

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Penyakit

1. Pengertian

Stroke adalah serangan otak yang timbul secara mendadak dimana terjadi gangguan fungsi otak sebagian atau menyeluruh sebagai akibat dari aliran darah oleh karena sumbatan atau pecahnya pembuluh darah tertentu di otak, sehingga menyebabkan sel-sel otak kekurangan darah, oksigen atau zat-zat makanan dan akhirnya dapat terjadi kematian sel-sel tersebut dalam waktu yang relatif singkat (dr.Dauraman, Karel, 2013: 16). Stroke Hemoragi terjadi akibat dari pembuluh yang melemah yang pecah dan berdarah ke bagian otak dan sekitarnya. Darah menumpuk dan menekan jaringan otak disekitarnya. Dua jenis Stroke Hemoragi adalah perdarahan intraserebral (dalam otak) dan perdarahan subaraknoid (Gonzales,2013).

Dua jenis pembuluh darah yang lemah dan biasanya menyebabkan Stroke Hemoragi adalah aneurisme dan malformasi arteri (AVM). Menurut WHO pada saat seseorang terserang Stroke muncul tanda-tanda klinis yang berkembang cepat akibat gangguan fungsi otak fokal (global). Stroke Hemoragi yang terjadi didalam otak juga disebut perdarahan intraserebral dan gejalanya antara lain kehilangan kesadaran total atau terbatas, mual, muntah, sakit kepala tiba-tiba dan parah, kelemahan atau mati rasa dibagian wajah, kaki atau lengan disatu sisi tubuh, kejang, pusing, kehilangan keseimbangan, masalah dengan bicara atau menelan, kebingungan atau disorientasi (Gonzales,2013).

2. Etiologi

Penyebab perdarahan otak yang paling lazim terjadi adalah sebagai berikut:

- a. Aneurisma Berry, biasanya defek kongenital.
- b. Aneurisma Fusiformis dari arteriosklerosis. Arteriosklerosis adalah mengerasnya pembuluh darah serta berkurangnya kelenturan dinding

pembuluh darah. Dinding arteri menjadi lemah dan terjadi aneurisma yang kemudian robek dan menimbulkan perdarahan.

- c. Aneurisma Mycotik dari vaskulitis nekrose dan emboli septis.
- d. Malforasi Arterivenous, yaitu pembuluh darah yang mempunyai bentuk abnormal. Terjadi persambungan pembuluh darah arteri sehingga darah arteri langsung masuk vena, dan menyebabkan mudah pecah serta menimbulkan perdarahan otak.
- e. Ruptur Arterior Serebral, akibat hipertensi yang menimbulkan penebalan dan degenerasi pembuluh darah.

Faktor resiko Stroke antara lain:

- a. Hipertensi
- b. Penyakit kardiovaskuler seperti koronaria, gagal jantung kongestif, fibrilasi atrium, dan penyakit jantung kongestif.
- c. Kolesterol tinggi, obesitas.
- d. Peningkatan hematokrit (resiko infark serebral).
- e. Diabetes Melitus (berkaitan dengan akselerasi aterogenesis)
- f. Kontrasepsi oral (khususnya disertai dengan hipertensi, merokok, dan kadar estrogen tinggi)
- g. Penyalahgunaan obat (narkoba), rokok dan alkohol.

3. Patofisiologi

Ada dua bentuk perdarahan stroke hemoragi, yakni:

- a. Perdarahan Intra Serebral

Perdarahan intra serebral adalah keadaan ketika darah tiba-tiba meletup ke jaringan otak, dan menyebabkan kerusakan pada otak. Gejala-gejala yang biasa muncul meliputi sakit kepala, kelemahan, kebingungan dan kelumpuhan terutama disatu sisi tubuh. Penumpukan darah memberi tekanan pada otak dan mengganggu pasokan oksigennya. Kondisi tersebut dapat menyebabkan kerusakan otak dan syaraf dengan cepat.

