

BAB II

TUJUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Stroke Non Hemoragik

2.1.1 Definisi

Stroke merupakan penyakit kronis yang memberikan dampak berbahaya yang diakibatkan oleh gangguan peredaran darah otak karena penyumbatan pembuluh darah arteri akibat endapan darah pada pembuluh darah, pecahnya pembuluh darah dampak kelemahan dinding pembuluh darah atau kelainan di keadaan darah sendiri yang mengakibatkan kurangnya pasokan oksigen dan nutrisi ke otak yang menimbulkan kerusakan di jaringan otak (Wahyuni et al., 2021)

Stroke Non Hemoragik adalah stroke yang terjadi karena tersumbatnya pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ke otak Sebagian atau keseluruhan terhenti. Akibatnya, dapat terjadi beberapa kelainan yang berhubungan dengan kemampuan gerak pasien yang pada akhirnya berakibat penurunan mobilitas fisik (Suhandini et al., 2022)

2.1.2 Etiologi

Stroke Non Hemoragik dapat disebabkan oleh thrombus dan emboli. Hal tersebut dapat menghentikan aliran darah ke otak. Hal ini disebabkan oleh penumpukan plak pada dinding pembuluh darah dan gumpalan darah yang menyumbat darah menuju ke otak (sahla delia azzahra, 2023)

Faktor yang berhubungan dengan kejadian stroke di bagi menjadi dua, yaitu faktor yang tidak dapat dikendalikan dan faktor yang dapat dikendalikan. (sahla delia azzahra, 2023) Berikut faktor yang berkaitan dengan stroke antara lain:

1. Factor yang tidak dapat dikendalikan

a. Umur

Semakin bertambah usia, semakin tinggi risikonya. Setelah berusia 55 tahun, risikonya berlipat ganda setiap kurun waktu sepuluh tahun. Dua pertiga dari semua serangan stroke terjadi pada orang yang berusia di atas 65 tahun. Tetapi, itu tidak berarti bahwa stroke hanya terjadi pada orang lanjut usia karena stroke dapat menyerang semua kelompok dewasa muda dan tidak memandang jenis kelamin.

b. Jenis kelamin

Pria lebih berisiko terkena stroke daripada Wanita. Risiko stroke pria 1,25% lebih tinggi dari pada Wanita, tetapi serangan stroke pada pria terjadi di usia lebih muda sehingga Tingkat keberlangsungan hidup juga lebih tinggi. Dengan kata lain, walau lebih jarang terkena stroke, umumnya Wanita terserang pada usia lebih tua, sehingga kemungkinan meninggal lebih besar.

c. Ras

Ada variasi yang cukup besar dalam insiden stroke antara kelompok etnis yang berbeda. Orang-orang dari ras afrika memiliki

risiko lebih tinggi untuk semua jenis stroke dibandingkan dengan orang-orang dari ras kaukasia. Risiko ini setidaknya 1,2 kali lebih tinggi untuk jenis stroke

d. Faktor genetic

Terdapat dugaan bahwa stroke dengan garis keturunan saling berkaitan. Dalam hal ini, hipertensi, diabetes, dan cacat pada pembuluh darah menjadi faktor genetic yang berperan.

2. Factor yang dapat dikendalikan

a. Obesitas

Obesitas dapat meningkatkan risiko baik perdarahan maupun sumbatan, tergantung pada factor risiko lainnya yang ikut menyertainya. Fakta membuktikan bahwa stroke banyak dialami oleh mereka yang mengalami kelebihan berat badan karena sering mengkonsumsi makan makanan yang tinggi lemak dan kolesterol akibatnya dapat menyebabkan munculnya plak pada pembuluh darah sehingga menyebabkan penyumbatan pada pembuluh darah.

b. Kebiasaan mengkonsumsi alcohol

Mengkonsumsi alcohol memiliki efek sekunder terhadap peningkatan tekanan darah, peningkatan osmolaritas plasma, peningkatan plasma homosistein, kardiomiopati dan aritmia yang semuanya meningkatkan risiko stroke.

c. Aktivitas fisik

Kurang olahraga merupakan factor risiko independent untuk terjadinya stroke dan penyakit jantung. Kurang gerak menyebabkan kekakuan otot serta pembuluh darah. Selain itu orang yang kurang gerak akan menjadi kegemukan yang menyebabkan timbunan dalam lemak yang berakibat pada tersumbatnya aliran darah oleh lemak (ateroklerosis). Akibatnya terjadi kemacetan aliran darah yang bisa menyebabkan stroke.

d. Merokok

Merokok merupakan factor risiko stroke yang sebenarnya paling mudah diubah. Merokok dapat menjadi factor penyebab stroke adalah karena merokok memicu produksi fibrinogen (factor penggumpal darah) lebih banyak sehingga merangsang timbulnya ateroklerosis.

2.1.3 Manifestasi Klinik

Menurut (Crystyna Natalia, 2023), manifestasi klinis stroke sebagai berikut:

1. Kelemahan motorik

Disfungsi motoric paling umum adalah paralisis pada salah satu sisi atau hemiplegia karena lesi pada sisi otak yang berlawanan

2. Kehilangan komunikasi

Disfungsi Bahasa dan komunikasi dapat dimanifestasikan oleh hal berikut:

- a. Disatria (kesulitan bicara)
 - b. Disfagia (kehilangan bicara)
 - c. Apraksia (ketidakmampuan melakukan tindakan yang dipelajari sebelumnya)
 - d. Gangguan persepsi (ketidakmampuan untuk menginterpretasikan sensasi)
3. Gangguan daya ingat
 4. Gangguan penglihatan
 5. Nyeri kepala hebat
 6. Vertigo
 7. Penurunan kesadaran
 8. Proses BAK terganggu
 9. Gangguan fungsi otak

2.1.4 Anatomi Fisiologi

1. Otak

Otak terletak dalam rongga cranium yang terdiri atas semua bagian Sistem Saraf Pusat (SSP) diatas korda spinalis. Secara anatomis terdiri dari serebrum, serebelum, brainstem, dan sistem limbik. Otak merupakan organ yang mudah beradaptasi meskipun neuron-neuron diotak tidak mengalami regenerasi, kemampuan adaptasi atau plastisitas pada otak dalam situasi tertentu bagianbagian otak mengambil alih fungsi bagian-bagian yang rusak otak belajar kemampuan baru, dan ini merupakan mekanisme paling penting dalam

pemulihan stroke (Crystyna Natalia, 2023)

Secara garis besar sistem saraf dibagi menjadi dua, yaitu Sistem Saraf Pusat (SSP) dan Sistem Saraf Tepi (SST). SSP terbentuk oleh otak dan medulla spinalis. Sistem saraf di sisi luar SSP disebut sistem saraf tepi. Fungsi SST adalah menghantarkan informasi bolak-balik antara SSP dengan bagian tubuh lainnya. Otak merupakan bagian utama dari sistem saraf dengan komponen sebagai berikut:

a. Serebrum

1) Lobus frontalis

Lobus frontalis berperan sebagai pusat fungsi intelektual yang lebih tinggi, seperti kemampuan berpikir abstrak, bicara, pusat penghidu, dan emosi.

