

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Stroke

2.1.1 Definisi Stroke

Stroke merupakan suatu kondisi kehilangan fungsi otak yang diakibatkan oleh terhentinya suplai darah ke bagian otak. Suatu sindrom klinis yang awal timbulnya mendadak, progresif dan cepat, berupa deficit neurologis fokal atau global yang berlangsung selama 24 jam atau lebih dan dapat menimbulkan kematian (Artini, 2021).

Stroke menurut WHO (2018) adalah tanda klinis yang berkembang cepat akibat gangguan fungsi otak fokal atau global, dengan gejala yang berlangsung selama 24 jam atau lebih, dapat menyebabkan kematian tanpa adanya penyebab lain selain vaskuler. Stroke adalah gangguan akibat peredaran di otak menyebabkan kecacatan. Stroke dapat menimbulkan masalah dari segi kesehatan, ekonomi, sosial. Stroke dapat menyebabkan kelemahan dan kelumpuhan dari anggota tubuh yang menyebabkan seseorang tergantung dalam kehidupan sehari – hari serta merubah kepribadian dan emosi hingga menyebabkan depresi (Gunawan, 2016).

2.1.2 Klasifikasi

Klasifikasi stroke menurut Hariyanto (2015) dibagi menjadi 2 yaitu :

1) Stroke ditinjau berdasarkan patologi dan gejala klinik

a) Stroke Hemoragik

Pecahnya pembuluh darah otak pada subaraknoid dan intra serebral, yang pada umumnya serangan lebih banyak terjadi ketika aktivitas. Meskipun beberapa kejadian terjadi pada saat istirahat dan biasanya disertai dengan kesadaran pasien yang menurun.

b) Stroke Non-Hemoragik

Stroke yang dapat disebabkan obstruksi total atau sebagian karena iskemik, thrombosis, emboli, atau penyempitan lumen arteri.

(1) Pada stroke iskemik terjadi penurunan suplai darah ke jaringan otak. Serangan pada umumnya tidak terjadi saat istirahat atau baru bangun tidur. Pasien tidak mengalami perdarahan tetapi timbul edema sekunder.

(2) Trombosis : penyumbatan dan terganggunya aliran darah ke otak karena adanya bekuan atau gumpalan yang menyebabkan terjadinya iskemik.

(3) Emboli : emboli yang dapat berasal dari udara, tumor, lemak dan bakteri yang ada pada saluran darah sehingga menimbulkan konklusi atau penyumbatan pembuluh darah otak

- (4) Penyempitan lumen arteri : bisa terjadi karena infeksi, spasme, atau karena kompresi massa dari luar.

2) Stroke berdasarkan perjalanan penyakit

a) TIA (*Transien Iskemic Attack*)

Serangan sepintas mendadak yang menyebabkan gangguan neurologis setempat yang terjadi selama beberapa menit sampai beberapa jam dan gejalanya hilang dengan spontan kurang dari 24 jam.

b) Stroke Involusi

Kondisi stroke yang terjadi dalam perkembangannya mulai dari ringan lama-kelamaan memburuk yang prosesnya berjalan dalam beberapa jam sampai beberapa hari.

c) Stroke Komplet

Kondisi stroke yang terjadi karena gangguan neurologi yang sudah menetap dan permanen. Pada umumnya diawali karena Transien Iskemik Attac yang berulang.

2.1.3 Etiologi

Beberapa faktor penyebab stroke menurut Nurarif (2015):

1) Faktor yang tidak dapat dirubah (*Non Reversible*)

- a) Jenis kelamin : Pria lebih sering ditemukan menderita stroke dibandingkan wanita.
- b) Usia : makin tinggi usia makin tinggi pula resiko terkena stroke karena berkaitan dengan elastisitas pembuluh darah.
- c) Keturunan : adanya riwayat keluarga yang terkena stroke.

2) Faktor yang dapat dirubah (*Reversible*)

- a) Hipertensi
- b) Penyakit jantung
- c) Kolesterol tinggi
- d) Obesitas
- e) Diabetes Melitus
- f) Polisitemia
- g) Stress emosional

3) Kebiasaan hidup

- a) Merokok
- b) Peminum alcohol
- c) Obat-obatan terlarang
- d) Aktivitas yang tidak sehat : kurang olahraga, makanan yang berkolesterol.

Etiologi berdasarkan klasifikasi stroke ada 2 yaitu :

1) Etiologi Stroke Hemoragik

Etiologi dari stroke Hemoragik meliputi Hipertensi berat dan Pecahnya aneurisma pembuluh darah otak (Hariyanto, 2015)

2) Etiologi Stroke Iskemik

Etiologi dari stroke iskemik atau stroke non hemoragik ada 3 yaitu timbulnya Thrombosis, Timbulnya Emboli dan akibat kerusakan arteri (Nugrahani, 2018). Penjelasan etiologi tersebut yaitu sebagai berikut :

- a) Timbulnya Thrombosis

Trombosis merupakan pembentukan plak pada pembuluh darah yang disebabkan karena tingginya kadar lemak dalam darah.

b) Timbulnya Emboli

Emboli merupakan plak yang lepas dari pelekatan dinding pembuluh darah mengalir mengikuti aliran darah. Emboli dapat menyebabkan sumbatan di pembuluh darah yang menyebabkan hambatan aliran darah.

c) Akibat kerusakan arteri yaitu : Usia, Hipertensi, DM Pembuluh darah mengalami degeratif seiring bertambahnya usia seseorang. Hipertensi dan DM menyebabkan dinding pembuluh darah mengalami pengerasan sehingga tidak elastis lagi ketika harus berkompensasi terhadap perubahan tekanan darah.

2.1.4 Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis stroke tergantung dari sisi mana yang terkena, rata-rata serangan, ukuran lesi dan adanya sirkulasi kolateral (Geofani, 2017). Berikut gejala klinis pada stroke:

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

- 2) Gangguan sensibilitas pada satu atau lebih anggota badan.

Gangguan ini terjadi akibat adanya kerusakan pada system saraf otonom dan gangguan saraf sensorik.

- 3) Penurunan kesadaran (konfusi, delirium, letargi, stupor, atau koma), terjadi akibat perdarahan, kerusakan otak kemudian menekan batang otak atau terjadinya gangguan metabolic otak akibat hipoksia.

- 4) Afasia (kesulitan dalam bicara)

Afasia terjadi jika ada kerusakan pada area pusat bicara primer yang berada pada hemisfer kiri dan biasanya terjadi pada stroke dengan gangguan pada arteri middle sebelah kiri. Afasia terbagi menjadi 3, yaitu :

- a) Afasia Motorik atau ekspresif

Afasia ini terjadi karena kerusakan pada area Broca yang terletak pada lobus frontal otak. Pada afasia jenis ini pasien dapat memahami lawan bicara tetapi tidak dapat mengungkapkan dan kesulitan dalam mengungkapkan bicara.

