

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep penyakit**

##### **1. Pengertian**

Menurut *World Health Organization* (WHO) adalah tanda-tanda klinis yang berkembang cepat akibat gangguan fungsi otak fokal (global) karena adanya sumbatan atau pecahnya pembuluh darah di otak dengan gejala-gejala yang berlangsung selama 24 jam atau lebih yang menyebabkan kematian tanpa adanya penyebab yg lain yg jelas selain vaskular ( Nurul, 2019).

Stroke non hemoragik adalah stroke iskemik yang terjadi akibat obstruksi atau bekuan di satu atau lebih arteri besar pada sirkulasi serebrum, obstruksi dapat disebabkan oleh bekuan (trombus) yg terbentuk disuatu pembuluh otak atau organ distal (Prine & Wilson, 2012).

Stroke non hemoragik yaitu tersumbatnya pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ke otak sebagian atau keseluruhan terhenti, 80% stroke adalah stroke non hemoragik (Amin & Hardhi, 2019)

##### **2. Etiologi**

Trombotik yaitu yang disebabkan karena adanya penyumbatan lumen pembuluh darah otak karena trombus yang makin lama makin menebal, sehingga aliran darah menjadi tidak lancar. Penurunan aliran darah ini menyebabkan iskemia. Trombosis serebri adalah obstruksi aliran darah yang terjadi pada proses oklusi satu atau lebih pembuluh darah lokal.

Emboli serebri yaitu Infark iskemik dapat diakibatkan oleh emboli yang timbul dari lesi ateromatous yang terletak pada pembuluh yang lebih distal. Gumpalan-gumpalan kecil dapat terlepas dari trombus yang lebih besar dan dibawa ke tempat-tempat lain dalam aliran darah. Bila embolus mencapai arteri yang terlalu sempit untuk dilewati dan menjadi tersumbat, aliran darah fragmen distal akan terhenti, mengakibatkan infark jaringan otak distal karena kurangnya nutrisi dan oksigen. Emboli merupakan 32% dari penyebab stroke non hemoragik (Wijaya, 2015).

Menurut Setyopranoto (2011) penyebab stroke non hemoragik sebagai berikut :

- a. Stroke trombotik proses terbentuknya trombus yang membuat penggumpalan
  - b. Stroke embolik tertutupnya pembuluh arteri oleh bekuan darah
  - c. Hipoperfusi sistemik berkurangnya aliran darah ke seluruh bagian tubuh karna adanya gangguan denyut jantung
3. Patofisiologi

