

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Pustaka

1. Konsep Dasar Pneumonia

a. Defenisi

Pneumonia adalah salah satu penyakit infeksi saluran pernapasan bawah akut (ISNBA) dengan gejala batuk dengan disertai dengan sesak nafas yang disebabkan agen infeksius seperti Virus, Bakteri, Mycoplasma (fungi), Dan aspirasi substansi asing, berupa radang paru-paru yang disertai eksudasi dan konsolidasi. (Nanda 2015)

Pneumonia merupakan istilah umum yang menandakan inflamasi pada daerah pertukaran gas dalam pleura, biasanya mengimplikasikan inflamasi parenkim paru yang disebabkan oleh infeksi. (Caia Francis 2011).

Pneumonia adalah proses inflamatori parenkim paru yang umumnya disebabkan oleh agens infeksius (Brunner & suddarth 2012).

b. Klasifikasi

Klasifikasi berdasarkan anatomi (IKA FKUI) :

- a) Pneumonia lobaris, Melibatkan seluruh atau satu bagian besar dari satu atau lebih lobus paru, Bila kedua paru terkena, maka dikenal sebagai pneumonia bilateral atau “ganda”
- b) Pneumonia lobaris (Bronkopneumonia) terjadi pada ujung akhir bronkiolus, yang tersumbat oleh eksudat mukopurulen untuk membentuk bercak konsolidasi dalam lobus yang berada di dekatnya, di sebut juga pneumonia lobularis.
- c) Pneumonia interstitial (Bronkialitis) proses inflamasi yang terjadi di dalam dinding alveolar (intertisium) dan jaringan peribronkial serta interlobular

Klasifikasi pneumonia berdasarkan inang dan lingkungan :

- a) Pneumonia komunitas
Dijumpai pada H. Influenza pada pasien perokok, pathogen atipikal pada lansia, Gram negative pada pasien di rumah jompo, dengan adanya PPOK, Penyakit penyerta kardiopulmonal/jamak, atau paksa antibiotika spectrum luas.
- b) Pneumonia Nosokomial
Tergantung pada tiga faktor yaitu: Tingkat berat sakit, adanya resiko untuk jenis pathogen tertentu, dan masa menjelang timbul

onset pneumonia.

c) Pneumonia Aspirasi

Disebabkan oleh infeksi kuman, Penumonitis kimia akibat aspirasi bahan toksik, Akibat aspirasi cairan inert misalnya cairan makanan atau lambung, Edema paru, dan obstruksi mekanik simple oleh bahan padat.

d) Pneumonia pada gangguan imun

Terjadi karena akibat proses penyakit dan akibat terapi. Penyebab infeksi dapat disebabkan oleh kuman pathogen atau mikroorganisme yang biasanya nonvirulen, berupa bakteri, Protozoa, Parasit, Virus, Jamur, dan cacing. (NANDA Nic-Noc 2013 dan NANDA Nic-Noc 2015)

c. Etiologi

- 1) Streptococcus pneumonia tanpa penyulit
- 2) Streptococcus pneumonia dengan penyulit
- 3) Haemophilus influenzae
- 4) Staphilococcus aureus
- 5) Mycoplasma pneumonia
- 6) Virus pathogen

- 7) Aspirasi basil gram negatif, klebsiela, pseudomonas, Enterobacter, Eschericia proteus, basil gram positif.
- 8) Stafilococcus
- 9) Aspirasi asa lambung
- 10) Terjadi bila kuman patogen menyebar ke paru-paru melalui aliran darah, Seperti pada kuman Stafilococcus, E.coli, anaerob enterik

d. Manifestasi Klinis

Menurut Nanda Nic-Noc (2013) dan Nanda Nic- Noc (2015) manifestasi klinis yang muncul pada pasien dengan pneumonia adalah :

- 1) Demam, sering tampak sebagai tanda infeksi yang pertama. Paling sering terjadi pada usia 6 bulan- 3 bulan dengan suhu mencapai $39,0^{\circ}\text{C}$ - $40,5^{\circ}\text{C}$ bahkan dengan infeksi ringan. Mungkin malas dan peka rangsangan atau terkadang euforia dan lebih aktif dari normal, beberapa anak bicara dengan kecepatan yang tidak biasa.
- 2) Meningismus, yaitu tanda-tanda meningael tanpa infeksi meninges. Terjadi dengan awitan demam yang tiba-tiba disertai dengan nyeri kepala, nyeri dan kekakuan pada punggung dan leher, adanya tanda kerning dan brudzinski, dan akan berkurang saat suhu turun

