

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Paradigma Mengenai Penyakit

1. Definisi Stroke Hemoragik

Menurut Kemenkes RI (2014) hal ini adalah kelainan pada sistem saraf yang timbul secara spontan dan biasanya terjadi lebih dari 24 jam karena adanya faktor vaskular. Stroke ini dianggap penyakit yang tidak pandang bulu atau jenis kelamin, sehingga menyebabkan orang tersebut mengalami kecacatan atau kematian Menurut Budianto dkk. (2021) stroke merupakan tanda dan gejala yang sering ditemui karena tidak berfungsinya *cerebral* karena adanya pendarahan secara spontan pada otak dan suplai darah ke jaringan otak terhambat.

Stroke hemoragik adalah pendarahan *subarachnoid*, karena adanya beberapa pembuluh darah di otak yang pecah. Stroke bisa terjadi saat pasien dalam keadaan beraktivitas, tetapi bisa terjadi karena pasien tidak beraktivitas atau saat beristirahat (Natsir, 2020). Penyebab stroke hemoragik adalah pecahnya pembuluh darah di otak, pendarahan tersebut menyebabkan kerusakan yang begitu cepat. Pendarahan dapat mengganggu jaringan disekitar otak, sehingga menimbulkan edema (pembengkakan) dan hematoma (penumpukan cairan) yang berasal dari pendarahan yang menekan bagian otak dan tulang tengkorak (Wulandari dkk., 2021).

Menurut Othadinar dkk. (2019), berikut faktor-faktor risiko stroke hemoragik, yaitu.

- a. Tekanan darah yang tinggi (hipertensi).
- b. Embolisme serebral sebagai penyakit kardiovaskular.
- c. Risiko infark serebral meningkat karena peningkatan hemotokrik.
- d. Merokok, dapat meningkatkan TIK karena mengandung estrogen tinggi.
- e. Minum-minuman beralkohol.
- f. Kanker otak.
- g. Cerebral amyloid angiopathy (CAA).
- h. Obat-obatan terlarang, seperti narkoba atau kokain.

2. Etiologi

Menurut (Wulandari dkk., 2021), stroke hemoragik pada umumnya terjadi karena ada peningkatan tekanan intrakranial dengan Dengan sianosis, bradikardi, dan gangguan pernafasan (mengorok), tanda hipertoniik adalah peningkatan tekanan darah systole lebih dari 200 mmHg, sedangkan normanya 180 mmHg. Faktor-faktor berikut dapat menyebabkan stroke hemoragik :

- a. Minim O₂ keotak.
- b. Pecah serta melemahnya pembuluh darah diotak.
- c. Terjadi penyumbatan dan bekuan di otak.

3. Tanda-Tanda serta Gejala-Gejala

Menurut Setiawan (2021), gejalanya beragam bisa dilihat dari letak pendarahannya dan jaringan yang terkena. Gejala ini muncul secara mendadak tanpa ada peringatan, dengan seiring berjalannya waktu gejala ini bisa semakin memburuk. Berikut beberapa gejala stroke hemoragik :

