

BAB II

TINJAUAN TEORI

2.1 Konsep Teori Penyakit Stroke Hemoragik

2.1.1 Definisi

Stroke adalah suatu keadaan yang timbul karena terjadi gangguan di peredaran darah di otak yang menyebabkan terjadinya kematian jaringan otak, sehingga mengakibatkan seseorang menderita kelumpuhan atau kematian. Stroke adalah gangguan peredaran darah otak yang menyebabkan defisit neurologis mendadak sebagai akibat iskemia atau hemoragik sirkulasi saraf otak (Haryono & Utami, 2019).

Stroke hemoragik terjadi pada otak yang mengalami kebocoran atau pecahnya pembuluh darah yang ada di dalam otak, sehingga darah menggenangi atau menutupi ruang-ruang jaringan sel di dalam otak. Stroke hemoragik umumnya didahului oleh penyakit hipertensi. Hipertensi merupakan faktor resiko paling penting pada kejadian stroke hemoragik baik bagi laki-laki ataupun perempuan. (Zuryati Qurbany & Wibowo Aditya 2019)

2.1.2 Etiologi

Faktor penyebab stroke ada dua yaitu faktor predisposisi dan faktor presipitasi. Adapun penyebab stroke menurut (Anwairi, 2020) yaitu:

A. Faktor Predisposisi

1. Trombosis (bekuan darah didalam pembuluh darah otak atau otak)
2. Embolisme serebral (bekuan darah atau material lain yang dibawa ke

otak dari bagian tubuh yang lain)

3. Iskemia (penurunan aliran darah ke area otak)
4. Hemoragi serebral (pecahnya pembuluh darah serebral dengan perdarahan ke dalam jaringan otak atau ruang sekitar otak) (Anwairi, 2020).

B. Faktor Presipitasi :

- a. Hipertensi
- b. Penyakit jantung
- c. Kolesterol tinggi
- d. Obesitas
- e. Diabetes mellitus
- f. Polistemia (kelebihan produksi eritrosit)
- g. Gaya hidup yang buruk, seperti : merokok, mengonsumsi alkohol, mengonsumsi obat-obatan terlarang, aktivitas yang kurang, kurangnya berolahraga, faktor makanan yang mengandung kolesterol tinggi (Jannah & Djannah, 2021).

C. Faktor Resiko

- a. Usia
- b. Jenis Kelamin
- c. Keturunan (Jannah & Djannah, 2021)

2.1.3 Klasifikasi

Stroke dibagi menjadi 2, yaitu stroke hemoragik dan stroke non hemoragik. Diperkirakan stroke non hemoragik (iskemik) mencapai 85% dari jumlah stroke yang terjadi (Handayani & Dominica, 2020)

1. Stroke Iskemik

Stroke Iskemik Terjadi apabila salah satu cabang dari pembuluh darah otak mengalami penyumbatan, sehingga bagian otak yang seharusnya mendapatkan suplai darah dari cabang pembuluh darah tersebut akan mati karena tidak mendapatkan suplai oksigen dan aliran darah.

2. Stroke hemoragik

Stroke hemoragik Terjadinya karena pecah pembuluh darah di otak terkait dengan terjadinya peningkatan tekanan darah akibat gesekan dari darah yang mengalir penderita hipertensi yang bisa menyebabkan pecahnya pembuluh darah.