- 3) Anoreksia, merupakan hal yang umum disertai dengan penyakit masa kanak-kanak. Seringkali merupakan bukti awal dari penyakit. Menetap sampai pada derajat yang lebih besar atau lebih sedikit melalui tahap demam dari penyakit, seringkali memanjang sampai ke tahap pemulihan.
- 4) Muntah, Anak kecil mudah muntah bersamaan dengan penyakit yang merupakan petunjuk untuk awitan infeksi. Biasanya berlangsung singkat. Tetapi dapat menetap selama sakit.
- 5) Diare, Biasanya ringan, diare sementara tetapi dapat menjadi berat. Sering menyertai infeksi pernafasan. Khususnya karena virus.
- 6) Nyeri abdomen, merupakan keluhan umum. Kadang tidak bisa dibedakan dengan nyeri apendiksitis.
- 7) Sumbatan nasal, pasase nasal kecil dari bayi mudah tersumbat oleh pembengkakan mukosa dan eksudasi, dapat mempengaruhi pernafasan dan menyusu pada bayi.
- 8) Keluaran nasal, sering menyertai dengan infeksi saluran pernafasan. Mungkin encer dan sedikit (rinorea) atau kental dan purulen, bergantung pada tipe dan atau tahap infeksi.
- 9) Batuk, merupakan gambaran umum dari penyakit pernafasan. Dapat menjadi bukti hanya fase akut.
- 10) Bunyi pernafasan, seperti batuk, mengi, mengorok, auskultasi terdengar mengi, krekels.

11) Sakit tenggorokan, merupakan keluhan yang sering terjadi pada anak yang lebih besar. Ditandai dengan anak akan menolak untuk minum dan makan per oral.

e. Patofisiologi

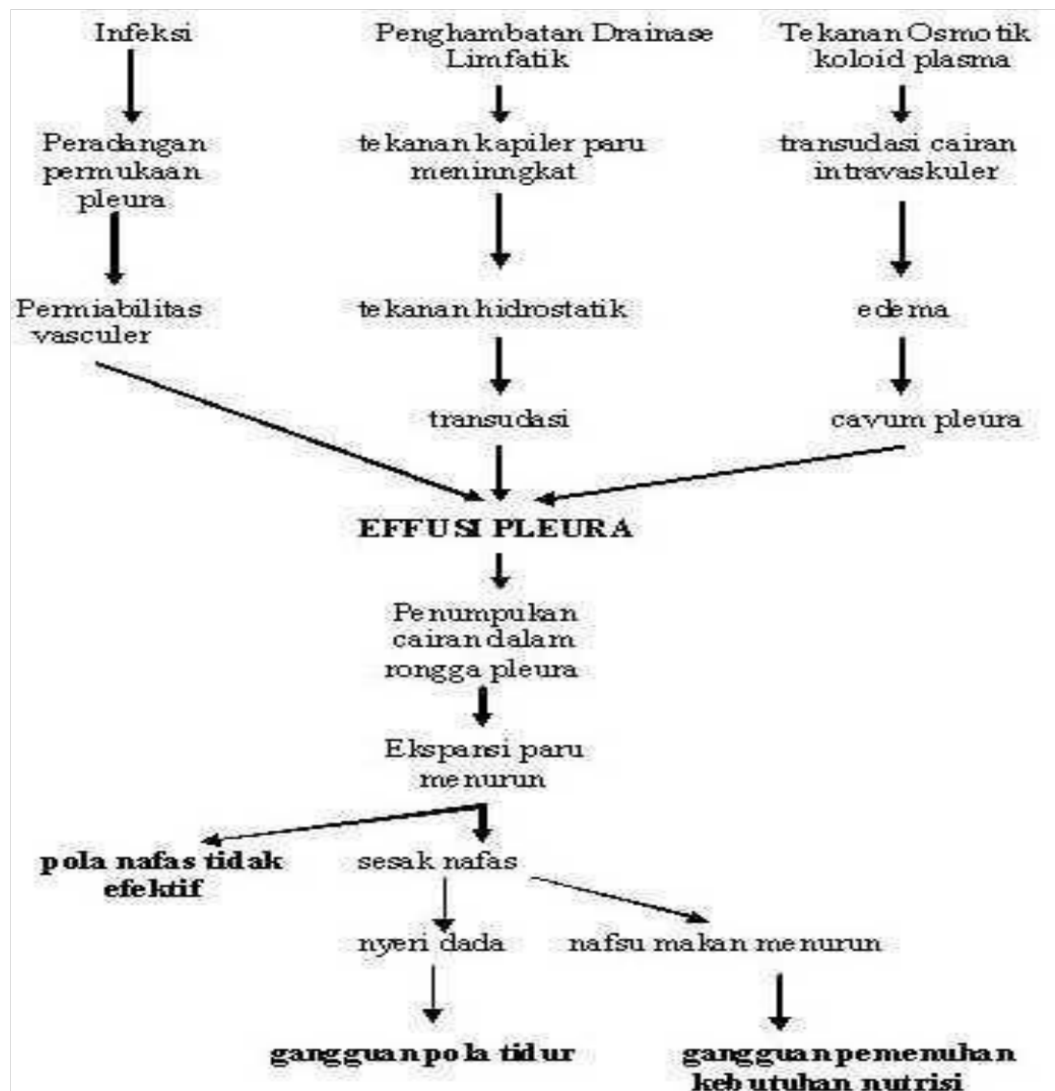
Paru merupakan struktur kompleks yang terdiri atas kumpulan unit yang dibentuk melalui percabangan progresif jalan napas. Saluran napas bagian bawah yang normal adalah steril, walaupun berseblahan dengan sejumlah besar mikroorganisme yang menempati orofaring dan terpajam oleh mikroorganisme dari lingkungan di dalam udara yang dihirup. Sterilitas saluran napas bagian bawah adalah hasil mekanisme penyaringan dan pembersihan yang efektif.