2) Lobus temporalis

Lobus ini berfungsi untuk mengatur daya ingat, verbal, visual, pendengaran, dan berperan dalam pembentukan dan perkembangan emosi.

3) Lobus parietalis

Lobus parietalis merupakan daerah pusat kesadaran sensorik untuk meraba dan pendengaran.

4) Lobus oksipitalis

Lobus oksipitalis berfungsi untuk pusat penglihatan, memproses rangsangan penglihatan dari nervus optikus, dan memproses informasi saraf lain dan memori

5) Lobus limbik

Lobus limbik berfungsi mengatur emosi manusia, memori emosi.

b. Serebelum

Serebelum adalah struktur kompleks yang mengandung lebih banyak neuron dibandingkan otak secara keseluruhan dan memiliki peran koordinasi yang penting dalam fungsi motorik yang didasarkan pada informasi somatosensory yang diterima, inputnya 40 kali lebih banyak dibandingkat output.

c. Brainstem

Berfungsi mengatur seluruh proses kehidupan yang mendasar. Brainstem berhubungan dengan diensefalon diatasnya batang otak, dan medulla spinalis dibawahnya.

2. Saraf kranialis

Saraf kranial adalah 12 pasang serabut saraf yang berada di luar susunan saraf pusat yang kemudian berjalan melewati berbagai struktur foramen dan fisura di dalam tulang kranium untuk mengatur organ-organ yang berada di kepala, wajah, dan sebagian leher. Enam dari dua belas saraf kranial bertanggung jawab dalam persarafan mata. Empat diantaranya berperan dalam jaras penglihatan dan persarafan gerak bola mata, yaitu saraf optikus, saraf okulomotor, saraf troklear, dan saraf abduzens (Lantiunga et al., 2021)

- a. *Nervus olfaktorius*, saraf pembau yang keluar dari otak dibawa oleh dahi, membawarangsangan aroma (bau-bauan) dari rongga hidung ke otak.
- b. *Nervus optikus*, mensarafi bola mata, membawa rangsangan penglihatan ke otak.
- c. *Nervus oculomotor*; bersifat motoris, mensarafi otot-otot orbital (otot penggerak bola mata), menghantarkan serabut-serabut saraf para simpati untuk melayani otot siliaris dan otot iris.
- d. *Nervus troklearis*, bersifat motoris, mengsarafi otot-otot orbital. Saraf pemutar mata yang pusatnya terletak di belakang pusat saraf penggerak mata.
- e. *Nervus trigeminus*, bersifat majemuk (sensoris motoris), saraf ini mempunyai tiga buah cabang, fungsinya sebagai saraf kembar tiga, saraf ini merupakan saraf otak besar. Sarafnya yaitu:
 - 1) *Nervus oltamikus*: sifatnya sensorik, mensarafi kulit kepala bagian depan kelopak mata atas, selaput lendir kelopak mata dan bola mata
 - 2) *Nervus maksilaris*: sifatnya sensoris, mensarafi gigi atas, bibir atas, palatum, batang hidung, rongga hidung, dan sinus maksilaris
 - 3) *Nervus mandibula*: sifatnya majemuk (sensori dan motoris) mensarafi otot-otot pengunyah. Serabut sensorisnya mensarafi gigi bawah, kulit daerah temporal dan dagu.