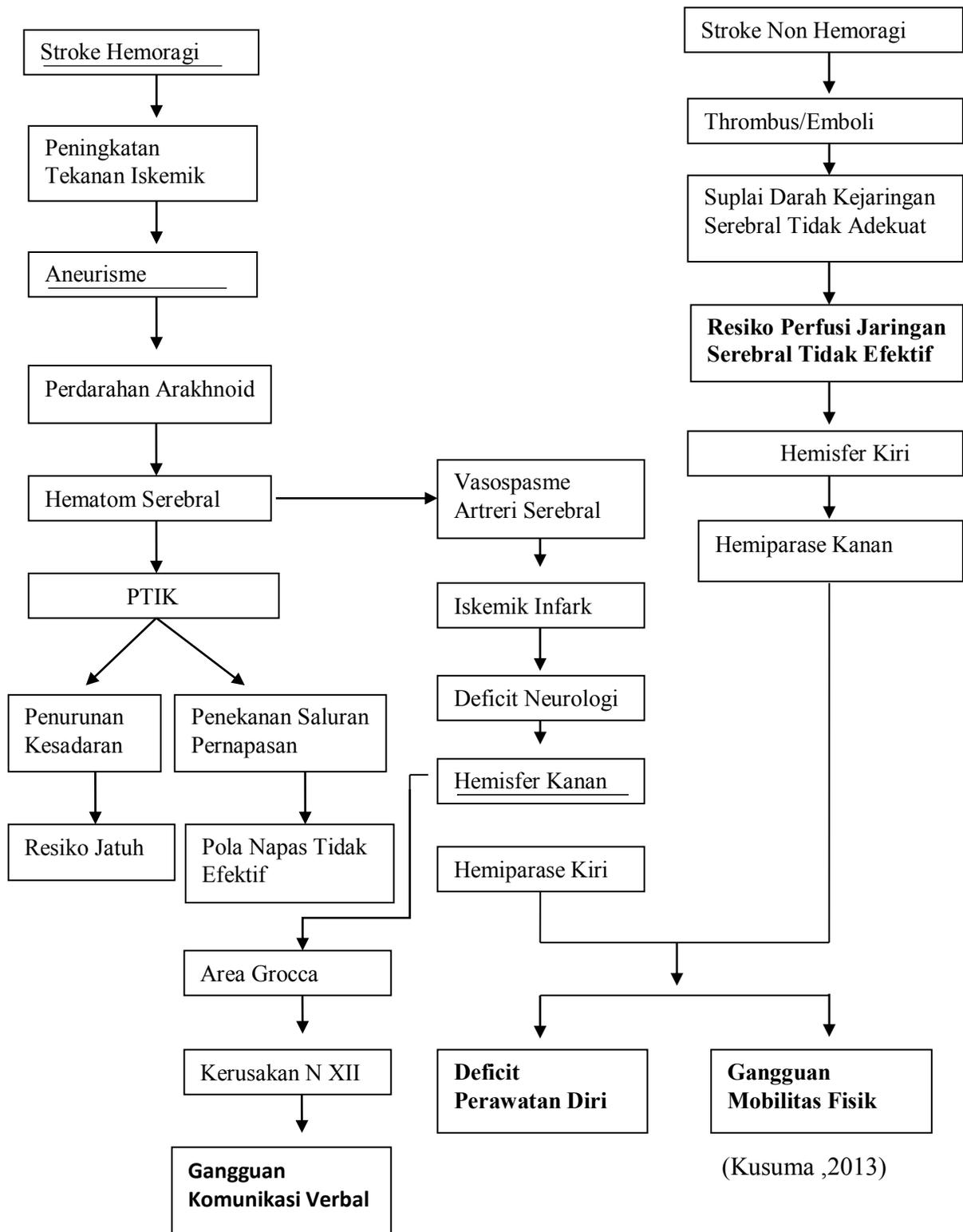
Perdarahan intra serebral merupakan keadaan darurat medis yang membutuhkan perawatan segera. Banyak orang yang terkena perdarahan intra serebral mengalami kecacatan permanen. Perawatan tergantung pada jumlah darah dan tingkat cedera otak yang terjadi. Penyebab paling umum dari perdarahan intra serebral biasanya terkait dengan tekanan darah tinggi, maka menurunkan dan mengendalikan tekanan darah adalah langkah pertama yang harus dilakukan pada pembuluh darah yang rusak. Perawatan jangka panjang tergantung pada lokasi perdarahan dan jumlah kerusakan. Perawatan mungkin termasuk perawatan fisik, terapi dan terapi okupasi.