Saat terjadi inhalasi-bakteri mikroorganisme penyebab pneumonia ataupun akibat dari penyebaran secara hematogen dari tubuh dan aspirasi melalui orofaring tubuh pertama kali akan melakukan mekanisme pertahanan primer dengan meningkatkan respon radang.

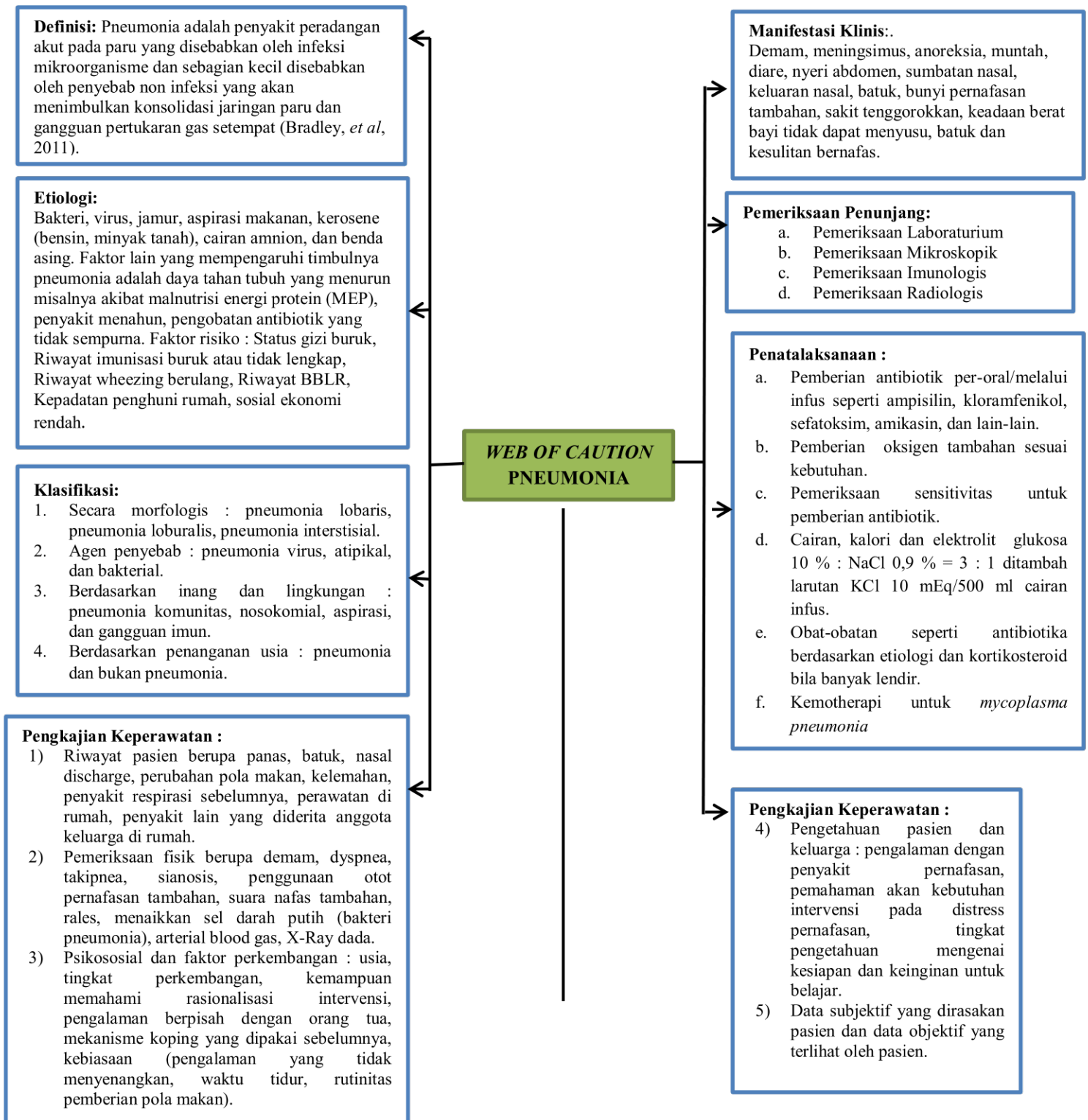
Timbulnya hepatitis merah dikarenakan perembesan eritrosit dan beberapa leukosit dari kapiler paru-paru. Pada tingkat lanjut aliran darah menurun, alveoli penuh dengan leukosit dan relatif sedikit eritrosit. Kuman pneumococcus difagosit oleh leukosit dan sewaktu resolusi berlangsung makrofag masuk ke dalam alveoli dan menelan leukosit beserta kuman. Paru masuk ke dalam tahap hepatitis abu-abu dan tampak berwarna abu-abu. Kekuningan. Secara perlahan sel darah merah yang