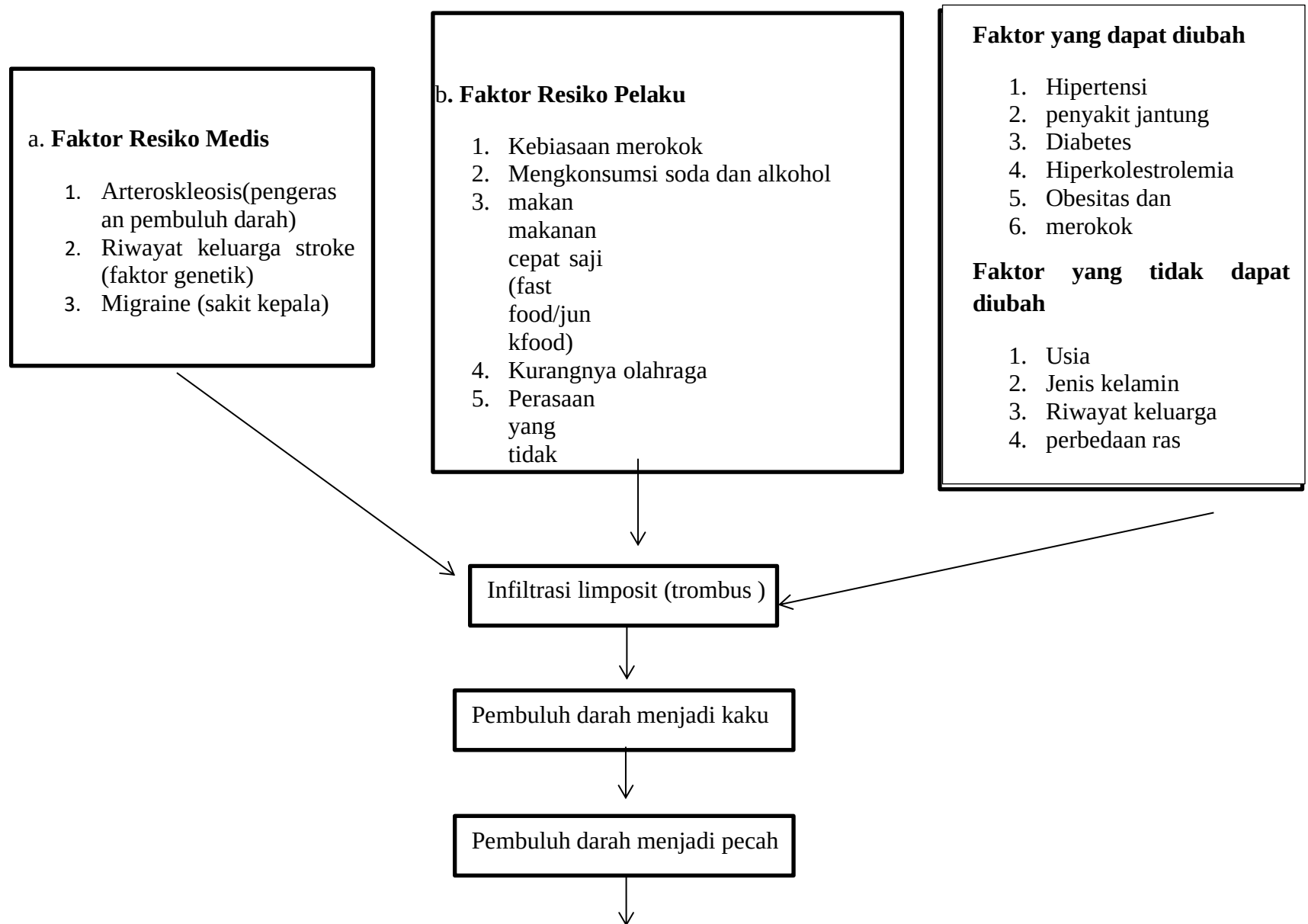
2.1.4 Patofisiologi & Pathway

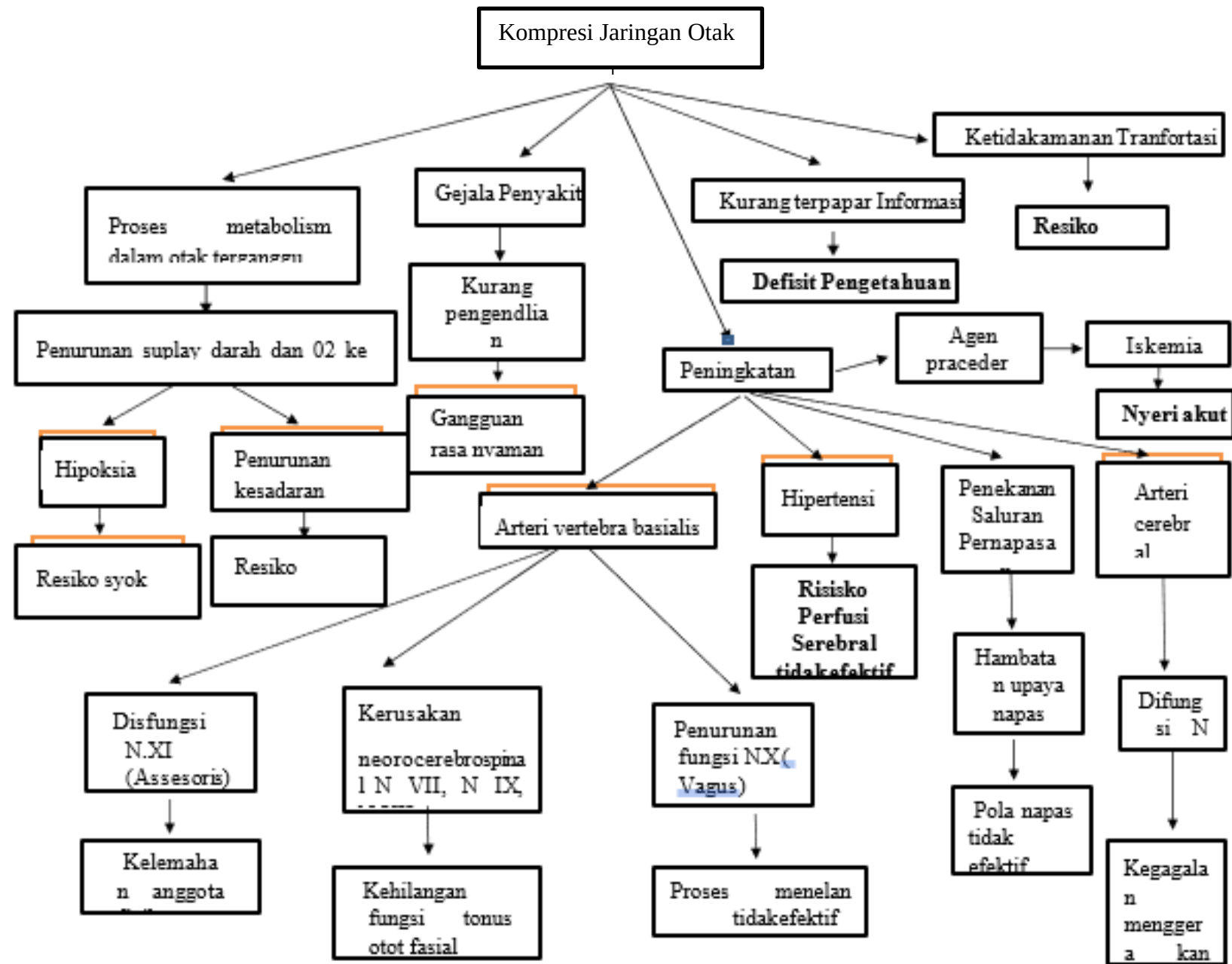
Ada dua jenis stroke hemoragik, yaitu stroke hemoragik intraserebral, yang menyumbang 75%, dan stroke subarachnoid hemoragik, yang menyumbang 25%. Stroke subarachnoid hemoragik terjadi karena malformasi vaskular, melemahnya pembuluh darah karena aneurisma yang melebar, dan efek obat-obatan seperti kokain, dekongestan, dan antikoagulan. Terjadinya stroke hemoragik serebral dipengaruhi oleh banyak faktor, yaitu angiopati amiloid. Angiopati

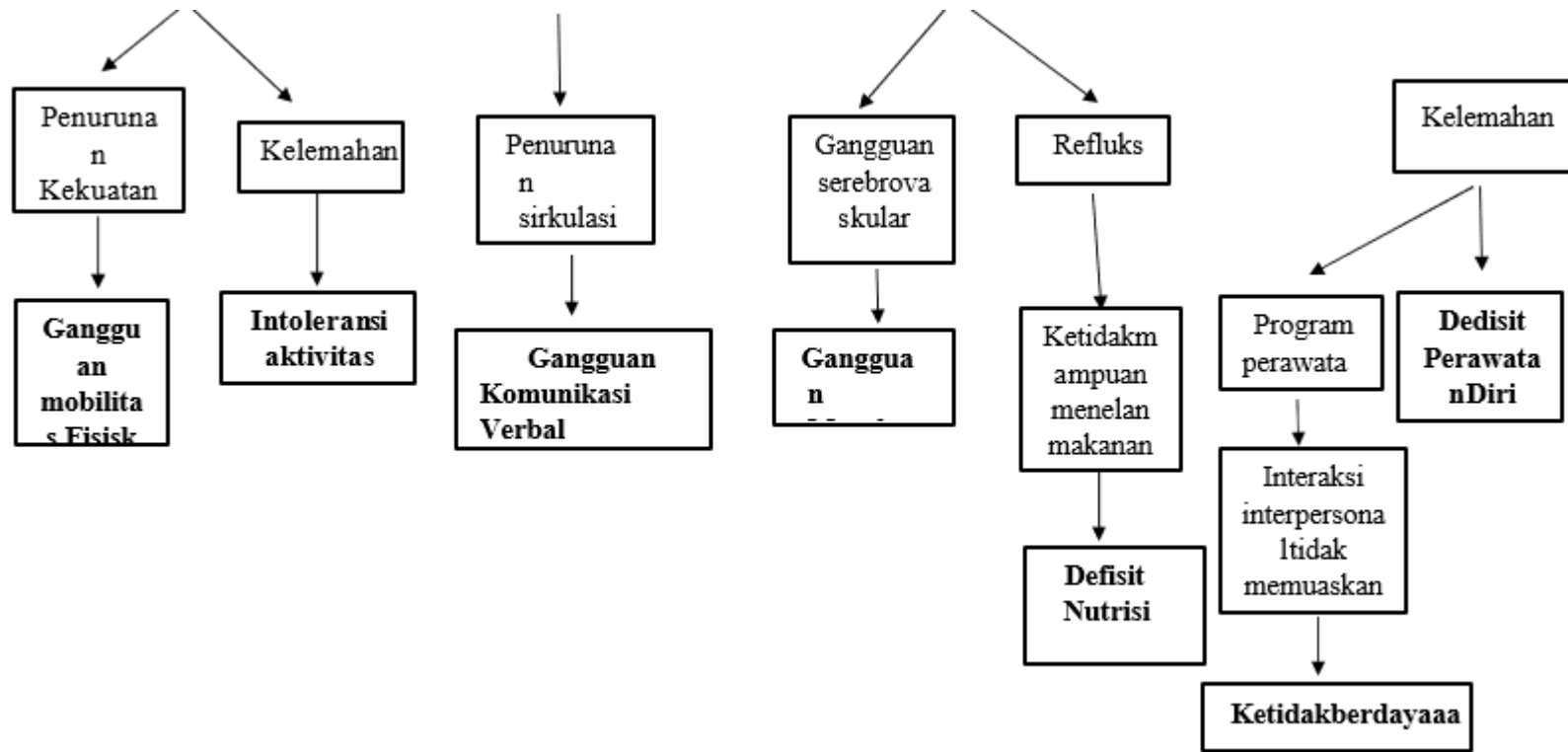
amiloid terjadi ketika deposit amiloid di pembuluh darah menyebabkan dinding pembuluh melemah.