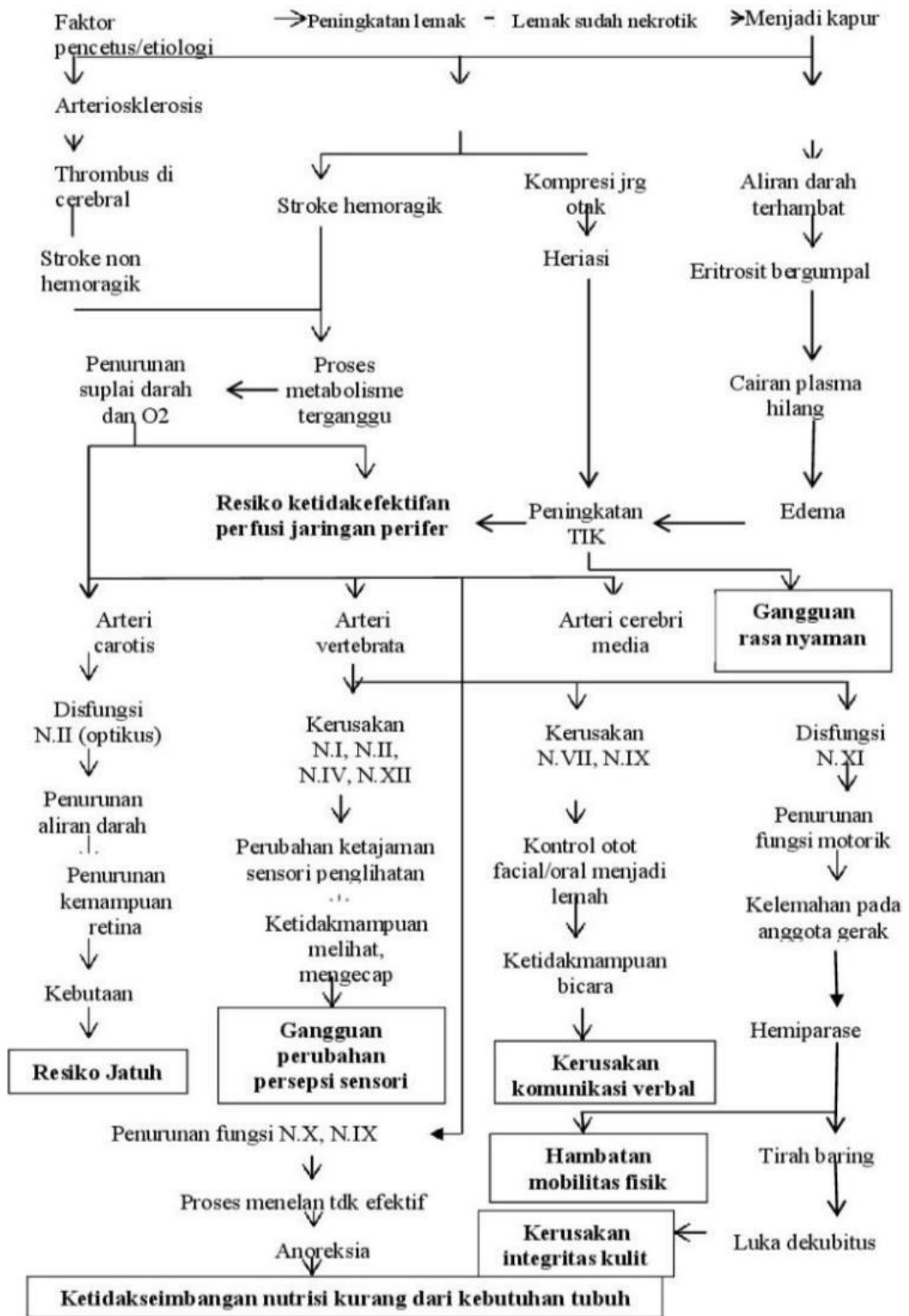
- f. *Nervus abducentis*, sifatnya motoris, mensarafi otot-otot orbital. Fungsinya sebagai saraf penggoyang sisi mata
- g. *Nervus facialis*, sifatnya majemuk (sensori dan motoris) serabut motorisnya mensarafi otot lidah dan selaput lendir rongga mulut. Di dalam saraf ini terdapat serabut saraf otonom (parasimpatis) untuk wajah dan kulit kepala fungsinya sebagai mimik wajah untuk menghantarkan rasa pengecap.
- h. *Nervus vestibulokoklearis*, sifatnya sensori, mensarafi alat pendengar, membawa rangsang dari pendengaran dan dari telinga ke otak. Fungsinya sebagai saraf pendengar
- i. *Nervus glosifaringeus*, sifatnya majemuk (sensoris dan motoris) mensarafi faring, tonsil dan lidah, saraf ini dapat membawa rangsangan cita rasa ke otak.
- j. *Nervus vagus*, sifatnya sensori dan motoris, mengandung saraf motoris, sensoris dan parasimpatis faring, laring, paru-paru, esofagus, gasterintetiminor, kelenjar pencernaan dalam abdomen. Fungsinya sebagai saraf perasa
- k. *Nervus aksesorius*, saraf ini mensarafi muskulo sternokleidomastoideus dan musculus trapezius, fungsinya sebagai saraf tambahan
- l. *Nervus hipoglossus*, saraf ini mensarafi otot lidah, fungsinya sebagai saraf lidah. Saraf ini terdapat didalam sumsum penyambung.

2.1.5 Patofisiologi

Adanya stenosis arteri dapat menyebabkan terjadinya turbulensi aliran darah. Energi yang diperlukan untuk menjalankan kegiatan neuronal berasal dari metabolisme glukosa dan disimpan di otak dalam bentuk glukosa atau glikogen untuk persediaan pemakaian selama 1 menit. Bila tidak ada aliran darah lebih dari 30 detik gambaran EEG akan mendatar, bila lebih dari 2 menit aktifitas jaringan otak berhenti, bila lebih dari 5 menit maka kerusakan jaringan otak dimulai, dan bila lebih dari 9 menit manusia dapat meninggal. Bila aliran darah jaringan otak berhenti maka oksigen dan glukosa yang diperlukan untuk pembentukan ATP akan menurun, akan terjadi penurunan Na^+ K^+ -ATP-ase, sehingga membran potensial akan menurun. K^+ berpindah ke ruang ekstraselular, sementara ion Na^+ dan Ca^{2+} berkumpul di dalam sel. Hal ini menyebabkan permukaan sel menjadi lebih negatif sehingga terjadi membran depolarisasi. Saat awal depolarisasi membran sel masih reversibel, tetapi bila menetap terjadi perubahan struktural ruang menyebabkan kematian jaringan otak. Keadaan ini terjadi segera apabila perfusi menurun dibawah ambang batas kematian jaringan, yaitu bila aliran darah berkurang hingga dibawah 10 ml / 100 gram / menit. Pengurangan aliran darah yang disebabkan oleh sumbatan akan menyebabkan iskemia disuatu daerah otak. Terdapatnya kolateral di sekitarnya disertai mekanisme kompensasi fokal berupa vasodilatasi, memungkinkan terjadinya beberapa keadaan berikut ini (Kanda & Tanggo, 2022)

1. Pada sumbatan kecil, terjadi daerah iskemia yang dalam waktu singkat dikompensasi dengan mekanisme kolateral dan vasodilatasi lokal. Secara klinis gejala yang timbul adalah transient ischemic attack (TIA) yang timbul dapat berupa hemiparesis yang menghilang sebelum 24 jam atau amnesia umum sepiintas.
2. Bila sumbatan agak besar, daerah iskemia lebih luas. Penurunan CBF regional lebih besar, tetapi dengan mekanisme kompensasi masih mampu memulihkan fungsi neurologik dalam waktu beberapa hari sampai dengan 2 minggu. Mungkin pada pemeriksaan klinik ada sedikit gangguan. Keadaan ini secara klinis disebut RIND (Reversible Ischemic Neurologic Deficit).
3. Sumbatan yang cukup besar menyebabkan daerah iskemia yang luas sehingga mekanisme kolateral dan kompensasi tak dapat mengatasinya. Dalam keadaan ini timbul defisit neurologi yang berlanjut

2.1.6 WOC Stroke Non Hemoragik



Sumber: Kanda dan Tanggo (2022)

2.1.7 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan pada pasien stroke non hemoragik (Kanda & Tanggo, 2022)

1. Angiografi serebral

Membantu mengidentifikasi penyebab spesifik stroke seperti pendarahan, sumbatan arteri, oklusi/neoplasia.

