

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Penyakit Asma Bronkhial

1. Pengertian

Asma Bronkhial merupakan penyakit paru dengan karakteristik obstruksi saluran napas dimana saluran napas mengalami penyempitan yang bersifat reversible karena peningkatan hiperesponsif jalan napas mengalami kontaminasi dengan antigen, yang menimbulkan gejala berulang seperti batuk-batuk terutama di malam menjelang dini hari, wheezing, sesak napas, dada terasa berat. Penyempitan saluran napas ini dapat terjadi secara bertahap, perlahan-lahan dan bahkan menetap dengan pengobatan tetapi dapat pula terjadi secara mendadak, sehingga menimbulkan kesulitan bernapas akut. (Irianto, 2015) dan (Rab, 2010)

2. Tipe Asma

Menurut (Somantri, 2012) Tipe asma bronkhial berdasarkan penyebabnya terbagi menjadi alergi, idiopati, dan nonalergik atau campuran (mixed).

a. Asma Bronkhial Alergik/Ekstrinsik

Merupakan suatu bentuk asma bronkhial dengan alergen seperti bulu binatang, debu, ketombe, tepung sari makanan, dan lain-lain. Alergen terbanyak adalah airborne dan musiman (seasonal). Klien dengan asma alergik biasanya mempunyai riwayat penyakit alergi pada keluarga dan riwayat pengobatan eksim atau rhinitis alergik. Paparan terhadap alergi akan mencetuskan serangan asma. Bentuk asma ini biasanya dimulai sejak kanak-kanak.

b. Idiopatik atau Nonalergik Asma Bronkhial/Intrinsik

Tidak berhubungan secara langsung dengan alergen spesifik. Faktor-faktor seperti, common cold, infeksi saluran napas atas, aktivitas, emosi/stres, dan polusi lingkungan akan mencetuskan serangan. Beberapa agen farmakologi, seperti antagonis β -adrenergik dan bahan sulfat (penyedap makanan) juga dapat menjadi faktor penyebab. Serangan dari asma idiopatik atau nonalergik menjadi lebih berat dan sering kali dengan berjalannya waktu dapat berkembang menjadi bronkitis dan emfisema. Pada beberapa kasus dapat berkembang menjadi asma bronkhial campuran. Bentuk asma bronkhial ini biasanya dimulai ketika dewasa (>35 tahun).

c. Asma Bronkhial Campuran (Mixed Asma)

Merupakan bentuk asma bronkhial yang paling sering. Dikarakteristikkan dengan bentuk kedua jenis asma alergi dan idiopatik atau nonalergi.

3. Etiologi

Menurut (Wahid & Suprpto, 2013) Obstruksi jalan napas pada asma bronkhial disebabkan oleh :

- a. Kontraksi otot sekitar bronkus sehingga terjadi penyempitan nafas
- b. Pembengkakan membrane bronkus
- c. Bronkus terisi oleh mucus yang kental

1) Faktor predisposisi :

a) Genetik

Diturunkannya bakat alergi dari keluarga dekat, meski belum diketahui bagaimana penurunannya dengan jelas.

2) Faktor Pencetus :

a) Alergen

Inhalan, yang masuk melalui saluran pernafasan (debu, bulu binatang, serbuk bunga, bakteri, polusi). Ingestin, yang masuk melalui mulut (makanan dan obat-obatan).

b) Perubahan cuaca

Cuaca lembab dan hawa yang dingin sering mempengaruhi asma bronkhial, perubahan cuaca menjadi pemicu serangan asma bronkhial seperti musim hujan, musim bunga, musim kemarau. Hal ini berhubungan dengan angin, serbuk bunga dan debu.

c) Lingkungan kerja

Mempunyai hubungan langsung dengan sebab terjadinya asma bronkhial, hal ini berkaitan dengan dimana dia bekerja. Misalnya orang yang bekerja di pabrik kayu, polisi lalu lintas. Gejala ini membaik pada waktu atau cuti.

d) Olahraga

Sebagian besar penderita akan mendapat serangan asma bila sedang bekerja dengan berat/aktivitas berat. Serangan asma karena aktivitas biasanya segera setelah aktivitas selesai. Lari cepat lebih mudah menimbulkan serangan asma.

e) Stress

Gangguan emosi dapat menjadi pencetus terjadinya serangan asma, selain itu juga bisa memperberat serangan asma yang sudah ada. Gejala asma harus segera diobati penderita asma yang mengalami stress harus diberi nasehat untuk menyelesaikan masalahnya.

