

BAB II

TI JAUAN PUSTAKA

A. Preeklampsia

1. Pengertian

Preeklampsia adalah kelainan multiorgan spesifik pada kehamilan yang ditandai dengan terjadinya hipertensi, edema, dan proteinuria tetapi tidak menunjukkan tanda-tanda kelainan vaskuler atau hipertensi sebelumnya, sedangkan gejalanya biasanya muncul setelah kehamilan berumur 20 minggu. (Obgynacea, 2009) dalam (Nurarif & Kusuma, 2016)

Preeklampsia adalah mulainya kenaikan berat badan diikuti edema kaki atau tangan, peningkatan tekanan darah, dan terakhir terjadi di proteinuria. Pada preeklampsia ringan gejala subjektif belum dijumpai, tetapi pada preeklampsia berat diikuti keluhan subjektif berupa sakit kepala terutama daerah frontalis, rasa nyeri di daerah epigastrium, gangguan mata, penglihatan menjadi kabur, mual muntah, gangguan pernapasan sampai sianosis, dan terjadi gangguan kesadaran. (Faiza et al, 2019)

Preeklampsia adalah tekanan darah 140/90 mmHg setelah kehamilan 20 minggu (akhir triwulan kedua sampai triwulan ketiga) atau bisa lebih awal terjadi. (Dainty, 2014)

2. Etiologi

Penyebab preeklampsia sampai sekarang belum diketahui. Tetapi preeklampsia hampir secara eksklusif merupakan penyakit pada kehamilan pertama (nullipara). Biasanya terdapat pada wanita subur dengan umur ekstrim, yaitu pada remaja belasan tahun atau pada wanita yang berumur lebih dari 35 tahun. Preeklampsia dibagi menjadi dua golongan yaitu:

a. Pre-eklampsia ringan

Tekanan darah 140/90 mmHg atau lebih yang diukur pada posisi berbaring terlentang atau kenaikan diastolik 15 mmHg atau lebih atau kenaikan sistolik 30 mmHg atau lebih. Cara pengukuran sekurang-kurangnya pada 2 kali pemeriksaan dengan jarak periksa 1 jam, sebaiknya 6 jam. Edema umum, kaki, jari tangan, dan muka, atau kenaikan berat badan 1 kg atau lebih per minggu. Proteinuria kuantitatif 0,3 gr atau lebih per liter, kualitatif 1 + atau 2 + pada urin kateter.

