

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Penyakit Stroke

1. Definisi stroke

Stroke merupakan kerusakan jaringan otak yang disebabkan oleh berkurangnya atau terhentinya suplai oksigen dalam darah secara tiba-tiba. Jaringan otak yang mengalami penurunan suplai oksigen dalam darah dan akan mengakibatkan gangguan mobilitas fisik (Kurniawan et al., 2022).

Stroke iskemik adalah stroke yang disebabkan karena adanya hambatan atau sumbatan pada pembuluh darah otak tertentu sehingga daerah otak yang diperdarahi oleh pembuluh darah tersebut tidak mendapat pasokan energi dan oksigen, sehingga pada akhirnya jaringan sel-sel otak di daerah tersebut mati dan tidak berfungsi lagi (Negeri & Tuntungan, 2022).

Stroke iskemik merupakan kejadian tersumbatnya aliran darah ke otak yang terhenti karena aterosklerosis atau bekuan darah yang menyumbat suatu pembuluh darah (Aditya Prayoga & Rasyid, 2022).

2. Klasifikasi stroke

Stroke dibagi atas 2 macam yaitu stroke hemoragik dan stroke non hemoragik atau bisa disebut juga dengan sebutan stroke iskemik. Dilihat dari persentase kasusnya, Jumlah stroke Non Hemoragik jauh lebih tinggi yaitu 87% dan untuk stroke Hemoragik jumlah nya adalah sebesar 13% (Dodi et al., 2023). Perbedaan dari 2 klasifikasi tersebut yaitu, stroke Non Hemoragik adalah hilangnya fungsi otak karena adanya penyumbatan di pembuluh darah dan mengakibatkan menurunnya asupan darah yang menjadi makanan otak ke bagian otak itu sendiri. Sedangkan untuk stroke hemoragik yaitu kondisi pecahnya pembuluh darah di otak yang mengakibatkan terganggunya fungsi otak (Utomo & Siregar, 2024).. Menegaskan bahwa berdasarkan data kliniknya, stroke dibedakan menjadi 2 jenis, yaitu:

a. Stroke Non Hemoragik (SNH)/ Iskemik

Stroke non hemoragik merupakan penyakit stroke yang disebabkan karena otak tidak mendapatkan aliran oksigen secara adekuat, atau terdapat penyumbatan di bagian otak sehingga terjadi kematian jaringan otak. Peredaran darah yang tersumbat ini dapat disebabkan karena plak pada pembuluh darah sehingga peredaran darah ke jaringan otak tidak lancar. Berdasarkan etiologi dari penyakit stroke non hemoragik ini dibedakan menjadi 2 jenis, yaitu sebagai berikut:

- 1) Stroke Trombotik, merupakan penyakit stroke yang disebabkan oleh aliran oklusi darah karena sumbatan/ aterosklerosis berat. Hal ini biasanya dipengaruhi oleh tingginya kadar kolesterol dan tekanan darah.
- 2) Stroke Embolik, merupakan penyakit stroke yang disebabkan oleh emboli atau gumpalan trombosit/fibrin pada pembuluh darah yang lebih kecil sehingga mengalami pembekuan dan menyumbat aliran darah ke otak

b. Stroke Hemoragik

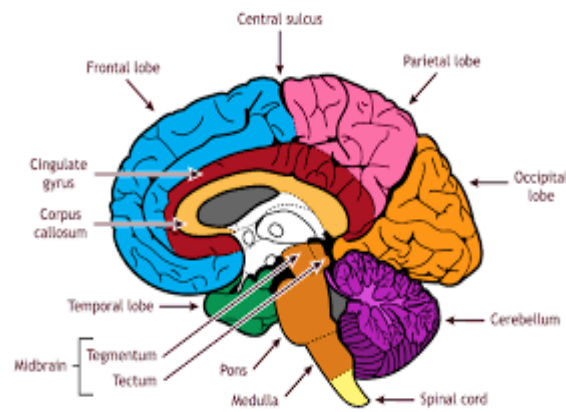
Stroke hemoragik merupakan suatu kondisi pecahnya pembuluh darah intraserebral secara mendadak yaitu dalam beberapa detik atau jam sehingga menyebabkan defisit neurologik fokal atau general. Stroke hemoragik dibagi menjadi 2 berdasarkan penyebabnya, yaitu sebagai berikut:

- 1) Perdarahan Intraserebral (PIS), merupakan keadaan perdarahan primer dari pembuluh darah yang ada dalam parenkim otak dan tidak disebabkan oleh trauma fisik. Pada keadaan ini sering disebabkan karena tekanan darah yang tinggi sehingga arteri dapat pecah atau robek.
- 2) Perdarahan Subarachnoid (PSA), merupakan kejadian yang akut karena darah masuk ke dalam ruang subaraknoid. Penyebab utama terjadinya perdarahan ini karena aneurisma di intracranial (Rizky Yudha, 2023).

3. Anatomi stroke

a. Otak

Otak adalah bagian organ tubuh yang paling penting. penting sehingga jika dalam waktu sedetik saja otak berhenti bekerja maka seluruh organ tubuh tidak dapat berfungsi sama sekali. Otak terbagi menjadi empat bagian utama, yaitu otak besar (*cerebrum*), otak kecil (*cerebellum*), batang otak (*brainstem*), sistem limbik (*limbic system*) (Kemenkes, 2022)



Gambar 2.1 Anatomi otak (Yanti Cahyati et al., 2022)

b. Otak Besar (*Cerebrum*)

Cerebrum adalah struktur otak terbesar dan paling terlihat. Terletak tinggi di atas tengkorak, otak besar menyumbang dua pertiga dari total massa otak. Materi abu-abu, sering disebut korteks serebral, melapisi bagian luar otak. Serebrum otak bertanggung jawab untuk menangani segala sesuatu mulai dari proses kognitif dasar seperti berpikir dan mengingat hingga yang lebih kompleks seperti menguraikan bahasa tertulis dan merasakan sensasi sentuhan, menghitung IQ, dan membentuk karakter seseorang. Setiap manusia memiliki otak kiri dan otak kanan, yang merupakan dua bagian dari otak besar.

1) Belahan otak bagian kanan fungsi otak kanan:

- a) Mengontrol sisi tubuh di bagian kiri.

- b) Bertanggung jawab atas pertumbuhan sifat EQ seperti berkomunikasi, bersosialisasi, regulasi emosi, dan berinteraksi dengan orang lain.
 - c) Bertanggung jawab atas kemampuan tubuh seseorang, seperti kemampuan untuk merasakan, kemampuan untuk menjadi intuitif, untuk bernalar, untuk memanipulasi lingkungan seseorang, untuk mengekspresikan diri melalui gerakan tubuh (seperti berjalan, berlari, bernyanyi, menari, atau memahat).
- 2) Belahan otak bagian kiri fungsi otak kiri:
- a) Mengontrol sisi tubuh bagian kanan.
 - b) Sebagai pusat syaraf kecerdasan, atau hal-hal yang berhubungan dengan logika dan penalaran, seperti kemampuan menulis dan membaca, otak merupakan tempat duduknya IQ.
 - c) Corpus callosum menghubungkan kedua belahan otak, membentuk benang sutra yang menghubungkan materi putih di kedua belahan otak.
- 3) Belahan otak terbagi dalam empat lobus, yaitu:
- a) Lobus Frontal

Lobus frontal adalah bagian otak besar yang paling terbuka. Fungsi lobus frontal yang berhubungan dengan motorik meliputi kemampuan memecahkan masalah, kreativitas, kemampuan mengevaluasi sesuatu, kemampuan mengatur impuls seksual dan emosi, pemahaman bahasa, kemampuan menciptakan argumen, kemampuan merencanakan ke depan, dan kemampuan serupa lainnya.
 - b) Lobus Parietal

Lobus parietal lobus membentuk sebagian besar garis tengah kranial. lobus parietal terkait dengan banyak sensor rasa sakit, tekanan, dan emosi.

c) Lobus Temporal

Bagian bawah otak besar adalah lobus temporal. Lobus temporal terkait dengan berpikir dan mengingat.

d) Lobus Occipital

Bagian posterior otak yang besar disebut lobus oksipital. Lobus otak terhubung ke sistem pemrosesan visual, memungkinkan kita untuk akhirnya menafsirkan semua yang kita lihat.

c. Otak Kecil (*Cerebellum*)

Otak kecil adalah struktur terbesar di otak belakang. Diposisikan anterior ke serebelum dan posterior ke lobus oksipital. Otak kecil, yang memiliki permukaan melengkung seukuran bola bisbol, relatif kecil. Otak kecil memiliki banyak peran penting dalam tubuh, termasuk dalam pengaturan gerakan dan keseimbangan dan dalam menjaga postur tubuh yang tepat. Otak kecil juga membantu dalam peningkatan sistem motorik, yang mencakup hal-hal seperti gerakan otot. Oleh karena itu, gerakan tubuh yang tidak terkoordinasi dapat terpengaruh oleh gangguan ini jika otak kecil rusak. Ini mungkin membuang keseimbangan seseorang, mempengaruhi sikap dan kemampuan seseorang untuk mengendalikan otot-otot mereka. Berdasarkan fungsi otak kecil terbagi menjadi 3 bagian, yaitu:

- 1) Vestibuloserebelum Komponen yang berfungsi dari otak kecil yang bertanggung jawab untuk menjaga keseimbangan dalam gerakan mata.
- 2) Spinocerebelum Area otak kecil yang bertanggung jawab untuk mengatur koordinasi otot dan struktur tubuh lainnya.
- 3) Serebrum Serebelum Peran yang dimainkan oleh wilayah otak kecil yang bertindak sebagai bank memori, perencanaan motorik, dan organ pencernaan.

d. Batang Otak (*Brainstem*)

Bagian otak yang menghubungkan otak dengan gading posterior. Terletak di pangkal leher, yang memanjang sampai ke dasar tengkorak. Tiga komponen utama kepala kelelawar adalah batang otak (pons), otak kecil (medulla oblongata), dan otak kecil (pons). Saraf otak bertanggung jawab untuk menyampaikan sinyal antara batang otak dan neuron sensorik dan motorik tubuh lainnya. Fungsi kelelawar burung hantu adalah untuk mengkoordinasikan transmisi sinyal kontrol dari burung hantu.

e. Sistem Limbik (*Limbic System*)

Otak paleomamalia, juga dikenal sebagai sistem limbik, adalah wilayah otak yang bertanggung jawab untuk mengatur dan mengkoordinasikan aktivitas otak lainnya. Setiap neuron di wilayah ini bekerja keras untuk menyesuaikan keadaan emosi dan dorongan anda untuk berhasil. Sistem saraf otak telah dipecah menjadi sejumlah daerah yang berbeda, atau lobus:

1) Hipotalamus

Bagian otak yang tersusun atas sejumlah nukleus adalah hipotalamus. Fungsi bagian ini sangat peka terhadap glukosa, suhu, glukokortikoid dan steroid. Letak hipotalamus berada di bagian batang otak, lebih tepatnya di diencephalon dan berfungsi sebagai pusat komando mandiri. Baik sistem saraf dan kelenjar pituitari bergantung pada hipotalamus untuk berfungsi dengan baik.

2) *Thalamus Gyrus*

Thalamic midline adalah daerah simetris yang terletak di antara korteks subkortikal. Talamus, struktur terbesar di otak, terletak di antara bagian depan dan belakang otak, di diencephalon. Talamus manusia berbentuk seperti bola bisbol dan berukuran antara 5,7 dan 7,2 sentimeter, itu terletak secara simetris di ventrikel ketiga dan dapat memutar ke sudut hingga 30 derajat. Talamus bertindak

sebagai jembatan antara korteks serebrospinal dan subkortikal otak, menjadikannya simpul kunci dalam jaringan pemrosesan informasi otak. Fungsi lainnya termasuk menyampaikan sinyal otot dan sensorik ke korteks serebral, menghilangkan stres, mengendalikan kecemasan, dan mengatur pola tidur.

3) *Amigdala*

Amygdalae, juga dikenal sebagai *amigdala*, adalah sekelompok sel saraf yang terletak di lobus temporal medial. *Amigdala* adalah komponen sistem limbik yang berperan dalam mengatur reaksi emosional, mengatur ingatan, dan mengambil keputusan. Terletak di ganglia basal otak. Fungsi lain dari amigdala termasuk menyampaikan proyeksi dari hipotalamus, membentuk dan menyimpan ingatan yang berkaitan dengan pengalaman individu atau peristiwa emosional, dan mengatur konsolidasi ingatan di daerah otak lainnya.

4) *Hippocampus*

Hippocampus memainkan peran penting di otak. Untuk retensi memori jangka panjang dengan memasukkan informasi dari memori kerja, *hippocampus* memainkan peran penting *Hippocampus* pada manusia terletak di korteks prefrontal medial, tetapi pada primata ditemukan di lobus temporalis di bawah korteks serebral. Fungsi lain dari *hippocampus* termasuk pembentukan ingatan baru yang terkait dengan pengalaman baru-baru ini, deteksi situasi atau lokasi baru, dan pembentukan ingatan jangka panjang khusus dan keterampilan navigasi spasial.

5) Perlindungan sistem saraf pusat

6) Jaringan berbasis Saraf cepat dan fleksibel. Dengan demikian, ketika diberikan tekanan ringan, neuron akan menjadi rusak dan tidak berfungsi. Bagian belakang kepala dan bagian atas tulang belakang dilindungi karena letaknya jauh di dalam tengkorak, khususnya

punggung dan tengkorak nervus, membrane meninges, dan cairan serebrospinal.

4. Jenis dan fungsi saraf kranial

a. Saraf I (Saraf Olfaktorius)

Saraf ini berasal dari epitel olfaktori mukosa hidung. Berkas sarafnya menjalar ke bulbus olfaktorius dan melalui traktus olfaktori sampai ke ujung lobus temporal (girus olfaktori). Gugup Penciuman adalah jenis saraf sensoris. Fungsinya adalah untuk menerima rangsang dari hidung dan mengantarkannya ke otak untuk diproses sebagai sensasi bau.

b. Saraf II (Nervus Optikus)

Saraf ini bekerja membawa impuls (rangsangan) dari sel kerucut dan sel batang di retina mata untuk dibawa ke badan sel akson yang membentuk saraf optic di bola mata. Lalu, setiap saraf optic keluar dari bola mata pada bintik buta dan masuk ke rongga kranial melalui foramen optik. Nervus Optikus adalah jenis saraf sensoris. Fungsinya adalah untuk menerima rangsang dari mata lalu menghantarkannya ke otak untuk diproses sebagai persepsi visual (penglihatan).

c. Saraf III (Saraf Okulimotorik)

Merupakan saraf gabungan, yaitu jenis saraf sensoris dan motorik, tetapi sebagian besar terdiri dari saraf motorik. Neuron motorik berasal dari otak tengah dan membawa impuls ke seluruh otot bola mata (kecuali otot oblik superior dan rektus lateral), ke otot yang membuka kelopak mata dan ke otot polos tertentu pada mata. Serabut sensorik membawa informasi indera otot (kesadaran perioperatif) dari otot mata yang terinervasi ke otak. Fungsinya adalah untuk menggerakkan sebagian besar otot bola mata.

d. Saraf IV (Nervus Trochlearis)

Merupakan saraf gabungan, tetapi sebagian besar terdiri dari saraf motorik dan merupakan saraf terkecil dalam saraf kranial. Neuron motorik berasal dari langit-langit otak tengah dan membawa impuls ke otot oblik superior bola mata. Serabut sensorik dari spindel (serabut) otot

informasi menyampaikan indera otot dari otot oblik superior ke otak. Fungsinya adalah untuk menggerakkan beberapa otot bola mata.

e. Saraf V (Saraf Trigeminus)

Saraf kranial terbesar, merupakan saraf gabungan tetapi sebagian besar terdiri dari saraf sensorik. Bagian ini membentuk saraf sensorik utama pada wajah dan rongga hidung serta rongga mulut. Nervus trigeminus memiliki 3 cabang, yaitu:

