

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Kebutuhan Dasar**

##### **1. Definisi Gangguan aktivitas**

Menurut Heriana (2014) Aktivitas adalah suatu energi atau keadaan bergerak dimana manusia memerlukan untuk dapat memenuhi kebutuhan hidup. Salah satu tanda kesehatan adalah adanya kemampuan seseorang melakukan aktivitas seperti berdiri, berjalan dan bekerja. Kemampuan aktivitas seseorang tidak terlepas dari keadekuatan sistem persarafan dan musculoskeletal (Nur dkk, 2021).

Aktivitas sendiri sebagai suatu energi atau keadaan bergerak dimana manusia memerlukan hal tersebut agar dapat memenuhi kebutuhan hidupnya. Jadi dapat diartikan bahwa gangguan aktivitas merupakan ketidakmampuan seseorang untuk melakukan kegiatan dalam memenuhi kebutuhan hidupnya. Ketidakmampuan untuk melakukan aktivitas menyebabkan ketergantungan dan ini membutuhkan tindakan keperawatan. Mobilisasi diperlukan untuk meningkatkan kemandirian diri, meningkatkan kesehatan, memperlambat proses penyakit-khususnya penyakit degeneratif, dan untuk aktualisasi diri (harga diri dan citra tubuh)(Mardiyanti dan Aini, 2016).

Menurut Abraham Maslow kebutuhan dasar manusia terbagi menjadi lima tingkatan yaitu kebutuhan fisiologis, kebutuhan rasa aman dan perlindungan, kebutuhan rasa cinta memiliki dan dimiliki, kebutuhan harga diri, dan kebutuhan aktualisasi diri. Manusia akan memenuhi kebutuhan fisiologisnya terlebih dahulu dari pada kebutuhan yang lainnya. Kebutuhan fisiologis terdiri atas kebutuhan pemenuhan oksigen serta pertukaran gas,

cairan, makanan, eliminasi, istirahat dan tidur, aktivitas, dan keseimbangan temperatur tubuh serta seksual (Hidayat, 2015).

Kebutuhan fisiologis merupakan kebutuhan paling dasar dan memiliki prioritas tertinggi dalam kebutuhan Abraham Maslow. Kebutuhan fisiologis merupakan hal yang mutlak harus terpenuhi oleh manusia untuk bertahan hidup. Kebutuhan tersebut terdiri atas pemenuhan oksigen dan pertukaran gas, kebutuhan cairan (minumam), nutrisi (makanan), eliminasi, istirahat dan tidur, aktivitas, keseimbangan suhu tubuh, dan kebutuhan seksual.

Kebutuhan Dasar Aktivitas dan Istirahat, Aktivitas merupakan kebutuhan dasar manusia yang mutlak diharapkan oleh setiap manusia. Aktivitas tersebut meliputi berdiri, berjalan, bekerja dan sebagainya. Dengan beraktivitas tubuh akan menjadi sehat, seluruh sistem tubuh akan menjadi sehat, seluruh sistem tubuh dapat berfungsi dengan baik dan metabolisme tubuh dapat optimal disamping itu, kemampuan bergerak (mobilisasi) juga dapat mempengaruhi harga diri dan citra tubuh seseorang. kemampuan beraktifitas juga tidak lepas dari sistem persyarafan dan muskuloskeletal (Bachtiar, 2018).

Aktivitas artinya “kegiatan atau keaktifan” jadi segala sesuatu yang dilakukan atau kegiatan-kegiatan yang terjadi baik fisik maupun non-fisik, merupakan suatu aktivitas. Istirahat adalah suatu keadaan dimana kegiatan jasmaniah menurun yang berakibat badan menjadi lebih segar (Bachtiar, 2018).

Kehilangan kemampuan untuk bergerak menyebabkan ketergantungan dan ini membutuhkan tindakan keperawatan. istirahat sama pentingnya dengan kebutuhan aktivitas, setiap individu membutuhkan istirahat untuk memulihkan kembali kesehatannya.

