

## **BAB II**

### **LANDASAN TEORI**

#### **2.1 KONSEP DASAR**

##### **2.1.1 Defenisi**

Cedera kepala merupakan cedera yang meliputi trauma kulit kepala, tengkorak dan otak. Cedera kepala paling sering dan penyakit neurologik yang serius diantara penyakit neurologik dan merupakan proporsi epidemic sebagai hasil kecelakaan jalan raya (Smeltzer & Bare 2017).

Resiko utama pasien yang mengalami cedera kepala adalah kerusakan otak akibat atau pembekakan otak sebagai respons terhadap cedera dan menyebabkan peningkatan tekanan intrakranial, berdasarkan standar asuhan keperawatan penyakit bedah ( Temanggung, 2016), cedera kepala sendiri didefinisikan dengan suatu gangguan traumatik dari fungsi otak yang disertai atau tanpa disertai pendarahan interslities dalam substansi otak tanpa diikuti terputusnya kontinuitas otak.

Cedera Kepala adalah suatu gangguan traumatik dari fungsi otak yang disertai atau tanpa disertai perdarahan interstitial dalam substansi otak tanpa diikuti terputusnya kontinuitas otak (Muttaqin, 2018).

##### **2.1.2 Etiologi**

Menurut Tarwoto (2017), penyebab dari Cedera Kepala adalah :

- a. Kecelakaan lalu lintas.

- b. Terjatuh
- c. Pukulan atau trauma tumpul pada kepala.
- d. Olah raga
- e. Benturan langsung pada kepala.
- f. Kecelakaan industri.

### **2.1.3 Patofisiologi**

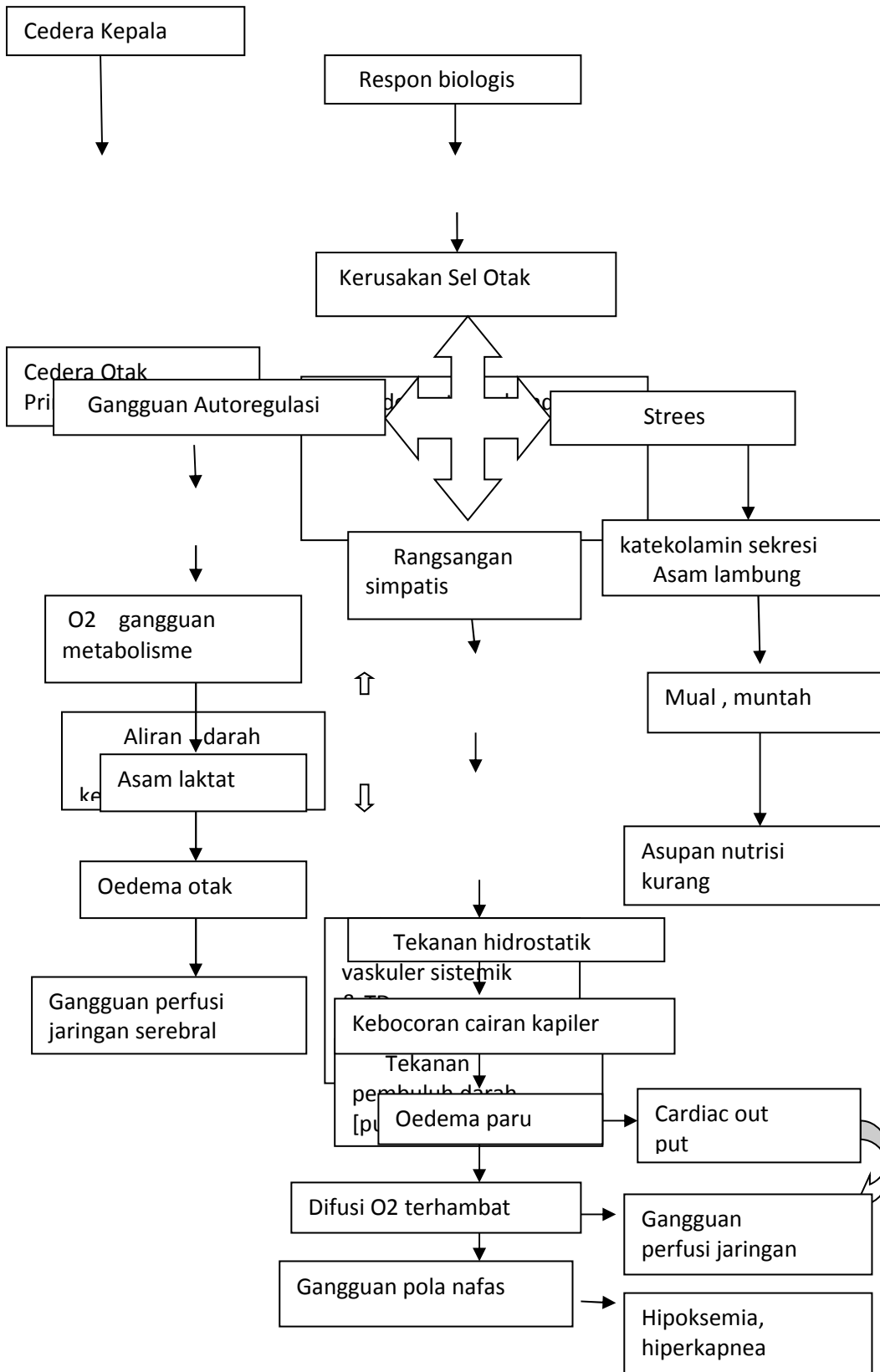
Otak di lindungi dari cedera oleh rambut, kulit, dan tulang yang membungkusnya. Tanpa perlindungan ini, otak yang lembut (yang membuat kita seperti adanya) akan mudah sekali terkena cedera dan mengalami kerusakan. Cedera memegang peranan yang sangat besar dalam menentukan berat ringannya konsekuensi patofisiologis dari suatu trauma kepala..Lesi pada kepala dapat terjadi pada jaringan luar dan dalam rongga kepala.Lesi jaringan luar terjadi pada kulit kepala dan lesi bagian dalam terjadi pada tengkorak, pembuluh darah tengkorak maupun otak itu sendiri. Terjadinya benturan pada kepala dapat terjadi pada 3 jenis keadaan, yaitu :