2. Electroencephalography

Berdasarkan elektro encefalography dapat mengidentifikasi masalah atau menunjukkan area lesi tertentu.

3. X-Ray tengkorak

Menunjukkan perubahan pada area kelenjar lempeng pineal daerah yang berlawanan dari masa yang luas, klasifikasi arteri karotis interna hingga trombosis serebral. Klasifikasi dinding parsial, aneurisma dengan perdarahan subarachnoid.

4. Ultrasonografi dopler

Mengidentifikasi penyakit arteriovenosa (masalah sistem karotis/aliran darah/pembentukan plak/aterosklerosis).

5. CT Scan

Menunjukkan adanya edema, hematoma, iskemia dan infark.

6. MRI

Menunjukkan adanya tekanan anormal dan biasanya ada thrombosis, emboli, dan TIA, tekanan meningkat dan cairan mengandung darah menunjukkan, hemoragi sub arachnois / perdarahan intakranial.

7. Pemeriksaan photo thorax

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

8. Pemeriksaan laboratorium

Fungsi lumbal: tekanan normal biasanya ada thrombosis, emboli dan TIA. Sedangkan tekanan yang meningkat dan cairan yang mengandung darah menunjukkan adanya perdarahan subarachnoid atau intracranial. Kadar protein total meninggal pada kasus thrombosis sehubungan dengan proses inflamasi.

9. Pemeriksaan darah rutin

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

2.1.8 Penatalaksanaan Medis

Menurut Nofitri & Sari (2019), penatalaksanaan keperawatan gawat darurat yang dapat dilakukan pada pasien dengan stroke non hemoragik yaitu:

1. Penatalaksanaan Farmakologis

- a. Menurunkan kerusakan iskemik serebral tindakan awal difokuskan untuk menyelamatkan sebanyak mungkin area iskemik dengan memberikan oksigen, glukosa, dan aliran darah yang adekuat

dengan mengontrol atau memperbaiki disritmia serta tekanan darah

- b. Mengendalikan hipertensi dan menurunkan TIK dengan meninggikan kepala 15-30 derajat menghindari flexi dan rotasi kepala yang berlebihan, atau dengan pemberian obat antihipertensi.
- c. Pengobatan
 - 1) Anti Koagulan: Heparin untuk menurunkan kecenderungan perdarahan pada fase akut.
 - 2) Obat Anti Trombotik: Pemberian ini diharapkan mencegah peristiwa trombolitik atau embolik.
 - 3) Diuretika: untuk menurunkan edema serebral.

2. Penatalaksanaan Non Farmakologis

- a. Posisi kepala dan badan 15-30 derajat. Posisi miring apabila muntah dan boleh mulai mobilisasi bertahap jika hemodinamika stabil.
- b. Bebaskan jalan nafas dan pertahankan ventilasi yang adekuat, tanda-tanda vital usahakan stabil, bedrest, dan pertahankan keseimbangan cairan dan eletrolit.
- c. Memberikan Latihan untuk meningkatkan kekuatan otot dengan Gerakan sederhana seperti Latihan *rubber ball grip therapy*

2.2 Gangguan Mobilitas Fisik

2.2.1 Pengertian

Gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). gangguan mobilitas fisik atau imobilitas tubuh yang berkurang adalah keadaan yang mengganggu aktifitas gerak, seperti fraktur pada ekstremitas, trauma tulang belakang, cedera otak dan sebagainya. Selain itu, imobilitas atau gangguan mobilitas adalah keterbatasan fisik tubuh untuk melakukan pergerakan baik satu maupun lebih ekstremitas secara mandiri dan terkoordinir

2.3 Latihan Rubber Ball Grip Therapy

2.3.1 Pengertian Latihan Rubber Ball Grip Therapy

Penanganan yang sering digunakan pada pasien stroke adalah dengan memberikan tindakan farmakologis dan nonfarmakologis. Salah satu tindakan non farmakologis berupa intervensi keperawatan untuk pasien stroke yaitu rubber ball grip therapy. Terapi ini merupakan bentuk latihan gerak aktif asitif yang diberikan dari kontraksi otot sendiri dengan dibantu gaya dari luar seperti terapis dan alat mekanis (Nona & Wijayanti, 2024)

Latihan menggenggam bola merupakan suatu modalitas rangsang sensorik raba halus dan tekanan pada reseptor ujung organ berkapsul pada ekstremitas atas. Respon akan disampaikan ke korteks sensorik di otak

jalur sensorik melalui badan sel secara langsung melalui sistem limbik. Pengolahan rangsang yang ada menimbulkan respon cepat pada saraf untuk melakukan aksi atas rangsangan tersebut, kemudian terjadi gerakan otot pada ekstermitas.

Pelaksanaan Latihan rubber ball grip therapy ini adalah dengan meletakkan bola diatas telapak tangan pasien yang mengalami kelemahan dan instruksikan pasien untuk menggenggam bola karet kemudian kendurkan genggam tangan. Latihan ini dapat dilakukan selama 10-15 menit setiap hari. Bola karet digunakan sebagai media karena berpengaruh untuk meningkatkan kekuatan otot pada ekstremitas atas yang mengalami kelemahan, melalui rangsangan Latihan menggenggam sehingga dapat meningkatkan kekuatan motoric pasie stroke.