- b) Afasia Sensorik

Afasia ini terjadi karena kerusakan area Wernicke, yang terletak pada lobus temporal. Pada afasia jenis ini pasien tidak dapat menerima stimulasi pendengaran, tetapi pasien mampu mengungkapkan pembicaraan, sehingga respon bicara tidak nyambung (koheren)

c) Afasia Global

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

5) Disatria (bicara cedal atau pelo)

Merupakan kesulitan bicara terutama dalam artikulasi sehingga ucapannya menjadi tidak jelas. Tetapi pasien dapat memahami pembicaraan, menulis, mendengarkan maupun membaca. Disatria terjadi karena adanya kerusakan pada nervus cranial sehingga terjadi kelemahan dari otot bibir, lidah dan laring sehingga pasien juga terdapat kesulitan dalam mengunyah dan menelan.

6) Gangguan penglihatan, diplopia

Pasien dapat kehilangan penglihatan, pandangan menjadi ganda dan juga gangguan lapang pandang pada salah satu sisi. Hal ini terjadi karena adanya kerusakan pada lobus temporal atau parietal yang dapat menghambat serat saraf optic pada korteks oksipital. Gangguan penglihatan juga dapat disebabkan karena, adanya kerusakan pada saraf cranial III, IV dan VI

7) Disfagia

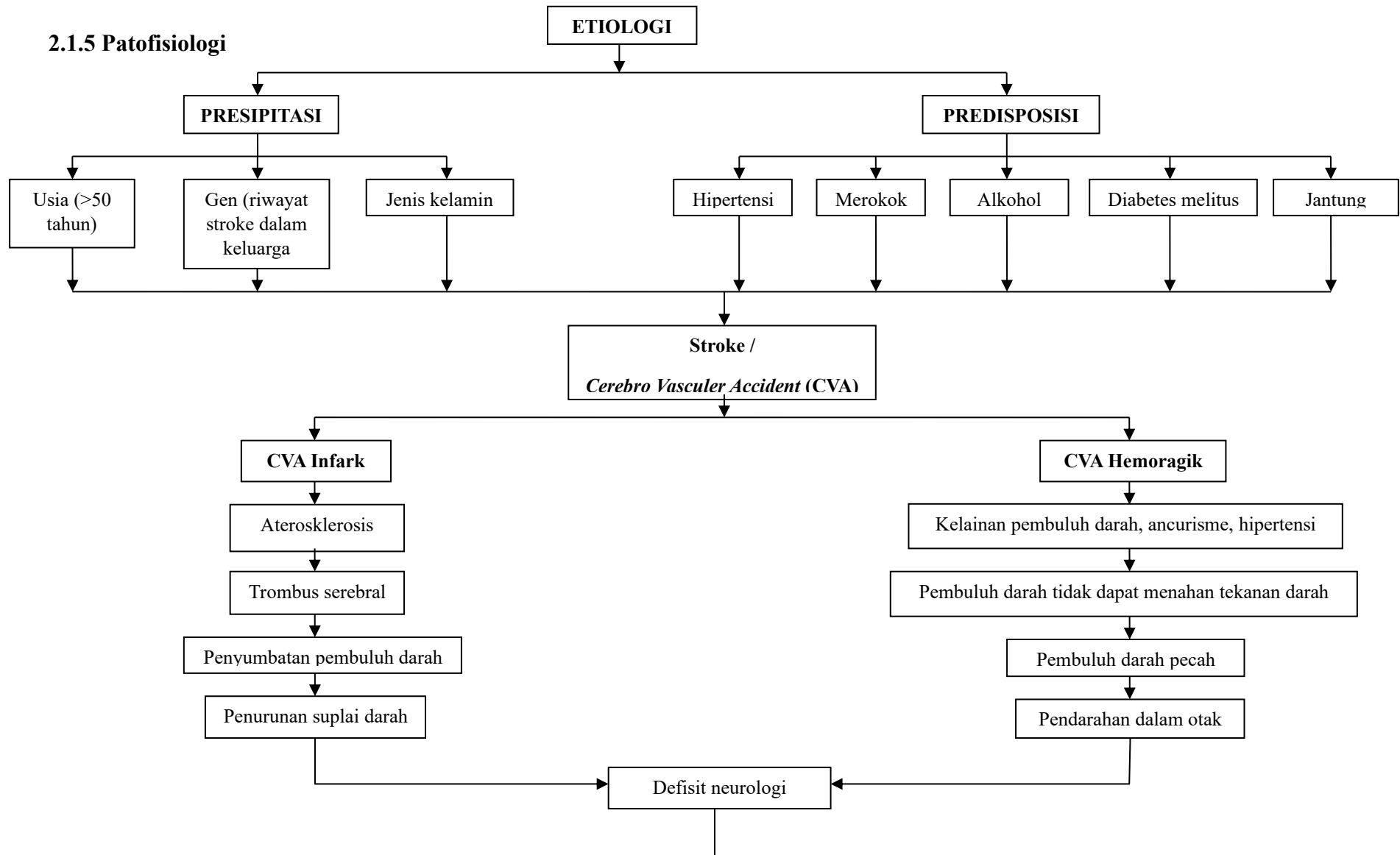
Disfagia atau kesulitan menelan terjadi karena kerusakan nervus cranial IX. Selama menelan bolus didorong oleh lidah dan glottis menutup, kemudian makanan masuk ke esophagus.