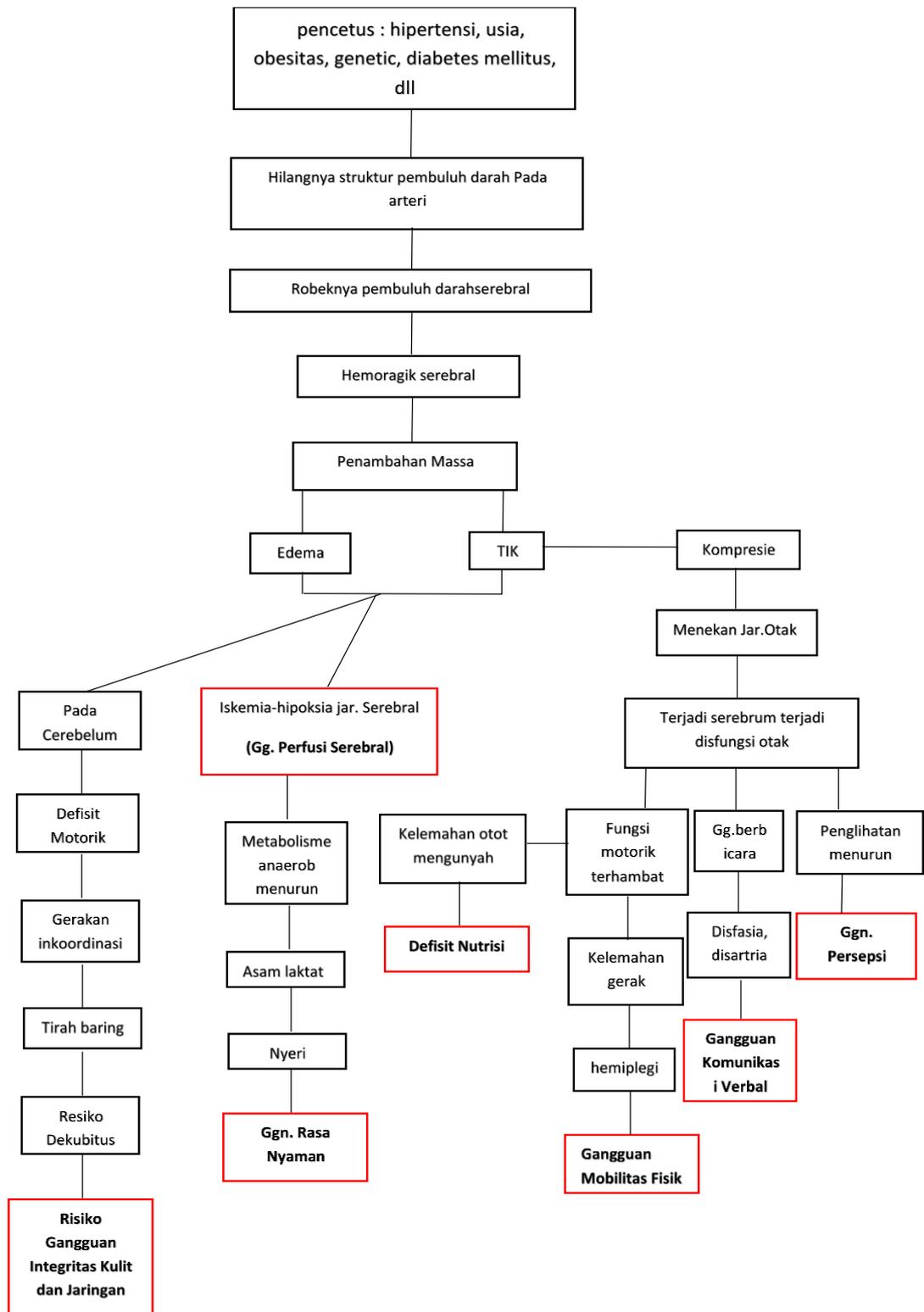
- a. Penurunan kesadaran (mengantuk, letih, apatis, koma).
- b. Gangguan komunikasi.
- c. Gangguan menelan dan mengunyah.
- d. Sakit kepala saat beraktivitas.
- e. Kehilangan kemampuan motorik pada salah satu sisi tubuh.
- f. Terasa mual atau muntah.
- g. Kejang (Epilapsi).
- h. Merasa kebas, kesemutan, baal pada anggota tubuh tertentu.
- i. Gangguan keseimbangan tubuh.

4. Patofisiologi

Menurut Wulandari dkk. (2021), jika aliran darah ke otak sangat buruk melalui arteri ke otak, maka dapat mengakibatkan infark dan kematian jaringan otak. tetapi tidak semua penyumbatan arteri menyebabkan infark dan pendarahan. Sirkulasi kolatera bisa terjadi di area ini.

Berkurangnya aliran darah terjadi sebab kondisi pengaliran darah seperti syok, pengumpulan darah, infeksi pembuluh darah ekstrakranium, dan gangguan aliran darah yang berujung pada pecahnya pembuluh darah di jaringan otak. Berikut ini adalah pathway dari stroke hemorogik.

