesehariannya.

3. Gejala dan tanda minor:

Subjektif: -

Objektif:

- a) Memiliki riwayat perilaku mencari bantuan kesehatan yang kurang
- b) Kurang menunjukkan minat untuk meningkatkan perilaku sehat
- c) Tidak memiliki sistem pendukung (*support system*)

Tabel 2. 3 Penilaian Skoring

No	Kriteria	Skor	Bobot	Nilai	Pembenar
1.	Sifat Masalah				Rasionalisasi yang menjelaskan tentang pilihan sifat masalah yang ditunjang dengan data-data yang mendukung dan relevan
	a. Aktual	3			
	b. Risiko	2	1	2	
	c. Keadaan Sejahtera	1			
2.	Kemungkinan masalah dapat diubah				Adakah faktor dibawah ini, semakin lengkap semakin mudah masalah diubah
	a. Mudah	2			
	b. Cukup	1	2	3	1. Pengetahuan yang ada, teknologi, tindakan untuk menangani masalah.
	c. Rendah	0			2. Sumber daya keluarga: Fisik, Keuangan, dan tenaga.
					3. Sumber daya tenaga kesehatan.
					4. Sumber daya Lingkungan: Fasilitas organisasi dan dukungan sosial

3.	Potensial masalah untuk dicegah				Adanya faktor dibawah ini, semakin kompleks, semakin lama semakin rendah potensi untuk dicegah
	a. Tinggi	3			
	b. Cukup	2	1	2	
	c. Rendah	1			
					1. Kepemilikan/ kompleksitas masalah berhubungan dengan penyakit dan masalah kesehatan 2. Lamanya masalah (Jangka waktu masalah) 3. Tindakan yang sedang dijalankan atau yang tepat untuk perbaikan masalah 4. Adanya kelompok resiko untuk dicegah agar tidak actual atau semakin parah
4.	Menonjolnya masalah	2			Rasionalisasi yang menjelaskan tentang pilihan menonjolnya masalah yang ditunjang dengan data-daya yang mendukung dan relevan baik data subjektif maupun objektif
	a. Masalah dirasakan dan harus segera ditangani	1	1	3	
	b. Ada masalah tetapi tidak perlu ditangani	0			
	c. Masalah tidak dirasakan				

Keterangan:

- a. Tentukan skor untuk kriteria
- b. Skor dibagi dengan angka tertinggi dan kalikanlah dengan bobot

Penentuan Nilai (*Scoring*)

$$\frac{\text{Skor}}{\text{Angka tertinggi}} \times \text{Nilai Bobot}$$

Cara melakukan

skoring

- (1) Tentukan skor untuk setiap kriteria yang dibuat
- (2) Selanjutnya dibagi dengan angka yang tertinggi dan dilakukan 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

Kondisi kegagalan nyata yang sedang terjadi dalam upaya mempertahankan kesehatan. Contoh konkretnya adalah anggota keluarga yang saat ini sedang jatuh sakit, atau balita yang mengalami fase gagal tumbuh (menyimpang dari kurva tumbuh kembang normal).

- b. Resiko tinggi

Sebuah situasi kerentanan yang membuka celah atau peluang besar munculnya penyakit di masa depan. Kondisi ini lazim ditemui pada keluarga yang memiliki riwayat penyakit genetik (keturunan), atau tinggal satu atap dengan penderita penyakit menular.

c. Potensial

Fase transisi positif di mana keluarga bersiap melangkah ke taraf kesejahteraan yang lebih tinggi. Fase ini biasanya ditandai dengan momen krusial kehidupan, seperti masa awal pernikahan, periode kehamilan, proses persalinan, hingga momen menyambut anggota keluarga baru.

(2) Kriteria 2 atau Kemungkinan masalah dapat diubah

Indikator ini menakar seberapa realistis sebuah persoalan kesehatan bisa diintervensi apakah sangat mudah diatasi, hanya bisa diperbaiki sebagian, atau justru sudah mustahil untuk diubah. Tinggi rendahnya kemungkinan ini sangat bergantung pada beberapa variabel pendukung, antara lain: tingkat wawasan dan edukasi keluarga, ketersediaan teknologi maupun metode penanganan medis, kekuatan finansial/sumber daya keluarga, serta kapasitas perawat dan fasilitas kesehatan masyarakat yang ada di sekitar mereka.

