

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Teori Stroke

1. Definisi Stroke

Stroke atau *cerebrovascular* adalah hilangnya fungsi otak yang disebabkan oleh gangguan aliran darah ke bagian otak. Gangguan serebrovaskular ini memiliki sejumlah kelainan fungsional dan struktural otak yang disebabkan oleh kondisi patologis dari pembuluh darah serebral. (Wayunah, 2019).

Stroke adalah kondisi dimana aliran darah ke otak terganggu akibat penyumbatan atau pecahnya pembuluh darah, sehingga terjadi kompresi jaringan otak dan mengakibatkan herniasi. Herniasi akan meningkatkan tekanan intrakranial sehingga dapat mengganggu proses kerja arteri cerebri media dan arteri vertebra basilaris (Sumah, 2020). Kondisi ini menyebabkan jaringan otak yang terkena aliran darah akan kekurangan oksigen dan nutrisi sehingga menyebabkan kerusakan otak. Stroke adalah kematian mendadak beberapa sel otak karena kekurangan oksigen ketika aliran darah ke otak terputus akibat penyumbatan atau pecahnya arteri di otak (Johnson et al., 2016)

2. Klasifikasi Stroke

Menurut Retnaningsih (2023) Secara garis besar, stroke dibagi menjadi stroke hemoragik (stroke perdarahan) yang ditandai dengan terlalu banyak darah dalam rongga tengkorak tertutup, dan stroke non hemoragik (stroke

iskemik) yang ditandai dengan terlalu sedikit darah untuk memasok oksigen dan nutrisi supaya cukup ke bagian otak.

Secara umum stroke dibedakan menjadi stroke hemoragik (stroke dengan perdarahan) yang ditandai dengan aliran darah yang berlebihan ke rongga tengkorak tertutup, berbeda dengan stroke non hemoragik (stroke iskemik) yang ditandai dengan terlalu sedikitnya darah untuk mensuplai cukup oksigen dan nutrisi ke bagian otak.

a. Stroke iskemik (stroke sumbatan), jenis stroke yang paling umum

- 1) Stroke emboli : gumpalan darah atau plak yang terbentuk di jantung atau arteri besar yang menuju ke otak.
- 2) Stroke Trombotik : bekuan darah atau plak yang terbentuk di arteri yang memasok darah ke otak

Stroke iskemik pada dasarnya adalah penyumbatan pembuluh darah di otak yang menghentikan suplai oksigen dan glukosa ke otak. Stroke iskemik biasanya disebabkan oleh trombosis yang disebabkan oleh plak aterosklerosis di arteri otak atau emboli dari pembuluh darah di luar otak yang menyumbat di arteri otak. Jenis stroke ini adalah yang paling umum, menyumbang sekitar 80% dari semua stroke. Jenis stroke ini juga dapat disebabkan oleh beberapa penyakit yang menghentikan aliran darah otak antara lain, seperti syok dan hypovolemia.

b. Stroke hemoragik (perdarahan)

- 1) Perdarahan intraserebral

Pecahnya pembuluh darah dan darah masuk ke dalam jaringan menyebabkan sel-sel otak mati, yang menghentikan fungsi otak,

hipertensi adalah penyebab paling umum. Menurut Muttaqin (2008) menyatakan bahwa pecahnya pembuluh darah (mikroaneurisma) terutama disebabkan oleh hipertensi, yang menyebabkan darah masuk ke dalam jaringan otak dan membentuk massa yang menekan jaringan otak, menyebabkan edema serebral. Peningkatan TIK yang cepat dapat menyebabkan kematian akibat herniasi otak. Hipertensi menyebabkan perdarah intraserebral di daerah putamen, thalamus, pons, dan serbellum.

2) Perdarahan Subrachoid

Pecahnya pembuluh darah di antara tulang tengkorak dan otak serta pembuluh darah yang berdekatan dengan permukaan otak. Penyebabnya dapat beragam, tetapi biasanya terjadi karena pecahnya aneurisme. Stroke hemoragik merupakan sekitar 20% dari semua stroke. Stroke jenis ini diakibatkan oleh pecahnya suatu mikro aneurisma di otak. Stroke ini dibedakan atas: perdarahan intraserebral, subdural, dan subaraknoid.

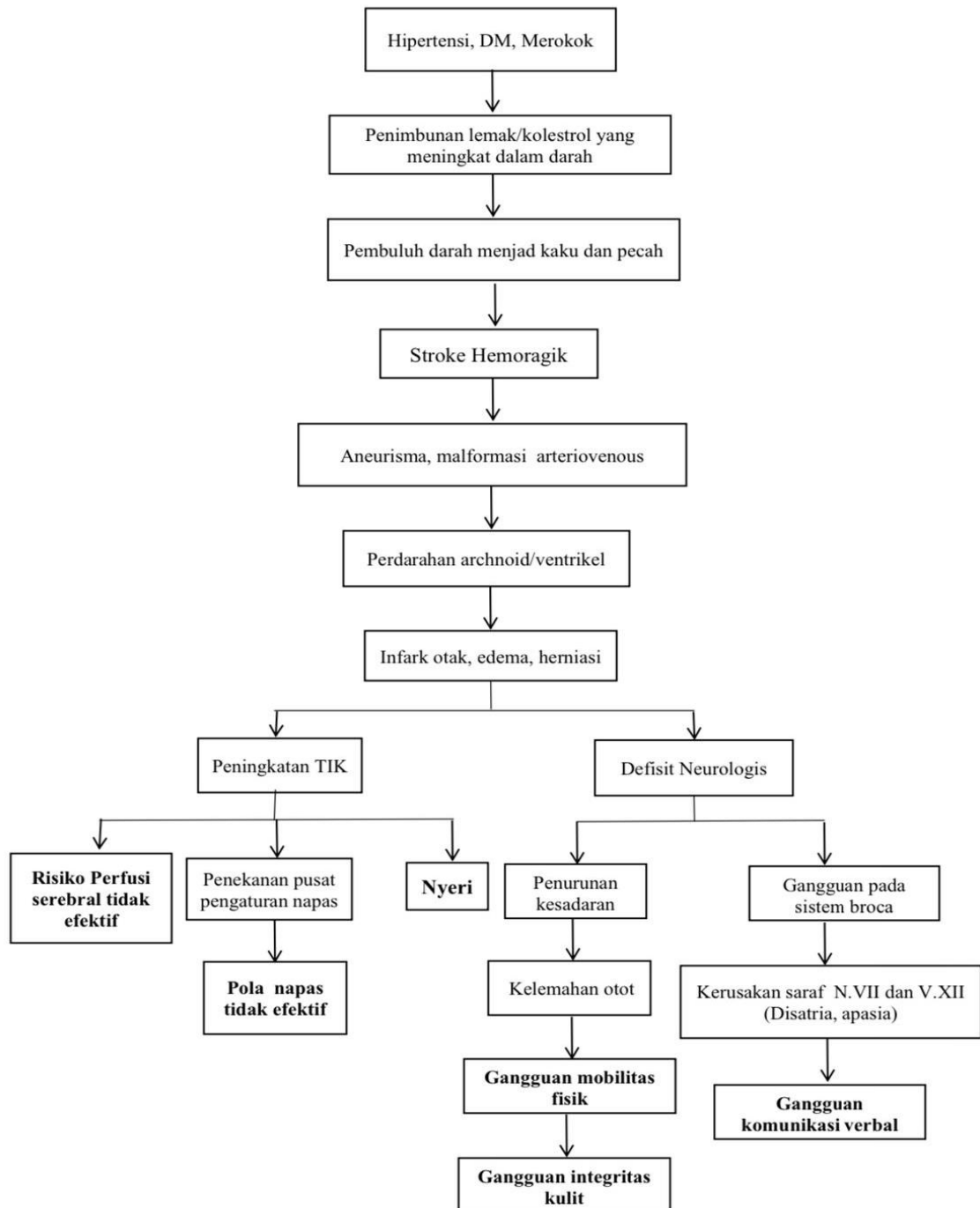
3. Patofisiologi Stroke

Stroke hemoragik disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah di otak sehingga menyebabkan darah mengalir ke substansi atau ruang *subarachnoid* dan menyebabkan perubahan pada bagian area intrakranial yang seharusnya konstan. Perubahan komponen intrakranial, yang tidak dapat dikompensasi oleh tubuh, mengakibatkan peningkatan tekanan intrakranial yang jika terus berlanjut menyebabkan herniasi otak yang mengakibatkan kematian. Selain itu, darah yang mengalir ke *subarachnoid*

dapat menyebabkan edema dan spasme pada pembuluh darah otak, adanya penekanan pada daerah pembuluh darah akan menimbulkan aliran darah berkurang atau tidak ada sehingga terjadi nekrosis jaringan otak. Infark atau kematian jaringan otak, terjadi karena aliran darah ke jaringan otak terputus setelah sekitar 15 sampai 20 menit. Infark di bagian otak yang disuplai oleh arteri ini tidak selalu karena penyumbatan di arteri.

Otak sangat bergantung pada oksigen. Pada pasien stroke terjadi penurunan suplai darah dan oksigen ke otak. Kurangnya oksigen di jaringan otak disebabkan aliran darah ke bagian otak terhambat akibat pembekuan darah dan emboli. Gejala yang terjadi yaitu kehilangan kesadaran jika selama satu menit kekurangan oksigen. Nekrosis mikroskopik neuron akan terjadi ketika kekurangan oksigen dengan waktu lebih lama. Stroke hemoragik biasanya terjadi pada lanjut usia karena penyumbatan terjadi pada dinding pembuluh darah yang rapuh (*aneurisma*). Pembuluh darah yang rapuh tidak hanya disebabkan oleh faktor usia (degeneratif), tetapi juga faktor keturunan (genetik). Kerapuhan dapat terjadi karena adanya pengerasan dinding pembuluh darah akibat penumpukan plak atau *arteriosclerosis*, yang dapat menjadi lebih buruk bila disertai dengan gejala tekanan darah tinggi.

