

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Konsep *Cerebrovascular Accident* (CVA)

##### 1. Definisi

*Cerebrovascular Accident* atau Stroke didefinisikan sebagai gangguan suplai darah ke otak yang biasanya disebabkan adanya sumbatan oleh gumpalan darah ataupun pecahnya pembuluh darah sehingga menyebabkan gangguan pasokan darah dengan oksigen dan nutrisi di otak sehingga terjadi kerusakan jaringan otak (Primalia & Hudiawati, 2020)

Stroke terjadi bila ada iskemia (aliran darah yang tidak memadai) ke suatu bagian otak atau hemoragic (pendarahan) ke dalam otak yang mengakibatkan kematian sel-sel otak. Pada stroke, fungsi seperti gerakan, sensasi, berpikir, berbicara, atau emosi yang dikendalikan oleh area otak yang terpengaruh hilang atau rusak. Tingkat keparahan hilangnya fungsi bervariasi sesuai dengan lokasi dan tingkat kerusakan otak (Harding et al, 2020).

## 2. Klasifikasi CVA

Tabel 2.1 Klasifikasi CVA

Jenis	Iskemik		Hemoragic	
	Trombosis	Emboli	Intraserebral	Subarachnoid
<b>Prognosis</b>	Perkembangan bertahap, tanda dan gejala berkembang perlahan, biasanya sedikit perbaikan, kambuh pada 20% - 25% pasien yang selamat.	Peristiwa tunggal, tanda dan gejala berkembang dengan cepat, biasanya beberapa perbaikan, kekambuhan umum tanpa pengobatan segera penyakit yang mendasari	Perkembangan lebih dari 24 jam, prognosis buruk, kematian lebih mungkin dengan adanya koma	Biasanya kejadian tunggal mendadak, kematian lebih mungkin terjadi dengan adanya koma
<b>Serangan/ onset</b>	Bertahap (menit ke jam), Sering ketika atau setelah tidur	Tiba-tiba/ mendadak, Paling mungkin terjadi selama aktivitas	Mendadak, mungkin bertahap jika disebabkan oleh hipertensi	
<b>Tingkat kesadaran</b>	Pasien sadar/ terbangun	Pasien sadar/ terbangun	Letargi/ stupor atau koma	Aktivitas (sering)
<b>Factor yang berkontribusi</b>	Hipertensi, atherosclerosis	Cardiac disease	Hipertensi, factor genetic. Gangguan pembuluh darah	Aktivitas (sering), onset tiba-tiba, paling sering berhubungan dengan trauma kepala
<b>Gejala Prodromal</b>	Transient Ischemic attack (TIA)	TIA	Sakit kepala (25% dari kasus)	Sakit kepala (umum)

<b>Deficit neurologic</b>	Mungkin deficit selama minggu pertama Sakit kepala ringan Deficit bicara Masalah visual kebingungan	Defisit maksimum saat serangan Kelumpuhan Afasia ekspresif	Deficit fokal Parah, sering
<b>Cerebrospinal fluid</b>	Normal; kemungkinan adanya protein	Normal	Berdarah
<b>Kejang</b>	tidak	tidak	biasanya
<b>Durasi</b>	Perbaikan selama berminggu-minggu sampai berbulan-bulan Kemungkinan deficit permanen	Biasanya perbaikan cepat	Variable Kemungkinan deficit neurologis permanen

### 3. Etiologi

Faktor risiko yang dapat dirubah (Ignatavicius et al, 2018; Harding et al, 2020) antara lain:

- a. Hipertensi, penyakit jantung, diabetes
- b. Merokok
- c. Penggunaan zat (terutama kokain)
- d. Obesitas
- e. Gaya hidup yang menetap/ duduk secara terus-menerus/ kerja banyak duduk
- f. Penggunaan kontraseptif oral

- g. Sleep apnea, sindrom metabolik, kurang latihan fisik, pola makan yang buruk,
- h. Penggunaan narkoba dan alcohol
- i. Penggunaan fenilpropanolamin (PPA), ditemukan dalam obat antihistamin

Faktor risiko yang tidak dapat dirubah (Harding et al, 2020) antara lain:

- a. Usia
- b. Gender
- c. Etnik atau ras
- d. Sejarah keluarga atau keturunan

#### **4. Manifestasi Klinis**

Ada beberapa gejala dari CVA/stroke menurut Harding (2020) yaitu :

- a. Adanya serangan defisit neurologis sebagian, berupa kelemahan atau kelumpuhan kekuatan otot lengan atau tungkai atau salah satu sisi tubuh
- b. Hilangnya rasa atau adanya sensasi abnormal pada lengan atau tungkai atau salah satu sisi tubuh. Mati rasa sebelah badan, terasa kesemutan, dan rasa terbakar
- c. Mulut tidak simetris, lidah mencong bila diluruskan
- d. Gangguan menelan : sulit menelan, minum suka tersedak
- e. Bicara tidak jelas, kata yang diucapkan tidak sesuai keinginan, dan sulit bicara
- f. Sulit memikirkan atau mengucapkan kata-kata yang tepat
- g. Tidak memahami pembicaraan orang lain

- h. Kehilangan keseimbangan, gerakan tubuh tidak terkoordinasi dengan baik i.  
Gangguan kesadaran, pingsan sampai tidak sadarkan diri (koma)

## **5. Komplikasi CVA**

Mengalami CVA atau stroke tidak berhenti pada akibat yang terjadi di otak saja tetapi berdampak juga pada bagian tubuh lainnya dan menimbulkan masalah emosional.

Beberapa komplikasi stroke menurut Harding (2020), diantaranya :

- a. Bekuan darah, bekuan darah mudah terjadi pada kaki yang lumpuh, penumpukan cairan, dan pembengkakan, embolisme paru.
- b. Pneumonia, terjadi karena pasien biasanya tidak dapat batuk atau menelan dengan baik sehingga menyebabkan cairan terkumpul di paru-paru dan selanjutnya terinfeksi.
- c. Kekakuan otot dan sendi, terbaring lama akan menimbulkan kekakuan pada otot dan sendi.
- d. Nyeri bahu dan dislokasi, keadaan pangkal bahu yang lepas dari sendinya. Ini terjadi karena otot disekitar bahu yang mengontrol sendi dapat rusak akibat gerakan saat ditopang orang lain.
- e. Pembengkakan otak
- f. Infeksi saluran kemih
- g. Gangguan proses berpikir dan ingatan : pikun (demensia)
- h. Depresi, Perubahan gaya hidup akibat disabilitas fisik menimbulkan depresi yang dialami pasien selama masa penyesuaian pasca stroke.

- i. Luka Tekan/Dekubitus, tidur yang terlalu lama karena lumpuh dapat mengakibatkan luka/lecet pada bagian tubuh yang menjadi tumpuan saat berbaring, seperti : pinggul, pantat, sendi kaki, dan tumit.

## **B. Konsep Tirah Baring**

### **1. Definisi**

Tirah baring adalah kondisi pasien yang diharuskan tetap berada di tempat tidur tanpa banyak aktivitas karena kondisi medis tertentu, termasuk pasien dengan gangguan kesadaran, pasca operasi besar, atau pasien dengan ventilator (Negari, 2022).