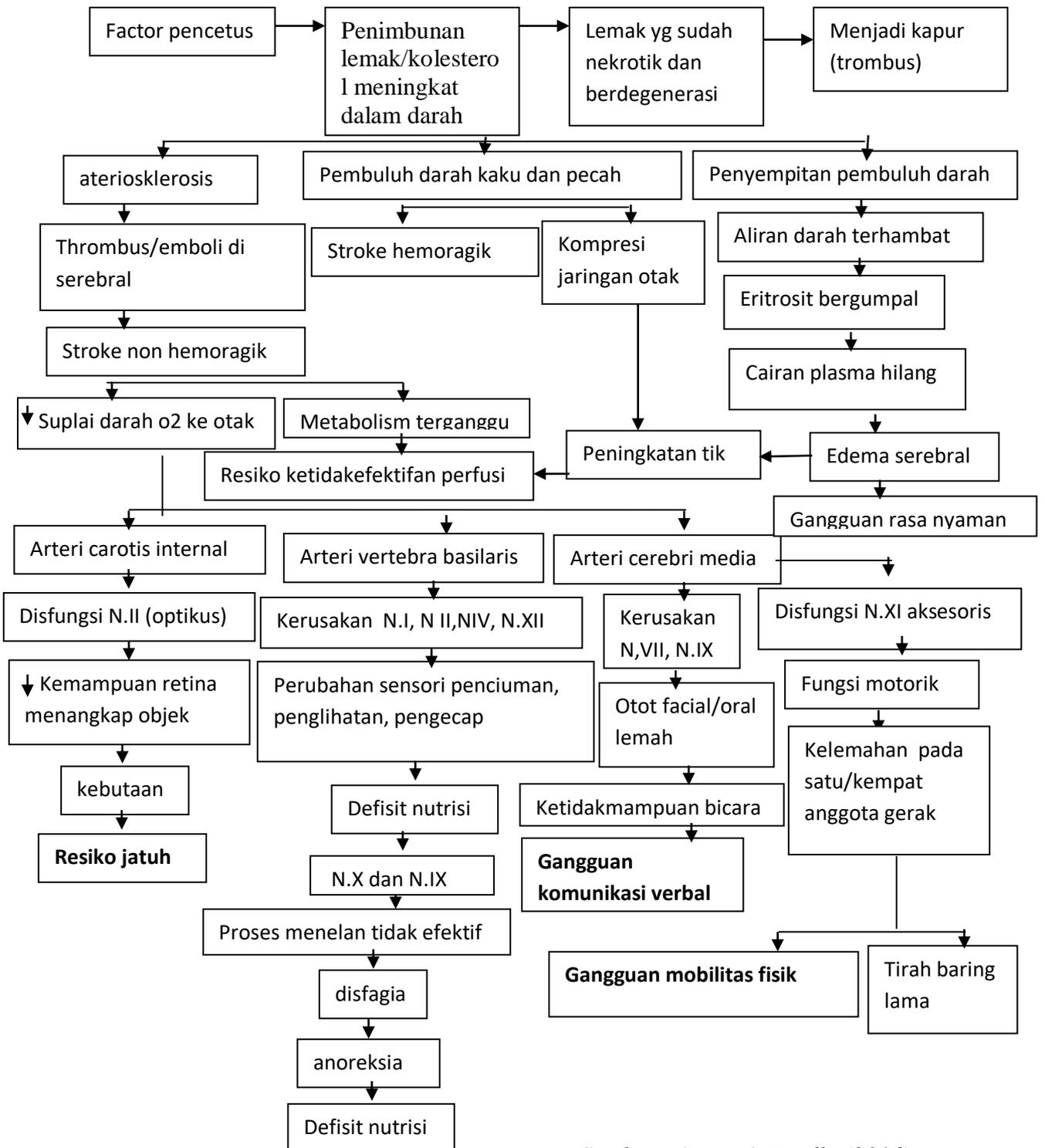
Secara umum apabila aliran darah ke jaringan terputus selama 15 menit sampai 20 menit , akan terjadi infark atau kematian jaringan. Oklusi disuatu arteri selalu menyebabkan infark di daerah otak yang diperdarahi oleh arteri tersebut alasannya adalah mungkin terjadi sirkulasi kolateral yang memadai ke daerah tersebut. Proses patologi yang mendasari mungkin salah satu proses yang terjadi didalam pembuluh darah yang memperdarahi otak, patologinya dapat berupa keadaan penyakit pada pembuluh darah itu sendiri seperti pada aterosklerosis dan trombosis, robeknya pembuluh darah atau peradangan. Berkurangnya perfusi akibat gangguan status aliran darah misal syok atau hiperviskositas darah. Gangguan aliran darah akibat bekuan atau embolus infeksi yg berasal dari jantung atau pembuluh ekstrapulmonal. Rupture vaskuler didalam jaringan otak atau ruang subaraknoid (Price & Wilson, 2012).

Menurut Arif M (2008) Infark serebral adalah berkurangnya suplai darah ke area tertentu otak, suplai darah ke otak dapat berubah makin lambat atau makin cepat pada gangguan fokal (trombus , emboli, perdarahan dan spasme vascular) atau karna gangguan umum (hipoksia karna gangguan paru dan jantung)

Trombus dapat pecah dari dinding pembuluh darah terbawa sebagai emboli dalam aliran darah. trombus mengakibatkan iskemia jaringan otak yang disuplai pembuluh darah dan edema dan kongesti disekitar area, edema dalam beberapa jam atau hari dapat berkurang, dengan berkurangnya edema menunjukkan perbaikan, oleh karna itu trombosis tidak fatal jika tidak perdarahan masif. Okulasi pada pembuluh darah

serebral oleh embolus menyebabkan edema dan nekrosis diikuti thrombosis, jika sisa infeksi berada pada pembuluh darah yg tersumbat menyebabkan dilatasi aneurisma pembuluh darah, hal ini menyebabkan perdarahan serebral, jika aneurisma pecah atau ruptur.

Bagan 2.1  
Pathway Stroke Non Hemoragik



Sumber : Amin & Hardhi (2016).

