

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Penyakit

1. Definisi

Stroke non-hemoragik atau stroke iskemik adalah gangguan neurologis akut yang terjadi akibat terhambatnya aliran darah ke jaringan otak karena adanya sumbatan trombus atau embolus pada pembuluh darah serebral. Akibat sumbatan tersebut, suplai oksigen dan glukosa ke sel otak terhenti sehingga menyebabkan kematian jaringan (infark serebral) bila tidak segera ditangani. Menurut World Health Organization, stroke merupakan kondisi gangguan fungsi otak yang berkembang cepat akibat gangguan vaskular dan berlangsung lebih dari 24 jam atau menyebabkan kematian. Secara global, sebagian besar kasus stroke adalah tipe iskemik. Penelitian tentang hubungan hipertensi dengan stroke menjelaskan bahwa tekanan darah tinggi menyebabkan kerusakan endotel pembuluh darah yang memicu pembentukan plak dan trombus sehingga meningkatkan risiko stroke iskemik (Perbasya, 2021)

Stroke non hemoragik atau stroke iskemik merupakan suatu kondisi klinis akut yang ditandai dengan munculnya defisit neurologis secara tiba-tiba sebagai akibat terganggunya aliran darah yang adekuat ke jaringan otak. Keadaan ini umumnya disebabkan oleh terjadinya oklusi pembuluh darah serebral, baik oleh trombus yang terbentuk di lokasi setempat maupun oleh embolus yang berasal dari organ lain, terutama jantung. Gangguan perfusi serebral tersebut mengakibatkan penurunan hingga terhentinya suplai oksigen dan nutrisi ke sel-sel otak. Kondisi ini kemudian memicu serangkaian proses patofisiologis yang kompleks, seperti eksitotoksisitas,

stres oksidatif, dan respons inflamasi. Rangkaian mekanisme tersebut berkontribusi terhadap terjadinya kerusakan struktural dan fungsional jaringan otak yang pada akhirnya berujung pada cedera permanen bahkan kematian sel saraf.(Majumder, 2024)

Secara klinis, stroke iskemik terjadi ketika oklusi atau penyumbatan pembuluh darah serebral menyebabkan berkurangnya atau terhentinya aliran darah ke jaringan otak, sehingga suplai oksigen dan glukosa menjadi tidak mencukupi untuk mempertahankan metabolisme sel saraf. (Salaudeen et al., 2024)

2. Penyebab

Etiologi *stroke* iskemik melibatkan peristiwa trombotik atau embolik yang mengganggu aliran darah ke suatu wilayah otak. Pada peristiwa trombotik, obstruksi terjadi di dalam pembuluh darah yang terkena akibat trombus (bekuan darah), biasanya akibat penyakit aterosklerosis, diseksi arteri, displasia fibromuskular, atau kondisi inflamasi. Pada peristiwa embolik, serpihan yang bersirkulasi yang berasal dari bagian tubuh lain bergerak ke dan menyumbat pembuluh darah otak, mengganggu aliran darah. Emboli dapat berasal dari arteri proksimal, seperti plak aterosklerotik di arteri karotis interna, menyebabkan stroke embolik arteri-ke-arteri ke pembuluh darah otak yang lebih distal, atau umumnya dari jantung. Kadang-kadang, emboli muncul dari sisi kanan sirkulasi dan melewati shunt kanan-ke-kiri—seperti foramen ovale paten—ke dalam sistem arteri serebral. (Forsing et al., 2025)

Stroke non-hemoragik (stroke iskemik) terjadi karena terhambatnya aliran darah ke otak akibat sumbatan pembuluh darah oleh trombus atau embolus. Penyebabnya bukan dari pendarahan, tetapi dari penyakit dan kondisi yang

meningkatkan kemungkinan terjadinya sumbatan vaskular dalam otak. (Hisni et al., 2022)