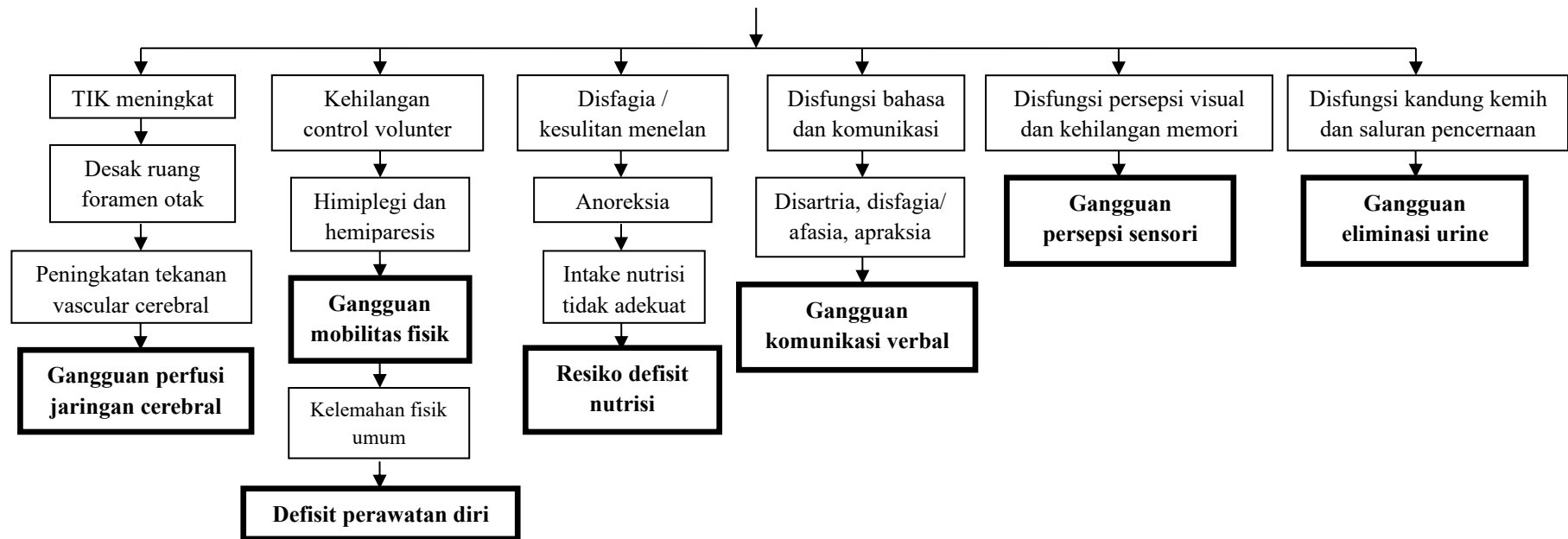
8) Inkontinensia

Inkontinensia baik bowel maupun bladder sering terjadi karena terganggunya saraf yang mensarafi bladder dan bowel

9) Vertigo, mual, muntah, nyeri kepala, terjadi karena peningkatan tekanan intracranial, edema serebri.

2.1.5 Patofisiologi





Gambar Patofisiologi 2.1

Uraian

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

Living) maka muncul masalah keperawatan **Defisit perawatan diri**. Kelemahan control otot fasial/wajah berakibat pada disfungsi komunikasi dan bahasa, disfasia / afasia, disartria (kehilangan kemampuan bicara) sehingga muncul masalah **Gangguan komunikasi verbal**. Kerusakan neurologis juga berpengaruh terhadap perubahan ketajaman sensori pada penciuman, penglihatan atau pengecap, mengakibatkan gangguan perbuahan persepsi sensori. Pada saluran pencernaan atas klien mengalami kesulitan menelan atau disfagia sehingga menimbulkan anoreksia, akibatnya intake makanan atau nutrisi tidak adekuat sehingga muncul masalah **Resiko deficit nutrisi**. Ketika terjadi perubahan persepsi terhadap stimulus baik internal maupun eksternal yang disertai dengan respon yang berkurang, berlebihan atau terdistorsi dan kehilangan memori maka muncul masalah keperawatan **Gangguan persepsi sensori**. Pada saluran pencernaan bawah mengalami gangguan eliminasi alvi dan terjadi disfungsi pada kandung kemih akibat kelemahan ototsfingter sehingga menimbulkan masalah **Gangguan eliminasi urine**.

2.1.6 Komplikasi

Komplikasi Stroke terbagi menjadi beberapa bagian, yaitu :

1) Fase Akut

a) Hipoksia serebral dan menurunnya aliran darah otak

Pada area otak yang infark atau terjadi kerusakan karena perdarahan maka terjadi gangguan perfusi jaringan akibat terhambatnya aliran darah otak dan tidak adekuatnya aliran darah dan oksigen mengakibatkan hipoksia jaringan otak.

b) Edema Serebri

Edema terjadi jika pada area yang mengalami hipoksia atau iskemik maka tubuh akan meningkatkan aliran darah pada lokasi tersebut dengan cara vasodilatasi pada pembuluh darah dan meningkatkan tekanan sehingga cairan interstesi akan berpindah ke ekstraseluler sehingga terjadi edema jaringan otak.

c) Peningkatan Tekanan Intrakranial

Bertambahnya massa pada otak seperti adanya perdarahan atau edema otak akan meningkatkan tekanan intrakranial yang ditandai adanya defisit neurologi seperti adanya gangguan sensorik, motorik, nyeri kepala, gangguan kesadaran peningkatan tekanan intrakranial yang tinggi dapat mengakibatkan herniasi pada serebral yang dapat mengancam kehidupan.

d) Aspirasi

Pasien stroke dengan gangguan kesadaran atau koma sangat rentan terhadap adanya aspirasi karena tidak adanya reflek batuk dan menelan.

2) Komplikasi Kronis

- a) Komplikasi yang sering terjadi pada masa lanjut atau pemulihan biasanya terjadi karena akibat imobilisasi
- b) Kejang, terjadi akibat kerusakan atau gangguan pada aktivitas listrik otak.
- c) Malnutrisi karena intake yang adekuat

2.1.7 Penatalaksanaan

Menurut Lusiana (2019) penatalaksanaan stroke meliputi empat pemeriksaan yaitu :

1) Pengobatan konservatif

- a) Vasolidator meningkatkan aliran darah serebral (ADS) secara percobaan, tetap maknanya pada tubuh manusia belum dapat dibuktikan.
- b) Dapat diberikan histamine, aminophilin, asetazolamid, papaverin intra arterial.
- c) Memodifikasi antitrombosit dapat diresepkan karena trombosit memainkan peran sangat penting dalam pembentukan thrombus dan embolisasi. Antiagregasi thrombosis seperti aspirin digunakan untuk menghambat

reaksi pelepasan agregasi thrombosis yang terjadi sesudah ulserasi arteroma.