#### 4. Tanda dan gejala

Menurut Prine & Wilson (2012) gejala dan tanda stroke sebagai berikut :

- a. *Cerebro Vascular Attack* (CVA) muncul secara mendadak
- b. Lemas mendadak diwajah, lengan atau tungkai terutama salah satu sisi tubuh
- c. Gangguan penglihatan,kesulitan melihat satu atau kedua mata
- d. Bingung mendadak
- e. Tersandung selagi berjalan
- f. Gangguan daya ingat
- g. Gangguan fungsi otak
- h. Bicara cedal atau pelo
- i. Hilangnya keseimbangan atau kordinasi
- j. Mulut moncong atau tidak simetris ketika menyeringai
- k. Nyeri kepala mendadak tanpa kasus yang jelas

#### 5. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang menurut Batticaca ( 2008) sebagai berikut :

- a. *Angiografi serebri* membantu menemukan penyebab stroke secara spesifik misalnya pertahanan atau sumbatan arteri
- b. CT Scan mengetahui adanya tekanan normal thrombosis, emboli serebral dan tekanan intracranial (TIK)
- c. *Magnetic resonance imaging (MRI)* menunjukkan darah infark, perdarahan, malformasi arteriovena (MAV)
- d. *Elektroensafalogram (EEG)* mengidentifikasi masalah gelombang pada otak dan memperlihatkan daerah lesi yang spesifik
- e. *Ultrasonografi Doppler (USG)* droppler untuk mengidentifikasi adanya penyakit arterioovena( masalah system karotis)

Pemeriksaan laboratorium sebagai berikut :

- a. Darah rutin
- b. Gula darah
- c. Urine rutin
- d. Cairan serebrospinal
- e. Analisa gas darah ( AGD)

- f. Biokimia darah
  - g. Elektrolit
6. Penatalaksanaan Setyopranoto (2011).
- a. Letakkan kepala pasien pada posisi 30, kepala dan dada pada 1 bidang ubah posisi setiap 2 jam, mobilisasi dilakukan bertahap
  - b. Bebaskan jalan nafas, beri oksigen 1-2 liter/menit sampai didapatkan analisa gas darah
  - c. Demam diatasi dengan kompres dan antipiretik
  - d. Pemberian nutrisi dan cairan elektrolit sesuai kebutuhan
  - e. monitor tanda tanda vital,
  - f. Monitor kadar gula darah, jika gula darah <60 mg% dengan gejala diatasi segera dengan dextrose 40% iv sampai kembali normal , jika gula darah >150 mg% harus dikoreksi sampai batas gula darah sewatu 150 mg% dengan insulin drip intravena kontinu selama 2-3 hari pertama.
  - g. Nyeri kepala, mual dan muntah diatasi dengan pemberian obat-obatan sesuai gejala
7. Komplikasi
- Menurut Amin dan Hardhi (2016) komplikasi yang terjadi pada stroke non hemoragik yaitu :
- a. Dini (0 – 48 jam pertama)
 

Edema serebri, defisit neurologis cenderung memberat dapat mengakibatkan peningkatan TIK, herniasi, infark miokard penyebab kematian pada stroke stadium awal dan akhirnya menimbulkan kematian
  - b. Jangka pendek (0-14 hari)
 

Pneumonia akibat imobilisasi lama, infark miokard, emboli paru cenderung terjadi 7-14 hari pasca stroke, sering terjadi pada saat pasien mulai mobilisasi, stroke rekuren dapat terjadi setiap saat
  - c. Jangka panjang lebih dari 14 hari
 

Stroke rekuren, infark miokard, gangguan vaskuler lain penyakit vaskuler perifer

## **B. Konsep kebutuhan dasar manusia**

Menurut Abraham Maslow (1960) kebutuhan Manusia ada 5 tingkatan atau hierarki lima kebutuhan dasar Abraham Maslow yaitu :

1. Kebutuhan Fisiologis
2. Kebutuhan keselamatan dan rasa aman
3. Kebutuhan rasa cinta
4. Kebutuhan harga diri
5. Kebutuhan aktualisasi diri

(Mubarak & Chayatin, 2007).