5. Pathway



Gambar 2.1 Pathway

6. Klasifikasi

Menurut Yuniarsih dkk. (2020), klasifikasinya adalah sebagai berikut:

a. PIS

Sekitar 60%-70% terjadi karena ada riwayat hipertensi sebelumnya, sehingga merusak dinding pada lapisan pembuluh darah. Dalam hal ini, jika pendarahannya banyak atau menyebar bisa berakibat fatal.

b. PSA

Hal ini berasal dari ruang subarachnoid itu sendiri (perdarahan subarachnoid primer). Dalam beberapa kejadian, hal ini sering terjadi secara tidak jelas, tanpa cedera kepala sebelumnya atau tekanan psikologis dan fisik. Aktivitas fisik yang mungkin tidak terlihat sangat berbahaya, seperti batuk dan bersin yang keras, mengejan saat buang air besar atau berhubungan seks dan mengangkat benda berat yang tidak sesuai kemampuan yang tanpa disadari bisa memicu PSA.

7. Faktor Resiko

Faktor risiko berikut dapat menyebabkan penyakit stroke, menurut Kemenkes RI (2013): usia, jenis kelamin, berat badan, genetik, dan ras. Faktor risiko ini tidak dapat dihindari atau diubah, sementara faktor risiko lain dapat dihindari, diobati, atau diperbaiki.

Tabel 2.1
Faktor Resiko Stroke

Non Modifiable	Modifiable, well documented	Potentially modifiable, less well-documented
<ul style="list-style-type: none"> • Umur • Jenis kelamin • Berat badan lahir rendah • Ras • Riwayat keluarga stroke/TIA 	<ul style="list-style-type: none"> • Hipertensi • Merokok • Diabetes • Dislipidemia • Fibrilasi Atrial • Stenosis karotis asimtomatik • Penyakit sel <i>sickle</i> • Terapi hormon pasca menopause • Kontrasepsi oral • Diet/nutrisi • Inaktivitas fisik • Obesitas • Penyakit kardiovaskuler (penyakit jantung koroner, penyakit pembuluh darah tepi) 	<ul style="list-style-type: none"> • Migren dengan aura • Sindroma metabolik • Alkohol • Salah guna obat • Gangguan nafas (sleep-disordered breathing) • Hiperhomosisteinemia • Hiperlipoprotein-a Lp(a) • Hiperkoagulabilitas • Inflamasi dan infeksi

Sumber: (Kemenkes RI, 2013)

8. Komplikasi

Komplikasi yang perlu mendapat perhatian karena dapat menyebabkan kematian serta meningkatnya TIK, epilepsi, transformasi perdarahan pada infark. Jumlah penderita stroke semakin meningkat setiap tahunnya jika pasien terlambat di bawa dan tidak mendapatkan perawatan yang cepat dan memadai di rumah sakit dengan fasilitas perawatan stroke (Kemenkes RI, 2013).

9. Penatalaksanaan

Menurut Wulandari dkk. (2021), penatalaksanaanya antara lain adalah:

- a. Posisi kepala ditempatkan pada sudut dua hingga tiga puluh derajat.
Kalaupun akan muntah, pasien langsung dapat dimiringkan.
- b. Berikan Terapi oksigen (*jika perlu*) karena pada pasien stroke biasanya mengalami penurunan jumlah oksigen pada otak.
- c. Monitor TTV dan distabilkan.
- d. Istirahat di tempat tidur secara total.
- e. Status dari elektrolit agar dipertahankan.
- f. Pasang kateterisasi (*jika perlu*), kandung kemih harus di kosongkan.
- g. Berikan terapi cairan intravena seperti cairan rumatan KAEN 3B/KAEN 3A.
- h. Pertahankan dari penutrisian peroral, jika ada gangguan pada sistem menelan lakukan pemasangan NGT.

B. Konsep Asuhan Keperawatan

Acuan dari Doenges dkk. (1998) untuk mengkonsep suatu asuhan keperawatan antara lain adalah:

1. Pengkajian

Data yang dikumpulkan akan bergantung pada letak, keparahan, dan durasi patologi.

- a. Aktivitas/istirahat

Gejala : Kesulitan melakukan aktivitas sehari-hari, dan kelemahan pada ekstremitas.

Tanda : Kaku pada otot, penglihatan buram, penurunan tingkat kesadaran, dan kelemahan pada ekstremitas

b. Pensirkulasian

Gejala : Memeriksa riwayat penyakit, seperti jantung hingga darah tinggi.

Tanda : Bisa terjadi pada klien yang mengalami CSV ditandai dengan adanya emolisme/malformasi vaskuler, terdapat variasi pada frekuensi nadi karena tidak stabil pada fungsi jantung, disritmia, perubahan EKG desiran pada karotis, femoralis, dan arteri iliaka/aorta yang abnormal.

c. Integritas Ego

Gejala : Asthenia dan putus asa.

