

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Penyakit**

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

Stroke adalah gangguan fungsi otak secara mendadak akibat aliran darah ke otak mengalami gangguan yang disebabkan Karena adanya sumbatan atau perdarahan. Akibatnya nutrisi dan oksigen yang dibutuhkan otak tidak terpenuhi dengan baik, sehingga terjadi kematian jaringan otak yang dapat menyebabkan kelumpuhan atau kematian. Tanda dan gejala yang di timbulkan berbeda-beda sesuai dengan bagian otak yang terkena.

(Junaidi dan Baticaca, 2011)

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

###### **a. Stroke non Hemorrhagic**

stroke non perdarahan(iskemik/infark) disebabkan oleh penyumbatan pembuluh darah otak (stroke non pendarahan dan infark). Otak dapat berfungsi dengan baik jika aliran darah yang menuju ke otak lancar dan tidak mengalami hambatan. Namun jika persediaan oksigen dan nutrisi yang dibawa olehsel-sel darah dan plasma terhalang oleh suatu bekuan darah terjadi thrombosis pada dinding arteri yang mensuplai otak maka akan terjadi stroke iskemik yang dapat berakibat kematian jaringan otak yang di suplai.

penyebab stroke iskemik adalah

###### **1) Atheroma**

Pada stroke iskemik, penyumbatan bias terjadi disepanjang jalur arteri yang menuju ke otak.

###### **2) Emboli**

Endapan lemak juga bisa terlepas dari dinding arteri dan mengalir di dalam darah , kemudian menyumbat arteri yang lebih kecil.

3) Infeksi

Stroke juga bisa terjadi bila suatu peradangan atau infeksi menyempitnya pembuluh darah yang menuju ke otak.

4) Obat-obatan

Obat-obatan pun dapat menyebabkan stroke, seperti, nikotin, kokain, amfetamin, epinefrin, adrenalin, dan sebagainya dengan jalan mempersempit diameter pembuluh darah di otak dan menyebabkan stroke.

5) Hipotensi

Penurunan tekanan darah yang tiba-tiba bisa menyebabkan berkurangnya aliran darah ke otak, yang biasanya menyebabkan seseorang pingsan.

6) Kekurangan suplai oksigen yang menuju ke otak

7) Pecah pembuluh darah di otak karena kerapuhan pembuluh darah otak.