Berdasarkan teori Maslow, kasus Stroke Non Hemoragik pada pasien kelolaan mengalami gangguan kebutuhan fisiologi yaitu pada kebutuhan aktivitas yang disebabkan gangguan mobilitas fisik. Kebutuhan aktivitas adalah suatu kondisi dimana tubuh dapat melakukan kegiatan dengan bebas (Wahyudi, 2015). Gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam gerak fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri. (PPNI, 2016)

## **C. Proses keperawatan**

Proses keperawatan adalah suatu metode pemberian asuhan keperawatan yang sistematis dan rasional. Metode pemberian asuhan keperawatan yang terorganisir dan sistematis, berfokus pada respon yang unik pada individu terhadap masalah kesehatan yg aktual dan potensial (Suarni & Apriyani, 2017)

### **1. Pengkajian**

Pengkajian adalah tahap awal proses keperawatan dan merupakan suatu proses pengumpulan data yang sistematis dari berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien (Rizal, 2018).

Menurut Arif M (2008) pengkajian meliputi identitas klien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit terdahulu, riwayat penyakit keluarga, dan pengkajian psososial.

#### **a. Identitas klien**

Melipiti Nama, Umur, Jenis Kelamin, Pendidikan, Alamat, Pekerjaan, Agama, Suku, Tanggal dan Jam masuk RS, No Registrasi, dan Diagnosa Medis.

b. Keluhan utama

Alasan klien meminta pertolongan keehatan adalah kelemahan anggota gerak sebelah badan, bicara pelo, tidak dapat berkomunikasi, dan penurunan kesadaran

c. Riwayat pengkajian sekarang

Berlangsung mendadak, biasanya terjadi nyeri, mual, muntah, bahkan kejang sampai tidak sadarkan diri, keluhan perubahan perilaku, lateragi, tidak responsif dan konia.

d. Riwayat kesehatan dahulu

Riwayat hipertensi, riwayat penyakit kardiovaskuler misalnya : riwayat tinggi kolesterol, obesitas, diabetes militus, merokok, riwayat penggunaan alat kontrasepsi disertai hipertensi, pemakaian obat-obatan antihipertensi dll.

e. Riwayat penyakit keluarga

Biasanya ada keluarga yg menderita hipetensi, diabetes militus, atau riwayat stroke terdahulu.

f. Pengkajian psikososial - spiritual

Persepsi terhadap status emosi, kognitif dan perilaku pasien. Mekanisme koping yang digunakan untuk menilai respon emosi terhadap penyakit yg diderita dan perubahan peran klien dalam keluarga dan masyarakat.

g. Pemeriksaan fisik

1) B1(breathing)

Inspeksi didapatkan klien batuk,peningkatan sputum, sesak nafas, penggunaan otot bantu nafas,auskultasi suara nafas tambahan ronki, wheezing, tingkat kesadaran composmentis.

2) B2 (blood)

Syok hipovolemik, tekanan darah meningkat,

3) B3(brain)

Defisit neurologis, perfusi tidak adekuat

4) B4( bladder)

Inkontensia urine, ketidakmampuan mengendalkan kandung kemih

5) B5 (bowel)

Kelusitan menekan, nafsu makan menurun, mual muntah, peningkatan asam lambung menimbulkan masalah nutrisi, pola defekasi biasanya konstipasi

6) B6 (bone)

Hemiparesis kelemahan salah satu sisi tubuh, kulit pucat turgor kulit akan buruk, dikubitus, kesulitan beraktifitas, kehilangan sensori/hemiplegia serta mudah lelah.

7) Pengkajian tingkat kesadaran

Tabel 2.1  
Tingkat kesadaran

Tingkat kesadaran	Nilai GCS	Keterangan
Composmentis	15-14	Saat ditanya direspon baik
Apatis	13-12	Mudah mengantuk dan terbangun
Derilium	11-10	Merasa gelisah hingga meronta ronta
Somnolen	9-7	Kondisi mengantuk tetapi bisa terbangun dengan rangsangan
Spoor	6-4	Kondisi mengantuk berat dan hanya bisa terbangun dengan rangsangan kasar
Coma	3	Kondisi penurunan tingkat kesadaran

Sumber : Ariani (2013).

Tabel 2.2  
Penilaian kesadaran (GCS)

No	Respon	Nilai
1	Eye :	
	Membuka spontan	4
	Membuka terhadap rangsangan suara	3
	Membuka terhadap nyeri	2
	Tidak ada respon	1
2	Verbal :	
	Orientasi baik	5
	Orientasi terganggu	4
	Kata kata tidak jelas	3
	Suara tidak jelas	2
	Tidak ada respon	1
3	Motorik	
	Mampu bergerak	6
	Melokalisir nyeri	5
	Fleksi menarik	4
	Fleksi abnormal	3
	Ekstensi	2
	Tidak ada respon	1
Total skor		15

Sumber : Zakaria (2017).