4. Pathway Stroke



(Kusyadi & Khayudin, 2022)

Gambar 2.1 Pathway Stroke Hemoragik

5. Manifestasi Klinis

Menurut (Siregar, 2021) Gejala dan tanda yang biasa terlihat pada penderita stroke non hemoragik bervariasi dan dapat bersifat sementara atau berkelanjutan. Gejala pada penderita stroke berbeda-beda tergantung bagian pembuluh darah mana yang terbagi menjadi 2, yaitu:

a. Sumbatan pada pembuluh darah karotis terbagi menjadi tiga percabangan, yaitu:

1) Penyumbatan aliran darah ke otak tengah (arteri serebral media) dapat menyebabkan gejala sebagai berikut :

- a) Perubahan rasa atau sensasi pada wajah di satu sisi atau perubahan sensasi pada lengan kanan atau kiri.
- b) Gangguan gerak, tidak mampu bergerak, atau mati rasa pada ekstremitas (Hemiparesis).
- c) Gangguan bicara, tidak dapat berbicara satu kalimat (Afasia).
- d) Gangguan penglihatan, kemungkinan kabur (Hemianopsia).
- e) Mata selalu melihat ke satu sisi (*Deviation conjugate*).
- f) Kesadaran menurun
- g) Gangguan daya ingat (Prosopagnosia).
- h) Mulut miring atau bicara pelo (Disartri).
- i) Separuh badan terasa mati rasa atau tidak dapat merasakan sensasi sentuhan.
- j) Tidak dapat membedakan antara kanan dan kiri

2) Sumbatan pada aliran darah menuju otak bagian depan (arteri serebri anterior) dapat menimbulkan gejala sebagai berikut:

- a) Kelumpuhan atau ketidakmampuan untuk bergerak salah satu tungkai atau sensasi perabaan hilang
 - b) Tidak mampu menahan air kencing dan tidak menyadari buang air kecil.
 - c) Tiba-tiba pingsan
 - d) Kesulitan mengungkapkan emosi
- 3) Penyumbatan aliran darah ke bagian belakang otak (arteri serebral posterior) dapat menyebabkan gejala berikut:
- a) Sulit untuk memahami apa yang dilihat
 - b) Tidak dapat membedakan warna.
 - c) Kebutaan atau penglihatan berkurang
 - d) Sensasi nyeri spontan
- b. Berbagai gejala berikut dapat disebabkan oleh gangguan pada pembuluh darah vertebrobasilaris:
- 1) Gangguan pergerakan bola mata.
 - 2) Kedua tungkai lemah (hipotonia) dan tidak mampu berdiri (paraparesis inferior).
 - 3) Serangan vertigo.
 - 4) Nistagmus bola mata
 - 5) Nausea, muntah, dan gangguan menelan.
 - 6) Bicara sulit dipahami (Disartri)
 - 7) Kehilangan pendengaran secara mendadak.

Menurut (Maria, 2021), gejala stroke juga dapat diamati dari penilaian awal dengan metode FAST, metode ini meliputi 4 langkah untuk

memastikan diagnosis cepat pada korban stroke, 4 langkah ini dapat dievaluasi sebagai berikut:

- a. F adalah singkatan dari *Face* yang berarti wajah, pada pemeriksaan ini pasien diminta untuk tersenyum. Dan periksa kondisi wajah pasien untuk melihat apakah masih ada satu sisi wajah, perhatikan apakah wajah atau mata sudah simetris. Tanda dan gejala pada penderita stroke pada wajah dan mata tidak simetris.
- b. A berarti arms atau tangan, pada pemeriksaan ini pasien diminta untuk mengangkat tangan mereka. Jika mereka kesulitan mengangkat tangan mereka, mereka diminta untuk menekuk. Jika mereka tidak dapat menekuk atau mengangkat tangan mereka, mungkin mereka menderita stroke.
- c. S adalah kata-kata atau percakapan, dalam hal ini pasien diminta untuk berbicara atau mengulang satu kalimat. Jika pasien mengalami kesulitan berbicara atau terdengar pelo, maka pasien tersebut mungkin mengalami gejala stroke.
- d. T adalah singkatan dari *Time* yang berarti waktu, saat memeriksa wajah, tangan, dan perkataan. Jika ditemukan gejala-gejala ini, pasien dianggap sebagai keadaan darurat dan harus dibawa ke fasilitas kesehatan.

6. Pemeriksaan Penunjang

- a. Angiografi Serebri

Membantu mengidentifikasi penyebab spesifik stroke seperti perdarahan

atau ruptur arteri dan menemukan sumber perdarahan seperti aneurisma atau malformasi vascular.

b. Lumbal Fungsi

Peningkatan tekanan dan bercak darah pada cairan lumbal menunjukkan perdarahan intrakranial atau hemoragik subarachnoid. Adanya peningkatan protein menunjukkan proses inflamasi. Hasil tes cairan berwarna merah biasanya merupakan warna cairan yang tetap normal (xanthochrome) selama beberapa hari pertama.

c. CT Scan

Secara khusus menunjukkan lokasi edema, lokasi hematoma, adanya jaringan otak yang infark atau iskemik, perdarahan, tumor dan lokasi tepatnya. Hasil pemeriksaan biasanya didapatkan dengan hiperdensitas fokal, kadang-kadang menembus ke ventrikel, atau menyebar ke permukaan otak.

d. MRI (*Magnetic Imaging Resonance*)

Menggunakan gelombang magnetic untuk mengidentifikasi lokasi dan ukuran perdarahan otak. Hasil pemeriksaan biasanya menunjukkan bahwa area terluka dan infark akibat hemoragik.

e. USG Doppler

Plak, atau arteriosclerosis, dapat diidentifikasi melalui USG doppler untuk mengidentifikasi penyakit arteriovena, yang merupakan masalah bagi sistem karotis.

f. EEG (*Elektro Encephalo Grapgy*)

Pemeriksaan yang bertujuan untuk mengidentifikasi masalah yang

muncul dan efek dari infark jaringan otak, yang menyebabkan penurunan impuls listrik dalam jaringan otak.

7. Penatalaksanaan

Berikut penatalaksanaan pasien stroke menurut Muttaqin (2008) sebagai berikut :

a. Penatalaksanaan medis

1) Stabilkan tanda-tanda vital dengan :

- a) Menjaga agar jalan napas tetap terbuka seperti sering melakukan suction, berikan oksigen, lakukan trakeostomi jika perlu.
- b) Untuk mengontrol aliran darah ke otak, termasuk memperbaiki hipotensi dan hipertensi, tekanan darah harus dipantau dan dipertahankan pada nilai normal.

2) Upaya untuk menemukan dan mengobati aritmia jantung

3) Sebagian besar pasien stroke biasanya akan dipasang selang DC untuk mengurangi mobilitas pasien. Ini dilakukan karena pasien rawat inap dengan gejala stroke akan diimobilisasi/istirahat di tempat tidur untuk pemantauan yang optimal.

4) Setiap dua jam, posisi pasien harus diubah dan rentang gerak pasif dilatih.

5) *Bedrest* total dengan posisi kepala *head up* 15-30⁰

b. Pengobatan konservatif

- 1) Dapat diberikan histamine, aminophilin, asetazolamid, papaverin intraarterial

2) Pasien yang mengalami stroke dengan aritmia jantung biasanya diberi obat antikoagulan seperti heparin untuk mencegah penggumpalan darah atau memburuknya trombosis, yang terjadi dengan mengubah komposisi faktor pembekuan darah.

c. Pengobatan pembedahan

1) Endosterektomi karotis

Prosedur endosterektomi karotis bertujuan untuk menghilangkan plak dari arteri yang terletak di sepanjang sisi leher hingga otak, dengan cara membuka arteri karotis di leher

2) Angioplasti dan Stent

Selama proses angioplasti, arteri karotis dapat diakses melalui arteri yang terletak di selangkangan. Selanjutnya, alat seperti balon digembungkan untuk memperlebar arteri yang menyempit. Dengan demikian, stent dapat dipasang untuk menopang arteri yang terbuka.