b. Perdarahan Subaraknoid

Perdarahan Subaraknoid terjadi ketika pembuluh darah diluar otak pecah. Kondisi ini mengakibatkan ruang subaraknoid (bagian tengkorak yang mengelilingi otak) dengan cepat terisi oleh darah. Pasien yang mengalami perdarahan subaraknoid mungkin mengeluhkan sakit kepala yang tiba-tiba dan intensif, nyeri pada leher, serta mual atau muntah. Selain itu, penumpukan tekanan mendadak diluar otak juga dapat menyebabkan pasien kehilangan kesadaran atau kematian yang cepat.

Perdarahan subaraknoid biasanya disebabkan oleh aneurisme serebral atau kelainan arteri pada dasar otak. Aneurisme serebral adalah area kecil bulat atau tidak teratur yang mengalami pembengkakan diarteri. Apabila pembengkakan begitu parah, maka dinding pembuluh darah melemah dan rentan pecah. Penyebab aneurisma serebral sendiri belum diketahui. Beberapa penderita aneurisma serebral mengalami kondisi ini sejak lahir dengan perkembangan yang sangat lambat.

Bagan 2.1
Pathway Stroke



4. Manifestasi Klinis

Kemungkinan kecacatan yang berkaitan dengan stroke antara lain:

- a. Daerah Arteri Serebri Media
 - 1) Hemiplegi kontralateral, sering disertai hemianestesi.
 - 2) Hemianopsi homonim kontralateral.
 - 3) Afasia apabila mengenai hemisfer dominan.
 - 4) Apraksia apabila mengenai hemisfer non dominan.
- b. Daerah Arteri Karotis Interna
Serupa bila mengenai arteri serebri media
- c. Daerah Serebri Anterior
 - 1) Hemiplegi (dan hemianestesi) kontralateral terutama ditungkai.
 - 2) Inkonsistensi urine.
 - 3) Afasia atau apraksia tergantung hemisfer mana yang terkena.
- d. Daerah Arteri Posterior
 - 1) Hemianopsi homonim kontralateral mungkin tanpa mengenai daerah makula karena daerah ini juga diperdarahi oleh arteri serebri media.
 - 2) Nyeri talamik spontan.
 - 3) Hemibalisme.
 - 4) Aleksi bila mengenai hemisfer dominan.
- e. Daerah vertebrobasiler
 - 1) Sering fatal karena mengenai juga pusat-pusat vital dibatang otak.
 - 2) Hemiplegi alternans atau tetraplegi
 - 3) Kelumpuhan pseudobulbar (disartria, disfagia, emosi labil).

5. Komplikasi

Stroke hemoragi dapat menyebabkan beberapa komplikasi antara lain:

- 1) Infark Serebri.
- 2) Hidrosephalus yang sebagian kecil menjadi hidrosephalus normotensif.
- 3) Fistula caroticocavernosum.
- 4) Epistaksis.
- 5) Peningkatan TIK, tonus otot abnormal.