Istirahat merupakan suatu keadaan yang tenang, rileks, tanpa tekanan emosional dan beban dari kecemasan (ansietas). Istirahat juga bermakna ketenangan, relaksasi tanpa stress emosional, dan bebas ansietas. Seseorang yang tidak teratur dalam tidur bisa membuat tekanan emosional

dan beban serta kecemasan. Maka dari itu istirahat diyakini dapat menjaga keseimbangan mental emosional, fisiologis, dan kesehatan (Winarni dan Hartanto, 2016).

## 2. Definisi Stroke

Stroke merupakan gangguan neurologik mendadak yang terjadi akibat pembatasan atau terhentinya aliran darah melalui sistem suplai arteri otak. Kondisi tersebut mendeskripsikan gangguan sirkulasi serebral yang disebabkan oleh sumbatan atau penyempitan pembuluh darah oleh karena emboli, trombosis atau perdarahan serebral sehingga terjadi penurunan aliran darah ke otak yang timbulnya secara mendadak. Masalah yang ditimbulkan pada kondisi stroke mengakibatkan kelemahan atau kelumpuhan lengan atau tungkai atau salah satu sisi tubuh, hilangnya sebagian penglihatan atau pendengaran, penglihatan ganda atau kesulitan melihat pada satu atau kedua mata, pusing dan pingsan, nyeri kepala mendadak tanpa sebab yang jelas, bicara tidak jelas (pelo), sulit memikirkan atau mengucapkan kata-kata yang tepat, tidak mampu mengenali bagian dari tubuh, ketidakseimbangan dan terjatuh dan hilangnya pengendalian terhadap kandung kemih (Hapsari dkk, 2018).

Stroke terbagi menjadi 2 yaitu stroke iskemik atau stroke hemoragik dan stroke non hemoragik. Stroke hemoragik adalah stroke karena pecahnya pembuluh darah sehingga menghambat aliran darah yang normal dan darah merembes kedalam suatu daerah otak dan merusaknya (Rahmadani dkk, 2019).

Stroke iskemik (*non hemoragik*) yaitu tersumbatnya pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ke otak sebagian atau keseluruhan terhenti. Stroke non hemoragik sering ditemukan adanya gangguan penurunan kesadaran dengan disertai penurunan aktivitas penderita. Terjadinya peningkatan tekanan intra kranial pada penderita akibat adanya penurunan aliran darah ke otak yang dapat menyebabkan iskemia otak. Penurunan kesadaran diakibatkan dari suplai oksigen ke otak yang menurun secara tiba-tiba dan secara bertahap akan menyebabkan hipoksia pada

jaringan tubuh. Jika dalam waktu yang cukup lama dan tidak tertangani, penderita akan mengalami gangguan neuromuscular dengan ditemukan adanya kelemahan pergerakan sendi bahkan dapat terjadi kecacatan (Mardiana dkk, 2021).

### 3. Etiologi

Menurut saferi dan mariza (2013) dalam (Ariani 2013), penyebab terjadinya stroke antara lain karena trombosis serebri, emboli serebri dan perdarahan :

#### a. Trombosis cerebri

Aterosklerosis serebral dan perlambatan Sirkulasi cerebral adalah penyebab utama trombosis cerebral yang adalah penyebab paling umum dari stroke. Trombosis ditemukan 40% dari semua kasus stroke yang telah dibuktikan oleh ahli patologi. biasanya ada kaitannya dengan Kerusakan lokal dinding pembuluh darah akibat aterosklerosis.

#### b. Emboli Serebri

Embolisme serebri termasuk urutan kedua dari berbagai penyebab utama stroke penderita embolisme biasanya lebih mudah dibandingkan dengan penderita trombotik. kebanyakan emboli cerebri berasal dari suatu Trombus dalam jantung sehingga masalah yang dihadapi sesungguhnya merupakan perwujudan penyakit jantung.

#### c. Hemoragi

Hemoragi dapat terjadi diluar durameter (hemoragi ekstra dural atau epidural)dibawah durameter (hemoragi subdural), diruang sub arachnoid (hemoragi subarachnoid atau dalam substansi otak (hemoragi intra serebral).