8. Komplikasi

Penderita stroke dapat mengalami masalah fisik dan emosional jika mereka terlalu lama berbaring (Maria, 2021). Pasien yang mengalami stroke dapat mengalami komplikasi berikut:

a. Depresi

Pengaruh paling umum pada korban stroke. Di unit perawatan intensif, tingkat depresi pada pasien stroke tinggi, hal ini disebabkan oleh gejala yang dirasakan pasien stroke, seperti kelumpuhan yang mengganggu aktivitas sehari-hari, kesulitan berbicara, dan kesulitan mengungkapkan perasaan.

b. Bekuan darah

Perdarahan dapat dengan mudah membeku karena pada kaki yang lumpuh terjadi penimbunan cairan yang menyebabkan bengkak. Selain itu, bekuan darah juga dapat menyebabkan embolisme paru, yaitu bekuan darah pada arteri yang menyebabkan pembuluh darah yang menuju ke paru-paru tersumbat, yang menyebabkan kesulitan bernapas.

c. Dekubitus, pada pasien stroke luka tekan atau dekubitus umumnya sangat sering terjadi. Hal ini terjadi karena pada bagian tubuh yang lumpuh tidak dapat digerakkan atau pasien stroke tidak dapat melakukan mobilisasi sehingga akan menimbulkan luka tekan (dekubitus). Bagian yang sering mengalami dekubitus adalah pinggul, bokong, persendian, punggung, kaki dan tumit. Penanganan yang tidak tepat jika pasien stroke mengalami dekubitus dapat menyebabkan infeksi pada area tersebut.

d. Pneumonia , pada pasien stroke tidak dapat batuk dan menelan sepenuhnya, karena pasien stroke tidak boleh mengejak, karena jika pasien mengejak dapat meningkatkan TIK di otak, sehingga menyebabkan cairan menumpuk di paru-paru kemudian menyebabkan pneumonia.

e. *Deep vein thrombosis*,

Sebagian orang mengalami kelumpuhan karena penggumpalan darah di pembuluh darah vena tungkai, yang dikenal sebagai *deep vein thrombosis*. Kondisi ini terjadi karena gerakan otot tungkai terhenti, akibatnya aliran pada pembuluh darah di kaki terganggu sehingga dapat

menimbulkan risiko penggumpalan darah. Obat antikoagulan dapat digunakan untuk mengobati trombosis vena dalam.

f. Hidrosefalus

Sebagian besar pengidap stroke hemoragik dapat mengalami hidrosefalus, di mana cairan otak menumpuk di ventrikel (rongga jauh di dalam otak). Untuk mengeluarkan cairan yang menumpuk, dokter bedah saraf memasang selang ke dalam otak.

g. Kesulitan menelan (*Disfagia*)

Stroke dapat mengganggu refleks menelan, menyebabkan makanan dan minuman masuk ke dalam saluran pernapasan. Ini disebut kesulitan menelan atau disfagia. Disfagia dapat menyebabkan pneumonia aspirasi.

h. kekuatan otot

Pasien yang mengalami stroke mengalami hemiparesis, yang membatasi kemampuan mereka untuk bergerak dan mengakibatkan pengecilan atau atrofi otot yang mengalami kelumpuhan.

B. Konsep Dekubitus

1. Definisi

Dekubitus adalah kondisi di mana jaringan mengalami kerusakan atau cedera yang terlokalisasi pada kulit dan jaringan di bawahnya, biasanya di atas tonjolan tulang yang disebabkan oleh tekanan pada kulit atau gesekan. Kondisi ini biasanya terjadi pada pasien dengan tirah baring lama. Kerusakan pada integritas kulit dapat terjadi akibat cedera yang disebabkan oleh trauma dan pembedahan, tetapi juga akibat tekanan

jangka panjang pada kulit, yang menyebabkan iritasi dan berkembang menjadi luka atau dekubitus (Herly et al., 2021)

2. Penyebab Dekubitus

Menurut (Mamoto & Gessal, 2018) berikut penyebab terjadinya dekubitus :

a. Tekanan (*pressure*)

Meskipun tekanan darah pada pembuluh darah arteri kapiler sekitar 32 mmHg, tekanan pada pembuluh darah vena hanya 10 mmHg. Jika tekanan melebihi batas ini akan menyebabkan obstruksi kapiler, kehilangan suplai darah jaringan, dan akhirnya kematian jaringan.

b. Gesekan dengan kekuatan besar (*shear*)

Dalam situasi di mana pasien imobilisasi, seperti ketika dia dipindahkan dari tempat tidur ke kursi atau sebaliknya, terjadi gesekan yang kuat antara kulit pasien dengan permukaan sprei tempat tidurnya.

c. Gesekan (*Friction*)

Gesekan antara kulit dan permukaan lain dapat menyebabkan lapisan stratum korneum hilang, tetapi ini hanya terjadi dalam batas normal. Jika gesekan ini terjadi berulang kali, lebih banyak lapisan stratum korneum akan mengendur, menyebabkan kerusakan pada kulit.

d. Kelembapan (*moisture*)

Ini adalah faktor eksternal yang signifikan. Kelembapan eksternal dapat terdiri dari keringat, urin, atau feses, dan dapat menyebabkan permukaan kulit menjadi maserasi. Kelembapan yang berlebihan pada permukaan kulit melemahkan penghalang pelindung kulit,

membuatnya lebih sensitif terhadap tekanan, luka, dan gesekan. Lepuh kulit yang dimaserasi dan sensitif terhadap kerusakan pada struktur kulit. Ini adalah komponen terpenting yang menyebabkan ulserasi.

3. **Klasifikasi Dekubitus**

Menurut *National Pressure Ulcer Advisory Panel Pressure* (NPUAP) tahun 2015 dalam (Wiguna *et al.*, 2022) dekubitus dibagi menjadi 4 derajat yaitu :

a. Derajat I (*Nonblanchable Erythema*)

Ada perubahan warna kulit merah yang terus-menerus di area lokal, biasanya di atas tulang yang menonjol. Perubahan pada suhu kulit (menjadi lebih dingin atau lebih hangat), struktur jaringan (menjadi lebih keras atau lebih lembut), dan sensasi (menjadi gatal atau nyeri). Untuk mengetahui tingkat I, tekan daerah kulit merah dengan jari selama tiga detik. Jika jari diangkat, kulit akan tetap berwarna merah.



Gambar 2.2 Dekubitus Derajat I

b. Derajat II (*Partial Thickness Skin Loss*)

Hilangnya salah satu lapisan kulit, yaitu dermis atau epidermis, atau keduanya. Ciri-cirinya adalah luka di kulitnya yang membentuk

lubang yang dangkal, abrasi, melepuh, atau memiliki warna dasar merah atau merah muda. Derajat I dan II masih bersifat reversibel.



Gambar 2.3 Dekubitus Derajat II

c. Derajat III (*Full Thickness Skin Loss*)

Hilangnya seluruh lapisan kulit, termasuk kerusakan atau nekrosis jaringan subkutan atau lebih dalam tetapi tidak sampai fascia. Lukanya terlihat seperti lubang yang dalam disebut sebagai “*typical decubitus*” dan merupakan indikasi hilangnya bagian dalam kulit ke jaringan subkutan, tetapi bukan tendon dan tulang.. Pada tahap ini terjadi pembengkakan, peradangan, infeksi dan hilangnya struktur jaringan

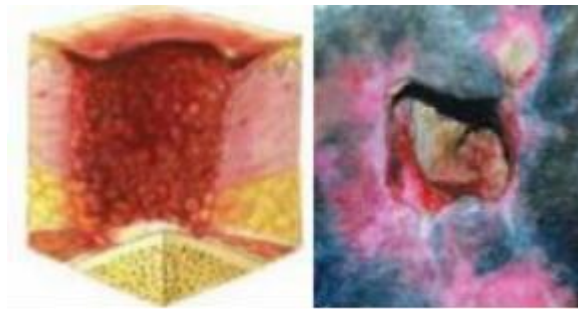


Gambar 2.4 Dekubitus Derajat III

d. Derajat IV (*Full Thickness Tissue Loss*)

Kehilangan jaringan yang cukup tebal di tahap kelima, yang dikenal sebagai “*Unstageable*”, terjadi ketika jaringan mencapai ketebalan

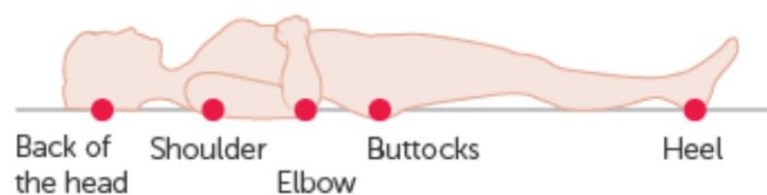
penyakit dan mencakup fascia, otot, tulang, dan sendi. Pada tahap ini, ulkus sepenuhnya tertutup oleh slough (berwarna kuning, coklat, abu-abu, hijau, atau coklat) dan/atau eschar (berwarna coklat, coklat, atau hitam) di dasar luka.



Gambar 2.5 Dekubitus Derajat IV

4. Lokasi Dekubitus

Menurut (Amirsyah et al., 2020) dekubitus terjadi dimana tonjolan tulang kontak dengan permukaan atau mengalami tekanan yang berkepanjangan. Berikut lokasi yang beresiko dekubitus pada pasien tiring baring lama :



Gambar 2.6 Lokasi Dekubitus

5. Faktor Risiko

Menurut (Daud et al., 2022) berikut faktor risiko terjadinya dekubitus :

- a. Mobilitas dan aktifitas

Mobilitas merupakan kemampuan untuk mengubah posisi tubuh,

sedangkan aktivitas sendiri ialah kemampuan untuk berpindah. Mobilitas terbatas meningkatkan risiko dekubitus pada pasien stroke. Imobilitas selama stroke merupakan faktor risiko penting untuk luka tekan karena patofisiologinya. Kehilangan mobilitas membuat penderita tidak dapat mengubah posisi atau bergerak untuk menghilangkan tekanan di area tertentu yang beresiko. Hal ini menempatkan pasien pada risiko terjadinya dekubitus. Imobilitas pada pasien yang disebabkan oleh gangguan selain gangguan motorik juga dapat disebabkan oleh gangguan kesadaran atau kehilangan persepsi sensorik. Imobilitas yang disertai dengan gangguan motorik halus, penyakit kardiovaskular, dan masalah nutrisi dapat menyebabkan penurunan pasokan oksigen dan nutrisi ke jaringan perifer, yang pada akhirnya mempercepat perkembangan ulkus dekubitus.

b. Penurunan persepsi sensori

Persepsi sensorik yang menurun pada penderita stroke menyebabkan penderita kehilangan perasaan atau sensasi. Ketika jaringan kulit rusak, pasien tidak dapat merasakannya, sehingga biasanya tidak mengubah posisinya, sehingga tekanan pada area tersebut terus berlanjut dan timbul luka dekubitus.