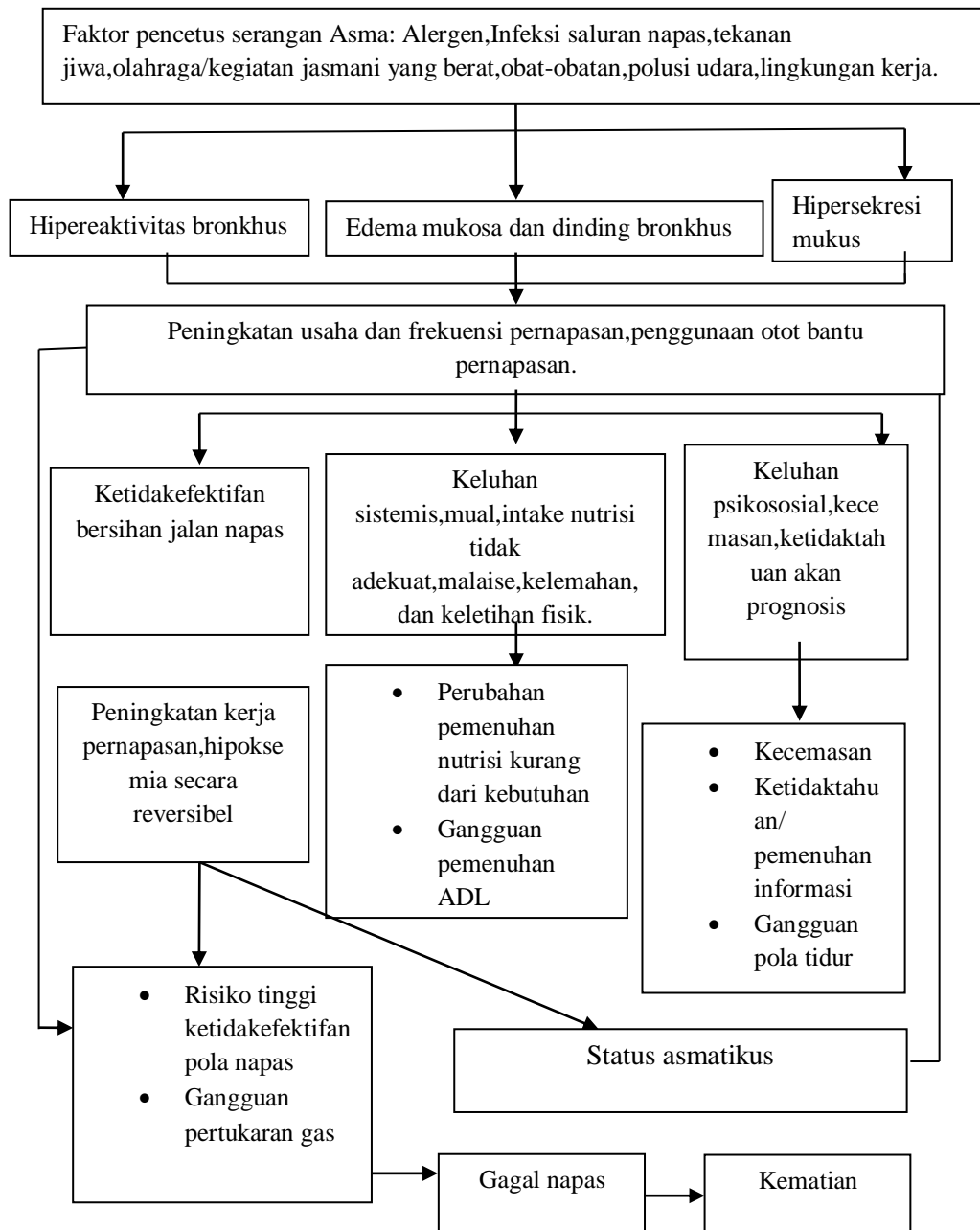
4. Patofisiologi

Asma bronkhial ditandai dengan kontraksi spastic dari otot polos bronkiolus yang menyebabkan sulit bernafas. Penyebab yang umum adalah hipersensitivitas bronkiolus terhadap benda asing di udara. Reaksi yang timbul pada asma bronkhial tipe alergi diduga terjadi dengan cara berikut : seseorang yang alergi diduga mempunyai kecenderungan untuk membentuk sejumlah antibody IgE abnormal dalam jumlah besar dan antibody ini terutama melekat pada sel mast yang melekat pada interstisial paru yang berhubungan erat dengan bronkiolus dan bronkus kecil. Bila seseorang menghirup alergen maka antibody IgE orang tersebut meningkat,

alergen bereaksi dengan antibody yang sudah terlekat pada sel mast dan menyebabkan sel ini akan mengeluarkan berbagai macam zat, diantaranya histamin zat anafilaksis yang bereaksi lambat. Faktor gabungan dari semua faktor ini akan menghasilkan edema lokal pada dinding bronkiolus kecil maupun sekresi mukus yang kental dalam lumen bronkiolus dan spasme otot polos bronkiolus sehingga menyebabkan tahanan saluran nafas menjadi sangat meningkat.