8) Adanya sumbatan bekuan darah di otak

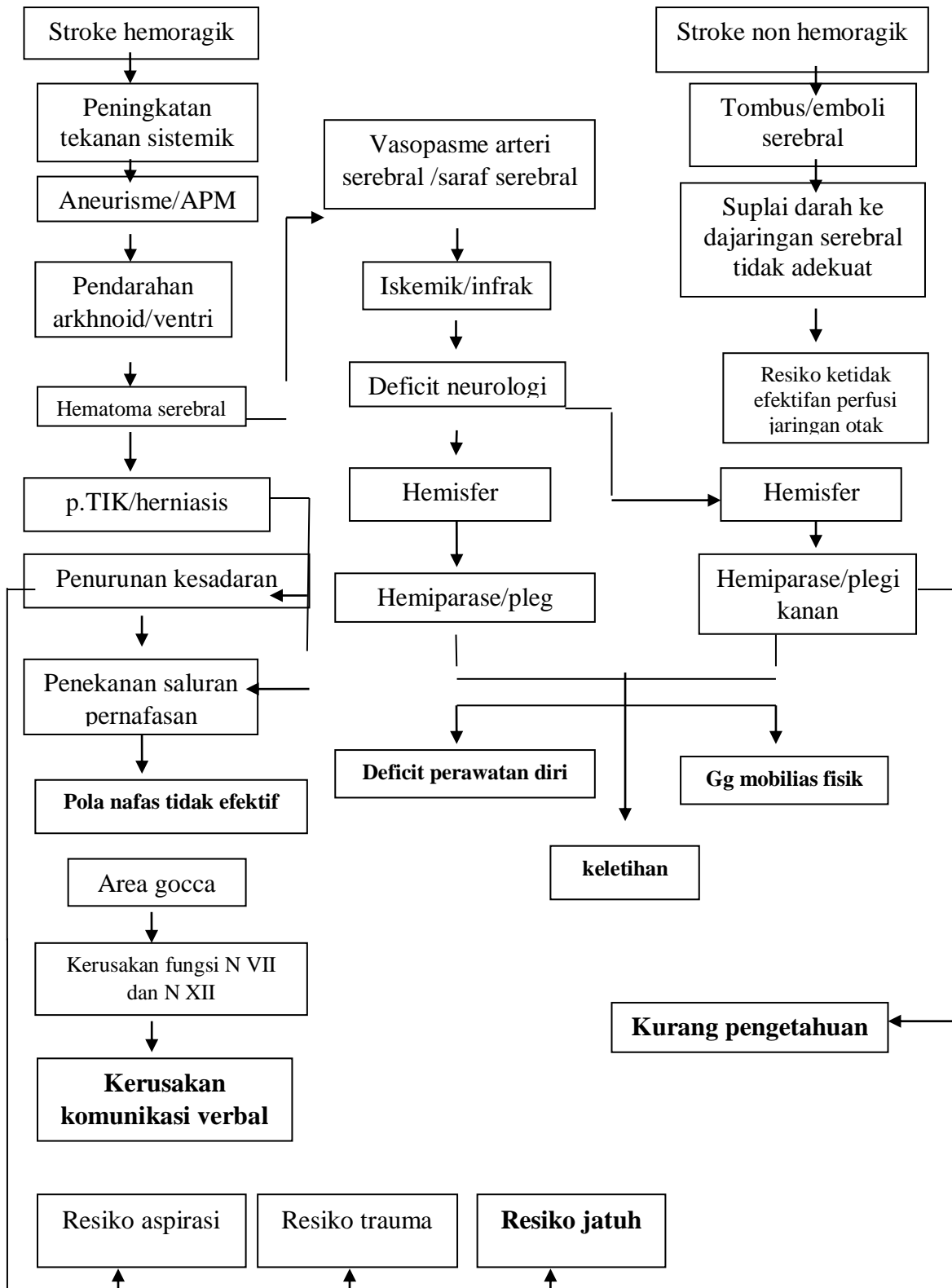
b. Stroke Hemorrhagic

Stroke hemoragik adalah ketika pembuluh darah pada otak mengalami pecah atau kebocoran. Jika tidak segera di atasi, kondisi ini dapat menyebabkan kematian atau keadaan koma yang panjang.

## a. Patway Patofisiologi

Bagan 2.1

Patofisiologi Stroke dan Masalah Keperawatan (Nurarif, 2013)



b. Manifestasi klinis

Menurut (Junaidi dan Baticaca, 2011) memaparkan manifestasi klinis sebagai berikut :

1. Mulut tidak simetris, lidah mencong bila di luruskan.  
Gangguan menelan, sulit menelan, minum suka keselek.
2. Sulit memikir atau mengucapkan kata-kata yang tepat.
3. Tidak memahami pembicaraan orang lain.
4. Tidak mampu membaca dan menulis serta tidak memahami tulisan.
5. Berjalan menjadi sulit, langkahnya kecil-kecil dan sempoyongan.
6. Kebanyakan tidur atau selalu ingin tidur, mengantuk.
7. Gangguan sensibilitas pada satu anggota badan ( gangguan hemisensori ).
8. Afasia ( tidak lancar atau tidak dapat bicara ).
9. Disartria ( bicara pelo atau cadel ).
10. Ataksia ( tungkai atau anggota badan tidak tepat pada sasaran).
11. Vertigo ( mual dan muntah atau nyeri kepala ).

c. Faktor yang mempengaruhi

faktor yang mempengaruhi stroke adalah

- a. Umur : makin tua kejadian stroke makin tinggi
- b. Jenis kelamin : laki-laki lebih berisiko di banding wanita
- c. Perokok
- d. Stress fisik dan mental
- e. Kolesterol darah tinggi
- f. Hipotensi atau tekanan darah rendah
- g. Kurang aktifitas fisik

d. Penatalaksanaan

Menurut (Wijaya dan putri, 2013 : 38)

- a. Pemantauan keadaan umum klien (EKG, PCO<sub>2</sub>, Saturasi O<sub>2</sub>)
- b. Mengukur suhu tubuh tiap 2 jam
- c. Pengaturan suhu
- d. Periksa tekanan darah secara teratur
- e. Memperbaiki kepercayaan diri pasien stroke di masyarakat