Definisi tirah baring di ruang Intensive Care Unit (ICU) pada dasarnya merujuk pada kondisi istirahat total atau sangat terbatas di tempat tidur yang diberlakukan karena status kritis pasien dan kebutuhan akan intervensi medis yang intensif (Alimansur & Santoso, 2019a).

### **2. Etiologi**

Menurut (Sulidah & Susilowati, 2017) hal yang menyebabkan terjadinya tirah baring :

- a. Tingkat kesadaran, merupakan faktor penyebab imobilisasi yang menjadi penyebab pokok untuk terjadinya dekubitus. Semakin buruk tingkat kesadaran maka semakin besar peluang untuk terjadinya luka tekan. Hal ini berkaitan dengan ketidakberdayaan penderita untuk melakukan perubahan posisi. Seseorang yang mengalami perubahan kesadaran cenderung untuk memiliki ketergantungan yang tinggi dalam pemenuhan kebutuhan, termasuk perubahan posisi.
- b. Kelemahan fisik akibat proses penuaan maupun penyakit yang menyertai dan imobilisasi dapat terjadi pada siapa saja tanpa membedakan jenis kelamin.

- c. Tirah baring lama terjadi karena suatu intervensi rumah sakit sebagai tujuan terapeutik yang mana tergantung pada penyakit atau cedera dan status kesehatan pasien sebelumnya

### 3. Dampak Tirah Baring di ICU

Beberapa dampak tirah baring jangka panjang bagi pasien ICU meliputi:

#### a. Luka Tekan:

Pasien di ICU memiliki risiko luka tekan yang jauh lebih tinggi dan perkembangannya bisa sangat cepat (dalam hitungan jam). Ini karena mereka sering mengalami imobilitas total akibat penurunan kesadaran, sedasi berat, atau penggunaan ventilator. Selain itu, instabilitas hemodinamik (seperti hipotensi atau syok) yang umum pada pasien kritis mengurangi perfusi darah ke kulit dan jaringan, membuat area yang tertekan sangat rentan terhadap iskemia dan kerusakan (Gefen et al., 2022). Penggunaan berbagai alat medis invasif (seperti selang, kateter, monitor) juga menciptakan titik tekanan tambahan yang spesifik untuk lingkungan ICU, memperburuk risiko luka tekan terkait alat medis (Kottner et al., 2019)

#### b. Sindrom Kelemahan (Acquired Weakness) :

Tirah baring jangka panjang di ICU, diperparah oleh inflamasi sistemik (sepsis), penggunaan obat-obatan (kortikosteroid, relaksan otot), dan malnutrisi, menyebabkan atrofi otot dan disfungsi saraf yang cepat dan parah. Pasien di ruang rawat inap umum mungkin mengalami kelemahan akibat imobilitas, tetapi tingkat keparahan Sindrom Kelemahan seringkali berujung pada kesulitan penyapihan ventilator, penurunan kemampuan fungsional yang signifikan, dan disabilitas jangka panjang (Nickels et al., 2020)

c. Dekomposisi Kardiovaskular dan Pulmoner

Tirah baring yang ekstrem di ICU dapat mempercepat dekomposisi sistem kardiovaskular (misalnya, penurunan volume plasma, intoleransi ortostatik, peningkatan risiko DVT/PE) dan pulmoner (atelektasis, pneumonia terkait ventilator). Pasien ICU seringkali sudah memiliki cadangan fisiologis yang terbatas atau gangguan organ, sehingga dampak imobilitas ini memperburuk status mereka secara drastis dibandingkan dengan pasien di bangsal umum yang mungkin masih bisa melakukan mobilisasi minimal (Nickels et al., 2020)

4. **Upaya Pencegahan Komplikasi Tirah Baring**

Beberapa strategi intervensi dapat dilakukan untuk mencegah komplikasi tirah baring pada pasien ICU:

- a. Mobilisasi Dini: Mobilisasi pasif maupun aktif seperti perubahan posisi setiap 2 jam terbukti efektif mencegah luka tekan dan komplikasi paru (Herfita et al., 2023).
- b. *Massage effleurage*: Teknik *massage effleurage* efektif dalam membantu melancarkan peredaran darah, memperbaiki proses metabolisme, mengurangi kelelahan, membantu penyerapan hingga memberikan efek relaksasi dan mengurangi rasa nyeri. *Massage effleurage* memberikan efek melonggarkan perlekatan dan menghilangkan penebalan-penebalan kecil yang terjadi pada jaringan di bawah kulit, dengan demikian memperbaiki penyerapan dan dapat dilakukan selama 5-15 menit minimal sebanyak 2 kali dalam 1 minggu mampu mengurangi risiko luka tekan (Atrie et al., 2023)
- c. Perubahan Posisi Terjadwal (Clock Methode): Pendekatan ini membantu mendistribusikan tekanan ke berbagai bagian tubuh secara berkala (Agustina et al., 2023)

## **C. Konsep Luka Tekan (*Ulcus Pressure*)**

### **1. Definisi**

Luka Tekan (*Ulcus Pressure*) merupakan kerusakan atau kematian jaringan kulit sampai jaringan dibawah kulit bahkan dapat menembus otot sampai mengenai tulang akibat adanya penekanan pada suatu area yang terjadi secara terus menerus dan mengakibatkan terjadinya gangguan sirkulasi darah pada daerah setempat (Widodo et al., 2017)

Luka tekan adalah area jaringan yang cedera pada kulit atau jaringan lunak yang melapisi tulang yang menonjol, yang disebabkan oleh tekanan atau gesekan yang berkepanjangan. Di ruang perawatan intensif (ICU), kondisi ini seringkali terjadi dan berkembang lebih cepat karena pasien berada dalam kondisi kritis yang menyebabkan imobilitas total, penurunan tingkat kesadaran, dan seringkali instabilitas hemodinamik yang mengurangi perfusi jaringan. Selain itu, penggunaan alat-alat medis invasif seperti ventilator, kateter, dan monitor juga dapat menjadi sumber tekanan langsung yang berkontinuitas pada kulit (Primalia & Hudiyawati, 2020)

### **2. Etiologi**

Terdapat banyak faktor risiko yang diidentifikasi dapat menyebabkan terjadinya *Ulcus Pressure*. Menurut Alimansur & Santoso (2019) terdapat beberapa faktor dianggap menjadi penyebab utama, yaitu:

#### *a. Pressure*

Tekanan yang besar dengan durasi yang lama merupakan faktor penyebab utama. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa tekanan berlebih dengan waktu yang lama dapat mengakibatkan kerusakan dan iskemik.

b. Gangguan Mobilitas

Gangguan mobilitas biasanya terjadi pada individu dengan tirah baring lama atau terjadinya penurunan kesadaran, mereka tidak mampu mengubah posisi, selain itu mereka tidak merasakan sensasi pada area yang tidak dilakukan pergerakan.