(3) Kriteria 3 atau potensial masalah dapat dicegah

Kriteria ini mengevaluasi sejauh mana perburukan atau komplikasi masalah tersebut bisa ditangkal (apakah skala potensinya tinggi, cukup, atau sangat rendah). Keberhasilan upaya pencegahan ini sangat dipengaruhi oleh tingkat keparahan (gravitas) penyakit itu sendiri, seberapa lama masalah tersebut sudah dibiarkan mengakar (durasi), serta bentuk tindakan pengobatan apa yang tengah diupayakan oleh keluarga pada saat pengkajian dilakukan.

(4) Kriteria 4 atau menojolnya masalah

Poin terakhir ini murni menilai masalah dari kacamata atau sudut pandang keluarga itu sendiri. Kriteria ini mengukur tingkat urgensi berdasarkan

bagaimana keluarga menyikapi persoalan yang ada. Respons mereka akan diklasifikasikan ke dalam tiga opsi: keluarga menuntut masalah tersebut harus ditangani detik itu juga (*segera diatasi*), keluarga menunda-nunda penyelesaiannya (*tidak segera diatasi*), atau yang paling fatal, keluarga sama sekali tidak menyadari adanya ancaman bahaya (*tidak dirasakan ada masalah*).

3. Intervensi Keperawatan

Tabel 2. 4 Intervensi Keperawatn dengan menggunakan SLKI dan SDKI

No	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Intervensi		
		Tujuan Dan Kriteria Hasil (SLKI)		Intervensi Keperawatan
1.	Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan dukungan ambulasi selama 5 kali pertemuan, diharapkan Mobilitas Fisik (L05042) meningkat Dengan kriteria hasil:	ekatermitas meningkat otot cukup gerak (ROM) meningkat Nyeri menurun	Intervensi Keperawatan: Dukungan Ambulasi (I.06171) Definisi: Memfasilitasi pasien untuk meningkatkan aktivitas berpindah. Tindakan Observasi: 1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. 2) Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi. 3) Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi.

5) Kekakuan sendi menurun	cukup	4) Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi.
6) Kelemahan fisik menurun	cukup	Terapeutik:
7) Kecemasan menurun		1) Terapi Genggam Bola Karet
8) Gerakan terbatas menurun.	cukup	2) Mempermudah berjalan dengan alat bantu (seperti kruk atau tongkat)
		3) Mendorong aktivitas fisik bila diperlukan
		4) Libatkan keluarga pasien dalam membantunya menjadi lebih mahir bangun dari tempat tidur.
		Edukasi:
		1) Menjelaskan maksud di balik dan langkah-langkah yang terlibat dalam berjalan.
		2) Mempromosikan jalan kaki pada usia dini. Ajari mereka cara bangun dari tempat tidur dengan melakukan olahraga sederhana seperti berjalan ke kamar mandi, menggunakan kursi roda, atau sejauh yang mereka bisa toleransi.

2.	Defisit Pengetahuan (D.0111)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan Edukasi Kesehatan selama 5 Kali pertemuan, diharapkan Tingkat Pengetahuan (L. 12111) Meningkat dengan kriteria hasil:	Intervensi keperawatan: Edukasi kesehatan (1.12383)
		1) Perilaku sesuai anjuran meningkat	Obsevasi: 1) Memastikan kesiapan dan kapasitas penerimaan informasi. 2) Menentukan apa yang memotivasi masyarakat untuk hidup bersih dan sehat merupakan langkah kedua.
		2) Verbalisasi minat dalam belajar meningkat	Terapeutik: 1) Menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan.
		3) Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat.	2) Menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan. 3) Memberikan kesempatan untuk bertanya
			Edukasi: 1) Menjelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan 2) Mengajarkan perilaku hidup bersih dan sehat 3) Mengajarkan strategi untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat

3. Risiko Intoleransi Aktivitas (D.0060)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan Promosi Latihan Fisik selama kali diharapkan toleransi aktivitas (L.05047) Meningkat Dengan Kriteria Hasil: 1) Frekuensi nadi meningkat 2) Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat. 3) Kecepatan berjalan meningkat 4) Jarak berjalan meningkat 5) Kekuatan tubuh bangain atas meningkat	Intervensi Keperawatan Promosi latihan fisik (1.05183) Observasi: 1) Menentukan keyakinan kesehatan aktivitas fisik. 2) Tentukan pengalaman latihan sebelumnya. 3) Tentukan motivasi pribadi untuk memulai atau melanjutkan latihan. 4) Mengetahui hambatan olahraga 5) Mengetahui kepatuhan program latihan 6) Mengkaji respon program latihan Terapeutik: 1) Motivasi menyampaikan pemikiran mengenai olah raga dan perlunya olah raga. 2) Mendorong untuk memulai atau melanjutkan pelatihan 3) Mendorong pencarian teladan positif untuk menjaga pola kebugaran. 3) Membantu dalam pembuatan rencana pelatihan yang sesuai untuk memenuhi kebutuhan. 4) Berpartisipasi dalam menciptakan tujuan jangka pendek dan jangka panjang program pelatihan.
--	---	---