#### h. Pengkajian kekuatan otot

Table 2.3  
Skala kekuatan otot

skala	Keterangan
0	Tidak ada kontraksi otot
1	Ada tanda kontraksi otot tetapi tidak ada gerakan
2	Otot bergerak tetapi tidak bisa menahan gravitasi
3	Bergerak melawan gaya gravitasi tetapi tidak dapat melawan tahanan otot pemeriksaan
4	Mampu berkontraksi dan menggerakkan tubuh melawan tahanan
5	Kekuatan otot dan regangan normal

Sumber : Ariani (2013).

#### i. Pemeriksaan syaraf kranial

- 1) Saraf olfaktorius ( N. I), kelainan fungsi penciuman
- 2) Saraf optikua (N.II). ketajaman penglihatan, lapang pandang
- 3) Saraf okulomotorius (N III), reflek pupil, otot okular, eksternal termasuk gerakan ke atas,bawah medial kerusakan akan menyebabkan dilatasi pupil
- 4) Saraf troklearis (N.IV), gerakan okular menyebabkan tidak dapat melihat kebawah dan kesamping
- 5) Saraf trigeminus (N.V) , fungsi sensori, reflek kornea, kulit wajah dan dahi, mukosa hidung dan mulut
- 6) Saraf abduksen (N.VI), gerak okular, kerusakan mengakibatkan ketidakmampuan kebawah dan kesamping
- 7) Saraf fasialis (N.VII) , fungsi motorik wajah bagian atas dan bawah kerusakan mengakibatkan asimetris pada wajah
- 8) Saraf akustikus (N.VIII), gangguan pendengaran tuli konduktif dan tuli persepsi
- 9) Saraf glossofaringeus (N. IX), reflek gangguan faringeal atau menelan
- 10) Saraf vagus (N. XI), bicara
- 11) Saraf aksesorius (N.XII), kekuatan otot sternokleidomastoideus dan trapezius kerusakan mengakibatkan ketidakmampuan mengangkat bahu
- 12) Saraf hipoglossus (N.XII), fungsi motorik lidah, kerusakan mengakibatkan ketidakmampuan menjulurkan atau menggerakkan lidah.

#### 2. Diagnose keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung actual maupun potensial. Diagnose keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (PPNI, 2016).

Menurut Nanda (2016) diagnose yang sering muncul pada kasus stroke non hemoragik :

- a. Gangguan mobilitas fisik : keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri berhubungan dengan penurunan kekuatan otot, kerusakan integritas struktur tulang, gangguan musculoskeletal.
- b. Gangguan komunikasi verbal : penurunan, perlambatan, atau ketiadaan kemampuan untuk menerima memproses, mengirim atau menggunakan system symbol berhubungan dengan gangguan neuromuskular, penurunan sirkulasi serebral, hambatan fisik.
- c. Resiko jatuh : beresiko mengalami kerusakan fisik dan gangguan kesehatan akibat terjatuh berhubungan dengan kekuatan otot menurun, penggunaan alat bantu jalan, gangguan keseimbangan.
- d. Gangguan menelan : fungsi menelan abnormal akibat defisit struktur atau fungsi oral, faring atau eksofagus berhubungan dengan gangguan saraf kranialis, gangguan serebrovaskular, obstruksi mekanis.

3. Rencana keperawatan

*Nursing Intervention Classification* (NIC) adalah suatu standar klasifikasi intervensi yang komprehensif yang dilakukan oleh perawat (Bulechek, dkk, 2016).

Tabel 2.4  
Rencana asuhan keperawatan pada pasien dengan stroke non hemoragik pada tabel dibawah :

No	Diagnose keperawatan	SLKI	SIKI
1	1	2	3
1	<p>Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot</p> <p>Tanda gejala mayor :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sulit menggerakkan ekstremitas</li> <li>2. Nyeri saat bergerak cemas saat bergerak</li> </ol> <p>Tanda gejala minor:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kekuatan otot menurun</li> <li>2. Rentan gerak menurun (ROM)</li> <li>3. Gerakan terbatas</li> <li>4. Sisi lemah</li> </ol>	<p><b>Mobilitas fisik (I.05042)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien dapat menggerakkan ekstremitasnya (5)</li> <li>2. Kekuatan otot meningkat (5)</li> <li>3. Rentan gerak rom aktif (5)</li> </ol>	<p><b>Dukungan mobilitas (i03173)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan lainnya</li> <li>2. Monitor tanda – tanda vital sebelum mobilisasi</li> <li>3. Monitor keadaan umum selama melakukan mobilisasi</li> <li>4. Fasilitasi aktivitas mobilisasi seperti rom aktif / pasif</li> <li>5. Anjurkan mobilisasi sederhana</li> </ol> <p><b>Dukungan ambulasi (i.06171)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Libatkan keluarga membantu pergerakan</li> <li>2. Anjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan misal duduk,</li> </ol>