- f. Mengusahakan agar diagnosis serta diagnosis banding stroke selesai secepat mungkin
  - g. Hindari dan obati setiap kemungkinan komplikasi stroke yang di jumpai.
  - h. Motivasi klien agar tetap semangat dalam latihan fisik
  - i. Pemeriksaan skening secara cepat untuk memastikan jenis stroke
  - j. Bebaskan jalan nafas dan usahakan ventilasi adekuat bila perlu berikan oksigen 1-2 liter /menit bila ada hasil gas darah
  - k. Mobilisasi dan rehabilitasi dini jika tidak ada kontraindikasi
- e. Pemeriksaan penunjang
- a. Magnetic resonance imaging (MRI) menunjukkan daerah infrak, pendarahan.
  - b. CT-Scan
  - c. Pemeriksaan darah rutin
  - d. Pemeriksaan USG , mengidentifikasi penyakit arteriovena
  - e. Angiografi serebral, membantu menentukan penyebab stroke secara spesifik misalnya pertahanan atau sumbatan arteri.
- f. Komplikasi
- Menurut (Baticaca, 2011) komplikasi yang terdapat pada penyakit stroke adalah gangguan otak yang berat, dan kematian bila tidak dapat mengontrol respon pernafasan atau kardiovaskuler.

## **B. Konsep Dasar Kebutuhan Manusia**

Manusia mempunyai kebutuhan yang beragam, namun pada hakekatnya setiap manusia mempunyai kebutuhan dasar yang sama. Kebutuhan dasar tersebut bersifat manusiawi dan menjadi syarat untuk keberlangsungan hidup manusia.

Gambar 2.2

Piramida hierarki maslow



Tarwoto, & Wartolah. (2015):161

- a. Kebutuhan fisiologis yang merupakan kebutuhan paling dasar pada manusia yaitu oksigen, cairan (minum), nutrisi( makanan), eliminasi, istirahat dan tidur, aktivitas, keseimbangan tubuh, serta seksual
- b. Kebutuhan rasa aman dan perlindungan di bagi menjadi dua yaitu kebutuhan rasa aman dan kebutuhan psikologis. Perlindungan fisik meliputi perlindungan dari ancaman terhadap tubuh dan ancaman seperti kecelakaan, penyakit, bahaya lingkungan. Perlindungan psikologis meliputi perlindungan dari ancaman peristiwa atau pengalaman baru atau asing yang di dapat mempengaruhi kondisi jiwa manusia seseorang.
- c. Kebutuhan rasa cinta adalah kebutuhan untuk memiliki dan dimiliki, memberi dan menerima kasih sayang, kehangatan persahabatan dan keluarga.
- d. Kebutuhan harga diri adalah perasaan agar di hargai oleh orang lain serta pengakuan dari orang lain.
- e. Kebutuhan aktualisasi diri adalah kebutuhan tertinggi dari hierarki Maslow yang berupa kebutuhan untuk berkontribusi pada orang lain atau lingkungan serta mencapai potensi diri sepenuhnya.

Berdasarkan teori Abraham Maslow diatas, pada klien dengan kasus gangguan mobilitas fisik pada penyakit Stroke, mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan dasar manusia yang pertama yaitu kebutuhan fisiologis (aktivitas/pergerakan). Individu yang sehat adalah adanya kemampuan

melakukan aktivitas untuk memenuhi kebutuhan, misalnya berdiri, berjalan, dan bekerja. Aktivitas adalah suatu energi atau keadaan untuk bergerak dalam memenuhi kebutuhan hidup. Kemampuan aktivitas seseorang dipengaruhi oleh adekuatnya sistem persarafan, otot dan tulang sendi dan factor pendukung lainnya seperti kardiovaskular, pernafasan dan metabolisme.

Sistem saraf adalah suatu dari dua kontrol pada manusia, selain endokrin. Secara umum sistem saraf mengordinasikan respons cepat, sedangkan endokrin mengatur aktivitas yang lebih memerlukan durasi dari pada kecepatan.