- 1) Cabang optalmik membawa informasi dari kelopak mata, bola mata, kelenjar udara mata, sisi hidung, rongga hidung dan kulit dahi serta kepala.
- 2) Cabang maksila membawa informasi dari kulit wajah, rongga mulut (gigi atas, gusi dan bibir) dan langit-langit.
- 3) Cabang mandibula membawa informasi dari gigi bawah, gusi, bibir, kulit rahang dan area temporal kulit kepala.
- 4) Fungsi Nervus trigeminus adalah:
 - a) Sensoris untuk menerima rangsangan dari wajah lalu diproses di otak sebagai rangsang sentuhan.
 - b) Motorik untuk menggerakkan rahang.

f. Saraf VI (Nervus Abduksen)

Merupakan saraf gabungan, tetapi sebagian besar terdiri dari saraf motorik. Neuron motorik berasal dari sebuah inti pada jembatan yang menginervasi otot rektus samping mata. Serabut sensorik membawa pesan propioseptif dari otot rektus lateral ke pons. Fungsinya adalah untuk melakukan gerakan abduksi mata.

g. Saraf VII (Nervus Fasialis)

Merupakan saraf gabungan. Neuron motorik terletak di dalam nuklei pons. Neuron ini menginervasi otot-otot ekspresi wajah, termasuk kelenjar udara mata dan kelenjar air liur. Saraf sensorik membawa informasi dari reseptor pengecap pada dua pertiga bagian anterior lidah. Fungsinya adalah:

- 1) Sensorik untuk menerima rangsang dari bagian depan lidah untuk diproses di otak sebagai persepsi rasa
 - 2) Motorik untuk mengendalikan otot wajah dan untuk menciptakan ekspresi wajah
- h. Saraf VIII (Nervus Vestibulocochlearis)
- Hanya terdiri dari saraf sensorik dan memiliki dua cabang, yaitu:
- 1) Cabang koklear atau auditori menyampaikan informasi dari reseptor ke indera pendengaran dalam organ korti telinga dalam ke inti koklea pada medula, ke kolikuli inferior, ke bagian genikulasi inti medial pada thalamus dan kemudian ke area auditori pada lobus temporal.
 - 2) Cabang vestibular membawa informasi yang berkaitan dengan ekuilibrium dan orientasi kepala terhadap ruang yang diterima dari reseptor sensorik pada telinga dalam. Fungsinya adalah:
 - a) Sensoris sistem vestibular untuk mengendalikan keseimbangan tubuh.
 - b) Sensoris koklea untuk menerima rangsang dari telinga untuk diproses di otak sebagai suara.
- i. Saraf IX (saraf glossofaringe)
- Merupakan saraf gabungan. Neuron motorik berawal dari medula dan menginervasi otot untuk bicara dan menelan serta kelenjar ludah parotis. Neuron sensorik membawa informasi yang berkaitan dengan rasa dari mencubit bagian posterior lidah dan sensasi umum dari faring dan laring. Neuron ini juga membawa informasi mengenai tekanan darah dari reseptor sensorik dalam pembuluh darah tertentu. Fungsinya adalah:
- 1) Sensori untuk menerima rangsang dari bagian posterior lidah untuk diproses di otak sebagai sensasi rasa
 - 2) Motoris untuk mengendalikan organ-organ dalam
- j. Saraf X (Saraf Vagus)
- Merupakan saraf gabungan. Neuron motorik berasal dari dalam medula dan menginervasi hampir seluruh organ toraks dan perut. Neuron

sensorik membawa informasi tentang faring, laring, trakea, esofagus, jantung dan visera perut ke medula dan pons. Fungsinya adalah:

- 1) Sensoris untuk menerima rangsang dari organ-organ dalam
- 2) Motoris untuk mengendalikan organ-organ dalam

k. Saraf XI (Nervus Aksesorius)

Merupakan saraf gabungan, tetapi sebagian besar terdiri dari serabut motorik. Saraf motorik berasal dari dua area bagian kranial yang berawal dari medula dan menginervasi otot volunter faring dan laring, bagian tulang belakang muncul dari medula spinalis serviks dan menginervasi otot trapezius dan sternocleidomastoideus. Neuron sensorik membawa informasi dari otot yang sama yang terinervasi oleh saraf motorik misalnya otot laring, faring, trapezius dan otot sternocleidomastoid. Fungsinya adalah untuk Mengendalikan gerakan kepala.

l. Saraf XII (Nervus Hipoglossus)

Termasuk saraf gabungan, tetapi sebagian besar terdiri dari saraf motorik. Neuron motorik berawal dari sumsum belakang dan mensuplai otot lidah. Sel Saraf sensorik membawa informasi dari spindel otot di lidah. Fungsinya adalah untuk mengendalikan pergerakan lidah (Kurniawati, 2022).

5. Etiologi stroke

Faktor penyebab stroke ada dua yaitu faktor predisposisi dan faktor presipitasi. Adapun penyebab stroke menurut (Anwari, 2020) yaitu:

a. Faktor Predisposisi

- 1) Trombosis (bekuan darah didalam pembuluh darah otak atau otak).
- 2) Embolisme serebral (bekuan darah atau material lain yang dibawa ke otak dari bagian tubuh yang lain).
- 3) Iskemia (penurunan aliran darah ke area otak).
- 4) Hemoragi serebral (pecahnya pembuluh darah serebral dengan perdarahan ke dalam jaringan otak atau ruang sekitar otak) (Anwari, 2020).

b. Faktor Presipitasi:

- 1) Hipertensi
- 2) Penyakit jantung
- 3) Kolesterol tinggi
- 4) Obesitas
- 5) Diabetes mellitus
- 6) Polistemia (kelebihan produksi eritrosit)
- 7) Gaya hidup yang buruk, seperti: merokok, mengonsumsi alkohol, mengonsumsi obat-obatan terlarang, aktivitas yang kurang, kurangnya berolahraga, faktor makanan yang mengandung kolesterol tinggi (Djannah, 2021).

c. Faktor Resiko

- 1) Usia
- 2) Jenis Kelamin
- 3) Keturunan (Djannah, 2021)

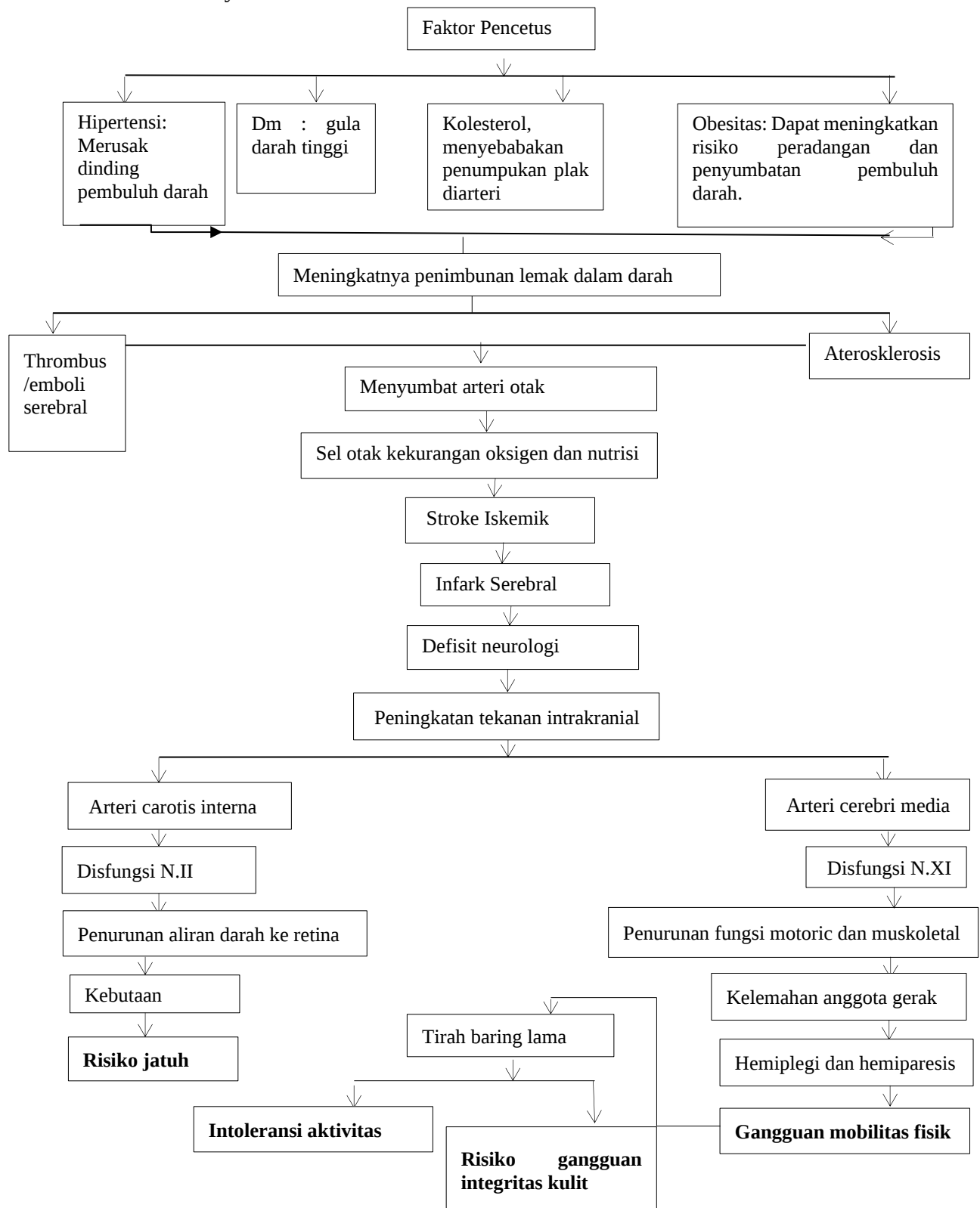
6. Patofisiologi

Menurut Siregar, patofisiologi stroke dapat dijelaskan sebagai Infark serebral merupakan keadaan ketidakadekuatan suplai darah ke pembuluh darah di otak dan tersumbatnya pembuluh darah sehingga suplai darah ke otak dapat berubah menjadi lambat atau cepat, bisa terjadi karena gangguan seperti adanya trombus, emboli, perdarahan dan spasme vaskuler atau terjadi karena gangguan umum (hipoksia karena gangguan paru dan jantung). Atherosklerotik adalah masalah yang paling sering terjadi pada pembuluh darah. Trombus terjadi karena terdapat plak aterosklerotik, atau terdapat pembekuan darah pada daerah yang mengalami penyempitan stenosis, hal ini menyebabkan aliran darah menjadi lambat atau disebut turbulensi. Keadaan seperti ini menyebabkan trombus pecah dari dinding pembuluh darah dan terbawa sebagai emboli dalam aliran darah. Trombus pada pembuluh darah menyebabkan iskemia pada jaringan yang berada di

otak, hal ini mengganggu suplai darah dan menyebabkan edema bahkan kongesti di sekitar area jaringan. Area yang mengalami edema akan mengalami disfungsi yang lebih besar dibandingkan area infark. Namun kondisi jaringan yang mengalami edema dapat berkurang dalam beberapa jam atau berkurang dalam beberapa hari perawatan. Tanda penurunan edema merupakan bukti objektif bahwa terdapat adanya pemulihan sehingga thrombosis yang terjadi pada beberapa kasus biasanya tidak fatal namun hal ini terjadi jika tidak terdapat perdarahan masif. Oklusi di dalam pembuluh darah serebral karena embolus mengakibatkan edema dan nekrosis diikuti thrombosis. Jika terdapat septik infeksi mengakibatkan meluasnya abses atau ensefalitis pada dinding pembuluh darah, atau bila terdapat sisa infeksi pada pembuluh darah yang mengalami penyumbatan di pembuluh darah. Perdarahan otak lebih sering disebabkan oleh ruptur arteriosklerotik ataupun tekanan darah yang tinggi. Perdarahan didalam intraserebral dengan skala luas akan beresiko menyebabkan kematian dibandingkan dengan penyakit semacam penyerangan pembuluh darah ke otak, karena perdarahan dengan skala luas, akhirnya menyebabkan destruksi massa otak, lalu tekanan yang meningkat pada intrakranial dapat menyebabkan herniasi pada otak. Sehingga kompresi pada batang otak, hemisfer di otak, dan perdarahan yang terjadi pada batang otak sekunder ataupun ekstensi perdarahan mengarah pada batang otak menyebabkan kematian. Pada keadaan ini darah dapat merembes ke ventrikel otak, keadaan ini sering terjadi pada sepertiga kasus perdarahan pada otak di nukleus kaudatus, talamus dan pons. Jika terjadi hambatan pada sirkulasi serebral, dapat menyebabkan berkembangnya anoksia serebral. Perubahan reversibel bila terhentinya tubuh atau otak mendapatkan asupan oksigen bisa terjadi lebih dari 10 menit. Anoksia serebral terjadi akibat berbagai macam penyebab, salah satunya adalah henti jantung. Selain terjadi kerusakan pada parenkim otak, akibat volume perdarahan yang banyak menyebabkan terjadinya peningkatan tekanan intrakranial dan

menyebabkan penurunan tekanan pada perfusi otak serta gangguan pada drainase otak (Siregar 2021).

7. Pathway stroke



Bagan 3.2 Pathway Stroke : (Haryono, 2022)

8. Manifestasi klinis

Tanda dan gejala neurologis yang timbul pada stroke tergantung berat ringannya gangguan pembuluh darah dan lokasinya, diantaranya yaitu:

- a. Kelumpuhan wajah atau anggota badan (biasanya hemiparesis) yang timbul mendadak.
- b. Gangguan sensibilitas pada satu atau lebih anggota badan (gangguan hemisensorik).
- c. Perubahan mendadak status mental (konvulsi, delirium. Letargi, stupor, atau koma).
- d. Afasia (bicara tidak lancar, kurangnya ucapan, atau kesulitan memahami ucapan).
- e. Disartria (bicara pelo atau cadel)
- f. Gangguan penglihatan (hemianopia atau monokuler) atau diplopia.
- g. Ataksia (trunkal atau anggota badan).
- h. Vertigo, mual dan muntah, atau nyeri kepala (Pangaribuan et al., 2021).

9. Pemeriksaan penunjang

a. MRI kepala

Dibutuhkan untuk mengungkapkan area perdarahan dengan resolusi lebih tinggi dan lebih awal dari CT-Scan. Hasil MRI akan menunjukkan infark yang berkembang dalam waktu beberapa menit. Pelaksanaan MRI dapat ditunda sampai pasien dirawat inap atau dipindahkan. Pemeriksaan ini membutuhkan waktu yang lama dan tidak baik digunakan untuk pasien dengan kondisi yang tidak stabil.

b. EKG (*Electrocardiogram*)

Pemeriksaan *electrocardiogram* (EKG) dibutuhkan untuk menentukan apakah pasien mengalami fibrilasi atrium, yang merupakan faktor etiologi untuk stroke. EKG menggambarkan sebuah tanda penting terjadinya penyakit organ target akibat hipertensi. Perubahan EKG terkadang mencerminkan penyebab dari stroke (kardio emboli serebri pada pasien dengan atrial fibrilasi). Abnormalitas EKG terkadang terjadi

sebagai konsekuensi langsung ataupun merupakan sebuah manifestasi dari gangguan kardial yang telah ada sebelumnya

c. Foto Thorax

Foto thorax bertujuan melihat adanya gambaran kardiomegali. Kondisi ini merupakan keadaan jantung yang mengalami pembesaran ventrikel kiri. Salah satu fungsinya sebagai penanda ada hipertensi. Pasien dengan kondisi tersebut dapat diketahui memiliki hipertensi kronis yang merupakan faktor risiko terjadinya stroke.

d. TEE (*Transesophageal Echocardiography*)

Transesophageal Echocardiography (TEE) adalah tes yang lebih sensitif untuk trombus di atrium kiri. Pemeriksaan ini dilakukan untuk memeriksa lengkung aorta untuk ateroma, sumber potensial emboli

e. TCD (*Transcranial Doppler*)

Transcranial doppler (TCD) dan doppler karotis, antara lain untuk melihat adanya penyumbatan dan pecahnya dinding pembuluh darah sebagai risiko stroke. Selain itu akan menentukan apakah pasien cenderung mengalami intrakranial stenosis (misalnya, stenosis arteri serebral tengah). TCD memiliki sensitivitas 79% dan spesifisitas 94% dalam mendeteksi stenosis arteri intrakranial. Stenosis arteri intrakranial diperkirakan terjadi pada 33%-50% penderita stroke.

f. Pemeriksaan laboratorium

1) Fungsi lumbal, menunjukkan adanya tekanan normal dan biasanya ada thrombosis embolis serebral dan TIK. Tekanan meningkat dan cairan yang mengandung darah menunjukkan adanya subarachnoid hemorrhagic, dan perdarahan intrakranial.

g. Pemeriksaan darah rutin lengkap dan trombosit.