3. Patofisiologi

Stroke iskemik/ non hemoragik merupakan stroke yang terjadi akibat adanya bekuan atau sumbatan pada pembuluh darah otak yang dapat disebabkan oleh tumpukan thrombus pada pembuluh darah otak, sehingga aliran darah ke otak menjadi terhenti Patofisiologi stroke iskemik yaitu karena adanya sumbatan pembuluh darah oleh thromboembolic yang mengakibatkan daerah di bawah sumbatan tersebut mengalami iskemik. Aterotrombotik yang terjadi pada pembuluh darah ekstrakranial dapat lisis akibat mekanisme fibrinolitik pada dinding arteri dan darah, yang menyebabkan terbentuknya emboli, yang akan menyumbat arteri yang lebih kecil, distal dari pembuluh darah tersebut. Trombus dalam pembuluh darah juga dapat terjadi akibat kerusakan atau ulserasi endotel, sehingga plak menjadi tidak stabil dan mudah lepas membentuk emboli. Emboli dapat menyebabkan penyumbatan pada satu atau lebih pembuluh darah. Emboli tersebut mengandung endapan kolesterol, agregasi trombosit dan fibrin sehingga terjadi pembentukan plak aterosklerosis. Aterosklerosis terjadi karena adanya penimbunan lemak yang terdapat di dinding pembuluh darah sehingga menghambat aliran darah ke jaringan otak. Arterosklerosis dapat menyebabkan terbentuknya bekuan trombus yang melekat pada dinding pembuluh darah sehingga menyebabkan sumbatan pada pembuluh darah.(Dewi & Fitraneti, 2024)

4. Klasifikasi

Stroke iskemik terbagi dalam dua jenis, yakni stroke trombotik dan emboli.

a. *Stroke Trombotik*

Salah satu jenis stroke iskemik adalah stroke trombotik, yaitu kondisi yang terjadi ketika bekuan darah atau plak terbentuk di dalam pembuluh arteri yang menyuplai darah ke otak. Dalam banyak kasus, plak ini menempel pada pembuluh arteri di bagian leher, karena aliran darah menuju otak harus melewati area tersebut terlebih dahulu. Jika dibiarkan, plak akan terus menumpuk dan semakin membesar, sehingga mempersempit pembuluh arteri hingga akhirnya menyebabkan penyumbatan total. Hal ini dapat menghambat suplai oksigen ke otak dan memicu terjadinya stroke.

b. *Stroke Emboli*

Stroke emboli terjadi akibat bekuan darah atau plak yang terbentuk di dalam jantung atau pembuluh arteri besar, kemudian terlepas dan terbawa aliran darah hingga mencapai otak. Bekuan tersebut dapat menyumbat pembuluh darah, menyebabkan gangguan aliran darah ke otak. Penyumbatan ini mengakibatkan berkurangnya, bahkan terhentinya, pasokan oksigen dan nutrisi ke otak, yang pada akhirnya dapat menyebabkan kematian sel-sel otak dan menimbulkan kerusakan permanen pada fungsi tubuh.

5. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang dilaksanakan sebagai berikut: (Dewi & Fitraneti, 2024)

a. CT Scan

Memperlihatkan secara spesifik letak edema, posisi hematoma, adanya jaringan otak yang infark atau iskemia, serta posisinya secara pasti. Hasil pemeriksaan biasanya didapatkan hiperdens fokal, kadang-kadang masuk ke ventrikel, atau menyebar ke permukaan otak.

b. CT Angiografi/MRI + MRI Otak.

c. EKG

d. *Doppler Carotis*

e. *Transcranial Doppler*

f. *TCD Bubble Contrast & VMR*

g. Pemeriksaan Laboratorium: Hematologi rutin, gula darah sewaktu, fungsi ginjal (ureum, kreatinin), *Activated Partial Thrombin Time (APTT)*, waktu prothrombin (PT), indikasi

h. *Carotid Artery Stenting (CAS)* sesuai indikasi

i. Stenting pembuluh darah intracranial, sesuai indikasi

6. Faktor Resiko

1. Merokok

Merokok dapat meningkatkan risiko stroke, Penyebab stroke pada perokok dapat dipicu oleh asap rokok yang mengandung lebih dari 7.000 bahan kimia beracun, bahan kimia ini akan mengubah dan merusak sel-sel diseluruh tubuh, perubahan yang disebabkan oleh bahan kimia ini meningkatkan risiko stroke pada

perokok, adapun mekanisme perokok dapat menyebabkan stroke yaitu penurunan aliran darah ke otak sehingga menyebabkan vasokonstriksi yang mempercepat terjadinya trombus, merokok juga dapat menurunkan HDL dan merusak sel endotel yang menyebabkan atheroma.

2. Hipertensi

Riwayat hipertensi dapat merusak arteri seluruh tubuh dan mengakibatkan pecahnya pembuluh darah dan mengakibatkan sumbatan pada arteri otak.