1	2	3	4
			<p>Pindah dari tempat tidur ke kursi, duduk disisi tempat tidur</p> <p><b>Pemberian obat (i.03062)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi riwayat alergi obat</li> <li>2. Lakukan prinsip 6 benar (pasien, obat , dosis, rute , waktu, dokumentasi)</li> <li>3. Jelaskan jenis obat, alasan pemberian , tindakan yang diharapkan dan efek samping pemberian obat</li> </ol>
2	<p>Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskular</p> <p>Tanda gejala mayor</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tidak mampu bicara atau mendengar</li> </ol> <p>Tanda gejala minor :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pelo</li> <li>2. Gagap</li> <li>3. Sulit mengungkapkan kata-kata</li> <li>4. Sulit menggunakan ekspresi wajah</li> </ol>	<p><b>Komunikasi verbal (I.13118)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kemampuan bicara klien meningkat (5)</li> <li>2. Pasien bicara pelo menurun (5)</li> <li>3. Kemampuan mendengar (5)</li> </ol>	<p><b>Promosi komunikasi : defisit bicara (i.13492)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor kecepatan, tekanan,kekuatan, volume bicara</li> <li>2. Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi</li> <li>3. Monitor frustrasi, marah, depresi, hal yang mengganggu pikiran.</li> <li>4. Sediakan gaya komunikasi dengan kebutuhan (mis : berdiri didepan pasien,</li> </ol>

1	2	3	4
			<p>dengarkan dengan seksama)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Gunakan metode alternative (mis:menulis, papan komunikasi dgn gambar dan huruf,dan komputer)</li> <li>6. Anjurkan bicara perlahan</li> <li>7. Rujuk ke ahli bicara atau terapis.</li> </ol> <p><b>Promosi komunikasi : defisit pendengaran (i.13493)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Periksa kemampuan pendengaran</li> <li>2. Identifikasi komunikasi yg disukai (mis : lisan, tulisan, gerakan bibir, bahasa isyarat)</li> <li>3. Pertahankan kontak mata saat berkomunikasi</li> <li>4. Fasilitasi alat bantu denga</li> <li>5. Lakukan irigasi telinga, jika perlu</li> </ol>

1	2	3	4
3	<p>Resiko jatuh berhubungan dengan kekuatan otot menurun</p> <p>Tanda mayor :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan sudah berjalan ke kamar mandi dibantu oleh keluarganya</li> <li>2. Tenguk pasien terasa berat</li> </ol> <p>Tanda minor :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aktivitas pasien tampak dibantu oleh keluarganya</li> </ol>	<p><b>Tingkat jatuh (j.14138)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jatuh dari tempat tidur menurun (5)</li> <li>2. Jatuh saat berdiri menurun (5)</li> <li>3. Jatuh saat berjalan menurun (5)</li> <li>4. Jatuh saat ke kamar mandi (5)</li> </ol>	<p><b>Pencegahan jatuh (i.14570)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi faktor resiko jatuh</li> <li>2. Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh (mis : lantai licin, penerangan kurang)</li> <li>3. Monitor kemampuan berpindah tempat ke kamar mandi</li> <li>4. Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin</li> <li>5. Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah tempat</li> <li>6. Monitor kemampuan berpindah tempat ke kamar mandi</li> <li>7. Gunakan alat bantu berjalan seperti tongkat, kursi roda</li> </ol> <p><b>Pemasangan alat pengaman (i.14530)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi kebutuhan keselamatan pasien (berdasarkan fungsi fisik, kognitif, perilaku)</li> </ol>