Tanda : Tidak bisa mengontrol emosional atau *mood* yang tidak stabil, dan kesulitan menunjukkan ekspresi.

d. Eliminasi

Gejala : Perubahan pola buang air kecil misalnya seperti inkontinensia urine, anuria, perut terasa penuh (distensi abdomen).

e. Makanan/cairan

Gejala : Terjadi perubahan pada pola makan seperti kehilangan nafsu makan, mual muntah, makanan terasa hambar, dan kesulitan menelan (disfagia).

Tanda : Kesulitan menelan makanan, dan kelebihan berat badan (obesitas).

f. Neurosensori

Gejala : Sakit kepala hebat, kelemahan, mati rasa pada ekstremitas yang dapat menyebabkan kelumpuhan salah satu sisi tubuh atau seluruhnya, bicara cadel, mulut berat atau susah membuka mulut, ekstremitas tegang, kehilangan sistem sensorik, dan gangguan penglihatan.

Tanda : Keadaan mental/kesadaran biasanya koma pada tahap awal hemoragik, tetapi tetap sadar mengalami paresis atau kelumpuhan wajah (ipsilateral), kehilangan keterampilan motorik (apraksia) pada pasien, ukuran dan respon pupil tidak sama, dilatasi pupil ipsilateral, atau miosis (perdarahan/hernia), kekakuan leher (karena pendarahan), dan kejang.

g. Kenyerian/ketidaknyamanan

Gejala : Variasi pada saat nyeri kepala.

Tanda : Perilaku beresiko, otot tegang dan gelisah. Interaksi Sosial

h. Keamanan

Tanda : Masalah penglihatan yang membuat sulit untuk melihat objek tertentu, seperti warna, bentuk, dan wajah. Gangguan regulasi suhu tubuh, kesulitan menelan, kesulitan berbicara, dan membutuhkan dukungan penuh (tidak mampu mandiri), gangguan keseimbangan tubuh.

i. Pernafasan

Gejala : Riwayat perokok (beresiko)

Tanda : Gangguan menelan, tidak mampu batuk, dan ada nya hambatan jalan nafas, dan muncul gangguan pernafasan.

2. Identifikasi/Analisis Masalah

Identifikasi atau analisis masalah adalah suatu pernyataan yang menjelaskan keadaan kesehatan secara actual dan potensial. Perawat mengarahkan proses keperawatan untuk diidentifikasi dan menyintesis data klinis. Identifikasi masalah keperawatan pada stroke hemoragik, terdiri dari:

- a. Gangguan aliran darah sekunder akibat tekanan intrakranial terkait
- b. dengan gangguan perfusi jaringan cerebral.
- c. Kehilangan kontrol otot wajah atau mulut dikaitkan dengan gangguan komunikasi verbal.
- d. Kerusakan neuromuskular dikaitkan dengan gangguan mobilitas fisik.
- e. Ketidakmampuan menelan dikaitkan dengan risiko kekurangan nutrisi yang melebihi kebutuhan tubuh.
- f. Rasa tidak nyaman dikaitkan dengan gejala penyakit.
- g. Beresiko kena gangguan integritas kulit.

3. Perencana Keperawatan

Hal ini dapat disesuaikan dengan intervensi dan melaporkan keberhasilan dalam aktivitas perawatan dan status kesehatan klien.

Identifikasinya adalah sebagai berikut :