- a. Kepala diam dibentur oleh benda yang bergerak
- b. Kepala yang bergerak membentur benda yang diam dan
- c. Kepala yang tidak dapat bergerak karena bersandar pada benda yang lain dibentur oleh benda yang bergerak (kepala tergencet). Terjadinya lesi pada jaringan otak dan selaput otak pada cedera kepala diterangkan oleh beberapa hipotesis yaitu getaran otak, deformasi tengkorak, pergeseran otak dan rotasi otak.

Dalam mekanisme cedera kepala dapat terjadi peristiwa *contre coup* dan *coup*. *Contre coup* dan *coup* pada cedera kepala dapat terjadi kapan saja pada orang-orang yang mengalami percepatan pergerakan kepala. Cedera kepala pada *coup* disebabkan hantaman pada otak bagian dalam pada sisi yang terkena sedangkan *contre coup* terjadi pada sisi yang berlawanan dengan daerah benturan. Kejadian *coup* dan *contre coup* dapat terjadi pada keadaan. Keadaan ini terjadi ketika pengereman mendadak pada mobil/motor. Otak pertama kali akan menghantam bagian depan dari tulang kepala meskipun kepala pada awalnya bergerak ke belakang. Sehingga trauma terjadi pada otak bagian depan. Karena pergerakan ke belakang yang cepat dari kepala, sehingga pergerakan otak terlambat dari tulang tengkorak, dan bagian depan otak menabrak tulang tengkorak bagian depan.

Pada keadaan ini, terdapat daerah yang secara mendadak terjadi penurunan tekanan sehingga membuat ruang antara otak dan tulang tengkorak bagian belakang dan terbentuk gelembung udara. Pada saat otak bergerak ke belakang maka ruangan yang tadinya bertekanan rendah menjadi tekanan tinggi dan menekan gelembung udara tersebut. Terbentuknya dan kolapsnya gelembung yang mendadak sangat berbahaya bagi pembuluh darah otak karena terjadi penekanan, sehingga daerah yang memperoleh suplai darah dari pembuluh tersebut dapat terjadi kematian sel-sel otak. Begitu juga bila terjadi pergerakan kepala ke depan.

