

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Penyakit Stroke Iskemik

2.1.1 Definisi

Stroke adalah penyakit gangguan fungsional otak berupa kelumpuhan pada saraf (*deficit neurologic*) yang disebabkan oleh gangguan aliran darah pada salah satu bagian otak. Pada stroke iskemik, aliran darah ke otak terhenti karena adanya bekuan darah yang menyumbat pembuluh darah (Tamburian et al., 2020).

Stroke Iskemik merupakan gangguan pada system otak yang terjadi secara tiba-tiba, yang dapat menyebabkan penurunan fungsi neurologis lainnya yang terjadi lebih dari 24 jam (Hariyanto, 2015).

Stroke iskemik adalah kondisi dimana tersumbatnya arteri servikal atau serebral yang mengakibatkan matinya jaringan otak karena aliran darah terganggu di bagian otak. Beberapa definisi dapat disimpulkan bahwa stroke iskemik merupakan gangguan fungsional otak yang disebabkan karena aliran darah ke otak terganggu sehingga menyebabkan adanya bekuan darah yang menyumbat pembuluh darah dan terjadi secara tiba tiba (Mutiarasari, 2019)

Dari beberapa definisi stroke diatas dapat disimpulkan bahwa stroke merupakan hilangnya fungsi otak secara mendadak akibat gangguan suplai oksigen dapat berupa emboli dan thrombosis sehingga sel-sel otak akan kekurangan darah dan oksigen yang pada akhirnya

terjadi kematian pada sel-sel otak.

2.1.2 Klasifikasi

Klasifikasi dari penyakit stroke Menurut Yueniwati (2016), diantaranya yaitu :

1) Stroke Iskemik

Stroke Iskemik yaitu tersumbatnya pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ke otak sebagian atau keseluruhan terhenti. Stroke iskemik secara umum diakibatkan oleh aterosklerosis pembuluh darah serebral, baik yang besar maupun yang kecil. Pada stroke iskemik penyumbatan bisa terjadi disepanjang jalur pembuluh darah arteri yang menuju ke otak. Darah ke otak disuplai oleh dua arteri karotis interna dan dua arteri vertebralis. Arteri-arteri ini merupakan cabang dari lengkung aorta jantung. Suatu ateroma (endapan lemak) bisa terbentuk di dalam pembuluh darah arteri karotis sehingga menyebabkan berkurangnya aliran darah. Keadaan ini sangat serius karena setiap pembuluh darah arteri karotis dalam keadaan normal memberikan darah kesebagian besar otak. Endapan lemak juga bisa terlepas dari dinding arteri dan mengalir di dalam darah kemudian menyumbat arteri yang lebih kecil. Stroke Iskemik terdiri dari tiga macam yaitu :

a) Stroke Emboli

Bekuan darah atau plak yang terbentuk di dalam jantung atau pembuluh arteri besar yang terangkut menuju otak.

b) Stroke Trombolik

Bekuan darah atau plak yang terbentuk di dalam pembuluh arteri yang mensuplai darah ke otak.

c) Stroke Hipoperfusi

Yaitu jenis stroke yang disebabkan berkurangnya aliran darah ke seluruh bagian tubuh karena adanya gangguan denyut jantung.

2) Stroke Hemoragik

Stroke hemoragik disebabkan oleh perdarahan di dalam jaringan otak (disebut hemoragia intraserebrum atau hematoma intraserebrum) atau perdarahan ke dalam ruang subarachnoid, yaitu ruang sempit antara permukaan otak dan lapisan jaringan yang menutupi otak (disebut hemoragia subarachnoid). Stroke hemoragik merupakan jenis stroke yang paling mematikan yang merupakan sebagian kecil dari keseluruhan stroke yaitu sebesar 10-15% untuk perdarahan intraserebrum dan sekitar 5% untuk perdarahan subarachnoid. Stroke hemoragik dapat terjadi apabila lesi vaskular intra serebrum mengalami rupture sehingga terjadi perdarahan ke dalam ruang subarachnoid atau langsung ke dalam jaringan otak. Sebagian dari lesi vaskular yang dapat menyebabkan perdarahan subarachnoid adalah aneurisma sarkular dan malformasi arteriovena. (Suandari, 2021).

2.1.3 Etiologi

Stroke dibagi menjadi dua yaitu stroke iskemik dan stroke hemoragik :

1) Stroke Iskemik

Stroke jenis ini terjadi ketika arteri ke otak menyempit atau terhambat yang menyebabkan berkurangnya aliran darah (iskemia).

Stroke iskemik dibedakan menjadi dua, yaitu:

a) Stroke trombotik

Terjadi ketika gumpalan darah (thrombus) terbentuk di salah satu arteri yang memasok darah ke otak. Gumpalan tersebut disebabkan adanya plak (deposit lemak) yang menumpuk di arteri dan menyebabkan berkurangnya aliran darah (aterosklerosis) (Haryono & Utami, 2019).

b) Stroke emboli

Terjadi ketika gumpalan darah (embolus) menyebar dari otak melalui aliran darah. Stroke emboli berkembang setelah oklusi arteri oleh embolus yang terbentuk di luar otak. Embolus disebabkan oleh jantung setelah infark miokardium atau fibrilasi atrium, dan embolus yang merusak arteri karotis atau aorta (Corwin, 2009 dalam Haryono & Utami, 2019). Keadaan-keadaan yang dapat menimbulkan emboli:

a) Penyakit jantung reumatik.

b) *Infark miokardium*.

c) Fibrilasi dan keadaan aritmia dapat membentuk gumpalan-gumpalan kecil yang dapat menyebabkan emboli cerebri.

d) Endokarditis : menyebabkan gangguan pada endokardium.

2) Stroke Hemoragik

Stroke jenis ini terjadi akibat pecahnya pembuluh darah di otak atau

mengalami kebocoran. Faktor predisposisi stroke hemoragik yang utama adalah peningkatan tekanan darah yang menyebabkan perubahan struktur pada pembuluh darah. Peningkatan tekanan darah yang mendadak dapat menyebabkan pembuluh darah pecah. Selain itu, pendarahan otak juga dapat disebabkan oleh overtreatment dengan antikoagulan (pengencer darah), serta melemahnya dinding pembuluh darah (aneurisma). Adapun jenis stroke hemoragik antara lain:

- a) Perdarahan intraserebral, yaitu kondisi ketika pembuluh darah di otak pecah dan menyebar ke jaringan otak di sekitarnya sehingga menyebabkan rusaknya sel-sel otak. Perdarahan intraserebral dapat disebabkan oleh tekanan darah tinggi, trauma, malformasi vascular, dan penggunaan obat pengencer darah.
- b) Perdarahan Subaraknoid, disebabkan oleh aneurisma serebral atau kelainan arteri pada dasar otak. Aneurisma serebral merupakan area kecil bulat atau tidak teratur yang mengalami pembengkakan di arteri. Parahnya pembengkakan ini menyebabkan dinding pembuluh darah melemah dan rawan pecah. Aneurisma serebral pada beberapa penderita dialami sejak lahir dengan perkembangan yang lambat (Dewi, 2022).