Pemeriksaan kimia darah (glukosa, elektrolit, ureum, dan kreatinin), masa protrombin, dan masa tromboplastin pemeriksaan laboratorium.

h. Fungsi lumbal, menunjukkan adanya tekanan normal dan biasanya ada thrombosis embolis serebral dan TIK. Tekanan meningkat dan cairan

yang mengandung darah menunjukkan adanya subarachnoid hemorrhagic, dan perdarahan intracranial

i. Pemeriksaan darah rutin lengkap dan trombosit.

Pemeriksaan kimia darah (glukosa, elektrolit, ureum, dan keratin), masa protrombin, dan masa tromboplastin (Ngole & Nencyani, 2023).

10. Komplikasi

Penyakit stroke adalah suatu penyakit yang akan menyebabkan gangguan fisik pada penderitanya, berikut adalah beberapa penyakit atau beberapa komplikasi yang akan timbul pada beberapa pasien dengan Stroke yaitu:

- a. Depresi, ini merupakan dampak yang paling sering ditemukan pada penderita stroke. Tingkat depresi pada pasien stroke tinggi oleh gejala yang dirasakan seperti kelumpuhan yang mengakibatkan menurunnya aktivitas sehari-hari, dan seperti kesulitan dalam berbicara sehingga susah untuk mengungkapkan perasaan.
- b. Darah membeku, perdarahan dapat membeku dapat mudah tumbuh pada daerah yang mengalami kelumpuhan sehingga mengakibatkan bengkak, selain itu darah beku pada perdarahan juga dapat terjadi pada arteri sehingga menyebabkan kesulitan bernapas bila terdapat sumbatan pembuluh darah yang menuju ke paru-paru.
- c. Infeksi, pada pasien stroke yang tidak dapat melakukan mobilisasi dapat mengalami luka pada tubuhnya. Hal ini terjadi bila pada bagian tubuh yang lumpuh tidak digerakkan akan mengalami luka decubitus (Siregar, 2021).

11. Pencegahan

Pencegahan pada kejadian stroke pada dasarnya dikelompokkan dalam 2 golongan besar yaitu pencegahan primer dan pencegahan sekunder. Pencegahan yang bersifat primer, jika penyakit stroke belum terjadi. Sedangkan, sedangkan pencegahan yang bersifat sekunder dilakukan dengan perawatan atau pengobatan pada penyakit dasarnya.

a. Pencegahan Primer

Langkah utama yang dilakukan dalam mencegah stroke adalah memodifikasi segala dalam gaya hidup, memodifikasi faktor resiko dan kemudian dilakukan terapi dengan obat untuk mengatasi penyakit dasarnya bila perlu. Menjalani hidup dengan pola makan yang sehat, mengelola stress, cukup istirahat, dan mengurangi kebiasaan yang dapat merugikan tubuh.

b. Penderita stroke

Pada penderita stroke biasanya memiliki banyak faktor resiko. faktor risiko yang harus diobati yaitu, tekanan darah tinggi, kencing manis, penyakit jantung koroner, kadar asam urat darah tinggi, kegemukan, peminum alcohol, stress, dan lain-lin. Dalam hal ini penderita juga harus berhenti merokok, minum alkohol, rajin dalam melakukan olahraga dan lain-lain.

B. Konsep Gangguan Mobilitas Fisik

1. Definisi gangguan mobilitas fisik

Gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri (Tim Pokja SDKI DPP PPNI 2017). Mobilitas fisik merupakan kemampuan individu untuk bergerak bebas secara teratur yang bertujuan untuk memenuhi kebutuhan aktivitas untuk mempertahankan kesehatan (Azizah & Wahyuningsih, 2020).

2. Etiologi gangguan mobilitas fisik

Penyebab utama mobilitas fisik adalah nyeri, lemah, kekuatan otot, ketidakseimbangan, dan masalah psikologis. Menurut (PPNI, 2017). Mobilisasi adalah pasien yang mengalami kesulitan dan membolak-balik posisi, keterbatasan dalam kemampuan melakukan keterampilan motorik dan keterbatasan rentang pergerakan sendi. Menurut (SDKI, 2017) faktor penyebab terjadinya gangguan mobilitas fisik yaitu :

- a. Kerusakan integritas struktur tulang.
- b. Penurunan kendali otot.
- c. Penurunan kekuatan otot
- d. Kontraktur
- e. Kekakuan sendi
- f. Gangguan musculoskeletal
- g. Gangguan neuromuskular
- h. Tidak mau melakukan pergerakan,

3. Manifestasi klinis gangguan mobilitas fisik

Menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI., 2017) adapun tanda gejala pada hambatan mobilitas fisik sebagai berikut:

- a. Tanda dan gejala mayor
 - 1) Subjektif
 - a) Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas
 - 2) Objektif
 - a) Kekuatan otot menurun
 - b) Rentang gerak (ROM) menurun

- b. Tanda dan gejala minor
 - 1) Subjektif
 - a) Nyeri saat bergerak
 - b) Tidak mau melakukan pergerakan
 - c) Merasa cemas saat bergerak
 - 2) Objektif
 - a) Sendi kaku dan gerak terbatas
 - b) Fisik lemah

4. Patofisiologi gangguan mobilitas fisik

Imobilisasi yang berlangsung cukup lama akan menyebabkan respon fisiologis pada sistem otot rangka. Respon fisiologis tersebut berupa pembatasan mobilisasi permanen yang menghasilkan keterbatasan pergerakan. Keterbatasan pergerakan ini akan berdampak pada penurunan daya tahan otot akibat penurunan massa otot, atrofi, dan kehilangan stabilitas. Karena itu, penurunan massa otot akan menyebabkan ketidakmampuan untuk menjaga aktivitas tanpa meningkatkan kelelahan. Selain itu, juga terjadi gangguan pada metabolisme kalsium dan pergerakan sendi. Jika otot tidak digunakan atau tidak diberi beban yang cukup, maka atrofi otot akan terjadi (Ramadhani, M. N. F., Rahmawati, I., & Pratiwi, 2022).

5. Kondisi klinis gangguan mobilitas fisik

Menurut (Tim Pokja DPP PPNI, 2017) meliputi :

- a. Stroke
- b. Cedera medula spinalis
- c. Trauma
- d. Fraktur
- e. Osteoarthritis
- f. Keganasan

6. Klasifikasi gangguan mobilitas fisik

Berdasarkan jenisnya ada 2 jenis mobilisasi :

a. Mobilitas penuh

Merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak secara utuh dan bebas sehingga dapat melakukan interaksi sosial dan melakukan tugas sehari-hari.

b. Mobilitas sebagian

Adalah kemampuan seseorang untuk bergerak dengan keterbatasan yang jelas dan ketidakmampuan untuk bergerak bebas karena dipengaruhi oleh gangguan saraf motorik dan sensorik pada area tubuh tertentu. Hal ini dapat terlihat jika terdapat trauma atau patah tulang. Mobilitas sebagian ini terbagi menjadi dua jenis, yaitu:

- 1) Mobilitas sebagian temporer adalah kemampuan individu untuk bergerak dengan pembatasan sementara. Hal ini mungkin disebabkan oleh cedera reversibel pada sistem muskuloskeletal, seperti sendi dan tulang.
- 2) Mobilitas sebagian permanen kemampuan individu untuk bergerak dengan keterbatasan permanen tersebut. Hal ini disebabkan adanya kerusakan sistem saraf yang bersifat reversibel, misalnya kelumpuhan akibat stroke, lumpuh akibat cedera tulang belakang, polimiositis akibat gangguan pada sistem saraf motorik dan sensorik. Secara umum terdapat beberapa jenis imobilitas, antara lain:
 - a) Imobilitas fisik merupakan keadaan dimana seseorang mengalami keterbatasan fisik yang disebabkan oleh faktor lingkungan atau kondisinya.
 - b) Imobilitas intelektual karena kurangnya pengetahuan untuk berfungsi secara normal. Hal ini terjadi misalnya pada kerusakan otak akibat proses patologis atau kecelakaan serta pada pasien.
 - c) Imobilitas emosional, yang dapat terjadi akibat pembedahan atau kehilangan orang yang dicintai.

7. Faktor yang berhubungan dengan gangguan mobilitas fisik (Tim Pokja SDKI DPP, 2017)

- a. Ansietas
- b. Depresi
- c. Intoleransi aktivitas
- d. Kaku sendi
- e. Nyeri
- f. Gangguan metabolisme
- g. Gangguan musculoskeletal
- h. Tidak mau memulai pergerakan
- i. Penurunan massa otot
- j. Penurunan kendali otot
- k. Program pembatasan gerak
- l. Keterlambatan perkembangan

8. Pemeriksaan motorik

Hampir selalu terjadi kelumpuhan/kelemahan pada salah satu sisi tubuh. Menentukan skala kekuatan otot

- a. Skala 0 : Tidak ada kontraksi otot sama sekali
- b. Skala 1 : Kontraksi otot minimal terasa/teraba pada otot bersangkutan tanpa menimbulkan gerakan
- c. Skala 2 : Dengan bantuan atau dengan menyangga sendi dapat melakukan ROM secara penuh
- d. Skala 3 : Dapat melakukan ROM secara penuh dengan melawan gaya berat (gravitasi), tetapi tidak dapat melawan talian
- e. Skala 4 : Dapat melakukan Range Of Motion (ROM) secara penuh dan dapat melawan tahanan ringan
- f. Skala 5 : Kekuatan otot normal dimana seluruh gerakan dapat dilakukan otot dengan tahanan maksimal dari proses yang dilakukan berulang-ulang tanpa menimbulkan kelelahan.

C. Konsep Dasar Terapi Genggam Bola Karet

1. Definisi terapi genggam bola karet

Menggenggam bola karet merupakan salah satu terapi non farmakologi karena dengan latihan ini kekuatan otot bertambah sehingga bisa diukur. Latihan menggenggam bola karet akan merangsang adanya perintah oleh korteks serebri agar menstimulasi saraf untuk bekerja untuk mengaktifasi sinyal secara spesifik oleh serebelum sehingga memicu banyak aktivitas motorik ke otot terutama untuk pergerakan. Neuron motorik membawa instruksi dari sistem saraf pusat menuju efektor perifer. Jaringan perifer, organ dan sistem organ akan mendapatkan stimulus dari neuron motorik yang nantinya memodifikasi semua aktifitas (Cantika Sari et al., 2021).

2. Tujuan terapi genggam bola karet

Terapi genggam bola karet yang diberikan kepada pasien stroke bertujuan mengembangkan, mempertahankan dan memulihkan keterampilan motorik, merangsang tangan untuk melakukan gerakan atau kontraksi otot, sehingga meningkatkan fungsi motorik ekstremitas yang hilang (Putro et al., 2024).

3. Manfaat terapi genggam bola karet

- a. Meningkatkan kekuatan otot tubuh
- b. Memperbaiki tonus otot maupun refleks tendon yang mengalami kelemahan
- c. Menstimulus motorik pada tangan akan diteruskan ke otak
- d. Membantu membangkitkan kembali kendali otak.

4. Indikasi umum terapi genggam bola karet

- a. Stroke pasca iskemik
- b. Kelemahan otot
- c. Fase rehabilitasi fisik

5. Kontraindikasi umum terapi genggam bola karet

- a. Trombus atau emboli pembuluh darah
- b. Kelainan sendi atau tulang

- c. Klien fase imobilisasi karena kasus penyakit jantung
 - d. Attention monitor keadaan umum klien dan tanda-tanda vital sebelum dan sesudah latihan.
6. Prinsip Latihan terapi genggam bola karet diantaranya:
- a. Terapi genggam bola harus diulang sekitar 7 kali dan dikerjakan minimal 7 kali sehari
 - b. Terapi genggam bola dilakukan bertahan dan hati-hati sehingga tidak melelahkan pasien
 - c. Bagian-bagian tubuh yang dapat dilakukan latihan terapi genggam bola adalah ekstremitas atas
 - d. Terapi genggam bola dapat dilakukan pada persendian atau hanya pada bagian-bagian yang dicurigai mengalami proses penyakit.
 - e. Melakukan terapi genggam bola harus sesuai waktunya. Misalnya setelah mania tau perawatan rutin telah dilakukan.

Tabel 2.1 Prosedur Genggam Bola Karet

No	Gambar	Keterangan
1		Instruksikan pasien membuka tangan yang akan diteliti lalu letakan bola karet bergerigi di atas telapak tangan pasien.
2		Instruksikan pasien menutup jari-jari dan menggenggam bola karet bergerigi.

No	Gambar	Keterangan
3		Instruksikan pasien untuk menggenggam bola karet bergerigi dengan kuat selama 5 detik kemudian pasien dianjurkan lebih rileks. Instruksikan pasien mengulang 7 kali selama 10 menit.

D. Konsep Dasar Keluarga

1. Definisi Keluarga

Berdasarkan buku (Akbar), menjabarkan definisi keluarga menurut beberapa ahli. Menurut Zakaria bahwa keluarga adalah sekumpulan dua orang atau lebih yang memiliki suatu ikatan kebersamaan baik secara emosional dan mengidentifikasi bahwa dirinya adalah bagian dari keluarga. Keluarga adalah dua orang atau lebih yang disatukan oleh ikatan-ikatan kebersamaan atau ikatan emosional dan mengidentifikasikan diri mereka sebagai bagian dari keluarga. Keluarga dua orang atau lebih yang disatukan oleh ikatan perkawinan, kelahiran, adopsi dan boleh jadi tidak diikat oleh hubungan darah dan hukum yang tinggal disuatu tempat di bawah satu atap dengan keadaan saling ketergantungan dan memiliki kedekatan emosional yang memiliki tujuan mempertahankan budaya, meningkatkan pertumbuhan fisik, mental, emosional serta sosial sehingga menganggap diri mereka sebagai suatu keluarga (Akbar et al, 2022).

2. Fungsi Keluarga

Fungsi keluarga menurut Nadirawati, 2020 sebagai berikut:

a. Fungsi efektif dan coping

Di mana keluarga memberikan kenyamanan emosional anggota, membantu anggota dalam membentuk identitas dan mempertahankan saat terjadi stres.

b. Fungsi sosialisasi

Keluarga sebagai guru, menanamkan kepercayaan, nilai, sikap, dan mekanisme coping, memberikan feedback dan saran dalam penyelesaian masalah.

c. Fungsi reproduksi

Dimana keluarga melanjutkan garis keturunannya dengan melahirkan anak.

d. Fungsi ekonomis

Keluarga memberikan finansial untuk anggota keluarga dan kepentingan di masyarakat fungsi pemeliharaan kesehatan, keluarga memberikan keamanan dan kenyamanan lingkungan yang dibutuhkan untuk pertumbuhan, perkembangan dan istirahat juga penyembuhan dari sakit.

e. Fungsi retrospektif adalah

Keluarga akan memberikan petunjuk dalam menyelesaikan masalah

f. Fungsi pemeliharaan keluarga

Memberikan keamanan dan kenyamanan lingkungan yang diperlukan untuk pertumbuhan dan penyembuhan.

3. Struktur Keluarga

Berikut beberapa komponen struktur keluarga menurut (Nugraha et al., 2023) yaitu:

a. Struktur peran keluarga, yang menunjukkan peran masing-masing anggota keluarga dalam keluarga dan di masyarakat, atau peran formal dan tidak resmi.

b. Nilai atau norma keluarga, yang menunjukkan nilai dan norma yang dipelajari dan diyakini oleh keluarga, terutama yang berkaitan dengan kesehatan.

c. Pola komunikasi keluarga, yang menunjukkan bagaimana ayah-ibu dan anak-anak berkomunikasi satu sama lain secara verbal dan lisan.

d. Struktur kekuatan keluarga menjelaskan bagaimana setiap anggota keluarga memiliki kemampuan untuk mempengaruhi dan

mengendalikan satu sama lain untuk berperilaku yang mendukung kesehatan.