- d) Antikoagulan dapat diresepkan untuk mencegah terjadinya atau memberatnya thrombosis atau embolisasi dari tempat lain dalam sistem kardiovaskuler

2) Pengobatan pembedahan

- a) Endarterektomi karotis membentuk kembali arteri karotis, yaitu dengan membuka arteri karotis di leher.
- b) Revaskularisasi terutama merupakan tindakan pembedahan dan manfaatnya paling dirasakan oleh klien TIA.
- c) Evaluasi bekuan darah dilakukan pada stroke akut.
- d) Ujicoba arteri karotis komunitas di leher khususnya pada aneurisma

3) Pemeriksaan diagnostic

Menurut Lusiana (2019) pemeriksaan diagnostic yaitu :

- a) Angiografi serebral : memperjelas gangguan atau kerusakan pada sirkulasi serebral dan merupakan pemeriksaan pilihan utama untuk mengetahui aliran darah serebral secara keseluruhan (Yasmara, 2016)
- b) CT scan : mendeteksi abnormalitas struktur (Yasmara, 2016)
- c) MRI : menggunakan gelombang magnetic untuk menentukan posisi dan besar/luas terjadinya perdarahan otak
- d) USG Doppler : untuk mengidentifikasi adanya penyakit arteriovena (masalah sistem karotis)

- e) EEG : pemeriksaan ini bertujuan untuk melihat masalah yang timbul dan dampak dari jaringan yang infark sehingga menurunnya impuls listrik dalam jaringan otak.
- f) Tomografi emisi positron : memberi data tentang metabolisme serebral dan perubahan pada aliran darah serebral.
- g) Pemeriksaan darah lengkap seperti Hb, Leukosit, Trombosit, Eritrosit, LED.
- h) Pemeriksaan gula darah sewaktu
- i) Kolesterol, lipid
- j) Asam urat, elektrolit

2.2 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

Proses keperawatan adalah serangkaian tindakan yang sistematis, berurutan, berkelanjutan / berkesinambungan dimulai dari pengumpulan data, menentukan masalah keperawatan, menyusun desain rencana tindakan keperawatan, melaksanakan tindakan dan atau menugaskan orang lain untuk melaksanakan tindakan dan mengevaluasi keberhasilan. Proses keperawatan merupakan metode yang digunakan dalam memberikan asuhan kepada pasien. Sasaran asuhan yang diberikan dapat individu, kelompok, keluarga, masyarakat, baik sehat maupun sakit. Oleh karena itu maka masalah yang menjadi perhatian pada asuhan keperawatan adalah sedang terjadi, atau beresiko terjadi, maupun masalah yang positif. Area asuhan dapat berupa promotif, preventif, dan rehabilitative (Walid, 2019).

2.2.1 Pengkajian

Pengkajian pada pasien Stroke meliputi :

1) Identitas klien

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

2) Keluhan utama

Keluhan pernyataan yang mengenai masalah atau penyakit yang mendorong penderita melakukan pemeriksaan diri. Pada umumnya keluhan pasien stroke terjadi dua hal yaitu stroke hemoragik dan non hemoragik. Stroke hemoragik biasanya memiliki keluhan perubahan tingkat kesadaran, sakit kepala berat, kelemahan pada salah satu sisi tubuh, mual muntah, menggigil/berkeringat, peningkatan intracranial, afasia, hipertensi hebat, distress pernafasan dan koma. Kemudian pada stroke Non hemoragik biasanya mengalami perubahan tingkat kesadaran, mual muntah, kelemahan reflex, afasia (gangguan komunikasi), difasia(memahami kata), kesemutan, nyeri kepala, kejang sampai tidak sadar (Rhestifujiyani, 2015).

3) Riwayat penyakit sekarang

Serangan stroke biasanya didahului dengan serangan awal yang tidak disadari oleh pasien, rasa lemah pada salah satu anggota gerak. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah bahkan kejang sampai tidak sadar, disamping gejala kelumpuhan separoh badan atau gangguan fungsi otak lain.

4) Riwayat penyakit dahulu

Adanya riwayat hipertensi, riwayat stroke sebelumnya, diabetes mellitus, penyakit jantung, anemia, Riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat antikoagulan , aspirin, vasodilator, obat-obat adiktif, dan kegemukan. Pengkajian obat-obat yang sering digunakan klien seperti pemakaian obat anti hipertensi, anti lipidemia, penghambat beta, dan lainnya. Adanya riwayat merokok dan penggunaan alcohol.

5) Riwayat kesehatan keluarga

Yang perlu dikaji apakah dalam keluarga ada yang menderita penyakit yang sama karena factor genetic/keturunan.

6) Riwayat psikososial

Adanya perubahan hubungan dan peran karena klien mengalami kesulitan untuk berkomunikasi akibat gangguan bicara. Pola persepsi dan konsep diri menunjukkan klien merasa tidak berdaya, tidak ada harapan, mudah marah, dan tidak kooperatif dalam pola penanganan, klien biasanya mengalami kesulitan untuk memecahkan masalah karena gangguan proses pikir dan kesulitan berkomunikasi. Dalam pola tata nilai dan kepercayaan, klien biasanya jarang melakukan ibadah spiritual karena tingkah laku yang tidak stabil dan kelemahan pada salah satu sisi tubuh.

7) Pola Nutrisi

Adanya keluhan kesulitan menelan, nafsu makan menurun, mual muntah pada fase akut.

8) Pola eliminasi

Pada pasien stroke biasanya didapatkan pola eliminasi BAB yaitu konstipasi karena adanya gangguan dalam mobilisasi, bagaimana eliminasi BAK apakah ada kesulitan, warna, bau, berapa jumlahnya, karena pada klien stroke mungkin mengalami inkontinensia urine sementara karena konfusi, ketidak mampuan mengkomunikasikan kebutuhan, dan ketidak mampuan untuk mengendalikan kandung kemih karena kerusakan kontrol motorik dan postural.

9) Pola Aktivitas dan latihan

Pada klien Stroke akan terjadi kelelahan, kelemahan, ketidaknyamanan, adanya dispnea saat digunakan aktivitas.

10) Pola tidur dan istirahat

Pada klien Stroke terdapat gangguan jumlah dan kualitas tidur yang dibatasi waktu, akibat faktor eksternal, klien akan mengalami istirahat yang tidak cukup karena keluhan yang dialaminya.

11) Pemeriksaan fisik

a) Keadaan umum : biasanya klien Stroke mengalami badan lemaah (letarge), nyeri kepala (cheplgia) , penurunan kesadaran (apatis, somnolen, delirium, stupor/semikoma, koma). Terjadi peningkatan tekanan darah (sekitar 20-30 mmHg), peningkatan suhu ($>37^{\circ}\text{C}$), nadi takikardi, pernafasan sesak. Kadang mengalami gangguan bicara yaitu sulit dimengerti, kadang tidak bisa bicara.