Pada asma bronkhial, diameter bronkiolus lebih kurang selama ekspirasi daripada inspirasi karena peningkatan tekanan dalam paru selama sekresi paksa menekan bagian luar bronkiolus. Karena bronkiolus tersumbat sebagian, maka sumbatan selanjutnya akibat dari tekanan eksternal yang menimbulkan obstruksi berat terutama selama ekspirasi. Pada penderita asma bronkhial biasanya bisa melakukan inspirasi dengan baik dan adekuat, tetapi sekali-kali melakukan ekspirasi. Hal ini menyebabkan dispnea. Menurut (Wahid & Suprpto, 2013)

Pathway Asma Bronkhial



Sumber : (Muttaqin, 2012)

5. Tanda dan gejala

Menurut Koes Irianto (2015) tanda dan gejala penyakit asma bronkhial diantaranya :

- a. Pernapasan berbunyi (wheezing /mengi /bengek) terutama saat mengeluarkan napas (exhalation). Tidak semua penderita asma memiliki pernapasan yang berbunyi, dan tidak semua orang yang napasnya terdengar suara wheezing adalah penderita asma bronkhial
- b. Adanya sesak napas sebagai akibat penyempitan saluran bronki (bronchiale)
- c. Batuk berkepanjangan di waktu malam hari atau cuaca dingin
- d. Adanya keluhan penderita merasakan dada sempit.
- e. Serangan asma bronkhial hebat menyebabkan penderita tidak dapat berbicara karena kesulitan dalam mengatur pernapasan
- f. Selama serangan asma bronkhial, rasa kecemasan berlebihan dari penderita dapat memperburuk keadaannya. Sebagai reaksi terhadap kecemasan penderita juga akan mengeluarkan banyak keringat.

6. Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan Diagnostik pada penderita Asma Bronkhial menurut wahid & Suprpto (2013) yaitu :

- a. Pemeriksaan Laboratorium
 - 1) Pemeriksaan Sputum
Pemeriksaan untuk melihat adanya :
 - 2) Kristal-kristal charcot leyden yang merupakan degranulasi dari kristal eosinopil
 - 3) Spiral curshman, yakni merupakan cast cell (sel cetakan) dari cabang bronkus
 - 4) Creola yang merupakan fragmen dari epitel bronkus
 - 5) Netrofil dan eosinofil yang terdapat pada sputum, umumnya bersifat mukoid dengan viskositas yang tinggi dan kadang terdapat mucus plug

b. Pemeriksaan darah

- 1) Analisa gas darah pada umumnya normal akan tetapi dapat terjadi hipoksemia, hipercapnia atau sianosis.
- 2) Kadang pada darah terdapat peningkatan SGOT dan LDH
- 3) Hiponatremia dan kadar leukosit kadang di atas 15.000/mm³ yang menandakan adanya infeksi
- 4) Pemeriksaan alergi menunjukkan peningkatan Ig.E pada waktu serangan dan menurun pada saat bebas serangan asma.

c. Pemeriksaan Penunjang

1) Pemeriksaan radiologi

Pada waktu serangan menunjukkan gambaran hiperinflasi paru yakni radiolusen yang bertambah dan peleburan rongga intercostalis, serta diafragma yang menurun. Pada penderita dengan komplikasi terdapat gambaran sebagai berikut :

- a) Bila disertai dengan bronchitis, maka bercak-bercak di hilus akan bertambah
 - b) Bila ada emfisema (COPD), gambaran radiolusen semakin bertambah
 - c) Bila terdapat komplikasi, maka terdapat gambaran infiltraste paru
 - d) Dapat menimbulkan gambaran atelektasis paru
 - e) Bila terjadi pneumonia gambarannya adalah radiolusen pada paru
- 2) Pemeriksaan tes kulit

Dilakukan untuk mencari faktor allergen yang dapat bereaksi positif pada asma

3) Elektrokardiografi

- a) Terjadi right axis deviation
- b) Adanya hipertropo otot jantung right bundle branch block.
- c) Tanda hipoksemia yaitu sinus takikardi, SVES, VES atau terjadi depresi segmen ST negatif

4) Scanning paru

Melalui inhalasi dapat dipelajari bahwa redistribusi udara selama serangan asma bronkhial tidak menyeluruh pada paru-paru.

5) Spirometri

Menunjukkan adanya obstruksi jalan napas reversible, cara tepat diagnosis asma bronkhial adalah melihat respon pengobatan dengan bronkodilator. Pemeriksaan spirometri dilakukan sebelum atau sesudah pemberian aerosol bronkodilator (inhaler dan nebuliser), peningkatan FEV1 atau FVC sebanyak lebih dari 20 % menunjukkan diagnosis asma bronkhial. Tidak adanya respon aerosol bronkodilator lebih dari 20 %. Pemeriksaan ini berfungsi untuk menegakkan Diagnosis Keperawatan, menilai berat obstruksi dan efek pengobatan banyak penderita tanpa keluhan pada pemeriksaan ini menunjukkan adanya obstruksi.