4. Tipe Keluarga

Menurut Nadirawati 2020, pembagian tipe keluarga adalah:

a. Keluarga tradisional

- 1) Keluarga inti (*The Nuclear Family*) yaitu keluarga dengan suami, istri, dan anak baik dari sebab biologis maupun adopsi yang tinggal bersama dalam satu rumah. Tipe keluarga ini di antaranya:
 - a) Keluarga tanpa anak (*The Dyad Family*)
 - b) *The Childless Family* yaitu tanpa anak dikarenakan lambat menikah
 - c) Keluarga adopsi
- 2) Keluarga besar (*The Extended Family*) yaitu keluarga yang terdiri dari 3 generasi dalam satu rumah, contohnya seperti Nuclear Family Disertai paman, tante, kakek dan nenek.
- 3) Keluarga orang tua tunggal (*The Single Parent Family*) yaitu keluarga yang terdiri dari satu orang tua (ayah atau ibu) dengan anak.
- 4) *Commular Family* yaitu kedua orang tua (suami dan istri) bekerja di kota yang berbeda, tetapi salah satu kota tersebut sebagai tempat tinggal.
- 5) *Multi Generation Family* yaitu keluarga dengan beberapa generasi atau kelompok umur yang tinggal bersama dalam satu rumah.
- 6) *F Kin-Network Family* yaitu beberapa keluarga inti yang tinggal di dalam satu rumah atau berdekatan dan saling menggunakan barang-barang dan pelayanan yang sama.
- 7) Keluarga campuran (*Balance Family*) yaitu duda atau janda (karena perceraian) dan menikah kembali dan membesarkan anak dari hasil perkawinan atau perkawinan sebelumnya.
- 8) Dewasa lajang yang tinggal sendiri (*The Single Adult Living Alone*) yaitu keluarga terdiri dari orang dewasa yang hidup sendiri karena pilihannya atau perpisahan atau ditinggal mati.

- 9) *Foster Family* yaitu pelayanan untuk suatu keluarga di mana anak ditempatkan di rumah terpisah dari orang tua aslinya jika orang tuanya dinyatakan tidak merawat anak-anak mereka dengan baik. Anak tersebut kembali kepada orang tuanya jika orang tuanya sudah mampu merawat.

b. Keluarga Non-tradisional

- 1) *The Unmarried Teenager Mother* yaitu keluarga yang terdiri dari orang tua (terutama ibu) dengan anak dari hubungan tanpa nikah.
- 2) *The Step Parent Family* yaitu keluarga dengan orang tua tiri
- 3) *Ss Family* yaitu beberapa keluarga (dengan anak) yang tidak ada hubungan saudara yang hidup bersama dalam satu rumah, sumber dan fasilitas yang sama.
- 4) Keluarga kumpul kebo heteroseksual (*The Nonmarita Heteroseksual Cohabiting Family*) yaitu keluarga yang hidup bersama berganti-ganti pasangan tanpa melakukan pernikahan.
- 5) *Group Network Family* yaitu keluarga inti yang dibatasi aturan atau nilai-nilai, hidup berdekatan satu sama lain dan saling menggunakan alat-alat rumah tangga bersama, pelayanan dan bertanggung jawab membesarkan anaknya.
- 6) *Homeless Family* yaitu keluarga inti yang dibatasi aturan atau nilai-nilai, hidup berdekatan satu sama lain dan saling menggunakan alat-alat rumah tangga bersama, pelayanan dan bertanggung jawab membesarkan anaknya.
- 7) *Homeless Family* yaitu keluarga yang terbentuk dan tidak mempunyai perlindungan yang permanen karena krisis personal yang dihubungkan dengan keadaan ekonomi dan atau masalah kesehatan mental.
- 8) Gang yaitu bentuk keluarga yang destruktif dari orang-orang muda yang mencari ikatan emosional dan keluarga mempunyai perhatian, tetapi berkembang dalam kekerasan dan kriminal dalam kehidupannya.

5. Peran Perawat Keluarga

Ada tujuh peran perawat keluarga menurut (Jumariah & Mulyadi, 2021) adalah sebagai berikut:

a. Sebagai pendidik

Perawat bertanggung jawab memberikan pendidikan kesehatan pada keluarga, terutama untuk memandirikan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang memiliki masalah kesehatan.

b. Sebagai koordinator pelaksana pelayanan kesehatan

Perawat bertanggung jawab memberikan pelayanan keperawatan yang komprehensif. Pelayanan kesehatan berkesinambungan berikan untuk menghindari kesenjangan antara keluarga dan unit pelayanan kesehatan.

c. Sebagai pelaksana pelayanan perawatan

Pelayanan keperawatan dapat diberikan kepada keluarga melalui kontak pertama dengan anggota keluarga yang sakit memiliki masalah kesehatan.

d. Sebagai supervisi pelayanan keperawatan

Perawat melakukan supervisi ataupun pembinaan terhadap keluarga melalui kunjungan rumah secara teratur, baik terhadap keluarga beresiko tinggi maupun yang tidak. Kunjungan rumah tersebut dapat direncanakan terlebih dahulu atau secara mendadak, sehingga perawat mengetahui apakah keluarga menerapkan asuhan yang diberikan oleh perawat.

e. Sebagai pembela atau advokat

Perawat berperan sebagai advokat keluarga untuk melindungi hak-hak keluarga klien. Perawat diharapkan mampu mengetahui harapan serta memodifikasi sistem pada perawatan yang diberikan untuk memenuhi hak dan kebutuhan keluarga. Pemahaman yang baik oleh keluarga terhadap dan kewajiban mereka sebagai klien mempermudah tugas keluarga untuk memandirikan keluarga.

f. Sebagai fasilitator

Perawat dapat menjadi tempat bertanya individu, keluarga dan masyarakat untuk memecahkan masalah kesehatan dan keluhan yang mereka hadapi sehari-hari serta dapat membantu jalan keluar dalam mengatasi masalah.

g. Sebagai pelatih

Perawat keluarga melatih keluarga untuk dapat memahami masalah-masalah kesehatan yang dialami anggota keluarga.

6. Tugas Keluarga

Tugas keluarga menurut Suprajitno dalam buku asuhan keperawatan keluarga, 2020:

h. Keluarga mampu mengenal masalah kesehatan

Kesehatan merupakan kebutuhan keluarga yang dipungkiri karena tanpa kesehatan segala sesuatu tidak berarti. Keluarga perlu mengenal keadaan kesehatan dan perubahan-perubahan yang dialami anggota keluarga.

a. Keluarga mampu mengambil keputusan untuk melakukan tindakan.

Tugas ini adalah upaya yang utama untuk mencari pertolongan yang tepat sesuai dengan kondisi masalah kesehatan yang dihadapi oleh anggota keluarga, dengan pertimbangan siapa saja di antara anggota keluarga yang mengambil keputusan untuk menentukan tindakan. Tindakan kesehatan yang digunakan oleh keluarga diharapkan dapat membawa perubahan yang baik pada anggota keluarga yang sakit.

b. Keluarga mampu melakukan perawatan terhadap anggota keluarga yang sakit.

Seringkali telah mengambil tindakan yang tepat dan benar, tetapi keluarga memiliki keterbatasan yang telah diketahui oleh keluarga sendiri. Jika seperti itu anggota keluarga yang mengalami sakit perlu memperoleh perawatan lanjutan ke fasilitas kesehatan agar masalah tidak bertambah berat.

- c. Keluarga mampu memodifikasi atau mempertahankan lingkungan yang dapat meningkatkan kesehatan.
- d. Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan yang terdapat di lingkungan tempat tinggal.

E. Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga

1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan adalah catatan hasil pengkajian yang dilakukan untuk mendapatkan informasi dari pasien, mengumpulkan data dasar tentang pasien, dan menyimpan catatan tentang bagaimana kesehatan mereka beradaptasi. Masalah pasien akan ditemukan dan didukung oleh pemeriksaan yang komprehensif atau menyeluruh, sistematis, dan logis. Dengan menggunakan data pengkajian, masalah ini ditampilkan sebagai diagnosa keperawatan (Lestari et al., 2023)

- a. Identifikasi keluarga
Nama kepala keluarga, umur, alamat dan telepon, pekerjaan kepala keluarga, pendidikan kepala keluarga.
- b. Komposisi keluarga dan genogram
Komposisi keluarga perlu sekali dalam hal ini diketahui, kemudian dapat diperjelas dengan genogram, yang dapat dilukiskan dengan tabel dan lambing-lambang atau simbol-simbol
- c. Tipe keluarga
Tipe keluarga, menjelaskan tentang bentuk dan model atau jenis keluarga seperti apa (keluarga tradisional atau tipe keluarga non-tradisional)
- d. Suku bangsa
Mengkaji asal/suku bangsa keluarga (pasangan), dapat digunakan untuk mengidentifikasi budaya suku keluarga yang terkait dengan kesehatan, juga dapat mengidentifikasi bahasa sehari-hari yang digunakan oleh keluarga.

e. Agama

Mengkaji agama dan kepercayaan yang dianut oleh keluarga yang dapat mempengaruhi kesehatan.

f. Status sosial ekonomi keluarga

Status ekonomi keluarga ditentukan oleh pendapatan, baik dari kepala keluarga maupun anggota keluarga lainnya. Selain itu status sosial ekonomi keluarga ditentukan pula oleh kebutuhan-kebutuhan yang dikeluarkan oleh keluarga serta barang-barang yang dimiliki oleh keluarga.

g. Aktivitas rekreasi keluarga

Aktivitas rekreasi keluarga tidak hanya bepergian ke luar rumah secara bersama atau sendiri menuju tempat rekreasi, tetapi juga penggunaan waktu luang atau senggang keluarga.

h. Riwayat dan tahap perkembangan keluarga

1) Tahap perkembangan keluarga saat ini

Tahap perkembangan keluarga ini mengkaji keluarga berdasarkan tahap kehidupan keluarga, yang ditentukan oleh usia anak tertua dari keluarga inti dan mengkaji sejauh mana keluarga melaksanakan tugas tahap perkembangan keluarga.

2) Tahap perkembangan keluarga terdiri dari:

- a) Pasangan menikah (belum memiliki anak)
- b) Keluarga yang sedang membesarkan anak (anak tertua berusia 30 bulan)
- c) Keluarga dengan anak usia preschool (anak tertua berusia 2 tahun 6 bulan s/d tahun)
- d) Keluarga dengan anak usia sekolah (6-13 tahun)
- e) Keluarga dengan anak usia remaja (13-20 tahun)
- f) Keluarga yang melepaskan anak berusia dewasa muda (anak pertama mulai meninggalkan rumah)
- g) Orangtua berusia pertengahan (mulai pensiun dan memasuki masa empty nest)

- h) Orangtua yang mulai menua (pension hingga salah satu atau kedua orang tua meninggal dunia)
- 3) Tahap perkembangan keluarga yang terpenuhi
Menjelaskan bagaimana tugas perkembangan yang belum terpenuhi oleh keluarga serta kendalanya.
- 4) Riwayat kesehatan keluarga inti
Menjelaskan riwayat kesehatan masing-masing anggota pada keluarga inti, upaya pencegahan dan pengobatan pada anggota keluarga yang sakit, serta pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan
- 5) Riwayat kesehatan keluarga sebelumnya
Menjelaskan riwayat kesehatan keluarga sebelumnya atau generasi di atasnya, yang menjelaskan tentang riwayat penyakit keturunan, upaya generasi tersebut untuk menanggulangi penyakit, upaya kesehatan yang dipertahankan sampai saat ini.
- i. Data lingkungan
 - 1) Karakteristik dan denah rumah
Menjelaskan gambaran tipe rumah, luas bangunan, pembagian dan pemanfaatan ruang, ventilasi, kondisi rumah, tata perabotan, kebersihan dan sanitasi lingkungan, ada atau tidak sarana air bersih dan sistem pembuangan limbah.
 - 2) Karakteristik tetangga dan komunitasnya
Menjelaskan tentang karakteristik dari tetangga dan komunitas setempat, yaitu tempat keluarga bertempat tinggal, meliputi kebiasaan, seperti lingkungan fisik, nilai atau norma serta aturan atau kesepakatan penduduk setempat dan budaya setempat yang mempengaruhi kesehatan.
 - 3) Mobilitas keluarga
Ditentukan dengan apakah keluarga hidup menetap dalam satu tempat atau mempunyai kebiasaan berpindah-pindah tempat tinggal.

- 4) Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat
Menjelaskan waktu yang digunakan keluarga untuk berkumpul atau berinteraksi dengan masyarakat lingkungan tempat tinggal.
- 5) Sistem pendukung keluarga
Sumber dukungan dari anggota keluarga dan fasilitas sosial atau dukungan masyarakat setempat serta jaminan pemeliharaan kesehatan yang dimiliki keluarga untuk meningkatkan upaya kesehatan.

j. Struktur Keluarga

- 1) Pola komunikasi keluarga
Menjelaskan cara berkomunikasi antar anggota keluarga menggunakan sistem tertutup atau terbuka, kualitas dan frekuensi komunikasi yang berlangsung serta isi pesan yang disampaikan.
- 2) Struktur kekuatan keluarga
Mengkaji model kekuatan atau kekuasaan yang digunakan keluarga dalam membuat keputusan.
- 3) Struktur dan peran keluarga
Menjelaskan nilai norma yang dianut keluarga dengan kelompok atau komunitas serta bagaimana nilai dan norma tersebut mempengaruhi status kesehatan keluarga.

k. Fungsi keluarga

- 1) Fungsi afektif
Mengkaji gambaran dari anggota keluarga, perasaan memiliki dan dimiliki dalam keluarga, dukungan anggota keluarga, hubungan psikososial dalam keluarga dan bagaimana keluarga mengembangkan sikap saling menghargai.
- 2) Fungsi sosial
Menjelaskan tentang hubungan anggota keluarga, sejauh mana anggota keluarga belajar disiplin, nilai, norma dan budaya serta perilaku yang berlaku di keluarga dan masyarakat.

3) Fungsi pemenuhan (perawatan/pemeliharaan) kesehatan

Sejauh mana keluarga menyediakan makanan, pakaian dan perlindungan terhadap anggota keluarga yang sakit. Pengetahuan keluarga mengenai sehat-sakit, kesanggupan keluarga melakukan pemenuhan tugas.

l. Stress dan coping keluarga

- 1) Stress jangka pendek adalah stressor yang dialami keluarga dan memerlukan waktu penyelesaian kurang lebih 6 bulan,
- 2) stress jangka panjang adalah stressor yang dialami keluarga dan memerlukan waktu penyelesaian lebih dari 6 bulan
- 3) kaji kemampuan keluarga dalam menghadapi stressor, bagaimana cara keluarga dalam menghadapi stressor bagaimana cara keluarga dalam menghadapi stressor
- 4) Kaji strategi coping yang digunakan oleh keluarga untuk menghadapi stressor, apakah anggota keluarga berbeda dalam cara-cara coping terhadap masalah-masalah mereka sekarang.

m. Pemeriksaan fisik

1) Keadaan umum

Penurunan kesadaran, gangguan bicara, dan kelemahan pada anggota gerak

2) Tanda-tanda Vital

a) Tekanan darah

Biasanya pasien dengan stroke hemoragik memiliki riwayat tekanan darah tinggi dengan tekanan sistole > 140 dan diastole > 80 .

b) Nadi

Biasanya nadi normal (60-100)

c) Pernafasan

Biasanya pasien stroke mengalami gangguan pada bersihan jalan napas

d) Suhu

Biasanya tidak ada masalah suhu pada pasien dengan stroke

e) B1 (Breathing)

Pengkajian bagian organ pernapasan. Pada inspeksi didapatkan klien batuk, peningkatan produksi sputum, sesak nafas.

f) B2 (*Blood*)

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

g) B3 (*Brain*)

Pengkajian fisik mengenai kesadaran dan fungsi persepsi sensori. Stroke menyebabkan berbagai defisit neurologis, bergantung pada lokasi lesi (pembuluh darah mana yang tersumbat atau pecah).

h) B4 (Bladder)

Pengkajian di sistem urologi. Setelah stroke klien mungkin mengalami inkontinensia urine sementara karena konfusi, ketidakmampuan mengkomunikasikan kebutuhan dan ketidakmampuan untuk mengendalikan kandung kemih karena kerusakan kontrol motorik postural.

i) B5 (*Bowel*)

Pengkajian pada sistem digesti atau pencernaan. Didapatkan adanya keluhan kesulitan menelan, nafsu makan menurun, mual muntah fase akut.

j) B6 (*Bone*).