mati dan eksudat fibrin dibuang dari alveoli. Terjadi resolusi sempurna. Paru kembali menjadi normal tanpa kehilangan kemampuan dalam pertukaran gas.

f. *Patway* Pneumonia



(Sumber pathway : Nurarif A.H, 2015)



g. Komplikasi

Komplikasi menurut (fakultas kedokteran UI 2012) Dengan penggunaan antibiotika, komplikasi hampir tidak pernah dijumpai komplikasi yang dapat di jumpai adalah : Epiema, Otitis media akut, komplikasi lain seperti Meningitis, perikarditis, osteolitis, peritonitis lebih jarang dilihat.

h. Pemeriksaan Penunjang

- 1) Sinar X : Mengidentifikasi distribusi struktural (misal: lobar, bronchial: dapat juga menyatakan abses) luas/infiltrasi, empiema (stapilacoccus), infiltrasi menyebar atau terlokalisasi (bakterial), atau penyebatan /perluasan infiltrasi nodul (lebih sering virus). Pada pneumonia mikoplasma, sinar x dada mungkin bersih.
- 2) GDA/ nadi oksimetris : Tidak normal mungkin terjadi, tergantung pada luas paru yang terlibat dan penyakit paru yang ada.
- 3) Pemeriksaan gram/kultur, Sputum dan darah : Untuk dapat diambil biosi jarum, aspirasi transtrakea, bronkoskopi fiberoptik atau biosi pembukaan paru untuk mengatasi organisme penyebab. Lebih dari satu organisme ada : Bakteri yang umum meliputi diplococcus pneumonia, stapilococcus, Aureus A-hemolitik streptococcus, hemophilus influenza : CMV. Catatan: keluar sekretum tak dapat diidentifikasi semua organisme yang ada. Keluar darah dapat menunjukkan bakteremia sementara.
- 4) JDL : Leukositosis biasanya ada, meskipun sel darah putih rendah terjadi pada infeksi virus, kondisi tekanan imum seperti AIDS, Memungkinkan

berkembangnya pneumonia bakterial.

- 5) Pemeriksaan serologi : mis, Titer virus atau legionella, aglutinin dingin, membantu dalam membedakan diagnosis organisme khusus.
- 6) Pemeriksaan fungsi paru : Volume mungkin menurun (kongesti dan kolaps alveolar): tekanan jalan nafas mungkin meningkat dan komplain. Mungkin terjadi perembesan (hipoksemia)
- 7) Elektrolit : Natrium dan klorida mungkin rendah
- 8) Bilirubin : Mungkin meningkat
- 9) Aspirasi perkutan/ biopsi jaringan paru terbuka : Dapat menyatakan jaringan intra nuklear tipikal dan keterlibatan sitoplasmik (CMP : karakteristik sel rekayasa (rubela).

i. Penatalaksanaan

- 1) Penatalaksanaan Medis
 - a) Oksigen 1-2L/ menit
 - b) IVFD (Intra venous fluid Drug) / (pemberian obat melalui intra vena) dekstrose 10 % : NaCl 0,9% = 3:1, + KCL 10 meq / 500 ml cairan. Jumlah cairan sesuai dengan berat badan, kenaikan suhu, dan status hidrasi.
 - c) Jika sesak tidak terlalu hebat, dapat dimulai dengan makanan entral bertahap memulai selang nasogastrik dengan feding drip.
 - d) Jika sekresi lendir berlebihan dapat diberikan inhalasi dengan salin normal dan beta agonis untuk memperbaiki transpormukossiller.