7. Penatalaksanaan Medis

Menurut (Rosdahl & Kowalski, 2017) Penatalaksanaan medis pada penderita asma bronkhial yaitu :

a. Pengobatan farmakologi

1) Antikolinergik

Bronkodilator ini bekerja pada sistem saraf untuk mengendalikan ukuran jalan napas :

- a) Atropin metilnitrat
- b) Ipratropium bromida (Atrovent)

2) Agonis Beta

Obat ini mendilatasi jalan napas bronkhial dengan bekerja pada sistem saraf yang mengendalikan jaringan otot di sekitar jalan napas:

- a) Albuterol (Asmavent, Proventil, Vention, Volmax)
- b) Epineprin (Adrenalin, Asthmanefrin, Epifrin, Micronefrin, Sus-Phrine)
- c) Metaproterenol sulfat (Alupent)
- d) Pirbuterol asetat (Maxair Inhaler)
- e) Terbutalin sulfat (Brethine, Bricanyl)

3) Kortikosteroid

Obat ini bekerja sebagai ageris anti-inflamasi:

- a) Beklometason (Vanceril, Beclovent, Beconase)
- b) Budesonid (Pulmicort, Rhinocort)
- c) Flunisolid (Aerobid, Nasalide)
- d) Flutikason propionate (Flovent, Flonase)
- e) Metilprednison (Medrol)
- f) Nedokromil (Tilade)
- g) Prednison (Meticorten, Orasone, Deltasone)
- h) Triamsinolon (azmacort).

4) Metilsantin

Bronkodilator ini merelaksasi otot polos bronkial:

- a) Aminofilin/teofilin etilenediamin (Truphylline)
- b) Teofilin (Theo-Dur, Theovent, Sio-Phyllin, UniDur, Uniphyl)

5) Penstabil Sel Mast

Agens ini menghambat pelepasan histamin yang dipicu oleh alergen dan zat anafilaksis lepas lambat (leukotrien) dari sel mast: Natrium Kromalin (Intal, NasalCrom).

b. Pengobatan Non farmakologi

Menurut (Wahid & Suprpto, 2013) yaitu :

- 1) Memberikan penyuluhan
- 2) Menghindari faktor pencetus
- 3) Pemberian carian
- 4) Fisioterapi napas (senam napas)
- 5) Pemberian oksigen bila perlu

8. Komplikasi

Menurut (Wahid & Suprpto, 2013) komplikasi asma yaitu:

- a. Status asmatikus : suatu keadaan darurat medis berupa serangan asma bronkhial akut yang berat bersifat refrator terhadap pengobatan yang lazim dipakai
- b. Atelektasis: ketidakmampuan paru berkembang dan mengempis
- c. Hipoksemia
- d. Pneumothoraks

- e. Emfisema
- f. Deformitas thoraks
- g. Gagal napas

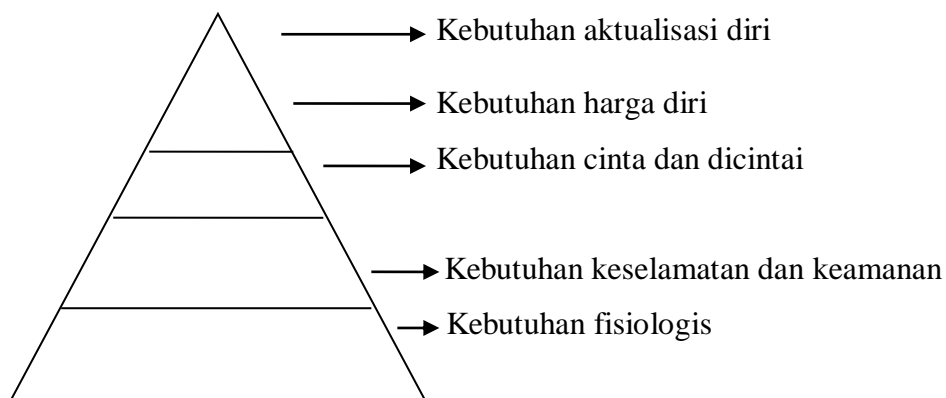
9. Prognosis

Menurut (Digilulio, 2014) prognosis asma bronkhial dikatakan baik bila asma bronkhial terkontrol dengan baik secara khas mempunyai gejala serangan yang bisa dibalik, yang dapat dikendalikan dengan pengobatan, sering pada pasien rawat jalan. Dikatakan prognosinya buruk bila pasien yang tidak beraksi terhadap pengobatan atau yang menggunakan pengobatan yang tidak sesuai bisa terjadi kematian selama serangan asma.

B. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

Menurut Abraham Maslow, kebutuhan dasar manusia dapat digolongkan menjadi 5 tingkat kebutuhan, yang telah diurutkan dari tingkat kebutuhan yang paling penting yang harus dipenuhi sebelum kebutuhan yang lainnya dipenuhi, yaitu :

Gambar 2.1
Hierarki Kebutuhan Dasar Manusia Menurut Maslow



1. Kebutuhan fisiologis
2. Kebutuhan keselamatan dan keamanan
3. Kebutuhan cinta dan dicintai
4. Kebutuhan harga diri
5. Kebutuhan aktualisasi diri

Pada kasus Asma Bronkhial kebutuhan dasar yang terganggu adalah kebutuhan dasar fisiologis yaitu kebutuhan oksigenasi. Kebutuhan fisiologis merupakan kebutuhan prioritas paling tinggi menurut hierarki kebutuhan dasar Maslow. Seseorang yang tidak mampu memenuhi kebutuhan oksigen dapat mengalami ketidaknyamanan atau bahkan kematian. Kebutuhan fisiologis merupakan kebutuhan primer yang menjadi syarat dasar bagi kelangsungan hidup manusia. Kebutuhan fisiologis ini mutlak harus terpenuhi, jika tidak dapat berpengaruh terhadap kebutuhan lainnya. Kebutuhan fisiologis diantaranya kebutuhan oksigen, air, makan, eliminasi, istirahat dan tidur, penanganan nyeri, pengaturan suhu tubuh, seksual, dan lain-lain. Jika kebutuhan dasar fisiologis sudah terpenuhi, maka seseorang akan berusaha memenuhi kebutuhan ke tingkat berikutnya. Menurut (Budiono & Pertami, 2015)

Oksigen adalah elemen gas penting untuk kehidupan. Dalam tubuh oksigen berperan penting didalam proses metabolisme sel. Jika seseorang kekurangan oksigen, kematian akan terjadi dalam hitungan menit. Secara normal, semua manusia mengekstraksi oksigen yang cukup dari udara yang mereka hirup. Oksigen memberikan rasa nyaman kepada klien dan memungkinkan klien bernapas dengan lebih mudah. Oksigen terapeutik (tambahan) hanya diperlukan jika klien tidak mampu mendapatkan sejumlah oksigen yang cukup untuk kebutuhan tubuh, akibat defisiensi pernapasan atau defisiensi darah. menurut (Rosdahl & Kowalski, 2017).

Tujuan Terapi Oksigen yaitu meningkatkan konsentrasi (persentasi) oksigen yang dihirup klien memiliki tiga tujuan:

1. Membalikkan keadaan hiposekemia (Konsentrasi oksigen rendah dalam darah)
2. Menurunkan kerja sistem pernapasan: jika klien menerima tambahan oksigen, otot pernapasan tidak perlu bekerja keras untuk memompa udara ke dalam dan ke luar paru dan untuk mempertahankan suplai oksigen darah yang mencukupi
3. Menurunkan kerja jantung dalam memompa darah: jantung berupaya mengompensasi hiposekemia dengan meningkatkan haluaran urine, oksigen

tambahan dapat meringankan beban kerja jantung.

C. Asuhan Keperawatan Berdasarkan Kasus Asma Bronkhial

1. Pengkajian

Menurut (Wijaya & Putri, 2013) pengkajian pada pasien asma bronkhial yaitu:

- a. Identitas klien : meliputi nama, usia, jenis kelamin, ras,dll
- b. Informasi dan diagnostik medik penting
- c. Data riwayat kesehatan
- d. Riwayat kesehatan dahulu : pernah menderita penyakit asma bronkhial sebelumnya, menderita kelelahan yang amat sangat dengan sianosis pada ujung jari.
- e. Riwayat kesehatan sekarang
 - 1) Biasanya klien sesak napas, batuk-batuk, wheezing, lesu tidak bergairah, pucat, tidak ada nafsu makan, sakit pada dada dan pada jalan napas
 - 2) Sesak setelah melakukan aktivitas berat / menghadapi suatu krisis emosional
 - 3) Sesak napas karena perubahan udara dan debu
 - 4) Batuk dan susah tidur karena nyeri dada
- f. Riwayat kesehatan keluarga
 - 1) Riwayat keluarga (+) asma
 - 2) Riwayat keluarga (+) menderita penyakit alergi, seperti rintis alergi, sinustis, dermatitis, dan lain-lain.

2. Data dasar pengkajian klien

a. Aktivitas / istirahat

Gejala

- 1) Keletihan, kelelahan, malaise
- 2) Ketidakmampuan untuk melakukan aktivitas sehari-hari karena sulit bernapas
- 3) Ketidakmampuan untuk tidur, perlu tidur dalam posisi duduk tinggi
- 4) Dispnea pada saat istirahat aktivitas dan hiburan

b. Integritas ego

Gejala :

- 1) Peningkatan faktor resiko
- 2) Perubahan pola hidup

c. Makanan dan cairan

Gejala :

- 1) Mual / muntah
- 2) Nafsu makan menurun
- 3) Ketidakmampuan untuk makan

d. Pernapasan

Gejala :

- 1) Napas pendek, dada terasa tertekan dan ketidakmampuan untuk bernapas
- 2) Batuk dengan produksi sputum berwarna keputihan

Tanda :