- b) Tanda-tanda vital : tekanan darah meningkat, denyut nadi tidak beraturan.
- c) Pemeriksaan integumen :
 - (1) Kulit : jika kekurangan oksigen kulit akan tampak pucat dan jika kekurangan cairan maka turgor kulit akan jelek.
Disamping itu perlu dikaji tanda-tanda dehidrasi.
 - (2) Kuku : perlu dilihat adanya clubbing finger, cyanosis.
 - (3) Rambut : umumnya tidak ada kelainan
- d) Pemeriksaan kepala dan leher :
 - (1) Kepala : bentuk normal
 - (2) Wajah : umumnya wajah tidak simetris
 - (3) Leher : kaku kuduk jarang terjadi
- e) Pemeriksaan dada

Pada pernafasan kadang didapatkan suara nafas yang terdengar ronchi, wheezing, ataupun suara tambahan, pernafasan tidak teratur akibat penurunan refleks batuk dan menelan.
- f) Pemeriksaan abdomen

Didapatkan penurunan peristaltic usus akibat bedrest yang lama, dan kadang terdapat kembung.
- g) Pemeriksaan inguinal, genitalia, anus

Kadang terdapat inkontinensia atau retensi urine.
- h) Pemeriksaan ekstremitas

Sering didapatkan kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh.
- i) Pemeriksaan neurologis

Ada 12 nervus cranial diantaranya

- (1) Nervus olfaktorius (klien mampu membau)
 - (2) Nervus optikus (klien mampu membuka mata secara spontan dan mampu melihat)
 - (3) Nervus okulomotorik (pupil mampu mengecil bila terkena cahaya)
 - (4) Nervus troklear (klien mampu menggerakkan bola mata ke atas dan ke bawah)
 - (5) Nervus trigemial (klien mampu merasakan adanya sentuhan)
 - (6) Nervus abduksen (klien mampu menggerakkan bola mata ke samping)
 - (7) Nervus facialis (klien mampu menggerakkan dahi)
 - (8) Nervus auditori (klien mampu mendengar suara disekitar)
 - (9) Nervus glosafaringeal (klien tidak mampu membedakan rasa)
 - (10) Nervus vagus (klien kesulitan menelan ludah dan makanan)
 - (11) Nervus asesorius (klien mampu menggerakkan mata dan bahu)
 - (12) Nervus hiplogosal (klien mampu menjulurkan lidah dan menariknya kembali tetapi gerakan lidah tidak sama/miring)
- j) Paralisis / paresismotorik : hemiplegia – hemiparesisi, kelemahan otot wajah, tangan.
- k) Gangguan sensorik : kehilangan sensasi pada wajah, lengan, dan ekstremitas bawah.

- l) Dispagia : kesulitan mengunyah, menelan, paralisis lidah dan laring.
- m) Gangguan visual pandangan ganda, lapang pandang menyempit
- n) Kesulitan komunikasi : adanya aphasia sensorik (kerusakan pada area wernick), aphasia motorik/ekspresive (kerusakan pada area brocha), aphasia global, kesulitan menulis (agraphia), kesulitan membaca aleqia.
- o) Disatria (kesulitan mengucapkan artikulasi / pelo, cadel), kelemahan otot wajah, lidah, langit-langit atas, taring dan bibir.
- p) Kemampuan emosi : perasaan, ekspresi wajah, penerimaan terhadap kondisi dirinya.
- q) Memori : pengenalan terhadap lingkungan, orang, tempat, waktu.
- r) Tingkat kesadaran
- s) Tes diagnostic
 - (1) Hasil rontgen kepala dan medulla
 - (2) Electro encephalografi
 - (3) Lumbal pungsi
 - (4) Computerized Tomografi Scaning (CT-Scan)
 - (5) Magnetic Resonance Imaging (MRI)
 - (6) Pemeriksaan laboratorium darah

2.2.2 Analisa Data

Menurut Setiawan (2017) analisa data merupakan kemampuan mengaitkan data serta menghubungkan data tersebut dengan konsep teori dan prinsip yang relevan untuk membuat dalam menentukan masalah kesehatan dan

keperawatan pasien. Data yang ada kemudian akan dikumpulkan serta dikelompokkan sesuai dengan masalahnya untuk kemudian dianalisa sehingga menghasilkan suatu kesimpulan berupa masalah keperawatan yang pada akhirnya menjadi diagnosa keperawatan.

2.2.3 Diagnosa Keperawatan

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

1) Gangguan perfusi jaringan serebral (D.0009).

Penyebab :

- a) Hiperglikemia
- b) Penurunan konsentrasi hemoglobin
- c) Peningkatan tekanan darah
- d) Kekurangan volume cairan
- e) Penurunan aliran arteri dan/atau vena
- f) Kurang terpapar informasi tentang faktor pemberat
- g) Kurang terpapar informasi tentang proses penyakit
- h) Kurang aktivitas fisik

Gejala dan Tanda Mayor

Tabel 2.1 (Gejala dan Tanda Mayor)

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

Gejala dan tanda Minor

Tabel 2.2 (Gejala dan Tanda Minor)

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

2) Gangguan mobilitas fisik (D.0054).

Penyebab:

- a) Kerusakan integritas struktur tulang
- b) Perubahan metabolisme
- c) Ketidakbugaran fisik
- d) Penurunan kendali otot
- e) Penurunan massa otot

- f) Penurunan kekuatan otot
- g) Keterlambatan perkembangan
- h) Kekakuan sendi
- i) Kontraktur
- j) Malnutrisi
- k) Gangguan muskolasketal
- l) Gangguan neuromaskular
- m) Indeks masa tubuh diatas presentil ke-75 sesuai usia
- n) Efek agen farmakologis
- o) Program pembatasan Gerak
- p) Nyeri
- q) Kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik
- r) Kecemasan
- s) Gangguan kognitif
- t) Keengganan melakukan pergerakan
- u) Gangguan sensori presepsi

Gejala dan Tanda Mayor

Tabel 2.3 (Gejala dan Tanda Mayor)

<i>Subjektif</i>		<i>Objektif</i>
1) Mengeluh	sulit	1) Kekuatan otot menurun
menggerakkan		2) Rentang gerak (ROM)
ekstremitas		menurun

Gejala dan Tanda Minor

Tabel 2.4 (Gejala dan Tanda Minor)

<i>Subjektif</i>	<i>Objektif</i>
1) Nyeri saat bergerak	1) Sendi kaku
2) Enggan melakukan pergerakan	2) Gerakan tidak terkoordinasi
3) Merasa cemas saat bergerak	3) Gerakan terbatas
	4) Fisik lemah

3) Gangguan persepsi sensori (D.0085)

Penyebab

- a) Gangguan penglihatan
- b) Gangguan pendengaran
- c) Gangguan Penghiduan
- d) Gangguan Perabaan
- e) Hipoksia serebral
- f) Penyalahgunaan zat
- g) Usia lanjut
- h) Pemajanan toksin lingkungan

Gejala dan Tanda Mayor

Tabel 2.5 (Gejala dan Tanda Mayor)