Tabel 2.2
Perencanaan SDKI, SLKI dan SIKI

NO.	Diagnosis	SLKI	SIKI
1.	Resiko perfusi serebral berkaitan dengan hipertensi (D.0017)	Perfusi Serebral (L.02014) Melakukan tindakan keperawatan berikut: 1. Ada peningkatan pada rasa sadar yang bersifat kognitif 2. Ketiadaan rasa gelisah 3. Ketiadaan intra kranial 4. Rasa sadar yang semakin pulih	Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (I.06194) Observasi 1.1 Identifikasi TIK 1.2 Pantau TIK 1.3 Pantau daripada MAP, CVP, PAWP, PAP, ICP, dan CPP 1.4 Periksa gelombang ICP 1.5 Awasi kondisi pernapasan 1.6 Monitor masuk dan keluar cairan 1.7 Perhatikan serebro-spinal Terapeutik 1.7 Minimalisasi stimulus 1.8 Pemberian rasa nyaman semi bunga 1.9 Menghindari manuver palsava 1.10 Menghindari rasa kejang 1.11 Hindari penggunaan PEEP 1.12 Mengatur pentilator 1.13 Mempertahankan suhu dari tubuh Kolaborasi 1.14 Pengkolaborasi sedasi 1.15 Pengkolaborasi diuretik osmosis 1.16 Pengkolaborasi pelunak tinja
2.	Rasa tidak nyaman dikaitkan dengan gejala penyakit	Rasa Nyaman Meningkat (L.08064) 1. Menurunnya rasa tidak nyaman 2. Tiada rasa gelisah 3. Insomnia tidak terjadi	Pengaturan Posisi (I.01019) Observasi 2.1 Periksa oksigenasi sebelum dan sesudah berganti posisi 2.2 Periksa peralatan traksi untuk memastikan bahwa peralatan tersebut selalu dalam kondisi baik Terapeutik 2.3 Letakkan di kasur/tempat tidur terapeutik yang sesuai 2.4 Posisi terapeutik 2.5 Jauhkan barang-barang yang sering digunakan dari jangkauan 2.6 Pasang bel atau lampu panggilan 2.7 Sediakan kasur yang kokoh/keras 2.8 Gunakan posisi tidur terbaik kecuali terdapat kontraindikasi

			<p>2.9 Koreksi posisi untuk mengurangi putaran (misalnya Semi-Fowler) .</p> <p>2.10 Sesuaikan posisi saluran pembuangan agar badannya sejajar dengan benar</p> <p>2.11 Imobilisasi dan dukung bagian tubuh yang cedera dengan benar</p> <p>2.12 Angkat bagian tubuh yang terkena dengan hati-hati</p> <p>2.13 Tinggikan kepala tempat tidur</p> <p>2.14 Sediakan bantal leher yang nyaman</p> <p>2.15 Memberikan bantuan dari edema</p> <p>2.16 Membangun ventilasi/perfusi yang memadai</p> <p>2.17 Usahakan ROM aktif atau pasif</p> <p>2.18 Hindari posisi yang meningkatkan nyeri</p> <p>2.19 Jangan letakkan tunggul amputasi dalam posisi bengkok</p> <p>2.20 Hindari posisi yang memberi tekanan pada luka</p> <p>2.21 Perubahan posisi akan mengurangi gesekan dan hambatan</p> <p>2.22 Ubah posisi setiap 2 jam</p> <p>2.23 ubah posisi dengan register roll</p> <p>2.24 Pertahankan integritas traksi pada posisinya</p> <p>2.25 Jadwal perubahan kebijakan yang terdokumentasi</p> <p>2.26 Mendokumentasikan jadwal perubahan kebijakan</p> <p>2.27 Jadwal tertulis untuk perubahan pekerjaan</p> <p>Tahu</p> <p>2.28 Menentukan kapan perubahan posisi harus terjadi</p> <p>2.29 Ajarkan bagaimana menjaga postur tubuh yang benar saat mengubah posisi dengan menggunakan mekanika tubuh yang benar</p> <p>Kolaborasi</p> <p>2.30 Pemberian premedikasi secara kolaboratif sebelum berganti posisi, jika diperlukan</p>
3.	Gangguan kulit berkaitan dengan tirah baring (D.0029)	<p>Integritas kulit Dan Jaringan Membaik (L.14125)</p> <p>1. Menurunkan kerusakan jaringan, kerusakan lapisan kulit, dan penurunan pigmentasi abnormal.</p>	<p>Perawatan Integritas (I.11353)</p> <p>Observasi</p> <p>3.1 Cari sumber gangguan integritas kulit</p> <p>Terapeutik</p> <p>3.2 Mengubah posisi pada tirah baring</p> <p>3.3 Pijat bagian tulang yang teridentifikasi, jika perlu</p>