- e) Koreksi gangguan keseimbangan asam-basa dan elektrolit.
- f) Antibiotik sesuai hasil biakan atau berikan
- g) Untuk kasus pneumonia komuniti base : Ampicilin 100 mg/ kg BB/ hari dalam 4 hari pemberian, Kloramfenicol 75 mg /kg BB/ hari dalam 4 hari pemberian.
- h) Untuk kasus pneumonia hospital base : Cefotaxim 100 mg/kg BB/ hari dalam 2 kali pemberian, Amikasin 10-15 mg/ kg BB/ hari dalam 2 kali pemberian (Arif mansjoer, dkk, 2015).

2) Penatalaksanaan Keperawatan

Peran perawat dalam penatalaksanaan penyakit pneumonia secara primer yaitu memberikan pendidikan kepada keluarga klien untuk meningkatkan pengetahuan tentang penyakit pneumonia dengan perlindungan kasus dilakukan melalui imunisasi, hygiene personal, dan sanitasi lingkungan. Peran sekunder dari perawat adalah memberikan fisioterapi dada, nebulasi, suction, dan latihan nafas dalam dan batuk efektif agar penyakit tidak kembali kambuh.

2. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

a. Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan pasien menurut Lyster et al 2010, dalam Setiadi, 2012).

Menurut Dermawan (2013) Pengkajian adalah pemikiran dasar dari proses keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan informasi atau data tentang pasien, agar dapat mengidentifikasi, mengenali masalah-masalah, kebutuhan kesehatan dan keperawatan pasien, baik fisik, mental, sosial dan lingkungan.

Menurut Brunner & suddarth (2015) Proses keperawatan adalah penerapan pemecahan masalah keperawatan secara ilmiah yang digunakan untuk mengidentifikasi masalah-masalah klien. Merencanakan secara sistematis dan melaksanakan serta mengevaluasi hasil tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.

1) Pengumpulan Data

Identitas klien : Lakukan pengkajian pada identitas pasien dan isi identitasnya, yang meliputi : Nama, jenis kelamin, suku bangsa, tanggal lahir, alamat, agama, tanggal pengkajian, keluhan utama ; keluhan dimulai dengan infeksi saluran pernafasan, kemudian mendadak panas tinggi disertai batuk yang hebat, nyeri dada dan nafas sesak, Riwayat kesehatan sekarang : pada klien pneumonia yang sering dijumpai pada waktu anamnesis ada klien mengeluh mendadak panas tinggi (38°C - 41°C) Disertai menggigil, kadang-kadang muntah, nyeri pleura dan batuk pernafasan terganggu (takipnea), batuk yang kering akan menghasilkan sputum seperti karat dan purulen. Riwayat penyakit dahulu

: Pneumonia sering diikuti oleh suatu infeksi saluran pernafasan atas, pada penyakit PPOM, tuberkulosis, DM, Pasca influenza dapat mendasari timbulnya pneumonia, Riwayat penyakit keluarga : Adakah anggota keluarga yang menderita penyakit yang sama dengan klien atau asma bronkiale, tuberkulosis, DM, atau penyakit ISPA lainnya.

2) **Pemeriksaan Fisik**

Keadaan Umum : Klien tampak lemah, hasil pemeriksaan tanda-tanda vital pada klien dengan pneumonia biasanya didapatkan peningkatan suhu tubuh lebih dari 40°C , frekuensi napas meningkat dari frekuensi normal, denyut nadi biasanya seirama dengan peningkatan suhu tubuh dan frekuensi pernapasan, dan apabila tidak melibatkan infeksi sistem yang berpengaruh pada hemodinamika kardiovaskuler tekanan darah biasanya tidak ada masalah.

a) ***B1 (Breathing)***

Pemeriksaan fisaik pada klien dengan pneumonia merupakan pemeriksaan fokus, berurutan pemeriksaan ini terdiri atas inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi.

Inspeksi : Bentuk dada dan gerakan pernapasan, Gerakan pernapasan simetris. Pada klien dengan pneumonia sering ditemukan peningkatan frekuensi napas cepat dan dangkal, serta adanya retraksi sternum dan intercostal space (ICS). Napas cuping hidung pada sesak berat dialami

terutama oleh anak-anak. Batuk dan sputum. Saat dilakukan pengkajian batuk pada klien dengan pneumonia, biasanya didapatkan batuk produktif disertai dengan adanya peningkatan produksi sekret dan sekresi sputum yang purulen.