c. Usia Lanjut

Perubahan yang berkaitan dengan usia pada kulit dapat meningkatkan kerentanannya terhadap kerusakan. Perubahan ini termasuk penuaan dini akibat radiasi ultraviolet, hilangnya lapisan kulit pembuluh darah, penipisan epidermis, perataan sambungan dermal-epidermal, hilangnya serat elastis, hilangnya lemak subkutan, peningkatan permeabilitas kulit, gangguan kapasitas migrasi fibroblas dan keratinosit yang menua, penurunan laju epitelisasi dan penurunan viabilitas sel. Semua ini dapat menempatkan mereka pada peningkatan risiko imobilitas, gangguan penyembuhan luka, dan pada akhirnya berisiko tinggi terjadinya luka dekubitus. (Nadukkandiyil et al. 2021).

d. Gesekan

Gesekan terjadi antara kulit pasien dan permukaan benda yang bersentuhan, terutama ketika pasien diseret ketika berpindah tempat tidur. Gesekan yang berlebihan dapat menyebabkan cedera kulit superfisial seperti lecet, lecet intra-epidermal, dan bahkan erosi dan robekan kulit. Cedera seperti itu mungkin saja

terjadi dapat meningkatkan kehilangan air trans-epidermal dan mempotensiasi kerusakan lebih lanjut.

e. Pasien dengan perawatan khusus

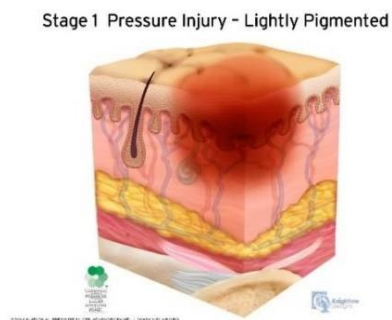
Pasien yang membutuhkan perawatan jangka Panjang, pasien yang ter intubasi, pasien dengan vasopressor harus diberikan tindakan berupa reposisi secara teratur karena ini merupakan salah satu faktor yang menyebabkan terjadinya *Ulcer Pressure*.

### 3. Klasifikasi

Didalam jurnal yang dikemukakan oleh Edsberg (2016) terdapat derajat *Ulcer Pressure*., diantaranya adalah:

a. *Stage I*

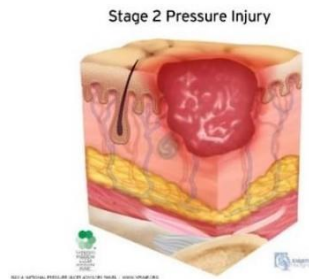
Kulit utuh dengan *non blanchable erythema*(kemerahan pada kulit yang tidak memutih saat ditekan) pada daerah yang terlokalisir di atas daerah penonjolan tulang. Pada kulit hitam sulit menemukan *non blanchable erythema* . Salah satu yang bisa menjadi petunjuk adalah warna kulitnya mungkin berbeda disbanding daerah sekitarnya. Pada area ini biasanya terasa nyeri, lembek lebih hangat atau dingin bila dibandingkan dengan jaringan sekitarnya.



Gambar 2.1 *stage 1* luka tekan

*b. Stage II*

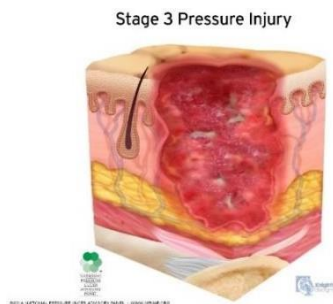
Luka telah mencapai lapisan epidermis, dasar luka tampak berwarna merah atau pink tanpa disertai adanya slaf. Dapat disertai adanya bullae yang terbuka.



Gambar 2.2 *stage 2* luka tekan

*c. Stage III*

Hilangnya seluruh ketebalan kulit, lemak subkutan mungkin terlihat, Luka mencapai lapisan subkutan tapi belum sampai ke tulang dan otot. Tingkat kerusakan jaringan bervariasi tergantung lokasi anatomi.

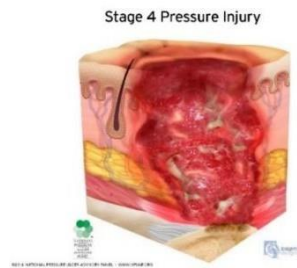


Gambar 2.3 *stage 3* luka tekan

*d. Stage IV*

Hilangnya seluruh ketebalan kulit. Otot, tendon, ligamen, tulang rawan, sendi, atau tulang yang terbuka; pengelupasan dan/atau eschar mungkin terlihat, namun tidak mengaburkan kedalaman hilangnya jaringan; kemungkinan epibola,

undermining, tunneling dan/atau fistula. Kedalamannya bervariasi berdasarkan lokasi anatomi (mirip dengan Tahap III).



Gambar 2.4 *stage 4* luka tekan

*e. Unstageable*

Kehilangan jaringan hingga subkutan tetapi tertutup oleh slaf (kuning, abu-abu, hijau atau coklat) dengan atau tanpa adanya ekskor pada bantalan luka (dasar luka). Luka sangat dalam dan oleh sebab itu stadium tidak dapat ditentukan. Ekskor yang stabil (kering, lengket, intact atau utuh tanpa eritema) pada tumit bertindak sebagai lapisan alami tubuh dan seharusnya tidak diangkat.

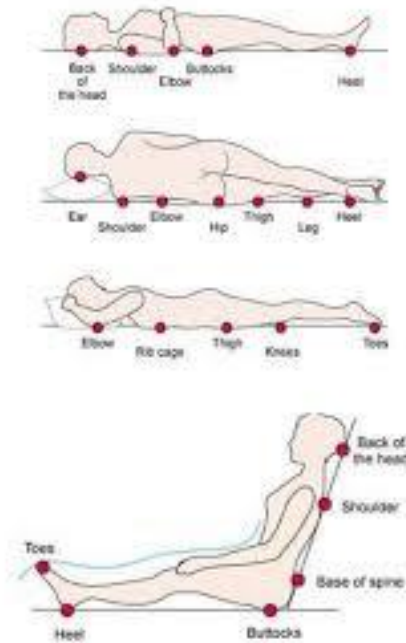
*f. Suspected Deep Tissue Injury*

Area lokal berwarna ungu, merah marun, atau memar pada kulit utuh yang berubah warna atau lepuh berisi darah karena kerusakan jaringan yang lebih dalam. Perubahan warna mungkin tampak berbeda pada kulit berpigmen gelap. Daerah yang terkena mungkin terasa nyeri, keras, kenyal, berlumpur, hangat, atau dingin.

#### **4. Lokasi Terjadinya Luka Tekan**

Dalam Edsberg (2016) menjelaskan bahwa semua tubuh berisiko mengalami luka tekan karena tekanan berlebihan, gesekan dan geseran. Lokasi tubuh terjadinya luka tekan

adalah bagian tubuh yang terdapat tulang yang menonjol seperti terlihat pada gambar dibawah ini.