Sistem saraf terdiri dari atas sistem saraf pusat yang mencakup otak dan medula spinalis, dan sistem saraf perifer yang terdiri atas serta saraf yang membawa informasi dari dan menuju sistem saraf pusat

Lalu ada tiga tipe syaraf pada tubuh manusia, yaitu

1. Syaraf motorik
2. Syaraf sensorik
3. Syaraf otonom

Syaraf yang terganggu pada klien saat ini adalah syaraf motorik,yaitu syaraf yang mengirim sinyal (influs) dari otak dan sumsum tulang belakang ke semua otot di dalam tubuh. sistem saraf inimemungkinkan seseorang melakukan aktivitas seperti berjalan,atau menggerakkan jari untuk mengambil sesuatu. Masing-masing bagian otak atau syaraf tulang belakang hanya mengontrol separuh sisi tubuh saja. Masing-masing sisi otak mengontrol pergerakan dan sensasi bagian tubuh yang berlawanan. Oleh sebab itu, stroke pada kortek serebral sebelah kiri akan menyebabkan kelemahan atau kelumpuhan kaki,tangan atau wajah bagian kanan dan tidak akan mempengaruhi kaki tangan dan tangan sebelah kiri.

Gerak tubuh secara keseluruhan diatur dengan prinsip-prinsip fisiologis.Adanya pergerakan otot-otot memungkinkan tulang ikut bergerak melalui persendian.Tubuh dapat melakukan aktivitas, gerakan dengan cepat dan tepat, serta adanya pengaturan postur karena ada koordinasi gerakan tubuh diotak yaitu karena aktivitas integrasi mulai dari tingkat spinal, medulla

oblongata, dan korteks inilah yang mengatur postur tubuh dan memungkinkan terjadinya gerakan terkordinasi (Masyhudi, 2011 ).

Pasien dengan kasus hambatan mobilitas fisik mengalami hambatan dalam beraktifitas sehari-hari nya, sehingga pasien sangat bergantung dengan orang lain dan tidak bisa bekerja seperti biasa. Dengan demikian, perawat perlu melakukan tindakan yang dapat membuat klien merasa kebutuhan aktivitasnya terpenuhi dan berangsur membaik, yaitu dengan cara :

- a. Bina hubungan saling percaya
- b. Mengajarkan pasien latihan fisik, untuk meningkatkan kekuatan otot sehingga kekakuan sendi yang menghambat bisa berangsur pulih.
- c. Memberi motivasi kepada pasien untuk tetap memanfaatkan kekuatan otot yang sehat meski dengan keterbatasan.
- d. Mengajarkan klien untuk latihan fisik secara rutin sesuai jadwal yang diberikan.
- e. Mengajarkan keluarga untuk tetap mengawasi segala aktivitas yang dilakukan klien.

### **C. Konsep Asuhan keperawatan**

Konsep asuhan keperawatan dengan masalah aktivitas adalah:

#### **1. Pengkajian**

Pengkajian terkait aktivitas klien meliputi riwayat keperawatan dan pemeriksaan fisik tentang kesejajaran tubuh, gaya berjalan, penampilan dan pergerakan sendi, kemampuan dan keterbatasan gerak, kekuatan dan masa otot, toleransi aktivitas, masalah terkait mobilitas, serta kebugaran fisik. (Mubarak, chayatin 2008 : 250).

##### **a. Pemeriksaan fisik**

Menurut Pemeriksaan fisik berfokus pada aktivitas dan olahraga yang menonjolkan kesejajaran tubuh, cara berjalan, penampilan dan pergerakan sendi, kemampuan dan keterbatasan gerak, kekuatan dan masa otot, serta toleransi aktivitas.