3. Diabetes Mellitus

Riwayat diabetes melitus karena pada penderita memiliki terlalu banyak glukosa dalam darah sedangkan sel-selnya tidak mendapatkan energi yang cukup, sehingga menyebabkan peningkatan lemak atau pembekuan darah dinding, gumpalan atau lemak ini dapat menyumbat pembuluh darah sehingga menyebabkan stroke. Diet yang tidak sehat mengonsumsi makanan atau minuman yang manis dapat menyebabkan peningkatan risiko stroke.

Gejala yang paling umum sering muncul pada stroke iskemik dan hemoragik adalah kelemahan anggota gerak, sedangkan yang paling jarang adalah gangguan pada wajah perot. Hipertensi merupakan faktor utama meningkatkan risiko stroke hemoragik dan stroke iskemik, sedangkan fibrilasi atrium merupakan faktor risiko yang jarang terjadi pada pasien stroke. (Dewi & Fitraneti, 2024)

7. Penatalaksanaan

Stroke dapat dilakukan pengobatan dengan cara :

a. Konservatif

1) Pemenuhan cairan dan elektrolit dengan pemasangan infus

- 2) Mencegah peningkatan TIK dengan obat antihipertensi, diuretika, vasodilator perifer, antikoagulan, diazepam bila kejang, anti tukak misal cimetidine, kortikosteroid (pada kasus ini tidak ada manfaatnya karena pasien akan mudah terkena infeksi, hiperglikemi dan stress ulcer/perdarahan lambung), dan manitol untuk mengurangi edema otak.
- b. Operatif Apabila upaya menurunkan TIK tidak berhasil maka perlu dipertimbangkan evakuasi hematoma karena hipertensi intrakranial yang menetap akan membahayakan kehidupan pasien.
- c. Pada fase sub akut/pemulihan (>10 hari) perlu : Terapi wicara, terapi fisik dan stoking anti embolisme.

8. Komplikasi

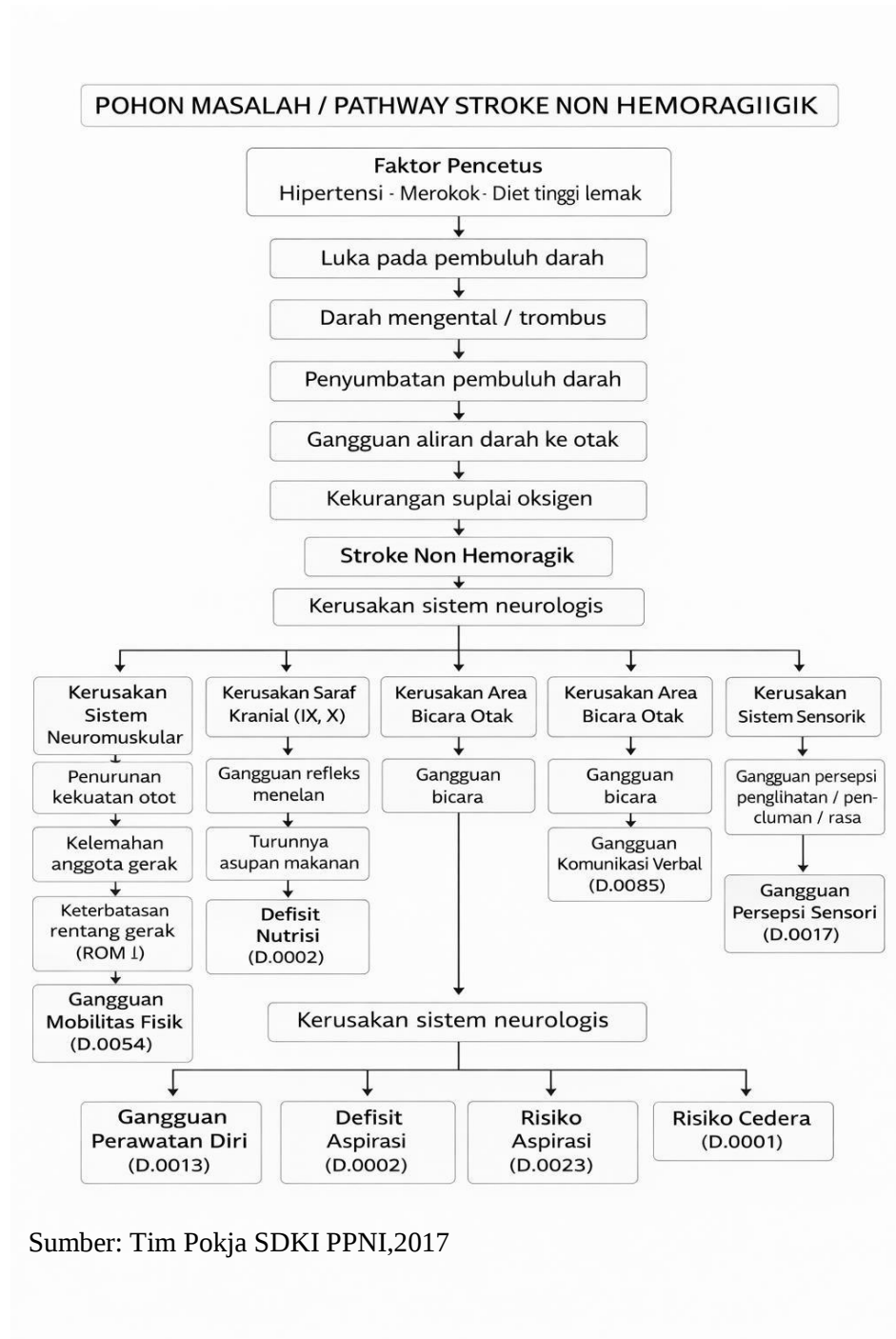
Stroke dapat menyebabkan berbagai komplikasi, termasuk dampak serius pada otak, jantung, dan bagian tubuh lainnya. Komplikasi akut (yang muncul dalam hitungan hari hingga minggu) adalah:

