

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Penyakit

1. Pengertian

Congestive heart failure (CHF) adalah suatu kondisi di mana jantung mengalami kegagalan dalam memompa darah guna mencukupi kebutuhan sel – sel tubuh akan nutrient dan oksigen secara adekuat. Hal ini mengakibatkan peregangan ruang jantung (dilatasi) guna menampung darah lebih banyak untuk dipompakan ke seluruh tubuh atau mengakibatkan otot jantung kaku dan menebal. Jantung hanya mampu memompa darah untuk waktu yang singkat dan dinding otot jantung yang melemah tidak mampu memompa dengan kuat (Udjianti, 2011:153).

Gagal jantung adalah keadaan ketika jantung tidak mampu mempertahankan sirkulasi yang cukup bagi kebutuhan tubuh, meskipun tekanan pengisian vena normal (Mutaqqin, 2009 :196).

Gagal jantung adalah ketidakmampuan jantung untuk memompa darah dalam jumlah yang cukup untuk memenuhi kebutuhan jaringan terhadap oksigen sehingga metabolisme mengalami penurunan (Bachrudin & Najib, 2016 : 30).

2. Klasifikasi

Klasifikasi gagal jantung menurut New York Heart Association (NYHA) (Mutaqqin, 2009 : 197)

Kelas I = klien dengan kelainan jantung tetapi tanpa pembatasan aktivitas fisik dengan istilah disfungsi ventrikel kiri yang asimtomatik

Kelas II = klien dengan kelainan jantung yang menyebabkan sedikit pembatasan aktivitas fisik dengan istilah gagal jantung ringan

Kelas III = klien dengan kelainan jantung yang menyebabkan banyak pembatasan aktivitas fisik dengan istilah gagal jantung sedang

Kelas IV = klien dengan kelainan jantung yang segala bentuk aktivitas fisiknya akan menyebabkan keluhan dengan istilah gagal jantung berat

Gagal jantung ringan , sedang, dan berat ditentukan berdasarkan beratnya gejala khususnya sesak (*dispnea*). Meskipun klasifikasi ini berguna untuk menentukan tingkat ketidakmampuan fisik dan beratnya gejala, namun pembagian tersebut tidak dapat digunakan untuk keperluan lain .

Klasifikasi NYHA tidak dapat digunakan untuk menilai beratnya penyakit jantung yang menjadi penyebab, misalnya pada gagal jantung ringan belum tentu disebabkan oleh penyakit jantung yang ringan. Beratnya gejala tidak menunjukkan atau sebanding dengan beratnya disfungsi ventrikel kiri yang ada. Justru sebaliknya, fraksi ejeksi ventrikel kiri terbukti paling menentukan mortalitas gagal jantung. Adanya bendungan paru yang ditemukan pada pemeriksaan klinis atau radiologis pada klien infark miokardium menunjukkan prognosis yang buruk.

3. Etiologi

Menurut Asikin, Nuralamsyah, Susaldi, 2016. Penyebab gagal jantung berdasarkan mekanisme fisiologis. Mekanisme fisiologis yang dapat menyebabkan timbulnya gagal jantung yaitu kondisi yang meningkatkan preload, afterload, atau yang menurunkan kontraktilitas miokardium. Kondisi yang meningkatkan preload, misalnya regurgitasi aorta dan cacat septum ventrikel. Afterload meningkat pada kondisi dimana terjadi stenosis atau dilatasi ventrikel. Pada infark miokard dan kardiomiopati, kontraktilitas dapat menurun.

4. Patofisiologi

Menurut Wijaya &Putri, 2013 patofisiologi *congestive heart failure* :

a. Mekanisme dasar

kelainan kontraktilitas pada gagal jantung akan mengganggu kemampuan pengosongan ventrikel. Kontraktilitas ventrikel kiri yang menurun mengurangi cardiac output dan meningkatkan volume ventrikel.

Dengan meningkatnya EDV (volume akhir diastolik ventrikel) maka terjadi pula peningkatan tekanan akhir diastolik kiri (LEDV).