- 1) Kesejajaran tubuh, tujuan pemeriksaan kesejajaran tubuh adalah untuk mengidentifikasi perubahan postur akibat pertumbuhan dan perkembangan normal, hal-hal yang perlu di pelajari untuk mempertahankan postur tubuh yang baik, faktor yang menyebabkan postur tubuh yang buruk (kelelahan), serta kelemahan otot dan kerusakan motorik lainnya. Hal ini yang dikaji antara lain :
  - a) Bahu dan pinggul sejajar.
  - b) Jari-jari kaki mengarah kedepan.
  - c) Tulang belakang lurus, tidak melengkung kesisi lain.
- 2) Cara berjalan, dilakukan untuk mengidentifikasi mobilitas klien dan resiko cidera akibat jatuh. Hal ini dilakukan dengan meminta klien berjalan sejauh  $\pm 10$  kaki di dalam ruangan. Hal ini yang dikaji antara lain :
  - a) Kepala tegak, pandangan lurus, dan tulang belakang lurus.
  - b) Tumit menyentuh tanah lebih dahulu dari pada jari kaki.
  - c) Lengan mengayun ke depan bersamaan dengan ayunan kaki di sisi yang berlawanan.
  - d) Gaya berjalan halus terkordinasi, dan berirama ayunan tubuh dari sisi kesisi minimal tubuh bergerak ke depan dan gerakan di mulai dan diakhiri dengan gerakan santai
- 3) Selain itu Pemeriksaan ini meliputi inspeksi, palpasi, serta pengkajian rentang gerak aktif atau rentang gerak pasif. Hal ini yang dikaji antara lain :
  - a) Adanya kemerahan atau pembengkakan sendi.
  - b) Perkembangan otot yang terkait dengan masing-masing sendi.
  - c) Adanya nyeri tekan .
- 4) Kemampuan dan keterbatasan gerak, pengkajian ini bertujuan untuk mendapatkan data tentang adanya indikasi rintangan dan keterbatasan pada pergerakan klien dan kebutuhan untuk memperoleh bantuan. Hal-hal yang perlu dikaji antara lain
  - a) Bagaimana penyakit klien mempengaruhi kemampuan klien untuk bergerak.

- b) Adanya hambatan dalam bergerak (mis, terpasang selang infus atau gips yang berat).
  - c) Derajat kenyamanan klien.
  - d) Penglihatan.
  - e) Keseimbangan kordinasi klien.
- 5) Kekuatan dan masa otot, sebelum membantu klien mengubah posisi atau berpindah tempat, perawat harus mengkaji kekuatan dan kemampuann klien untuk bergerak.
  - 6) Toleransi aktivitas, Pengkajian ini bermanfaat untuk membantu meningkatkan kemandirian klien yang mengalami penurunan masa otot alat ukur paling tepat untuk memperkirakan toleransi klien terhadap aktivitas adalah frekuensi, kekuatan dan irama denyut jantung.
  - 7) Masalah terkait mobilitas, Pengkajian ini dilakukan dengan metode inspeksi, palpasi, dan auskultasi, pemeriksaan hasil tes laboratorium serta pengukuran berat badan, asupan cairan, dan pengeluaran cairan

#### **D. Konsep Asuhan Keperawatan Stroke pada Lansia**

Menurut ( Sya'diah, H. 2018 ) Tahap-tahap proses keperawatan yaitu :

##### **1. Pengkajian**

Pengkajian merupakan tahap awal dan landasan proses keperawatan untuk mengenal masalah klien, agar dapat memberi arah kepada tindakan keperawatan. Tahap pengkajian terdiri dari tiga kegiatan yaitu pengumpulan data, pengelompokan data dan perumusan diagnosis keperawatan.

Data yang perlu dikaji :

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

Berisi identitas kepala keluarga yang meliputi : nama, umur ,jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa.

b. Keluhan utama

Biasanya didapatkan kelemahan anggota gerak sebagian tubuh, bicara pelo, dan tidak dapat berkomunikasi.

c. Riwayat penyakit sekarang

Serangan stroke hemoragik sering kali berlangsung sangat mendadak pada saat klien sedang melakukan aktivitas. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah bahkan kejang sampai tidak sadar, kelumpuhan sebagian tubuh atau gangguan fungsi otak lain.

d. Riwayat penyakit dahulu

Adanya riwayat hipertensi, diabetes mellitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, penggunaan obat antikoagulan, obat-obat adiktif.

e. Riwayat penyakit keluarga

Biasanya ada riwayat keluarga yang menderita hipertensi ataupun diabetes mellitus.

f. Riwayat psikososial

Stroke merupakan 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 klien dan keluarga.

g. Pola-pola fungsi kesehatan

1) Pola persepsi dan tata laksana hidup sehat

Biasanya ada riwayat perokok, penggunaan alcohol, penggunaan obat

2) Pola nutrisi dan metabolisme

Adanya keluhan sulit menelan, nafsu makan menurun

3) Pola eliminasi

Biasanya terjadi inkontinensia urine dan pada pola defekasi biasanya terjadi konstipasi.