2.3.2 Tujuan Latihan Rubber Ball Grip Therapy

Tujuan Latihan rubber ball grip therapy menurut (Mareta Sari & Kustriyani, 2023) adalah sebagai berikut:

1. Menstimulasi motorik pada tangan yang akan diteruskan ke otak
2. Merangsang serat-serat otot untuk berkontraksi
3. Memperbaiki tonus otot dan tendon yang mengalami kelemahan

2.3.3 Manfaat Latihan Rubber Ball Grip Therapy

Menurut (Mareta Sari & Kustriyani, 2023) Latihan bola karet dapat memberikan berbagai manfaat, yaitu:

1. Meningkatkan kekuatan otot tangan

2. Meningkatkan koordinasi mata dan tangan
3. Rehabilitasi cedera tangan
4. Mengurangi tingkat stres

2.3.4 *Evidence Based* Latihan *Rubber Ball Grip* Therapy dalam Mengatasi Gangguan Mobilitas Fisik

Menurut (Nona & Wijayanti, 2024) dengan judul “ Penerapan Rubber Ball Grip Therapy terhadap peningkatan kekuatan otot pasien Stroke Non Hemoragik di Ruang Mawar RSUD dr. TC Hillers Maumere”. Hasil penerapan intervensi rubber ball grip therapy selama 3 hari dengan frekuensi 2 kali dalam 10 menit menunjukkan bahwa rubber ball grip therapy mampu meningkatkan kekuatan otot pada pasien stroke dari skala 2 menjadi skala 4 untuk pasien 1 dan pada pasien 2 terjadi peningkatan kekuatan otot dari skala 1 menjadi skala 3.

Menurut (fadli, nikmawati, isman, 2023) dengan judul “Pengaruh ROM Exercise Bola Karet dengan Kekuatan Otot pada Pasien Stroke di Ruang Interna RSUD Prof. Dr. H. Aloei Saboe Gorontalo”. Hasil penelitian menunjukkan bahwa kekuatan otot sebelum ROM exercise bola karet selama 4 hari dalam 10-15 menit yaitu tingkat kekuatan otot 1 sebanyak 2 responden (13,3%), tingkat kekuatan otot 2 sebanyak 4 responden (26,7%) dan tingkat kekuatan otot 3 sebanyak 9 responden (60%). Hasil ini diketahui bahwa sebelum diberikan ROM exercise bola karet sebagian besar kekuatan otot responden termasuk dalam tingkat kekuatan otot 3 karena pada saat pemeriksaan kekuatan otot responden

selain dapat menggerakkan sendi, otot juga dapat melawan pengaruh gravitasi, tetapi tidak kuat terhadap tahanan yang diberikan oleh pemeriksaan yang disebabkan pasien mengalami hemiparesis di bagian ekstremitas atas baik sinistra maupun dextra.

Menurut (Mareta Sari & Kustriyani, 2023) dengan judul “Penerapan Genggam Bola untuk Mengatasi Gangguan Mobilitas Fisik pada Pasien Stroke Non Hemoragik”. Hasil penelitian menunjukkan bahwa kekuatan otot sebelum dilatih selama 4 hari dengan frekuensi 1 kali diulang selama 15 kali genggam menunjukkan kekuatan otot pasien pada hari pertama dengan nilai 2, pada hari ketiga menunjukkan pasien memiliki nilai kekuatan otot 3

Berdasarkan penelitian Nona & Wijayanti (2024) yang dilaksanakan RSUD dr. TC Hillers, Fadli & Nikmawati (2023) yang dilaksanakan di RSUD Prof. Dr. H. Aloe Saboe Gorontalo, Mareta Sari (2023), Terapi latihan *Rubber Ball Grip Therapy* dapat dilakukan pada pasien yang mengalami stroke ringan dan Latihan diberikan selama 3-4 hari dengan frekuensi 2 kali dalam waktu 10 menit. Alat ukur yang digunakan yaitu tingkatan kekuatan otot 1-5.

2.3.5 Prosedur Tindakan Keperawatan Rubber Ball Grip Therapy

Tabel 2.1 Standar Operasional Prosedur (SOP)

No.	Prosedur Pelaksanaan
1.	a. Tahap pra interaksi 1) Menyiapkan alat 2) Menyiapkan ruangan yang nyaman dan aman 3) Mencuci tangan
2.	b. Tahap Orientasi 1) Mengucapkan salam dan memperkenalkan diri 2) Menjelaskan tujuan dan prosedur Tindakan 3) Menanyakan persetujuan dan kesiapan klien
3.	c. Tahap Kerja 1) Posisikan klien senyaman mungkin 2) Letakkan bola karet di atas telapak tangan pasien 3) Instruksikan klien untuk menggenggam dan mencengkram bola karet selamat 3-5 detik 4) Kemudian instruksikan klien untuk mengendurkan genggam/cengkraman tangan, lakukan hal ini berulang selama 10-15 menit. 5) Setelah selesai kemudian instruksikan klien untuk melepaskan genggam/cengkraman bola karet pada tangan 6) Instruksikan klien untuk Kembali melakukan Latihan ini mandiri atau dibantu oleh keluarga dan dilakukan pagi atau sore.
4.	d. Tahap terminasi 1) Melakukan evaluasi Tindakan 2) Mencuci tangan 3) Mendokumentasikan Tindakan yang dilakukan

2.4 Asuhan Keperawatan

2.4.1 Pengkajian

Asuhan keperawatan adalah suatu pendekatan untuk pemecahan masalah yang memungkinkan perawat untuk mengatur dan memberikan asuhan keperawatan. Standar asuhan yang tercantum dalam Standar Praktik Klinis Keperawatan terdiri dari lima fase asuhan keperawatan: 1) Pengkajian; 2) Diagnosa; 3) Perencanaan; 4) Implementasi; dan 5) Evaluasi. Salah satu manfaat dari penerapan asuhan keperawatan yang baik adalah meningkatkan mutu dan kualitas pelayanan dalam bidang

keperawatan (Kozier, 2010).

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan upaya untuk pengumpulan data secara lengkap dan sistematis mulai dari pengumpulan data, identitas dan evaluasi status kesehatan klien.

Hal-hal yang perlu dikaji antara lain:

1. Identitas klien

Meliputi nama, umur (kebanyakan terjadi pada usia tua), jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan jam MRS, nomor register dan diagnosis medis.

2. Keluhan utama

Sering menjadi alasan klien untuk meminta pertolongan kesehatan adalah kelemahan anggota gerak sebelah badan, bicara pelo, tidak dapat berkomunikasi dan penurunan tingkat kesadaran.

3. Riwayat penyakit sekarang

Serangan stroke sering kali berlangsung sangat mendadak, pada saat klien sedang melakukan aktivitas. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah bahkan kejang sampai tidak sadar, selain gejala kelumpuhan separuh badan atau gangguan fungsi otak yang lain. Adanya penurunan atau perubahan pada tingkat kesadaran disebabkan perubahan di dalam intrakranial. Keluhan perubahan perilaku juga umum terjadi. Sesuai perkembangan penyakit, dapat terjadi letargi, tidak responsif dan koma.