**PATWEY**



## **Cara Mengukur Tingkat Kesadaran**

Tingkat kesadaran tertinggi atau bisa dibilang terjaga sepenuhnya, berada di skala 15. Sementara yang terendah atau yang dikatakan koma, berada di skala 3.

Untuk mengetahuinya skala GCS, tim medis akan melakukan pengecekan sebagai berikut:

### **1.Mata**

Nilai GCS yang dievaluasi melalui pemeriksaan mata:

- Jika tim medis meminta membuka mata dan merangsang seseorang dengan nyeri tapi mata orang tersebut tidak bereaksi dan tetap terpejam, maka poin GCS yang didapat yaitu 1.
- Jika mata terbuka akibat rangsang nyeri saja, poin GCS yang didapat yaitu 2.
- Jika mata seseorang terbuka hanya dengan mendengar suara atau dapat mengikuti perintah untuk membuka mata, poin GCS yang didapat yaitu 3.
- Jika mata terbuka secara spontan tanpa perintah atau sentuhan, maka poin yang didapat yaitu 4.

### **2.Suara**

Nilai GCS yang dievaluasi dalam pemeriksaan respons suara:

- Jika seseorang tidak mengeluarkan suara sedikitpun, meski sudah dipanggil atau dirangsang nyeri, maka orang tersebut mendapat poin 1.

- Jika suara yang keluar seperti rintihan tanpa kata-kata, poin yang didapat yaitu 2.
- Seseorang dapat berkomunikasi tapi tidak jelas atau hanya mengeluarkan kata-kata tapi bukan kalimat yang jelas, poin GCS yang didapat yaitu 3.
- Jika seseorang dapat menjawab pertanyaan dari tim medis tapi pasien seperti kebingungan atau percakapan tidak lancar, maka poin yang didapat adalah 4.
- Seseorang dapat menjawab semua pertanyaan yang diajukan dengan benar dan sadar penuh terhadap orientasi lokasi, lawan bicara, tempat, dan waktu, maka poin yang didapat yaitu 5.

### **3.Gerakan**

Nilai GCS yang dievaluasi dalam pemeriksaan respons gerakan:

- Tidak ada respons gerakan tubuh walau sudah diperintahkan atau diberi rangsangan nyeri, poin GCS yang didapat yaitu 1.
- Seseorang hanya dapat mengepalkan jari tangan dan kaki, atau menekuk kaki dan tangan saat diberi rangsangan nyeri, poin yang didapatkan adalah 2.
- Seseorang hanya menekuk lengan dan memutar bahu saat diberi rangsangan nyeri, poin GCS yang didapat yaitu 3.

- Seseorang dapat menggerakkan tubuh menjauhi sumber nyeri ketika dirangsang nyeri, poin GCS yang diperoleh yaitu 4. Contohnya, seseorang dapat menjauhkan tangan ketika dicubit.
- Bagian tubuh yang tersakiti dapat bergerak dan orang yang diperiksa dapat menunjukkan lokasi nyeri, poin GCS yang didapat yaitu 5. Contohnya ketika tangan diberi rangsangan nyeri, tangan akan mengangkat.
- Seseorang dapat melakukan gerakan ketika diperintahkan, poin GCS yang didapatkan yaitu 6.

#### **2.1.4 Tanda dan Gejala**

Gejala yang terjadi pada penderita cedera kepala ringan mungkin tidak langsung terlihat tepat pada saat cedera. Pada umumnya, gejala baru terlihat beberapa hari atau beberapa minggu setelah cedera terjadi.

Selain itu, gejala juga seringkali tidak disadari baik oleh orang yang mengalami cedera, keluarga, maupun dokter yang menangani. Pasalnya, penderita kerap terlihat normal meskipun sering merasa tidak dapat berpikir dengan normal.