4) Pola aktivitas dan latihan

Adanya kelemahan untuk beraktifitas, kehilangan sensori atau paralise.

- 5) Pola tidur dan istirahat  
Biasanya klien susah tidur karena nyeri otot
- 6) Pola hubungan dan peran  
Adanya perubahan hubungan dan peran karena klien mengalami kesulitan berbicara
- 7) Pola persepsi dan konsep diri  
Klien merasa tidak berdaya, tidak ada harapan, mudah marah, tidak kooperatif
- 8) Pola sensori dan kognitif  
Pada pola sensori mengalami gangguan penglihatan, perabaan dan pada pola kognitif terjadi penurunan memori dan proses berfikir.

Pemeriksaan fisik :

- a. Keadaan umum  
Kesadaran : umumnya mengalami penurunan kesadaran, Suara bicara kadang mengalami gangguan yang sukar dimengerti, kadang tidak bisa bicara.  
Tanda-tanda vital : tekanan darah meningkat, denyut nadi bervariasi
- b. Pemeriksaan integumen  
Klien tampak pucat, turgor kulit jelek, periksa apakah ada tanda-tanda dekubitus.
- c. Pemeriksaan kepala dan leher  
Kepala : bentuk normocephalik  
Wajah : umumnya tidak simetris yaitu miring ke salah satu sisi  
Leher : kaku kuduk jarang terjadi.
- d. Pemeriksaan dada  
Kadang terdapat suara nafas ronchi, wheezing, pernafasan tidak teratur akibat penurunan reflex batuk dan menelan.
- e. Pemeriksaan abdomen  
Terjadi penurunan peristaltik usus akibat bedrest terlalu lama
- f. Pemeriksaan genitalia  
Kadang terdapat inkontinensia urin

g. Pemeriksaan ekstremitas

Didapatkan kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh

h. Pemeriksaan neurologi

Pemeriksaan saraf kranial : mengalami gangguan dibeberapa nervus

Pemeriksaan motorik : mengalami kelumpuhan

Pemeriksaan penunjang :

a. Pemeriksaan radiologi

- 1) CT scan : untuk mengetahui area yang mengalami sumbatan
- 2) MRI : menunjukan area yang mengalami hemoragik
- 3) Angiografi serebral : untuk mencari sumber perdarahan
- 4) Pemeriksaa foto thorax : dapat memperlihatkan keadaan jantung, apakah terdapat pembesaran ventrikel kiri yang merupakan salah satu tanda hipertensi kronis pada penderita stroke.

b. Pemeriksaan laboratorium

- 1) Pungsi lumbal : bila ada pendarahan biasanya pemeriksaan likuor berwarna merah
- 2) Pemeriksaan darah lengkap : untuk mencari kelainan pada darah

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosis keperawatan yang dapat ditemukan pada penderita stroke non Hemorogik(Baticaca, 2011), (Tarwoto, 2013:149) dan (Nurarif, 2013 : 97) adalah sebagai berikut.

1. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan keterlibatan neurovaskuler, kelemahan dan flaksid.
2. kurangnya pengetahuan tentang perawatan stroke berhubungan dengan kurang nya informasi mengenai pencegahan, perawatan, dan pengobatan stroke di rumah.
3. Defisit perawatan diri behubungan dengan proses penyakit
4. Kelitihan berhubungan dengan kondisi fisiologis

3. Perencanaan keperawatan

(Baticaca, 2011), rencana tindakan keperawatan merupakan serangkaian tindakan yang dapat mencapai tiap tujuan khusus perencanaan

keperawatan meliputi, perumusan tujuan, tindakan, dan penilaian rangkaian asuhan keperawatan pada klien berdasarkan analisis pengkajian agar masalah kesehatan dan keperawatan klien dapat dilihat pada table dibawah ini :