6. Pemeriksaan Penunjang

a. Angiografi Cerebral

Membantu menentukan penyebab dari stroke secara spesifik seperti perdarahan arteriovena atau adanya ruptur dan untuk mencari sumber perdarahan seperti aneurisme atau malformasi vaskuler.

b. Lumbar Pungsi

Tekanan yang meningkat dan disertai bercak darah pada cairan lumbar menunjukkan adanya hemoragi pada subaraknoid atau perdarahan pada intrakranial.

c. CT Scan

Pemindaian ini memperlihatkan secara spesifik letak edema, posisi hematoma, adanya jaringan otak yang infark atau iskemia dan posisinya secara pasti.

d. MRI (Magnetic Imaging Resonance)

Menggunakan gelombang magnetik untuk menentukan posisi dan besar terjadinya perdarahan otak. Hasil yang didapatkan area yang mengalami lesi dan infark akibat dari hemoragi.

e. EEG

Pemeriksaan ini bertujuan untuk melihat masalah yang timbul dan dampak dari jaringan yang infark sehingga menurunnya impuls listrik dalam jaringan otak.

B. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

1. Konsep Kebutuhan Dasar

Sekitar tahun 1950, Abraham Maslow seorang psikologi dari Amerika mengembangkan teori tentang kebutuhan dasar manusia yang lebih dikenal dengan istilah Hierarki Kebutuhan Dasar Manusia Maslow (Wolf, Lu Verne,dkk, 1984). Hierarki itu meliputi lima kategori kebutuhan dasar, yakni kebutuhan fisiologis, kebutuhan keselamatan rasa aman, kebutuhan rasa cinta, memiliki dan dimiliki, kebutuhan harga diri dan kebutuhan aktualisasi diri.

Bagan 2.2
Kebutuhan dasar manusia



Sumber: Abraham Maslow dalam (Iqbal Mubarak, Wahit & Chayatin, Nurul, 2008: 3)

Pada saat pengkajian klien mengeluh nyeri kepala berat karna mengalami perdarahan dibagian otak, menurut teori Maslow hal tersebut berkaitan dengan kebutuhan rasa nyaman. Kebutuhan rasa nyaman yang dimaksud adalah nyaman dari berbagai aspek baik fisiologis, maupun psikologis yang harus dipenuhi, dan bebas dari nyeri dan ketidaknyamanan.

2. Konsep Dasar Aman dan Nyaman

Menurut koziar (2010) mengatakan keamanan adalah keadaan bebas dari segala fisik fisiologis yang merupakan kebutuhan dasar manusia yang harus dipenuhi, serta dipengaruhi oleh factor lingkungan. Sedangkan kenyamanan adalah suatu keadaan terpenuhi kebutuhan dasar manusia meliputi kebutuhan akan ketentraman, kepuasan, kelegaan, dan tersedia.

Kolcaba (1992, dalam Potter & Perry, 2005) mengungkapkan kenyamanan/rasa nyaman adalah suatu keadaan telah terpenuhinya kebutuhan dasar manusia yaitu kebutuhan ketentraman (suatu kepuasan yang meningkatkan penampilan

sehari-hari), kelegaan (kebutuhan telah terpenuhi), dan transenden (keadaan tentang sesuatu yang melebihi masalah dan nyeri).

3. Konsep Dasar Nyeri

Menurut Long (1996) dalam Saputra (2013) bahwa nyeri bersifat subjektif, dan merupakan perasaan tidak nyaman yang hanya dapat dijelaskan oleh orang yang merasakannya.

Menurut Prihajo (1992) secara umum nyeri dapat didefinisikan sebagai perasaan tidak nyaman, baik ringan maupun berat.

4. Klalsifikasi Nyeri

Nyeri dibedakan berdasarkan jenis dan bentuknya meliputi:

a. Jenis nyeri

- 1) Nyeri perifer adalah nyeri yang muncul karena rangsangan pada mulut dan mukosa.
- 2) Nyeri sentral adalah nyeri yang muncul akibat stimulasi pada medula spinalis batang otak, dan thalamus.
- 3) Nyeri psikogenik adalah nyeri yang tidak diketahui penyebab fisiknya. Dengan kata lain, nyeri ini muncul akibat pikiran penderita itu sendiri.

b. Bentuk Nyeri

- 1) Nyeri akut adalah nyeri yang timbul mendadak dan biasanya penyebab serta lokasi nyeri sudah diketahui. Nyeri ini biasanya berlangsung tidak lebih dari enam bulan.
- 2) Nyeri kronis adalah nyeri yang berlangsung lebih dari 6 bulan. Sumber nyeri bisa diketahui atau tidak. Nyeri cenderung hilang timbul dan biasanya tidak dapat disembuhkan.