4. Riwayat penyakit dahulu

Adanya riwayat hipertensi, riwayat stroke sebelumnya, diabetes melitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat-obat anti koagulan, aspirin, vasodilator, obat-obat adiktif dan kegemukan. Pengkajian pemakaian obat-obat yang sering digunakan klien, seperti pemakaian obat antihipertensi, antilipidemia, penghambat beta dan lainnya. Adanya riwayat merokok, penggunaan alkohol dan penggunaan obat kontrasepsi oral. Pengkajian riwayat ini dapat mendukung pengkajian dari riwayat penyakit sekarang dan merupakan data dasar untuk mengkaji lebih jauh dan untuk memberikan tindakan selanjutnya.

5. Riwayat penyakit keluarga

Biasanya ada riwayat keluarga yang menderita hipertensi, diabetes melitus, atau adanya riwayat stroke dari generasi terdahulu

6. Riwayat psikologis

Pengkajian psikologis klien stroke meliputi beberapa dimensi yang memungkinkan perawat untuk memperoleh persepsi yang jelas mengenai status emosi, kognitif dan perilaku klien. Pengkajian mekanisme koping yang digunakan klien juga penting untuk menilai respons emosi klien terhadap penyakit yang dideritanya dan perubahan peran klien dalam keluarga dan masyarakat serta respons atau pengaruhnya dalam kehidupan sehari-harinya, baik dalam keluarga ataupun dalam masyarakat.

7. Pemeriksaan fisik

a. Kesadaran

Biasanya pada pasien stroke mengalami tingkat kesadaran pasien mengantuk namun dapat sadar saat dirangsang (sammolen), pasien acuh tak acuh terhadap lingkungan (apatis), mengantuk yang dalam (sopor), soporos coma, hingga penurunan kesadaran (coma), dengan GCS < 12 pada awal terserang stroke. Sedangkan pada saat pemulihan biasanya memiliki tingkat kesadaran letargi dan compos mentis dengan GCS 13-15.

b. Tanda tanda vital

1) Tekanan darah

Biasanya pasien dengan stroke non hemoragik memiliki riwayat tekanan darah tinggi dengan tekanan systole > 140 dan diastole > 80. Tekanan darah akan meningkat dan menurun secara spontan. Perubahan tekanan darah akibat stroke akan kembali stabil dalam 2-3 hari pertama.

2) Nadi

Nadi biasanya normal 60-100 x/menit

3) Pernapasan

Biasanya pasien stroke non hemoragik mengalami gangguan bersihan jalan napas

4) Suhu

Biasanya tidak ada masalah suhu pada pasien dengan stroke

non hemoragik

c. Rambut

Biasanya tidak ditemukan masalah rambut pada pasien stroke non hemoragik

d. Wajah

Biasanya simetris, wajah pucat. Pada pemeriksaan Nervus V (Trigeminus) : biasanya pasien bisa menyebutkan lokasi usapan dan pada pasien koma, ketika diusap kornea mata dengan kapas halus, pasien akan menutup kelopak mata. Sedangkan pada nervus VII (Facialis): biasanya alis mata simetris, dapat mengangkat alis, mengerutkan dahi, mengerutkan hidung, menggembungkan pipi, saat pasien menggembungkan pipi tidak simetris kiri dan kanan tergantung lokasi lemah dan saat diminta mengunyah, pasien kesulitan untuk mengunyah.

e. Mata

Biasanya konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, pupil isokor, kelopak mata tidak oedema. Pada pemeriksaan nervus II (Optikus): biasanya luas pandang baik 90°, visus 6/6. Pada nervus III (Okulomotorius): biasanya diameter pupil 2mm/2mm, pupil kadang isokor dan anisokor, palpebral dan reflek kedip dapat dinilai jika pasien bisa membuka mata. Nervus IV (Troklearis): biasanya pasien dapat mengikuti arah tangan perawat ke atas dan bawah. Nervus VI (Abdusen): biasanya hasil yang di dapat pasien

dapat mengikuti arah tangan perawat ke kiri dan kanan.

f. 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 (Vestibulokoklearis): biasanya pada pasien yang tidak lemah anggota gerak atas, dapat melakukan keseimbangan gerak tangan 3 hidung.

g. Mulut dan gigi

Biasanya pada pasien apatis, spoor, sopor coma hingga coma akan mengalami masalah bau mulut, gigi kotor, mukosa bibir kering. Pada pemeriksaan nervus VII (Facialis): biasanya lidah dapat mendorong pipi kiri dan kanan, bibir simetris, dan dapat menyebutkan rasa manis dan asin. Pada nervus IX (Glossofaringeus): biasanya uvula yang terangkat tidak simetris, mencong ke arah bagian tubuh yang lemah dan pasien dapat merasakan rasa asam dan pahit. Pada nervus XII (Hipoglossus) : biasanya pasien dapat menjulurkan lidah dan dapat dipencangkan ke kiri dan kanan, namun artikulasi kurang jelas saat bicara.

h. Telinga

Biasanya sejajar daun telinga kiri dan kanan. Pada pemeriksaan

nervus VIII (Vestibulokoklearis): biasanya pasien kurang bisa mendengarkan gesekan jari dari perawat tergantung dimana lokasi kelemahan dan pasien hanya dapat mendengar jika suara dan keras dengan artikulasi yang jelas.

i. Leher

Pada pemeriksaan nervu X (vagus): biasanya pasien stroke non hemoragik mengalami gangguan menelan. Pada pemeriksaan kaku kuduk biasanya (+) dan bludzensky 1 (+).