Tabel 2.3  
Rencana Keperawatan

No	Dx. Keperawatan	SLKI	SIKI
1	Gangg mobiuian mobilitas fisik berhubungan dengan keterlibatan neurovaskuler, kelemahan dan flaksid	Mobilitas fisik dengan kriteria hasil: a. Pergerakan ekskremitas meningkat (5) b. Kekuatan otot meningkat (5) c. Rentanggerak\ ROM (5) d. Nyeri menurun (5) e. Gerakan Terbatas menurun (5) f. Kelemahan fisik menurun(5) g. Kecemasan menurun (5) h. Kaku sendi menurun (5)	Dukungan mobilisasi : <b>1. Observasi</b> a. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan b. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi c. Monitor frequensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai melakukan mobilisasi d. Identifikasi madanya nyeri atau keluhan fisik lainnya  <b>2. Terapeutik</b> e. fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan lat bantu mis(pagar tempat tidur )  <b>3. Edukasi</b> f. ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan mis( duduk di tempat tidur ,pidah dari tempat tidur ke kursi ) g. Anjurkan mobilisasi dini

2	kurangnya pengetahuan tentang perawatan stroke berhubungan dengan kurangnya informasi mengenai pencegahan, perawatan, dan pengobatan stroke di rumah	Tingkat pengetahuan : 1. perilaku sesuai anjuran meningkat(5) 2. minat dalam belajar meningkat(5) 3. kemampuan menjelaskan suatu topik meningkat(5) 4. perilaku sesuai dengan pengetahuan 5. menjelaskan yang sedang di hadapi meningkat(5)	Edukasi kesehatan : <b>1. Observasi</b> a. identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi b. identifikasi bahaya keamanan di lingkungan sekitar <b>2. Teraupetik</b> c. sediakan materi dan pendidikan kesehatan d. jadwalkan penkes sesuai kesepakatan f. berikan kesempatan bertanya h. informasikan no darurat <b>3. Edukasi</b> i. anjurkan menggunakan alat bantu (misl. pegangan tangan, keset anti slip)
3	Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal	Perawatan diri : 1. Kemampuan mandi meningkat (5) 2. Kemampuan mengenakan pakaian(5) 3. Kemampuan makan(5) 4. Kemampuan ke toilet BAB/BAK (5) 5. Minat melakukan perawatan diri (5) 6. Mempertahankan kebersihan diri (5)	Dukungan perawatam diri: <b>1. Observasi</b> a. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia b. Monitor tingkat kemandirian c. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri <b>2. Teraupetik</b> d. Siapkan keperluan alat pribadi (mis. parfum, sikat gigi dan sabun mandi) e. Fasilitasi kemandirian f. Jadwalkan rutinitas perawatan diri <b>3. Edukasi</b> g. Anjurkan melakukan perawatan mandiri secara konsisten sesuai kemampuan

4	Keletihan b.d kondisi fisikologis	Tingkat keletihan a. Kemampuan melakukan aktivitas rutin (5) b. Tenaga meningkat (5) c. Lesu menurun (5) d. Gelisah menurun (5) e. Pola istirahat membaik (5)	Edukasi aktivitas/istirahat <b>1. Observasi</b> a. Identifikasi kesiapan menerima informasi <b>2. Terapeutik</b> a. Jadwalkan pemberian penkes sesuai kesepakatan <b>3. Edukasi</b> a. Jelaskan pentingnya melakukan aktivitas dan istirahat b. Anjurkan menyusun jadwal aktivitas dan istirahat
---	-----------------------------------	--	---

#### 4. Implementasi

implementasi adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah di susun pada tahap perencanaan. Jenis tindakan pada implementasi ini terdiri dari tindakan mandiri (independent), saling ketergantungan / kolaborasi (interdependent), dan tindakan rujukan / ketergantungan (dependent) adapun tindakan observasi, terapeutik dan edukasi

#### 5. Evaluasi

Evaluasi adalah proses yang berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada klien. Evaluasi terus menerus dilakukan pada respon klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan, klien dan keluarga juga perlu dilibatkan dalam evaluasi agar dapat melihat perubahan dan berupaya mempertahankan dan memelihara dan digunakan komponen SOAP :

S : Data subjektif, data yang didapatkan dari keluhan klien langsung.

O : Data objektif, data yang didapatkan dari hasil observasi perawat secara langsung



A : Analisis, merupakan interpretasi dari subjektif dan objektif. Analisis merupakan diagnosis keperawatan yang masih terjadi atau juga dapat dituliskan masalah baru yang terjadi akibat perubahan status kesehatan klien.

P : Planning, perencanaan keperawatan yang akan di lakukan, dilanjutkan, dimodifikasi, dari rencana tindakan yang telah di tentukan sebelumnya