- 1) Pernapasan biasanya cepat, fase ekspirasi biasanya memanjang
- 2) Penggunaan otot bantu pernafasan
- 3) Bunyi napas mengi sepanjang area paru pada ekspirasi dan kemungkinan selama inspirasi berlanjut sampai penurunan/ tidak adanya bunyi napas

e. Keamanan

Gejala : Riwayat reaksi keluarga / sensitif terhadap zat

f. Seksualitas : penurunan libido

3. Diagnosa Keperawatan

Menurut (Muttaqin, 2012) diagnosa keperawatan pada pasien asma bronkhial adalah :

- a. Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan hambatan upaya napas
- b. Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan adanya sekresi yang tertahan
- c. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi

- d. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik, kelelahan
- e. Gangguan pola tidur berhubungan dengan gangguan pernapasan, kurang kontrol tidur

4. Rencana keperawatan

Setelah masalah kesehatan atau masalah keperawatan teridentifikasi, maka tahap berikutnya adalah melakukan perencanaan. Perencanaan diawali dengan merumuskan tujuan yang akan di capai serta rencana tindakan untuk mengatasi masalah yang ada (Achjar, 2010).

Table 2.1
Rencana Tindakan Keperawatan

No	Diagnosa	NOC	NIC
1	2	3	4
1.	Pola nafas tidak efektif	<p>Status Pernapasan Kode : 415(hal 556) Kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Frekuensi pernafasan normal: 16-24 x/menit b. Tidak terdapat suara nafas tambahan c. Tidak terjadi dispnea d. Irama pernapasan normal 	<p>1. Monitor Pernapasan Kode : 3350 (hal 236)</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Monitor pola napas (misalnya takipneu) b. Monitor suara napas tambahan wheezing c. Monitor keluhan sesak d. Posisikan pasien semi fowler <p>2. Manajemen Asma Kode : 3210 (hal 155)</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Tawarkan minum air hangat b. Ajarkan teknik fisioterapi dada jika perlu c. Ajarkan klien untuk mengidentifikasi dan menghindari pemicu.
2.	Bersihan jalan napas tidak efektif	<p>Status pernapasan: kepatenan jalan napas Kode : 410 (hal 558) Kriteria hasil</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Mendemonstrasikan batuk efektif b. Menunjukkan jalan napas yang paten c. Tidak ada suara nafas tambahan 	<p>Manajemen jalan napas Kode : 3140 (hal 186)</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi b. Lakukan fisioterapi dada jika perlu c. Auskultasi suara napas,catat adanya suara tambahan d. Motivasi pasien untuk bernapas pelan, dalam dan

1	2	3	4
			batuk e. Berikan brokodilator f. Evaluasi frekuensi pernafasan, bunyi, irama napas.
3.	Gangguan pertukaran gas	Status pernapasan : Pertukaran gas Kode : 402 (Hal 559) Kriteria hasil: a. Saturasi oksigen normal b. Irama pernapasan teratur c. Tidak sianosis d. Gerakan dinding dada simetris	1. Manajemen jalan napas Kode : 3140 (hal 186) a. Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi b. Lakukan fisioterapi dada jika perlu c. Intruksikan bagaimana agar bisa melakukan batuk efektif 2. Monitor pernapasan Kode :3350 (hal 236) a. Catat pergerakan dada, amati kesimetrisan, Penggunaan otot penapasan b. Monitor pola napas Monitor suara napas tambahan seperti wheezing, stridor, crackles, dan ronchi Monitor tanda-tanda vital c. Berikan bantuan terapi napas (nebulizer)
4.	Intoleransi Aktivitas	Toleransi Aktivitas Kode : 5 (hal 582) Kriteria hasil: a. Berpartisipasi dalam aktivitas fisik b. Tanpa disertai peningkatan tekanan darah,nadi dan RR c. Mampu melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri d. Keseimbangan aktivitas dan istirahat	Terapi aktivitas Kode : 4310 (hal 431) a. Observasi adanya pembatasan klien dalam melakukan aktivitas b. Kaji adanya faktor yang menyebabkan kelelahan c. Monitor pasien akan adanya kelelahan fisik dan emosi secara berlebihan. d. Monitor respons kardiovaskuler terhadap aktivitas e. Bantu klien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan

1	2	3	4
5.	Gangguan pola tidur	Tidur Kode : 4 (hal 566) Kriteria hasil : a. Pola tidur tidak terganggu b. Kualitas tidur membaik	Peningkatan tidur Kode : 1850 (348) a. Tentukan pola tidur pasien b. Monitor pola tidur pasien dan jumlah tidur pasien c. Bantu meningkatkan jumlah jam tidur d. Sesuaikan lingkungan (misalnya, cahaya, kebisingan, suhu, dan tempat tidur) untuk meningkatkan tidur