- a. edema otak atau pembengkakan otak
- b. afasia atau gangguan bicara lainnya
- c. kesulitan menelan (disfagia)
- d. pneumonia aspirasi, infeksi paru-paru
- e. kejang
- f. depresi
- g. luka tekan
- h. kontraktur anggota tubuh
- i. spastisitas
- j. nyeri bahu

- k. trombosis vena dalam.
- l. Komplikasi jangka panjang (berbulan-bulan hingga bertahun-tahun)
- m. defisit motorik persisten dan gangguan gaya berjalan (kelainan pada gerakan dan pola berjalan)
- n. nyeri kronis dan spastisitas
- o. gangguan kognitif dan kehilangan ingatan
- p. kondisi emosional dan psikologis, termasuk depresi dan kecemasan
- q. epilepsi pasca stroke
- r. inkontinensia urin
- s. kehilangan kemandirian dan berkurangnya kemampuan untuk melakukan aktivitas sehari-hari.(WHO, 2025)

B. Pohon Masalah

Berikut merupakan pathway/pohon masalah *stroke non hemoragik*.



Gambar 1 Pathway Gangguan Mobilitas Fisik Akibat *Stroke*

C. Konsep Dasar Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik

1. Pengertian Gangguan Mobilitas Fisik

Gangguan Mobilitas Fisik adalah keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri. (SDKI, 2019)

2. Penyebab Gangguan Mobilitas Fisik

(SDKI, 2019) Faktor penyebab diagnosis

Keperawatan gangguan mobilitas fisik adalah:

- a. Kerusakan integritas striktur tulang
- b. Perubahan metabolisme
- c. Ketidakbugaran firik
- d. Penurunan kendali otot
- e. Penurunan massa otot
- f. Penurunan kekuatan otot
- g. Keterlambatan perkembangan
- h. Kekakuan sendi
- i. Kontraktur
- j. Malnutrisi
- k. Gangguan musculoskeletal
- l. Gangguan neuromuscular
- m. Indeks massa tubuh diatas persentil ke-75 sesuai usia
- n. Efek agen farmakologis
- o. Program pembatasan Gerak
- p. Nyeri
- q. Kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik

- r. Kecemasan
- s. Gangguan kognitif
- t. Keengganan melakukan pergerakan
- u. Gangguan sensori persepsi

3. Data Mayor dan Minor Gangguan Mobilitas Fisik

Menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia tanda dan gejala mayor minor *gangguan mobilitas fisik* yaitu (SDKI PPNI, 2017)