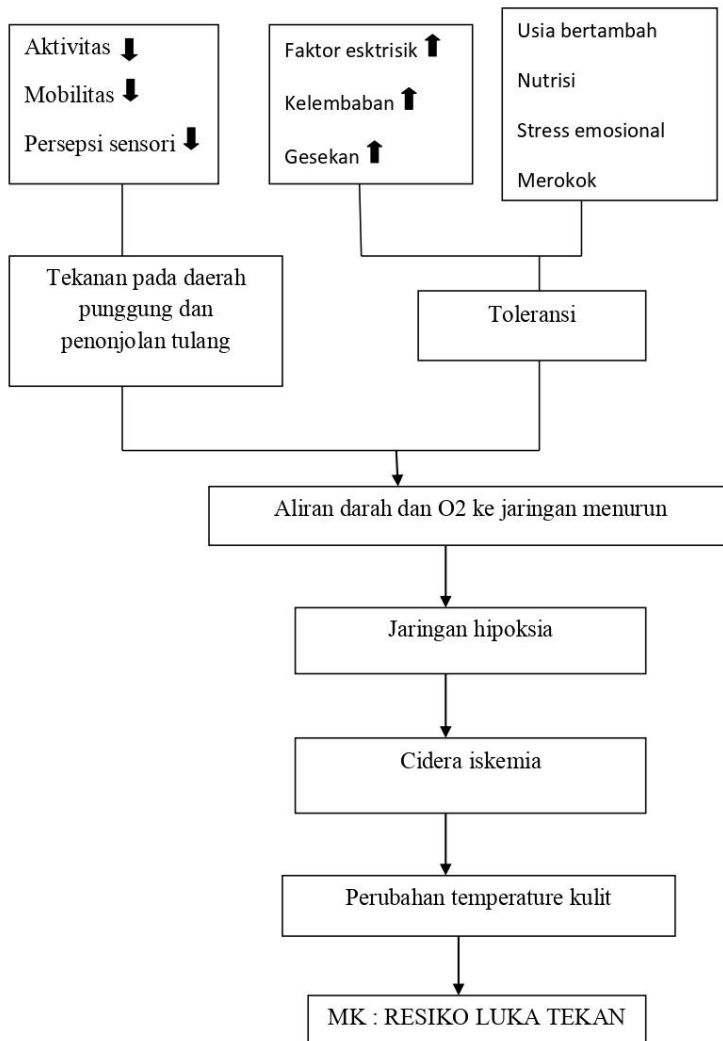


Gambar 2.5 Lokasi Terjadinya Luka Tekan

Risiko kejadian luka tekan berdasarkan lokasi adalah sebagai berikut :

- a. Siku 8,8 %
- b. Sacrum 32,6 %
- c. Buttock 11,4 %
- d. Tronchanter 8,3 %
- e. Ankles 9,1 %
- f. Heels 29,7 %

## 5. Pathway Luka Tekan



Bagan 2.1 Pathway Resiko Luka Tekan

## 6. Penatalaksanaan

### a. Mengurangi Tekanan (*Pressure Relief*)

Lakukan pergantian posisi pasien secara berkala, idealnya setiap 2 jam, untuk menghindari tekanan berkelanjutan pada area rentan luka tekan. Gunakan alat bantu seperti kasur udara, bantalan busa, atau gel untuk mendistribusikan tekanan secara merata dan mencegah terjadinya ischemia jaringan (Gefen et al., 2022)

### b. Perawatan Luka

Bersihkan luka dengan larutan saline steril atau pembersih non-sitotoksik untuk menghindari iritasi jaringan. Pilih balutan luka yang sesuai dengan kondisi luka, misalnya balutan hidrogel untuk luka kering dan foam untuk luka dengan eksudat sedang hingga banyak. Lakukan debridement secara mekanik, enzimatis, atau bedah bila terdapat jaringan nekrotik untuk mempercepat proses penyembuhan (Primalia & Hudiyawati, 2020)

### c. Optimasi Nutrisi

Pastikan asupan kalori dan protein yang cukup untuk mendukung regenerasi jaringan. Suplemen vitamin C dan zinc dapat diberikan untuk mempercepat penyembuhan luka. Kerja sama dengan ahli gizi untuk menyesuaikan rencana nutrisi sesuai kebutuhan pasien (Alimansur & Santoso, 2019a).

d. *Massage Effleurage*

Terapi pijat ringan atau *massage effleurage* dapat dilakukan di area sekitar luka tekan (tidak langsung pada luka terbuka) untuk meningkatkan sirkulasi darah lokal, mengurangi edema, dan meredakan nyeri. Pijat ini membantu merangsang aliran limfatik serta mempercepat proses penyembuhan dengan meningkatkan oksigenasi jaringan (Adevia et al., 2022)

**7. Penatalaksanaan Terapi *Massage Effleurage* dengan *Olive Oil* terhadap Pencegahan Resiko Luka Tekan**

a. *Massage Effleurage*

1) Definisi :

*Massage effleurage* adalah teknik pijat dasar yang dilakukan dengan gerakan mengusap secara lembut dan memanjang di permukaan kulit menggunakan telapak tangan. Kata *effleurage* berasal dari bahasa Prancis yang berarti "mengusap dengan ringan". (Salsabilla Yasmin Az-Zahra, 2024).

2) Manfaat :

Teknik *massage effleurage* efektif dalam membantu melancarkan peredaran darah, memperbaiki proses metabolisme, mengurangi kelelahan, membantu penyerapan hingga memberikan efek relaksasi dan mengurangi rasa nyeri. *Massage effleurage* memberikan efek melonggarkan perlekatan dan menghilangkan penebalan-penebalan kecil yang terjadi pada jaringan di bawah kulit, sehingga mampu mengurangi risiko dekubitus (Atrie et al., 2023)

3) Mekanisme:

*Massage effleurage* dengan gerakan usapan panjang, lembut, dan ritmis, memiliki beberapa mekanisme fisiologis yang efektif dalam menurunkan risiko luka tekan. Pertama, teknik ini secara signifikan meningkatkan sirkulasi darah lokal dan oksigenasi jaringan pada area yang dipijat, memastikan sel-sel mendapatkan pasokan oksigen dan nutrisi yang cukup untuk mencegah iskemia akibat tekanan (Agustina et al., 2023). Peningkatan sirkulasi ini juga didukung oleh aktivasi sistem saraf parasimpatis melalui sentuhan yang lembut. Aktivasi ini menyebabkan vasodilatasi (pelebaran pembuluh darah) dan relaksasi otot polos pembuluh darah, yang secara langsung meningkatkan aliran darah ke area tersebut.