-
- 5) Membantu dalam menjadwalkan periode latihan rutin setiap minggunya.
 - 6) Mempromosikan pemeliharaan kemajuan program pelatihan
 - 7) Berpartisipasi dalam aktivitas fisik bersama pasien jika diperlukan.
 - 8) Melibatkan keluarga pasien dalam pembuatan dan pemeliharaan program olahraga
 - 9) Memberi selamat kepada pasien atas semua pencapaiannya.

Edukasi:

- 1) Diskusikan manfaat olahraga bagi kesehatan dan fisiologis.
 - 2) Jelaskan olahraga yang sesuai dengan kesehatan.
 - 3) Jelaskan frekuensi, durasi, dan intensitas latihan.
 - 4) Ajarkan latihan pemanasan dan pendinginan yang benar
 - 5) Ajarkan teknik keselamatan latihan
-

			6) Ajarkan pernapasan yang benar untuk memaksimalkan penyerapan oksigen saat berolahraga.
			Kolaborasi:
			1) Berhubungan dengan ahli fisiologi olahraga atau rehabilitasi medis perlu.
			2) Kesiapan meningkatkan manajemen kesehatan dalam mengenali permasalahan berkaitan dengan ketidakmampuan anggota keluarga.
4.	Manajemen Kesehatan Keluarga Tidak Efektif (D.0115)	Setelah dilakuka tindakan keperawatan Pelibatan Keluarga selama 5 kali diharapkan manajemen kesehatan keluarga (L.12105) meningkat Dengan Kriteria hasil:	Intervensi Keperawatan: Pelibatan keluarga (I.14525) Definisi: Memfasilitasi partisipasi anggota keluarga dalam perawatan emosional dan fisik. Tindakan: Observasi:
		1) Kemamouan menjelaskan masalah kesehatan yang dialami meningkat	1) Identifikasi tingkat keterbukaan terhadap pengobatan terapeutik dalam keluarga. 2) Membantu pasien dan orang yang dicintainya membentuk ikatan

-
- 2) Aktivitas keluarga mengatasi masalah kesehatan tepat meningkat
 - 3) Tindakan untuk mengurangi faktor resiko meningkat

Terapeutik:

- 1) Pelajari alternatif perawatan di rumah (seperti terapi kelompok, perawatan residential, atau rumah singgah)
- 3) Menginspirasi keluarga untuk mengambil peran aktif dalam membuat rencana perawatan
- 2) Peran anggota keluarga dalam memandu pilihan pengobatan

Edukasi:

- 1) Menjelaskan kondisi tentang penyakit pasien.
 - 2) Pasien harus disadarkan akan ketergantungannya pada anggota keluarga.
 - 3) Pastikan pasien mengetahui apa yang dapat diharapkan oleh orang yang dicintainya dari dirinya
 - 4) Memotivasi orang yang dicintai untuk mencari pengobatan juga.
 - 5) Menganjurkan agar orang-orang terkasih ikut serta dalam perawatan juga.
-

5.	Pemeliharaan Kesehatan Tidak Efektif (D.0117)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan promosi perilaku upaya kesehatan selama 5 Kali diharapkan Pemelihara Kesehatan (L.12106) Meningkatkan Dengan Kriteria Hasil:	Intervensi keperawatan promosi perilaku upaya kesehatan (1.12472) Observasi: 1) Identifikasi perilaku upaya kesehatan yang dapat ditingkatkan Terapeutik: 1) Menyediakan lingkungan yang kondusif bagi kesehatan 2) Memberikan arah ke layanan kesehatan tersedia Edukasi: 1) Disarankan agar tenaga medis mendukung proses persalinan. 2) Disarankan untuk memberikan bayi ASI murni saja. 3) Mintalah anak menimbang berat badannya sebulan sekali; 4) Penggunaan air bersih disarankan 5) Promosikan penggunaan sabun dan air untuk mencuci tangan.
----	--	--	---

-
- 6) Promosikan penggunaan kamar kecil dengan cara yang sehat
 - 7) Hilangkan jentik di rumah seminggu sekali
 - 8) Promosikan makan buah dan sayur setiap hari
 - 9) Mengatur aktivitas fisik secara teratur
 - 10) Menyarankan untuk tidak merokok di rumah
-

4. Implementasi Keperawatan

Rencana perawatan mencakup tindakan yang disebut implementasi (Amellia et al., 2025). Implementasi keperawatan perawat terdiri dari serangkaian tindakan yang dilakukan untuk meningkatkan status kesehatan pasien dari buruk menjadi memenuhi kriteria hasil (simanjuntak samuel dkk, 2025).