j. Paru-paru

Inspeksi : biasanya simetris kiri dan kanan

Palpasi : biasanya fremitus sama antara kiri dan kanan

Perkusi : biasanya bunyi normal sonor

Auskultasi : biasanya suara normal vesikuler

k. Jantung

Inspeksi : biasanya iktus kordis tidak terlihat

Palpasi : biasanya iktus kordis teraba

Perkusi : biasanya batas jantung normal

Auskultasi : biasanya suara vesikuler

l. Abdomen

Inspeksi : biasanya simetris, tidak ada asites

Auskultasi : biasanya bising usus pasien tidak terdengar

Perkusi : biasanya terdapat suara tympani

Palpasi : biasanya tidak ada pembesaran hepar

m. Ekstremitas

1) Atas

Biasanya terpasang infuse bagian dextra atau sinistra. Capillary Refill Time (CRT) biasanya normal yaitu < 2 detik. Pada pemeriksaan nervus XI (aksesorius) : biasanya pasien stroke non hemoragik tidak dapat melawan tahanan pada bahu yang diberikan perawat. Pada pemeriksaan reflek, biasanya saat siku diketuk tidak ada respon apaapa dari siku, tidak fleksi maupun ekstensi (reflek bicep (-)). Sedangkan pada pemeriksaan reflek Hoffman tromner biasanya jari tidak mengembang ketika di beri reflek (reflek Hoffman tromner (+))

2) Bawah

Pada pemeriksaan reflek, biasanya pada saat pemeriksaan bluedzensky 1 kaki kiri pasien fleksi (bluedzensky (+)). Pada saat telapak kaki digores biasanya jari tidak mengembang (reflek babinsky (+)). Pada saat dorsal pedis digores biasanya jari kaki juga tidak berespon (reflek Caddok (+)). Pada saat tulang kering digurut dari atas 37 Poltekkes Kemenkes Bengkulu ke bawah biasanya tidak ada respon fleksi atau ekstensi (reflek openheim (+)) dan pada saat betis di remas dengan kuat biasanya pasien tidak merasakan apa-apa (reflek

Gordon (+)). Pada saat dilakukan treflek patella biasanya femur tidak bereaksi saat diketukkan (reflek patella (+)).

3) Kekuatan otot

Penilaian Kekuatan Otot mempunyai skala ukur yang umumnya dipakai untuk memeriksa penderita yang mengalami kelemahan ekstremitas hemiparesis atau hemiplegia pada penderita stroke, penilaian kekuatan otot juga dipakai untuk melihat apakah ada kemajuan yang diperoleh selama menjalani perawatan atau sebaliknya apakah terjadi perburukan pada penderita. Penilaian tersebut meliputi:

- a) Nilai 0 : paralisis total atau tidak ditemukan adanya kontraksi pada otot
- b) Nilai 1 : kontraksi otot yang terjadi hanya berupa perubahan dari tonus otot, dapat diketahui dengan palpasi dan tidak dapat menggerakkan sendi
- c) Nilai 2 : otot hanya mampu menggerakkan persendian tetapi kekuatannya tidak dapat melawan pengaruh gravitasi
- d) Nilai 3 : dapat menggerakkan sendi, otot juga dapat melawan pengaruh gravitasi tetapi tidak kuat terhadap tahanan yang diberikan pemeriksa
- e) Nilai 4 : kekuatan otot seperti pada derajat 3 disertai dengan kemampuan otot terhadap tahanan yang ringan

f) Nilai 5 : kekuatan otot normal mampu melawan pengaruh gravitasi dan kuat terhadap tahanan

8. Aktivitas dan istirahat

- a. Tanda : merasa kesulitan untuk melakukann aktivitas karena kelemahan, kehilangan sensasi atau paralisis (hemiplegia), merasa mudah lelah, susah untuk beristirahat (nyeri atau kejang otot).
- b. Gejala : gangguan tonus otot, paralitik (hemiplegia), dan terjadike lemahhan umum, gangguan pengelihatan, gangguan tingkat kesadaran.

9. Sirkulasi

- a. Tanda : adanya penyakit jantung, polisitemia, riwayat hipertensi postural.
- b. Gejala : hipertensi arterial sehubungan dengan adanya embolisme atau malformasi vaskuuler, frekuensi nadi bervariasi dan disritmia.

10. Integritas ego

- a. Tanda : Perasaan tidak berdaya dan perasaan putus asa
- b. Gejala : emosi yang labil dan ketidaksiapan untuk marah, sedih dan gembira, kesulitan untuk mengekspresikan diri.

11. Eliminasi

- a. Tanda : terjadi perubahan pola berkemih
- b. Gejala : distensi abdomen dan kandung kemih, bising usus negatif.

12. Makanan atau cairan

- a. Gejala: nafsu makan hilang, mual muntah selama fase akut, kehilangan sensasi pada lidah dan tenggorokan, disfagia, adanya riwayat diabetes, peningkatan lemak dalam darah
- b. Tanda : kesulitan menelan dan obesitas.

13. Neurosensory

- a. Gejala: sakit kepala, kelemahan atau kesemutan, hilangnya rangsang sensorik kontralateral pada ekstremitas, pengelihan menurun, gangguan rasa pengecap dan penciuman.
- b. Tanda : status mental atau tingkat kesadaran biasanya terjadi koma pada tahap awal hemoragik, gangguan fungsi kongnitif, pada wajah terjadi paralisis, afasia, ukuran atau reaksi pupil tidak sama, kekakuan, kejang.

14. Kenyamanan atau nyeri

- a. Gejala: sakit kepala dengan intensitas yang berbeda-beda
- b. Tanda : tingkah laku yang tidak stabil, gelisah, ketegangan pada otot

2.4.2 Diagnosa Keperawatan

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

(PPNI, 2017).

Diagnosa yang akan muncul pada kasus stroke non-hemoragik dengan menggunakan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia dalam Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) yaitu:

1. Risiko perfusi serebral tidak efektif
2. Gangguan Mobilitas Fisik
3. Resiko Kerusakan Integritas Kulit
4. Gangguan Rasa Nyaman
5. Resiko Jatuh
6. Gangguan perubahan persepsi sensori

2.4.3 Rencana/Intervensi Keperawatan

Tabel 2.2 Rencana Keperawatan Diagnosa Stroke Non Hemoragik

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1.	Risiko perfusi serebral tidak efektif	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selamax24 jam diharapkan perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> 1. Tingkat kesadaran meningkat (5) 2. Tekanan Intra Kranial (TIK) menurun (5) 3. Gelisah menurun (5) 4. TTV membaik (5) (L.02014) 	A. Intervensi Utama Manajemen peningkatan tekanan intracranial (I.09325) OBSERVASI <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK (misalnya lesi, gangguan metabolisme, edema serebral) 2. Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (misalnya tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun) 3. Monitor MAP (Mean Arterial Pressure) 4. Monitor status pernapasan