			<p>3.4 Bersihkan daerah perineum dengan air hangat terutama pada saat diare</p> <p>3.5 Gunakan produk berbahan dasar minyak bumi atau minyak pada kulit kering</p> <p>3.6 Gunakan produk dengan bahan yang lembut/alami dan bahan hipoalergenik</p> <p>Edukasi</p> <p>3.7 Disarankan untuk menggunakan pelembab (seperti lotion atau serum)</p> <p>3.8 Disarankan untuk minum banyak air</p> <p>3.9 Disarankan untuk mengonsumsi lebih banyak makanan sehat</p> <p>3.10 Disarankan untuk mengonsumsi lebih banyak buah dan sayur</p> <p>3.11 Disarankan untuk menghindari suhu ekstrim</p> <p>3.12 Disarankan untuk menggunakan tabir surya dengan SPF setidaknya 30 saat berada di luar rumah</p> <p>3.13 Disarankan untuk mandi dan menggunakan sabun secukupnya</p>
4.	Gangguan neuromuskuler dan kelemahan anggota gerak berkaitan dengan gangguan mobilitas fisik. (D.0054)	<p>Mobilitas Fisik Meningkat (L.05042)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan ekstremitas lebih luas 2. Otot telah kuat 3. Gerakan dalam rentangnya telah luas 4. Menghilangnya kelemahan dari fisik 	<p>Dukungan mobilisasi (I.05173)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 4.1 Ketahui apakah ada nyeri atau keluhan fisik lainnya 4.2 Ketahui apakah Anda mampu melakukan gerakan 4.3 Pantau frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai pergerakan 4.4 Pantau kondisi umum selama pergerakan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 4.5 Bantu orang untuk bergerak dengan alat bantu, seperti duduk di atas tempat tidur 4.6 Bantu orang untuk bergerak 4.7 Libatkan keluarga untuk membantu pasien bergerak lebih baik. <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 4.8 Beri penjelasan tentang tujuan mobilitas dan cara melakukannya. 4.9 Sarankan untuk melakukan mobilitas sejak dini. 4.10 Ajarkan gerakan sederhana yang harus dilakukan (seperti duduk di tempat tidur).

5.	Penurunan sirkulasi serebral dan gangguan neuromuskuler dikaitkan dengan gangguan komunikasi verbal (D.0119)	<p>Komunikasi Verbal Meningkat (L.13118)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ada peningkatan dalam proses berbicara 2. Mendengar menjadi lebih baik 3. Ada kesesuaian ekspresi 4. Pelo menurun <p>Komunikasi menjadi baik</p>	<p>Promosi komunikasi defisit bicara (I.13492)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 5.1 Mencatat perasaan frustrasi, marah, atau depresi atau hal lain yang mengganggu bicara 5.2 Menemukan perilaku fisik dan emosional sebagai bentuk komunikasi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 5.3 Gunakan cara komunikasi lain, seperti menulis, mata berkedip, atau isyarat tangan 5.4 Berikan dukungan psikologis 5.5 Ulangi pesan pasien 5.6 Gunakan juru bicara <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 5.7 Ajari pasien dan keluarga Anda proses kognitif dengan kemampuan berbicara 5.8 Biarkan mereka berbicara perlahan <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 5.9 Hubungi profesional patologi bicara atau terapis
6.	Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan (D.0019)	<p>Status Nutrisi Membaik (L.03030)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Porsi makanan yang dihabiskan meningkat 2. Kekuatan otot mengunyah meningkat 3. Kekuatan otot menelan meningkat 4. Berat badan membaik 5. Frekuensi makan membaik 6. Nafsu makan membaik <p>Membran mukosa membaik</p>	<p>Manajemen nutrisi (I.03119)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 6.1 Identifikasi status nutrisi 6.2 Identifikasi alergi dan toleransi makanan 6.3 Identifikasi makanan yang disukai 6.4 Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrisi 6.5 Monitor asupan makanan 6.6 Monitor berat badan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 6.7 Lakukan oral hygiene 6.8 Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi 6.9 Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein 6.10 Berikan suplemen makanan 6.11 Hentikan pemberian makanan melalui selang nasogastrik jika asupan oral dapat ditoleransi <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 6.12 Anjurkan posisi duduk 6.13 Ajarkan diet yang diprogramkan <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 6.14 Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis: peredanyeri, antiemetik) 6.15 Kolaborasi dengan ahli gizi