Pengkajian sistem muskuloskeletal dan integumen. Pada pasien stroke akan mengalami namanya kelumpuhan setengah badan.

n. Riwayat penyakit

1) Riwayat kesehatan sekarang

Serangan stroke seringkali berlangsung sangat mendadak, pada saat klien sedang melakukan aktivitas. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah bahkan kejang sampai tidak sadar, disamping gejala kelumpuhan separuh badan atau gangguan fungsi otak yang lain.

2) Riwayat penyakit dahulu

Adanya riwayat hipertensi, diabetes mellitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat-obat anti koagulan, aspirin, vasodilator, obat-obat adiktif, kegemukan.

3) Riwayat penyakit keluarga

Biasanya ada riwayat keluarga yang menderita hipertensi ataupun diabetes mellitus

4) Riwayat psikososial

Stroke memang suatu penyakit yang sangat mahal. Biaya untuk pemeriksaan, pengobatan dan perawatan dapat mengacaukan keuangan keluarga sehingga faktor biaya ini dapat mempengaruhi stabilitas emosi dan pikiran pasien dan keluarga

2. Diagnosa Keperawatan Keluarga

Diagnosa keperawatan adalah penilaian klinik tentang respon individu, keluarga atau komunitas terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang aktual dan potensial. Perumusan diagnosa keperawatan harus memiliki komponen P (Problem), E (Etiologi), S (sign). diagnosis keperawatan keluarga dianalisis dari hasil pengkajian terhadap adanya masalah dalam tahap perkembangan keluarga, lingkungan keluarga, struktur keluarga, fungsi-fungsi keluarga dan coping keluarga, baik yang bersifat aktual, risiko maupun potensial.

a. Diagnosa actual

Diagnosa aktual adalah masalah keperawatan yang sedang dialami oleh keluarga dan memerlukan bantuan dari perawat dengan cepat tanda dan

gejala dari masalah keperawatan aktual sudah dapat ditemui oleh perawat berdasarkan hasil pengkajian keperawatan.

b. Diagnosa risiko tinggi

Masalah keperawatan yang belum terjadi, tetapi tanda untuk menjadi masalah keperawatan aktual dapat terjadi cepat apabila tidak segera mendapat bantuan perawat.

c. Diagnosa potensial/diagnosa sejahtera

Suatu keadaan sejahtera dari keluarga telah mampu memenuhi kebutuhan kesehatannya dan mempunyai sumber penunjang kesehatan yang memungkinkan dapat ditingkatkan. Menurut Simamora (2020) dalam Yahya (2021). Rumusan diagnosis keperawatan di rumah yang sebenarnya meliputi masalah (P), penyebab (E), dan gejala / tanda (S). Ungkapan masalah (P) merupakan respon terhadap interupsi dalam pemenuhan kebutuhan dasar. Penyebab (E) melibatkan 5 tanggung jawab keluarga, yaitu:

- 1) Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah
- 2) Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan
- 3) Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit
- 4) Ketidakmampuan keluarga menggunakan fasilitas keluarga
- 5) Ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan

Menetapkan prioritas masalah atau diagnosa keperawatan keluarga adalah dengan proses scoring yang menggunakan skala yang telah dirumuskan.

- a) Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054) berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga memberi merawat anggota yang sakit
- b) Risiko gangguan integritas kulit (D.0129) berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah.
- c) Risiko jatuh (D.0143) berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan
- d) Intoleransi aktivitas (D.0056) berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah

Penilaian (Skoring) Diagnosa Keperawatan Skoring dilakukan bila perawat merumuskan diagnosa keperawatan lebih dari satu. proses skoring dilakukan untuk setiap diagnosis keperawatan:

Tabel 2.2 Prioritas Masalah

No	Kriteria		Nilai	Bobot
1	Sifat masalah :			
	Skala	a. Aktual	3	1
		b. Resiko tinggi	2	
		c. Potensial	1	
2	Kemungkinan masalah dapat diubah :			
	Skala	a. Mudah	2	2
		b. Sebagian	1	
		c. Tidak dapat	0	
3	Potensi masalah untuk dicegah :			
	Skala	a. Tinggi	3	1
		b. Cukup	2	
		c. Rendah	1	
4	Menonjolnya masalah :			
	Skala	a. Segera diatasi	2	2
		b. Tidak segera diatasi	1	
		c. Tidak dirasakan ada masalah	0	

Sumber : (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2018)

Penilaian skorsing :

$$= \frac{\text{skor}}{\text{Angka tertinggi}} \times \text{bobot}$$

Cara melakukan penilaian:

- Tentukan bentuk setiap kriteria
- Skor dibagi dengan angka tertinggi dan dikali dengan bobot.
- Jumlah skor untuk semua kriteria.

Penjelasan kriteria 1-4

- Kriteria 1 atau sifat masalah

1) Aktual

Merupakan kegagalan dalam mempertahankan kesehatan.
Contoh: keadaan sakit, gagal dalam tumbuh kembang yang tidak sesuai dengan tumbuh kembang normal

2) Resiko tinggi

Merupakan keadaan yang memungkinkan terjadinya suatu penyakit. Contoh: seperti penyakit keturunan, anggota keluarga yang menderita penyakit menular.

3) Potensial

Merupakan suatu keadaan transisi ke tingkat sejahtera yang lebih tinggi. Contoh: perkawinan, kehamilan, persalinan, penambahan anggota keluarga.

b. Kriteria 2 atau kemungkinan masalah dapat diubah

Merupakan masalah dapat diubah dengan mudah, hanya sebagian dan tidak dapat diubah. Untuk menentukannya ada beberapa faktor yaitu, pengetahuan kelompok masyarakat sekarang, teknologi dan tindakan untuk menangani masalah, sumber daya kelompok, sumber daya perawat, dan sumber daya masyarakat.

c. Kriteria 3 atau potensial masalah dapat dicegah

Merupakan masalah dapat dicegah dengan tinggi, cukup dan rendah. Faktor-faktornya yaitu, kepemilikan dari masalah yang berhubungan dengan penyakit, lamanya masalah tersebut (berhubungan dengan jangka waktu), tindakan-tindakan yang sedang dijalani untuk memperbaiki masalah.

d. Kriteria 4 atau menonjolnya masalah terdiri dari tiga opsi yaitu segera diatasi, tidak segera diatasi, dan tidak dirasakan ada masalah. Merupakan cara keluarga dalam melihat dan menilai masalah serta mendesaknya masalah untuk diatasi.

3. Intervensi Keperawatan Keluarga

Intervensi keperawatan keluarga adalah sekumpulan tindakan yang ditentukan perawat untuk dilaksanakan dalam memecahkan masalah kesehatan dan keperawatan yang telah diidentifikasi dari masalah keperawatan yang sering muncul. Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan. Sedangkan tindakan keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan. Tindakan pada intervensi keperawatan terdiri atas observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi (PPNI 2018). Intervensi keperawatan

keluarga dengan stroke menggunakan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) dan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)

Tabel 2.3 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Tujuan Dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)																																										
1.	Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054) berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit Definisi : Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri Gejala dan Tanda Mayor Subjektif 1. Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas Objektif 1. Kekuatan otot menurun 2. Rentang gerak (ROM) menurun Gejala dan Tanda Minor Subjektif 1. Nyeri saat bergerak	Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan mobilitas fisik meningkat, dengan kriteria hasil : Kriteria hasil: Mobilitas fisik (L.05042) <table><tr><th>Hasil</th><th>Menurun</th><th>Cukup menurun</th><th>Sedang</th><th>Cukup meningkat</th><th>Meningkat</th></tr><tr><td>Pergerakan ekstremitas</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td>Kekuatan otot</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td>Rentang gerak (ROM)</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table> <table><tr><th>Hasil</th><th>Meningkat</th><th>Cukup meningkat</th><th>Sedang</th><th>Cukup menurun</th><th>Menurun</th></tr><tr><td>Kaku Sendi</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td>Kelemahan Fisik</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	Hasil	Menurun	Cukup menurun	Sedang	Cukup meningkat	Meningkat	Pergerakan ekstremitas	1	2	3	4	5	Kekuatan otot	1	2	3	4	5	Rentang gerak (ROM)	1	2	3	4	5	Hasil	Meningkat	Cukup meningkat	Sedang	Cukup menurun	Menurun	Kaku Sendi	1	2	3	4	5	Kelemahan Fisik	1	2	3	4	5	Edukasi latihan Fisik (1.12389) Observasi: 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi. Terapeutik: 1. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan. 2. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan. 3. Berikan kesempatan untuk bertanya. Edukasi: 1. Jelaskan manfaat kesehatan dan efek fisiologis olahraga. 2. Jelaskan jenis latihan yang sesuai dengan kondisi kesehatan. 3. Jelaskan frekuensi, durasi, dan intensitas program latihan yang diinginkan.
Hasil	Menurun	Cukup menurun	Sedang	Cukup meningkat	Meningkat																																								
Pergerakan ekstremitas	1	2	3	4	5																																								
Kekuatan otot	1	2	3	4	5																																								
Rentang gerak (ROM)	1	2	3	4	5																																								
Hasil	Meningkat	Cukup meningkat	Sedang	Cukup menurun	Menurun																																								
Kaku Sendi	1	2	3	4	5																																								
Kelemahan Fisik	1	2	3	4	5																																								

No	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Tujuan Dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)																		
	2. Enggan melakukan pergerakan 3. Merasa cemas saat bergerak Objektif 1. Sendi kaku 2. Gerakan tidak terkoordinasi 3. Gerakan terbatas 4. Fisik lemah		4. Ajarkan latihan pemanasan dan pendinginan yang tepat. 5. Ajarkan teknik menghindari cedera saat berolahraga. 6. Ajarkan teknik pernapasan yang tepat untuk memaksimalkan penyerapan oksigen selama latihan fisik 7. Ajarkan teknik terapi genggam bola karet																		
2	Gangguan Komunikasi Verbal (D.00119) berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga memberi merawat anggota yang sakit Definisi : Penurunan, perlambatan, atau ketiadaan kemampuan untuk menerima, memproses, mengirim,	Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan komunikasi verbal meningkat kriteria hasil : Komunikasi verbal (L.13118) <table><tr><td>Hasil</td><td>Meningkat</td><td>Cukup meningkat</td><td>Sedang</td><td>Cukup menurun</td><td>Menurun</td></tr><tr><td>Kemampuan bicara</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td>Kemampuan mendengar</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	Hasil	Meningkat	Cukup meningkat	Sedang	Cukup menurun	Menurun	Kemampuan bicara	1	2	3	4	5	Kemampuan mendengar	1	2	3	4	5	Promosi Komunikasi: Definisi Bicara (I.13492) Observasi 1. Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara. 2. Monitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (mis. memori,
Hasil	Meningkat	Cukup meningkat	Sedang	Cukup menurun	Menurun																
Kemampuan bicara	1	2	3	4	5																
Kemampuan mendengar	1	2	3	4	5																

No	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Tujuan Dan Kriteria Hasil (SLKI)					Intervensi Keperawatan (SIKI)	
	dan/atau menggunakan sistem tombol. Gejala dan Tanda Minor Subjektif : 1. (tidak tersedia) Objektif 1. Tidak mampu berbicara atau mendengar 2. Gagap 3. Tidak ada kontak mata 4. Sulit memahami Komunikasi 5. Sulit mempertahankan komunikasi 6. Sulit menggunakan ekspresi wajah atau tubuh 7. Tidak mampu menggunakan ekspresi wajah atau tubuh 8. Sulit menyusun kalimat 9. Verbalisasi tidak tepat	Kesesuaian ekspresi wajah /tubuh Kontak mata	1 1	2 2	3 3	4 4	5 5	pendengaran, dan bahasa) 3. Monitor frustrasi, marah, depresi, atau hal lain yang mengganggu bicara sambil menghindari teriakan, gunakan komunikasi tertulis, atau meminta bantuan keluarga untuk memahami ucapan pasien) 4. Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan 5. Ulangi apa yang disampaikan pasien Edukasi 1. Anjurkan berbicara perlahan 2. Ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan berbicara

No	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Tujuan Dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)																																				
	10. Sulit mengungkapkan kata- kata 11. Disorientasi orang, ruang, waktu 12. Defisit penglihatan 13. Delusi																																						
3	Risiko jatuh (D.0019) berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan Definisi : Berisiko mengalami kerusakan fisik dan gangguan <u>kesehatan</u> akibat terjatuh.	Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan Tingkat jatuh menurun. Kriteia hasil : Tingkat jatuh (SLKI, L.14138) <table><tr><th>Hasil</th><th>Meningkat</th><th>Cukup meningkat</th><th>Sedang</th><th>Cukup menurun</th><th>Menurun</th></tr><tr><td>Jatuh dari tempat tidur</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td>Jatuh saat berdiri</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td>Jatuh saat duduk</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td>Jatuh saat berjalan</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td>Jatuh saat menurun</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>	Hasil	Meningkat	Cukup meningkat	Sedang	Cukup menurun	Menurun	Jatuh dari tempat tidur	1	2	3	4	5	Jatuh saat berdiri	1	2	3	4	5	Jatuh saat duduk	1	2	3	4	5	Jatuh saat berjalan	1	2	3	4	5	Jatuh saat menurun						Observasi 1. Identifikasi kebutuhan keselamatan (mis: kondisi fisik, fungsi kognitif, dan Riwayat perilaku) 2. Monitor perubahan status keselamatan lingkungan Terapeutik 1. Hilangkan bahaya 2. keselamatan lingkungan (mis: fisik, biologi, kimia), jika memungkinkan 3. Modifikasi lingkungan untuk
Hasil	Meningkat	Cukup meningkat	Sedang	Cukup menurun	Menurun																																		
Jatuh dari tempat tidur	1	2	3	4	5																																		
Jatuh saat berdiri	1	2	3	4	5																																		
Jatuh saat duduk	1	2	3	4	5																																		
Jatuh saat berjalan	1	2	3	4	5																																		
Jatuh saat menurun																																							

No	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Tujuan Dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
			meminimalkan bahaya dan risiko 4. Sediakan alat bantu keamanan lingkungan (mis: commode chair dan pegangan tangan) 5. Gunakan perangkat pelindung (mis: pengekangan fisik, rel samping, pintu terkunci, pagar) 6. Hubungi pihak berwenang sesuai masalah komunitas (mis: puskesmas, polisi, damkar) 7. Fasilitasi relokasi ke lingkungan yang aman 8. Lakukan program skrining bahaya lingkungan (mis: timbal) Edukasi 1. Ajarkan individu, keluarga, dan kelompok risiko tinggi bahaya lingkungan

No	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Tujuan Dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)																														
4	Risiko gangguan integritas kulit (D.0129) berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah Definisi : Kerusakan kulit (dermis dan/atau epidermis) atau jaringan (membran mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan /atau ligamen). Gejala dan tanda mayor Subjektif : 1. (tidak tersedia) Objektif : 1. Kerusakan jaringan dan / atau lapisan kulit. Gejala dan tanda minor Subjektif : 1. (tidak tersedia)	Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat kriteria hasil : Integritas kulit dan jaringan (SLKI L.14125) <table><tr><th>Hasil</th><th>Meningkat</th><th>Cukup meningkat</th><th>Sedang</th><th>Cukup menurun</th><th>Menurun</th></tr><tr><td>Kerusakan jaringan</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td>Kerusakan lapisan kulit</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td>Perdarahan</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td>Kemerahan</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	Hasil	Meningkat	Cukup meningkat	Sedang	Cukup menurun	Menurun	Kerusakan jaringan	1	2	3	4	5	Kerusakan lapisan kulit	1	2	3	4	5	Perdarahan	1	2	3	4	5	Kemerahan	1	2	3	4	5	Perawatan Integritas Kulit (I.11353) Observasi 1. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis: perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrim, penurunan mobilitas) Terapeutik 1. Ubah posisi setiap 2 jam jika tirah baring 2. Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang, jika perlu 3. Bersihkan perineal dengan air hangat, terutama selama periode diare 4. Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering
Hasil	Meningkat	Cukup meningkat	Sedang	Cukup menurun	Menurun																												
Kerusakan jaringan	1	2	3	4	5																												
Kerusakan lapisan kulit	1	2	3	4	5																												
Perdarahan	1	2	3	4	5																												
Kemerahan	1	2	3	4	5																												

No	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Tujuan Dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
	Objektif : 1. Nyeri 2. Perdarahan 3. Kemerahan 4. Hematoma		5. Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitive Edukasi 1. Anjurkan menggunakan pelembab (mis: lotion, serum) 2. Anjurkan minum air yang cukup 3. Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrim 4. Anjurkan menggunakan tabir surya SPF minimal 30 saat berada diluar rumah 5. Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan keluarga adalah pelaksanaan dari rencana asuhan keperawatan yang telah disusun perawat bersama keluarga. Inti pelaksanaan pemberian asuhan adalah perhatian, maka tidak mungkin perawat dapat melibatkan diri bekerja dengan keluarga.