Faktor kedua dipengaruhi oleh tekanan darah tinggi, yang juga dapat menyebabkan pembuluh darah melemah. Stroke hemoragik biasanya disebabkan oleh peningkatan tekanan darah atau tekanan darah tinggi. Selain itu, stroke hemoragik dipengaruhi oleh beberapa faktor lain. Peningkatan tekanan darah atau aliran darah yang cepat ke otak menyebabkan pembuluh darah pecah.

Pecahnya pembuluh darah pada stroke hemoragik terjadi ketika pembuluh darah di parenkim otak pecah, menyebabkan hematoma oleh efek massa neurotoksisitas komponen darah dan inisiasi degradasi, menyebabkan kerusakan jaringan. Derajat hematoma dapat meningkatkan tekanan intrakranial di otak. Menyebabkan lisis sel darah merah, menyebabkan Hb sitotoksik, menyebabkan pelepasan komponen Hb (heme dan besi), dan menyebabkan pembentukan radikal bebas melalui oksidasi. Oksidasi ini dapat merusak protein, asam nukleat, karbohidrat dan lemak serta dapat menyebabkan nekrosis (Soewarno & Annisa, 2019)







2.1.5 Manifestasi klinis Menurut (Setiyawan, Nurlely, & Harti, 2019)

1. Tanda Stroke Hemoragik
 - a. Sakit kepala hebat tiba – tiba
 - b. Kelemahan di lengan atau di kaki
 - c. Penurunan kesadaran.
 - d. Kehilangan keterampilan motorik (gerak) halus.
 - e. Kehilangan keseimbangan tubuh.
2. Gejala stroke hemoragik meliputi:
 - a. Kejang tanpa riwayat kejang sebelumnya
 - b. Mual atau muntah.
 - c. Gangguan penglihatan
 - d. Kesemutan atau mati rasa.
 - e. Kesulitan bicara atau memahami pembicaraan.
 - f. Kesulitan menelan.
 - g. Kesulitan menulis atau membaca.
 - h. Kelainan pada rasa pengecap.
 - i. Kehilangan kesadaran.

2.1.6 Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan stroke hemoragik (Bakhtiar & Rochana, 2020) yaitu:

1. Angiografi Serebral: identifikasi penyebab spesifik stroke, seperti perdarahan atau penyumbatan arteri
2. Single-photon emission computed tomography (SPECT): untuk mendeteksi daerah abnormal dan daerah otak yang mendeteksi, menemukan, dan mengukur stroke (sebelum muncul pada pemindaian CTScan)
3. Computed tomography: Pemindaian ini menunjukkan, antara lain, lokasi edema, lokasi hematoma, keberadaan dan lokasi pasti infark atau iskemia di jaringan otak. Pemeriksaan ini harus segera (kurang dari 12 jam) dilakukan pada kasus dugaan perdarahan subaraknoid. Bila hasil CT Scan tidak menunjukkan adanya perdarahan subaraknoid, maka langsung dilanjutkan dengan tindakan fungsi lumbal untuk menganalisa hasil cairan serebrospinal dalam kurun waktu 12 jam. Kemudian dilanjutkan pemeriksaan spektrofotometri cairan serebrospinal untuk mendeteksi adanya *xanthochro xanthochromia*.
4. MRI: Hasil yang diperoleh dengan menilai lokasi dan derajat perdarahan otak menggunakan gelombang magnet adalah lesi dan infark karena perdarahan. MRI tidak dianjurkan untuk mendeteksi perdarahan dan tidak disarankan untuk mendeteksi perdarahan subarachnoid.

5. EEG: Penelitian ini bertujuan untuk melihat pengaruh jaringan otak
6. Pemeriksaan laboratorium: darah rutin, gula darah, urin rutin, cairan serebrospinal, AGD, biokimia darah, elektrolit, fungsi koagulasi, hitung darah lengkap.

2.1.7 Terapi farmakologis & Non-farmakologis

Adapun penatalaksanaan terapi farmakologis menurut (Saidi & Andrianti, 2021) yaitu :

- A. Penatalaksanaan Medis (terapi farmakologi)
 1. Mitigasi cedera iskemik serebral
 2. Intervensi pertama berfokus pada mempertahankan sebanyak mungkin area iskemik dengan menyediakan oksigen, glukosa, dan aliran darah yang cukup dengan mengontrol atau memodifikasi aritmia dan tekanan darah.
 3. Pemberian Deksametason
 4. Dengan menaikkan kepala, yang mengontrol hipertensi dan menurunkan tekanan intrakranial, sebesar 1530 derajat untuk mencegah kepala menekuk atau berputar berlebihan.
 5. Perawatan
 - a. Antikoagulan: Heparin untuk mengurangi kecenderungan perdarahan pada fase akut
 - b. Antitrombotik: Pemberian ini dimaksudkan untuk mencegah

kejadian trombolitikatau emboli

- c. Diuretik: Untuk mengurangi edema serebral
- d. Pembedahan Endarterektomi arteri karotis dilakukan untuk meningkatkan aliran darah di otak.

B. Penatalaksanaan Keperawatan terapi non-farmakologi (Saidi & Andrianti, 2021)

- 1. Posisi tubuh dan kepala pada 15-30 derajat. Gerakan bertahap dapat dimulai setelahpasien berada di sisinya dengan muntah dan hemodinamik stabil.
- 2. Jaga agar jalan napas tetap bersih dan ventilasi memadai.
- 3. Mempertahankan tanda vital stabil
- 4. Istirahat di tempat tidur
- 5. Mempertahankan keseimbangan cairan dan elektrolit
- 6. Hindari demam, batuk, sembelit, dan minum berlebihan.

2.1.8 Komplikasi

Komplikasi Stroke Hemoragik menurut (Mutiarasari, 2019) yaitu :

- 1. Hipoksi Serebral
- 2. Pemberikan oksigenasi darah adekuat di otak diminimalkan.
- 3. Penurunan aliran darah serebral
- 4. Tergantung pada tekanan darah, curah jantung, dan integritas vaskular.
- 5. Emboli Serebral

6. Dapat terjadi setelah infark miokard atau fibrilasi atrium, atau dapat terjadi akibat katupjantung buatan
7. Disritmia Dapat menyebabkan fluktuasi curah jantung dan henti trombotik local

Sedangkan komplikasi pada masa pemulihan atau lanjut yaitu :

1. Komplikasi yang sering terjadi pada masa lanjut atau pemulihan biasanya terjadi akibat immobilisasi seperti pneumonia, dekubitus, kontraktur, thrombosis vena dalam, atropi, inkontinensia urine dan bowl.
2. Kejang, terjadi akibat kerusakan atau gangguan pada aktifitas listrik otak
3. Nyeri kepala kronis seperti migraine, nyeri kepala tension, nyeri kepala clauster
4. Malnutrisi, karena intake yang tidak adekuat.