c. Kelembapan

Peningkatan kelembapan kulit disebabkan karena inkontenensia yang menyebabkan maserasi kulit. Meskipun tekanan dan gesekan adalah penyebab paling umum dari luka dekubitus, faktor eksternal lainnya

seperti akumulasi panas antara pasien dan tempat tidur, gesekan dan kelembapan juga merupakan faktor penting yang berkontribusi terhadap kejadian luka dekubitus.

d. Gesekan (shear)

Shear merupakan merupakan faktor eksternal yang dominan menyebabkan luka tekan. Digambarkan sebagai interaksi gravitasi dan gesekan yang merupakan mekanis yang meregangkan dan merobek jaringan, pembuluh darah, dan struktur jaringan yang lebih dalam di dekat tonjolan tulang. Pergeseran (Shear) diperparah oleh kondisi permukaan kasur yang keras dan kasar, tempat tidur yang kusut dan lembab atau pakaian yang dikenakan pasien, yang berkontribusi pada pembentukan luka tekan.

e. Nutrisi

Status gizi yang buruk selama sakit dapat meningkatkan risiko luka dekubitus. Malnutrisi sering menyebabkan hipoproteinemia, hipoalbuminemia, dan anemia, ketiganya berhubungan positif dengan terjadinya luka teka. Malnutrisi menyebabkan atrofi dan penyusutan jaringan subkutan. Kondisi ini menipiskan bantalan antara kulit dan tulang, meningkatkan efek luka tekan di area tersebut. Gizi buruk ditandai dengan hilangnya protein, yang menyebabkan jaringan di sekitar tonjolan tulang sedikit membengkak. Edema akan mengganggu sirkulasi darah, menyebabkan akumulasi sisa metabolisme dan meningkatkan kemungkinan resiko dekubitus (Neloska et al., 2016).

6. Pencegahan

Menurut (Kemenkes, 2022) pencegahan yang dapat dilakukan sebelum terjadinya luka dekubitus yaitu :

a. Mengkaji faktor resiko

Salah satu alat yang dapat digunakan untuk melakukan analisis risiko dekubitus adalah skala Braden, yang merupakan skala penilaian yang digunakan untuk mengevaluasi luka tekan pada orang dewasa. Skala ini membedakan individu dengan risiko dekubitus rendah, sedang, dan tinggi.

b. Perawatan pada kulit

Setiap delapan jam periksa seluruh kulit, termasuk titik tekanan seperti sakrum, tulang ekor, pantat, tumit, ishium, trochanters, dan siku. Setelah kontak dengan cairan BAK atau BAB, bersihkan kulit dengan pembersih kulit dengan pH seimbang. Jika kulit Anda kering, gunakan pelembab setiap hari.

c. Memperbaiki status nutrisi

Memberikan nutrisi dan membantu individu meningkatkan asupan makanan. Menganjurkan semua orang yang berisiko mengalami luka tekan untuk tetap terhidrasi dan makan makanan seimbang.

d. Pengaturan posisi atau alih baring

Penyediaan bantal, reposisi atau penggantian tempat tidur, pemindahan dan reposisi individu yang berisiko mengalami luka tekan kecuali ada kontraindikasi medis. Setiap dua jam, posisikan

tidur miring kanan dan miring kiri. Gunakan bantal kursi untuk orang yang duduk di kursi atau kursi roda.

7. Pengkajian Resiko Dekubitus

Menurut (Mamoto & Gessal, 2018) alat yang paling banyak digunakan untuk menilai risiko terjadinya dekubitus meliputi skala Norton, Braden, dan Waterlow.

a. Skala Norton

Pada tahun 1962, skala Norton pertama kali dibuat untuk menilai lima faktor yang berpotensi menyebabkan dekubitus: kondisi fisik, kondisi mental, aktivitas, mobilitas, dan inkontinensia. Nilai total berkisar antara 5 hingga 20.

b. Skala Braden

Faktor risiko dekubitus pada skala Braden terdiri dari enam subskala: persepsi sensoris, kelembapan, aktivitas, mobilitas, nutrisi, pergeseran, dan gesekan. Pada pasien stroke dengan keterbatasan mobilisasi, skala Braden digunakan untuk mengevaluasi risiko luka tekan. Analisa skor skala Braden dilakukan berdasarkan kriteria:

- 1) Rendah 23-20 poin
- 2) Medium 19-16 poin
- 3) Tinggi 15-11 poin
- 4) Sangat tinggi 10-6 poin

c. Skala Waterlow

Pada skala Waterlow, ada sembilan kategori klinis, yaitu tinggi badan dan peningkatan berat badan, jenis kelamin dan usia, tipe kulit dan

area resiko yang tampak, mobilitas, malnutrisi jaringan, defisit neurologis, dan riwayat pembedahan atau trauma. Semakin tinggi skor, semakin tinggi resiko terjadinya dekubitus. Mereka yang memiliki skor lebih dari 20 diprediksi memiliki resiko yang lebih besar untuk mengalami dekubitus.

C. Konsep Alih Baring

1. Pengertian

Alih baring adalah teknik untuk mengubah posisi pasien saat tirah baring total untuk mengurangi tekanan dan gesekan pada kulit. Ini dilakukan dengan menjaga kepala tempat tidur setinggi 30⁰. Tirah baring adalah Pasien dalam kondisi alih baring harus melakukan gerakan untuk menghindari *bedrest* agar tidak mengalami luka dekubitus (Listiowati et al., 2017). Alih baring dapat membantu mencegah dekubitus pada daerah tulang yang menonjol dan mengurangi tekanan karena pasien tertahan pada posisi tidur tertentu yang dapat menyebabkan lecet.

Menurut Huda (2012) perubahan posisi pada pasien dilakukan secara berkala setiap 2 jam. Yaitu mulai jam 08,00 – 10.00 wib pasien di miringkan kearah kanan, kemudian jam 10.00- 12.00 wib pasien di terlentangkan, dan jam 12.00-14.00 wib pasien di miringkan kearah kiri, dan seterusnya seperti itu. Hal tersebut didukung oleh pernyataan (Kemenkes, 2023) posisi alih baring dilakukan dengan cara memiringkan pasien dari terlentang ke miring maupun sebaliknya, dengan waktu setiap 2 jam ke arah kanan dan 2 jam ke arah kiri.

2. Jenis-Jenis Alih Baring

a. Alih baring penuh

Kemampuan seseorang untuk bergerak secara penuh dan bebas untuk berpartisipasi dalam interaksi sosial dan mengambil peran dalam aktivitas sehari-hari dikenal sebagai alih baring penuh. Perubahan posisi penuh ini adalah fungsi saraf motorik volunter dan sensorik untuk mengontrol semua area tubuh manusia.

b. Alih baring sebagian

Membatasi kemampuan seseorang untuk bergerak. Akibatnya, mereka tidak dapat bergerak secara bebas karena gangguan pada saraf motorik dan sensorik di beberapa area tubuh.

3. Tujuan Alih Baring

Menurut Potter & Perry (2015) tujuan alih baring yakni :

- a. Mencegah nyeri otot
- b. Mengurangi tekanan
- c. Mencegah kerusakan pembuluh darah dan saraf
- d. Mencegah kontraktur otot
- e. Menjaga tonus otot dan reflek
- f. Memfasilitasi tindakan medis dan keperawatan

4. Penerapan posisi alih baring

Pasien yang mengalami imobilisasi yang tidak dapat melakukan gerakan secara mandiri harus dibantu oleh orang lain. Selain itu, pasien yang mengalami kelumpuhan atau koma karena gangguan pada salah satu sistem anggota tubuhnya harus diberikan posisi alih baring untuk

mencegah dekubitus. Dengan menjaga bagian kepala tempat tidur setinggi 30 derajat, dapat mengurangi kemungkinan dekubitus akibat gaya gesek. Alih posisi atau baring ini dilakukan setiap 2 jam hingga 4 jam sekali. Hal ini sejalan dengan pernyataan NPUAP (1999 dalam Wayunah, 2019) yang menyatakan untuk mengatur posisi tidur dalam posisi “role of 30” dimana posisi kepala tempat tidur ditinggikan sampai dengan 30° dan posisi badan pasien dimiringkan sebesar 30° dengan disanggah menggunakan bantal. Posisi ini terbukti menjaga pasien terbebas dari penekanan pada area trokanter dan sacral. Teknik yang dapat digunakan yaitu dengan Posisi pasien saat berbaring terlentang. Gunakan bantal untuk menyanggah kepala dan leher, selanjutnya tempatkan satu bantal pada sudut antara bokong dan matras dengan cara memiringkan pasien. Bantal yang berikutnya ditempatkan memanjang diantara dua kaki.

Memposisikan tubuh dengan sudut 30⁰ membantu menjaga kulit dari pergesekan (friction) dan perobekan (shear). Gesekan akan merusak permukaan epidermis kulit dan robekan jaringan dapat menyebabkan oklusi pembuluh darah, serta kerusakan pada jaringan dalam seperti otot yang biasanya dapat terjadi luka tekan (Samhah, 2021).