Kedua, *Massage effleurage* membantu mengurangi edema dan mempercepat pembuangan produk metabolik yang menumpuk, sehingga mengurangi tekanan internal pada kapiler dan mendukung efisiensi sirkulasi (Adevia et al., 2022). Mekanisme ini diperkuat oleh efek parasimpatis yang mempromosikan relaksasi umum dan mengurangi respons stres, yang secara tidak langsung mendukung fungsi mikrosirkulasi dan drainase limfatik. Ketiga, *Massage effleurage* ini berkontribusi dalam menjaga elastisitas dan fleksibilitas kulit, membuatnya lebih tangguh terhadap deformasi akibat tekanan dan gesekan (Salsabilla Yasmin Az-Zahra, 2024). Sentuhan lembut yang menenangkan juga mengaktifkan respons relaksasi parasimpatis, mengurangi ketegangan otot dan meningkatkan aliran darah ke kulit, yang esensial untuk menjaga hidrasi dan integritas jaringan. Untuk menurunkan kejadian dekubitus, *massage effleurage* selama 5-15 menit, setidaknya dua kali seminggu, dapat membantu mengendurkan perlekatan dan menghilangkan penebalan kulit yang berkembang di jaringan di bawah kulit (Atrie et al., 2023)

#### 4) Kontraindikasi

Berikut beberapa kontraindikasi menurut Mariyah (2024):

- a) *Massage effleurage* ini tidak boleh dilakukan pada area kulit yang rusak, teriritasi, atau memiliki lesi terbuka, seperti luka bakar akut, ruam parah, atau infeksi kulit aktif (misalnya selulitis, impetigo, infeksi jamur), karena dapat memperparah kondisi atau menyebarkan infeksi.
- b) Keberadaan trombosis vena dalam (DVT) atau tromboflebitis akut merupakan kontraindikasi mutlak, sebab manipulasi area tersebut berisiko melepaskan bekuan darah dan menyebabkan emboli paru yang mengancam jiwa .
- c) Selain itu, *Massage effleurage* juga dikontraindikasikan pada area yang terdapat tumor atau keganasan karena potensi metastasis, serta pada pasien dengan tulang rapuh atau fraktur yang belum stabil yang dapat menyebabkan cedera lebih lanjut.
- d) Perawat harus memastikan tidak ada reaksi alergi terhadap pelumas yang digunakan (misalnya minyak zaitun) pada pasien.

#### b. *Olive Oil*

##### 1) Definisi :

Minyak zaitun (*olive oil*) adalah minyak alami yang diekstraksi dari buah pohon zaitun (*Olea europaea L.*) adalah minyak alami yang diekstraksi dari buah zaitun, kaya akan lemak tak jenuh tunggal dan antioksidan(Widayati, C. N., Kusumaningrum, Y. R., Rahmawati, R., & Purnanto, 2023)

## 2) Manfaat:

Pemberian *olive oil* dapat dijadikan sebagai pelumasan mengingat pada *olive oil* terkandung polifenol sebagai anti mikroba dan berbagai vitamin (seperti vitamin A, B, C, D dan vitamin E). *Olive oil* yang mengandung asam lemak dapat memberikan kelembapan pada kulit serta kehalusan kulit. Minyak ini mengandung asam oleat hingga 80% sehingga dapat melindungi elastisitas kulit dari kerusakan (Atrio et al., 2023)

## 3) Mekanisme:

Minyak zaitun (*olive oil*) berkontribusi pada penurunan risiko luka tekan melalui beberapa mekanisme penting. Kandungan asam lemak (terutama asam oleat) dan vitamin E yang tinggi dalam minyak zaitun bertindak sebagai emolien kuat, secara efektif melembapkan kulit, mengurangi *transepidermal water loss* (TEWL), dan meningkatkan fungsi *skin barrier* alami. Kulit yang terhidrasi dengan baik menjadi lebih elastis dan kuat, sehingga lebih mampu menahan tekanan dan gesekan tanpa mengalami kerusakan (Widayati et al., 2024). Sifat anti-inflamasi minyak zaitun juga membantu mengurangi peradangan lokal pada area yang berisiko tinggi, yang dapat memperburuk kerusakan jaringan (Hawaibam et al., 2016). Minyak zaitun (*olive oil*) dan *Massage effleurage* memiliki hubungan sinergis yang kuat dalam upaya pencegahan luka tekan. penggunaan minyak zaitun bersama *Massage effleurage* tidak hanya meningkatkan kenyamanan, tetapi juga secara aktif berkontribusi pada perlindungan dan ketahanan kulit terhadap tekanan, menjadikannya kombinasi yang efektif dalam strategi pencegahan luka tekan. Dengan demikian, minyak zaitun secara komprehensif meningkatkan integritas dan ketahanan kulit terhadap tekanan, menjadikannya agen yang efektif dalam strategi pencegahan luka tekan.

#### 4) Kontraindikasi

- a) Alergi atau Hipersensitivitas: Reaksi alergi terhadap olive oil, meskipun jarang, dapat terjadi dan bermanifestasi sebagai ruam, gatal, kemerahan, atau iritasi kulit
- b) Infeksi Kulit Jamur: Penggunaan olive oil pada area yang terinfeksi jamur dapat memperburuk kondisi karena minyak bisa menjadi media pertumbuhan bagi beberapa jenis jamur.
- c) Luka Terbuka atau Infeksi Bakteri Parah: olive oil tidak disarankan pada luka terbuka atau infeksi bakteri berat karena berisiko menunda penyembuhan atau memperparah infeksi.
- d) Kulit Sangat Sensitif atau Rentan Jerawat: Pada jenis kulit ini, penggunaan olive oil yang berlebihan berpotensi menyumbat pori-pori dan memicu timbulnya komedo atau jerawat (Nisak et al., 2019)

#### **8. *Prosedur Massage Effleurage dengan Olive Oil***

- a. Informasikan kepada klien bahwa prosedur akan segera dimulai.
- b. Lakukan pemeriksaan tanda-tanda vital klien sebelum memulai massage effleurage.
- c. Atur posisi klien dengan miring ke kanan atau kiri sesuai kenyamanan
- d. Bila klien masih dapat duduk, posisikan dalam posisi berlutut dan bersandar pada bantal besar dengan nyaman. Namun, jika klien dalam kondisi tirah baring, posisikan miring ke kanan atau kiri
- e. Perawat berada di sebelah kanan pasien saat pasien dimiringkan ke sebelah kiri, dan begitu sebaliknya

- f. Tuangkan Olive Oil ke telapak tangan, lalu gosokkan kedua tangan hingga terasa hangat.
- g. Letakkan kedua tangan di punggung klien, mulailah dengan gerakan mengusap dari bahu ke arah sakrum.
- h. Lakukan gerakan melingkar kecil menggunakan ibu jari di sepanjang tulang belakang, dengan tekanan perlahan ke arah bawah agar tidak mendorong tubuh klien ke depan.
- i. Lanjutkan dengan mengusap punggung dari arah kepala ke tulang ekor untuk mencegah pembentukan lordosis lumbal.
- j. Bersihkan sisa minyak atau lotion di punggung klien menggunakan handuk bersih
- k. Kembalikan posisi klien ke semula dengan rapi dan nyaman.
- l. Beri tahu klien bahwa prosedur telah selesai dilakukan
- m. Rapihkan dan bersihkan semua alat atau bahan yang telah digunakan.

## **9. Asuhan Keperawatan Dalam Pemenuhan Pencegahan Luka Tekan Pada Pasien Tirah Baring Lama**

### **a. Pengkajian**

Menurut Smeltzer (2019) aspek asuhan keperawatan pada pasien tirah baring sebagai berikut:

#### **1) Identitas**

Umur/usia perlu ditanyakan karena adanya hubungan dengan proses penyembuhan luka atau regenerasi sel.