b. Pre-eklampsia berat

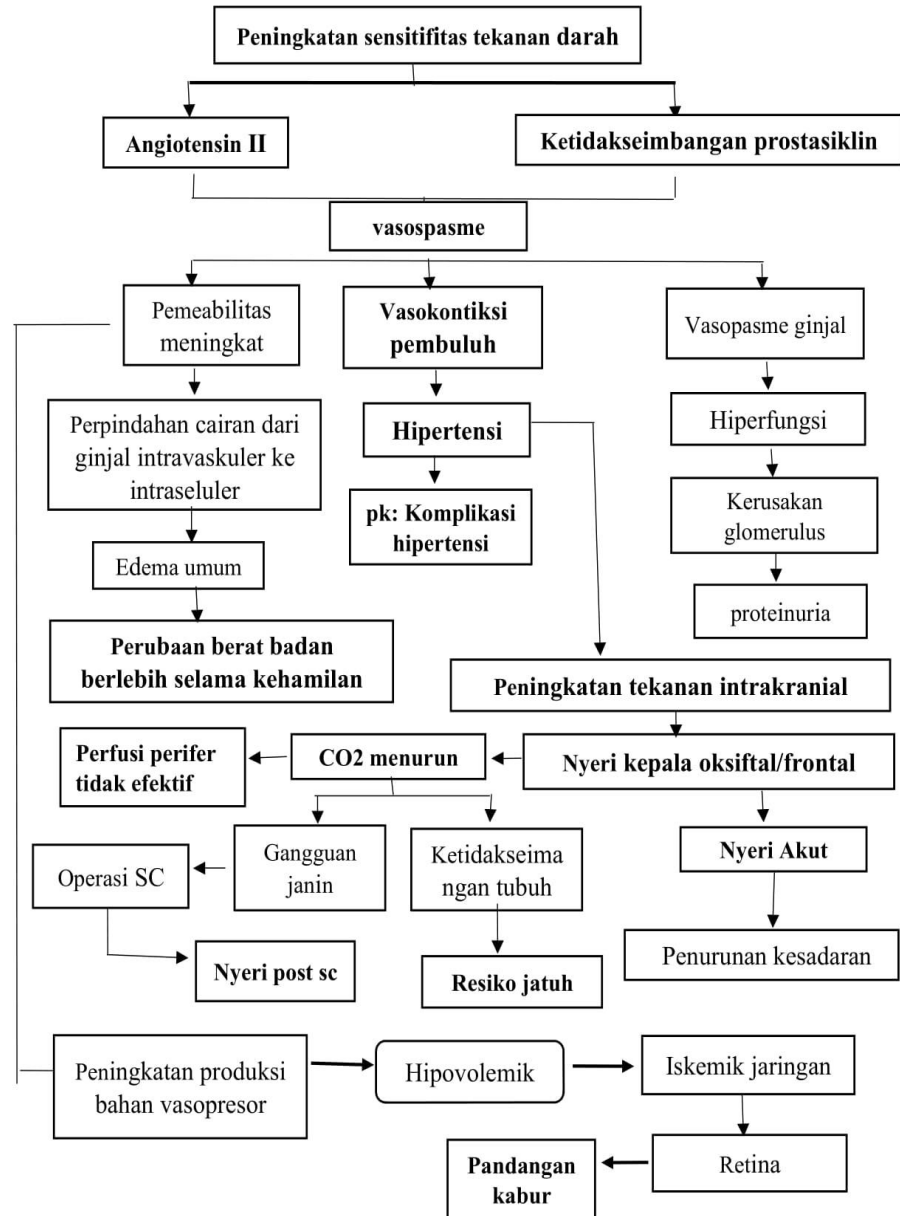
Bila salah satu diantara gejala atau tanda ditemukan pada ibu hamil, sudah dapat digolongkan preeklampsia berat. Tekanan darah 160/110 mmHg atau lebih, proteinuria lebih dari 3 g/liter, oliguria yaitu jumlah urine <400 cc/24 jam. Adanya gangguan serebral, gangguan penglihatan, nyeri kepala, dan rasa nyeri pada epigastrium. Terdapat edema paru dan sianosis, enzim hati meningkat dan disertai ikterus. Perdarahan pada retina, trombosit <100.000/mm.

3. Patofisiologi

Pada wanita hamil yang mengalami preeklampsia terdapat peningkatan terhadap tekanan darah, perubahan ini mengakibatkan Angiotension II dan ketiakseimbangan pada prostasiklin menimbulkan penglihatan kabur akibat dari retina yang mengalami iskemik akibat dari peningkatan produksi bahan vasopresor, nyeri pasca operasi *sectio caesarea* di akibatkan oleh kebutuhan janin yang tidak terpenuhi, regangan pada kapsula hepar serta edema umum yang dialami pasien dengan preeklampsia menyebabkan nyeri pada daerah epigastrium serta vasopasme ginjal mengakibatkan kerusakan pada glomerulus sehingga urine terdapat proteinuria dan menimbulkan protensial komplikasi akibat dari hipertensi.

Bagan 2.1

Pathway Pre-eklampsia dan Masalah Keperawatan



(Ratnawati, 2017)

4. Manifestasi klinis

Pada preeklampsia ringan, gejala subyektif belum dijumpai.

Pada preeklampsia berat gejalanya sudah dapat dijumpai seperti :

- a. Nyeri kepala hebat pada bagian depan atau belakang kepala yang diikuti dengan peningkatan tekanan darah yang abnormal. Sakit kepala tersebut terus-menerus dan tidak berkurang dengan pemberian aspirin atau obat sakit kepala
- b. Gangguan penglihatan, pasien akan melihat kilatan-kilatan cahaya, pandangan kabur, dan terkadang bisa terjadi kebutaan sementara.
- c. Iritabel ibu merasa gelisah dan tidak bisa bertoleransi dengan suara berisik atau gangguan lainnya.
- d. Nyeri perut pada bagian uluhati (bagian epigastrium) yang kadang disertai dengan mual dan muntah.
- e. Gangguan pernapasan sampai sianosis.
- f. Terjadi gangguan kesadaran.
- g. Dengan pengeluaranproteinuria keadaan semakin berat, karena terjadi gangguan fungsi ginjal.