2.2 Konsep Dasar Terapi ROM Latihan Genggam Bola

2.2.1. Pengertian

Latihan genggam bola merupakan salah satu Gerakan Range of Motion (ROM) yang bertujuan merangsang kontraksi serat-serat otot. Teknik tersebut akan melatih reseptor sensorik dan motorik. Ukuran korteks yang menuju ke otot akan ikut membesar, sehingga mampu meningkatkan kekuatan otot tangan (Faridah & Kuati, 2018). Latihan ROM dilakukan untuk menormalkan rentang gerak sendi yang menyebabkan permukaan tulang rawan diantara kedua tulang saling bergesekan. Penekanan pada

tulang rawan akibat gerakan akan mendorong air keluar dari matriks tulang rawan kedalam cairan sinovial. Selain itu, aktivitas sendi akan menjaga cairan sinovial yang merupakan pelumas sendi, sehingga sendi dapat bergerak maksimal.

Jaringan otot yang memendek akan kembali meregang secara perlahan saat melakukan latihan ROM. Faktor yang mempengaruhi pemulihan anggota tubuh yang mengalami kelemahan adalah lamanya latihan. Durasi latihan tergantung pada kondisi pasien, namun untungnya aktivitas tersebut tidak melelahkan. Latihan gerakan yang berulang menciptakan konsentrasi melakukan gerakan dengan kualitas terbaik. Gerakan yang berulang dan terfokus dapat membentuk hubungan baru antara sistem motorik dan mengaktifkan motorik tulang belakang sebagai dasar pemulihan pada stroke (Santoso & Puspita, 2021).

Terapi latihan genggam bola karet dilakukan dengan 3 cara antara lain membuka tangan, menutup jari-jari untuk menggenggam, dan yang terakhir adalah mengatur kekuatan otot tangan dalam menggenggam. Latihan menggenggam akan meningkatkan kontraksi otot, adanya kontraksi yang kuat setiap hari dengan bola karet bertekstur lentur akan melatih reseptor sensorik dan motorik. Respon tersebut disampaikan ke korteks sensorik otak melalui badan sel saraf C7-T1 langsung melalui system limbik. Proses rangsangan menimbulkan respon cepat pada saraf untuk melakukan

Tindakan sesuai dengan rangsangan. Media yang dapat digunakan adalah bola karet dengan latihan rutin setiap hari (Rusmeni et.al., 2022).

2.2.2. Tujuan Dan Manfaat ROM Terapi Genggam Bola

Tujuan dan Manfaat dilakukannya ROM Terapi Genggam Bola yaitu untuk mempertahankan mobilitas sendi dan jaringan lunak guna mengurangi hilangnya fleksibilitas jaringan dan pembentukan kontraktur (Kisner & Allen, 2019).

2.2.3. Mekanisme ROM Latihan Terapi Genggam Bola

1. Stimulasi Neuromuskular

Aktivitas menggenggam bola melibatkan otot-otot tangan dan lengan bawah, yang merangsang jalur neuromuskular dan memperkuat konektivitas serta koordinasi antara otak dan otot yang terkena stroke. Ini membantu dalam memulihkan fungsi motorik yang hilang atau terganggu.

2. Neuroplastisitas

Latihan berulang seperti menggenggam bola mendorong neuroplastisitas, yaitu kemampuan otak untuk membentuk dan memperbaiki koneksi sinaptik yang rusak. Ini sangat penting untuk pemulihan fungsi setelah stroke hemoragik, karena otak perlu belajar kembali keterampilan motorik yang telah hilang.

3. Peningkatan Sirkulasi Darah

Latihan fisik ringan seperti menggenggam bola meningkatkan aliran darah ke area yang terkena, memperbaiki oksigenasi dan nutrisi jaringan, yang penting untuk penyembuhan dan pemulihan jaringan neuromuskular.

4. Pengurangan Spastisitas:

Aktivitas menggenggam bola secara berulang membantu mengurangi spastisitas (kekakuan otot) dengan memberikan peregangan dan kontraksi berulang pada otot, yang meningkatkan fleksibilitas dan mobilitas otot.

5. Koordinasi Motorik Halus

Latihan ini membantu memperbaiki keterampilan motorik halus, yang sering kali terganggu pada pasien stroke. Aktivitas sederhana seperti menggenggam bola dapat meningkatkan keterampilan motorik halus secara bertahap dan berkontribusi pada peningkatan kemandirian dalam aktivitas sehari-hari (Nurartianti & Wahyuni, 2020).

2.2.4. Keunggulan Intervensi ROM Latihan Genggam Bola

1. Non-Invasif:

Latihan genggam bola adalah metode non-invasif yang tidak memiliki risiko efek samping farmakologis. Ini menjadikannya pilihan yang aman dan efektif untuk rehabilitasi pasien stroke hemoragik.

2. Peningkatan Kemandirian

Latihan ini dapat meningkatkan kemandirian pasien dalam menjalani aktivitas sehari-hari dengan memperbaiki fungsi tangan dan keterampilan motorik halus.

3. Stimulasi Langsung pada Fungsi Motorik

Intervensi genggam bola memberikan stimulasi langsung pada otot dan saraf yang terlibat, yang dapat mempercepat pemulihan fungsi motorik dibandingkan dengan intervensi yang tidak langsung menargetkan area ini (Nurartianti & Wahyuni, 2020)..

2.2.5. Prosedur Pelaksanaan ROM Latihan Terapi Genggam Bola

Tahap prainteraksi :

1. Mengecek program terapi
2. Persiapkan tempat yang nyaman.
3. Mempersiapkan alat dan bahan yang digunakan seperti:

Alat dan bahan :

- a. Bola karet
4. Salam Terapeutik
 - a. Memberi salam kepada Responden.
 - b. Memperkenalkan diri (nama dan identitas singkat peneliti) kepada Responden.
 - c. Menanyakan nama dan panggilan nama Responden.
5. Evaluasi/Validasi
 - a. Menanyakan perasaan Responden saat ini.

b. Menanyakan masalah yang dirasakan.

6. Kontrak (topik, waktu, tempat)

c. Menjelaskan tujuan kegiatan yaitu mengenalkan terapi genggam bola pada lansia dengan gangguan mobilitas fisik dan cara penggunaannya

d. Menjelaskan tujuan tindakan.

7. Tahap kerja :

1. Posisikan anasisioposisisikan klien senyaman mungkin
2. Letakkan bola karet diatas telapak tangan klien yang mengalami kelemahan
3. Instruksikan klien untuk menggenggam atau mencengkeram bola karet
4. Kemudian kendurkan genggaman atau cengkraman tangan
5. Instruksikan klien untuk mengulangi menggenggam atau mencengkram bola karet, lakukan secara berulang ulang selama durasi satu sampai dua menit.
6. Setelah selesai, instruksikan klien untuk melepaskan genggaman atau cengkraman bola karet pada tangan

8. Terminasi

Evaluasi respon responden

- 1) Menanyakan perasaan Responden setelah melakukan Latihan Terapi Genggam Bola

- 2) Memberikan reinforcement positif terhadap Responden yang sudah mengalami perubahan rentang gerak
- 3) Rencana tindak lanjut Menganjurkan Responden menilai perubahan rentang gerak sebelum dan sesudah dilakukannya Latihan Terapi Genggam Bola
- 4) Kontrak yang akan datang Menganjurkan untuk melakukan kembali terapi menggenggam bola karet dan bisa dilakukan 5 sampai 7 kali

Perilaku yang diharapkan:

Selama proses terapi modalitas berlangsung diharapkan

Persiapan terapis :

- a) Dapat membuat proposal dengan baik
- b) Dapat mempersiapkan Terapi modalitas dengan baik
- c) Dapat menguasai terapi permainan dengan baik
- d) Dapat mengorganisasi dan kerjasama dengan baik