5. Pengaruh alih baring pada pencegahan dekubitus

Untuk pasien yang mengalami stroke, posisi alih baring sangat membantu karena mereka mengalami kelemahan otot tubuh sehingga mereka tidak dapat bergerak secara bebas. Posisi ini dapat membantu pasien menghindari akibat dari berbaring terlalu lama. Menurut (Ningrum et al., 2020) Menurut Ningrum et al. (2020), posisi alih baring dapat

membantu pasien merasa nyaman dan mempertahankan postur tubuh dengan baik. Ini juga dapat mencegah dekubitus pada daerah tulang yang menonjol dan mengurangi tekanan yang timbul karena pasien tertahan pada satu posisi tidur yang menyebabkan lecet. Sedangkan pada pernyataan (Herly et al., 2021) Memiringkan pasien dari terlentang ke miring atau sebaliknya dalam posisi alih baring akan mengurangi tekanan, mencegah kerusakan syaraf, dan mempertahankan tonus otot dan refleks. Dengan melakukan posisi alih baring setiap dua jam, pasien yang mengalami *bedrest* total harus disesuaikan dengan tingkat aktivitas, kemampuan persepsi, dan rutinitas sehari-hari. Menurut (Riskawaty et al., 2022) intervensi alih baring setiap 2 jam sangat efektif dalam mencegah kejadian dekubitus. Ini juga sesuai dengan rekomendasi yang diberikan oleh *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP) (2016 dalam Riandini et al., 2018) yang merekomendasikan perubahan posisi setiap 2-3 jam untuk pasien stroke tanpa matras dekubitus dan setiap 4-6 jam untuk pasien dengan matras dekubitus.

Untuk menjaga integritas kulit, posisi yang tepat sangat penting untuk mengurangi tekanan, membantu tubuh tetap teratur, dan mencegah neuropati kompresif. Pengaturan posisi tidak sekadar mengubah posisi pasien berbeda dari posisi sebelumnya, metode tertentu diperlukan untuk mencegah masalah dekubitus baru. (Wiguna et al., 2022). Pasien dengan penurunan kesadaran tidak mampu untuk mengubah posisi sehingga kulit akan mengalami tekanan yang merupakan kekuatan mekanis yang meregangkan dan merobek jaringan, pembuluh darah, serta struktur

jaringan yang lebih dalam yang berdekatan dengan tulang yang menonjol. Contoh paling umum adalah Ketika pasien diposisikan dalam semi fowler yang lebih dari 30 derajat. Dalam posisi ini, pasien bias merosot ke bawah, membuat tulangnya bergerak ke bawah tetapi kulitnya tertinggal. Hal ini dapat menyebabkan kerusakan kecil pada permukaan kulit tetapi dapat merusak pembuluh darah dan jaringan bagian dalam seperti otot (Riskawaty et al., 2022)

D. Konsep *Massage Effleurage*

1. Pengertian

Kata *massage* berasal dari kata Yunani "massien", yang berarti memijat atau melulut, atau dari kata Arab "mash", yang berarti menekan dengan lembut. Dengan menekankan atau memijat kembali peredaran darah ke titik-titik sentra reflek, *massage* adalah teknik refleksologi yang bertujuan untuk memperlancar kembali peredaran darah (Nugraha, 2023).

Massage Effleurage pijatan dengan menggunakan usapan yang lembut ka arah distal atau ke bawah untuk meningkatkan sirkulasi dan mengurangi kecemasan dengan memberikan efek relaksasi (Khayati et al., 2022). Menurut (Daud et al., 2022) *massage Effleurage* adalah gerakan mengusap yang ringan dan menenangkan yang dilakukan saat memulai dan mengakhiri pijatan. Ini dilakukan untuk menghangatkan otot dan membuatnya lebih rileks.

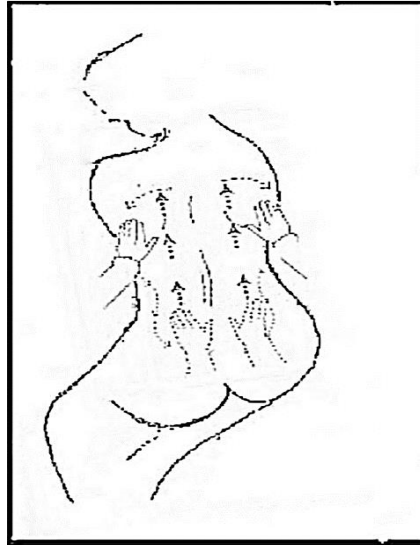
2. Manfaat *Massage Effleurage*

- a. Meningkatkan sirkulasi darah kulit dan secara berirama merangsang pengaturan sensorik kulit.

- b. Melancarkan peredaran darah dan cairan getah bening atau limfe
- c. Merangsang susunan saraf secara berirama untuk mencapai efek seudatif (merangsang dan menenangkan).
- d. Mengurangi ketegangan otot
- e. Meningkatkan relaksasi fisik dan psikologi
- f. Mengurangi nyeri

3. Teknik *Massage Effleurage*

Massage Effleurage adalah teknik pijatan yang menggunakan sentuhan tangan untuk menimbulkan efek relaksasi dan membantu mempercepat pemulihan nyeri. *Effleurage* adalah teknik gosokan yang halus dengan tekanan relatif ringan sampai kuat yang menggunakan seluruh permukaan tangan satu atau kedua. Arah gosokan selalu menuju ke jantung atau searah dengan aliran pembuluh darah balik, yang mempengaruhi peredaran darah atau membantu pembuluh darah balik mengalir kembali ke jantung karena tekanan dan dorongan gosokan. *Effleurage*, suatu pergerakan *stroking* dalam atau dangkal, biasanya digunakan untuk membantu pengembalian getah bening dan pembuluh darah di ekstremitas tersebut. *Effleurage* juga digunakan untuk memeriksa dan menilai ketidakteraturan jaringan lunak atau peregangan dan area nyeri (Alimah, 2012).



Gambar 2.7 Teknik *Massage Effleurage*

4. Indikasi dan Kontraindikasi *Massage Effleurage*

Menurut (Alimah, 2012) berikut indikasi dan kontraindikasi *Massage Effleurage*

a. Indikasi

- 1) Keadaan tubuh yang sangat lelah
- 2) Otot kaku, nyeri pada persendian
- 3) Gangguan atau ketegangan saraf
- 4) Kelemahan otot

b. Kontraindikasi

- 1) Dalam situasi di mana pembuluh darah arteri mengalami pengapuran
- 2) Pasien mengalami masalah kulit
- 3) Fraktur
- 4) Pembengkakan atau tumor di area yang diduga kanker ganas atau tidak ganas

5) Luka bakar

E. Konsep VCO (Virgin Coconut Oil)

1. Pengertian

Virgin Coconut Oil merupakan minyak kelapa murni yang diekstraksi dari daging kelapa tua yang segar yang diolah tanpa pemanasan atau dengan pemanasan di bawah 60°C sehingga menghasilkan minyak bening, tidak tengik dan terbebas dari radikal bebas akibat pemanasan.

Menurut (Sumah, 2020) berdasarkan hasil penelitian Lab Universitas Gajah Mada, VCO mengandung 50,33% asam laurat, 14,32% asam kapriat, 10,25% asam kaproat, 12,91% asam mirisat dan 4,92% palmitate. Sedangkan menurut (Rahayu *et al.*, 2022) VCO mengandung banyak zat aktif, seperti asam lemak jenuh (*saturated fatty acid*) sebesar 90%, asam lemak tak jenuh (*unsaturated fatty acid*) sebesar 10%, dan asam laurat sebesar 48–53%. Di dalam tubuh manusia, asam laurat diubah menjadi monolaurin, sebuah monogliserida yang memiliki sifat antivirus, antibakteri, dan antiprotozoa. Kandungan lemak tak jenuh inilah yang bermanfaat bagi kesehatan tubuh. 92% asam lemak jenuh dalam VCO terdiri dari 48% hingga 53% asam laurat (C12), 1,5 hingga 2,5% asam oleat, dan asam lemak seperti 8% asam kaprilat (C:8) dan 7% asam kaprat (C:10). VCO juga mengandung 8% vitamin E.

2. Manfaat

VCO efektif untuk mencegah terjadinya dekubitus sampai 95.5% pada pasien stroke hemoragik. VCO mengandung asam lemak (terutama asam laurat dan oleat) sehingga bermanfaat melembutkan kulit. VCO efektif

dan aman digunakan sebagai pelembab kulit, sehingga dapat meningkatkan hidrasi kulit dan mempercepat penyembuhan kulit. Kandungan lemak jenuhnya yang tinggi memiliki sifat antibakteri dan antijamur serta mengandung vitamin E dan antioksidan yang dapat memberikan kekenyalan dan melindungi kulit dari radikal bebas. VCO yang digunakan untuk perawatan kulit kemungkinan tidak memiliki efek samping saat digunakan (Sumah, 2020). Manfaat *Virgin Coconut Oil* yakni untuk mengurangi peradangan, mendukung perbaikan dan penyembuhan jaringan, membunuh bakteri penyebab ulser, sakit tenggorokan, infeksi saluran kemih, penyakit gusi dan mulut, pneumonia, gonorehea dan penyakit lainnya; mendukung dan mendukung fungsi sistem kekebalan tubuh. Minyak kelapa murni juga memberi nutrisi karena diserap oleh kulit dan berfungsi sebagai pelumas untuk mengurangi efek gesekan dan geseran.

Menurut (Sari et al., 2018) VCO berfungsi sebagai pelembab untuk mencegah kulit kering dan meminimalkan paparan keringat, urin, atau feses berlebih karena merupakan minyak yang tidak bercampur dengan air. Minyak kelapa murni juga memberi nutrisi karena diserap oleh kulit dan berfungsi sebagai pelumas untuk mengurangi efek gesekan dan geseran.