2.1.4 Manifestasi Klinis

Untuk mencegah Stroke Iskemik berdampak buruk, perlu mengetahui gejala-gejala yang biasanya terjadi pada penderita. Manifestasi klinis stroke tanda dan gejala yang sering muncul yaitu :

1) Senyum tidak simetris

Gejala atau ciri utama yang sering dirasakan oleh orang-orang sebelum terkena serangan stroke yaitu senyum tidak simetris. Senyum tidak simetris berarti seseorang saat tersenyum hanya mengarah pada satu sisi. Gejala senyum tidak simetris membuat seseorang cenderung sering tersedak dan kesulitan untuk minum.

2) Gerakan tangan dan kaki menjadi lemah

Penyakit stroke identik dengan kelumpuhan pada bagian tubuh tertentu atau bahkan keseluruhan. Gejala atau gerak tubuh melemah secara mendadak menjadi pertanda datangnya penyakit stroke. Orang yang tubuhnya mendadak melemah biasanya cenderung lemas dan susah untuk bergerak.

3) Bicara menjadi pelo/sulit

Bicara pelo/tiba-tiba tidak dapat bicara/tidak mengerti kata-kata/bicara tidak nyambung. Penderita stroke biasanya mendadak kesulitan berbicara ataupun kata yang diucapkan tidak jelas orang-orang menyebut gejala ini sebagai pelo.

4) Kebas/baal-baal seisi tubuh

Kebas pada tubuh juga menjadi salah satu gejala stroke yang umum dialami oleh penderitanya. Tidak hanya kebas, penderita stroke akan mengalami gejala seperti separuh tubuh terasa kesemutan sehingga sulit untuk dikendalikan hingga digerakkan.

5) Rabun/gangguan penglihatan

Rabun pada mata yang terjadi secara tiba-tiba bisa juga menjadi pertanda datangnya penyakit stroke. Gejala ini perlu diperiksa lebih lanjut untuk memastikan apakah rabun biasa atau petanda timbulnya penyakit stroke.

6) Sakit kepala hebat

Sakit kepala hebat yang belum pernah dirasakan sebelumnya turut menjadi tanda timbulnya penyakit stroke. Rasa pusing sebagai gejala stroke disertai dengan Tremor hingga sempoyongan. Gejala ini dipicu oleh gangguan keseimbangan pada tubuh sehingga terasa berputar dan gerakan sulit dikoordinasi (Dinas Kesehatan , 2022)

7) Sudah menetap atau permanen

Menurut (Tarwoto, 2013) manifestasi klinis stroke tergantung dari sisi mana yang terkena, rata – rata serangan, ukuran lesi dan adanya *sirkulasi kolateral*. Berikut gejala klinis stroke iskemik :

- a) Kelumpuhan wajah atau anggota wajah sebelah (*hemiparesis*) atau hemiplegia (*paralysis*) yang timbul secara mendadak. Kelumpuhan terjadi akibat adanya kerusakan pada area motorik di korteks bagian frontal, kerusakan ini bersifat *kontralateral* artinya jika terjadi kerusakan pada *hemisfer* kanan maka kelumpuhan otot pada sebelah kiri. Pasien juga akan kehilangan kontrol otot velunter dan sensorik sehingga pasien tidak dapat melakukan *ekstensi* maupun *fleksi*.

b) Gangguan sensibilitas pada satu atau lebih anggota badan

Gangguan sensibilitas terjadi karena kerusakan sistem saraf otonom dan gangguan saraf sensorik.

c) Penurunan Kesedaran (*Konfusi, delirium, letargi, stupor, atau koma*)

Terjadi akibat pendarahan, kerusakan otak kemudian menekan batang otak atau terjadinya gangguan metabolik otak akibat hipoksia.

d) *Afasia* (Kesulitan dalam berbicara)

Afasia merupakan defisit pada kemampuan komunikasi bicara, termasuk dalam membaca, menulis memahami bahasa. Afasia terjadi jika terdapat kerusakan pada area pusat bicara primer yang berada pada hemisfer kiri dan biasanya terjadi pada stroke dengan gangguan pada arteri middle serebral kiri. Pembagian afasia ada 3 bagian yaitu:

(1) *Afasia* motorik sensorik

Afasia motorik atau ekspresif terjadi jika area pada area *broca*, yang terletak pada lobus frontal otak. Pada afasia jenis ini pasien dapat memahami lawan bicara tetapi pasien tidak dapat mengungkapkan lewat bicara.

(2) *Afasia* Sensorik

Afasia ini terjadi karena kerusakan pada area *wernicke*, yang terletak pada lobus temporal. Pada afasia sensorik pasien tidak mampu menerima stimulasi pendengaran, tetapi pasien

mampu mengungkapkan pembicaraan, sehingga respon pembicaraan pasien tidak nyambung (*koheren*).

(3) *Afasia Global*

Afasia ini terjadi akibat kerusakan yang luas pada otak, sehingga afasia jenis ini merupakan afasia paling berat. Pada afasia global pasien akan kesulitan, bahkan tidak mampu membaca, menulis, serta memahami perkataan orang lain.

e) *Inkontinensia*

Inkontinensia baik bowel maupun bladder sering terjadi, hal ini dikarenakan terganggunya saraf yang mensyarafi *bladder* dan *bowel*.

f) *Disartia* (Bicara cedal atau pelo)

Merupakan kesulitan bicara terutama dalam artikulasi sehingga ucapannya menjadi tidak jelas. Namun demikian pasien dapat memahami pembicaraan, menulis, mendengarkan maupun membaca. *Disartia* terjadi karena kerusakan *nervus kranial* sehingga terjadi kelemahan dari otot, bibir, lidah dan laring. Klien juga terdapat kesulitan dalam mengunyah dan menelan.

g) *Disfagia*

Disfagia atau kesulitan menelan terjadi karena kerusakan *nervus kranial IX*. Selama menelan bolus di dorong oleh lidah dan *glotis* menutup kemudian makanan masuk ke *esofagus*.