Palpasi : Gerakan dinding thorak anterior/ ekskresi pernapasan. Pada palpasi klien dengan pneumonia, gerakan dada saat bernapas biasanya normal dan seimbang antara bagian kanan dan kiri. Getaran suara (frimitus vocal). Taktil frimitus pada klien dengan pneumonia biasanya normal.

Perkusi : Klien dengan pneumonia tanpa disertai komplikasi, biasanya didapatkan bunyi resonan atau sonor pada seluruh lapang paru. Bunyi redup perkusi pada klien dengan pneumonia didapatkan apabila bronkopneumonia menjadi suatu sarang (kunfluens).

Auskultasi : Pada klien dengan pneumonia, didapatkan bunyi napas melemah dan bunyi napas tambahan ronkhi basah pada sisi yang sakit. Penting bagi perawat pemeriksa untuk mendokumentasikan hasil auskultasi di daerah mana didapatkan adanya ronkhi.

b) B2 (Blood)

Pada klien dengan pneumonia pengkajian yang didapat meliputi :

Inspeksi : Didapatkan adanya kelemahan fisik secara umum.

Palpasi : Denyut nadi perifer melemah.

Perkusi : Batas jantung tidak mengalami pergeseran.

Auskultasi : Tekanan darah biasanya normal, bunyi jantung tambahan biasanya tidak didapatkan.

c) B3 (Brain)

Klien dengan pneumonia yang berat sering terjadi penurunan kesadaran, didapatkan sianosis perifer apabila gangguan perfusi jaringan berat. Pada pengkajian objektif, wajah klien tampak meringis. Menangis, merintih, merengang, dan mengeliat

d) B4 (Bladder)

Pengukuran volume output urine berhubungan dengan intake cairan. Oleh karena itu, perawat perlu memonitor adanya oliguria karena hal tersebut merupakan tanda awal dari syok.

e) B5 (Bowel)

Klien biasanya mengalami mual, muntah, penurunan napsu makan, dan penurunan berat badan.

f) B6 (Bone)

Kelemahan dan kelelahan fisik secara umum sering menyebabkan ketergantungan klien terhadap bantuan orang lain dalam melakukan aktivitas sehari-hari

b. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan keputusan klinik tentang respon individu, keluarga dan masyarakat tentang masalah kesehatan pasien baik yang actual atau potensial yang didapatkan berdasarkan hasil pengkajian dan pemeriksaan keperawatan, Hal ini merupakan komponen dari langkah langkah pemberian asuhan keperawatan yang salah satunya adalah penetapan diagnosa keperawatan berdasarkan pendidikan dan pengalamannya, perawat secara akuntabilitas dapat mengidentifikasi dan memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga, menurunkan, membatasi, mencegah dan merubah status kesehatan klien (Nanda, 2013)

Tujuan diagnosa keperawatan untuk mengidentifikasi menurut Wahid & Suprpto (2012) sebagai berikut:

- a) Masalah dimana adanya respon klien terhadap status kesehatan atau penyakit.
- b) Faktor yang menunjang atau menyebabkan suatu masalah.
- c) Kemampuan klien untuk mencegah atau menyelesaikan masalah.
- d) Mengkomunikasikan masalah klien pada tim kesehatan.

- e) Mendemonstrasikan tanggung jawab dalam indentifikasi masalah klien.
- f) Mengidentifikasi masalah utama untuk perkembangan intervensi keperawatan.

Menurut Arif Muttaqim (2012) Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul

- 1) Ketidakefektifan bersihan jalan napas b.d penumpukan sekret
- 2) Hipertermi b.d Proses peradangan.
- 3) Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d intake yang inadkuat,
- 4) Nyeri (Akut) b.d Inflamasi parenkim paru, batuk menetap
- 5) Intoleransi aktifitas b.d Ketidak seimbangan antara suplai oksigen.
- 6) Resiko tinggi terhadap kekurangan volume cairan b.d kehilangan cairan berlebihan, penurunan masukan oral.

c. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan merupakan tahap ketiga dalam proses keperawatan dimana pada tahap ini perawat menentukan suatu rencana yang akan diberikan pada pasien sesuai dengan masalah yang dialami pasien setelah pengkajian dan perumusan diagnosa. Menurut Moorhead (2013) dan Bulechek (2013), intervensi keperawatan yang ditetapkan pada anak dengan kasus pneumonia adalah :