C. Proses Keperawatan Stroke Hemoragi

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien. Pengumpulan data

bisa dilakukan dengan berbagai cara yaitu seperti wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, pemeriksaan diagnostik, dll).

(Suarni & Apriyani, 2017: 25)

Untuk mengkaji klien dengan diagnosa stroke hemoragi diperlukan data-data sebagai berikut:

- a. Identitas klien, nama, umur, jenis kelamin, agama, suku, status pernikahan, pendidikan, pekerjaan, alamat, tanggal masuk rumah sakit.
- b. Aktivitas dan istirahat
 - 1) Data subjektif
 - a) Kesulitan dalam beraktivitas, kelemahan, kehilangan sensasi atau paralisis.
 - b) Mudah lelah, kesulitan istirahat karena nyeri atau kejang otot.
 - 2) Data Objektive
 - a) Perubahan tingkat kesadaran
 - b) Perubahan tonus otot (flaksid atau spastie), paralisis (hemiplegi), kelemahan secara umum.
 - c) Gangguan penglihatan.
- c. Sirkulasi
 - 1) Data subjektif
Riwayat penyakit jantung (penyakit katup jantung, disritmia, gagal jantung, endokarditis bakterial), polisitema.
 - 2) Data objektif
 - a) Hipertensi arterial
 - b) Disritmia, perubahan EKG
 - c) Pulsasi, kemungkinan bervariasi
 - d) Denyut karotis, femoral dan arteri iliaka atau aorta abdominal.
- d. Integritas Ego
 - 1) Data subjektif : perasaan tidak berdaya, hilang harapan.
 - 2) Data objektif:

- a) Emosi yang labil dan marah yang tidak tepat, kesedihan, kegembiraan.
 - b) Kesulitan mengekspresikan diri.
- e. Eliminasi
- 1) Data subjektif
 - a) Inkontinensia, anuria
 - b) Distensi abdomen (kandung kemih sangat penuh), tidak adanya suara usus (ileus paralitik)
- f. Makan dan minum
- 1) Data subjektif
 - a) Nafsu makan hilang
 - b) Nausea / vomitus menandakan adanya peningkatan TIK
 - c) Kehilangan sensasi lidah, pipi, tenggorokan, disfagia
 - d) Riwayat diabetes melitus, peningkatan lemak dalam darah.
 - 2) Data objektif
 - a) Masalah dalam mengunyah (menurunnya reflek palatum dan faring)
 - b) Obesitas (faktor resiko)
- g. Sensori neural
- 1) Data subjektif
 - a) Pusing.
 - b) Nyeri kepala pada perdarahan intraserebral atau perdarahan subaraknoid.
 - c) Kelemahan, kesemutan/kebas, sisi yang terkena terlihat seperti lumpuh/mati.
 - d) Penglihatan berkurang.
 - e) Gangguan rasa pengecapan dan penciuman.
 - 2) Data objektif
 - a) Status mental: koma biasanya menandai stadium perdarahan, gangguan tingkah laku (seperti letargi, apatis, menyerang) dan gangguan fungsi kognitif.

- b) Ekstremitas : kelemahan/paralisis (kontralateral pada semua jenis stroke, genggaman tangan tidak seimbang, berkurangnya refleksi tendon.
- c) Wajah : paralisis
- d) Afasia : kerusakan atau kehilangan fungsi bahasa, kemungkinan ekspresif atau kesulitan berkata-kata, reseptif atau kesulitan berkata-kata secara komprehensif, atau kombinasi dari keduanya.
- e) Kehilangan kemampuan mengenali atau melihat, pendengaran, stimulus taktil.
- f) Apraksia: kehilangan kemampuan menggunakan motorik.
- g) Reaksi dan ukuran pupil: dilatasi tidak sama dan tidak bereaksi pada sisi ipsi lateral.

h. Nyeri / kenyamanan

1) Data subjektif

Sakit kepala yang bervariasi intensitasnya.