h) *Vertigo*, mual, muntah dan nyeri kepala

Hal ini terjadi karena adanya peningkatan tekanan intrakranial,

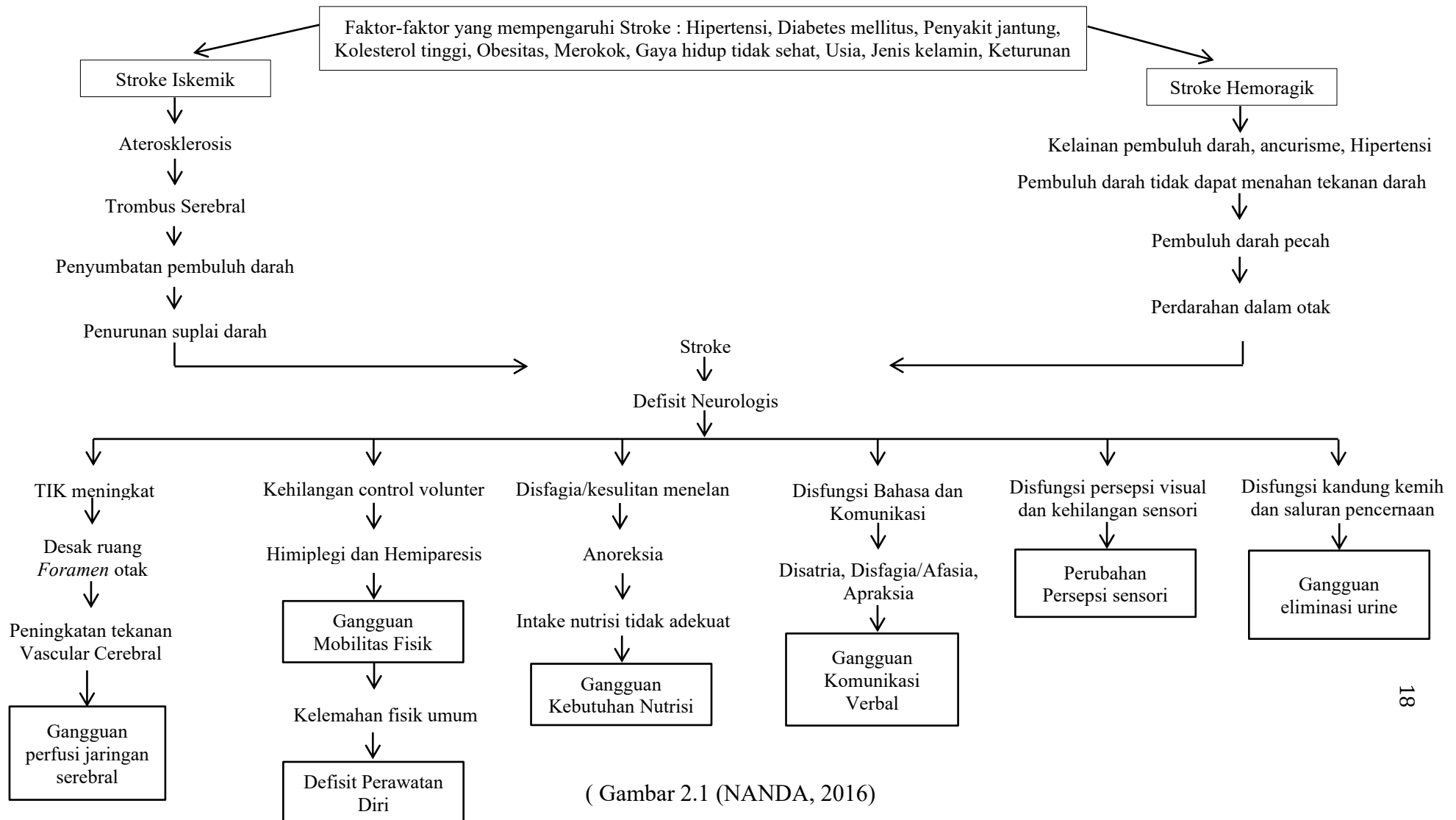
edema.

i) Gangguan penghilatan, *diplopia*

Kehilangan penglihatan atau juga pandangan pasien menjadi ganda, gangguan lapang pandang pada salah satu sisi. Hal ini terjadi karena kerusakan pada *lobus temporal* dan parietal yang dapat menghambat serat saraf optik pada korteks *oksipital*. Gangguan penglihatan juga dapat disebabkan karena kerusakan pada saraf kranial III, IV dan VI.

2.1.5 Patofisiologi

1) Skema



2) Uraian

Faktor yang mempengaruhi terjadinya Stroke yaitu Hipertensi, Diabetes mellitus, Penyakit jantung, Kolesterol tinggi, obesitas, Merokok, Gaya hidup tidak sehat, Usia, Jenis kelamin, Keturunan. Stroke ada dua jenis yaitu Stroke Iskemik dan Stroke *Hemoragic*. Faktor terjadinya Stroke yaitu penumpukan lemak, kolesterol di dinding pembuluh darah (aterosklerosis) yang berakibat tersumbatnya aliran darah di pembuluh darah otak, sehingga pembuluh darah mengalami oklusi (adanya sumbatan) dan mengakibatkan iskemik jaringan otak (penurunan suplai darah). Faktor terjadinya Stroke *hemoragik* yaitu kelainan pembuluh darah, aneurisme, hipertensi yang dapat mengakibatkan pembuluh darah tidak bisa menahan tekanan darah sehingga terjadi pecahnya pembuluh darah yang berakibat terjadinya perdarahan dan Aliran darah ke otak menurun yang mengakibatkan sel-sel di dalam otak mati. Kedua factor tersebut dapat menimbulkan *deficit neurologis* (saraf – saraf) di otak, diantaranya menyebabkan gangguan aliran darah ke otak dan penurunan *suplai* darah dan *oksigen* sehingga muncul **gangguan perfusi jaringan serebral**. Salah satu akibatnya yaitu TIK meningkat dan mendesak ruang *foramen* di otak sehingga terjadi peningkatan tekanan *vascular serebral* dan menimbulkan nyeri kepala. Pada daerah *ekstremitas* terjadi kehilangan control *volunter* atau kelemahan otot – otot tubuh sehingga menimbulkan *hemiplegi* dan *hemiparesis* akibat *lesi* pada pada sisi otak yang

berlawanan dan menyebabkan kelumpuhan pada sisi tersebut, baik kelemahan pada wajah, lengan, ataupun kaki sehingga munculnya masalah **gangguan mobilitas fisik**. Jika terjadi kelemahan fisik secara total akan menimbulkan masalah **defisit perawatan diri**, karena tidak mampu lagi melaksanakan ADL (Activity Daily Living). Kelemahan kontrol otot fasial/wajah berakibat pada disfungsi komunikasi dan Bahasa, disfasia/afasia, disatria (kehilangan kemampuan berbicara) sehingga muncul masalah **kerusakan komunikasi verbal**. Kerusakan neurologis juga berpengaruh terhadap perubahan ketajaman sensori pada penciuman, penglihatan atau pengecap, mengakibatkan **gangguan perubahan persepsi sensori**. Pada saluran pencernaan atas klien mengalami kesulitan menelan atau disfagia sehingga menimbulkan anoreksia, akibatnya intake makanan atau nutrisi tidak adekuat sehingga muncul masalah gangguan **kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan**. Pada saluran pencernaan bawah mengalami gangguan eliminasi alvi dan terjadi disfungsi pada kandung kemih akibat kelemahan otot fonger sehingga menimbulkan masalah **gangguan eliminasi urine**.