Faktor Risiko pada stroke dibagi menjadi 2 yaitu :

#### 1) Faktor risiko yang dimodifikasi.

- a) Hipertensi
- b) Penyakit kardiovaskuler
- c) Diabetes melitus

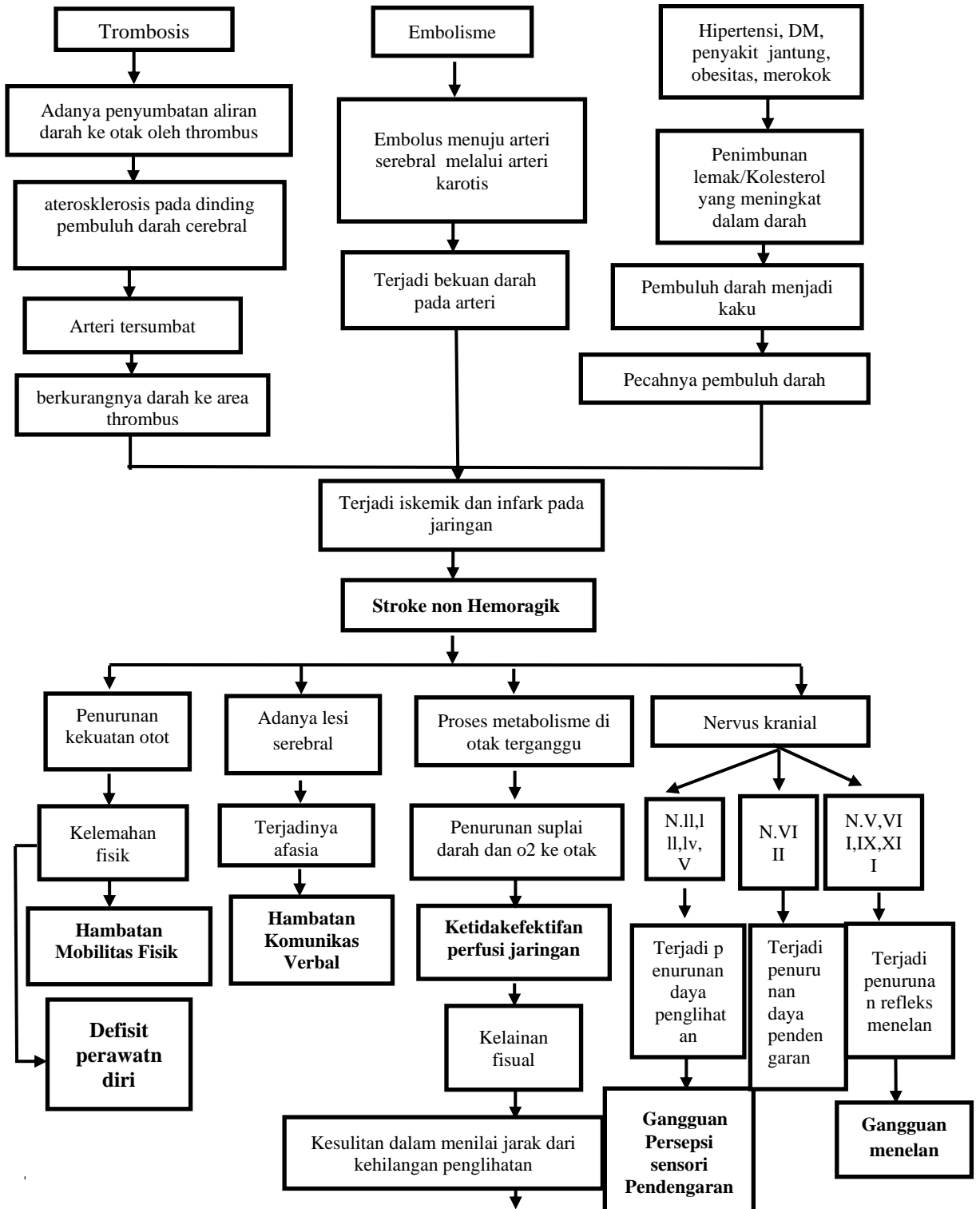
- d) Merokok
  - e) Alkohol
  - f) Peningkatan Kolesterol
  - g) Obesitas
  - h) Arteriosklerosis
  - i) Kontrasepsi
  - j) Stress emosional
- 2) Faktor risiko yang tidak bisa dimodifikasi.
- a) Riwayat kesehatan keluarga adanya stroke
  - b) Umur