			<p>TERAPEUTIK</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang 2. Berikan posisi semi fowler (head up 30°) 3. Hindari maneuver valsava 4. Cegah terjadinya kejang 5. Hindari pemberian cairan IV hipotonik 6. Pertahankan suhu tubuh normal <p>KOLABORASI</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan, jika perlu 2. Kolaborasi pemberian diuretic osmosis, jika perlu
2.	Gangguan Mobilitas Fisik	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selamax24 jam diharapkan Mobilitas Fisik meningkat dengan krtiteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kekuatan otot meningkat (5) 2. Renang gerak (ROM) meningkat (5) 3. Gerakan terbatas menurun (5) 4. Kelemahan fisik menurun (5) 	<p>A. Intervensi Utama Dukungan Mobilisasi (I.05173)</p> <p>OBSERVASI</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <p>TERAPEUTIK</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (Mis. Pagar tempat tidur) 2. Fasilitasi melakukan pergerakan dengan melakukan Latihan pergerakan ringan 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <p>EDUKASI</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 2. Anjurkan melakukan

			<p>mobilisasi dini</p> <p>3. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Duduk ditempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)</p>
3.	Resiko Kerusakan Integritas Kulit	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selamax24 jam diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Porsi makan dihabiskan/meningkat (5) 2. Berat badan membaik (5) 3. Frekuensi makan membaik (5) 4. Nafsu makan membaik (5) 5. Bising usus membaik (5) 6. Membran mukosa membaik (5) (L.03030) 	<p>A. Intervensi Utama Perawatan integritas kulit (I.11353)</p> <p>OBSERVASI</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis. Perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrem, penurunan mobilitas) <p>TERAPEUTIK</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring 2. Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang, jika perlu. 3. Bersihkan perineal dengan air hangat, terutama selama periode diare 4. Hindari produk berbasah dasar alcohol pada kulit kering <p>EDUKASI</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan menggunakan pelembab 2. Anjurkan minum air yang cukup 3. 8. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi
4.	Gangguan Rasa Nyaman	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selamax24 jam diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil :</p>	<p>Intervensi Utama: Manajemen Nyeri (I.08238)</p> <p>OBSERVASI:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri

		<ol style="list-style-type: none"> 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9. Monitor efek samping penggunaan analgetic <p>TERAPEUTIK</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3. Fasilitasi istirahat dan tidur 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri 5. Edukasi 6. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 7. Jelaskan strategi meredakan nyeri 8. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
--	--	--

			<p>KOLABORASI</p> <p>1. . Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p>
5.	Resiko Jatuh	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selamax24 jam diharapkan tingkat jatuh menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Terjatuh dari tempat tidur menurun (5) 2. Terjatuh saat dipindahkan menurun (5) 3. 3. Terjatuh saat duduk menurun (5) (L.14138) 	<p>A. Intervensi Utama Pencegahan Jatuh (I.14540)</p> <p>OBSERVASI</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi faktor jatuh (mis: usia > 65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati) 2. Identifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan kebijakan institusi 3. Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis: lantai licin, penerangan kurang) 4. Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala (mis: fall morse scale, humpty dumpty scale), jika perlu 5. Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya <p>TERAPEUTIK</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga 2. Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci 3. Pasang handrail tempat tidur 4. Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah 5. Tempatkan pasien berisiko tinggi jatuh dekat dengan pantauan perawat dari nurse station 6. Gunakan alat bantu

			<p>berjalan (mis: kursi roda, walker)</p> <p>7. Dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien</p> <p>EDUKASI</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah 2. Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin 3. Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh 4. Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri 5. Ajarkan cara menggunakan bel pemanggil untuk memanggil perawat
6.	Gangguan persepsi sensori	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selamax24 jam diharapkan persepsi sensori membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbalisasi mendengar (5) 2. Distorsi sensori menurun (5) 3. Respons sesuai stimulus membaik (5) (L.09083) 	<p>A. Intervensi Utama</p> <p>Minimalisasi Rangsangan (I.08241)</p> <p>OBSERVASI</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa status mental, status sensori, dan tingkat kenyamanan (mis: nyeri, kelelahan) 2. Diskusikan tingkat toleransi terhadap beban sensori (mis: bising, terlalu terang) 3. Batasi stimulus lingkungan (mis: cahaya, suara, aktivitas) 4. Jadwalkan aktivitas harian dan waktu istirahat 5. Kombinasikan prosedur/Tindakan dalam satu waktu, sesuai kebutuhan <p>EDUKASI</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ajarkan cara meminimalisasi stimulus (mis: mengatur

			<p>pencahayaan ruangan, mengurangi kebisingan, membatasi kunjungan)</p> <p>KOLABORASI</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi dalam meminimalkan prosedur/tindakan 2. Kolaborasi pemberian obat yang mempengaruhi persepsi stimulus
--	--	--	---

2.4.4 Pelaksanaan/Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan tindakan keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi menuju status kesehatan yang baik atau optimal. Pelaksanaan tindakan merupakan realisasi dari rencana atau intervensi keperawatan yang mencakup perawatan langsung atau tidak langsung.

2.4.5 Evaluasi

1. Evaluasi formatif

Evaluasi formatif disebut juga evaluasi berjalan dimana evaluasi dilakukan sampai dengan tujuan tercapai. Pada evaluasi formatif penulis menilai klien mengenai perubahan yang terjadi sebelum dan sesudah dilakukan tindakan.

2. Evaluasi sumatif

Evaluasi sumatif disebut juga evaluasi aktif dimana dalam metode evaluasi ini menggunakan SOAP (Subjektif, Objektif, Assesment, Perencanaan). Teknik pelaksanaan SOAP:

- a. S (Subjektif) adalah informasi berupa ungkapan yang didapat dari klien setelah tindakan diberikan.

- b. O (Objektif) adalah informasi yang didapat berupa hasil pengamatan, penilain, pengukuran yang dilakukan oleh perawat setelah tindakan dilakukan.
- c. A (Assesment) adalah membandingkan antar informasi subjektif dan objektif dengan tujuan dan kriteria hasil, kemudian diambil kesimpulan bahwa masalah belum teratasi, teratasi sebagian dan masalah teratasi.
- d. P (Planning) adalah rencana keperawatan lanjutan yang akan dilakukan berdasarkan hasil analisa.