#### **2) Keluhan Utama**

Keluhan yang diungkapkan klien pada umumnya yaitu adanya tanda-tanda risiko luka tekan yang sedang dikeluhkan, seperti nyeri, panas, kemerahan, dan kulit kering. Lokasi luka biasanya terdapat pada daerah yang menonjol, misalnya pada daerah belakang kepala, daerah bokong, tumit, bahu, dan daerah pangkal paha yang mengalami ischemia sehingga terjadi Ulcus Pressure

3) Riwayat penyakit sekarang :

Hal-hal yang perlu dikaji adalah mulai kapan keluhan terjadi (seperti : adanya nyeri, panas, kemerahan, dan kulit kering). Kemudian, lokasi keluhan (seperti: di belakang kepala, daerah bokong, tumit, bahu, dan daerah pangkal paha), intensitas, lamanya atau frekuensi, faktor yang memperberat atau memperingan serangan, serta keluhan-keluhan lain yang menyertai dan upaya-upaya yang telah dilakukan perawat disini harus menghubungkan masalah kulit dengan gejalanya seperti: gatal, panas, mati rasa, immobilisasi, nyeri, demam, edema, dan neuropati.

4) Riwayat penyakit dahulu

Riwayat penyakit dahulu dalam pengkajian keperawatan berisi informasi tentang penyakit-penyakit atau kondisi medis yang pernah dialami pasien sebelum masuk rumah sakit atau sebelum mengalami penyakit yang sekarang. Tujuannya adalah untuk mengetahui faktor risiko atau kondisi kesehatan sebelumnya yang bisa memengaruhi diagnosis, perencanaan, dan intervensi keperawatan saat ini.

5) Riwayat Kesehatan Keluarga

Riwayat penyakit keluarga perlu ditanyakan karena penyembuhan luka dapat dipengaruhi oleh penyakit – penyakit yang diturunkan seperti : DM, alergi, hipertensi. Riwayat penyakit kulit dan prosedur medis yang pernah dialami klien. Hal ini untuk

memberikan informasi apakah perubahan pada kulit merupakan manifestasi dari penyakit sistemik seperti : infeksi kronis, kanker, Diabetes Melitus

#### 6) Perilaku yang Mempengaruhi Kesehatan

Perilaku yang memengaruhi kesehatan dalam pengkajian keperawatan berisi informasi mengenai gaya hidup, kebiasaan sehari-hari, dan sikap pasien terhadap kesehatan yang dapat meningkatkan atau menurunkan risiko penyakit. Bagian ini penting untuk menilai faktor risiko yang berasal dari perilaku pasien dan menjadi dasar dalam intervensi edukatif atau promotif

#### 7) Pengkajian B1-B6

##### a) B1: Breathing (Pernapasan)

Observasi pola napas, frekuensi, suara napas, saturasi oksigen (SpO<sub>2</sub>). Periksa adanya sekret berlebih atau tanda-tanda infeksi paru (misalnya, pneumonia terkait ventilator pada pasien ICU).

##### b) B2: Blood (Darah/Sirkulasi)

Monitor tekanan darah, denyut nadi, pengisian kapiler, warna kulit, dan suhu akral. Periksa adanya edema atau tanda-tanda Deep Vein Thrombosis (DVT). Nilai hasil laboratorium (Hb, albumin, gula darah).

##### c) B3: Brain (Otak/Saraf)

Kaji tingkat kesadaran (GCS), adanya kelemahan/kelumpuhan (hemiparesis/hemiplegia), gangguan sensasi (nyeri, sentuhan, suhu), dan fungsi kognitif.

##### d) B4: Bladder (Kandung Kemih/Urinari)

Kaji pola eliminasi urin, adanya inkontinensia, warna dan bau urin. Observasi kulit di area perineum.

e) B5: Bowel (Usus/Pencernaan)

Kaji pola eliminasi alvi, konsistensi feses, adanya konstipasi atau diare. Kaji status nutrisi (asupan makan, berat badan, serum albumin/prealbumin).

f) B6: Bone (Tulang/Muskuloskeletal)

Kaji kekuatan otot, rentang gerak (ROM), adanya deformitas, atau edema. Periksa kondisi kulit di atas penonjolan tulang.

8) Pengkajian Pola Gordon

a) Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

- Subjektif : Apakah ada riwayat penyakit sebelumnya (HT, DM, jantung), Apakah pasien rutin minum obat, Apakah keluarga memahami kondisi CVA pasien, Adakah upaya penanganan awal di rumah, Apakah ada kebiasaan merokok, alkohol, atau obat-obatan terlarang.
- Objektif : Kondisi umum kebersihan pasien, adanya tanda-tanda infeksi (misal: demam, luka, selang invasif), kepatuhan terhadap terapi sebelumnya (dari rekam medis).

b) Pola nutrisi dan metabolik :

- Subjektif : apakah ada penurunan nafsu makan, mual, muntah selama fase akut (peningkatan TIK), kehilangan sensasi (rasa kecap) pada lidah, pipih dan tenggorokan, disfagia adanya riwayat diabetes dan peningkatan lemak dalam darah.

- Objektif : Tinggi dan berat badan pasien (jika memungkinkan), atau perkiraan berat badan, Tanda-tanda malnutrisi (atrofi otot, kulit kering, edema), Kondisi kulit dan turgor (kekenyalan), Kondisi mukosa oral (kering, lembab, lesi), Ada/tidaknya terpasang NGT (Nasogastric Tube) atau IVFD (Intravenous Fluid Drip), Jenis dan jumlah asupan nutrisi (via NGT/IVFD), Pengukuran lingkaran lengan atas (LLA) untuk status gizi, Hasil laboratorium: Albumin, prealbumin, glukosa darah, elektrolit.

c) Pola eliminasi

- Subjektif : apakah ada rasa perubahan pada berkemih seperti inkontinensia urine, anuria
- Objektif : Frekuensi BAK & BAB, jumlah (monitor intake-output), warna, bau, adanya kateter urin, any konstipasi atau diare, ada/tidaknya inkontinensia urin/alvi, serta ada/tidaknya Distensi kandung kemih, distensi abdomen dan bising usus negative (ileus paralitik).

d) Pola aktivitas latihan

- Subjektif : Merasa kesulitan untuk melakukan aktifitas karena kelemahan, kehilangan sensasi atau paralisis (hemiplegia), merasa mudah lelah dan susah untuk beristirahat.
- Objektif : Gangguan tonus otot (hemiplegia), terjadi kelamahan umum, gangguan kesadaran dan gangguan penglihatan, tingkat mobilitas, Penggunaan alat bantu (Ventilator, matras antidekubitus, bantal/guling penopang).

e) Pola tidur-istirahat

- Subjektif : apakah pasien mengalami gangguan tidur, Sulit untuk beristirahat (kejang otot atau nyeri)
- Objektif : Gelisah, tegang pada otot dan tingkah laku, Penggunaan sedasi atau obat tidur.