3. Pengaruh *Massage Effleurage* menggunakan VCO dalam pencegahan dekubitus

Ketika pasien stroke yang mengalami bedrest berisiko terjadinya dekubitus karena kulit pasien secara terus menerus tertekan mengakibatkan iskemia kulit yang disebabkan oleh bedrest, *massage*

dengan minyak kelapa murni (VCO) dapat membantu dan menjaga kesehatan kulit pada pasien stroke dengan tirang baring lama. *Massage effleurage* dengan VCO dapat menjadi suatu bentuk intervensi perawatan yang dapat membantu menjaga kelembapan kulit dan meningkatkan sirkulasi darah pada pasien yang tidak dapat beraktivitas. Terapi pijat *massage effleurage* dengan *virgin coconut oil* merupakan upaya penyembuhan yang aman, efektif dan tanpa efek samping. Pijat *effleurage* memiliki manfaat dalam meningkatkan peredaran darah, menghangatkan otot, dan merangsang relaksasi fisik (Santiko & Faidah, 2020).

Virgin Coconut Oil (VCO) dapat digunakan sebagai pelindung kulit yang memberikan efek melembutkan dan melembabkan kulit yang dapat membangun secara cepat mikrobial dan asam alami, karena mengandung asam laurat yang tinggi dan mengandung antioksidan serta vitamin E yang dapat bertahan lama. VCO dapat digunakan setelah mandi untuk meningkatkan atau mempertahankan toleransi jaringan yang mampu mencegah dekubitus dan sangat baik untuk kulit (Sumah, 2020). Menurut (Widayati et al., 2023) VCO dengan kandungan asam lemak anti septiknya dapat melindungi kulit dari infeksi jamur dan bakteri. Kandungan medium fatty acid pada minyak kelapa memiliki kesamaan pada sabun kulit pada umumnya. *Massage effleurage* yang dikombinasikan dengan Virgin Coconut Oil (VCO) memiliki banyak manfaat untuk kulit, seperti memperlancar peredaran darah dan memberinya kelembapan, yang dapat menambah nutrisi pada kulit karena mengandung vitamin E dan medium fatty acid. VCO juga merupakan lemak ilmiah yang berfungsi sebagai

antimikrobia dan melindungi kulit dari infeksi. Teknik *massage effleurage* dengan VCO biasanya diterapkan dua kali sehari setelah mandi selama empat hingga lima menit. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan (Supriyadi et al., 2023) yang merekomendasikan untuk memberikan *massage* selama 4-5 menit setiap hari selama tujuh hari pada pasien dengan triah baring lama. Selain itu, penelitian lain (Sumah, 2020) menemukan bahwa *massage* dilakukan dua kali sehari, pagi dan malam, selama 4-5 menit.

F. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Mengumpulkan data objektif dan subjektif dari pasien, keluarga pasien, atau bahkan rekam medis riwayat perawatan sebelumnya dikenal sebagai pengkajian keperawatan. Menurut (Tarwoto, 2013) Berikut ini adalah beberapa hal yang perlu diperhatikan saat melakukan pengkajian pasien stroke:

a. Identitas Pasien

Data umum meliputi nama, umur, tempat tanggal lahir, jenis kelamin, alamat tempat tinggal, agama, suku, pekerjaan, pendidikan, suku, bangsa, tanggal masuk rumah sakit, nomor rekam medis, dan diagnosa medis.

b. Keluhan utama

Keluhan utama merupakan keluhan atau masalah utama yang disampaikan pasien saat mereka datang ke rumah sakit. Pasien stroke

biasanya mengalami kelemahan anggota gerak, bicara pelo, dan pingsan.

c. Riwayat penyakit sekarang

Penyakit ini terjadi pada penderita stroke saat ini, serangan ini terjadi secara mendadak, mungkin saat beristirahat atau melakukan aktivitas. Pusing, tekanan darah tinggi, mual, muntah, dan tidak sadarkan diri adalah gejala umum.

d. Riwayat penyakit terdahulu

Pada penderita stroke, akan dilakukan pemeriksaan riwayat stroke, seperti: hipertensi, kolestrol, trauma kepala, dan merokok dan mengonsumsi alkohol.

e. Riwayat penyakit keluarga

Keluarga dengan riwayat penyakit yang sama akan diperiksa dalam pengkajian keluarga.

f. Pengkajian

1) Aktivitas/Istirahat

a) Gejala seperti kelelahan, kelemahan, ketidakmampuan untuk melakukan aktivitas.

b) Tanda seperti peningkatan atau penurunan tekanan darah, nadi yang meningkat, frekuensi respirasi yang menurun, dan suhu tubuh yang meningkat.

2) Sirkulasi

a) Gejala termasuk tekanan darah yang turun atau meningkat, perdarahan, dan sesak napas

- b) Tanda-tanda seperti petakie, tekanan darah rendah, takikardi, kaki teraba dingin.
- 3) Integritas ego
- a) Gejala : perubahan gaya hidup pasien stroke.
 - b) Tanda : ketidakpercayaan diri
- 4) Makanan/Cairan
- a) Gejala seperti mual, muntah dan kehilangan nafsu makan
 - b) Tanda, turgor kulit kurang baik, penurunan berat badan, lemak, dan massa otot yang buruk
- 5) Nyeri/Kenyamanan
- a) Gejala, termasuk keluhan tentang nyeri pada anggota gerak, kepala, atau pusing
 - b) Tanda-tanda bahwa anggota gerak tidak dapat digerakkan.
- 6) Neurosensori
- a) Gejalanya : penderita merasa pusing, bahkan kehilangan kesadaran
 - b) Tanda: pasien merasa cemas, takut, bingung, atau koma.
- 7) Pengkajian 12 saraf kranial
- a) Saraf I

Biasanya pasien stroke fungsi penciuman normal pada pasien stroke.
 - b) Saraf II

Gangguan jaras sensori primer di antara korteks visual dan mata menyebabkan gangguan persepsi visual. Karena hemiplegia kiri,

Mien sering mengalami gangguan hubungan visual spasial. Gangguan ini terjadi ketika dua atau lebih objek terhubung satu sama lain dalam area spasial tertentu. Karena klien tidak dapat mencocokkan pakaian ke tubuhnya, mereka mungkin tidak dapat memakai pakaian tanpa bantuan.

c) Saraf III, IV, VI

Dalam kasus di mana stroke menyebabkan paralisis, satu sisi otot-otot okularis mengalami penurunan kemampuan gerakan konjugat unilateral pada sisi yang terkena.

d) Saraf V

Paralisis saraf trigeminus, ketidakmampuan untuk mengkoordinasi gerakan mengunyah, deviasi mandibula lateral, dan kelumpuhan satu sisi otot internus dan eksternus adalah beberapa kasus dari stroke.

e) Saraf VII

Persepsi rasa dalam batas normal, wajah tidak simetris, dan otot wajah tertarik ke sisi yang sehat.

f) Saraf VIII

Tuli persepsi dan konduktif tidak ditemukan.

g) Saraf IX dan X

Kemampuan menelan yang buruk dan kesulitan membuka mulut

h) Saraf XI

Tidak ada atrofi otot sternokleidomastoid dan trapezius.

i) Saraf XII

Lidah simetris, dengan satu sisi yang berbeda, fasikulasi dan indra pengecap normal.

8) Pernafasan

a) Gejala pasien adalah sesak napa

b) Tanda adalah penurunan saturasi oksigen

9) Fungsi sensori

Penilaian ini menggunakan sensai sentuhan, nyeri, dan getaran.

a) Gejalanya, pasien dengan gangguan serebrovaskular seringkali tidak dapat menunjuk hidungnya karena keterbatasan gerak

b) Tanda: mati rasa di tangan atau ketidakmampuan untuk mengontrol gerakannya

10) Fungsi otak

Pengkajian ini menggunakan tes jari hidung

a) Karena keterbatasan gerak, pasien stroke biasanya tidak dapat menunjuk hidungnya.

b) Tanda-tanda mati rasa di tangan atau kehilangan kendali atas gerakan.

g. Pemeriksaan fisik

Menurut (Muttaqin, 2008) Pemeriksaan fisik harus dilakukan secara persistem (B1-B6), dengan fokus pemeriksaan fisik pada pemeriksaan B3 (Brain) yang terarah dan dikaitkan dengan beberapa keluhan klien:

1) Keadaan umum

Biasanya mengalami penurunan kesadaran, gangguan bicara (misalnya sulit dimengerti, kadang-kadang tidak bisa bicara), dan peningkatan tekanan darah dan variasi denyut nadi.

2) B1 (Breathing)

Auskultasi bunyi napas tambahan, seperti ronchi pada klien dengan produksi sekret yang meningkat dan kemampuan batuk yang menurun, yang sering terjadi pada klien stroke dengan penurunan tingkat kesadaran koma; pada klien dengan tingkat kesadaran compos mentis, pemeriksaan inspeksi pernapasan tidak menunjukkan kelainan.

3) B3 (Brain)

Berbagai defisit neurologis dapat disebabkan oleh stroke, tergantung pada lokasi lesi (pembuluh darah yang tersumbat), ukuran area yang perfusinya tidak cukup, dan aliran darah kolateral (aksesori atau sekunder). Lesi otak tidak dapat pulih sepenuhnya. Pengkajian B3 (Brain) lebih lengkap dan fokus daripada pengkajian pada sistem lainnya.

a) Pengkajian tingkat kesadaran

Indikator paling sensitif untuk disfungsi sistem persarafan adalah pemeriksaan tingkat kesadaran klien, tingkat keterjagaan klien, dan respons terhadap lingkungan. Klien yang mengalami stroke biasanya mengalami letargi, stupor, dan semi koma. Penilaian GCS sangat penting untuk menilai tingkat kesadaran

klien dan bahan evaluasi untuk memantau pemberian asuhan jika klien sudah dalam koma.

b) Pengkajian Fungsi Serebral

Pengkajian ini meliputi status mental, fungsi intelektual, kemampuan bahasa lobus frontal dan hemisfer.