Ketika muncul, beberapa gejala yang dapat ditemukan pada penderita cedera kepala ringan meliputi:

- Sakit kepala.
- Gangguan penglihatan.
- Kesadaran yang menurun (hanya sementara).
- Sulit berkonsentrasi.
- Pusing atau hilang keseimbangan.
- Rasa mual.
- Telinga berdenging.
- Kejang-kejang.
- Gangguan emosional.
- Gangguan atau kesulitan tidur.
- Muntah.
- Rasa sensitif terhadap cahaya dan suara.
- *Mood* yang berubah-ubah.
- Lamban dalam berpikir.
- Merasa kebingungan atau linglung.
- Kesulitan dalam mengemukakan pendapat atau perasaan.

## **2.1.5 Penatalaksanaan**

### **2.1.5.1 Keperawatan**

- a. Observasi 24 jam
- b. Jika pasien masih muntah sementara dipuaskan terlebih dahulu. Makanan atau cairan, pada trauma ringan bila muntah-muntah, hanya cairan infus dextrose 5%, amnifusin, aminofel (18 jam pertama dari terjadinya kecelakaan), 2-3 hari kemudian diberikan makanan lunak

- c. Berikan terapi intravena bila ada indikasi
- d. Pada anak diistirahatkan atau tirah baring

### **2.1.5.2 Medis**

- a. Terapi obat-obatan
  - 1) Dexamethason/kalmethason sebagai pengobatan anti edema serebral, dosis sesuai dengan berat ringannya trauma
  - 2) Pengobatan anti edema dengan larutan hipertonis yaitu mannitol 20 % atau glukosa 40 % atau gliserol 10 %
  - 3) Antibiotika yang mengandung barrier darah otak (penisillin) atau untuk infeksi anaerob diberikan metronidasol
  - 4) Pembedahan bila ada indikasi (hematom epidural besar, hematoma subdural, cedera kepala terbuka, fraktur impresi >1 diplo)
  - 5) Lakukan pemeriksaan angiografi serebral, lumbal fungsi, CT Scan dan MRI (Satyagara, 2017).

## **2.2 Konsep Asuhan Keperawatan**

### **2.2.1 Pengkajian**

#### **1. Primary Survey**

- a. Airway dan cervical control

Hal pertama yang dinilai adalah kelancaran airway. Meliputi pemeriksaan adanya obstruksi jalan nafas yang dapat disebabkan benda asing, fraktur tulang wajah, fraktur mandibula atau maksila, fraktur laringks atau trachea. Dalam hal ini dapat dilakukan “chin lift”

atau “jaw thrust”. Selama memeriksa dan memperbaiki jalan nafas, harus diperhatikan bahwa tidak boleh dilakukan ekstensi, fleksi atau rotasi dari leher.

b. Breathing dan ventilation

Jalan nafas yang baik tidak menjamin ventilasi yang baik. Pertukaran gas yang terjadi pada saat bernafas mutlak untuk pertukaran oksigen dan mengeluarkan karbon dioksida dari tubuh. Ventilasi yang baik meliputi: fungsi yang baik dari paru, dinding dada dan diafragma.

c. Circulation dan hemorrhage control

1) Volume darah dan Curah jantung

Kaji perdarahan klien. Suatu keadaan hipotensi harus dianggap disebabkan oleh hipovolemia. 3 observasi yang dalam hitungan detik dapat memberikan informasi mengenai keadaan hemodinamik yaitu kesadaran, warna kulit dan nadi.

2) Kontrol Perdarahan

d. Disability

Penilaian neurologis secara cepat yaitu tingkat kesadaran, ukuran dan reaksi pupil.

e. Exposure dan Environment control

Dilakukan pemeriksaan fisik head toe toe untuk memeriksa jejas.

2. Secondary Survey

a. Fokus assessme

b. Head to toe assessment

1. Pengkajian

Data Dasar Pengkajian Klien (Doenges, 2018). Data tergantung pada tipe, lokasi dan keperahan, cedera dan mungkin dipersulit oleh cedera tambahan pada organ-organ vital.

a. Aktivitas/istirahat

Gejala : Merasa lelah, lemah, kaku, hilang keseimbangan.