Berbagai Metode Asuhan Keperawatan Dalam praktiknya, pemberian keperawatan dibagi menjadi tiga jenis, yaitu:

a. Independent Implementations

Dibuat dan dilaksanakan oleh perawat untuk kepentingan pasien, dengan tujuan memenuhi persyaratan unik pemecahan masalah pasien.

b. Interdependen/Collaborative Implementations

Asuhan keperawatan didasarkan pada kerjasama tim, baik dalam profesi keperawatan atau dengan kelompok medis lainnya.

c. Dependent Implementations

Kategori ini merujuk pada rangkaian asuhan keperawatan yang pelaksanaannya tidak dirancang secara mandiri oleh perawat, melainkan murni bergantung pada instruksi, delegasi, atau rujukan dari tenaga profesional kesehatan lainnya. Praktik konkretnya di lapangan dapat berupa eksekusi intervensi yang berpedoman pada rekomendasi spesifik dari ahli gizi, instruksi latihan dari fisioterapis, hingga arahan penanganan mental dari seorang psikolog klinis.

5. Evaluasi Keperawatan

Klien, keluarganya, dan penyedia layanan kesehatan lainnya semuanya terlibat dalam proses evaluasi atau penilaian berkelanjutan, yang membandingkan status kesehatan klien saat ini dengan tujuan yang telah ditetapkan (simanjuntak samuel dkk, 2025)

Ada dua jenis evaluasi yaitu:

a. Evaluasi Formatif (Proses)

Fokus utama dari penilaian formatif bertumpu pada pemantauan *real-time* terhadap jalannya proses asuhan beserta pencapaian tujuannya. Untuk menakar efektivitas atau tingkat keberhasilan sebuah intervensi, perawat diwajibkan untuk mengeksekusi evaluasi ini sesegera mungkin sesaat setelah sebuah tindakan keperawatan selesai diberikan kepada pasien. Empat bagian yang menyusun rumusan penilaian formatif ini adalah SOAP:

- 1) S (subjektif): Merupakan kumpulan informasi kualitatif yang digali secara langsung dari pemaparan atau keluhan verbal pasien. (Pengecualian: Pendekatan penggalian data ini tidak dapat diterapkan apabila klien mengalami kondisi afasia atau kehilangan kemampuan berbicara).
- 2) O (objektif): Merupakan temuan data klinis dan kuantitatif yang didapatkan murni melalui hasil observasi, inspeksi, maupun pengukuran yang dilakukan langsung oleh perawat secara kasat mata.

- 3) A (analisis) : Tahapan penalaran klinis di mana perawat melakukan sintesis atau mengawinkan data subjektif dan objektif yang telah didapat. Dari proses inilah perawat menarik kesimpulan mengenai status diagnosis pasien saat ini apakah masalah kesehatannya sudah teratasi, baru teratasi sebagian, atau justru jalan di tempat.
- 4) P (perencanaan): Membayangkan kembali pengembangan tindakan keperawatan. Dengan tujuan jangka panjang untuk meningkatkan kesehatan klien.

b. Evaluasi Sumatif (Hasil)

Setelah selesainya setiap langkah dalam proses keperawatan, evaluasi yang dikenal sebagai evaluasi sumatif dilakukan. Tujuan dari evaluasi sumatif ini adalah untuk melacak dan menganalisis seberapa baik layanan yang diberikan. Untuk mencapai tujuan pengobatan, ada tiga jenis evaluasi yang dapat dilakukan: yaitu:

- 1) Tujuan atau permasalahan terselesaikan jika klien melakukan penyesuaian sesuai dengan kriteria yang telah ditentukan.
- 2) Jika klien mengubah sebagian dari kriteria yang ditetapkan, maka tujuan telah tercapai sebagian, masalah telah diperbaiki sebagian, atau klien masih berupaya mencapai tujuan.
- 3) Jika hanya ada sedikit perubahan dan kemajuan dari klien, maka tujuan belum tercapai atau selesai.