2) Data objektif

Tingkah laku yang tidak stabil, gelisah, ketegangan otak/fasial.

i. Respirasi

Data subjektif

- a) Perokok (faktor resiko)
- b) Kelemahan menelan/batuk/melindungi jalan napas.
- c) Timbul pernapasan yang sulit dan/atau tidak teratur
- d) Suara napas terdengar ronki/ aspirasi

j. Keamanan

Data objektif

- a) Motorik/ sensorik: masalah dengan penglihatan
- b) Perubahan persepsi terhadap tubuh, kesulitan untuk melihat objek, hilang kewaspadaan terhadap bagian tubuh yang sakit.
- c) Tidak mampu mengenali objek, warna, kata, dan wajah yang pernah dikenali

- d) Gangguan berespon terhadap panas, dan dingin/ gangguan regulasi suhu tubuh.
 - e) Gangguan dalam memutuskan , perhatian sedikit terhadap keamanan, berkurang kesadaran diri.
- k. Interaksi
- Data objektif: masalah berbicara, ketidakmampuan berkomunikasi.
- l. Pengajaran / pembelajaran
- Data subjektif: riwayat hipertensi keluarga, stroke, dan penggunaan kontrasepsi oral.

2. Diagnosis keperawatan

- a. Resiko ketidakefektifan perfusi jaringan serebral b.d aneurisme serebri
- b. Kerusakan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan.
- c. Kerusakan komunikasi verbal berhubungan dengan kerusakan neuromuskuler.
- d. Defisit perawatan diri berhubungan dengan neuromuskuler, penurunan kekuatan dan ketahanan, kehilangan kontrol/ koordinasi otot.

3. Rencana Keperawatan

Rencana asuhan keperawatan pada pasien stroke hemoragi terdapat pada table dibawah ini.

Tabel 2.1
Rencana Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Hemoragi

No	Tgl/ jam	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)	Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1.		Resiko ketidakefektifan perfusi jaringan serebral b.d aneurisme serebri Faktor resiko: a. Aneurisme serebri b. Cedera kepala c. Hipertensi d. Embolisme e. Neoplasma otak f. Tumor otak g. Infark miokard akut h. Arteriosklerosis	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan masalah teratasi dengan kriteria hasil: Perfusi jaringan serebral (0406) a. sakit kepala teratasi (4) b. tanda vital dalam rentang normal (4) c. agitasi teratasi (4) d. tidak mengalami tekanan intrakranial (4)	Monitor (Pemantauan) Tekanan Intra Cranial (2590) a. Monitor intake dan output b. Periksa pasien terkait ada tidaknya gejala kaku kuduk. c. Berikan antibiotik d. Letakkan kepala dan leher pasien dalam posisi netral, hindari fleksi pinggang berlebihan. e. Kurangi cahaya ruangan f. Sesuaikan kepala tempat tidur untuk mengoptimalkan perfusi serebral

				<p>g. Kaji perubahan tanda-tanda vital</p> <p>h. Kolaborasi dengan dokter terkait terapi yang diberikan.</p>
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
2.		<p>Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskular.</p> <p>Ds :</p> <ol style="list-style-type: none"> Klien mengeluh lemah pada salah satu sisi tubuhnya Klien mengatakan nyeri saat bergerak <p>Do:</p> <ol style="list-style-type: none"> Klien mengalami penurunan kekuatan otot Rentang gerak (ROM) menurun 	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan masalah teratasi dengan kriteria hasil:</p> <p>Mobilitas Fisik (L.05042)</p> <ol style="list-style-type: none"> Nyeri teratasi (4) Kelemahan fisik teratasi (4) Gerakan tidak terbatas (4) 	<p>Dukungan Mobilisasi (I.05173)</p> <ol style="list-style-type: none"> Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (misal duduk ditempat tidur, duduk disisi tempat tidur)