Tanda : Perubahan kesadaran, letargi, hemiparese, puandreplegia, ataksia, cara berjalan tidak tegang.

b. Sirkulasi

Gejala : Perubahan tekanan darah (hipertensi) bradikardi, takikardi.

c. Integritas Ego

Gejala : Perubahan tingkah laku dan kepribadian.

Tanda : Cemas, mudah tersinggung, angitasi, bingung, depresi dan impulsif.

d. Makanan/cairan

Gejala : Mual, muntah dan mengalami perubahan selera.

Tanda : muntah, gangguan menelan.

e. Eliminasi

Gejala : Inkontinensia, kandung kemih atau usus atau mengalami gangguan fungsi.

f. Neurosensori

Gejala : Kehilangan kesadaran sementara, amnesia, vertigo, sinkope, kehilangan pendengaran, gangguan pengecap dan penciuman, perubahan penglihatan seperti ketajaman.

Tanda : Perubahan kesadaran bisa sampai koma, perubahan status mental, konsentrasi, pengaruh emosi atau tingkah laku dan memoris.

g. Nyeri/kenyamanan

Gejala : Sakit kepala.

Tanda : Wajah menyeringai, respon menarik pada rangsangan nyeri yang hebat, gelisah, tidak bisa istirahat, merintih.

h. Pernafasan

Tanda : Perubahan pola pernafasan (apnoe yang diselingi oleh hiperventilasi nafas berbunyi)

i. Keamanan

Gejala : Trauma baru/trauma karena kecelakaan.

Tanda : Fraktur/dislokasi, gangguan penglihatan, gangguan rentang gerak, tonus otot hilang, kekuatan secara umum mengalami paralisis, demam, gangguan dalam regulasi suhu tubuh.

j. Interaksi sosial

Tanda : Apasia motorik atau sensorik, bicara tanpa arti, bicara berulang-ulang, disartia.

### 2.2.2 Diagnosa Keperawatan

- a. Ketiakdakefektifan perfusi jaringan cerebral b.d edema serebral, peningkatan TIK
- b. Pola nafas tidak efektif b.d gangguan kerusakan pusat pernafasan di medulla oblongata/jaringan otak
- c. Nyei akut b.d agen injuri fisik
- d. Trauma , tindakan invasif , immunosupresif , kerisakan jaringan factor resiko infeksi
- e. Defisit self care b.d kelemahan fisik penurunan kesadaran.

### 2.2.3 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	NOC	NIC
1	Ketiakdakefektifan perfusi jaringan cerebral b.d edema serebral, peningkatan TIK	Setelah di lakukan asuhan keperawatan 2x 24 jam klien menunjukkan status sirkulasi dan tissue perfusion cerebral membaik dengan KH : -TD dalam rentang normal	<b>Monitoring tekanan intrakranium :</b> a. kaji, observasi , evaluasi tanda-tanda penurunan perfusi serebral:

		<p>(120/80 mmhg ).</p> <p>-Tidak ada tanda peningkatan TIK</p> <p>-Klien mampu bicara dengan jelas, menunjukkan konsentrasi, perhatian dan orientasi baik</p> <p>-fungsi sensori motorik cranial utuh: kesadaran membaik (GCS 15 tidak ada gerakan involuter.</p>	<p>gangguan mental, pingsan, reaksi pupil, penglihatan kabur, nyeri kepala, gerakan bola mata.</p> <p>b. Hindari tindakan valsava manufer (suction lama, mencedan, batuk terus menerus)</p> <p>c. Berikan oksigen sesuai instruksi dokter</p> <p>d. lakukan tindakan bedrest total</p> <p>e. Posisikan kepala pasien lebih tinggi dari badan (30-40 derajat)</p>
--	--	---	--