<i>Subjektif</i>	<i>Objektif</i>
1) Mendengar suara bisikan atau melihat bayangan	1) Distorsi sensorik 2) Respon tidak sesuai 3) Bersikap seolah melihat, mendengar, mengecap, meraba atau mencium sesuatu
2) Merasakan sesuatu melalui Indera perabaan, penciuman, atau pengecapan	

Gejala dan Tanda Minor

Tabel 2.6 (Gejala dan Tanda Minor)

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

4) Gangguan komunikasi verbal (D.0119)

Penyebab :

- a) Penurunan sirkulasi serebal
- b) Gangguan neuromuskuler
- c) Gangguan pendengaran
- d) Gangguan muskuloskeletal
- e) Kelainan palatum
- f) Hambatan fisik
- g) Hambatan individu
- h) Hambatan psikologis
- i) Hambatan lingkungan

Gejala dan Tanda Mayor

Tabel 2.7 (Gejala dan Tanda Mayor)

<i>Subjektif</i>	<i>Objektif</i>
(tidak tersedia)	1) Tidak mampu berbicara atau mendengar
	2) Menunjukkan respon tidak sesuai

Gejala dan Tanda Minor

Tabel 2.8 (Gejala dan Tanda minor)

<i>Subjektif</i>	<i>Objektif</i>
(tidak tersedia)	1) Afasia
	2) Disfasia

-
- 3) Apraksia
 - 4) Disleksia
 - 5) Disartia
 - 6) Afonia
 - 7) Dislalia
 - 8) Pelo
 - 9) Gagap
 - 10) Tidak ada kontak mata
 - 11) Sulit memahami komunikasi
 - 12) Sulit mempertahankan komunikasi
 - 13) Sulit menggunakan ekspresi wajah
 - 14) atau tubuh
-

5) Resiko gangguan nutrisi (D.0032)

Penyebab :

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

6) Defisit perawatan diri (D.0109)

Penyebab :

- a) Gangguan muskuloskeletal
- b) Gangguan neuromuskuler
- c) Kelemahan
- d) Gangguan psikologi dan/atau psikotik
- e) Penurunan motivasi/minat

Gejala dan Tanda Mayor

Tabel 2.9 (Gejala dan Tanda Mayor)

<i>Subjektif</i>	<i>Objektif</i>
1) Menolak melakukan perawatan diri	1) Tidak mampu mandi / mengenakan pakaian / makan / ketoilet / berhias secara mandiri
	2) Minat melakukan perawatan diri kurang

Gejala dan Tanda Minor

Tabel 2.10 (Gejala dan Tanda Minor)

<i>Subjektif</i>	<i>Objektif</i>
(tidak tersedia)	(tidak tersedia)

7) Gangguan eliminasi urine (D.0040)

Penyebab :

- a) Penurunan kapasitas kandung kemih
- b) Iritasi kandung kemih

- c) Penurunan kemampuan menyadari tanda-tanda gangguan kandung kemih
- d) Efek tindakan medis dan diagnostic
- e) Kelemahan otot pelvis
- f) Ketidakmampuan mengakses toilet
- g) Hambatan lingkungan
- h) Ketidakmampuan mengkomunikasikan kebutuhan eliminasi
- i) Outlet kandung kemih tidak lengkap
- j) Imaturitas

Gejala dan Tanda Mayor

Tabel 2.11 (Gejala dan Tanda Mayor)

<i>Subjektif</i>	<i>Objektif</i>
1) Desakan berkemih (urgensi)	1) Distensi kandung kemih
2) Urin menetes (dribbling)	2) Berkemih tidak tuntas (hesitancy)
3) Sering buang air kecil	3) Volume residu urin meningkat
4) Nokturia	
5) Mengompol	
6) Enuresis	

Gejala dan Tanda Minor

Tabel 2.12 (Gejala dan Tanda Minor)

<i>Subjektif</i>	<i>Objektif</i>
(tidak tersedia)	(tidak tersedia)

2.2.4 Intervensi Keperawatan

Perencanaan atau Intervensi Keperawatan adalah pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi, mengatasi masalah-masalah yang telah diidentifikasi dalam diagnosis keperawatan (Walid, 2019).

1) Diagnosa 1 : Gangguan perfusi jaringan cerebral berhubungan dengan gangguan aliran darah, oklusi, perdarahan, vasospasme serebral, edema serebral, peningkatan tekanan intrakranial.

Kriteria hasil :

- a) Pasien dapat mempertahankan tingkat kesadaran, fungsi kognitif, sensorik dan motorik.
- b) Tanda-tanda vital stabil, peningkatan TIK tidak ada
- c) Gangguan lebih lanjut tidak terjadi

Tabel 2.13 (tabel rencana tindakan)

Rencana Tindakan	Rasional
1. Kaji status neurologik setiap jam.	1. Menentukan perubahan defisit neurologik lebih lanjut.
2. Kaji tingkat kesadaran dengan GCS.	
3. Kaji pupil, ukuran, respon terhadap cahaya, gerakan mata.	2. Tingkat kesadaran merupakan indikator terbaik adanya perubahan neurologi.
4. Kaji refleks kornea dan refleks gag.	3. Mengetahui fungsi N.II dan III.
5. Evaluasi keadaan motorik dan sensori pasien.	4. Menurunnya refleks kornea dan refleks gag indikasi kerusakan pada batang otak.
6. Monitor tanda vital setiap 1 jam.	5. Gangguan motorik dan sensori dapat terjadi akibat edema otak.

-
- | | |
|---|---|
| <p>7. Hitung irama denyut nadi, auskultasi adanya murmur.</p> <p>8. Pertahankan pasien bedrest, berikan lingkungan tenang, batasi pengunjung, atur waktu istirahat dan aktivitas.</p> <p>9. Pertahankan kepala tempat tidur 30-45° dengan posisi leher tidak menekuk/fleksi.</p> <p>10. Anjurkan pasien untuk tidak menekuk lututnya/fleksi, batuk, bersin, feses yang keras atau mengedan.</p> <p>11. Pertahankan suhu normal.</p> <p>12. Monitor kejang dan berikan obat anti kejang.</p> <p>13. Lakukan aktivitas keperawatan dan aktivitas pasien seminimal mungkin.</p> <p>14. Pertahankan kepatenan jalan napas, suction jika perlu, berikan oksigen 100% sebelum suction dan suction tidak lebih dari 15 detik.</p> <p>15. Monitor AGD, PaCO₂ antara 35-45 mmHg dan PaO₂ >80 mmHg.</p> <p>16. Berikan obat sesuai program dan monitor efek samping.</p> | <p>6. Adanya perubahan tanda vital seperti respirasi menunjukkan kerusakan pada batang otak.</p> <p>7. Bradikardia dapat diakibatkan adanya gangguan otak, murmur dapat terjadi pada gangguan jantung.</p> <p>8. Istirahat yang cukup dan lingkungan yang tenang mencegah perdarahan kembali.</p> <p>9. Memfasilitasi drainasi vena dari otak.</p> <p>10. Dapat meningkatkan tekanan intrakranial.</p> <p>11. Suhu tubuh yang meningkat akan meningkatkan aliran darah ke otak sehingga meningkatkan TIK.</p> <p>12. Kejang dapat terjadi akibat iritasi serebral dan keadaan kejang.</p> <p>13. Meminimalkan stimulus sehingga menurunkan TIK.</p> <p>14. Mempertahankan adekuatnya oksigen, suction dapat meningkatkan TIK.</p> <p>15. Karbondioksida menimbulkan vasodilatasi, adekuatnya oksigen sangat</p> |
|---|---|
-