#### 4. Patofisiologis

DM akan menimbulkan perubahan pada sistem vaskular serta mendorong terjadinya atherosclerosis dan meningkatkan terjadinya hipertensi, kegemukan dan kenaikan lemak darah. Kombinasi hipertensi dan DM sangat menaikkan komplikasi diabetes termasuk stroke. Pada penderita stroke akan mengakibatkan gangguan aktifitas karena ternyata penurunan kekuatan otot ekstremitas pada pasien akibat dari adanya lesi atau korteks motorik (Suwaryo dkk, 2021). Kelemahan pada ekstremitas menyebabkan kesulitan saat berjalan dan beraktifitas terjadinya peningkatan pembuluh darah. Pada usia lanjut arteri utama yang keluar dari jantung lebih tebal dan mengeras serta kurang fleksibel akibat dari perubahan jaringan konektif pada dinding pembuluh darah yang akan mengakibatkan terjadinya peningkatan tekanan darah atau hipertensi. Lewis mengemukakan bahwa atrofi otot karena kurangnya aktivitas dapat terjadi hanya dalam waktu kurang dari satu bulan setelah terjadinya serangan stroke. Kontraktur merupakan salah satu penyebab terjadinya penurunan kemampuan pasien penderita stroke dalam melakukan rentang gerak sendi. Kontraktur diartikan sebagai hilangnya atau menurunnya rentang gerak sendi, baik dilakukan secara pasif maupun aktif karena keterbatasan sendi, fibrosis jaringan penyokong, otot dan kulit (Rahmadani dkk, 2019).

**Gambar 1.1**

**Pathway SNH**



<b>Gangguan persepsi sensori penglihatan</b>
--

(soekamtiess, 2019)

## 5. Manifestasi klinis

Bagaimana dijelaskan oleh smeltzer, (2001) dalam (Ariani, 2013) manifestasi klinis stroke antara lain: Defisit lapangan penglihatan, Kehilangan penglihatan prifer, Defisit Motorik, Defisit Verbal, Defisit Kognitif dan Defisit Emosional.

Manifestasi klinis dari masing defisit tersebut adalah.

- a. Defisit lapang penglihatan yaitu hemianopsia (kehilangan setengah lapang penglihatan).
- b. Kehilangan penglihatan river yaitu kesulitan melihat pada malam hari, tidak menyadari objek atau batas objek, diplopsia yaitu penglihatan ganda.
- c. Defisit motorik yaitu antara lain
  - 1) Hemiparesis adalah kelemahan wajah, lengan, dan kaki pada sisi yang sama.
  - 2) Ataksia yaitu berjalan tidak mantap, tegak, tidak mampus menyatukan kaki, perlu dasar berdiri yang luas.
  - 3) Disartria yaitu kesulitan dalam membentuk kata.
  - 4) Disfagia yaitu kesulitan dalam menelan.
- d. Defisit Verbal
  - 1) Afasia Ekspresif yaitu tidak mampu membentuk kata yang dapat dipahami, mungkin mampu bicara dalam respons kata tunggal.
  - 2) Afasia Reseptif yaitu tidak mampu memahami kata yang dibicarakan, mampu bicara tetapi tidak masuk akal.
  - 3) Afasia global yaitu kombinasi baik afasia reseptif dan afasia ekspresif.
- e. Defisit Kognitif  
yaitu penderita stroke akan kehilangan memori jangka pendek dan panjang, penurunan lapang perhatian, kerusakan kemampuan untuk berkonsentrasi, alasan abstrak buruk dan perubahan penilaian.
- f. Defisit Emosional

yaitu penderita akan mengalami kontrol diri, labilitas emosional, penurunan toleransi pada situasi yang menimbulkan stres, depresi, menarik diri, rasa takut, bermusuhan dan marah, serta perasaan isolasi.