			<p>f. Minimalkan stimulasi dari luar</p> <p>g. Monitor vital sign serta tingkat kesadaran</p> <p>h. Monitor tanda-tanda TIK</p> <p>i. Batasi gerakan leher dan kepala</p> <p>j. Kolaborasi pemberian obat-obatan untuk meningkatkan volume intravaskuler sesuai perintah dokter.</p>
2	<p>Pola nafas tidak efektif b.d gangguan kerusakan pusat pernafasan di medulla oblongata/jaringan</p>	<p>Setelah dilakukan Asuhan Keperawatan 2x24 jam klien menunjukkan pola nafas yang efektif dengan KH:</p> <p>-Pernafasan 16-20x/i, teratur</p>	<p>a. Kaji status nafas klien</p> <p>b. Kaji penyebab ketidakefektifan pola nafas</p> <p>c. Beri posisi</p>

	otak	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Suara nafas bersih</li> <li>-Pernafasan vesikuler</li> <li>-Saturasi O<sup>2</sup> ≥ 95 %</li> </ul>	<p>head up 35-45 derajat</p> <p>d.Monitor perubahan tingkat kesadaran, status mental dan peningkatan TIK</p> <p>e.Beri oksigen sesuai anjuran medic</p> <p>f.Kolaborasi dokter untuk terapi, tindakan dan pemeriksaan</p>
3	Nyei akut b.d agen injuri fisik	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 2x24 jam tingkat kenyamanan klien meningkat, nyeri terkontrol dengan KH:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien melaporkan nyeri berkurang dengan skala nyeri 2-3</li> <li>-Ekspresi wajah tenang</li> </ul>	<p>Manajemen nyeri :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien nyeri secara komperhensif (lokasi,karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan factor</li> </ul>

		<p>-Klien dapat beristirahat dan tidur</p>	<p>presipitasi)  b.Observasi  reaksi nonverbal  dari  ketidaknyamanan  c.Gunakan  tekhnik  komunikasi  teraupatik untuk  mengetahui  pengalaman nyeri  klien sebelumnya.  d.Kontrok fktor  lingkungan yang  mempengaruhi  nyeri seperti suhu  ruangan,kebisinga  n  e.Kurangi faaktor  presipitasi nyeri  f.Pilih dan  lakukan  penanganan nyeri</p>
--	--	--	--

			<p>(farmakologis non farmakologis)</p> <p>f. Ajarkan teknik non farmakologis (relaksasi, distraksi dll) untuk mengatasi nyeri</p> <p>h. Kolaborasi untuk pemberian analgetik</p> <p>i. Evaluasi tindakan pengurang nyeri/control nyeri</p>
4	<p>Trauma tindakan invasive, immunosupresif, kerusakan jaringan, factor resiko infeksi</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 2x24 jam infeksi terdeteksi terdeteksi dengan KH :</p> <p>-Tidak ada tanda-tanda infeksi</p> <p>-Suhu normal (36-37c)</p>	<p>Kontrol infeksi :</p> <p>a. Bersihkan lingkungan setelah dipakai pasien lain</p> <p>b. Batasi pengunjung bila</p>

			<p>perlu</p> <p>c.Lakukan cuci tangan sebelum dan sesudah tindakan keperawatan</p> <p>d..Gunakan baju,masker dan sarung tangan ssebagai alat pelindung</p> <p>e.Pertahankan lingkungan yang aseptik selama pemasangan alat</p> <p>f.Lakukan perawatan luka,drainage,dressing infus dan kateter setiap hari,jika ada</p> <p>Berikan antibiotik sesuai program</p>
--	--	--	--

			<p>Proteksi terhadap infeksi:</p> <p>a. Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan local</p> <p>b. Monitor hitung granulosit dan WBC</p> <p>c. Monitor kerentanan terhadap infeksi</p> <p>d. Pertahankan teknik aseptik untuk setiap tindakan</p> <p>e. Inspeksi kulit dan membran mukosa terhadap kemerahan, panas, drainas</p> <p>f. Inspeksi kondisi luka insisi bedah</p>
5	Defisit self care b/d	Setelah dilakukan asuhan	Bantuan