Kelanjutan preeklampsia berat menjadi berat dengan tambahan gejala kejang dan/atau koma. Selama kejang diikuti kenaikan suhu mencapai 40°C, frekuensi nadi bertambah cepat, dan tekanan darah meningkat. (dr. Ida Ayu)

5. Penatalaksanaan

Tujuan utama penanganan preeklampsia adalah mencegah terjadinya eklampsia, melahirkan bayi tanpa asfiksia dengan skor APGAR baik, dan mencegah mortalitas dan perinatal.

a. Preeklampsia ringan

Istirahat di tempat tidur merupakan terapi utama dalam penanganan pre-eklampsia ringan. Istirahat dengan berbaring pada sisi tubuh menyebabkan aliran darah ke plasenta dan aliran darah ke ginjal

meningkat, tekanan vena pada ekstremitas bawah menurun dan reabsorpsi cairan bertambah. Selain itu dengan istirahat di tempat tidur mengurangi kebutuhan volume darah yang beredar dan juga dapat menurunkan tekanan darah. Apabila preeklampsia tersebut tidak membaik dengan penanganan konservatif, dalam hal ini kehamilan harus diterminasi jika mengancam nyawa material.

b. Preeklampsia berat

Pada pasien preeklampsia berat segera harus di berikan obat sedatif kuat untuk mencegah timbulnya kejang. Apabila sesudah 12-24 jam bahaya akut sudah diatasi, tindakan terbaik adalah menghentikan kehamilan. Sebagai pengobatan mencegah timbulnya kejang, dapat di berikan larutan magnesium sulfat ($MgSO_4$) 20% dengan dosis 4 gram secara intavena loading dose dalam 4-5 menit. Kemudian dilanjutkan dengan $MgSO_4$ 40% sebanyak 12 gram dalam 500 cc Ringer laktat (RL) atau sekitar 14 tetes/menit. Tambahkan magnesium sulfat hanya dapat diberikan jika diuresis pasien baik, reflek patella positif dan frekuensi pernapasan lebih dari 16 kali/menit. Obat ini memiliki efek menenangkan, menurunkan tekanan darah dan meningkatkan diuresis. Selain magnesium sulfat, pasien dengan pre-eklampsia dapat juga diberikan klorpromazin dengan dosis 50mg secara intramuskular ataupun diazepam 20 mg secara intramuskular.

6. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan laboratorium, urinalis, pemeriksaan fungsi hati, radiologi.

a. Pemeriksaan darah lengkap dengan hapusan darah

1. Terjadi penurunan hemoglobin (dengan nilai normal untuk wanita hamil adalah 12-14 gr%)
2. Peningkatan hemotokrit (dengan nilai normal 37 - 43vol%)
3. Trombosit menurun (dengan nilai normal 150 - 450 ribu/mm³)

b. Urinalis

Ditemukan protein dalam urine

c. Pemeriksaan fungsi hati

1. Bilirubin meningkat ($N < 1 \text{ mg/dl}$)
2. LDH (laktat dehidrogenase) meningkat
3. Aspartat aminom transferase (AST) $> 60 \text{ ul}$
4. Serum Glutamat Piruvat Transaminase (SGPT) meningkat ($N = 15 - 45 \text{ u/ml}$)
5. Serum Glutamat Oxiloacetic Trasaminase (SGOT) meningkat ($N < 31 \text{ u/l}$)
6. Total protein serum menurun ($N = 6,7 - 8,7 \text{ g/dl}$)

d. Teskimia darah

Asamurat meningkat ($N = 2,4 - 2,7 \text{ mg/dl}$)

e. Radiologi

1. Ultrasonografi

Ditemukan retardasi pertumbuhan janin intra uterus. Pernapasan intrauterus lambat, aktivitas janin lambat, dan volume cairan ketuban sedikit.