Klien :

- a) Klien mampu berpartisipasi dalam kegiatan terapi modalitas
- b) Klien mampu melakukan kontrak dan waktu

Proses:

- a) Klien mampu mengikuti kegiatan dari awal sampai akhir
- b) Klien mampu kooperatif
- c) Klien mampu kondusif

Hasil:

- a) Klien mampu mengikuti senam hipertensi secara kondusif
- b) Klien juga mampu mengikuti arahan sesuai intruksi

2.3 Asuhan Keperawatan Teori**2.3.1 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke****1) Pengkajian****a. Identitas Diri**

Untuk mengetahui identitas lansia, yang biasanya meliputi, nama, umur, jenis kelamin, agama, suku bangsa, status perkawinan, pendidikan terakhir, aktifitas keluarga, pekerjaan sebelumnya, alamat sebelumnya, tanggal pengkajian, riwayat penyakit, genogram, dan status kesehatan saat ini.

b. Riwayat keluarga

Menggambarkan silsilah keluarga dengan tiga generasi.

c. Riwayat pekerjaan

Menjelaskan tentang pekerjaan lansia sebelum mengalami serangan Stroke dan menjelaskan pekerjaan saat ini. d. Riwayat lingkungan hidup Menggambarkan lingkungan hidup lansia seperti tipe rumah, jumlah kamar, jumlah orang yang tinggal dalam satu rumah.

e. Riwayat rekreasi

Menjelaskan tentang penggunaan waktu luang lansia

f. Sumber/system pendukung

Meliputi perawat, dokter, apoteker dan tenaga kesehatan lainnya.

g. Deskripsi harian khusus kebiasaan ritual sebelum tidur

Menjelaskan tentang kegiatan yang dilakukan lansia sebelum tidur.

h. Status kesehatan saat ini

Menjelaskan tentang kondisi kesehatan 1 tahun yang lalu, 5 tahun yang lalu dan keluhan yang masih dirasakan hingga saat ini. Riwayat penggunaan dan pemakaian obat, siapa yang memberikan resep obat dan kelengkapan status imunisasi lansia serta makanan dan minuman apa yang harus dihindari dan dikonsumsi agar Stroke tidak bertambah parah.

i. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik adalah suatu proses memeriksa tubuh dan fungsinya dari ujung kepala sampai ujung kaki (head to toe) untuk menemukan adanya tanda-tanda dari suatu penyakit. Pemeriksaan fisik biasanya menggunakan teknik seperti inspeksi (melihat), auskultasi (mendengar), palpasi (meraba), dan perkusi (mengetuk). Pada pemeriksaan kepala dan leher meliputi bentuk kepala, kulit kepala, tulang kepala, jenis rambut, warna rambut, pola penyebaran rambut, kelainan, struktur wajah, warna kulit. kemudian pemeriksaan pada mata meliputi kelengkapan dan kesimetrisan, kelopak mata/palpebral, kornea mata, konjungtiva dan sclera, pupil dan iris, ketajaman penglihatan/visus, tekanan bola mata dan kelainan yang ada pada mata.

Kemudian pada hidung meliputi cuping hidung, lubang hidung, tulang hidung dan septum nasi. Pada telinga meliputi bentuk telinga, ukuran telinga, ketegangan telinga, lubang telinga, ketajaman pendengaran menggunakan test weber, rinne dan swabach.

Pada mulut dan faring meliputi keadaan bibir, keadaan gusi dan gigi, keadaan lidah, palatum atau langit-langit dan orofaring. Kemudian pada leher meliputi posisi trachea, tiroid, suara, kelenjar lympe, vena jugularis dan denyut nadi karotis. Pemeriksaan payudara dan ketiak meliputi ukuran dan bentuk payudara, warna payudara dan aerola, axilla dan clavicula serta kelainan-kelainan lainnya pada ketiak dan payudara. Pemeriksaan thoraks/dada/tulang belakang meliputi inspeksi (bentuk thoraks dan penggunaan otot bantu pernafasan), palpasi (vocal premitus), perkusi dada dan auskultasi (suara nafas, suara ucapan dan suara nafas tambahan).

Pemeriksaan jantung meliputi inspeksi dan palpasi jantung, perkusi batas jantung (basic jantung, pinggang jantung, apeks jantung).Auskultasi pada jantung (bunyi jantung 1, bunyi jantung 2, bunyi jantung tambahan, bising/murmur dan frekuensi bunyi jantung).

Pemeriksaan abdomen saat inspeksi meliputi bentuk abdomen, benjolan/massa, dan bayangan pembuluh darah. Saat auskultasi adalah mendengarkan bising atau peristaltic usus. Saat palpasi meliputi nyeri tekan, benjolan/massa, pembesaran hepar, lien dan titik Mc. Burney.Saat perkusi meliputi suara abdomen dan pemeriksaan asites abdomen.

Pemeriksaan kelamin dan sekitarnya pada anus dan perineum meliputi pubis, meatus uretra dan kelainan lainnya. Sedangkan pada anus dan perineum 20 meliputi lubang anus, kelainan pada anus dan keadaan perineum.

Pemeriksaan muskuluskeletal meliputi kesimetrisan otot,

Pemeriksaan oedema, kekuatan otot dan kelainan punggung dan ekstremitas serta kuku. Pemeriksaan integuman meliputi kebersihan, kehangatan, tekstur, warna, turgor, kelembapan dan kelainan pada kulit/lesi. Pemeriksaan nerologis meliputi tingkat kesarana atau tingkat kesadaran atau GCS, dan tanda rangsangan otak atau meningeal sign.

Kemudian pemeriksaan syaraf otak (N1-NXII), fungsi motoric, fungsi sensorik, dan reflex baik fisiologis maupun patologis.

2) Diagnosa Keperawatan

Diagnosa mungkin muncul pada penderita stroke meliputi:

- a. Gangguan menelan berhubungan dengan penurunan fungsi nerfus vagus atau hilangnya refluks muntah (D.0063)
- b. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan untuk mencerna makanan, penurunan fungsi nerfus hipoglosus (D.0019)
- c. Nyeri akut (D.0077)
- d. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan hemiparesis, kehilangan keseimbangan dan cedera otak (D.0054)
- e. Defisit perawatan diri berhubungan dengan gejala pasca Stroke (D.0109)
- f. Risiko jatuh berhubungan dengan kekuatan otot menurun (D.0143)

2.3.1 Intervensi Keperawatan

Rencana perawatan (intervensi) adalah setiap rencana tindakan yang dilakukan pada pasien untuk mengatasi masalah atau diagnosa yang dibuat pada pasien. Rencana perawatan yang dikembangkan dengan baik

mempromosikan perawatan lanjutan dari satu pengasuh ke pengasuh lainnya (Suhanda, et al., 2021). Ini memberi semua staf perawat kesempatan untuk memastikan perawatan yang konsisten dan berkualitas. Beberapa langkah dalam mengembangkan rencana asuhan keperawatan meliputi penetapan prioritas, penetapan kriteria tujuan dan hasil yang diharapkan, penetapan intervensi keperawatan yang tepat, dan pembuatan rencana asuhan keperawatan (Koerniawan, Daeli, & Srimiyati, 2020)