#### 6. Pemeriksaan diagnostik

##### a. Angiografi selebral

Membantu menentukan penyebab stroke secara seperti perdarahan, obstruksi arteri, okulisi / ruptur.

##### b. Elektro Ensefalografi

Mengidentifikasi masalah didasarkan pasca gelombang otak atau mungkin memperlihatkan daerah lesi yang spesifik.

##### c. Sinar X Tengkorak

Menggambarkan perubahan kelenjar lempeng pineal daerah yang berlawanan dari massa yang luas, klasifikasi karotis internal terdapat pada trobus serebral. Klasifikasi parsial dinding, aneurisma pada pendarahan sub arachnoid.

##### d. Ultrasonografi Doppler

Mengidentifikasi penyakit arteriovena (masalah sistem arteri karotis/aliran darah/muncul plaque arteriosklerosis).

##### e. Ct-Scan

Memperlihatkan adanya edema, hematoma, iskemia dan adanya infark.

##### f. MRI

Menunjukkan adanya tekanan abnormal dan biasanya ada trombosis, emboli dan TIA, tekanan meningkat dan cairan mengandung darah menunjukkan hemoragi sub arachnoid / pendarahan intracranial.

##### g. Pemeriksaan foto thorax

Dapat memperlihatkan keadaan jantung, apakah terdapat pembesaran vertikal kiri yang merupakan salah satu tanda hipertensi kronis pada penderita stroke, menggambarkan perubahan kelenjar lempeng di daerah berlawanan dari massa yang meluas.

##### h. Pemeriksaan laboratorium

1) Pungsi Lumbal : Tekanan normal biasanya ada trombosis, emboli dan TIA. Sedangkan tekanan yang meningkat dan cairan yang



mengandung darah menunjukkan adanya perdarahan subarachnoid atau intrakranial. Kadar protein total meningkat pada kasus trombosis sehubungan dengan proses inflamasi.

- 2) Pemeriksaan darah rutin.
- 3) Pemeriksaan kimia darah : pada stroke akut dapat terjadi hiperglikemia. Gula darah dapat mencapai 250 mg dalam serum dan kemudian berangsur-angsur turun kembali.

## 7. Komplikasi

Komplikasi stroke menurut Satya Negara dalam (Ariani, 2013) adalah sebagai berikut:

### a. Dini (0-48 jam pertama)

Edema serebri, defisit neurologis cenderung memberat, dapat mengakibatkan TIK, herniasi, infark miokard penyebab kematian pada stroke stadium awal dan akhirnya menimbulkan kematian.

### b. Jangka pendek (1-14 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 pada setiap saat.

### c. Jangka panjang lebih dari 14 hari

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

## **B. Konsep Asuhan Keperawatan**

### 1. Pengkajian

Menurut Wijaya dan Putri (2015), Pengkajian adalah pemikiran dasar dari proses keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan informasi atau data tentang klien, agar dapat mengidentifikasi, mengenali masalah-masalah, kebutuhan kesehatan, dan keperawatan klien, baik fisik, mental, sosial dan lingkungan. Pengkajian dengan gangguan aktivitas berupa pengumpulan data umum, keluhan utama,

riwayat penyakit, riwayat kesehatan psikososial, riwayat spiritual, pengkajian fisik, dan pemeriksaan diagnostik (Miftahul, 2020).

- a. Tanda- tanda vital, Nadi dan suhu, tekanan darah meningkat, dan pernapasan menjadi lebih cepat.
- b. Pengkajian aktivitas yaitu kemampuan pasien melakukan aktivitas, Makan dan minum, Mandi, Eliminasi (BAK & BAB), Berpakaian, Mobilisasi di tempat tidur Pindah, Ambulasi.
- c. Pemeriksaan fisik per sistem yang meliputi pemeriksaan kesadaran, pemeriksaan mata, hidung, mulut, telinga, integumen, neurologi, thoraks, abdomen, dan ekstremitas.
- d. Pemeriksaan laboratorium penunjang meliputi pemeriksaan, CT scan, MRI, RO thorax.