F. Metodologi Penelitian

1. Jenis, Rancangan Dan Pendekatan Penelitian

Peneliti mengadopsi rancangan dan pendekatan kualitatif sebagai pijakan metodologis utamanya. Istilah "penelitian" mengacu pada penelitian yang berupaya menggambarkan dan memahami berbagai tindakan dan pengalaman manusia. Penggunaan penalaran ilmiah untuk menarik kesimpulan, baik deduktif maupun induktif, serta menganalisis keterkaitan fenomena yang diamati lebih penting dalam penelitian kualitatif (Hidayat, 2017).

Riset ini secara spesifik mengaplikasikan desain rancangan studi kasus. Sebuah investigasi mendalam yang memusatkan fokus pengamatannya secara eksklusif pada satu unit fenomena atau pokok permasalahan tertentu. (Nursalam, 2017). Deskripsi studi kasus disertakan dalam penulisan ilmiah ini. Pasien yang menderita gangguan mobilitas anggota tubuh setelah stroke dapat menerima perawatan di rumah yang berpusat pada intervensi bekam. Karena peneliti akan mengukur dan mengamati keluarga yang menghadapi masalah stroke melalui terapi bekam, maka pendekatan studi kasus akan digunakan. Peneliti memilih pendekatan studi kasus karena tujuan kami adalah melakukan intervensi, mengukur, dan mengamati keluarga penderita stroke melalui pemeriksaan fisik pasien dan penilaian yang berpusat pada keluarga. (Marie, 2020).

2. Subjek Penelitian

Pihak yang dilibatkan sebagai subjek pokok dalam studi ini adalah unit keluarga dari Tn. X, di mana terdapat pasien dengan riwayat penyakit stroke yang berdomisili di kawasan Desa Toroh.

3. Waktu dan Tempat

Dilaksanakan pada bulan Februari tahun 2026 dan bertempat di Kecamatan Toroh Kabupaten Grobogan.

4. Fokus Studi

Pasien dengan gangguan mobilitas fisik setelah stroke adalah fokus utama artikel ini, yang bertujuan untuk membahas manajemen perawatan di rumah dengan penekanan khusus pada intervensi terapi genggam bola karet di Kecamatan Toroh Kabupaten Grobogan.

5. Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen penelitian ini adalah segala sesuatu yang memudahkan pengumpulan data dan mempermudah pekerjaan peneliti. Format Penilaian dan Alat Terapi genggam bola karet (Riniasih, 2022)

6. Metode Pengumpulan Data

Proses pemerolehan data di lapangan dilaksanakan melalui serangkaian tahapan:

- a. Wawancara, khususnya dengan menanyakan peserta studi tentang rutinitas sehari-hari mereka menggunakan panduan wawancara, daftar Periksa, atau instrumen serupa lainnya yang telah dibuat sebelumnya.

- b. Observasi, Pengamatan langsung terhadap responden dengan menggunakan instrumen seperti lembar observasi dan panduan observasi diperlukan untuk mengidentifikasi perubahan atau hal-hal yang memerlukan kajian lebih lanjut.

7. Analisa data

Proses analisis data hakikatnya adalah upaya sistematis dalam menstrukturkan ragam informasi yang diperoleh via observasi, wawancara, serta dokumentasi. (Sugiyono, 2020). langkah ini mencakup pemilahan data ke dalam kategori tertentu, menyeleksi substansi yang krusial, hingga merumuskannya menjadi kesimpulan yang komprehensif dan mudah dimengerti. Esensi dari tahapan ini adalah untuk memaparkan, mengkorelasikan, serta memaknai temuan riset tersebut. (Notoatmodjo, 2020).