a. Antikoagulan : Heparin	penting dalam mempertahankan
b. Antifibrolitik : Amicar	metabolisme otak.
c. Antihipertensi	16. Meningkatkan aliran darah ke otak dan
d. Steroid, dexametason	mencegah kloting. Kontraindikasi pada
e. Fenitoin, fenobarbital	stroke hemoragik.
f. Pelunak feses	a. Mencegah lisis dan perdarahan
17. Bantu pasien untuk pemeriksaan	b. Menanggulangi hipertensi
diagnostik.	c. Pengontrol edema serebral
	d. Mengontrol kejang
	e. Mencegah proses mencedakan dan
	menghindari peningkatan tekanan
	intrakranial.
	17. Pasien stroke perlu pemeriksaan lanjutan
	untuk menentukan tindakan lebih lanjut.

2) Diagnosa 2 : Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler, kelemahan, parestesia, paralisis.

Kriteria hasil :

- a) Mempertahankan keutuhan tubuh secara optimal seperti tidak adanya kontraktur, footdrop
- b) Mempertahankan kekuatan/fungsi tubuh secara optimal
- c) Mendemonstrasikan teknik/perilaku melakukan aktivitas
- d) Mempertahankan integritas kulit
- e) Kebutuhan ADL terpenuhi

Tabel 2.14 (tabel rencana tindakan)

Rencana Tindakan	Rasional
1. Kaji kemampuan motorik.	1. Mengidentifikasi kekuatan otot, kelemahan motorik.
2. Ajarkan pasien untuk melakukan ROM minimal 4× perhari bila mungkin.	2. Latihan ROM meningkatkan massa tonus, kekuatan otot, perbaikan fungsi jantung dan pernapasan.
3. Bila klien ditempat tidur, lakukan Tindakan untuk meluruskan postur tubuh.	3. Mencegah footdrop.
a. Gunakan papan kaki	Mencegah kontraktur fleksi bahu.
b. Ubah posisi sendi bahu tiap 2-4 jam	Mencegah edema dan kontraktur fleksi pada pergelangan.
c. Sanggah tangan dan pergelangan pada kelurusan alamiah	4. Daerah yang tertekan mudah sekali terjadi trauma.
4. Observasi daerah yang tertekan termasuk warna, edema, atau tanda lain gangguan sirkulasi.	5. Membantu mencegah kerusakan kulit.
5. Inspeksi kulit terutama pada daerah tertekan, beri bantalan lunak.	6. Membantu memperlancar sirkulasi darah.
6. Lakukan masage pada daerah tertekan.	7. Mengembangkan program khusus.
7. Konsultasikan dengan ahli fisioterapi.	8. Membantu memulihkan kekuatan otot dan meningkatkan kontrol volunter.
8. Kolaborasi stimulasi elektrik.	9. Menurunkan tekanan pada tulang.
9. Kolaborasi dalam penggunaan tempat tidur anti dekubitus.	

3. Diagnosa 3 : Gangguan persepsi berhubungan dengan gangguan penerimaan sensori, transmisi, integrasi, stress psikologik.

Kriteria hasil :

- a) Mempertahankan tingkat kesadaran dan fungsi persepsi
- b) Mendemonstrasikan tingkah laku untuk mengkompensasikan kekurangan

Tabel 2.15 (tabel rencana tindakan)

Rencana Tindakan	Rasional
1. Kaji kemampuan persepsi pasien dan penerimaan sensorik	1. Mengantisipasi defisit dan upaya perawatannya
2. Ciptakan lingkungan yang sederhana dan pindahkan alat-alat yang berbahaya	2. Menurunkan resiko cidera 3. Menghindari kebingungan 4. Menghindari kesalahan persepsi
3. Tempatkan barang pada tempat semula	terhadap realitas
4. Orientasikan pasien pada lingkungan, staf dan prosedur tindakan	5. Memenuhi kebutuhan sehari-hari dan mencegah injuri
5. Bantu pasien dalam aktivitas dan mobilitas untuk mencegah injuri	

4. Diagnosa 4 : Gangguan komunikasi verbal/non verbal berhubungan dengan gangguan sirkulasi, gangguan neuromuskuler, kelemahan umum.

Kriteria hasil :

- a) Mampu menggunakan metode komunikasi yang efektif baik verbal maupun non verbal.
- b) Terhindar dari tanda-tanda frustrasi.
- c) Mampu mengkomunikasikan kebutuhan dasar.
- d) Mampu mengekspresikan diri dan memahami orang lain.

Tabel 2.16 (tabel rencana tindakan)

Rencana Tindakan	Rasional
1. Kaji kemampuan komunikasi adanya gangguan bahasa dan bicara.	1. Mengidentifikasi masalah komunikasi karena gangguan bicara atau gangguan bahasa.
2. Pertahankan kontak mata dengan pasien saat berkomunikasi.	2. Pasien dapat memperhatikan ekspresi dan gerakan bibir lawan bicara sehingga dapat mudah menginterpretasi.
3. Ciptakan lingkungan penerimaan dan privasi :	3. Membantu menciptakan komunikasi yang efektif.
a. Jangan terburu-buru	4. Memudahkan penerimaan pasien.
b. Bicara dengan perlahan dan intonasi normal	5. Dengan membaiknya bicara percaya diri akan meningkat dan meningkatkan motivasi untuk memperbaiki bicara.
c. Kurangi bising lingkungan	6. Menunjukkan adanya respon dan rasa empati
d. Jangan paksa pasien untuk berkomunikasi	
4. Gunakan kata-kata sederhana secara bertahap dan dengan bahasa tubuh.	
5. Ajarkan teknik untuk memperbaiki bicara :	