## 2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinik tentang respon individu keluarga dan masyarakat tentang masalah kesehatan aktual atau potensial, dimana berdasarkan pada pendidikan dan pengalamannya, perawat secara akuntabilitas dapat mengidentifikasi dan memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga, menurunkan angka kejadian sakit (Miftahul, 2020).

Menurut (Muttaqin, 2012) diagnosa yang sering muncul pada pasien stroke adalah :

- a. Risiko Perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi.
- b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular berhubungan dengan klien mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas atas dan bawah sebelah kiri.
- c. Nausea berhubungan dengan tidak nafsu makan.
- d. Gangguan menelan berhubungan dengan gangguan syaraf kranialis dibuktikan dengan klien kesulitan menelan.
- e. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan dibuktikan dengan klien tidak mampu melakukan aktifitas secara mandiri.

## 3. Perencanaan keperawatan

Perencanaan merupakan proses dimana masalah yang telah

terkumpul diurutkan berdasarkan skala prioritasnya dan kemudian dilakukan perencanaan tindakan apa saja yang harus dilakukan kepada pasien untuk menangani masalah kesehatan yang dialaminya (Miftahul, 2020).

#### 4. Rencana keperawatan

Tabel 1.1

NO	Diagnosa keperawatan	SLKI(Standar Luaran keperawatan Indonesia)	SIKI(Standar Intervensi Keperawatan Indonesia)
1	2	3	4
1.	Penurunan kapasitas adaptif intrakranial	<p><b>Perfusi serebral (L.02014)</b></p> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam diharapkan keadekuatan serebral pasien meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tingkat kesadaran meningkat GCS 15</li> <li>2. Tidak mengeluh sakit kepala</li> <li>3. Tekanan intrakranial membaik</li> <li>4. Nilai tekanan darah normal Sistol 110 diastol 80</li> </ol>	<p><b>Manajemen peningkatan tekanan intrakranial (I.06194)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi penyebab peningkatan tik (mis. Lesi, gangguan metabolisme, edema serebral)</li> <li>2. Monitor tanda/gejala peningkatan tik (mis. ketekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardi, pola napas ireguler, kesadaran menurun)</li> <li>3. Monitor MAP (Mean Arteri Pressure)</li> <li>4. Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang</li> <li>5. Berikan posisi semi fowler</li> <li>6. Pertahankan suhu tubuh normal</li> <li>7. Kolaborasi pemberian obat Inj Citicolin 2 x 500 mg Inj Mecobalamin 3 x 500 mg Inj Ketorolac 3 x 30 mg Inj Piracetam 3 x 3 gr</li> </ol>

NO	Diagnosa keperawatan	SLKI(Standar Luaran keperawatan Indonesia)	SIKI(Standar Intervensi Keperawatan Indonesia)
1	2	3	4
2.	Gangguan mobilitas fisik	<p><b>Mobilitas fisik (L.05042)</b></p> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam diharapkan gangguan mobilitas fisik pasien meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pergerakan ekstremitas meningkat</li> <li>2. Kekuatan otot meningkat</li> <li>3. Kelemahan fisik menurun</li> <li>4. Gerakan terbatas menurun</li> </ol>	<p><b>Dukungan mobilisasi ( I.05173 )</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</li> <li>3. Fasilitasi melakukan pergerakan</li> <li>4. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</li> <li>5. Anjurkan mobilisasi dini</li> <li>6. Anjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis, duduk di tempat tidur)</li> </ol>
3.	Nausea	<p><b>Tingkat Mual (L.08065)</b></p> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam diharapkan mual pasien menurun dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perasaan ingin muntah menurun</li> <li>2. Nafsu makan meningkat</li> <li>3. Frekuensi menelan membaik</li> </ol>	<p><b>Manajemen mual (I.03117)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup(mis.nafsu makan aktivitas,kinerja,tanggung jawab peran,dan tidur )</li> <li>2. Identifikasi faktor penyebab mual(mis.pengobatan dan prosedur)</li> <li>3. Monitor mual(mis.frekuensi,durasi,dan tingkat keparahan)</li> <li>4. Berikan makanan dalam jumlah kecil dan menarik</li> <li>5. Anjurkan istirahat dan tidur yang cukup</li> <li>6. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengatasi mual (mis.biofeedback,hipnosis,relaksasi,terapi musik,akupresure)</li> <li>7. Kolaborasi pemberian obat Inj Ranitidin 2 x 50 mg</li> </ol>