Tabel 1
Data Mayor dan Minor Gangguan Mobilitas Fisik

Gejala dan Tanda Mayor	
Subyektif	Obyektif
1. Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas	1. Kekuatano otot menurun 2. Rentan Gerak (ROM) menurun
Gejala dan Tanda Minor	
Subyektif	Obyektif
1. Nyeri saat bergerak	1. Sendi kaku
2. Enggan melakukan pergerakan	2. Gerakan tidak terkoordinasi
3. Meras cemas saat bergerak	3. Gerakan terbatas
	4. Fisik lemah

Sumber: (SDKI PPNI,2017)

4. Kondisi Klinis Terkait Gangguan Mobilitas Fisik

Konsep asuhan keperawatan pada gangguan mobilitas fisik akibat stroke non hemoragik akan menguraikan lima langkah proses keperawatan yang meliputi pengkajian keperawatan, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

D. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan. Kegiatan yang dilakukan pada tahap pengkajian, yaitu mengumpulkan data, mengelompokkan data, dan menganalisa data.

a. Data Biografis

Informasi biografi meliputi nama, jenis kelamin, golongan darah, tempat dan tanggal lahir, pendidikan terakhir, agama, status perkawinan, tinggi badan/berat badan, penampilan, alamat, diagnosis medis, penanggung jawab, nama penanggung jawab, hubungan dengan pasien, alamat dan no telepon.

b. Riwayat Keluarga

Menambahkan genogram dalam riwayat keluarga. Perawat menanyakan tentang penyakit yang pernah dialami oleh keluarga. Apabila ada anggota keluarga yang meninggal, maka penyebab kematian juga ditanyakan. Hal ini ditanyakan karena banyak penyakit menurun dalam keluarga

c. Riwayat Pekerjaan

Perawat menanyakan situasi tempat bekerja dan lingkungannya. Seperti pekerjaan saat ini, alamat pekerjaan, berapa jarak dari rumah, pekerjaan

sebelumnya, alat transportasi, dan sumber – sumber pendapatan dan kecukupan terhadap kebutuhan.

d. Riwayat Lingkungan Hidup

Mengenai bagaimana tipe tempat tinggal keluarga serta kondisinya, berapa jumlah anggota keluarga yang tinggal dalam 1 rumah bahkan hingga jumlah kamar dan derajat privasi.

e. Riwayat Rekreasi

Menanyakan bagaimana hoby/minat pasien terutama keterlibatan dalam organisasi dan bagaimana liburan/perjalanan pasien.

f. System Pendukung

Pada bagian ini perawat mengkaji apakah pasien pernah berobat ke fasilitas pelayanan kesehatan (perawat, bidan, dokter, fisioterapi), jarak fasilitas pelayanan kesehatan dari rumah, jarak rumah sakit berapa km, jarak klinik berapa km, jarak pelayanan kesehatan dari rumah, perawatan sehari-hari yang dilakukan keluarga, kondisi lingkungan rumah.

g. Status Kesehatan

Perawat mengkaji status kesehatan umum pasien selama 5 tahun yang lalu, mengkaji keluhan utama, keluhan saat ini, status kesehatan saat ini (paliatif dengan metode ESAS), obat-obatan yang dikonsumsi, status imunisasi, alergi (obat, makanan, faktor lingkungan), serta penyakit yang diderita.

h. Aktivitas hidup sehari-hari

Perawat mengkaji dengan menggunakan indeks Katz, mengkaji BB, TB, TL/TB, IMT. Memeriksa vital sign pasien meliputi suhu, nadi, respirasi, dan tekanan darah.

i. Pemenuhan kebutuhan sehari-hari

Perawat mengkaji kebutuhan oksigenasi, cairan dan elektrolit, nutrisi, eliminasi, aktivitas, istirahat dan tidur, personal hygiene, seksual, rekreasi, psikologis (persepsi klien, konsep diri, emosi, adaptasi, mekanisme pertahanan diri).

j. Tinjauan System

Memeriksa terkait keadaan umum pasien, tingkat kesadaran dan GCS. Tanda tanda vital terkait kepala, mata, telinga, hidung, leher, ada dan punggung untuk mengecek jantung dan paru-paru, abdomen dan pinggang terkait sistem pencernaan status sistem genetaurinariue,ektremitas atas dan bawah, sistem immune, genetalia, reproduksi, persarafan dan pengecapan

k. Hasil Pengkajian Kognitif dan Mental

1) *Short portable mental status questionnaire (SPMSQ)*.