2. Kardiotografi

Diketahui denyut jantung janin lemah

7. Komplikasi Pre-eklampsia

Pada ibu sering terjadi: Eklampsia, Solusio plasenta, Perdarahan subkapsula hepar, Kelainan pembekuan darah (DIC), Sindrom HELPP (hemolisis, elevated, enzymes dan low platelet count), Ablasio retina, Gagal jantung hingga syok dan kehamilan. Sedangkan pada janin :Terhambatnya pertumbuhan dalam uterus, Premature, Asfiksia neonatorum, Kematian dalam uterus, Peningkatan angka kematian dan kesakitan perinatal (Prasetyowati, 2011)

8. Faktor risiko preeklampsia

Menurut Bobak & Lawdermk 2004 yaitu:

- a. Primigravida atau multipara dengan usia lebih muda atau tua, usia <18 atau >35
- b. Berat badan <50 kg atau gemuk
- c. Adanya proses penyakit kronis meliputi : diabetes melitus, hipertensi, penyakit ginjal, penyakit pembuluh darah kolagen (lupus eritematosus sistemik)
- d. Kehamilan mola
- e. Komplikasi kehamilan kehamilan multipel, janin besar, hidrop janin, polihidramnion
- f. Preeklampsia pada kehamilan sebelumnya
- g. Materi genetik baru

B. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

Kebutuhan dasar manusia merupakan komponen yang vital untuk mempertahankan hidup dan kesehatan. Manusia sebagai makhluk yang unik dan holistik mempunyai kepuasan dan kebutuhan dasar manusia terpenuhi, seperti fisiologis, psikologis, sosial budaya, intelektual, dan kebutuhan spiritual (DeLaune & Ladner, 2011) dalam (Patrisia, Ineke, dkk. (2020)



Gambar 2.2
Kebutuhan dasar manusia menurut Maslow
Dalam (Patrisia, Ineke, dkk. (2020)

1. Konsep Dasar Sirkulasi

a. Pengertian Gangguan Sirkulasi

Gangguan sirkulasi adalah ketidakmampuan untuk mempertahankan sirkulasi yang adekuat untuk menunjang kehidupan (SKDI, 2017)

b. Organ yang berperan dalam sirkulasi

1. Jantung

Jantung merupakan organ muskuler yang dapat berkontraksi secara ritmis dan berfungsi memompa darah dalam sistem sirkulasi. Secara struktural dinding jantung terdiri atas 3 lapisan (tunika) yaitu:

- a. Endokardium terletak pada lapisan subendotel. Sebelah dalam atas oleh endotel. Endokardium tersusun atas jaringan penyambung jarang dan banyak mengandung vena, syaraf (nervus) dan cabang-cabang sistem pengantar impuls.
- b. Miokardium terdiri atas sel-sel otot jantung. Sel-sel otot jantung dibagi dalam 2 kelompok, sel-sel kontraktile dan sel-sel yang menimbulkan dan menghantarkan impuls sehingga mengakibatkan denyut jantung.
- c. Epikardium merupakan membran serosa jantung, membentuk batas viseral perikardium. Sebelah luar diliputi oleh epitel selapis gepeng (meotel). Jaringan adiposa yang umumnya meliputi jantung terkumpul dalam lapisan ini.
- d. Endokardium terletak pada lapisan subendotel. Sebelah dalam atas oleh endotel. Endokardium tersusun atas jaringan penyambung jarang dan banyak mengandung vena, syaraf (nervus) dan cabang-cabang sistem pengantar impuls.
- e. Miokardium terdiri atas sel-sel otot jantung. Sel-sel otot jantung dibagi dalam 2 kelompok, sel-sel kontraktile dan sel-sel yang menimbulkan dan menghantarkan impuls sehingga mengakibatkan denyut jantung.

f. . Sebelah luar diliputi oleh epitel selapis gepeng (meotel). Jaringan adiposa yang umumnya meliputi jantung terkumpul dalam lapisan ini.

Katup-katup jantung terdiri atas bagian sentral yang terdiri atas jaringan fibrosa padat menyerupai aponeurosis yang pada kedua permukaan dibatasi oleh lapisan endotel.