Tabel 2.4 Contoh Format Catatan Implementasi

Tanggal Dan Waktu	Diagnosa	Implementasi
1 Mei 2025-9 Mei 2025	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit	Penerapan terapi genggam bola karet untuk mengatasi gangguan mobilitas fisik pada pasien pasca stroke iskemik

Tabel 2.5 Contoh Rencana Kegiatan

Sasaran	:	Pasien dan keluarga
Hari/ tanggal	:	1 Mei 2025-9 Mei 2025
Waktu	:	09.00
Diagnosa	:	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit
Intervensi	:	Edukasi latihan fisik
Kunjungan	:	6 kali kunjungan

a. Program Kunjungan Edukasi Stroke Keluarga Program Edukasi Kesehatan untuk Keluarga Pasien Stroke

1) Hari pertama: konsep dasar stroke, pengertian, gejala, faktor risiko, dan pencegahan

Stroke merupakan kondisi medis serius yang terjadi akibat terganggunya aliran darah ke otak, baik karena sumbatan (stroke iskemik) maupun pecahnya pembuluh darah (stroke hemoragik). Ketika aliran darah ke otak terhenti, sel-sel otak akan kekurangan oksigen dan nutrisi, sehingga dapat mati dalam hitungan menit. Oleh karena itu, stroke merupakan keadaan darurat medis yang memerlukan penanganan segera. Gejala stroke umumnya muncul secara tiba-tiba dan bisa dikenali melalui beberapa tanda utama, seperti kelemahan atau kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh, kesulitan berbicara atau memahami pembicaraan, gangguan penglihatan, sakit kepala hebat tanpa sebab jelas, serta kehilangan keseimbangan atau koordinasi tubuh. Mengenali gejala-gejala ini secara dini sangat penting

untuk meningkatkan peluang pemulihan pasien. Beberapa faktor risiko yang meningkatkan kemungkinan seseorang mengalami stroke antara lain tekanan darah tinggi (hipertensi), diabetes melitus, kolesterol tinggi, kebiasaan merokok, konsumsi alkohol berlebihan, kurangnya aktivitas fisik, serta riwayat stroke dalam keluarga. Selain itu, usia lanjut dan jenis kelamin laki-laki juga dapat menjadi faktor pendukung risiko. Pencegahan stroke dapat dilakukan dengan mengendalikan faktor-faktor risiko tersebut melalui perubahan gaya hidup sehat. Langkah-langkah pencegahan yang disarankan meliputi menjaga tekanan darah dalam batas normal, mengatur kadar gula dan kolesterol, berhenti merokok, membatasi konsumsi alkohol, menerapkan pola makan seimbang, rutin berolahraga, serta melakukan pemeriksaan kesehatan secara berkala. Edukasi dan kesadaran terhadap stroke sangat penting, baik bagi pasien maupun keluarga, agar dapat mencegah kejadian pertama maupun kekambuhan stroke di masa depan.

2) Hari kedua: terapi genggam bola karet – pengertian, tujuan, dan manfaat

Memasuki hari kedua, keluarga diperkenalkan dengan terapi genggam bola karet, yaitu salah satu metode rehabilitasi yang digunakan untuk meningkatkan kekuatan otot tangan, koordinasi, serta fleksibilitas jari dan pergelangan tangan pasien pasca stroke. Dijelaskan prinsip dasar penggunaan bola karet terapi, termasuk pentingnya pemanasan sebelum latihan serta posisi tangan yang benar saat melakukan gerakan. Keluarga diberikan pemahaman mengenai manfaat terapi ini, seperti membantu mengurangi kekakuan sendi, meningkatkan kemampuan motorik halus, serta memperlancar sirkulasi darah pada tangan yang terkena stroke. Dengan memahami teknik yang benar, keluarga dapat mendukung pasien dalam menjalani latihan ini dengan aman dan efektif, sehingga dapat meningkatkan kemandirian pasien dalam melakukan aktivitas sehari-hari.

3) Hari ketiga: pelaksanaan terapi genggam bola karet

Pada hari ketiga, dilakukan demonstrasi teknik dasar latihan dengan bola karet terapi. Keluarga diajarkan beberapa latihan sederhana yang dapat

dilakukan oleh pasien, seperti meremas bola dengan berbagai tingkat tekanan, menggulung bola di telapak tangan untuk meningkatkan fleksibilitas jari, serta latihan koordinasi dengan memindahkan bola dari satu tangan ke tangan lainnya. Selain itu, dijelaskan pentingnya pengawasan selama terapi agar pasien dapat berlatih dengan aman dan nyaman. Keluarga juga dilatih untuk mengamati respons pasien terhadap terapi, menyesuaikan latihan sesuai dengan kemampuan pasien, serta memberikan dukungan agar pasien tetap termotivasi dalam proses pemulihan.

4) Hari keempat: pencegahan stroke selain terapi (konsumsi makanan sehat).

Pada hari keempat, edukasi difokuskan pada pola makan sehat sebagai salah satu cara pencegahan stroke berulang. Keluarga diberikan informasi mengenai nutrisi yang baik untuk kesehatan otak, seperti asam lemak omega-3, antioksidan, dan makanan berserat tinggi. Selain itu, dijelaskan makanan yang harus dihindari, seperti makanan tinggi garam, lemak jenuh, dan gula berlebihan, karena dapat meningkatkan risiko stroke. Keluarga juga diberikan pemahaman mengenai pentingnya pola hidup sehat, termasuk menjaga berat badan ideal, rutin berolahraga, dan menghindari kebiasaan merokok. Dengan menerapkan pola hidup sehat secara konsisten, pasien dapat meningkatkan kualitas hidupnya dan mengurangi risiko stroke berulang di masa depan.

5) Hari kelima: pencegahan stroke melalui aktivitas fisik

Pada hari kelima, edukasi difokuskan pada pentingnya aktivitas fisik sebagai bagian dari upaya pencegahan stroke berulang. Keluarga pasien diberikan pemahaman bahwa aktivitas fisik yang teratur dapat membantu menjaga kesehatan jantung dan pembuluh darah, menurunkan tekanan darah, mengontrol kadar gula dan kolesterol, serta membantu menjaga berat badan ideal semua faktor tersebut sangat berpengaruh dalam menurunkan risiko stroke. Dijelaskan bahwa aktivitas fisik tidak selalu harus berupa olahraga berat. Aktivitas ringan hingga sedang seperti berjalan kaki, bersepeda, senam ringan, atau bahkan pekerjaan rumah tangga bisa menjadi

pilihan yang baik, selama dilakukan secara rutin dan disesuaikan dengan kemampuan fisik pasien. Durasi yang disarankan adalah setidaknya 30 menit per hari, lima kali seminggu. Selain itu, keluarga juga diberi edukasi tentang pentingnya mendorong pasien untuk tetap aktif dan tidak terlalu banyak duduk atau berbaring dalam waktu lama. Aktivitas fisik juga memberikan manfaat psikologis, seperti meningkatkan suasana hati, mengurangi stres, dan membantu pasien merasa lebih percaya diri selama proses pemulihan. Dengan dukungan keluarga dan motivasi yang berkelanjutan, penerapan aktivitas fisik sebagai bagian dari gaya hidup sehat dapat menjadi strategi efektif dalam mencegah stroke berulang serta meningkatkan kualitas hidup pasien secara keseluruhan.

6) Hari keenam: evaluasi pemahaman pasien dan keluarga

Hari terakhir dikhususkan untuk mengevaluasi sejauh mana pasien dan keluarga memahami seluruh materi yang telah diberikan. Evaluasi ini dilakukan melalui tiga aspek utama:

- a) Aspek Kognitif → Mengukur pemahaman keluarga mengenai stroke, faktor risikonya, serta langkah-langkah pencegahan dan rehabilitasi yang telah dijelaskan.
- b) Aspek Afektif → Menilai sikap keluarga terhadap pasien, sejauh mana dukungan emosional diberikan, serta bagaimana keluarga membantu pasien dalam menjalani terapi dan gaya hidup sehat.
- c) Aspek Psikomotor → Mengamati tindakan nyata yang telah diterapkan keluarga dalam mendukung pasien, seperti memastikan pasien rutin melakukan genggam bola karet menjaga pola makan sehat, serta mengingatkan pasien untuk melakukan kontrol kesehatan secara berkala.

b. Satuan Acara Penyuluhan

1) Kunjungan Hari Pertama

Tanggal dan waktu	Diagnosa Keperawatan	Implementasi
1 Mei 2025 dan 3 Mei 2025	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit	Memberikan edukasi tentang stroke iskemik dan melatih terapi genggam bola karet

Tabel Rencana Kegiatan

Sasaran	: Pasien dan keluarga
Hari/ Tanggal	: 1 Mei 2025 dan 3 Mei 2025
Waktu	: 40-60 menit
Diagnosa	: Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit
Intervensi	: Memberikan edukasi tentang stroke iskemik dan melatih terapi genggam bola karet
Kunjungan	: Hari ke 1

Latar Belakang

Stroke iskemik merupakan jenis stroke yang paling umum, terjadi akibat penyumbatan pembuluh darah di otak yang menghambat aliran darah dan oksigen ke jaringan otak. Kondisi ini dapat menyebabkan kerusakan otak yang serius jika tidak ditangani secara cepat dan tepat. Pasien dewasa yang mengalami stroke iskemik, seperti Tn. ..., biasanya mengalami gangguan pada fungsi motorik, termasuk kelemahan atau kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh. Dalam proses pemulihan, peran keluarga sangatlah penting. Dukungan emosional, fisik, dan psikologis dari anggota keluarga dapat memberikan semangat dan motivasi bagi pasien untuk menjalani rehabilitasi secara konsisten. Salah satu upaya penting dalam rehabilitasi pasca-stroke adalah terapi latihan untuk mengembalikan kekuatan dan fungsi otot, terutama pada tangan dan jari-jari yang mengalami kelemahan. Salah satu metode terapi sederhana yang dapat dilakukan di rumah adalah latihan genggam bola karet. Latihan ini bertujuan untuk melatih kekuatan otot tangan, meningkatkan koordinasi, serta merangsang saraf-saraf yang terganggu akibat stroke iskemik. Bola karet yang digunakan dalam latihan ini bersifat fleksibel dan mudah digenggam, sehingga cocok untuk pasien dengan kemampuan motorik yang terbatas. Melatih pasien untuk melakukan terapi genggam bola karet secara rutin, dengan bimbingan dan pengawasan keluarga, dapat memberikan dampak positif dalam proses pemulihan. Keluarga perlu diberikan pemahaman tentang cara yang tepat dalam melakukan latihan ini, seperti frekuensi, durasi, dan teknik yang aman, agar terapi dapat berjalan efektif dan aman bagi pasien. Peningkatan pengetahuan keluarga mengenai stroke iskemik, termasuk faktor risiko, gejala awal, pentingnya pengobatan dini, serta teknik-teknik rehabilitasi seperti latihan bola karet, sangat penting untuk mendukung pemulihan pasien. Dengan pendekatan yang edukatif dan kolaboratif, keluarga dapat menjadi bagian integral dalam proses penyembuhan dan mencegah resiko kekambuhan stroke di masa depan.

Tujuan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan keluarga dalam bentuk pendidikan kesehatan, diharapkan terjadi peningkatan kemampuan dan keterlibatan keluarga dalam merawat pasien dengan gangguan mobilitas fisik akibat stroke iskemik, dengan tolok ukur sebagai berikut:

1. Meningkatkan pengetahuan keluarga tentang stroke iskemik, mencakup:
 - a. Definisi dan patofisiologi stroke iskemik.
 - b. Tanda dan gejala gangguan mobilitas fisik akibat stroke.
 - c. Pentingnya deteksi dini dan penanganan segera untuk mencegah kecacatan lebih lanjut.
 - d. Strategi perawatan dan dukungan rehabilitatif bagi pasien dengan keterbatasan gerak.
2. Meningkatkan kemampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan mobilitas fisik melalui:
 - a. Penerapan latihan sederhana di rumah, seperti terapi genggam menggunakan bola karet, secara mandiri dan konsisten.
 - b. Pengenalan teknik posisi tubuh yang benar untuk mencegah dekubitus (luka tekan) dan komplikasi lain akibat imobilisasi.
 - c. Pemahaman tentang pentingnya pemantauan tanda-tanda klinis yang memerlukan perhatian medis segera.

Tahapan dan waktu	Kegiatan perawat	Kegiatan keluarga
Pendahuluan (5 menit)	1. Mengucapkan salam kepada keluarga. 2. Mengingat kontrak yang telah disepakati. 3. Menanyakan Kesiapan Keluarga untuk kontrak saat ini. 4. Menginformasikan tujuan yang hendak dicapai dalam kunjungan saat ini.	1. Menjawab salam. 2. Mendengarkan. 3. Menyampaikan pemahaman awal.
Penyampaian Materi (20 menit)	1. Pengertian Stroke Iskemik 2. Definisi stroke iskemik. 3. Tanda dan gejala stroke 4. Patofisiologi stroke.	1. Mendengarkan 2. Bertanya jika kurang jelas.
(20 menit)	1. Gejala dan Dampak Stroke 2. Gejala umum stroke iskemik (kelemahan anggota tubuh, gangguan bicara, gangguan keseimbangan, dll.). 3. Pentingnya deteksi dini stroke. 4. Dampak stroke terhadap mobilitas fisik. 5. Melatih terapi genggam bola karet	1. Mendengarkan. 2. Bertanya jika kurang jelas.
Diskusi dan Tanya Jawab (10 menit)	1. Memberikan kesempatan bertanya. 2. Memberikan klarifikasi.	1. Mengajukan pertanyaan 2. Berdiskusi.
Penutup (5 menit)	1. Menyimpulkan materi. 2. Memberikan motivasi. 3. Mengakhiri sesi penyuluhan.	1. Mendengarkan. 2. Berkomitmen menerapkan dukungan.

2) Kunjungan Hari Ke Dua

Tanggal Dan Waktu	Diagnosa Keperawatan	Implementasi
2 Mei 2025 dan 5 Mei 2025	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit	Memberikan edukasi tentang terapi genggam bola karet dan manfaatnya bagi pasien pasca stroke iskemik

Tabel Rencana Kegiatan

Sasaran	: Pasien dan keluarga pasien
Hari/ Tanggal	: 2 Mei 2025 dan 5 Mei 2025
Waktu	: 40-60 menit
Diagnosa	: Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota
Intervensi	: Memberikan edukasi tentang terapi genggam bola karet dan manfaatnya bagi pasien pasca stroke
Kunjungan	: Hari ke 3

Latar Belakang

Terapi Genggam Bola Karet sebagai Metode Rehabilitasi Pasca Stroke. Stroke merupakan salah satu masalah kesehatan yang dapat berdampak besar pada kehidupan penderitanya. Setelah mengalami stroke, pasien sering mengalami gangguan kekuatan otot, koordinasi tangan, dan fleksibilitas jari, yang dapat menghambat kemampuan dalam melakukan aktivitas sehari-hari, terutama dalam menggenggam dan memegang benda. Salah satu metode rehabilitasi yang dapat membantu pemulihan pasien pasca stroke adalah terapi genggam bola karet. Terapi genggam bola karet adalah latihan terapi yang menggunakan bola karet sebagai alat untuk membantu meningkatkan kekuatan otot tangan, kelenturan jari, serta koordinasi motorik pasien stroke. Terapi ini dapat membantu pasien memulihkan kemampuan menggenggam, meningkatkan stabilitas tangan, serta mengurangi kekakuan otot. Agar terapi ini efektif, penting bagi pasien dan keluarga untuk memahami prinsip dasar penggunaan bola karet serta melakukan persiapan yang tepat sebelum latihan, seperti pemanasan dan menjaga posisi tangan yang benar selama latihan.