	<p>kelemahan fisik, penurunan kesadaran</p>	<p>keperawatan selama 2x24 jam klien dan keluarga dapat merawat diri: dengan kriteria</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Kebutuhan klien sehari-hari terpenuhi (makam, berpakaian, toileting, berhias, hygiene, oral hygiene,)</li> <li>-klien bersih dan tidak bau</li> </ul>	<p>perawatan diri:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Monitoring terhadap perawatan diri yang mandiri</li> <li>b. Monitoring kebutuhan akan personal hygiene, toileting, berpakaian, makan berhias</li> <li>c. Beri bantuan sampai klien mempunyai kemampuan untuk merawat diri</li> <li>d. Bantu klien dalam memenuhi kebutuhannya sehari-hari</li> <li>e. Anjurkan klien untuk melakukan</li> </ul>
--	---	---	--

			aktivitas sehari-hari sesuai kemampuannya f.Pertahankan aktivitas perawatan diri secara rutin g.Dorong untuk melakukan secara mandiri taapi beri bantuan ketika klien tidak mampu melakukannya h.Anjurkan keluarga untuk ikutsertaan dalam memenuhi ADL Klien
--	--	--	---

#### **2.2.4 Implementasi**

Implementasi keperawatan merupakan kategori dari perilaku keperawatan, dimana perawat melakukan tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dan hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan (Potter & Perry 2017, dalam Haryanto, 2017).

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Gordon, 2018, dalam Potter & Perry, 2018).

Implementasi keperawatan adalah kegiatan mengkoordinasikan aktivitas pasien, keluarga, dan anggota tim kesehatan lain untuk mengawasi dan mencatat respon pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilakukan (Nettina, 2017).

Jadi, implementasi keperawatan adalah kategori serangkaian perilaku perawat yang berkoordinasi dengan pasien, keluarga, dan anggota tim kesehatan lain untuk membantu masalah kesehatan pasien yang sesuai dengan perencanaan dan kriteria hasil yang telah ditentukan dengan cara mengawasi dan mencatat respon pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilakukan.

#### **Tipe implementasi keperawatan**

Secara garis besar terdapat tiga kategori dari implementasi keperawatan (Craven dan Hirnle, 2017) antara lain:

- a. Cognitive implementations.

Meliputi pengajaran atau pendidikan, menghubungkan tingkat pengetahuan klien dengan kegiatan hidup sehari-hari, membuat strategi untuk klien dengan disfungsi komunikasi, memberikan umpan balik, mengawasi tim keperawatan, mengawasi penampilan klien dan keluarga, serta menciptakan lingkungan sesuai kebutuhan, dan lain lain.

b. Interpersonal implementations.

Meliputi koordinasi kegiatan-kegiatan, meningkatkan pelayanan, menciptakan komunikasi terapeutik, menetapkan jadwal personal, pengungkapan perasaan, memberikan dukungan spiritual, bertindak sebagai advokasi klien, role model, dan lain lain.

c. Technical implementations.

Meliputi pemberian perawatan kebersihan kulit, melakukan aktivitas rutin keperawatan, menemukan perubahan dari data dasar klien, mengorganisir respon klien yang abnormal, melakukan tindakan keperawatan mandiri, kolaborasi, dan rujukan, dan lain-lain.

### **2.2.5 Evaluasi**

Evaluasi yaitu penilaian hasil dan proses. Penilaian hasil menentukan seberapa jauh keberhasilan yang dicapai sebagai keluaran dari tindakan.

Penilaian proses menentukan apakah ada kekeliruan dari setiap tahapan proses mulai dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, tindakan, dan evaluasi itu sendiri. (Ali, 2019)

Evaluasi merupakan tahap akhir yang bertujuan untuk menilai apakah tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau tidak untuk

mengatasi suatu masalah.(Meirisa, 2016).Pada tahap evaluasi, perawat dapat mengetahui seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana tindakan, dan pelaksanaan telah tercapai.

Meskipun tahap evaluasi diletakkan pada akhir proses keperawatan tetapi tahap ini merupakan bagian integral pada setiap tahap proses keperawatan. Pengumpulan data perlu direvisi untuk menentukan kecukupan data yang telah dikumpulkan dan kesesuaian perilaku yang observasi.Diagnosis juga perlu dievaluasi dalam hal keakuratan dan kelengkapannya.Evaluasi juga diperlukan pada tahap intervensi untuk menentukan apakah tujuan intervensi tersebut dapat dicapai secara efektif.(Nursalam, 2018).