1	2	3	4
			sebelumnya) 1. Pasang alat pengaman (mis : pagar tempat tidur makan/mnum
	Gangguan menelan b.d penurunan fungsi nervus vagus atau hilangnya refluks muntah Tanda mayor : 1. Sulit menelan 2. Batuk sebelum menelan 3. Tersedak Tanda minor 1. Sulit mengunyah Muntah sebelum menelan 2. mengier	<b>Status menelan (I.06052)</b> 1. Batuk (5) 2. Muntah (5) 3. Frekuensi tersedak (5)	<b>Dukungan perawatan diri: makan/minum (i.11351)</b> 1. Monitor kemampuan menelan 2. Lakukan oral hygiene sebelum makan 3. Siapkan makanan dan minuman yang disukai 4. Kolaborasi pemberian obat. <b>Pencegahan aspirasi (i.01018)</b> 1. Monitor bunyi nafas 2. Posisikan semi fowler 3. Berikan makan dalam bentuk kecil dan lunak 4. Anjurkan makan perlahan

#### 4 Implementasi

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Suarni & Apriyani, 2017).

##### a. Tahap persiapan:

- 1) Mengenal perasaan, analisis kekuatan dan keterbatasan profesional pada diri sendiri.
- 2) Memahami rencana keperawatan secara baik.
- 3) Menguasai keterampilan teknis keperawatan
- 4) Memahami rasional ilmiah dari tindakan yang akan dilakukan
- 5) Mengetahui sumber daya yang diperlukan
- 6) Memahami kode etik dan aspek hukum yang berlaku dalam pelayanan keperawatan
- 7) Memahami standar praktik klinik keperawatan untuk mengukur keberhasilan
- 8) Memahami efek samping dan komplikasi yang akan muncul
- 9) Penampilan perawat harus meyakinkan

##### b. Tahap pelaksanaan

- 1) Mengkomunikasikan atau menginformasikan kepada klien tentang keputusan tindakan keperawatan yang akan dilakukan oleh perawat
- 2) Beri kesempatan kepada klien untuk mengekspresikan perasaan terhadap penjelasan yang telah diberikan oleh perawat
- 4) Menerapkan pengetahuan intelektual, kemampuan hubungan antar manusia dan kemampuan teknis keperawatan dalam pelaksanaan tindakan keperawatan yang diberikan oleh perawat
- 5) Hal-hal yang perlu diperhatikan pada saat pelaksanaan tindakan adalah energi klien, pencegahan kecelakaan dan komplikasi, rasa aman, privacy, kondisi klien, respon klien terhadap tindakan yang telah diberikan.

c. Tahap terminasi

- 1) Terus memperhatikan respon klien terhadap tindakan keperawatan yang diberikan
- 2) Tinjau kemajuan klien dari tindakan keperawatan yang telah diberikan
- 3) Rapikan peralatan dan lingkungan klien dan lakukan terminasi
- 4) Lakukan pendokumentasi.

5. Evaluasi

Evaluasi merupakan perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan kesinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya. Evaluasi dalam keperawatan merupakan kegiatan dalam menilai tindakan keperawatan yang telah ditentukan, untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan klien secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan (Suarni & Apriyani, 2017)

a. Tujuan dari evaluasi

- 1) Untuk menentukan perkembangan kesehatan klien
- 2) Untuk menilai efektifitas, efisiensi, dan produktifitas dari tindakan keperawatan yang telah diberikan
- 3) Untuk menilai pelaksanaan asuhan keperawatan
- 4) Mendapatkan umpan balik
- 5) Sebagai tanggung jawab dan tanggung gugat dalam pelaksanaan keperawatan

b. Ukuran pencapaian tujuan pada tahap evaluasi meliputi:

- 1) Masalah teratasi, jika klien menunjukkan perubahan sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan
- 2) Masalah sebagian teratasi, jika klien menunjukkan perubahan sebagian dari kriteria hasil yang telah ditetapkan
- 3) Masalah tidak teratasi, jika klien tidak menunjukkan perubahan dan kemajuan sama sekali yang sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan dan atau bahkan timbul masalah / diagnosa keperawatan baru

Untuk penentuan masalah teratasi, teratasi sebagian, atau tidak teratasi adalah dengan cara membandingkan antara SOAP dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan. Subjective adalah informasi berupa ungkapan yang didapat dari klien setelah tindakan diberikan. Objektive adalah informasi yang didapat berupa hasil pengamatan, penilaian, pengukuran, yang dilakukan oleh perawat setelah tindakan dilakukan. Analisis adalah membandingkan antara informasi subjective dan objektif dengan tujuan dan kriteria hasil, kemudian diambil kesimpulan