7.	Gangguan persepsi sensori berhubungan dengan gangguan penglihatan, pendengaran, penghiduan, dan hipoksia serebral (D.0085)	Persepsi Sensor Membaik (L.09083) 1. Respons sesuai stimulus membaik 2. Konsentrasi membaik 3. Orientasi membaik	<p>Minimalisasi Rangsangan (I.08241)</p> <p>Observasi</p> <p>7.1 Periksa status mental, status sensori, dan tingkatkenyamanan.</p> <p>Terapeutik</p> <p>7.2 Diskusikan tingkat toleransi terhadap bebansensori (bising, terlalu terang)</p> <p>7.3 Batasi stimulus lingkungan (cahaya, aktivitas,suara)</p> <p>7.4 Jadwalkan aktivitas harian dan waktu istirahat</p> <p>Edukasi</p> <p>7.5 Ajarkan cara meminimalisasi stimulus (mengatur pencahayaan ruangan, mengurangikebisingan, membatasi kunjungan)</p> <p>Kolaborasi</p> <p>7.6 Kolaborasi dalam meminimalkan prosedur/tindakan</p> <p>7.7 Kolaborasi pemberian obat yang mempengaruhipersepsi sensori</p> <p>Manajemen Delirium(I.06189)</p> <p>Observasi</p> <p>7.8 Identifikasi faktor risiko delirium (gangguan penglihatan/pendengaran, penurunankemampuan fungsional, dll)</p> <p>7.9 Identifikasi tipe delirium</p> <p>7.10 Monitor status neurologis dan tingkat delirium</p> <p>Terapeutik</p> <p>7.11 Berikan pencahayaan yang baik</p> <p>7.12 Sediakan kalender yang mudah dibaca</p> <p>7.13 Sediakan informasi tentang apa yang terjadi danapa yang dapat terjadi selanjutnya</p> <p>7.14 Batasi pembuatan keputusan</p> <p>7.15 Nyatakan Persepsi dengan cara tenang,meyakinkan, dan tidak argumentatif</p> <p>7.16 Fokus pada apa yang dikenali dan bermakna saat interaksi interpersonal</p> <p>7.17 Lakukan reorientasi</p> <p>7.18 Sediakan lingkungan fisik dan rutinitas harian yang konsisten</p> <p>7.19 Gunakan isyarat lingkungan untuk stimulumemori, reorientasi, dan meningkatkan perilaku yang sesuai</p> <p>Edukasi</p> <p>7.20 Anjurkan kunjungan keluarga</p>
----	--	---	---

			7.21 Anjurkan penggunaan alat bantu sensorik Kolaborasi 7.22 Kolaborasi pemberian obat ansietas atau agitasi
--	--	--	--

4. Implementasi

Menurut Mufidaturrohmah (2017) dan Sudiasih (2020) implementasi adalah tahapan tindakan yang direncanakan dan dilaksanakan. Pada tahap implementasi staf keperawatan secara proaktif dan kooperatif melaksanakan tindakan keperawatan. Ketika perawat bertindak secara mandiri mereka melakukannya tanpa arahan orang lain. Ada juga kolaborasi dengan profesional perawatan kesehatan lainnya. Bentuknya yaitu :

- a. Melakukan kajian guna menemukan permasalahan dan yang belum terselesaikan.
- b. Membimbing pasien atau memberikan pendidikan kesehatan untuk meningkatkan pengetahuan kesehatan.
- c. Menasihati pasien dalam mengambil keputusan tentang kesehatan.
- d. Melakukan pelaksanaan kesehatan.
- e. Melakukan bantuan untuk aktivitas pasien.
- f. Pemberian materi bagi pasien.

5. Evaluasi

Evaluasi merupakan langkah terakhir dalam proses keperawatan untuk memastikan apakah rencana perawatan yang disampaikan kepada pasien berhasil dan apakah sudah tercapai. Jika masalah berlanjut atau

muncul masalah baru, perawat dapat menyesuaikan kondisi pasien untuk menegaskan kembali dan memperbaiki efek pengobatan (Nursalam, 2017).

Hasilnya antara lain:

1. Status kenyamanan meningkat
2. Kerusakan komunikasi verbal klien dapat teratasi.
3. Mobilisasi klien mengalami peningkatan.
4. Tidak terjadi gangguan nutrisi.
5. Meningkatnya persepsi sensorik secara optimal.
6. Integritas kulit baik.