2.1.6 Komplikasi

Stroke merupakan penyakit yang mempunyai risiko tinggi terjadinya komplikasi medis, adanya kerusakan jaringan saraf pusat yang terjadi secara dini pada stroke, sering diperlihatkan adanya gangguan kognitif, fungsional, dan defisit sensorik. Pada umumnya Klien pasca stroke memiliki komorbiditas yang dapat meningkatkan risiko komplikasi medis sistemik selama pemulihan stroke. Komplikasi medis sering terjadi dalam beberapa minggu pertama serangan stroke. Pencegahan, pengenalan dini, dan pengobatan terhadap

komplikasi pasca stroke merupakan aspek penting. Beberapa komplikasi stroke dapat terjadi akibat langsung stroke itu sendiri, imobilisasi atau perawatan stroke. Hal ini memiliki pengaruh besar pada luaran Klien stroke sehingga dapat menghambat proses pemulihan neurologis dan meningkatkan lama hari rawat inap di rumah sakit. Komplikasi jantung, pneumonia, tromboemboli vena, demam, nyeri pasca stroke, disfagia, inkontinensia, dan depresi adalah komplikasi sangat umum pada Klien stroke (Mutiarasari, 2019) dalam (Suandari, 2021)

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Stroke

2.2.1 Pengkajian

Pengkajian Keperawatan merupakan tahap awal dari proses keperawatan. Pengkajian dilakukan melalui wawancara dan pemeriksaan fisik. Dalam melakukan pengkajian dibutuhkan kecermatan dan ketelitian agar data yang terkumpul lebih akurat, sehingga dapat dikelompokkan dan dianalisis untuk mengetahui masalah dan kebutuhan Klien terhadap perawatan (Ditasari, 2022).

1) Identitas Klien

Biasanya meliputi nama, umur (kebanyakan pada usia tua), jenis kelamin (biasanya sering terjadi pada laki-laki), pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan MRS, nomer registreasi dan diagnosa medis.

2) Keluhan Utama

Keluhan yang dirasakan atau sangat mengganggu pada saat di rumah dan di rumah sakit. Berisi tentang keluhan klien pada saat dilakukan pengkajian yang dikembangkan melalui metode PQRST.

P (provokatus-paliatif) : Apa yang menyebabkan gejala ? Apa yang bisa memperberat ? Apa yang bisa mengurangi ?

Q (quality-quantity) : Bagaimana gejala dirasakan ? Sejauh mana gejala dirasakan ?

R (regio-radiasi) : Dimana gejala dirasakan ? Apakah menyebar?

S (scala-serverity) : Seberapa parah tingkat keparahan yang dirasakan ? Pada skala berapa?

T (time) : Kapan gejala mulai timbul ? Seberapa sering gejala dirasakan ? Tiba-tiba atau bertahap? Seberapa lama gejala dirasakan?

3) Riwayat Penyakit Sekarang

Serangan stroke berlangsung secara tiba – tiba, mungkin saat klien sedang melakukan aktifitas ataupun sedang beristirahat. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah, bahkan kejang sampai tidak sadarkan diri, selain gejala kelumpuhan sebagian badan atau gangguan fungsi otak lainnya. (Ratnasari, 2020)

4) Riwayat Penyakit Dahulu

Adanya riwayat hipertensi, riwayat stroke sebelumnya, riwayat diabetes melitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, dan obesitas. (Ratnasari, 2020)

5) Riwayat Penyakit Keluarga

Apakah ada riwayat keluarga yang memiliki hipertensi, diabetes melitus atau adanya riwayat stroke dari generasi sebelumnya.
(Ratnasari, 2020)

6) Riwayat Pengobatan Sebelumnya

- a) Kapan Klien mendapatkan pengobatan sehubungan dengan sakitnya
- b) Jenis, warna dan dosis obat yang di minum.
- c) Berapa lama Klien menjalani pengobatan sehubungan dengan penyakitnya
- d) Kapan Klien mendapatkan pengobatan terakhir (Hasyim, 2022)

7) Pola-pola Kesehatan

a) Pola nutrisi

Adanya kesulitan pada saat Klien menelan, nafsu makan menurun, mual dan muntah pada fase akut (Muttaqin, 2008).

b) Pola eliminasi

Biasanya terjadi inkontinensia urine dan pada pola defekatif biasanya akan terjadi konstipasi karena akibat penurunan peristaltik usus (Muttaqin, 2008).

c) Pola aktivitas

Adanya kesusahan dalam melakukan aktivitas karena Klien mengalami kelemahan, kehilangan sensori dan paralisme, mudah lelah (Tarwoto, 2013).

d) Pola istirahat

Biasanya Klien cenderung mengalami kesusahan untuk tidur karena kerusakan otot/nyeri otot (Tarwoto, 2013).

e) Pola Hubungan dan peran

Terdapat perubahan hubungan dan peran karena Klien mengalami kesulitan dalam komunikasi akibat dari gangguan bicara.

f) Pola persepsi dan konsep diri

Klien merasa sudah tidak berguna lagi, tidak berdaya, tidak ada harapan lagi, mudah marah, tidak kooperatif.

g) Pola sensori dan kognitif

Pada pola ini klien akan mengalami gangguan penglihatan/kekaburan dalam pandangan, sentuhan menurun pada wajah sampai dengan ekstermitas yang terasa sakit. Pada pola kognitif biasanya akan terjadi penurunan memori dan proses pikir (Tarwoto, 2013).

h) Pola produksi seksual

Biasanya Klien akan mengalami penurunan gairah seksual akibat beberapa pengobatan, seperti obat anti kejang, anti hipertensi.

i) Pola penanggulangan stress

Paien biasanya akan mengalami kesulitan untuk memecahkan suatu masalah karena dia mengalami gangguan pola pikir dan kesulitan saat berkomunikasi.

j) Pola tata nilai kepercayaan

Klien biasanya akan jarang melakukan ibadah karena keadaannya yang tidak stabil, kelemahan atau kelumpuhan pada salah satu

bagian tubuhnya (Sarani , 2021).

8) Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik yang dilakukan adalah pemeriksaan keadaan umum (tingkat kesadaran, GCS, TTV, BB, & TB, Suhu), terdapat pemeriksaan fisik dilakukan secara sistematis (inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi), serta dilakukan secara head to toe (kepala samapai kaki) dan review of system (sistem tubuh) (Khanza, 2022).

a) Keadaan Umum

b) klien yang mengalami gangguan muskuloskeletal keadaan umumnya lemah. Timbang berat badan klien, adakah gangguan penyakit karena obesitas atau mal nutrisi.

c) Kesadaran

d) Klien stroke biasanya akan mengalami tingkat kesadaran somnolen, apatis, spor, sporos coma dengan GCS <2 terjadi pada awal terserangnya stroke. Setelah pemulihan biasanya akan memiliki tingkat kesadaran yang lateragi dan compos metis dengan nilai GCS 13-15.

e) Tanda-tanda Vital

(1) Tekanan darah biasanya Klien dengan stroke hemoragik memiliki darah tinggi dengan tekanan *systole* > 140 mmHg dan *diastole* > 80 mmHg

(2) Nadi: Nadi biasanya normal

(3) Pernafasan : biasanya Klien stroke mengalami gangguan pada

bersihan

jalan

napas

(4) Suhu : biasanya tidak ada masalah suhu pada Klien

(Ratnasari,2020)

9) Pemeriksaan *headtotoe*

a) Kepala

Mengetahui bagaimana penyebaran rambut, *alopesia*, kebersihan kepala, benjolan abnormal, dan hematoma, yang dapat diindikasikan adanya trauma kepala. Biasanya terdapat nyeri tekan yang bisa diindikasikan pada tekanan intrakranial (Tarwoto, 2013).

b) Kepala/wajah

Terdapat hemiparesis / hemiplegia, wajah mencong ke arah salah satu sisi, wajah pucat. Biasanya tidak terdapat nyeri tekan (Tarwoto, 2013).

c) Mata

Biasanya *konjungtiva* pucat akibat kurangnya suplai darah ke jaringan yang diakibatkan kerja jantung yang menurun sekunder terhadap penurunan kesadaran, pupil anisokor dapat ditemukan pada klien yang mengalami penurunan kesadaran, penglihatan dan lapang pandang kurang pada sisi yang sakit yang diakibatkan gangguan saraf ke III, IV, VI sehingga terjadi *paralisis* pada sisi *otot okularis* yang sakit (Tarwoto, 2013).

d) Hidung

Biasanya simetris kiri dan kanan, terpasang oksigen, tidak ada

pernapasan cuping hidung. Pada pemeriksaan nervus I (olfaktorius) : kadang ada yang bisa menyebutkan bau yang diberikan perawat namun ada juga yang tidak, dan biasanya ketajaman penciuman antara kiri dan kanan berbeda dan pada nervus VIII (akustikus) : biasanya pada Klien yang tidak lemah anggota gerak atas, dapat melakukan keseimbangan gerak tangan-hidung

e) Telinga

Biasanya daun pendengaran ada *tinnitus* (bunyi berdenging atau berdesis pada telinga) (Tarwoto, 2013).

f) Mulut dan gigi

Biasanya mulut mencong ke salah satu wajah dan penurunan koordinasi gerakan mengunyah akibat paralisis saraf Trigemini (Saraf V), gangguan saraf IX, dan X yang mengakibatkan kurang baiknya kemampuan menelan dan kesulitan membuka mulut terdapat *sianosis* akibat penurunan oksigen. Kebersihan rongga mulut dan gigi terganggu karena kelemahan fisik yang mengakibatkan klien kesulitan dalam membersihkan secara mandiri, *disartia*, *afasia* (Tarwoto, 2013).

g) Leher

Jarang terjadi kaku kuduk, tidak terdapat benjolan, tidak terdapat pembesaran tyroid, tidak terdapat pembesaran vena jugularis raba adanya pembesaran kelenjar tyroid (Tarwoto, 2013).

10) Pemeriksaan Thorak

a) Paru-paru

Bentuk *thoraks* biasanya normal atau adalah kelainan seperti

pigeon chest (bentuk dada burung), *funnel chest* (bentuk dada cekung), *barrel chest* (mengembung), pemeriksaan dada frekuensi pernapasan, biasanya bunyi normal (sonor) Auskultasi trakea suara yang didengar adalah *bronchial*, auskultasi bronkus suara yang didengar adalah *bronkovesikuler*, dan auskultasi paru terdengar suara vesikuler. Pernafasan pada pasien stroke kadang didapatkan suara nafas terdengar *ronchi*, *wheezing* ataupun suara nafas tambahan, pernafasan tidak teratur akibat penurunan refleks batuk dan menelan (Tarwoto, 2013).

b) Jantung

Suara jantung pada pasien biasanya normal (pekak). Biasanya ictus cordis teraba, suara jantung pertama (S1) terdengar bunyi "lub", suara jantung kedua (S2) terdengar bunyi "dub" dan suara jantung tambahan (S3 dan S4), Jika terdengar bunyi S3 berarti jantung normal, jika sebaliknya pertanda adanya kegagalan jantung (Tarwoto, 2013).

11) Abdomen

Biasanya perut datar, terdapat penurunan peristaltik usus akibat bedrest yang lama, tidak terdapat benjolani, tidak ada nyeri tekan (Tarwoto, 2013).

12) Ekstremitas

a) Atas

Biasanya terpasang infus bagian dextra/sinistra. CRT biasanya normal yaitu < 2 detik. Pada pemeriksaan nervus XI (aksesorius)

biasanya Klien stroke hemoragik tidak dapat melawan tahanan pada bahu yang diberikan perawat. Pada pemeriksaan reflek, biasanya saat siku di ketuk tidak ada respon apa-apa dari siku, tidak fleksi maupun ekstensi (reflek bicep (-)) dan pada pemeriksaan tricep respon tidak ada fleksi dan supinasi (reflek bicep (-)). Sedangkan pada pemeriksaan reflek hoffman tromer biasanya jari tidak mengembang ketika diberi reflek (reflek Hoffman tromer (+)).

b) Bawah

Pada pemeriksaan reflek, biasanya saat pemeriksaan bluedzensky kaki kiri Klien fleksi (bluedzensky(+)). Pada saat telapak kaki di gores biasanya jari tidak mengembang (reflek babinsky (+)). Pada saat dorsum pedis di gores biasanya jari kaki juga tidak berespon (reflek caddok (+)). Pada saat tulang kering digurut dari atas ke bawah biasanya tidak ada respon fleksi atau ekstensi (reflek openheim (+)) dan pada saat betis diremas dengan kuat biasanya Klien tidak merasakan apa- apa (reflek gordon (+)). Pada saat dilakukan reflek patella biasanya femur tidak bereaksi saat di ketukkan (reflek patella(+)).