Dalam studi ini, pendekatan yang diaplikasikan adalah analisis deskriptif univariat guna menyajikan potret utuh dari hasil penelitian (Notoatmodjo, 2020). Secara teknis, peneliti akan memilah informasi awal, melakukan validasi silang (pengecekan) dengan data fasilitas layanan kesehatan, dan setelah keakuratannya terjamin, barulah serangkaian siklus asuhan keperawatan dijalankan bermula dari tahap pengkajian hingga evaluasi akhir (Sugiyono, 2020).

a. Pengkajian keperawatan

Fase ini merupakan langkah perintis dalam asuhan keperawatan, di mana perawat menghimpun pangkalan data secara komprehensif. Informasi digali baik dari pasien itu sendiri, pihak keluarga, maupun pendamping yang paham betul dengan riwayat medis klien. Pengumpulan landasan informasi ini wajib mencakup dua parameter utama, yakni data subjektif sekaligus objektif. (Rukmi,2022).

b. Diagnosa keperawatan

Penetapan diagnosis merupakan wujud penilaian klinis perawat dalam menelaah reaksi klien terhadap problematika kesehatannya, entah itu ancaman yang sifatnya sudah terjadi (aktual) maupun yang berisiko muncul di kemudian hari (potensial) (PPNI, 2018). Muara dari tahapan ini adalah untuk memetakan secara presisi bagaimana individu, keluarga, atau komunitas merespons kerentanan kondisi medis mereka.

c. Intervensi keperawatan

intervensi mencakup seluruh skenario penanganan dan cetak biru tindakan yang diracik oleh perawat (PPNI, 2018). Perencanaan ini disusun dengan murni berpijak pada landasan keilmuan serta ketajaman insting klinis, semata-mata demi merealisasikan target kesembuhan atau luaran kesehatan yang telah diproyeksikan.

d. Implementasi keperawatan

tahapan implementasi merupakan wujud konkret atau manifestasi aksi dari rencana yang telah disusun sebelumnya. Fokus utamanya adalah memfasilitasi kebutuhan dasar pasien sekaligus mendongkrak progres pemulihan kesehatannya secara optimal (Lingga, 2019).

e. Evaluasi keperawatan

Tahap ini difokuskan untuk menakar tingkat keberhasilan dari serangkaian tindakan yang sudah dieksekusi. SOAP (Yunus, 2019). Parameter utamanya adalah menilai sejauh mana target pemulihan pasien telah terealisasi atau apakah masalah kesehatannya sudah teratasi. Pendokumentasian evaluasi ini secara baku ada dalam format kerangka SOAP.

8. Etika Penelitian

Etika penelitian pada dasarnya merupakan sebuah kompas moral yang menjamin bahwa suatu studi ilmiah dijalankan dengan prinsip kehati-hatian dan tanggung jawab penuh. penerapan kaidah ini berorientasi mutlak pada upaya penghormatan martabat, sekaligus perlindungan holistik terhadap hak-hak dasar setiap individu yang bersedia berpartisipasi sebagai subjek riset (Kurniawati & Cahyani, 2020). Prinsip-prinsip etika penelitian meliputi hal-hal berikut:

a. Persetujuan (*Informed consent*)

Sebagai bentuk persetujuan yang diberikan responden setelah mengetahui maksud dan tujuan penelitian. penelitian.

b. Tanpa Nama (*Anonymity*)

Metode untuk menjaga kerahasiaan responden dengan menghindari mengungkapkan identitas mereka secara lengkap, seperti nama, alamat, dan sebagainya. Terapi hanya memberikan indikasi yang menunjukkan bahwa responden tersebut sebenarnya adalah orang lain.

c. Kerahasiaan (*Confidentially*)

merupakan upaya untuk memastikan bahwa informasi yang telah diberikan kepada responden tetap rahasia dengan menyimpannya dalam bentuk file dengan kata sandi dan data yang tercantum dalam laporan asuhan keperawatan digunakan sebagai dasar dalam menyusun intervensi dan mengevaluasi hasil tindakan keperawatan keperawatan disimpan di ruang rekam medis sakit.

d. bukan kejahatan (*Non maleficence*)

Kaidah ini menitikberatkan pada kewajiban etis peneliti untuk memastikan subjek riset terbebas dari segala bentuk ancaman bahaya. Setiap partisipan memiliki hak prerogatif untuk menentukan keterlibatannya secara murni sukarela, dengan jaminan mutlak bahwa partisipasi tersebut tidak akan mendatangkan dampak buruk maupun kerugian fisik.

e. Manfaat (*Beneficience*)

Melalui prinsip ini, peneliti dituntut untuk menekan potensi risiko seminimal mungkin sekaligus mendongkrak luaran positif dari hasil riset, baik yang berdampak langsung bagi subjek maupun bagi kemajuan masyarakat luas. Khusus untuk studi ini, skala risikonya dapat dikatakan sangat rendah. Hal ini dikarenakan metode penggalan data hanya mengandalkan instrumen pertanyaan (kuesioner), tanpa melibatkan tindakan medis, eksperimen klinis, maupun intervensi pengobatan apa pun.