Tujuan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan keluarga dalam bentuk pendidikan kesehatan, diharapkan keluarga meningkat pengetahuannya dengan tolak ukur, Memahami pengertian dan manfaat terapi genggam bola karet dalam membantu pemulihan pasien pasca stroke.

1. Memahami prinsip dasar penggunaan bola karet untuk meningkatkan kekuatan otot tangan, kelenturan jari, dan koordinasi motorik.
2. Mengetahui persiapan sebelum memulai terapi, seperti pemanasan dan menjaga posisi tangan yang benar saat latihan.

Tahapan dan waktu	Kegiatan perawat	Kegiatan keluarga
Pendahuluan (5 menit)	1. Mengucapkan salam kepada keluarga. 2. Mengingat kontrak yang telah disepakati. 3. Menanyakan kesiapan keluarga untuk kontrak saat ini. 4. Menginformasikan tujuan yang hendak dicapai dalam kunjungan saat ini.	1. Menjawab salam. 2. Mendengarkan. 3. Menyampaikan pemahaman awal.
Evaluasi hari sebelumnya (5 menit)	1. Menanyakan kembali pemahaman keluarga mengenai materi yang telah disampaikan sebelumnya. 2. Meminta keluarga untuk menjelaskan kembali penyebab stroke dan faktor resiko	
Penjelasan (30-40 menit)	1. Definisi dan manfaat terapi genggam bola karet a. Definisi terapi genggam bola karet terapi genggam bola karet adalah salah satu metode latihan rehabilitasi yang bertujuan untuk meningkatkan kekuatan otot tangan, kelenturan jari, dan koordinasi motorik pada pasien pasca stroke. Latihan ini dilakukan dengan menggenggam dan meremas bola karet secara berulang untuk merangsang otot-otot tangan dan meningkatkan fungsinya. b. Manfaat terapi bagi Pasien pasca stroke c. Meningkatkan kekuatan otot tangan dan jari. d. Membantu memperbaiki koordinasi motorik halus. e. Meningkatkan fleksibilitas serta kelenturan jari. f. Membantu mengurangi kekakuan dan meningkatkan aliran darah ke tangan. g. Memudahkan pasien dalam melakukan aktivitas sehari-hari seperti menggenggam benda atau menulis.	1. Mendengarkan
Diskusi dan tanya jawab (10 menit)	1. Memberikan kesempatan bagi keluarga untuk bertanya terkait materi yang telah disampaikan. 2. Mengulang poin penting dari materi sebelumnya.	1. Bertanya dan berdiskusi

Tahapan dan waktu	Kegiatan perawat	Kegiatan keluarga
Penutup (5 menit)	1. Menyimpulkan materi penyuluhan. 2. Memberikan motivasi kepada keluarga untuk menerapkan kebiasaan sehat dalam kehidupan sehari-hari. 3. Memberikan kesempatan bagi keluarga untuk 4. Mengucapkan terima kasih atas partisipasi keluarga dalam penyuluhan.	1. Mendengarkan

3) Kunjungan Hari ke tiga

Tanggal Dan Waktu	Diagnosa Keperawatan	Implementasi
3 Mei 2025 dan 6 Mei 2025	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota	Melatih pasien dengan demonstrasi dan praktik langsung teknik terapi genggam bola karet

Tabel Rencana Kegiatan

Sasaran	: Pasien dan keluarga pasien
Hari/ Tanggal	: 3 Mei 2025 dan 6 Mei 2025
Waktu	: 40-60 menit
Diagnosa	: Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota
Intervensi	: Melatih pasien dengan demonstrasi dan praktik langsung teknik terapi genggam bola karet
Kunjungan	: Hari ke 4

Latar Belakang

Stroke adalah kondisi yang memerlukan penanganan dan rehabilitasi yang tepat agar pasien dapat memulihkan fungsinya secara optimal. Salah satu metode rehabilitasi yang efektif untuk pasien pasca stroke adalah terapi genggam bola karet, yaitu latihan sederhana yang bertujuan untuk meningkatkan kekuatan otot tangan, koordinasi motorik halus, serta fleksibilitas jari. Pelaksanaan terapi ini melibatkan berbagai teknik latihan, seperti meremas bola karet dengan berbagai tekanan, menggulingkan bola di telapak tangan, serta menekan bola dengan jari secara bergantian. Latihan ini membantu pasien dalam meningkatkan kontrol gerakan tangan, mengurangi kekakuan, serta memperlancar sirkulasi darah pada area yang terkena dampak stroke. Selama latihan, pasien perlu mendapatkan pengawasan agar terapi berjalan dengan aman dan efektif. Evaluasi juga perlu dilakukan untuk melihat respons pasien terhadap terapi dan menyesuaikan latihan sesuai dengan kebutuhan pemulihan.

Tujuan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan keluarga dalam bentuk pendidikan kesehatan, diharapkan keluarga meningkat pengetahuannya dengan tolak ukur:

1. Memahami teknik dasar latihan dengan terapi genggam bola karet dalam rehabilitasi pasien pasca stroke.
2. Memahami pentingnya latihan kekuatan otot tangan, koordinasi motorik halus, dan fleksibilitas jari untuk meningkatkan kemampuan fungsional pasien.
3. Mampu mendukung pasien dalam menjalani terapi genggam bola karet dengan memberikan pendampingan dan motivasi.
4. Mengidentifikasi respons pasien terhadap terapi serta menyesuaikan latihan sesuai dengan perkembangan pemulihan.

Tahapan dan waktu	Kegiatan perawat	Kegiatan keluarga
Pendahuluan (5 menit)	1. Mengucapkan salam kepada keluarga. 2. Mengingat Kontrak Yang Telah disepakati. 3. Menanyakan kesiapan keluarga untuk kontrak saat ini. 4. Menginformasikan Tujuan Yang hendak dicapai dalam kunjungan saat ini.	1. Menjawab salam. 2. Mendengarkan. 3. Menyampaikan pemahaman awal.
Evaluasi hari sebelumnya (5 menit)	1. Menanyakan kembali pemahaman keluarga mengenai materi yang telah disampaikan sebelumnya 2. Meminta keluarga untuk menjelaskan kembali terapi genggam bola karet	
Penjelasan (10 - 30 menit)	1. Demonstrasi Teknik Dasar a. Menjelaskan dan menunjukkan teknik dasar terapi genggam bola karet. b. Memastikan posisi tangan dan jari pasien dalam keadaan rileks sebelum latihan. 2. Latihan dengan Terapi Genggam Bola Karet a. Latihan kekuatan genggaman (memegang dan meremas bola karet secara perlahan). b. Latihan koordinasi motorik halus (menggulung bola di antara telapak tangan atau jari-jari). c. Latihan fleksibilitas jari (menekan bola dengan satu jari atau kombinasi beberapa jari). d. Pengawasan terhadap pasien selama latihan untuk memastikan terapi dilakukan dengan benar dan aman.	1. Mendengarkan
Sesi tanya jawab (10 menit)	1. Memberikan kesempatan bagi keluarga untuk bertanya terkait materi yang telah disampaikan. 2. Mengulang poin penting dari materi sebelumnya.	1. Bertanya dan berdiskusi
Penutup (5 menit)	1. Menyimpulkan materi penyuluhan. 2. Memberikan motivasi kepada keluarga untuk menerapkan selalu rutin dalam pengobatan.	1. Mendengarkan

4) Kunjungan Hari Ke Empat

Tanggal Dan Waktu	Diagnosa Keperawatan	Implementasi
5 Mei 2025 dan 7 Mei 2025	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota	Memberikan edukasi mengenai pola makan sehat dan pola hidup sehat untuk mencegah stroke

Tabel Rencana Kegiatan

Sasaran	: Pasien dan keluarga pasien
Hari/ Tanggal	: 5 Mei 2025 dan 7 Mei 2025
Waktu	: 40-60 menit
Diagnosa	: Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota
Intervensi	: Memberikan edukasi mengenai pola makan sehat dan pola hidup sehat untuk mencegah stroke
Kunjungan	: Hari ke 5

Latar Belakang

Pencegahan stroke tidak hanya bergantung pada terapi fisik, tetapi juga pada pola makan sehat dan gaya hidup yang seimbang. Nutrisi yang baik berperan penting dalam menjaga kesehatan otak dan sistem kardiovaskular, yang dapat membantu mengurangi risiko stroke berulang. Pola makan sehat yang dianjurkan meliputi konsumsi makanan kaya asam lemak omega-3, antioksidan, dan serat tinggi, seperti ikan, buah-buahan, sayuran, dan biji-bijian. Sebaliknya, pasien pasca stroke perlu menghindari makanan tinggi garam, lemak jenuh, dan gula berlebihan, yang dapat meningkatkan tekanan darah dan kadar kolesterol. Selain pola makan, penerapan gaya hidup sehat, seperti menjaga berat badan ideal, rutin berolahraga, dan menghindari kebiasaan merokok, juga berperan penting dalam mendukung pemulihan pasien stroke serta mencegah kejadian stroke berulang. Dengan mengadopsi pola hidup sehat secara konsisten, pasien dapat meningkatkan kualitas hidupnya dan mengurangi risiko komplikasi di masa depan.

Tujuan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan keluarga dalam bentuk pendidikan kesehatan, diharapkan keluarga meningkat pengetahuannya dengan tolak ukur:

1. Memahami pola makan sehat yang dianjurkan untuk mencegah stroke, termasuk nutrisi penting bagi kesehatan otak.
2. Mengetahui makanan yang perlu dihindari, seperti makanan tinggi garam, lemak jenuh, dan gula berlebihan, yang dapat meningkatkan risiko stroke.
3. Mampu mendukung pasien dalam menerapkan pola hidup sehat, seperti menjaga berat badan ideal, rutin berolahraga, dan menghindari kebiasaan merokok.
4. Mengetahui langkah-langkah pencegahan stroke berulang dengan kombinasi pola makan sehat dan gaya hidup yang seimbang.

Tahapan dan waktu	Kegiatan perawat	Kegiatan keluarga
Pendahuluan (5 menit)	1. Mengucapkan salam kepada keluarga. 2. Mengingat Kontrak Yang Telah disepakati. 3. Menanyakan Kesiapan Keluarga untuk kontrak saat ini. 4. Menginformasikan Tujuan Yang hendak dicapai dalam kunjungan saat ini.	1. Menjawab salam. 2. Mendengarkan. 3. Menyampaikan pemahaman awal.
Evaluasi hari sebelumnya (5 menit)	1. Menanyakan kembali pemahaman keluarga mengenai materi yang telah disampaikan sebelumnya. 2. Meminta keluarga untuk menjelaskan kembali terapi genggam bola karet	1. Berdiskusi dan tanya jawab
Pembahasan (30-40 menit)	1. Pola Makan Sehat untuk Mencegah Stroke 2. Menjelaskan pentingnya pola makan sehat dalam pencegahan stroke. 3. Menjelaskan nutrisi yang baik untuk kesehatan otak (asam lemak omega-3, antioksidan, serat tinggi). 4. Makanan yang Harus Dihindari & Pola Hidup Sehat 5. Menjelaskan makanan yang harus dihindari (makanan tinggi garam, lemak jenuh, dan gula berlebihan). 6. Menjelaskan pola hidup sehat untuk mendukung pemulihan pasca stroke.	1. Mendengarkan
Sesi tanya jawab (10 menit)	a. Memberikan kesempatan bagi keluarga untuk bertanya terkait materi yang telah disampaikan. b. Mengulang poin penting dari materi sebelumnya.	1. Bertanya dan berdiskusi
	a. Menyimpulkan kembali poin utama penyuluhan. b. Memberikan pesan motivasi agar pasien dan keluarga tetap disiplin dalam pengobatan. c. Mengucapkan terima kasih atas partisipasi peserta.	1. Mendengarkan

5) Kunjungan Hari Kelima

Tanggal dan waktu	Diagnosa Keperawatan	Implementasi
6 Mei 2025 dan 8 Mei 2025	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota	Memberikan edukasi mengenai aktivitas fisik untuk mencegah stroke

Tabel Rencana Kegiatan

Sasaran	: Pasien dan keluarga pasien
Hari/ Tanggal	: 6 Mei 2025 dan 8 Mei 2025
Waktu	: 40-60 menit
Diagnosa	: Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota
Intervensi	: Memberikan edukasi tentang aktivitas untuk mencegah stroke
Kunjungan	: Hari ke 5

Latar Belakang

Aktivitas fisik merupakan salah satu pilar penting dalam pencegahan stroke, baik untuk mencegah kejadian pertama maupun untuk mencegah stroke berulang. Aktivitas fisik yang dilakukan secara rutin dapat membantu menurunkan tekanan darah, memperbaiki sirkulasi darah, mengontrol kadar gula dan kolesterol, serta menjaga berat badan tetap ideal. Semua manfaat ini berperan besar dalam menjaga kesehatan sistem kardiovaskular dan otak. Beberapa jenis aktivitas fisik yang dianjurkan antara lain berjalan kaki, senam ringan, bersepeda statis, latihan beban ringan, serta aktivitas harian seperti menyapu, berkebun, atau mencuci. Aktivitas-aktivitas ini dapat disesuaikan dengan kemampuan pasien, dimulai dari intensitas rendah dan dilakukan secara bertahap. Durasi yang disarankan untuk beraktivitas fisik adalah sekitar 30 menit per hari, minimal lima kali dalam seminggu. Namun, jika kondisi pasien belum memungkinkan, durasi tersebut bisa dibagi menjadi beberapa sesi pendek sepanjang hari. Hal terpenting adalah menjaga agar pasien tetap aktif dan tidak duduk atau berbaring terlalu lama, karena gaya hidup sedentari dapat meningkatkan risiko komplikasi. Terlibatnya keluarga dalam mendampingi dan memotivasi pasien sangat diperlukan agar aktivitas fisik menjadi bagian dari rutinitas harian. Dengan komitmen dan konsistensi, aktivitas fisik dapat menjadi cara yang efektif untuk mempercepat pemulihan serta mencegah stroke berulang di masa mendatang.

Tujuan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan keluarga dalam bentuk pendidikan kesehatan, diharapkan keluarga meningkat pengetahuannya dengan tolak ukur:

1. Memahami pentingnya aktivitas fisik sebagai bagian dari pencegahan stroke, termasuk manfaatnya dalam menurunkan tekanan darah, menjaga berat badan ideal, dan meningkatkan sirkulasi darah.
2. Mengetahui jenis-jenis aktivitas fisik yang aman dan dianjurkan bagi pasien pasca stroke, seperti berjalan kaki, senam ringan, bersepeda statis, dan aktivitas harian sederhana yang dilakukan secara rutin.
3. Mampu mendukung pasien dalam menerapkan pola hidup aktif, dengan cara memotivasi, mendampingi saat beraktivitas, serta membantu menciptakan rutinitas latihan fisik harian yang sesuai kemampuan pasien.
4. Mengetahui langkah-langkah pencegahan stroke berulang dengan mengkombinasikan aktivitas fisik teratur, pola makan sehat, serta penghindaran kebiasaan buruk seperti merokok dan gaya hidup sedentari.