Persyarafan jantung tersusun atas sistem yang menibulkan dan menghantarkan impuls dari jantung terdiri atas beberapa struktur yang memungkinkan bagi atrium dan ventrikel untuk berdenyut secara berurutan dan memungkinkan jantung berfungsi sebagai pompa yang efisien. Sistem ini terdiri atas:

- a. Simpul sinotrial (dari Keith dan Flack) sebagai alat pacu (*pace maker*) jantung
- b. Simpul atrioventikuler (dari Tawara)
- c. Juga terdapat berkas antrioventikuler yang berasal dari simpul atrioventrikuler dan berjalan ke ventrikel, bercabang dan mengirimkan cabang-cabang ke kedua ventrikel.

Otot jantung mempunyai kemampuan autostimulasi, tidak tergantung dari impuls syaraf. Sel-sel otot jantung yang telah diisolasi dapat berdenyut dengan iramanya sendiri. Pada otot jantung, sel-sel ini sangat erat berubungan dan terjadi pertukaran informasi dengan adanya *gap junction* pada discus interkalaris.

Bagian parasimpatis dan simpatis sistem autonom mempersyarafi jantung mementuk pleksus-pleksus yang tersebar luas pada basis jantung. Pada daerah-daerah yang dekat dengan simpul sinoatrial dan atrioventrikuler, terdapat sel-sel, syaraf ganglion dan serabut-serabut syaraf. Syaraf-syaraf ini mempengaruhi irama jantung, dimana perangsang bagian parasimpatis (*nervus vagus*)

menimbulkan perlambat denyut jantung, sedangkan perangsang syaraf simpatis mempercepat irama pace maker.

2. Pembuluh darah

Pembuluh darah biasanya terdiri atas lapisan-lapisan sebagai berikut:

- a. Tunika intima (tunika internal) terdiri atas selapis sel endotel yang membatasi permukaan dalam pembuluh. Dibawah endotel adalah lapisan subendotel, terdiri atas jaringan penyambung jarang halus yang kadang-kadang mengandung sel otot polos yang berperan untuk kontraksi pembuluhdarah.
- b. Tunika media terdiri dari sel-sel polos yang tersusun melingkar (sirkuler). Pada arteri, tunika media dipisahkan dari tunika intima oleh suatu membrana elastik interna. Membran ini terdiri atas elastin, biasanya berlubang-lubang yang terdapat dalam membran dan memberi makan sel-sel yang terletak jauh di dalam dinding pembuluh. Pada pembuluh besar, sering ditemukan membrana elastika externa yang lebih tipis yang memisahkan tunika media dari tunika adventitia yang terletak diluar.
- c. Tunika adventitia terdiri atas jaringan penyambung dengan serabut-serabut elastin. Pada pembuluh yang lebih besar, vasa vasorum (pembuluh dalam pembuluh) bercabang-cabang luas dalam adventitia
- d. Vasa vasorum memberikan metabolit-metabolit untuk adventitia dan tunika media pembuluh-pembuluh besar, karena lapisan-lapisannya terlalu tebal untuk diberi makanan oleh difusi dari aliran darah

c. Dampak Dari Sirkulasi pada Ibu Hamil dengan Preeklampsia

1. Edema

Edema adalah penimbunan cairan (Eksudat atau Transudat) secara berlebihan didalam sel, diantara sel-sel dan didalam rongga-rongga tubuh.

- a. Efusi
- b. Jika penimbunan cairan dalam rongga (efusi perkardium, efusi pleura).Asites
Jika penimbunan cairan dalam rongga peritoneum.
- c. Anasarka
Penimbunan cairan umum yang masif.