SPMSQ adalah instrumen yang digunakan untuk mengevaluasi prevalensi gangguan organik pada lansia, termasuk tes orientasi, memori, dan mengingat, di mana pasien diminta untuk menyebutkan tanggal, hari dalam seminggu, tempat, telepon atau alamat, tanggal lahir, presiden saat ini dan sebelumnya, dan nama keluarga.

2) *Mini – mental state exam (MMSE)*.

MMSE merupakan alat skrining untuk menilai fungsi kognitif pada pasien dengan gangguan ringan hingga sedang, namun kurang sensitif pada gangguan berat. Skor berkisar 0–30; nilai >26 umumnya menunjukkan fungsi kognitif normal. Skor 20–26 mengindikasikan gangguan ringan, 11–20 gangguan sedang, dan ≤10 gangguan berat. Skor batas 23 sering digunakan sebagai indikasi disfungsi kognitif,

tetapi interpretasinya perlu disesuaikan dengan tingkat pendidikan dan intelektual pasien, karena individu berpendidikan tinggi dapat tetap memperoleh skor hampir sempurna meskipun sudah mengalami gangguan kognitif.

3) Inventaris depress GDS short

Skala depresi geriatri (GDS) adalah alat skrining berbentuk laporan diri untuk mendeteksi gejala depresi pada lansia, menggunakan format jawaban “ya/tidak”. Pertanyaannya menilai aspek seperti kesenangan, minat, dan interaksi sosial. Setiap jawaban yang mengarah pada indikasi depresi diberi skor 1 poin, sedangkan jawaban lainnya bernilai 0. Pada versi GDS-15, skor total berkisar 0–15; semakin tinggi skor, semakin besar kemungkinan dan tingkat keparahan depresi.

4) Skala resiko jatuh

Risiko Jatuh adalah pasien yang beresiko untuk jatuh yang umumnya disebabkan oleh faktor lingkungan dan faktor fisiologis yang dapat berakibat cedera terutama pada lansia. Oleh karena itu pengkajian resiko jatuh di perlukan

5) Gangguan tidur

Lansia rentan mengalami insomnia akibat perubahan pola tidur seiring proses penuaan. Keluhan meliputi sulit memulai tidur, sering terbangun di malam hari, sulit tidur kembali, dan bangun terlalu pagi. Karena insomnia merupakan gejala, perlu di kaji faktor biologis, emosional, medis, serta kebiasaan tidur yang kurang baik yang dapat mempengaruhinya.

1. Data penunjang

Data penunjang berisi hasil laboratorium, radiologi, EKG, USG, CTScan, dan lain-lain.

m. Analisis data

Tabel 2
Analisis Data

No	Data (Sign/Symptom)	Intepretasi (Etiologi)	Masalah (Problem)
1.	Data Subyektif	Post Stroke	Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)
	1. Pasien mengatakan tangan kiri terasa lemah	↓ Kerusakan jaringan otak	
	2. Pasien mengatakan sulit menggerakkan pergelangan tangan bagian kiri	↓ Gangguan system neuromuskular	
	3. Pasien mengatakan cepat lelah saat digerakkan	↓ Penurunan kekuatan otot	
	4. Pasien mengatakan kadang perlu bantuan saat melakukan aktivitas berat	↓ Gangguan Mobilitas Fisik	
	Data Objektif		
	1. Kekuatan otot ekstremitas kiri 2/5		
	2. Rentan Gerak (ROM) terbatas		
	3. Gaya berjalan tidak stabil		

Sumber : (SDKI PPNI,2017)

2. Diagnosis Keperawatan

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

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan merupakan segala treatment yang dilakukan oleh perawat yang didasari oleh pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan.

Tabel 3
Intervensi Keperawatan pada Pasien Post Stroke dengan Gangguan Mobilitas Fisik

Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)	kekuatan	Mobilitas Fisik (L.05042)
Berhubungan dengan penurunan kekuatan otot		Setelah dilakukan intervensi keperawatan selamax.... maka di
dibuktikan dengan mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas,		harapkan gangguan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil :

Intervensi

Utama

Dukungan

Mobilisasi

(I.05173)

Observasi

1. Identi

fikasi

adany

a nyeri

atau keluhan

fisik

lainn

ya

otot menurun, nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, merasa cemas saat bergerak, sendi kaku, Gerakan tidak terkoordinasi, Gerakan terbatas, fisik lemah	1. Pergerakan ekstremitas meningkat	2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan
	2. Kekuatan otot meningkat	3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai
	3. Rentan gerak sendi (ROM) meningkat	4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi
	4. Nyeri menurun	
	5. Cemas menurun	
	6. Kaku sendi menurun	
	7. Gerakan tidak terkoordinasi menurun	
	8. Gerakan terbatas menurun	Terapeutik 1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu
	9. Kelemahan fisik menurun	2. Fasilitasi melakukan

pergerakan, jika
perlu.