Tahapan dan waktu	Kegiatan perawat	Kegiatan keluarga
Pendahuluan (5 menit)	1. Mengucapkan salam kepada keluarga. 2. Mengingat kontrak yang telah disepakati. 3. Menanyakan kesiapan keluarga untuk kontrak saat ini. 4. Menginformasikan tujuan yang hendak dicapai dalam kunjungan saat ini.	1. Menjawab salam. 2. Mendengarkan. 3. Menyampaikan pemahaman awal.
Evaluasi hari sebelumnya (5 menit)	1. Menanyakan kembali pemahaman keluarga mengenai materi yang telah disampaikan sebelumnya. 2. Meminta keluarga untuk menjelaskan kembali tentang pola makan yang sehat untuk mencegah stroke	1. Berdiskusi dan tanya jawab
Pembahasan (30-40 menit)	1. Aktivitas fisik untuk mencegah stroke 2. Menjelaskan pentingnya melakukan aktivitas fisik dalam pencegahan stroke. 3. Menjelaskan aktivitas fisik untuk mencegah stroke	1. Mendengarkan
Sesi tanya jawab (10 menit)	1. Memberikan kesempatan bagi keluarga untuk bertanya terkait materi yang telah disampaikan. 2. Mengulang poin penting dari materi sebelumnya.	1. Bertanya dan berdiskusi
	1. Menyimpulkan kembali poin utama penyuluhan. 2. Memberikan pesan motivasi agar pasien dan keluarga tetap disiplin dalam pengobatan. 3. Mengucapkan terima kasih atas partisipasi peserta.	1. Mendengarkan

6) Kunjungan Hari Ke Enam

Hari	Materi Penyuluhan	Evaluasi Kognitif (Pengetahuan)	Evaluasi Afektif (Sikap)	Evaluasi Psikomotor (Tindakan)
Hari ke 1	Dukungan Keluarga dalam Perawatan Pasien Stroke	Keluarga memahami pentingnya dukungan dalam pemulihan pasien stroke, baik secara emosional, informasional, maupun fisik.	Keluarga menunjukkan kepedulian dan kesadaran akan pentingnya mendukung pasien stroke.	Keluarga mulai memberikan motivasi dan membantu pasien dalam menjalani latihan terapi.
Hari ke 2	Pengaruh Stroke terhadap Fungsi Motorik dan Sensorik	Keluarga memahami dampak stroke terhadap fungsi motorik dan sensorik pasien, termasuk kelemahan otot tangan dan kesulitan menggenggam.	Keluarga lebih peduli terhadap kebutuhan pasien dalam meningkatkan kekuatan tangan dan koordinasi.	Keluarga mulai mengawasi dan membantu pasien dalam melakukan aktivitas sehari-hari yang membutuhkan koordinasi tangan.
Hari ke 3	Pengertian dan Manfaat Terapi Genggam Bola Karet	Keluarga memahami tujuan terapi genggam bola karet untuk meningkatkan kekuatan tangan, koordinasi jari, dan fleksibilitas.	Keluarga menunjukkan kesadaran dan semangat dalam membantu pasien menjalani terapi genggam bola karet.	Keluarga mendukung pasien dalam mempersiapkan alat terapi dan membantu melakukan latihan dasar.
Hari ke 4	Pelaksanaan Terapi Genggam Bola Karet	Keluarga memahami teknik dasar terapi genggam bola karet, seperti gerakan meremas, menggulung, dan menekan bola.	Keluarga semakin peduli dan aktif dalam membimbing pasien selama terapi.	Keluarga membantu pasien dalam melakukan latihan dengan teknik yang benar dan memastikan latihan dilakukan secara teratur.
Hari ke 5	Evaluasi Respons Pasien terhadap Terapi	Keluarga memahami pentingnya mengamati perkembangan pasien dalam terapi genggam bola karet.	Keluarga lebih mendukung pasien untuk disiplin dalam latihan terapi genggam bola karet.	Keluarga mencatat perkembangan pasien dan menyesuaikan latihan sesuai kemampuan pasien.

Hari Ke 6	Evaluasi Keseluruhan Pemahaman Keluarga dan Pasien	Keluarga memahami seluruh materi yang telah diberikan dan dapat menjelaskan kembali manfaat serta teknik terapi genggam bola karet.	Keluarga menunjukkan komitmen jangka panjang dalam membantu pasien menjalani latihan rehabilitasi.	Keluarga mampu secara mandiri membimbing pasien dalam melakukan terapi genggam bola karet dan mengintegrasikannya dalam aktivitas harian.
-----------	--	---	--	---

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari proses keperawatan yang bertujuan untuk menilai apakah perencanaan dan tindakan keperawatan berhasil atau tidak. Pada tahap evaluasi, format yang seringkali digunakan adalah format SOAP yang terdiri dari:

- a. S (Subjektif) adalah informasi yang disampaikan langsung oleh penderita ataupun keluarga penderita sesudah dilakukan tindakan keperawatan
- b. O (Objektif) adalah informasi yang didapatkan dari hasil observasi/pengamatan, pemeriksaan, pengukuran yang sudah dilakukan sebelumnya setelah tindakan keperawatan diberikan.
- c. A (Analisis) merupakan perbandingan data antara hasil pemeriksaan atau data objektif dengan data yang diperoleh dari informasi yang diungkapkan penderita atau keluarga penderita serta tujuan dan kriteria hasil. Bagian analisi ini sangat penting untuk menentukan tindakan keperawatan dilanjutkan atau tidak.
- d. P (*planning*) adalah rencana keperawatan yang dilanjutkan apabila dari data hasil analisis dan atas masih ada yang abnormal sesuai dengan pemeriksaan ataupun yang diungkapkan penderita (Malukah,2021)

F. *Evidence Based Nursing Practice*

1. *Evidence Based Nursing Practice* penerapan intervensi terapi genggam bola karet dengan masalah gangguan mobilitas fisik pada pasien stroke. Merupakan studi literatur tentang penerapan intervensi terapi genggam bola karet dengan masalah gangguan mobilitas fisik pada pasien stroke Metode pencarian menggunakan PICOT, yaitu P (*Population*), I (*Intervention*), C (*Compration*), O (*Outcome*), T (*Time*). Kata kunci yang digunakan penerapan terapi genggam bola karet Artikel tersebut dapat dijabarkan dibawah ini:

Tabel. 2.6 *Evidence Based Nursing Practie*

No	Populasi	Intervensi	Compration	Outcome	Time	Jurnal
1	1 orang penderita stroke	Terapi genggam bola		Setelah dilakukan tindakan keperawatan kekuatan otot meningkat	4 hari	Judul: Penerapan latihan genggam bola karet terhadap kekuatan otot pada klien stroke non hemoragik Author : Margiyati, M., Rahmanti, A., & Prasetyo, E. D. Jurnal: Jurnal Fisioterapi Dan Ilmu Kesehatan Sisthana, 4(1), 1-6.
2	1 orang penderita stroke	Terapi genggam bola		Setelah dilakukan tindakan keperawatan kekuatan otot meningkat	3 hari	Judul : Penerapan genggam bola untuk meningkatkan kekuatan otot genggam pada pasien stroke non hemoragik di ruang Truntum RSUD Bendan. Author : Alifiana, N., & Fajriyah, N. Jurnal : Prosiding University Research Colloquium, pp.1224-12.

No	Populasi	Intervensi	Compration	Outcome	Time	Jurnal
3	Lansia penderita stroke	Terapi genggam bola karet		Setelah dilakukan tindakan keperawatan kekuatan otot meningkat	3 hari	Judul :Implementasi terapi genggam bola karet dalam asuhan keperawatan pada pasien lansia dengan stroke Author :Dea Estri Nurrani, & Nina Dwi Lestari. Jurnal :Jurnal Medika Nusantara, 1(2), 296–305.
4	2 penderita stroke	Terapi genggam bola		Setelah dilakukan tindakan keperawatan kekuatan otot meningkat.	4 hari	Judul :Penerapan range of motion (rom) exercise bola karet terhadap kekuatan otot pasien stroke non hemoragik di RSUD K.R.M.T Wongsonegoro Semarang. Author : Rosyadi, A.K., Utami, C.D. Ningrum, P.D.A., & Utama, J. E. Jurnal : Jurnal Nursing Update, 14(3).
5	1 orang penderita stroke	Terapi genggam bola		Setelah dilakukan tindakan keperawatan kekuatan otot meningkat	1 hari	Judul : Efektifitas Terapi Genggam Bola Karet Terhadap Kekuatan Otot Pada Pasien Stroke Author : Cantika, A., Ayubbana, S., & Sari, S. A. Jurnal : Jurnal Cendekia Muda, 1(3)
6	1 orang penderita stroke	Terapi Genggam bola		Setelah dilakukan tindakan keperawatan kekuatan otot meningkat	5 hari.	Judul : Penerapan terapi menggenggam bola karet terhadap perubahan kekuatan otot pada pasien stroke dengan hemiparese di kota metro Author : Dimas Galih Saputra, Nia Risa Dewi, Sapti Ayubban. Jurnal : Jurnal Cendekia Muda Volume 2, Nomor 3, September 2022 ISSN : 2807-3469
7.	20 orang penderita stroke	Terapi genggam bola		Setelah dilakukan tindakan keperawatan kekuatan otot meningkat	4 hari	Judul : Penerapan terapi genggam bola Untuk Mengatasi Gangguan Mobilitas Fisik pada Pasien Stroke Non Hemoragik

No	Populasi	Intervensi	Compration	Outcome	Time	Jurnal
						Author : Dian Mareta Sari, Menik Kustriyani. Jurnal :Prosiding Seminar Nasional Hasil-Hasil Penelitian dan Pengabdian masyarakat vol.5 No.1 Tahun 2023 Halaman 163 -170 E-ISSN 2685-8452 P-ISSN2685-7693.
8	20 orang penderita stroke	Terapi genggam bola		Setelah dilakukan tindakan keperawatan kekuatan otot meningkat	1 hari	Judul : Terapi Genggam Bola Karet Meningkatkan Kekuatan Otot Mendorong Pemulihan Pasca Stroke Author : Zulkifli B. Pomalango Jurnal : Profesional Health Journal Volume 4, No. 2, Bulan Juni Tahun 2023 (Hal. 380-389)
9	9 orang penderita stroke	Terapi genggam bola		Setelah dilakukan tindakan keperawatan kekuatan otot meningkat	30 menit.	Judul : Terapi Genggam Bola Karet Pada Lansia yang Mengalami Stroke di Taman Bodhi Asri Binjai Author : Siska Evi Martina, Rumondang Gultom, Janno Sinaga, Yonggiana, Fitria Rahmadani, Kesia Lina Uli Marbun, Annisa, Nuriasma Febrianda Jurnal : Jurnal pengabdian kepada masyarakat E-ISSN: 2797-2356, P-ISSN: 2797-2364
10	1 orang penderita stroke	Terapi genggam bola		Setelah dilakukan tindakan keperawatan kekuatan otot meningkat	3 hari	Judul : Implementasi terapi genggam bola karet dalam asuhan keperawatan pada pasien lansia dengan stroke Author : Dea Estri Nurrani, Nina Dwi Lestari Jurnal : Jurnal Medika Nusantara Vol. 1, No. 2Mei2023e-ISSN: 2986-7061; p-ISSN:2986-7878, Hal 296-305

No	Populasi	Intervensi	Compration	Outcome	Time	Jurnal
11	2 orang penderita stroke	Terapi genggam bola		Setelah dilakukan tindakan keperawatan kekuatan otot meningkat	4 hari	Judul : Penerapan rom exercise bola karet untuk meningkatkan kekuatan otot Genggam pasien stroke di rsud dr. Moewardi surakarta Author : Ambika Anggardani , Ida Nur Imamah, Isti Haniyatun Jurnal: Jurnal Riset Rumpun Ilmu Kesehatan (JURRIKES) Vol.2, No.2 Oktober 2023 P-ISSN: 2828-9366; e-ISSN: 2828-9374, Hal 86-97
12	2 Orang penderita stroke	Terapi genggam bola		Setelah dilakukan tindakan keperawatan kekuatan otot meningkat	3 hari	Judul:Implementasi terapi genggam bola terhadap peningkatan kekuatan Otot ekstremitas atas pada pasien Stroke iskemik di Rumah Sakit Vita Insani Pematang Siantar Author : Ernika Delvia Siagian, Julawansa Saragih Jurnal : Indonesian Journal of science E-ISSN 3062-8784
13	2 orang penderita stroke	Terapi genggam bola		Setelah dilakukan tindakan keperawatan kekuatan otot meningkat	7 hari	Judul: Pengaruh terapi menggenggam bola karet bergerigi terhadap perubahan kekuatan otot pada pasien stroke diukur menggunakan handgrip dynamometer Di Ruang syaraf RSUD Jend A Yani Kota Metro Author : Anugrah Putra Kusuma, Indhit Tri Utami, Janu Purwono Jurnal : Jurnal Cendekia Muda volume 2, Nomor 1, Maret 2022 ISSN 2807-3649

No	Populasi	Intervensi	Compration	Outcome	Time	Jurnal
14	1 orang penderita stroke	Terapi genggam bola		Setelah dilakukan tindakan keperawatan kekuatan otot meningkat	4 hari	Judul: Implementasi terapi menggenggam bola karet bergerigi dalam asuhan keperawatan pada ny. Z dengan stroke non hemoragik di Rumah Sakit Islam Malahayati Medan Author : Riska Amelia, Rafika Nur Siregar Jurnal : jurnal Rumpun Kesehatan Umum volume 3 nomor 1 Januari 2025 E-ISSN : 3030-8992; p-ISSN : 3030-900X, Hal35-39
15	38 orang penderita stroke	Terapi genggam bola		Setelah dilakukan tindakan keperawatan kekuatan otot meningkat	1 hari	Judul: Pengaruh terapi aktif menggenggam bola karet terhadap kekuatan otot pada pasien stroke non hemoragik di RSUD Dr.RM Djoeham Binjai Author : Sri Dewi Br Siregar, Suherni, Mardhiah, Helfida Situmorang Jurnal: Jurnal Social Library3(3) November 2023 ISSN 2776-1592

2. Penjelasan *Evidence based nursing practice* tentang terapi genggam bola karet dengan masalah gangguan mobilitas fisik pada pasien pasca stroke iskemik

Stroke adalah perubahan neurologis yang disebabkan oleh terganggunya suplai darah ke bagian otak. Akibat penyakit otak antara lain hemiplegia atau hemiparesis. Hemiplegia adalah kelumpuhan salah satu bagian tubuh, seperti otot tangan, kaki, atau wajah. Hemiparesis (kelemahan otot) pada pasien stroke biasanya disebabkan oleh stroke pada arteri serebri anterior atau tengah, sehingga mengakibatkan infark pada bagian otak yang mengontrol pergerakan (saraf motorik) di korteks frontal (Fitri, 2024). Stroke iskemik merupakan salah satu penyakit akibat aterosklerosis yang pada akhirnya menyebabkan penyumbatan pada pembuluh darah di otak manusia (Dwilaksono et al., 2023).

Gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri. Intervensi yang diberikan yang mengalami gangguan mobilitas fisik seperti penyakit stroke yaitu terapi menggenggam bola karet untuk memperkuat otot tangan dan untuk merangsang motorik tangan (Febiana, 2024). Dari berbagai jurnal diatas didapatkan hasil bahwa terapi genggam bola karet dapat meningkatkan kekuatan otot.

Terapi genggam bola karet merupakan salah satu terapi non farmakologi karena dengan latihan ini kekuatan otot bertambah sehingga bisa diukur. Latihan menggenggam bola karet akan merangsang adanya perintah oleh korteks serebri agar menstimulus saraf untuk bekerja untuk mengaktivasi sinyal secara spesifik oleh serebelum sehingga memicu banyak aktivitas motorik ke otot terutama untuk pergerakan. Tujuan terapi genggam bola karet mampu meningkatkan kekuatan otot pada pasien stroke hemiparese ekstremitas bagian atas, bola karet berduri ini memiliki daya gelombang magnet dan duri-duri pada bola ini, dapat merangsang saraf medianus, saraf ulnaris maupun saraf radial yang dapat merangsang otak untuk pergerakan ekstremitas.

Berdasarkan penerapan terapi genggam bola karet genggam bola karet untuk mengatasi gangguan mobilitas fisik pada pasien stroke. Jurnal-jurnal yang relevan seperti yang ditulis oleh (Dimas Galih 2022) dan (Nia Risa Dewi 2022) setelah dilakukan terapi selama 5 hari menunjukkan bahwa terapi genggam bola karet dapat meningkatkan kekuatan Otot tangan pada pasien stroke hemiparesis. Hasil penerapan menunjukkan bahwa setelah diberikan penerapan terapi menggenggam bola karet selama 5 hari, kekuatan otot ekstremitas kiri atas mengalami peningkatan diukur dengan Handrip Dynamometer, sebelum penerapan adalah 4,1 kg dan setelah penerapan menjadi 6,4 kg. Dengan penerapan terapi genggam bola karet pada pasien stroke diharapkan dapat meningkatkan kekuatan otot tangan dan fungsi motorik halus, serta membantu mempercepat proses rehabilitasi. Terapi ini juga mendorong partisipasi aktif pasien dalam pemulihan. Dengan demikian, terapi ini diharapkan dapat menunjang kemandirian pasien.