-
- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Instruksikan pasien untuk bicara lambat dan dalam kalimat pendek. - Pada awal pertanyaan gunakan pertanyaan dengan jawaban “Ya” atau “Tidak” - Dorong pasien untuk berbagi perasaan dan keprihatinannya | <p>7. Terhadap gangguan bicara pasien. Penanganan lebih lanjut dengan teknik khusus.</p> |
|---|--|
6. Berikan respon terhadap perilaku non verbal.
7. Konsul dengan terapis wicara.
-

5. Diagnosa 5 : Ketidakseimbangan Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan menelan dan mengunyah

Data Pendukung :

- a) Kesadaran pasien menurun (koma)
- b) Refleks menelan dan mengunyah tidak ada
- c) Berat badan tidak seimbang
- d) Hb kurang dari normal
- e) Terlihat anemis
- f) Intake makanan tidak adekuat
- g) Lingkar tangan pasien kurang dari normal
- h) Tonus otot kurang

Kriteria Hasil:

- a) Intake makanan adekuat
- b) Anemis tidak ada
- c) Berat badan ideal
- d) Tanda vital normal
- e) Hb dan albumin normal
- f) Lingkar lengan pasien normal
- g) Tonus otot meningkat

Tabel 2.17 (tabel rencana tindakan)

Rencana Tindakan	Rasional
1. Monitor intake makanan pasien	1. Mengetahui keseimbangan nutrisi
2. Observasi keadaan NGT	2. Aduatnya aliran masuk makanan
3. Berikan makanan per NGT dengan Teknik yang benar	3. Mencegah terjadinya aspirasi
4. Berikan makanan cair tidak lebih 600 cc sekali pemberian	4. Mencegah muntah dan aspirasi
5. Observasi sclera, warna kulit	5. Tanda adanya anemia
6. Jaga kebersihan mulut pasien	6. Meningkatkan selera makanan
7. Kaji tanda vital dan bising usus	7. Tekanan darah yang rendah dapat disebabkan kurang nutrisi, bising usus ini menentukan adekuatnya pencernaan makanan
8. Kaji lingkar lengan dan tonus otot	8. Indikator status nutrisi
9. Monitor hasil laboratorium seperti glukosa, elektrolit, haemoglobin , albumin, kolaborasi dengan tim medis	9. Mengetahui status nutrisi
	10. Pemberian transfuse darah dimungkinkan jika Hb kurang

10. Kolaborasi dengan medis dalam pemberian transfuse darah sesuai indikasi

6. Diagnosa 6 : Gangguan perawatan diri : ADL berhubungan dengan defisit neuromuskuler, menurunnya kekuatan otot dan daya tahan, kehilangan kontrol otot, gangguan kognitif.

Kriteria hasil :

- a) Mendemonstrasikan perubahan dalam merawat diri : mandi, BAB, BAK, berpakaian, makan
- b) Menampilkan aktivitas perawatan secara mandiri

Tabel 2.18 (tabel rencana tindakan)

Rencana Tindakan	Rasional
1. Kaji kemampuan ADL pasien	1. Membantu merencanakan intervensi
2. Anjurkan pasien untuk melakukan sendiri perawatan dirinya jika mampu	2. Menumbuhkan kemandirian dalam perawatan
3. Berikan umpan balik positif atas usaha klien	3. Meningkatkan harga diri klien
4. Pertahankan dukungan, sikap tegas, beri cukup waktu untuk menyelesaikan tugas pada klien	4. Perawat konsisten dalam memberi asuhan keperawatan
	5. Memenuhi kebutuhan ADL dan melatih kemandirian
	6. Mengembangkan rencana terapi

-
5. Bantu klien dalam pemenuhan kebutuhan ADL pasien jika klien tidak mampu
 6. Kolaborasi hasil fisioterapi
-

7. Diagnosa 7 : Gangguan eliminasi urine : inkontinensia fungsional sehubungan dengan menurunnya sensasi, disfungsi kognitif, kerusakan komunikasi.

Kriteria hasil :

- a) Pola BAK normal
- b) Pasien dapat berkomunikasi sebelum BAK
- c) Kulit bersih dan kering
- d) Terhindar dari infeksi saluran kemih

Tabel 2.19 (tabel rencana tindakan)

Rencana tindakan	Rasional
1. Kaji kembali tipe inkontinensia dan polanya	1. Menentukan rencana lebih lanjut
2. Buatlah jadwal untuk BAK	2. Melatih BAK secara teratur
3. Palpasi bladder terhadap adanya distensi	3. Obstruksi saluran kemih kemungkinan dapat terjadi
4. Berikan minum yang cukup 1500-2000 ml jika tidak ada kontraindikasi	4. Mencegah batu saluran kemih
5. Lakukan perawatan kateter setiap hari	5. Menghindari terjadinya infeksi
	6. Mengetahui secara dini infeksi saluran kemih

-
- | | |
|---|--|
| 6. Monitor hasil urinalisa dan karakteristik urin

7. Jaga privasi pasien saat BAK

8. Hindari pasien minum sebelum tidur | 7. Memberikan rasa nyaman

8. Menghindari BAK saat tidur |
|---|--|
-

2.2.5 Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, dan menilai data yang baru (Walid, 2019).

Tindakan keperawatan dibedakan menjadi 2 (Rofifah, 2019), yaitu :

1) Tindakan Keperawatan Mandiri

Tindakan yang dilakukan Tanpa Pesanan Dokter. Tindakan keperawatan mandiri dilakukan oleh perawat. Misalnya menciptakan lingkungan yang tenang.

2) Tindakan Keperawatan Kolaboratif

Tindakan yang dilakukan oleh perawat apabila perawat bekerja dengan anggota perawatan kesehatan yang lain dalam membuat keputusan bersama yang bertahan untuk mengatasi masalah klien.

2.2.6 Evaluasi

Evaluasi keperawatan adalah kegiatan dalam menilai tindakan keperawatan yang telah ditentukan untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan klien secara optimal dan mengukur hasil dari proses

keperawatan (Rofifah, 2019). Tahapan evaluasi keperawatan terdiri dari beberapa komponen, yaitu kriteria hasil, keefektifan tahap-tahap proses keperawatan dan perbaikan rencana asuhan keperawatan. Dalam melakukan tahap evaluasi keperawatan kita menggunakan SOAP, yaitu:

- 1) S (Subyektif) : yaitu keluhan-keluhan yang klien rasakan atau ungkapkan(apa saja yang dikatakan klien, keluarga klien dan orang terdekat klien)
- 2) O (Obyektif) : yaitu segala sesuatu yang dapat dilihat, dicitum, diraba, dan diukur oleh perawat
- 3) A (Analisis) : yaitu kesimpulan yang dirumuskan oleh perawat tentang kondisi klien.
- 4) P (Planning) : yaitu rencana tindakan keperawatan selanjutnya untuk mengatasi masalah klien.