3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan
4. Lakukan Latihan Range Of Motion (ROM) pasif/aktif sesuai kondisi pasien

Edukasi

1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi
2. Anjurkan mobilisasi dini
3. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi

untuk membantu
pasien dalam
meningkatkan
pergerakan

5. Lakukan Latihan
Range Of
Motion (ROM)
pasif/aktif sesuai
kondisi pasien

6. Anjurkan
Latihan
dilakukan secara
bertahap dan
rutin

**Intervensi Pendukung
Manajemen Nutrisi
(I.03119)**

Observasi

1. Identifikasi
status nutrisi
Identifikasi
alergi dan

intoleransi

makanan

2. Identifikasi

makanan yang di

sukai

Identifikasi

kebutuhan kalori

dan jenis protein

3. Monitor asupan

makanan

4. Monitor berat

badan

Terapeutik

1. Lakukan oral

hygiene sebelum

makan, jika

perlu

2. Berikan

makanan tinggi

serat untuk

mencegah

konstipasi

Edukasi

1. Anjurkan posisi duduk, jika perlu
2. Ajarkan diet yang diprogramkan

sumber : (SDKI PPNI,2017) ; (SLKI PPNI, 2017) ; (SIKI PPNI, 2017).

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan rangkaian tindakan yang dilakukan perawat untuk membantu klien mengatasi masalah kesehatannya sehingga mencapai kondisi kesehatan yang lebih baik sesuai dengan kriteria hasil yang telah ditetapkan. Implementasi adalah bentuk pelaksanaan dari rencana tindakan yang disusun untuk mencapai tujuan tertentu. Tahap pelaksanaan dimulai setelah rencana tindakan dibuat dan diarahkan pada instruksi keperawatan guna membantu klien mencapai hasil yang diharapkan. Oleh karena itu, tindakan yang telah direncanakan secara spesifik dilaksanakan untuk mengubah atau memperbaiki faktor-faktor yang memengaruhi masalah kesehatan klien.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah tahap akhir dalam proses keperawatan yang dilakukan untuk menilai sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan telah berhasil dicapai. Dalam pelaksanaannya, perawat perlu memiliki pengetahuan dan keterampilan untuk memahami respons pasien terhadap intervensi keperawatan, mampu menarik kesimpulan mengenai tingkat pencapaian tujuan yang telah ditetapkan, serta dapat

mengaitkan tindakan keperawatan yang dilakukan dengan kriteria hasil yang diharapkan. (Evaluasi, n.d.).

Evaluasi keperawatan merupakan fase terakhir dari perawatan keperawatan, di mana perawat mengevaluasi reaksi pasien terhadap intervensi dan implementasi yang diberikan. Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI), yang berfungsi sebagai dasar untuk evaluasi keperawatan dan menguraikan serta menentukan hasil keperawatan yang diharapkan berdasarkan diagnosis keperawatan yang diterima (SLKI PPNI, 2022).

Evaluasi keperawatan dapat dilakukan menggunakan format berikut SOAP (Polopadang and Hidayah, 2019):

- a. Subjektif (S), yaitu mendokumentasikan keluhan pasien yang tetap ada setelah implementasi keperawatan.
- b. Objectif (O), yaitu informasi yang diperoleh dari pengamatan jangka panjang dan korespondensi mengenai interaksi dengan pasien.\
- c. Analisis (A), yaitu temuan dari sumber subjektif dan objektif (sering kali disajikan sebagai masalah keperawatan). Ketika respons pasien selaras dengan pencapaian hasil yang diharapkan, perawat dapat menilai apakah tujuan telah tercapai. Hasil yang diharapkan hanya sebagian berhasil, artinya tujuan hanya tercapai sebagian. Tujuan tidak tercapai jika hasil dan respons pasien masih belum terdapat perubahan.
- d. Planning (P), yaitu strategi perencanaan keperawatan yang akan dilaksanakan ditambahkan, dihentikan, diubah, atau dipertahankan dalam perencanaan tindakan keperawatan yang sudah ditetapkan sebelumnya berdasarkan analisis.