Diagnosa Keperawatan	Luaran	Intervensi	Rasional
Dx: Gangguan menelan berhubungan dengan penurunan fungsi nervus vagus atau hilangnya refluks muntah (D.0063)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam di harapkan gangguan menelan teratasi dengan kriteria hasil: 1.Dapat mempertahankan makanan dalam mulut 2.Kemampuan menelan adekuat 3. Mampu mengontrol mual dan muntah	Dukungan Perawatan Diri: Makan/Minum (I.11351) Observasi 1. Identifikasi diet yang dianjurkan 2. Monitor kemampuan menelan 3. Monitor status hidrasi pasien, jika perlu Terapeutik 4. Ciptakan lingkungan yang menyenangkan selama makan 5. Atur posisi yang nyaman untuk makan/minum	1. Mengetahui diet yang dianjurkan penting untuk memastikan pasien mendapatkan nutrisi yang sesuai dengan kondisinya, baik untuk mendukung proses penyembuhan, mengelola penyakit tertentu, atau memenuhi kebutuhan nutrisi yang khusus. Diet yang tepat dapat mencegah komplikasi dan mempercepat pemulihan. 2. Kemampuan menelan sangat penting untuk memastikan pasien dapat mengonsumsi makanan dan minuman dengan aman tanpa risiko tersedak atau

		6. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu 7. Letakkan makanan di sisi mata yang sehat 8. Sediakan sedotan untuk minum, sesuai kebutuhan 9. Siapkan makanan dengan suhu yang meningkatkan nafsu makan 10. Sediakan makanan dan minuman yang disukai 11. Berikan bantuan saat makan/minum sesuai tingkat kemandirian, jika perlu	aspirasi. Monitoring ini membantu mengidentifikasi pasien yang memerlukan modifikasi diet atau teknik makan khusus. 3. Hidrasi yang baik adalah penting untuk fungsi tubuh yang optimal. Memantau status hidrasi mencegah dehidrasi, menjaga keseimbangan elektrolit, dan mendukung proses penyembuhan. Jika pasien menunjukkan tanda-tanda dehidrasi, intervensi terapeutik dapat diperlukan untuk mengoreksi keadaan ini. 4. Lingkungan yang nyaman dan menyenangkan dapat meningkatkan nafsu makan dan
--	--	--	--

		12. Motivasi untuk makan di ruang makan, jika tersedia Edukasi 13. Jelaskan posisi makanan pada pasien yang mengalami gangguan penglihatan dengan menggunakan arah jarum jam (mis: sayur di jam 12, rendang di jam 3) Kolaborasi 14. Kolaborasi pemberian obat (mis: analgesik, antiemetik), sesuai indikasi	membuat proses makan lebih menyenangkan. Ini juga dapat mengurangi stres dan kecemasan yang mungkin mempengaruhi kemampuan pasien untuk makan dengan baik. 5. Posisi tubuh yang nyaman saat makan atau minum membantu mempermudah proses menelan dan mengurangi risiko tersedak. Posisi yang tepat juga dapat meningkatkan kenyamanan dan mencegah masalah pencernaan. 6. Kebersihan mulut yang baik sebelum makan dapat mengurangi risiko infeksi dan menjaga kesehatan mulut. Hal
--	--	---	--

			ini penting untuk pasien yang mungkin memiliki penurunan kemampuan untuk menjaga kebersihan mulut mereka sendiri. 7. Menempatkan makanan di sisi mata yang sehat membantu pasien dengan gangguan penglihatan untuk melihat dan mengambil makanan lebih mudah, mengurangi kebingungan, dan meningkatkan kemandirian saat makan. 8. Sedotan dapat memudahkan pasien yang mengalami kesulitan dalam mengangkat atau meneguk cairan, serta mengurangi risiko tumpahan
--	--	--	--

			atau kesulitan dalam meminum cairan. 9. Suhu makanan yang sesuai (baik hangat atau dingin) dapat meningkatkan kenikmatan makan dan merangsang nafsu makan. Makanan yang terlalu panas atau dingin dapat mengurangi selera makan. 10. Menyediakan makanan dan minuman yang disukai pasien dapat meningkatkan motivasi dan keinginan mereka untuk makan, yang penting untuk memenuhi kebutuhan nutrisi dan meningkatkan pengalaman makan. 11. Memberikan bantuan yang sesuai dengan tingkat
--	--	--	---

			kemandirian pasien dapat mencegah terjadinya frustrasi, mengurangi risiko aspirasi, dan memastikan bahwa pasien mendapatkan nutrisi yang cukup dengan cara yang aman. 12. Makan di ruang makan, jika tersedia, dapat meningkatkan interaksi sosial dan menciptakan suasana yang lebih menyenangkan selama makan. Ini dapat membantu pasien merasa lebih termotivasi untuk makan dan berpartisipasi dalam kegiatan sosial. 13. Memberikan petunjuk arah jarum jam untuk posisi makanan membantu pasien dengan gangguan penglihatan
--	--	--	--

			untuk memahami lokasi makanan di piring mereka, sehingga mereka dapat makan dengan lebih mandiri dan efisien. 14. Pemberian obat yang tepat, seperti analgesik untuk mengatasi rasa sakit atau antiemetik untuk mencegah mual, dapat mempengaruhi kemampuan pasien untuk makan dengan nyaman. Kolaborasi dengan tim medis memastikan bahwa pasien mendapatkan dukungan yang diperlukan untuk mengelola gejala dan memfasilitasi proses makan.
--	--	--	---

Dx: Gangguan Mobilitas Fisik b/d Gangguan neuromuskuler (D.0054)	Mobilitas Fisik meningkat (L.05042) 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan Otot Meningkat 3. Rentang Gerak (ROM) meningkat 4. Gerakan tidak terkoordinasi menurun 5. Gerakan Terbatas menurun 6. Kelemahan Fisik Menurun	Dukungan Ambulasi (I.06171) 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi 5. Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu Seperti tongkat, dan kruk. 6. Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik, jika perlu 7. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi	1. Menilai adanya nyeri atau keluhan fisik sebelum memulai ambulasi penting untuk mengidentifikasi potensi masalah yang dapat mengganggu kemampuan pasien untuk bergerak atau meningkatkan risiko cedera. Dengan mengetahui keluhan ini, Anda dapat merencanakan intervensi yang tepat dan memastikan keamanan pasien selama aktivitas. 2. Menilai toleransi fisik pasien terhadap ambulasi membantu menentukan seberapa jauh dan lama pasien dapat berjalan tanpa mengalami kelelahan atau ketidaknyamanan. Ini
--	---	--	---

		8. Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan Seperti berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, sesuai toleransi.	penting untuk menyesuaikan aktivitas dengan kemampuan fisik pasien dan mencegah kelelahan yang berlebihan atau cedera. 3. Memantau frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum ambulasi membantu memastikan bahwa pasien berada dalam keadaan stabil secara kardiovaskular. Aktivitas fisik dapat mempengaruhi kedua parameter ini, dan pemantauan awal dapat membantu mengidentifikasi perubahan yang mungkin memerlukan perhatian atau modifikasi aktivitas.
--	--	---	--