f) Pola Kognitif-Perseptual

- Subjektif : apakah pasien mampu melakukan pengambilan keputusan, menilai daya ingat/memori pasien.
- Objektif : tingkat kesadaran (GCS), orientasi, respons nyeri, fungsi sensorik, fungsi motorik, reflex, ada/tidaknya tanda-tanda peningkatan TIK (pupil tidak simetris, pola napas ireguler, Cushing's Triad).

g) Pola Konsep Diri-Persepsi Diri

- Subjektif :apakah ada perasaan putus asa
- Objektif : Ekspresi wajah atau postur tubuh yang mungkin menunjukkan ketidaknyamanan atau kegelisahan (meskipun pasien tidak sadar penuh).

h) Pola Peran-Hubungan

- Subjektif : apakah ada masalah bicara, ketidakmampuan untuk berkomunikasi dengan orang lain.
- Objektif: Gangguan atau kehilangan fungsi bahasa, mungkin afasia motoric (kesulitan untuk mengungkapkan kata)

i) Pola Seksualitas-Reproduksi

- Subjektif : apakah ada masalah reproduksi/seksual baik sebelum masuk RS maupun saat dirawat di RS
- Objektif : riwayat penggunaan kontrasepsi, riwayat penyakit menular seksual.

j) Pola Toleransi Stres-Koping

- Subjektif : Bagaimana pasien menghadapi kondisi, Adakah tanda-tanda stres, cemas, atau depresi pasien.
- Objektif : Adanya agitasi, gelisah, atau tanda-tanda fisik stres (takikardia, diaforesis) yang tidak dapat dijelaskan oleh penyebab fisik lainnya.

k) Pola Nilai-Keyakinan

- Subjektif : Agama pasien, dan keyakinan pasien
- Objektif : Adanya simbol keagamaan di sekitar pasien.

9) Pemeriksaan penunjang

a) Pemeriksaan Penunjang Laboratorium berisi data hasil pemeriksaan laboratorium yang membantu dalam diagnosis, pemantauan, dan perencanaan asuhan keperawatan pasien.

b) Penilaian risiko luka tekan,

Pada skala braden terdiri dari 6 sub akala faktor risiko terhadap kejadian pressure ulcer diantaranya adalah: persepsi sensori, kelembaban, aktifitas, nilai total berada pada rentang 6 sampai 23, nilai rendah menunjukkan risiko tinggi

terhadap kejadian pressure ulcer (Braden dan Bergstrom, 1989). Berikut lembar observasi *braden score*:

### PANDUAN PENGKAJIAN RESIKO PRESSURE ULCER/ LUKA TEKAN

#### BRADEN SCORE - untuk menilai resiko terjadinya Pressure Ulcer / Luka Tekan

Resiko tinggi : Total skor < 11                      Resiko rendah : Total Skor 15 - 16 pada usia dibawah 60 tahun  
 Resiko sedang : Total Skor 12 - 14                      Total Skor 15 - 18 pada usia diatas 60 tahun

FAKTOR RESIKO	SKOR & DESKRIPSI			
	1	2	3	4
<b>PERSEPSI SENSORI</b> Kemampuan berespon terhadap ketidaknyamanan	<b>Sama sekali terbatas</b> Tidak berespon terhadap rangsang nyeri	<b>Sangat terbatas</b> Hanya berespon terhadap rangsang nyeri	<b>Sedikit terbatas</b> Berespon pada perintah verbal, tetapi tidak selalu mengkomunikasikan ketidaknyamanannya.	<b>Tidak terganggu</b> Berespon penuh terhadap perintah verbal
<b>KELEMBABAN</b> Derajat kulit yang terpapar pada kelembaban	<b>Lembab terus menerus</b> Terdeteksi linen basah setiap kali dibantu rubah posisi, Kulit sering terpapar dengan urine, keringat, dll.	<b>Sering lembab</b> Hampir membutuhkan penggantian linen 1-2 kali setiap shift	<b>Kadang-kadang lembab</b> Membutuhkan penggantian linen rata-rata 2-3 kali per hari	<b>Jarang lembab</b> Kulit biasanya kering, penggantian linen cukup dilakukan sesuai jadwal
<b>AKTIVITAS</b> Derajat aktivitas fisik	<b>Baring Total</b>	<b>Duduk di kursi</b> Kemampuan sangat terbatas, tidak dapat menumpu BB sendiri dan masih perlu dibantu saat mobilisasi	<b>Kadang-kadang Jalan</b> Mampu berjalan untuk jarak pendek, aktifitas lebih banyak dilakukan di bed	<b>Sering berjalan</b> Dapat berjalan keluar kamar
<b>MOBILITAS</b> Kemampuan untuk merubah posisi	<b>Immobilitas</b> Sepenuhnya tidak dapat menggerakkan tubuh dan ekstremitas tanpa bantuan.	<b>Sangat terbatas</b> Mampu menggerakkan tubuh tapi tidak mampu secara berkala dan mandiri	<b>Sedikit terbatas</b> Mampu menggerakkan tubuh secara berkala tapi tidak optimal/ bermakna	<b>Tidak terbatas</b> Mampu merubah posisi secara berkala tanpa bantuan
<b>NUTRISI</b> Pola intake makanan	<b>Sangat Buruk</b> Pasien puasa atau pasien dengan asupan cairan per hari sangat kurang, jarang makan lebih dari 1/3 porsi makan yang disajikan	<b>Tidak Adekuat</b> Hanya menghabiskan 1/2 porsi makan yang disajikan	<b>Adekuat</b> Mampu menghabiskan 3/4 porsi makan, menggunakan TPN/NGT yang komposisinya memenuhi 3/4 kebutuhan nutrisi	<b>Sangat Baik</b> Menghabiskan 1 porsi makan yang disajikan
<b>GESEKAN</b>	<b>Bermasalah</b> Setiapkali mengangkat terjadi gesekan dengan sheet, pasien sering merosot dan harus dibantu saat memperbaiki posisi. Pasien spastis dan kontraktur	<b>Potensial bermasalah</b> Dapat bergerak bebas tapi tetap membutuhkan bantuan minimal.	<b>Tidak bermasalah</b> Bergerak di bed/ kursi tanpa bantuan	

Gambar 2.6 Braden Score

#### b. Diagnosis

Diagnosis keperawatan adalah proses menganalisa data subjektif dan objektif yang telah diperoleh pada tahap pengkajian untuk menegakkan diagnosis keperawatan (Amin, 2015). Diagnosis keperawatan melibatkan proses berfikir kompleks tentang

data yang dikumpulkan dari klien, keluarga, rekam medik dan pemberian pelayanan kesehatan yang lain. Komponen komponen dalam pernyataan diagnosis keperawatan meliputi masalah (problem), penyebab (etiologi), tanda dan gejala (sign and symptom) (Asmadi, 2015).

Diagnosis keperawatan yang muncul pada pasien dengan pasien yang mengalami tirah baring lama adalah D.0144 Risiko Luka Tekan, yaitu berisiko mengalami cedera local pada kulit dan/jaringan, biasanya pada tonjolan tulang akibat tekanan dan/atau gesekan (SDKI, 2017).