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penelitian klinis mengenai resnpon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang didalamnya baik yang berlangsung actual maupun potensial (PPNI, 2018). Berikut diagnose keperawatan pada klien

dengan stroke iskemik menurut (SDKI, 2017) :

1) Gangguan perfusi jaringan serebral (D.0009)

Definisi : Beresiko mengalami penurunan sirkulasi darah ke otak

Penyebab :

- a) Hiperglikemia
- b) Penurunan konsentrasi himoglobin
- c) Peningkatan Tekanan Darah
- d) Kekurangan volume cairan
- e) Penurunan aliran arteri dan/atau vena
- f) Kurang terpapar informasi tentang faktor pemberat
(mis.merokok,gayahidup,monoton,trauma,obesitas,asupan
garam,imobilisasi)
- g) Kurang terpapar informasi tentang proses penyakit (mis diabetes
melitus, hiperlipidemia)

Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif (tidak tersedia)	Objektif
	1. Pengisian Kapiler<3 detik
	2. Nadi perifer menurun atau tidak teraba
	3. Akral teraba dingin
	4. Warna kulit pucat
	5. Turgor kulit menurun

Gejala dan Tanda minor

Subjektif	Objektif
1. Parastesia	1. Edema
2. Nyeri ekstremitas (klaudikasi intermiten)	2. Penyembuhan Luka lambat
	3. Indeks ankle-brachial < 0,90
	4. Bruit femoral

2) Defisit perawatan diri (D.0109)

Definisi : Tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri.

Penyebab :

- a) Gangguan muskulosekeletal
- b) Gangguan neuromaskular
- c) Kelemahan
- d) Gangguan psikologis dan/atau psikotik
- e) Penurunan motivasi minat

Gejala Dan Tanda Mayor

Subjektif	Objektif
1. Menolak melakukan perawatan diri	1. Tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/makan/ke toilet/berhias secara mandiri
	2. Minat melakukan perawatan diri kurang

Gejala dan Tanda Minor

Subjektif	Objektif
(tidak tersedia)	(tidak tersedia)

3) Resiko Defisit Nutrisi (D.0032)

Definisi : Beresiko mengalami asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme.

Penyebab :

- a) Ketidakmampuan menelan makanan
- b) Ketidakmampuan mencerna makanan
- c) Ketidakmampuan mengabsorbsi nutrisi
- d) Faktor ekonomi
- e) Faktor psikologis

4) Gangguan komunikasi verbal

Definisi : Penurunan, perlambatan, atau ketiadaan kemampuan untuk

menerima, memproses, mengirim, dan/atau menggunakan sistem tombol.

Penyebab :

- a) Penurunan sirkulasi serebral
- b) Gangguan neuromuskuler
- c) Gangguan pendengaran
- d) Gangguan muskuloskeletal
- e) Kelainan platum
- f) Hambatan fisik (mis. Terpasang trakheostomi, intubasi, krikotiroidotomi)
- g) Hambatan individu (mis. Gangguan psikotik, gangguan konsep diri, harga diri rendah, gangguan emosi)
- h) Hambatan psikologis (mis. gangguan psikotik, gangguan konsep diri, harga diri rendah, gangguan emosi)
- i) Hambatan lingkungan (ketidacukupan informasi, ketiadaan orang terdekat, ketidaksesuaian budaya, bahasa asing)

Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif	Objektif
(tidak tersedia)	1. Tidak mampu berbicara Objektif atau tidak mendengar
	2. Menunjukkan respon tidak sesuai

Gejala dan Tanda Minor

Subjektif	Objektif
(tidak tersedia)	1. Afasia
	2. Disfasia
	3. Apraksia
	4. Disleksia
	5. Disatria
	6. Afonia

-
- | | |
|-----|----------------------------------|
| 7. | Dislalia |
| 8. | Pelo |
| 9. | Gagap |
| 10. | Tidak ada kontak mata |
| 11. | Sulit memahami komunikasi |
| 12. | Sulit memperthankan komunikasi |
| 13. | Sulit menggunakan ekspresi wajah |
-

5) Gangguan persepsi sensori (D.0085)

Definisi : perubahan persepsi terhadap stimulus baik internal maupun eksternal yang disertai dengan respon yang berkurang, berlebihan, atau terdistorsi.

Penyebab :

- a) Gangguan penglihatan
- b) Gangguan pendengaran
- c) Gangguan penghiduan
- d) Gangguan perabaan

Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif	Objektif
1. Mendengarkan suara bisikan atau melihat bayangan	1. Distorsi sensori
2. Merasakan sesuatu melalui indra perabaan, penciuman, atau pengecap	2. Respon tidak sesuai
	3. Bersikap seolah melihat, mendengar, mengecap, meraba, atau mencium sesuatu

Gejala dan Tanda Minor

Subjektif	Objektif
1. Menyatakan kesal	1) Menyendiri
	2) Melamun
	3) Konsentrasi buruk
	4) Disorientasi waktu, tempat, orang atau situasi
	5) Curiga
	6) Melihat ke satu arah
	7) Mondar mandir
	8) Bicara sendiri

6) Gangguan eliminasi urine (D.0040)

Definisi : kondisi ketika seseorang mengalami kesulitan buang air kecil atau berisiko tidak mampu berkemih.

Penyebab :

- a) Iritasi kandung kemih
- b) Penurunan kemampuan menyadari tanda – tanda gangguan
- c) Iritasi kandung kemih
- d) Efek tindakan medis dan diagnostic
- e) Kelemahan otot pelvis
- f) Ketidak mampuan mengakses toilet
- g) Hambatan lingkungan
- h) Ketidakmampuan mengakses toilet
- i) Hambatan lingkungan
- j) Ketidakmampuan mengkomunikaasikan kebutuhan eliminasi
- k) Outlet kandung kemih tidak lengkap
- l) Imaturitas

Subjektif	Objektif
1. Desakan berkemih	1. Distensi kandung kemih
2. Urine menetes	2. Berkemih tidak tuntas
3. Sering buang air kecil	3. Volume residu urin meningkat
4. Nokturia	
5. Mengompol	
6. Enuresis	

Gejala dan Tanda Mayor

Gejala dan Tanda Minor

Subjektif	Objektif
-----------	----------

(tidak tersedia)

(tidak tersedia)

7) Gangguan mobilitas fisik (D.0054)

Definisi : Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri.