			4. Mengawasi kondisi umum pasien selama ambulasi membantu memastikan bahwa pasien tidak mengalami kesulitan atau komplikasi selama aktivitas. Ini termasuk memantau tanda-tanda vital, tingkat kelelahan, dan tanda-tanda ketidaknyamanan untuk menyesuaikan kegiatan sesuai kebutuhan. 5. Alat bantu seperti tongkat dan kruk dapat memberikan dukungan tambahan dan meningkatkan keseimbangan saat pasien melakukan ambulasi. Ini sangat penting bagi pasien dengan masalah mobilitas atau kekuatan fisik
--	--	--	---

			yang terbatas, untuk mengurangi risiko jatuh dan meningkatkan kemampuan mereka untuk bergerak dengan aman. 6. Mobilisasi fisik yang tepat dapat membantu mencegah komplikasi seperti kekakuan otot, pengurangan massa otot, dan masalah sirkulasi. Memfasilitasi mobilisasi secara teratur, sesuai dengan kebutuhan dan kemampuan pasien, mendukung kesehatan fisik secara keseluruhan dan mempercepat proses pemulihan. 7. Keterlibatan keluarga dapat memberikan dukungan
--	--	--	--

			emosional dan praktis bagi pasien. Dengan melibatkan keluarga, pasien dapat merasa lebih termotivasi dan mendapatkan bantuan tambahan yang diperlukan untuk melakukan ambulasi dengan lebih efektif. 8. Teknik ambulasi yang sederhana dan sesuai dengan toleransi pasien membantu mereka belajar bagaimana melakukan aktivitas dengan aman dan mandiri. Latihan ini meningkatkan keterampilan mobilitas pasien dan memperkuat rasa percaya diri mereka dalam melakukan aktivitas sehari-hari.
--	--	--	--

Dx: Defisit Perawatan Diri b/d Gangguan neuromuskular (D.0109)	1. Kemampuan mandi meningkat 2. Kemampuan menggunakan pakaian meningkat 3. Kemampuan makan meningkat 4. Kemampuan ke toilet (BAB/BAK Meningkat) 5. Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat 6. Minat melakukan perawatan diri meningkat 7. Mempertahankan kebersihan diri meningkat	1. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 2. Monitor tingkat kemandirian 3. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan 4. Sediakan lingkungan yang terapeutik 5. Siapkan keperluan pribadi 6. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri 7. Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan 8. Jadwalkan rutinitas perawatan diri	1. Kebiasaan perawatan diri seringkali dipengaruhi oleh usia, dan memahami kebiasaan ini membantu dalam menyesuaikan perawatan dengan kebutuhan spesifik pasien. Ini memastikan bahwa perawatan yang diberikan sesuai dengan tingkat perkembangan dan kapasitas fisik pasien, serta mempertimbangkan perubahan yang terkait dengan penuaan atau kondisi medis tertentu. 2. Memantau tingkat kemandirian pasien penting untuk menilai seberapa banyak bantuan yang dibutuhkan dan bagaimana perawatan diri dapat diatur. Ini
--	---	---	--

		9. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan	membantu dalam merencanakan intervensi yang sesuai dan mendukung pasien dalam mencapai atau mempertahankan kemandirian sebanyak mungkin. 3. Identifikasi kebutuhan alat bantu penting untuk menyediakan dukungan yang tepat bagi pasien dalam melakukan aktivitas perawatan diri. Alat bantu yang tepat dapat meningkatkan kemandirian pasien, mengurangi beban perawatan, dan memastikan aktivitas perawatan diri dilakukan dengan aman dan efektif.
--	--	---	---

			4. Lingkungan yang terapeutik mendukung kesejahteraan fisik dan emosional pasien. Ini mencakup menciptakan suasana yang nyaman, aman, dan mendukung, yang membantu pasien merasa lebih baik dan lebih termotivasi untuk melakukan perawatan diri. 5. Menyediakan keperluan pribadi seperti produk kebersihan dan pakaian yang sesuai memudahkan pasien dalam melakukan perawatan diri secara mandiri atau dengan bantuan. Ini memastikan bahwa pasien memiliki semua yang diperlukan untuk menjaga
--	--	--	--

			kebersihan dan kenyamanan pribadi mereka. 6. Memberikan pendampingan sementara pasien belajar atau berlatih perawatan diri membantu mereka dalam mengembangkan keterampilan dan kepercayaan diri. Pendampingan ini dapat mengurangi frustrasi dan meningkatkan kemungkinan pasien menjadi mandiri dalam perawatan diri. 7. Membantu pasien menerima keadaan ketergantungan mereka adalah bagian penting dari perawatan holistik. Ini melibatkan dukungan emosional dan psikologis untuk
--	--	--	--

			mengatasi perasaan kehilangan kemandirian dan memotivasi pasien untuk terus berpartisipasi dalam perawatan diri sesuai kemampuannya. 8. Menetapkan jadwal rutinitas perawatan diri membantu pasien untuk membangun kebiasaan yang konsisten dan memudahkan pengelolaan waktu. Rutinitas ini juga membantu memastikan bahwa semua aspek perawatan diri dilakukan secara teratur dan efisien. 9. Mendorong konsistensi dalam perawatan diri sesuai dengan kemampuan pasien membantu mereka mempertahankan
--	--	--	--

			kebiasaan yang sehat dan mengelola kesehatan secara proaktif. Konsistensi juga mendukung kesejahteraan fisik dan emosional pasien dengan menjaga rutinitas yang stabil dan dapat diandalkan.
--	--	--	--

Dx:Gangguan Komunikasi Verbal b/d Penurunan Sirkulasi Serebral (D.0119)	1. Komunikasi Verbal meningkat (L.13118) 2. Kemampuan berbicara meningkat 3. Kemampuan mendengar meningkat 4. Kesesuaian ekspresi wajah/tubuh meningkat 5. Kontak Mata meningkat 6. Pelo dan gagap menurun 7. Respon perilaku meningkat 8. Pemahaman komunikasi meningkat	Promosi Komunikasi: Defisit Bicara (I.13492) 1. Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume dan diksi bicara 2. Monitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara 3. Monitor frustrasi, marah, depresi atau hal lain yang mengganggu bicara 4. Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi 5. Gunakan metode Komunikasi alternative (mis: menulis, berkedip, papan Komunikasi dengan	1. Mengamati parameter ini membantu mengidentifikasi kesulitan bicara yang mungkin disebabkan oleh gangguan fisik atau mental, sehingga intervensi dapat diberikan lebih cepat. 2. Pemantauan ini penting untuk memahami dan menangani gangguan bicara yang mungkin terjadi akibat masalah neurologis, otot, atau struktur anatomi. 3. Emosi negatif dapat mempengaruhi kemampuan bicara seseorang, sehingga mengidentifikasi dan menangani emosi tersebut
--	--	--	--

		gambar dan huruf, isyarat tangan, dan computer) 6. Sesuaikan gaya Komunikasi dengan kebutuhan (mis: berdiri di depan pasien, dengarkan dengan seksama, tunjukkan satu gagasan atau pemikiran sekaligus, bicaralah dengan perlahan sambil menghindari teriakan, gunakan Komunikasi tertulis, atau meminta bantuan keluarga untuk memahami ucapan pasien. 7. Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan	penting untuk memperbaiki komunikasi. 4. Beberapa individu mungkin menggunakan perilaku non-verbal untuk berkomunikasi ketika bicara sulit, sehingga mengenali sinyal ini sangat penting untuk memahami kebutuhan dan keinginan mereka. 5. Ketika bicara tidak memungkinkan, metode komunikasi alternatif memberikan cara bagi individu untuk tetap berkomunikasi, sehingga kebutuhan mereka tetap dapat dipenuhi. 6. Penyesuaian ini membantu menciptakan lingkungan
--	--	--	---