Pneumonia	NOC	NIC
<p>Definisi : Pneumonia adalah infeksi akut yang mengenai jaringan paru-paru (alveoli) dan mempunyai gejala batuk, sesak nafas, bunyi nafas ronki, dan infiltrat pada foto rontgen. Terjadinya pneumonia pada anak sering kali bersamaan dengan terjadinya proses infeksi akut disebut bronkopneumonia.</p> <p>Batasan karakteristik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. pH darah arteri abnormal 2. pH arteri abnormal 3. pernafasan abnormal (mis, kecepatan, irama, kedalaman) 4. Warna kulit abnormal (misalnya pucat, dan kehitaman) 5. Konfusi 6. Sianosis (pada neonates saja) 7. Penurunan karbon dioksida 8. Diaphoresis 9. Dispnea 10. Sakit kepala saat bangun 11. Hiperkapnia 12. Hipoksia 13. Iritabilitas 14. Nafas cuping hidung 15. Gelisah 16. Samnolen 17. Takikardi 18. Gangguan penglihatan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Status pernafasan : gangguan pertukaran gas 2. Status pernafasan : ventilasi 3 Tanda-tanda vital <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mendemostrasikan peningkatan ventilasi dan oksigenasi yang adekuat 2. Memelihara kebersihan paru-paru dan bebas dari tanda-tanda distress pernafasan 3. Mendemostasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih, tidak ada sianosis dan dispnea (mampu mengeluarkan sputum, mampu bernafas dengan mudah, tidak ada pursed lips) 4. Tanda-tanda vital dalam rentang normal 	<p>Manajemen jalan nafas</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Buka jalan nafas, gunakan teknik chin lift atau jaw thrust bila perlu 2. Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi 3. Identifikasi pasien perlunya pemasangan alat jalan nafas buatan 4. Pasang mayo bila perlu 5. Lakukan fisioterapi dada jika perlu 6. Keluarkan secret dengan batuk atau suction 7. Auskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan 8. Lakukan suction pada mayo 9. Berikan bronkodilator bila perlu 10. Berikan pelembab udara 11. Atur intake untuk cairan mengoptimalkan keseimbangan 12. Monitor respirasi dan status o₂ <p>Pemantauan respirasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor rata-rata, kedalaman, irama dan usaha respirasi 2. Catat pergerakan dada amati kesimetrisan, penggunaan otot supraclavicular dan intercostal 3. Monitor suara nafas, seperti dengkur 4. Monitor pola nafas : bradinea, takipnea, kusmaul, hiperventilasi, cheyne stokes, biot 5. Catat lokasi trakea 6. Monitor kelelahan otot diafragma (gerakan paradoksis) 7. Auskultasi suara nafas, catat area penurunan / tidak adanya ventilasi dan suara

		<p>tambahan</p> <p>8. Tentukan kebutuhan suction dengan mengauskultasi crakles dan ronkhi pada jalan nafas utama</p> <p>9. Auskultasi suara paru setelah tindakan untuk mengetahui hasilnya</p>
--	--	---

Menurut Dermawan (2010) memilih rencana tindakan atau intervensi keperawatan sebagai berikut :

- 1) Tindakan keperawatan harus aman bagi pasien.
- 2) Tindakan keperawatan harus sejalan dengan tindakan pengobatan.
- 3) Tindakan keperawatan harus didasari prinsip dan pengetahuan yang digabungkan dari pendidikan dan pengalaman sebelumnya.
- 4) Tulis sekumpulan tindakan keperawatan untuk mencapai setiap tujuan.
- 5) Pilih satu kumpulan tindakan keperawatan yang kiranya cocok dengan sikap yang disebutkan dalam pernyataan tujuan.
- 6) Tindakan keperawatan harus realistis.
- 7) Tindakan keperawatan harus penting bagi peningkatan kesehatan pasien dan sejalan dengan tujuan serta nilai perseorangan pasien.
- 8) Gunakan pasien sebagai sumber-sumber dalam memilih tindakan keperawatan.
- 9) Tulis tindakan keperawatn secara berurutan.

d. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah pelaksanaan rencana keperawatan oleh perawat dan pasien (Riyadi, 2010).

Implementasi keperawatan adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan (Setiadi, 2012).

Pedoman implementasi keperawatan menurut Dermawan (2012) sebagai berikut:

- a) Tindakan yang dilakukan konsisten dengan rencana dan dilakukan setelah memvalidasi rencana.