2. Etiologi dan Patogenesis

Timbulnya edema dapat diterangkan dengan mempertimbangkan berbagai gaya yang normal mengatur pertukaran cairan memalui dinding pembuluh. Faktor-faktor lokal dan sistemik yang berperan :

- a. Kenaikan tekanan hidrostatik dalam mikrosirkulasi memaksa cairan masuk kedalam ruang interstitial tubuh
- b. Kenaikan permeabilitas dinding pembuluh memungkinkan molekul molekul besar (protein) lolos dari pembuluh dan secara osmotik cairan akan menyertainya.
- c. Obstruksi/penyumbatan dari saluran limfe menyebabkan jalan keluar cairan hilang yang menyebabkan penimbunan cairan (limfedema).
- d. Penurunan konsentrasi protein (hipoproteinemia), misalnya Sindrom Nefrotik dan penyakit hati lanjutan

C. Asuhan Keperawatan preklampsia

Asuhan keperawatan adalah metode perorganisasian yang sistematis dalam melakukan asuhan keperawatan pada individu, kelompok dan masyarakat yang berfokus pada identifikasi dan pemecahan masalah dari respons pasien terhadap penyakitnya. Proses keperawatan digunakan untuk membantu perawat untuk melakukan praktik keperawatan secara sistematis dalam memecahkan masalah keperawatan (Tarwoto & Wartona,2015)

Proses keperawatan merupakan 5 tahapan penyelesaian masalah yang dilaksanakan berurutan dan bersinambungan, terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi (Suarni & Apriyani, 2017)

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal proses keperawatan dan merupakan suatu proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi status keselamatan klien (Suarni & Apriyani, 2017) Pengkajian merupakan tahap awal proses keperawatan, yang dilakukan melalui wawancara dan pemeriksaan fisik. Dibutuhkan ketelitian agar data yang terkumpul lebih akurat, sehingga dapat dikelompokkan dan dianalisis untuk mengetahui masalah dan kebutuhan terhadap perawatan.

Untuk mengkaji klien dengan preklampsia diperlukan data-data sebagai berikut:

a. Pengumpulan data

1) Wawancara

Setelah perawat melakukan wawancara dengan klien data yang ditemukan ialah : klien tidak memiliki riwayat diabetes melitus, penyakit ginjal atau riwayat hipertensi. Klien tidak merokok, penggunaan obat-obatan, ataupun mengkonsumsi alkohol. Klien mengeluh nyeri uluhati, mengeluh lemas, dan mengeluh ingin jatuh saat berpindah tempat, klien mengeluh mual tetapi tidak muntah, gangguan mata, penglihatan menjadi kabur.

2) Pemeriksaan fisik

Setelah dilakukan pemeriksaan fisik data yang didapatkan adalah

Tekanan darah : 160/90mmHg

Nadi : 94 x/menit

RR : 22 x/ menit

Suhu : 37,5°c

Terdapat edema kaki dan tangan, pengisian kapiler >3 detik, dan telapak kaki terasa dingin.

3) Pemeriksaan diagnostik

Meliputi pemeriksaan laboratorium darah meliputi, hitung darah lengkap/complete blood count (CBC), hasil hemoglobin 11,6 gr/dl, leukositosis biasanya timbul meskipun nilai SDH rendah pada infeksi virus, hasil leukosit pada klien preeklampsia 6.300/ μ l. Tes serologik, membantu membedakan diagnosis pada organisme secara spesifik. Laju endapan darah (LED) meningkat

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosa keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (SDKI, 2016)

Data yang diperoleh dari pengkajian dapat ditegakkan diagnosa keperawatan untuk klien preeklampsia, kemungkinan diagnosa yang muncul terkait dengan kebutuhan keamanan adalah sebagai berikut :

Tabel 2.1
Diagnosa keperawatan kasus preeklampsia

No	NANDA	SDKI
1	PK: Hipertensi	
2	Ketidakefektifan Perfusi jaringan Perifer	Perfusi Perifer tidak Efektif
3	Nyeri akut	Nyeri akut
4	Resiko jatuh	Resiko jatuh
5	Ketidakefektifan termoregulasi	Termoregulasi tidak efektif

3. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan merupakan tugas lanjut dari perawatan setelah mengumpulkan data yang bertujuan untuk memenuhi kebutuhan ibu sesuai dengan pengkajian yang dilakukan, seperti tabel dibawah ini 2.1 (Amelia, 2019). Rencana keperawatan yang disusun berdasarkan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)

1. PK: Hipertensi berkenaan dengan Riwayat kehamilan berhubungan dengan hipertensi berkenaan dengan kehamilan ditandai dengan hasil pemeriksaan 160/90 mmHg.