Dengan meningkatnya LEDV, maka terjadi pula peningkatan tekanan atrium(LAP) karena atrium dan ventrikel berhubungan langsung kedalam anyaman vaskuler paru-paru meningkatkan tekanan kapiler dan vena paru. Jika tekanan hidrostatik dari anyaman kapiler paru-paru melebihi tekanan osmotik vaskuler, maka akan terjadi transudasi cairan melebihi kecepatan drainase limfatik, maka akan terjadi edema interstisial. Peningkatan tekanan lebih lanjut dapat mengakibatkan cairan merembes ke alveoli dan terjadilah edema paru.

b. Respon kompensatorik

1. Meningkatnya aktifitas adrenergik simpatik

Menurunnya cardiac output akan meningkatkan aktivitas adrenergik jantung dan medula adrenal. Denyut jantung dan kekuatan kontraktile akan meningkat untuk menambah cardiac output (CO), juga terjadi vasokonstriksi arteri perifer untuk menstabilkan tekanan arteri dan retribusi volume darah dengan mengurangi aliran darah ke organ-organ yang rendah metabolismenya, seperti kulit dan ginjal agar perfusi ke jantung dan ke otak dapat dipertahankan. Vasokonstriksi akan meningkatkan aliran balik vena kesisi kanan jantung yang selanjutnya akan menambah kekuatan kontriksi.

2. Meningkatnya beban awal aktivitas sistem renin angiotensin aldosteron (RAA).

Aktivitas RAA menyebabkan retensi NA dan air oleh ginjal, meningkatkan volume ventrikel ventrikel tegangan tersebut. Peningkatan beban awal ini akan menambah kontraktilitas miokardium.

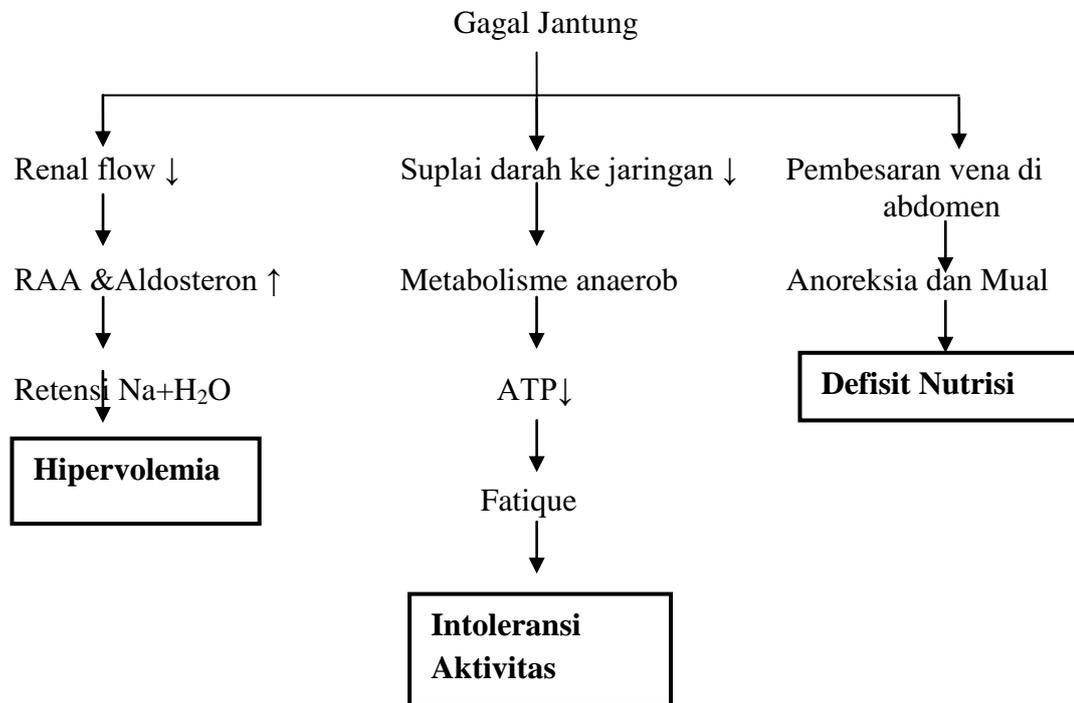
3. Atropi ventrikel

Respon kompensatorik terakhir pada gagal jantung adalah hipertropi miokardium akan bertambah tebalnya dinding.