Validasi menentukan apakah rencana masih relevan, masalah mendesak, berdasar pada rasional yang baik dan diindividualisasikan. Perawat memastikan bahwa tindakan yang sedang diimplementasikan, baik oleh pasien, perawat atau yang lain, berorientasi pada tujuan dan hasil. Tindakan selama implementasi diarahkan untuk mencapai tujuan.

- b) Keterampilan interpersonal, intelektual dan teknis dilakukan dengan kompeten dan efisien di lingkungan yang sesuai.

Perawat harus kompeten dan mampu melaksanakan keterampilan ini secara efisien guna menjalankan rencana. Kesadaran diri dan kekuatan serta keterbatasan perawat menunjang pemberian asuhan yang kompeten dan efisien sekaligus memerankan peran keperawatan profesional.

c) Keamanan fisik dan psikologis pasien dilindungi.

Selama melaksanakan implementasi, keamanan fisik dan psikologis dipastikan dengan mempersiapkan pasien secara adekuat, melakukan asuhan keperawatan dengan terampil dan efisien, menerapkan prinsip yang baik, mengindividualisasikan tindakan dan mendukung pasien selama tindakan tersebut.

d) Dokumentasi tindakan dan respon pasien dicantumkan dalam catatan perawatan kesehatan dan rencana asuhan.

Dokumentasi dalam catatan perawatan kesehatan terdiri atas deskripsi tindakan yang diimplementasikan dan respon pasien terhadap tindakan tersebut. Tindakan yang tidak diimplementasikan juga dicatat disertai alasan. Dokumentasi rencana asuhan untuk meningkatkan kesinambungan asuhan dan untuk mencatat perkembangan pasien guna mencapai kriteria hasil.

f. Evaluasi Keperawatan

1) Pengertian evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah mengkaji respon pasien setelah dilakukan intervensi keperawatan dan mengkaji ulang asuhan keperawatan yang telah diberikan (Deswani, 2013).

Evaluasi keperawatan adalah kegiatan yang terus menerus dilakukan untuk menentukan apakah rencana keperawatan efektif dan

bagaimana rencana keperawatan dilanjutkan, merevisi rencana atau menghentikan rencana keperawatan (Manurung, 2011).

1) Penilaian keberhasilan

Penilaian adalah tahap yang menentukan apakah tujuan tercapai. Evaluasi selalu berkaitan dengan tujuan, apabila dalam penilaian ternyata tujuan tidak tercapai, maka perlu dicari penyebabnya. Hal tersebut dapat terjadi karena beberapa faktor :

- a. Tujuan tidak realistis.
- b. Tindakan keperawatan yang tidak tepat.
- c. Terdapat faktor lingkungan yang tidak dapat diatasi.

Alasan pentingnya penilaian sebagai berikut :

- a) Menghentikan tindakan atau kegiatan yang tidak berguna.
- b) Untuk menambah ketepatan tindakan keperawatan.
- c) Sebagai bukti hasil dari tindakan perawatan.
- d) Untuk pengembangan dan penyempurnaan praktik keperawatan.

3) Tipe pernyataan evaluasi

Tipe pernyataan evaluasi menurut Setiadi (2012) sebagai berikut:

Tipe pernyataan tahapan evaluasi dapat dilakukan secara formatif dan sumatif. Evaluasi formatif adalah evaluasi yang dilakukan selama proses asuhan keperawatan, sedangkan evaluasi sumatif adalah evaluasi akhir.

a. Pernyataan evaluasi formatif.

Hasil observasi dan analisa perawat terhadap respon pasien segera pada saat atau setelah dilakukan tindakan keperawatan dan ditulis pada catatan perawatan.

b. Pernyataan evaluasi sumatif.

Rekapitulasi dan kesimpulan dari observasi dan analisa status kesehatan sesuai waktu pada tujuan dan ditulis pada catatan perkembangan.

4) Bentuk evaluasi keperawatan

Bentuk evaluasi menurut Deswani (2010) sebagai berikut:

a. Evaluasi struktur.

Evaluasi struktur difokuskan pada kelengkapan tata cara atau keadaan sekeliling tempat pelayanan keperawatan diberikan. Aspek lingkungan secara langsung atau tidak langsung mempengaruhi dalam pemberian pelayanan.

b. Evaluasi proses.

Evaluasi proses berfokus pada penampilan kerja perawat dan apakah perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan merasa cocok, tanpa tekanan, dan sesuai wewenang.

c. Evaluasi hasil.

Evaluasi hasil berfokus pada respon dan fungsi pasien. Respon perilaku pasien merupakan pengaruh dari intervensi keperawatan dan akan terlihat pada pencapaian tujuan dan kriteria hasil.