Label tujuan/SLKI

- a. Keperawatan hipertensi : preeklampsia

Setelah dilakukan asuhan keperawatan keparahan hipertensi (preeklampsia) diharapkan klien dengan kriteria hasil semua membaik

Label intervensi/SIKI

- b. Perawatan preeklamsia

Berdasarkan label SIKI diatas perawatan preeklampsia yang dilakukan kepada klien yaitu : pantau nadi dan tekanan darah, pantau odema khususnya pada kaki, pantau hasil laboratorium mengenai proteinuria, lakukan tirah baring dengan posisi miring, kolaborasi dalam pemantauan parameter hemodynamic infusiv, kolaborasi pemberian anti hipertensi, pantau tekanan darah dan obat hipertensi

2. Perfusi Perifer tidak Efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah ditandai dengan terdapat edema dan pengisian kapiler >3 detik.

Label intervensi/SIKI

- a. Perfusi Perifer

Setelah dilakukan asuhan keperawatan perfusi perifer diharapkan klien dengan kriteria hasil semua membaik

Intervensi/SIKI

b. Perawatan sirkulasi

Berdasarkan label SIKI diatas perawatan sirkulasi karena sesuai dengan kondisi klien saat pengkajian, tindakan yang dilakukan yaitu : pemeriksaan sirkulasi perifer (nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu), identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (tekanan darah tinggi pada ibu hamil), monitor panas, kemerahan, nyeri, dan bengkak pada ekstremitas, anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah.

3. Risiko jatuh ditandai dengan gangguan keseimbangan tubuh klien merasa ingin jatuh saat berpindah tempat

Tujuan/SLKI

a. Tingkat jatuh

Setelah dilakukan asuhan keperawatan Tingkat jatuh diharapkan klien dengan kriteria hasil semua membaik

Intervensi/SIKI

b. Pencegahan jatuh

Berdasarkan label SIKI diatas pencegahan jatuh karena sesuai dengan kondisi klien saat pengkajian, tindakan yang dilakukan yaitu : identifikasi faktor risiko jatuh, monitor posisi klien dari posisi tidur ke duduk, monitor kemampuan klien berpindah dari tempat tidur ke kursi roda, pastikan kondisi tempat tidur, kursi roda dll dalam posisi terkunci, atur tempat tidur kondisi rendah, pasang handrall pada tempat tidur, anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin, anjurkan memanggil perawat/keluarga jika ingin meminta bantuan.

4. Implementasi

Implementasi keperawatan merupakan salah satu tahap pelaksanaan dalam proses keperawatan. Dalam implementasi terdapat susunan dan tatanan pelaksanaan yang akan mengatur kegiatan pelaksanaan sesuai dengan diagnosa keperawatan dan intervensi keperawatan yang ditetapkan. Implementasi keperawatan juga mengacu pada kemampuan perawat baik

secara praktik maupun intelektual. Implementasi keperawatan merupakan pelaksanaan atau perwujudan dari pelaksanaan intervensi yang sudah ditetapkan dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan klien dan meningkatkan status kesehatannya (Beatrik Yeni Sampang Ukur Lingga,

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 keliruan dari setiap tahapan proses mulai dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, tindakan, dan evaluasi itu sendiri (Ali, 2009)

Evaluasi dilakukan berdasarkan kriteria yang telah ditetapkan sebelumnya dalam perencanaan, membandingkan hasil tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan dengan tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya dan menilai efektivitas proses keperawatan mulai dari tahap pengkajian, perencanaan, dan pelaksanaan (Mubarak, dkk., 2011)

Evaluasi disusun menggunakan SOAP dimana : (Suprajitno dalam Wardani, 2013)

- a. S : Ungkapan perasaan atau keluhan yang dikeluhkan secara subjektif oleh keluarga setelah diberikan implementasi keperawatan.
- b. O :Keadaan objektif yang dapat diidentifikasi oleh perawat menggunakan pengamatan yang objektif.
- c. A :Analisis perawat setelah mengetahui respon subjektif dan objektif
- d. P : Perencanaan selanjutnya setelah perawat melakukan analisis