- Kesehatan mental. Observasi tingkah laku, penampilan, nilai gaya bicara, ekspresi wajah, dan gerak tubuh klien. Status mental klien biasanya berubah selama stroke tahap lanjut.
- Fungsi intelektual. Menunjukkan penurunan memori dan ingatan jangka pendek dan jangka panjang. penurunan kemampuan kalkulasi dan perhitungan. Beberapa klien mengalami kerusakan otak, yaitu kesulitan untuk memahami persamaan dan perbedaan yang tidak begitu nyata.
- Kemampuan bahasa. Menurunnya kemampuan bahasa bergantung pada daerah lesi yang mengganggu fungsi otak. Lesi pada daerah hemisfer yang dominan pada bagian posterior dari girus temporalis superior (area Wernicke) menyebabkan disfasia reseptif, yang berarti klien tidak dapat memahami bahasa lisan atau tertulis. Lesi pada daerah hemisfer yang dominan pada bagian posterior dari girus frontalis inferior (area Broca) menyebabkan klien mengalami disfasia ekspresif, yang berarti klien dapat

memahami, tetapi tidak dapat menjawab dengan tepat atau berbicara dengan lancar. Disartia, atau kesulitan berbicara, ditunjukkan dengan bicara yang sulit karena paralisis otot yang mengontrol bicara.

- Lobus frontal. Kerusakan pada kasitas lobus frontal, memori, atau fungsi intelektual kortikal yang lebih tinggi dapat menyebabkan kerusakan pada fungsi kognitif dan efek psikologis. Klien yang mengalami disfungsi ini mungkin mengalami masalah frustrasi selama program rehabilitasi mereka. Ini dapat ditunjukkan oleh lapang perhatian terbatas, masalah pemahaman, lupa, dan kurangnya motivasi.
- Hemisfer. Stroke hemisfer kanan menyebabkan hemiparese kiri, selain itu sisi kolateral yang rentan dan penilaian yang buruk mempunyai kerentanan terhadap sisi kolateral sehingga kemungkinan terjatuh kesisi yang berlawanan tersebut.

4) B4 (Bladder)

Klien yang mengalami stroke mungkin mengalami inkontinensia urine karena konfusi dan ketidakmampuan untuk mengkomunikasikan kebutuhan, serta ketidakmampuan untuk mengendalikan kandung kemih karena gangguan kontrol motorik dan postur yang hilang. Ada saat-saat ketika kontrol sfingter urine eksternal tidak ada lagi atau berkurang. Selama masa ini, pasien

menerima kateterisasi. Inkontinensia urine yang persisten menunjukkan kerusakan neurologis yang signifikan.

5) B5 (Bowel)

Penurunan peristaltik usus menyebabkan konstipasi pada pola defekasi. Inkontinensia yang persisten menunjukkan kerusakan neurologis yang signifikan.

6) B6 (Bone)

Lesi pada sisi otak yang berlawanan menyebabkan disfungsi motorik yang paling umum, hemiplegia, atau paralisis pada salah satu sisi. Tanda lain adalah hemiparesis atau kelemahan di salah satu sisi tubuh. Pada kulit klien, kekurangan oksigen akan berdampak negatif. Selain itu, tanda-tanda decubitus harus diperiksa, terutama di daerah yang menonjol, karena klien yang mengalami stroke mengalami kesulitan untuk bergerak. Kelemahan, kehilangan sensasi paralise atau plegi, dan kelelahan menyebabkan masalah dengan pola aktivitas dan istirahat.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah proses penilaian klinis yang bertujuan untuk mengidentifikasi masalah pasien melalui data objektif dan subjektif pasien (PPNI, 2017). Menurut (Tarwoto, 2013) diagnosis keperawatan yang paling umum diberikan kepada pasien yang mengalami stroke adalah sebagai berikut:

- a Pola napas tidak efektif (D.0005): Inspirasi dan/atau ekspirasi yang tidak memberikan ventilasi adekuat.

- b Resiko perfusi serebral tidak efektif (D.0017): Berisiko mengalami penurunan sirkulasi darah ke otak.
- c Bersihan jalan napas tidak efektif (D.0001): Ketidakmampuan membersihkan secret atau obstruksi jalan napas untuk mempertahankan jalan napas tetap paten.
- d Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054): Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri.
- e Risiko jatuh (D.0143): Berisiko mengalami kerusakan fisik dan gangguan kesehatan akibat terjatuh.
- f Risiko perfusi perifer tidak efektif (D.0015): Berisiko mengalami penurunan sirkulasi darah pada kapiler yang dapat mengganggu metabolisme tubuh
- g Risiko aspirasi (D.0006): Berisiko mengalami masuknya sekresi gastrointestinal, sekresi orofaring, benda cair atau padat ke dalam saluran trakeobronkial akibat disfungsi mekanisme protektif saluran napas.
- h Nyeri akut (D.0077): pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.
- i Gangguan komunikasi verbal (D.0119): Penurunan, perlambatan atau ketiadaan kemampuan untuk menerima, memproses, mengirim, dan/atau menggunakan sistem simbol.

- j Defisit nutrisi (D.0019): Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme.
- k Defisit perawatan diri (D.0109): Tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri

3. Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan adalah terapi yang diberikan perawat kepada pasien berdasarkan pengetahuan dan penilaian klinis. Intervensi keperawatan standar mencakup aspek fisiologis dan psikososial pasien. Intervensi ini dapat dilakukan oleh perawat sendiri atau dalam kolaborasi dengan tenaga medis dan profesional kesehatan lainnya. Pasien juga menerima upaya kuratif, promotif, dan preventif sebagai bagian dari intervensi keperawatan. Standar intervensi keperawatan tidak hanya diberikan kepada pasien, tetapi juga kepada kelompok keluarga dan komunitas yang signifikan (SIKI, 2018).

Tabel 2. 1 Intervensi Keperawatan

NO	SDKI	SLKI	SIKI
1	Pola napas tidak efektif (D.0005)	<p>Pola napas (L.01004)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah pola napas teratasi dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dyspnea - Penggunaan otot bantu napas - Frekuensi napas - Kedalaman napas <ol style="list-style-type: none"> 1. Memburuk 2. Cukup memburuk 3. Sedang 4. Cukup Membaik 	<p>Pemantauan Respirasi (I. 01014)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas 1.2 Monitor pola napas 1.3 Monitor saturasi oksigen <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.4 Dokumentasikan hasil pemantauan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.5 Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan
2	Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif Berhubungan dengan	<p>Perfusi Serebral (L.02014)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah</p>	<p>Pemantauan Tekanan Intrakranial (I.06198)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.1 Monitor peningkatan tekanan darah

	Hipertensi (D.0017)	<p>aliran darah serebral adekuat dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tingkat kesadaran <p>Keterangan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menurun 2. Cukup menurun 3. Sedang 4. Cukup meningkat 5. Meningkat <ul style="list-style-type: none"> - Tekanan darah sistolik - Tekanan darah diastolik <p>Keterangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkat 2. Cukup meningkat 3. Sedang 4. Cukup menurun 5. Menurun 	<p>2.2 Monitor nadi</p> <p>Terapeutik</p> <p>2.3 Pertahankan posisi kepala dan leher netral (nyaman)</p> <p>2.4 Dokumentasikan hasil pemantauan</p> <p>Edukasi</p> <p>2.5 Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan</p> <p>Pemberian Obat (L.02062)</p> <p>Observasi</p> <p>2.6 Monitor tanda vital dan nilai laboratorium sebelum pemberian obat</p> <p>Terapeutik</p> <p>2.7 Fasilitasi minum obat</p> <p>Edukasi</p> <p>2.8 Jelaskan jenis obat, alasan pemberian, tindakan yang diharapkan dan efek samping sebelum pemberian obat</p>
3	Bersihan jalan napas tidak efektif	<p>Bersihan Jalan Napas (L.01001)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah bersihan jalan napas tertasi dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Produksi sputum - Mengi - Wheezing <p>Keterangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkat 2. Cukup meningkat 3. Sedang 4. Cukup menurun 5. Menurun 	<p>Manajemen Jalan Napas (I.01011)</p> <p>Observasi</p> <p>3.1 Monitor pola napas</p> <p>3.2 Monitor bunyi napas tambahan</p> <p>3.3 Monitor sputum</p> <p>Terapeutik</p> <p>3.4 Posisikan semi fowler atau fowler</p> <p>3.5 Berikan minum hangat</p> <p>3.6 Lakukan penghisapan lendir <15 detik</p> <p>3.7 erikan oksigen</p> <p>Edukasi</p> <p>3.8 Ajarkan teknik batuk efektif</p> <p>Kolaborasi</p> <p>3.9 Kolaborasi pemberian bronkodilator</p>
4	Risiko perfusi perifer tidak efektif (D.0015)	<p>Perfusi Perifer (L.02011)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah perfusi perifer teratasi dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pengisian kapiler - Akral - Turgor kulit <p>Keterangan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memburuk 2. Cukup memburuk 3. Sedang 4. Cukup membaik 5. Membaik 	<p>Pencegahan Syok (I02068)</p> <p>Observasi</p> <p>4.1 Monitor status kardiopulmonal (frekuensi dan kekuatan nadi, frekuensi napas, TD, MAP)</p> <p>4.2 Monitor status oksigenasi</p> <p>4.3 Monitor status cairan (Masukan dan haluaran, turgor kulit, CRT)</p> <p>4.4 Monitor tingkat kesadaran dan respon pupil</p> <p>Terapeutik</p> <p>4.5 Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94%</p> <p>4.6 Pasang jalur IV</p>