5. Implementasi

Implementasi merupakan tindakan yang sudah direncanakan dalam rencana perawatan. Tindakan keperawatan mencakup tindakan mandiri mandiri (independen). Tindakan mandiri (independen) adalah aktivitas perawat yang didasarkan pada kesimpulan atau keputusan sendiri dan bukan merupakan petunjuk atau perintah dari petugas lain. Agar lebih jelas dan akurat dalam melakukan implementasi, diperlukan perencanaan keperawatan yang spesifik dan operasional. (Tarwoto & Wartonah, 2015)

6. Evaluasi

Evaluasi merupakan tahap akhir dalam proses keperawatan untuk dapat menentukan keberhasilan dalam asuhan keperawatan. Evaluasi pada dasarnya adalah membandingkan status keadaan kesehatan pasien dengan tujuan atau kriteria hasil yang telah ditetapkan. (Tarwoto & Wartonah, 2015). Untuk mempermudah mengevaluasi atau memantau perkembangan pasien digunakan komponen SOAP adalah sebagai berikut:

a. S :data subjektif

Data yang didapatkan dari keluhan klien langsung

b. O : data objektif

Data yang didapatkan dari hasil observasi perawat secara langsung

c. A : Analisa

Interpretasi dari subjektif dan objektif. Analisa merupakan diagnosis keperawatan yang masih terjadi atau juga dapat di tuliskan masalah baru yang terjadi akibat perubahan status kesehatan klien.

d. P : Planning

Perencanaan keperawatan yang akan dilakukan, dilanjutkan, dihentikan, dimodifikasi atau ditambahkan dari rencana tindakan keperawatan yang telah dilakukan sebelumnya. Tindakan yang telah menunjukkan hasil yang memuaskan data tidak memerlukan tindakan ulang pada umumnya dihentikan. Tindakan yang perlu dilanjutkan adalah tindakan yang masih kompeten untuk menyelesaikan masalah klien dan membutuhkan waktu untuk mencapai keberhasilannya. Tindakan yang perlu dimodifikasi adalah tindakan yang dirasakan dapat membantu menyelesaikan masalah klien.

D. Konsep Teori Keperawatan Keluarga

Dr. Astuti Yuni Nursasi, MN. Alam rakemas Rakernas IPPK 2017, “Perawat komunitas sebagai Pilar Ketahanan Keluarga Sehat”, Jakarta 16 November 2017 menyatakan bahwa : Asuhan keperawatan keluarga merupakan asuhan yang diberikan kepada keluarga dengan cara mendatangi keluarga. Salah satu tujuannya adalah meningkatkan akses keluarga terhadap pelayanan kesehatan yang komprehensif Asuhan keluarga diberikan kepada manusia dengan sasaran sebagai individu, keluarga, kelompok dan masyarakat. Diagnose keperawatan keluarga adalah diagnose tunggal dengan penerapan asuhan keperawatan keluarga mengaplikasikan 5 tujuan khusus dengan memodifikasi SDKI, NOC, NIC. Hasil capaian adalah sebagai berikut :

1. TUK 1 : mampu mengenal masalah

Domain capaian hasil : Pengetahuan kesehatan dan perilaku yaitu pengetahuan tentang proses penyakit.

2. TUK 2 : mampu mengambil keputusan

Domain capaian hasil : domain kesehatan dan perilaku yaitu kepercayaan mengenai kesehatan, keputusan terhadap ancaman kesehatan, persepsi

terhadap perilaku kesehatan, dukungan care giver dan emosional.

3. TUK 3 : mampu merawat

Domain capaian hasil adalah kesehatan keluarga, yaitu kapasitas keluarga untuk terlibat dalam perawatan, peranan care giver, emosional, interaksi dalam peningkatan status kesehatan.

4. TUK 4 : mampu memodifikasi lingkungan

Domain capaian hasil yaitu kesejahteraan keluarga dengan menyediakan lingkungan yang mendukung peningkatan kesehatan, lingkungan, yang aman dengan mengurangi faktor resiko.

5. TUK 5 : mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan

Domain capaian hasil yaitu pengetahuan tentang kesehatan dan perilaku yaitu pengetahuan tentang sumber-sumber kesehatan.

Teori di atas sesuai dengan pernyataan (Achjar, 2012) dan (Suprajitno, 2009) yang menyatakan aspek keluarga untuk mencapai kemampuan keluarga dalam memelihara fungsi kesehatan dengan 5 tujuan khusus, aplikasi dalam asuhan keperawatan sebagai berikut :

1. Pengkajian

a. Data umum

1) Identitas pasien

Berisi tentang identitas pasien meliputi nama, umur, pekerjaan, suku, agama dan alamat (KK).

2) Data kesehatan keluarga

Pada pengkajian ini fokus utama yaitu pada yang sakit mencakup diagnose penyakit, riwayat pengobatan, riwayat perawatan, gangguan kesehatan serta kebutuhan dasar manusia apa saja yang terganggu . Kemudian pemeriksaan seluruh anggota keluarga yang mencakup pemeriksaan head to toe dari kepala, ekstremitas atas, area genitalia, serta ekstremitas bawah.