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
3		<p>Gangguan komunikasi verbal b.d gangguan neuromuskular</p> <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Klien menunjukkan respon tidak sesuai b. Klien mengalami afasia c. Klien mengalami disatria 	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan masalah teratasi dengan kriteria hasil:</p> <p>Komunikasi Verbal (L.13118)</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Afasia berkurang (4) b. Apraksia berkurang (4) c. Disatria berkurang (4) 	<p>Promosi Komunikasi : Defisit Bicara (I.13491)</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume dan diksi berbicara b. Monitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (misal, memori dan bahasa.) c. Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi. d. Gunakan metode komunikasi alternative(misal menulis) e. Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan (misal, berdiri didepan pasien, dengarkan dengan seksama,

				<p>bicara dengan perlahan sambil menghindari teriakan, meminta bantuan keluarga untuk memahami ucapan pasien)</p> <p>f. Ulangi apa yang disampaikan pasien.</p> <p>g. Anjurkan berbicara perlahan</p> <p>h. Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis</p>
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
4.		<p>Defisit perawatan diri b.d gangguan neuromuskuler</p> <p>Do :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Klien tidak mampu mandi/menggunakan pakaian/makan/ketoret/berhias b. Minat melakukan perawatan diri kurang 	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan masalah teratasi dengan kriteria hasil:</p> <p>Perawatan Diri (L.11103)</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Klien mampu mandi secara mandiri (4) b. Klien mampu mengenakan pakaian secara mandiri (4) c. Klien mampu ke toilet (BAB/BAK) secara mandiri (4) 	<p>Dukungan Perawatan Diri: BAB/BAK(I.113 49)</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Identifikasi kebiasaan BAB/BAK sesuai usia b. Buka pakaian yang diperlukan untuk memudahkan eliminasi c. Dukung penggunaan pispot secara konsisten d. Jaga privasi pasien selama eliminasi e. Bersihkan alat bantu

				<p>BAB/BAK setelah digunakan.</p> <p>f. Anjurkan BAB/BAK secara rutin.</p> <p>Dukungan Perawatan Diri: Berpakaian(I.11350)</p> <p>a. Sediakan pakaian pada tempat yang mudah dijangkau</p> <p>b. Sediakan pakaian pribadi, sesuai kebutuhan</p> <p>c. Jaga privasi selama berpakaian.</p> <p>d. Berikan pujian kemampuan berpakaian secara mandiri</p> <p>Dukungan Perawatan Diri : Mandi (I.11352)</p> <p>a. Identifikasi jenis bantuan yang dibutuhkan</p> <p>b. Monitor kebersihan tubuh(rambut, kulit dan kuku)</p> <p>c. Fasilitasi menggosok gigi, sesuai kebutuhan</p>
--	--	--	--	---

				<ul style="list-style-type: none"> d. Fasilitasi mandi, sesuai kebutuhan. e. Berikan bantuan sesuai tingkat kemandirian f. Ajarkan kepada keluarga cara memandikan pasien, jika perlu
--	--	--	--	--

4. Implementasi

Implementasi adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang ditetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data sebelum dan sesudah pelaksanaan tindakan.

(Suarni dan Apriyani, 2017)

- a. Tahap Pelaksanaan
 - 1) Berfokus pada klien
 - 2) Berorientasi pada tujuan
 - 3) Memperhatikan kemampuan fisik dan psikologis klien
 - 4) Kompeten
- b. Pengisian format pelaksanaan tindakan keperawatan
 - 1) Nomor diagnosa keperawatan/ masalah keperawatan
 - 2) Tanggal/jam
 - 3) Tindakan pada SIKI

5. Evaluasi

Evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan klien dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibutuhkan pada tahap perencanaan. Untuk mempermudah perawat mengidentifikasi atau memantau perkembangan klien, digunakan komponen SOAP.

(Suarni dan Apriyani, 2017)