NO	Diagnosa keperawatan	SLKI(Standar Luaran keperawatan Indonesia)	SIKI(Standar Intervensi Keperawatan Indonesia)
1	2	3	4
4.	Gangguan menelan	<p><b>Status Menelan ( L.06052 )</b></p> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam diharapkan kemampuan menelan pasien membaik dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Reflek menelan membaik.</li> <li>2. Kemampuan mengunyah meningkat.</li> <li>3. Usaha menelan membaik.</li> </ol>	<p><b>Dukungan Perawatan Diri Makan/Minum ( L.11351 )</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor kemampuan menelan.</li> <li>2. Monitor status hidrasi.</li> <li>3. Atur posisi nyaman untuk makan/minum.</li> <li>4. Berikan bantuan saat makan/minum.</li> <li>5. Kolaborasi pemberian obat, <i>jika perlu</i> sesuai indikasi.</li> </ol>
5.	Defisit perawatan diri	<p><b>Perawatan Diri</b></p> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam diharapkan kemampuan menelan pasien membaik dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kemampuan mandi meningkat</li> <li>2. Kemampuan mengenakan pakaian meningkat</li> <li>3. Kemampuan ke toilet meningkat</li> <li>4. Minat melakukan perawatan diri meningkat</li> <li>5. Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat</li> </ol>	<p><b>Dukungan Perawatan Diri</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor tingkat kemandirian</li> <li>2. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebutuhan diri, berpakaian, berhias, dan makan</li> <li>3. Sediakan lingkungan yang terapeutik</li> <li>4. Siapkan keperluan pribadi</li> <li>5. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri</li> <li>6. Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan</li> <li>7. Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri</li> <li>8. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai dengan kemampuan</li> </ol>

#### 4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan yaitu pelaksanaan tindakan keperawatan berdasarkan asuhan keperawatanyang telah disusun. Hal yang perlu diperhatikan yaitu mengamati bio-psoko-sosio-spiritual pasien, dengan waktu yang ditentukan, mencuci tangan sebelum dan sesudah tindakan, penerapan etika keperawatan serta mengutamakan kenyamanan dan keselamatan pasien. Kegiatan berupa melihat data dasar, mempelajari rencana, menyusun rencana, menentukan kebutuhana bantuan, melaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana yang telah disusun, analisis umpan balik, mengkomunikasikan hasil asuhan keperawatan (Nur, dkk 2021).

- a. Implementasi memiliki arti tindakan untuk mencapai tujuan yang ditetapkan. Mencapai tugas dalam pengumpulan dan perkulanjutan, proses mengobservasi respon klien selama dan sesudah tindakan, serta menilai data baru.
- b. Tahap pelaksanaan :
  - 1) Berfokus pada klien.
  - 2) Berorientasi pada tujuan.
  - 3) Memperhatikan keamanan fisik dan psikologis pasien.
  - 4) Kompeten.
- c. Penelitian format pelaksanaan tindakan keperawatan
  - 1) Nomor diagnosa keperawatan atau masalah kolaboratif.
  - 2) Tanggal atau jam.
  - 3) Tindakan.

#### 5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan klien yang di amati dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibutuhkan pada tahap perencanaan. Yang mempermudah perawat mengidentifikasi atau memantau perkembangan klien, menggunakan komponen SOAP :

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

O : Data Objektif, data yang didapatkan langsung dari hasil observasi perawat.

A : Analisis adalah 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 atau perencanaan keperawatan yang akan dilakukan, dilanjutkan, dimodifikasi dari rencana tindakan yang telah ditentukan sebelum.