		8. Ulangi apa yang disampaikan pasien 9. Berikan dukungan psikologis 10. Gunakan juru bicara, jika perlu 11. Anjurkan berbicara perlahan 12. Ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan berbicara 13. Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis	komunikasi yang lebih efektif dan nyaman bagi individu dengan kesulitan bicara, memungkinkan mereka untuk berkomunikasi dengan lebih baik. 7. Lingkungan yang mendukung komunikasi dapat mengurangi stres dan kesulitan yang dihadapi individu, sehingga meningkatkan kemampuan mereka untuk berkomunikasi. 8. Mengulangi ucapan pasien membantu memastikan bahwa pesan yang disampaikan dipahami dengan benar dan memberikan pasien kesempatan untuk mengoreksi
--	--	---	--

			atau menambahkan informasi jika diperlukan. 9. Dukungan psikologis penting untuk membantu individu mengatasi perasaan frustrasi atau putus asa yang dapat muncul akibat kesulitan bicara, meningkatkan motivasi dan kepercayaan diri mereka dalam berkomunikasi. 10. Seorang juru bicara dapat membantu mengkomunikasikan kebutuhan dan keinginan individu dengan lebih jelas dan efektif, terutama dalam situasi di mana komunikasi sangat terganggu.
--	--	--	---

			11. Bicara perlahan dapat membantu individu mengartikulasikan kata-kata dengan lebih jelas, sehingga pesan mereka lebih mudah dipahami oleh pendengar. 12. Pendidikan ini membantu pasien dan keluarga memahami alasan di balik kesulitan bicara dan bagaimana cara mengatasinya, sehingga mereka dapat berpartisipasi lebih aktif dalam proses rehabilitasi. 13. Profesional ini dapat memberikan penilaian mendalam dan terapi khusus yang dirancang untuk meningkatkan kemampuan
--	--	--	--

			bicara dan komunikasi individu, membantu mereka mencapai potensi komunikasi terbaiknya.
--	--	--	---

Dx: Gangguan Menelan b/d gangguan serebrovaskuler (D.0063)	Status Menelan Membaik 14. Mempertahankan makanan dimulut meningkat 15. Refleks menelan meningkat 16. Kemampuan mengosongkan mulut meningkat 17. Kemampuan mengunyah meningkat 18. Usaha menelan meningkat 19. Pembentukan bolus meningkat 20. Frekwensi tersedak menurun	Dukungan Perawatan Diri: Makan/minum (I.11351) 1. Identifikasi diet yang dianjurkan 2. Monitor kemampuan menelan 3. Monitor status hidrasi pasien, jika perlu 4. Ciptakan lingkungan yang menyenangkan selama makan 5. Atur posisi yang nyaman untuk makan/minum 6. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu 7. Letakkan makanan di sisi mata yang sehat 8. Sediakan sedotan untuk minum, sesuai kebutuhan	1. Menyesuaikan diet dengan kebutuhan kesehatan pasien membantu memastikan nutrisi yang tepat, mencegah komplikasi, dan mendukung proses penyembuhan. 2. Pemantauan ini penting untuk mencegah risiko aspirasi dan memastikan pasien 3. Menjaga hidrasi yang tepat sangat penting untuk fungsi tubuh yang optimal, mencegah dehidrasi, dan mendukung proses penyembuhan. 4. Lingkungan yang menyenangkan dapat meningkatkan nafsu makan, membantu pasien merasa lebih
---	---	---	--

	21. Batuk, muntah, refluks lambung dan regurgitasi menurun 22. Produksi saliva, penerimaan makanan dan kualitas suara membaik	9. Siapkan makanan dengan suhu yang meningkatkan nafsu makan 10. Sediakan makanan dan minuman yang disukai 11. Berikan bantuan saat makan/minum sesuai tingkat kemandirian, jika perlu 12. Motivasi untuk makan di ruang makan, jika tersedia 13. Jelaskan posisi makan pada pasien yang mengalami gangguan penglihatan dengan menggunakan arah jarum jam (mis. sayur di jam 12, rendang di jam 3) 14. Kolaborasi pemberian obat sesuai indikasi	nyaman, dan mendukung asupan nutrisi yang lebih baik. 5. Posisi yang tepat mencegah risiko tersedak dan aspirasi, serta meningkatkan kenyamanan pasien selama makan atau minum. 6. Kebersihan mulut yang baik meningkatkan kenyamanan saat makan dan mencegah infeksi atau komplikasi yang dapat mempengaruhi nafsu makan. 7. Membantu pasien dengan gangguan penglihatan atau kelemahan pada satu sisi tubuh agar lebih mudah melihat dan mengambil makanan.
--	---	--	---

			8. Sedotan mempermudah minum, terutama bagi pasien dengan kesulitan menelan atau mobilitas terbatas. 9. Makanan pada suhu yang tepat dapat lebih menggugah selera, meningkatkan asupan nutrisi yang diperlukan. 10. Makanan yang disukai pasien lebih mungkin dikonsumsi dengan baik, sehingga membantu memenuhi kebutuhan nutrisi. 11. Memberikan bantuan yang sesuai menjaga martabat pasien dan memastikan mereka dapat makan dengan aman dan nyaman.
--	--	--	--

			12. Makan di ruang makan dapat menciptakan suasana sosial yang positif, meningkatkan nafsu makan, dan memberikan pengalaman makan yang lebih menyenangkan. 13. Ini membantu pasien dengan gangguan penglihatan untuk mengidentifikasi posisi makanan dengan mudah, meningkatkan kemandirian mereka selama makan. 14. Pemberian obat yang tepat membantu mengatasi gejala atau kondisi yang dapat mempengaruhi nafsu makan atau kemampuan makan pasien, sehingga mendukung
--	--	--	--

			kesehatan mereka secara keseluruhan.
--	--	--	--------------------------------------

2.3.2 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Proses pelaksanaan implementasi implementasi harus berpusat kepada kebutuhan klien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan kegiatan komunikasi. Dalam pelaksanaannya terdapat tiga jenis Implementasi keperawatan yaitu:

a. Independent Implementations Adalah implementasi yang di prakarsai sendiri oleh perawat untuk membantu pasien mengatasi masalahnya sesuai dengan kebutuhan, misalnya: membantu dalam memenuhi activity daily living (ADL), memberikan keperawatan diri, mengatur posisi tidur, menciptakan lingkungan yang terapeutik, memberikan dorongan motivasi, pemenuhan kebutuhan psiko, sosio, cultural dan lain-lain.

b. Interdependen/collaborative Implementations Adalah tindakan keperawatan atas dasar kerjasama sesama tim keperawatan atau dengan tim kesehatan lainnya, seperti dokter. Contohnya dalam hal pemberian obat-obatan, infus, kateter urine, dan lain-lain.

c. Dependent Implementations Adalah tindakan keperawatan atas dasar rujukan dari profesi lain, seperti ahli gizi, physiotherapies, psikolog dan sebagiannya misalnya dalam hal pemberian nutrisi pada

pasien sesuai dengan diet yang telah dibuat oleh ahli gizi, latihan fisik (mobilisasi fisik) sesuai dengan anjuran dari bagian fisioterapi.

2.3.3 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan yang berguna mengevaluasi apakah tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai. Evaluasi dapat di bagi menjadi 2 jenis yaitu:

- a. Evaluasi berjalan (formatif) Evaluasi yang di kerjakan dalam bentuk pengisian catatan perkembangan yang berorientasi pada masalah yang di alami klien/Lansia. Format yang digunakan dalam evaluasi formatif adalah SOAP.
- b. Evaluasi akhir (sumatif) Evaluasi yang dikerjakan dengan membandingkan antara tindakan yang telah dikerjakan dengan tujuan yang ingin di capai. Jika terjadi kesenjangan, maka proses keperawatan dapat di tinjau kembali untuk mendapatkan data guna memodifikasi perencanaan. Format yang di gunakan dalam evaluasi sumatif adalah SOAPIER