Penyebab :

- a) Kerusakan integritas struktus tulang
- b) Perubahan metabolisme
- c) Ketidakbugaran fisik
- d) Penurunan kendali otot
- e) Penurunan masa otot
- f) Penurunan kekuatan otot
- g) Keterlambatan perkembangan
- h) Kekakuan sendi
- i) Kontraktur
- j) Malnutrisi
- k) Gangguan muskolasketal
- l) Gangguan neuromaskular
- m) Indeks masa tubuh diatas presentil ke-75 sesuai usia
- n) Efek agen farmakologis
- o) Program pembatasan gerak
- p) Nyeri
- q) Kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik Kecemasan
- r) Gangguan kognitif
- s) Keengganan melakukan pergerakan

t) Gangguan sensori persepsi

Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif	Objektif
1. Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas	1. Kekuatan otot menurun 2. Rentang Gerak (ROM) menurun

Gejala dan Tanda Minor

Subjektif	Objektif
1. Nyeri saat bergerak	1. Sendi kaku
2. Enggan melakukan pergerakan	2. Gerakkan tidak terkoordinasi
3. Merasa cemas saat bergerak	3. Gerakkan terbatas
	4. Fisik lemah

2.2.3 Intervensi Keperawatan

Perencanaan atau intervensi keperawatan adalah pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi, mengatasi masalah-masalah yang telah diidentifikasi dalam diagnosis keperawatan (Walid, 2019). Intervensi keperawatan harus spesifik dan dinyatakan dengan jelas. Pengelompokan seperti bagaimana, kapan, dimana, frekuensi, dan besarnya, menunjukkan isi dari aktivitas yang direncanakan. Intervensi keperawatan menurut (Tarwoto, 2013).

Menurut Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), intervensi dari diagnose Stroke Iskemik diatas adalah : intervensi keperawatan menurut (PPNI, 2018) :

Tabel 2.2 Diagnosa dan Intervensi SDKI,SLKI,dan SIKI

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	SLKI	SIKI	RASIONAL
1	Gangguan Perfusi Jaringan serebral berhubungan dengan peningkatan tekanan darah (D.0009)	Dengan dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perfusi jaringan kembali normal dengan kriteria hasil : 1) Klien tidak gelisah 2) Tidak ada keluhan nyeri kepala, mual dan kejang 3) GCS 4, 5, 6 4) Pupil isokor 5) Refleks cahaya (+) 6) TTV normal	Observasi : 1) Berikan penjelasan kepada keluarga klien tentang sebab peningkatan TIK dan akibatnya. 2) Kaji tingkat kesadaran dengan GCS 3) Monitor tanda-tanda vital Terapeutik : 4) Baringkan klien (bed rest) total dengan posisi tidur telentang tanpa bantal. 5) Bantu Klien untuk membtasi muntah, batuk,anjurkan klien menarik nafas apabila bergerak atau berbalik dari tempat tidur 6) Ajarkan klien untuk menghindari batuk dan mengejan berlebihan 7) Ciptakan lingkungan yang tenang dan batasi pengunjung Edukasi : 8) Anjurkan Klien untuk latihan kaki dan tangan Kolaborasi Kolaborasi : 9) pemberian terapi sesuai intruksi dokter,seperti :steroid, aminofel, antibiotika	1) Keluarga lebih berpartisipasi dalam proses penyembuhan 2) monitor tanda-tanda status neurologis dengan GCS 3) Untuk mengetahui keadaan umum klien 4) Aktivitas ini dapat meningkatkan tekanan intracranial dan intraabdoment dan dapat melindungi diri dari valsava 5) Batuk dan mengejan dapat meningkatkan tekanan intrkranial dan poteensial terjadi perdarahan ulang 6) Rangsangan aktivitas dapat meningktkan tekanan intracranial 7) Lingkungan yang tenang dapat membantu proses penyembuhan 8) Edukasi Klien untuk berlatih kaki dan tangan 9) Tujuan yang di berikan dengan tujuan: menurunkan premeabilitas kapiler,menurunkan edema serebri,menurunkan metabolic sel dan kejang

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	SLKI	SIKI	RASIONAL
2	Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan kelemahan neuromaskular (D.0109)	Setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 2x 24 jam terjadi perilaku peningkatan perawatan diri Kriteria hasil: klien menunjukkan perubahan gaya hidup untuk kebutuhan merawat diri, klien mampu melakukan aktivitas perawatan diri sesuai dengan tingkat kemampuan, mengidentifikasi personal masyarakat yang dapat membantu	Observasi : 1) Kaji kemampuan dan tingkat penurunan dalam skala 0 – 4 untuk melakukan ADL Terapeutik : 2) Hindari apa yang tidak dapat di lakukan oleh klien dan bantu bila perlu 3) Pertahankan dukungan pola pikir dan izinkan klien melakukan tugas, beri umpan balik yang positif untuk usahanya Edukasi : 4) Menyadarkan tingkah laku atau sugesti tindakan pada perlindungan kelemahan. 5) Rencanakan tindakan untuk deficit pengelihan dan seperti tempatkan makanan dan peralatan dalam suatu tempat, dekatkan tempat tidur ke dinding	1) Membantu dalam mengantisipasi dan merencanakan pertemuan kebutuhan individu 2) Klien dalam keadaan cemas dan tergantung hal ini di lakukan untuk mencegah frustasi dan harga diri klien 3) Klien memerlukan empati, tetapi perlu mengetahui perawatan yang konsisten dalam menangani klien, skaligus meningkatkan harga diriklien, memandirikan klien, dan menganjurkan klie untuk terus mencoba 4) Klien mampumelihat dan memakan makanan, akan mampu melihat kelaurmasuk orang ke ruangan
3	Resiko defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan dan mengunyah	Setelah diberikan tindakan keperawatan selama 3x24jam diharapkan klien mampu memenuhikebutuhan nutrisi. Dengan Kriteria hasil : 1) Intake makanan adekuat 2) Anemis tidak ada 3) Berat badan ideal 4) Tanda tanda vital normal 5) Hb dan tanda albumin	Observasi : 1) Monitor intake makanan Klien 2) Observasi NGT 3) Observasi selera, warna kulit Terapeutik : 1) Berikan makanan per NGT dengan teknik yang benar	1) Mengetahui keseimbangan nutrisi 2) Adekuatnya aliran masuk makanan 3) Mencegah terjadinya aspirasi 4) Mencegah muntah dan aspirasi 5) Tanda adanya nemih 6) Meningkatkan selera makan 7) Indicator status nutrisi 8) Mengetahui status nutrisi 9) Menganjurkan keluarga untuk selalu membantu Klien dalam memnuhi