3) Data kesehatan lingkungan

Berupa kondisi rumah meliputi : tipe rumah, ventilasi, bagaimana pencahayaan, kelembapan lingkungan rumah, keadaan lantai rumah,

kebersihan rumah, kebersihan lingkungan rumah serta bagaimana sarana MCK yang ada di lingkungan rumah.

4) Struktur keluarga

Pada bagian ini menjelaskan tentang tipe keluarga, peran anggota keluarga, dan bagaimana komunikasi di dalam keluarga, sumber-sumber kehidupan dan sumber penunjang kehidupan keluarga.

5) Fungsi keluarga

Fungsi keluarga menurut (Achjar, 2012) ialah mengkaji fungsi pemeliharaan kesehatan keluarga berdasarkan kemampuan keluarga memelihara kesehatan keluarga :

- a) Mampu mengenal masalah kesehatan
- b) Mampu mengambil keputusan
- c) Mampu merawat
- d) Mampu memodifikasi Lingkungan
- e) Mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan

b. Prioritas masalah

Bailon dan Maglaya telah merumuskan skala prioritas sebagai berikut :

Table 2.2
Skala prioritas keperawatan keluarga

No.	Kriteria	Komponen	Skor	Bobot
1	2	3	4	5
1.	Sifat Masalah	Aktual	3	1
		Potensial	2	
		Resiko	1	
2.	Kemungkinan masalah dapat diubah	Mudah	2	2
		Sebagian	1	
		Tidak mudah	0	
3.	Potensial masalah dapat dicegah	Tinggi	3	1
		Sedang	2	
		Rendah	1	
4	Menonjolnya masalah	segera	2	1
		tidak perlu	1	
		Tidak dirasakan	0	

Keterangan skoring :

Setelah menentukan skala prioritas sesuai dengan table di atas, langkah selanjutnya adalah membuat skoring.

Gambar 2.2
Skoring Skala Prioritas

$$\frac{\text{Skoring}}{\text{Angka tertinggi}} \times \text{bobot}$$

Dengan adanya skala prioritas , maka kita akan mengetahui tingkat kedaruratan pasien yang membutuhkan penanganan cepat atau lambat.

1) Kriteria sifat masalah

Menentukan sifat masalah ini berangkat dari tiga poin pokok, yaitu tidak, kurang, sehat, ancaman kesehatan dan keadaan sejahtera. Tidak atau kurang sehat merupakan kondisi dimana anggota keluarga terserang suatu penyakit. Hal ini mengacu pada kondisi sebelum terkena penyakit dan perkembangan atau pertumbuhan yang tidak sesuai dengan kondisi semestinya. Ancaman kesehatan merupakan kondisi yang memungkinkan anggota keluarga terserang penyakit atau mencapai kondisi penyakit yang ideal tentang penyakit.

2) Kriteria kemungkinan masalah dapat diubah

Kriteria ini mengacu pada tingkat penanganan kasus pada pasien. Tingkat penanganan terdiri dari tiga bagian, yaitu mudah, sebagian dan tidak ada kemungkinan masalah untuk di ubah.

3) Kriteria potensi pencegahan masalah

Potensi ini juga mengacu pada tingkat yaitu: tinggi, cukup dan rendah. Berbedanya tingkat di pengaruhi oleh berbagai faktor. Kemungkinan yang paling dekat adalah tingkat pendidikan atau perolehan informasi tentang kesehatan, kondisi kesejahteraan keluarga, perhatian keluarga, fasilitas rumah, dan lain sebagainya.

4) Kriteria masalah yang menonjol

Masalah yang menonjol biasanya mudah terlihat saat menangani pasien. Namun masih tetap memerlukan pemeriksaan terlebih dahulu agar tindakan yang di lakukan tepat.

Prioritas yang harus ditangani berdasarkan : 1) masalah yang benar-benar harus ditangani, 2) ada masalah tetapi tidak harus segera ditangani, 3) ada masalah tetapi tidak dirasakan.

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinis mengenai keluarga atau masyarakat yang di peroleh melalui proses pengumpulan data dan analisa data secara cermat, memberikan dasar untuk menerapkan tindakan dimana perawat bertanggung jawab untuk melaksanakannya (Suarni & Apriyani, 2017)

3. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan mencakup tujuan umum dan khusus yang didasarkan pada masalah yang dilengkapi dengan kriteria dan standar yang mengacu pada penyebab. Selanjutnya merumuskan tindakan keperawatan yang berorientasi pada kriteria dan standar.

4. Pelaksanaan (Implementasi)

Tahap implementasi perawat perlu merencanakan secara sistematis dan berurutan secara bertingkat berdasarkan rencana tindakan yang telah disusun.

5. Evaluasi

Evaluasi merupakan kegiatan yang membandingkan antara hasil implementasi dengan criteria dan standar yang telah ditetapkan untuk melihat keberhasilan dari tujuan yang dibuat.