			<p>4.7 Pasang kateter urine untuk menilai produksi urine</p> <p>Edukasi</p> <p>4.8 Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral</p> <p>Kolaborasi</p> <p>4.9 Kolaborasi pemberian antiinflamasi</p>
5	Risiko Aspirasi (D.0006)	<p>Tingkat Aspirasi (L.01006)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah aspirasi tertasi dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tingkat kesadaran - Kemampuan menelan <p>Keterangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menurun 2. Cukup menurun 3. Sedang 4. Cukup meningkat 5. Meningkatkan 	<p>Manajemen Jalan Napas (L.01011)</p> <p>Observasi</p> <p>5.1 Monitor pola napa</p> <p>5.2 Monitor bunyi napas tambahan</p> <p>5.3 Monitor sputum</p> <p>Terapeutik</p> <p>5.4 Posisikan semi fowler atau fowler</p> <p>5.5 Berikan minum hangat</p> <p>5.6 Lakukan penghisapan lendir <15 detik</p> <p>5.7 Berikan oksigen</p> <p>Edukasi</p> <p>5.8 Ajarkan teknik batuk efektif</p> <p>Kolaborasi</p> <p>5.9 Kolaborasi pemberian bronkodilator</p>
6	Nyeri akut (D.0077)	<p>Tingkat Nyeri (L.08066)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah nyeri teratasi dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluhan nyeri - Meringis - Sikap protektif - Gelisah <p>Keterangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkatkan 2. Cukup meningkat 3. Sedang 4. Cukup menurun 5. Menurun 	<p>Manajemen Nyeri (L.08238)</p> <p>Observasi</p> <p>6.1 Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri</p> <p>6.2 Identifikasi skala nyeri</p> <p>Terapeutik</p> <p>6.3 Berikan teknik non farmakologis</p> <p>6.4 Fasilitasi istirahat dan tidur</p> <p>Edukasi</p> <p>6.5 Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>Kolaborasi</p> <p>6.6 Kolaborasi pemberian analgetik</p>
7	Defisit Nutrisi (D.0019)	<p>Status Nutrisi (L.03030)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah nutrisi teratasi dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berat badan - Indeks masa tubuh (IMT) - Frekuensi makan - Nafsu makan <p>Keterangan :</p>	<p>Manajemen Nutrisi (L.03119)</p> <p>Observasi</p> <p>7.1 Identifikasi status nutrisi</p> <p>7.2 Identifikasi makanan yang disukai</p> <p>7.3 Monitor asupan makanan</p> <p>7.4 Monitor berat badan</p> <p>Terapeutik</p> <p>7.5 Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi</p> <p>7.6 Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein</p> <p>Edukasi</p>

		<ol style="list-style-type: none"> 1. Memburuk 2. Cukup memburuk 3. Sedang 4. Cukup membaik 5. Membaik 	<p>7.7 Anjurkan diet yang diprogramkan</p> <p>Kolaborasi</p> <p>7.8 Kolaborasikan dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan</p>
8	Gangguan komunikasi verbal (D.0119)	<p>Komunikasi Verbal (L.13118)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan kemampuan untuk berkomunikasi dapat meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kemampuan bicara - Kesesuaian ekspresi wajah dari <p>Keterangan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menurun 2. Cukup Menurun 3. Sedang 4. Cukup Meningkatkan 5. Meningkatkan 	<p>Promosi Komunikasi : Defisit Bicara (I.13492)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 8.1 Monitor kecepatan,tekanan, 8.2 kuantitas, volume dan diksi bicara 8.3 Monitor proses kognitif, anatomis dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 8.4 Gunakan metode komunikasi alternatif 8.5 Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan 8.6 Ulangi apa yang disampaikan pasien <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 8.7 Anjurkan bicara perlahan <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 8.8 Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis
9	Gangguan Mobilitas Fisik Berhubungan dengan Gangguan Neuromuskular (D.0054)	<p>Mobilitas Fisik (L.05042)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah mobilitas fisik dapat teratasi dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pergerakkan ekstemitas - Kekuatan otot - Rentang rom <p>Keterangan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menurun 2. Cukup menurun 3. Sedang 4. Cukup meningkat 5. Meningkatkan <ul style="list-style-type: none"> - Kelemahan fisik <p>Keterangan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkatkan 2. Cukup meningkat 3. Sedang 4. Cukup menurun 5. Menurun 	<p>Dukungan Mobilisasi</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 9.1 Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 9.2 Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 9.3 Fasilitasi melakukan mobilitas fisik 9.4 Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 9.5 Anjurkan melakukan mobilisasi dini <p>Perawatan Tirah Baring (I. 14572)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 9.6 Monitor kondisi kulit <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 9.7 Berikan latihan gerak pasif 9.8 Ubah posisi setiap 2 jam
10	Risiko Jatuh Berhubungan dengan Kekuatan Otot	<p>Tingkat Jatuh (L.14138)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan terdapat peningkatan kemampuan</p>	<p>Pencegahan Jatuh (I. 14540)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 10.1 Identifikasi faktor risiko jatuh 10.2 Hitung skala jatuh (morse) <p>Terapeutik</p>

	Menurun (D.0.143).	otot untuk menggerakkan tubuh dengan kriteria hasil : - Jatuh dari tempat tidur - Jatuh saat duduk Keterangan : 1. Meningkatkan 2. Cukup meningkat 3. Sedang 4. Cukup menurun 5. Menurun	10.3 Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci 10.4 Pasang handrail tempat tidur Edukasi 10.5 Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah
11	Defisit Perawatan Diri Berhubungan dengan Gangguan Neuromuskuler (D.0109)	Perawatan diri (L.11103) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan adanya peningkatan perawatan diri dapat teratasi dengan kriteria hasil : - Kemampuan menggunakan pakaian - Mempertahankan kebersihan mulut Keterangan : 1. Menurun 2. Cukup menurun 3. Sedang 4. Cukup meningkat 5. Meningkatkan	Dukungan perawatan diri (1.11348) Observasi 11.1 Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 11.2 Monitor tingkat kemandirian Terapeutik 11.3 Sediakan lingkungan yang privasi (mis. Lingkungan yang hangat, rileks dan privasi) 11.4 Siapkan keperluan pribadi 11.5 Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri 11.6 Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri. 11.7 Anjurkan melakukan perawatan diri sesuai dengan kemampuan

4. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien mengelola masalah kesehatannya dengan menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Kegiatan implementasi ini didasarkan pada kebutuhan klien, faktor-faktor yang mempengaruhi, strategi implementasi keperawatan dan komunikasi terapeutik (Rahmi, 2019).

Penerapan implementasi keperawatan dibagi menjadi 3 jenis yaitu :

a *Independent Implementations* adalah tindakan yang dilakukan oleh perawat secara mandiri untuk membantu pasien dalam mengatasi

masalahnya sesuai dengan kebutuhan, seperti membantu dalam aktivitas sehari-hari (ADL), memberikan perawatan diri, mengatur posisi tidur, membuat lingkungan terapeutik, memberikan motivasi, memenuhi kebutuhan psikososial dan budaya, dan sebagainya.

- b *Interdependen/Collaborative implementation* adalah Implementasi keperawatan yang bergantung atau bekerja sama adalah jenis yang bergantung pada kerja sama sesama tim keperawatan atau tim kesehatan lainnya, seperti dokter. Salah satu contohnya adalah pemberian obat oral, obat injeksi, infus, kateter urin, tabung nasogastric (NGT), dan jenis obat lainnya.
- c *Dependent Implementations* Adalah tindakan keperawatan yang didasarkan pada rekomendasi dari profesi lain, seperti ahli gizi, fisioterapis, psikolog, dan sebagainya. Misalnya, ahli gizi akan memberi pasien nutrisi sesuai dengan diit yang telah dibuat oleh ahli gizi, dan fisioterapi akan memberi pasien latihan fisik (mobilisasi fisik) sesuai dengan rekomendasi bagian fisioterapi.

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan kegiatan yang melibatkan perbandingan fakta terstruktur dan kegiatan yang melibatkan perbandingan fakta terstruktur dan sistematis tentang status kesehatan klien dengan tujuan tertentu. Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari pemberian asuhan keperawatan yang tujuannya untuk mengevaluasi hasil pelaksanaan keperawatan dengan intervensi keperawatan (Rahmi, 2019). Menurut Hidayat (2021) Jenis evaluasi yang dapat dilakukan

perawat memiliki dua bagian: evaluasi yang dilakukan pada akhir proses keperawatan, yang dikenal sebagai evaluasi proses (formatif), evaluasi yang dilakukan pada akhir dari target waktu yang telah ditetapkan dengan melihat apakah hasil implementasi sesuai dengan tujuan yang telah ditetapkan, terorganisir dan terencana. Evaluasi ini disebut evaluasi hasil (sumatif).

Evaluasi keperawatan adalah tahap akhir dari proses keperawatan. Ini adalah perbandingan yang terencana dan sistematis antara hasil akhir yang diamati dan tujuan atau kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan dengan menggunakan pendekatan SOAP (Wayunah, 2019) :

a. S (Subyektif)

Data berdasarkan keluhan yang disampaikan pasien pasca tindakan.

b. O (Obyektif)

Data tersebut berdasarkan hasil pengukuran (pengamatan langsung terhadap pasien dan perasaan mereka setelah tindakan.

c. A (Analisis)

Masalah keperawatan yang terjadi jika terjadi perubahan status klien dalam sata subyektif dan obyektif.

d. P (Planning)

Perencanaan keperawatan yang akan dilanjutkan atau dihentikan.