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	SLKI	SIKI	RASIONAL
		normal	2) Berikan makanan cair tidak lebih dari 600cc sekali pemberian	kebutuhan nutrisi
		6) Lingkar Klien normal	3) Jaga kebersihan mulut Klien	10) Menganjurkan Klien agar tetap makan sedikit tapi sering
			4) Kaji tanda vital an bising usus	11) Pemberian transfuse darah dimungkinkan jika Hb berkurang
			5) Kaji lingkar lengan dan tonus otot	
			Edukasi :	
			1) Anjurkan keluarga untuk membantu memberikan nutrisi pada Klien	
			2) Anjurkan makan sedikit tapi sering	
			Kolaborasi :	
			1) Kolaborasi dengan medis dalam pemberian transfusedarah sesuai indikasi	
4	Gangguan Komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromaskular (D.0119)	Setelah di lakukan perawatan 3x24 jam di harapkan klien menunjuk kan peningkatan kemam- puan komunikasi verbal Kriteria hasil: 1) Keluarga mengungkapkan kan pelo yang di alami klien berkurang. 2) Klien berkomunikasi dengan jelas. 3) Klien tidak berbicara berulang-ulang untuk mengulang maksud yang sama.	Observasi : 1) Observasi kemampuan klien dalam berkomunikasi 2) Kaji kemampuan komunikasi adanya gangguan bahasa dan bicara. Terapeutik : 1) Ajak klien untuk berbicara dengan singkat	1) Mengetahui kemampuan klien dalam berkomunikasi 2) Mengetahui apakah ada gangguan bahasa dan bicara 3) Mengajak klien untuk berbicara 4) Mengajarkan klien untuk mempergunakan tangan dalam memperjelas bicara 5) Mendengarkn klien bicara 6) Menjelaskan pada klien tantang pentingnya latihan berbicara 7) Berkolaborasi dengan terapis wicara

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	SLKI	SIKI	RASIONAL
			dan jelas 2) Ajarkan pada klien untuk mempergunakan tangan untuk lebih memperjelas maksud pembicaraan 3) Dengarkan klien dengan penuh perhatian Edukasi : 1) Jelaskan pada klien tentang pen-tingnya untuk selalu melatih bicara/ vokalisasi Kolaborasi : 1) Konsul dengan terapis wicara	
5	Perubahan persepsi sensori berhubungan dengan gangguan penerimaan sensori (D.0085)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24jam diharapkan klien mampu mempertahankan fungsi sensori dengan kriteria hasil : 1) Mempertahankan tingkat kesadaran dan fungsi persepsi 2) Mendemonstrasikan tingkah laku untuk mengkompensasikan kekurangan	Observasi : 1) Kaji kemampuan persepsi Klien dan penerimaan sensorik Terapeutik : 1) Ciptakan lingkungan yang sederhana dan alat-alat yang berbahaya 2) Bantu Klien dalam aktivitas dan mobilitas untuk mencegah injuri Edukasi : 1) Orientai Klien pada	1) Menurunkan resiko cedera 2) Menghindari kebingungan 3) Menghindari kesalahan persepsi terhadap realitas 4) Memenuhi kebutuhan sehari-hari dan injuri

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	SLKI	SIKI	RASIONAL
			lingkungan staf dan prosedur tindakan	
6	Gangguan eliminasi Urine berhubungan dengan menurunnya sensasi, disfungsi, kognitif, kerusakan komunikasi (D.0040)	Setelah dilakukan tindakan 3x24 jam diharapkan klien mampu bak dengan normal dengan kriteria hasil : 1) Pola BAK normal 2) Klien dapat berkomunikasi sebelum BAK 3) Kulit bersih dan kering 4) Terhindar dari infeksi	Observasi : 1) Kaji kembali tipe inkontinensia dan polanya 2) Monitor hasil urinalisasi dan karakteristik urin Terapeutik : 1) Buat jadwal untuk BAK 2) Palpasi bladder terhadap adanya distensi 3) Berikan minum yang cukup 1500-2000ml jika tidak ada kontraindikasi 4) Lakukan perawatan kateter setiap hari Edukasi: 1) Anjurkan menghindari dari Klien minum sebelum tidur 2) Jaga privasi klien saat BAK	1) Menentukan rencana lebih lanjut 2) Melatih BAK lebih lanjut 3) Obstruksi saluran kemih kemungkinan dapat terjadi 4) Menghindari terjadinya infeksi 5) Memberikan rasa nyaman 6) Menghindari BAK saat teratur 7) Mengurangi secara dini infeksi saluran kemih 8) Mencegah batu saluran kemih
7	Gangguan Mobilitas Fisik Berhubungan dengan hemiparisis/hemiplegia (D.0054)	Dengan dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan Klien mampu melaksanakan aktivitas fisik sesuai dengan kemampuannya	Observasi : 1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2) Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum	1) Mengetahui adanya nyeri atau keluhan fisik lain 2) Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	SLKI	SIKI	RASIONAL
		Kriteria hasil: 1) Tidak terjadi kontraktur sendi. Bertambahnya kekuatan otot 2) Klien menunjukkan tindakan untuk meningkatkan mobilitas	memulai ambulasi 3) Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi Terapeutik 1) Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis. Tonkat,kruk) 2) Fasilitasi melakukan ambulasi dini 3) Libatkan keluarga untuk membantu Klien dalam 4) meningkatkan ambulasi Edukasi 1) Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi 2) Anjurkan untuk ,melakukan ambulasi dini 3) Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan	3) Memonitor kondisi umum selama melakukan aktifitas 4) Memfasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu 5) Memfasilitasi melakukan ambulasi dini 6) Melibatkan keluarga untuk membantu proses ambulasi 7) Menjelaskan prosedur ambulasi 8) Menganjurkan untuk melakukan ambulasi dini 9) Mengajarkan ambulasi sederhana

2.2.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi dilakukan setelah rencana keperawatan tersusun. Implementasi merupakan tahap ketika perawat mengaplikasikan rencana asuhan keperawatan ke dalam bentuk intervensi keperawatan guna membantu penderita mencapai tujuan yang telah ditetapkan (Saksono. T, 2022).

2.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah suatu proses akhir setelah semua dilakukan dari analisa data, intervensi dan implementasi. Dengan melakukan perbandingan belum sama sekali. Evaluasi keperawatan juga diperlukan untuk menentukan apakah intervensi yang diberikan mencapai tujuan dan berhasil hingga bisa diterapkan untuk mengaplikasikan pada intervensi selanjutnya. Evaluasi menggunakan sistem SOAP, yaitu S (Subjektif) merupakan data berupa keluhan Klien, O (Objektif) merupakan hasil dari pemeriksaan, A (Assessment) merupakan pembandingan data dengan teori, P (Perencanaan) merupakan tindakan selanjutnya yang akan dilakukan oleh perawat. Dengan metode ini maka integritas dan evaluasi keluhan yang dialami Klien dapat dinilai dan tindakan keperawatan dapat dikatakan berhasil jika klien merasa lebih nyaman, keluhan berkurang dan klien bisa pulang (Sholeh, 2019) dalam (Rachmawati, 2022)