Dalam buku Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (2017) risiko luka tekan termasuk ke dalam sub kategori keamanan. Faktor risiko yang dapat menyebabkan luka tekan yaitu Braden Score  $Q \leq 16$  (anak) atau skor skala Braden  $< 18$  (dewasa), perubahan fungsi kognitif, perubahan sensasi, anemia, penurunan mobilisasi, penurunan kadar albumin, penurunan oksigenasi jaringan, penurunan perfusi jaringan, dehidrasi, kulit kering, edema, peningkatan suhu kulit, usia diatas 65 tahun, berat badan lebih, fraktur tungkai, riwayat stroke, riwayat luka tekan, riwayat trauma, hipertermi, inkontinensia, ketidakadekuatan nutrisi, imobilisasi fisik, penekanan diatas tonjolan tulang, gesekan permukaan kulit.

c. Perencanaan Keperawatan

Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan pada pasien CVA

No	Diagnosa (SDKI)	Tujuan Kriteria Hasil (SLKI)	Rencana Keperawatan (SIKI)
1	<p><b>D.0144 Risiko Luka Tekan</b>  <b>Definisi :</b> Berisiko menangani cedera lokal pada kulit/atau jaringan, biasanya pada tonjolan tulang akibat tekanan dan/atau gesekan  <b>Faktor Risiko :</b>            1.Braden Score Q <math>\leq</math> 16 (anak) atau skor skala Braden &lt; 18 (dewasa)            2.Perubahan Fungsi Kognitif            3.Perubahan Sensasi            4. Anemia            5.Penurunan Mobilisasi            6.Penurunan Kadar Albumin            7.Penurunan Oksigenasi Jaringan            8.Penurunan Perfusi Jaringan            9. Dehidrasi            10. Kulit Kering            11. Edema            12. Peningkatan Suhu Kulit            13. Usia Diatas 65 Tahun            14. Berat Badan Lebih            15.Fraktur Tungkai            16.Riwayat Stroke            17. Riwayat Luka Tekan            18.Riwayat Trauma            19. Hipertermi            20. Inkontinensia            21.Ketidakadekuatan Nutrisi            22. Imobilisasi Fisik            23.Penekanan Diatas Tonjolan Tulang,</p>	<p><b>L.14125 Integritas kulit/jaringan</b>            Kriteria hasil untuk membuktikan bahwa integritas kulit/jaringan meningkat adalah:            1) Kerusakan jaringan menurun            2) Kerusakan lapisan kulit menurun            3) Nyeri menurun            4) Kemerahan menurun            5) Perdarahan menurun            6) Pigmentasi abnormal menurun            7) Jaringan parut menurun            8) Nekrosis menurun            9) Suhu kulit membaik            10) Sensasi membaik            11). Tekstur membaik</p>	<p><b>Pencegahan Luka Tekan (I.14543)</b>  <b>Observasi</b>            1. Periksa luka tekan dengan menggunakan skala (mis: skala Noton, skala Braden)            2. Periksa adanya luka tekan sebelumnya            3. Monitor suhu kulit yang tertekan            4. Monitor berat badan dan perubahannya            5. Monitor status kulit harian            6. Monitor ketat area yang memerah            7. Monitor kulit di atas tonjolan tulang atau titik tekan saat mengubah posisi            8. Monitor sumber tekanan atau gesekan            9. Monitor mobilitas dan aktivitas individu  <b>Terapeutik</b>            1. Keringkan daerah kulit yang lembab akibat keringat, cairan luka, dan inkontinensia fekal atau urin            2. Gunakan barrier seperti lotion atau bantalan penyerap air            3. Ubah posisi dengan hati-hati setiap 1 – 2 jam            4. Buat jadwal perubahan posisi            5. Berikan bantalan pada titik tekan atau tonjolan tulang            6. Jaga sprai tetap kering, bersih dan tidak ada kerutan/lipatan            7. Gunakan Kasur khusus, jika perlu            8. Hindari pemijatan di atas tonjolan tulang            9. Hindari pemberian lotion pada</p>

24. Gesekan Permukaan Kulit	daerah yang luka atau kemerahan 10. Hindari menggunakan air hangat dan sabun keras saat mandi 11. Pastikan asupan makanan yang cukup terutama protein, vitamin B dan C, zat besi, dan kalori  <b>Edukasi</b> 1. Jelaskan tanda-tanda kerusakan kulit 2. Anjurkan melapor jika menemukan tanda-tanda kerusakan kulit 3. Ajarkan cara merawat kulit
-----------------------------	--

#### d. Implementasi

Implementasi yang dilakukan untuk mengatasi masalah resiko luka tekan yaitu memeriksa luka tekan yaitu dengan menggunakan skala norton, memeriksa adanya luka tekan sebelumnya, memonitor ketat adanya area kemerahan, memonitor kulit diatas tonjolan tulang atau titik tekan saat mengubah posisi, memonitor sumber tekanan dan gesekan, memonitor mobilitas dan aktivitas individu, mengeringkan daerah kulit yang lembab akibat keringat, cairan luka, dan inkontenensia fekal atau urine, menjaga sprai tetap kering, bersih, dan tidak ada kerutan, menjaga kelembaban kulit dengan memberikan topikal pada kulit (*Olive Oil*), merubah posisi setiap 2 jam, memberikan massage (Memberikan *massage efflurage* dengan *Olive Oil*), menghindari penggunaan air hangat dan sabun keras saat mandi, menjelaskan tanda-tanda kerusakan kulit, menganjurkan melapor jika ada tanda-tanda kerusakan kulit.

#### e. Evaluasi

Evaluasi adalah proses keperawatan mengukur respon klien terhadap tindakan keperawatan dan kemajuan klien kearah pencapaian tujuan. Tahap akhir yang bertujuan untuk mencapai kemampuan klien dan tujuan dengan melihat perkembangan klien. Menurut Hadinata & Abdillah, (2021) evaluasi keperawatan dibagi menjadi 2 yaitu :

1) Evaluasi formatif adalah evaluasi yang difokuskan pada proses pelaksanaan keperawatan serta hasil langsung dari tindakan yang diberikan. Evaluasi ini dilakukan setelah rencana keperawatan diimplementasikan untuk menilai efektivitas intervensi yang telah dilaksanakan. Evaluasi formatif menggunakan pendekatan SOAP, yang terdiri dari data subjektif (keluhan atau pernyataan pasien), data objektif (hasil pemeriksaan atau observasi klinis), assessment atau analisis terhadap data tersebut untuk mengevaluasi respons pasien, serta perencanaan tindak lanjut berdasarkan hasil analisis yang diperoleh.

2) Evaluasi sumatif merupakan penilaian yang menyajikan rangkuman dan kesimpulan dari hasil observasi serta analisis terhadap kondisi pasien berdasarkan tujuan keperawatan yang telah ditentukan. Evaluasi ini lebih menitikberatkan pada perubahan perilaku atau status kesehatan pasien setelah seluruh rangkaian asuhan keperawatan selesai diberikan. Evaluasi sumatif dilakukan di akhir proses keperawatan sebagai bentuk pengukuran menyeluruh terhadap keberhasilan intervensi dalam mencapai hasil yang diharapkan.