4. Efek negatif dari respon kompensatorik

Pada awalnya respon kompensatorik menguntungkan namun pada akhirnya menimbulkan berbagai gejala, meningkatkan laju jantung dan memperburuk tingkat gagal jantung. Resistensi jantung yang dimaksudkan untuk meningkatkan kekuatan kontraktilitas dini mengakibatkan bendungan paru dan vena sistemik dan edema, fase konstriksi arteri dan redistribusi aliran darah mengganggu perfusi jaringan pada anyaman vaskuler yang terkena menimbulkan tand serta gejala, misalnya berkurangnya jumlah air kemih yang dikeluarkan dan kelemahan tubuh. Vasokonstriksi arteri juga menyebabkan beban akhir dengan memperbesar resistensi terhadap ejsi ventrikel, beban akhir juga meningkat kalau dilatasi ruang jantung. Akibat kerja jantung dan kebutuhan miokard akan oksigen juga meningkat, yang juga ditambah lagi adanya hipertensi miokard dan perangsangan simpatik lebih lanjut. Jika kebutuhan miokard, akhirnya dapat timbul beban miokard yang tinggi dan serangan gagal jantung yang berulang .

Gambar 2.1
Patofisiologi Congestive heart failure



(Sumber : Aplikasi Asuhan Keperawatan NANDA, NOC & NIC 2013)

5. Tanda dan Gejala

Menurut Asikin, Nuralamsyah, Susaldi, 2016. Manifestasi klinis gagal jantung antara lain :

- Sesak saat beraktifitas
- Sesak saat terbaring dan membaik dengan melakukan elevasi kepala menggunakan bantal (ortopnea)
- Sesak di malam hari
- Sesak saat beristirahat
- Nyeri dada dan palpitasi
- Anoreksia
- Mual, kembung.
- Penurunan berat badan.

- i. Letih,lemas.
 - j. Oliguria/nokturia.
 - k. Gejala otak bervariasi mulai dari ansietas hingga gangguan memori dan konfusi
6. Pemeriksaan Penunjang
- Menurut Muttaqin,2012. Pemeriksaan penunjang diagnosa *congestive heart failure* yaitu :
- a. Elektrokardiografi
 - b. Ekokardiogram
 - c. Rontgen thoraks
7. Penatalaksanaan Medis
- Menurut Mutaqqin,2012. Penatalaksanaan medis pada pasien *congestive heart failure* :
- a. Terapi oksigen
 - b. Terapi nitrat dan vasodilator koroner
 - c. Terapi diuretik
 - d. Terapi digitalis
 - e. Terapi inotropik positif
 - f. Terapi sedatif
8. Komplikasi
- Menurut komplikasi gagal jantung menurut Wijaya & Putri, 2013:
- a. Edema paru akut terjadi akibat gagal jantung kiri
 - b. *Syok kardiogenik* : stadium dari gagal jantung kiri, kongestif akibat penurunan curah jantung dan perfusi jaringan yang tidak adekuat ke organ vital (jantung dan otak)
 - c. *Episode trombolitik* : *trombus* terbentuk karena *imobilitas* pasien dengan gangguan sirkulasi dengan aktivitas *trombus* dapat menyumbat pembuluh darah
 - d. *Efusi perikardial dan tamponade jantung*: masuknya cairan kekantung *perikardium*, cairan dapat merenggankan *perikardium* sampai ukuran maksimal dan menyebabkan penurunan curah

jantung serta aliran balik vena ke jantung. Hal akhir dari proses ini adalah *tamponade* jantung.

B. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

Menurut Abraham Maslow kebutuhan dasar manusia ada lima yaitu kebutuhan fisiologis, kebutuhan rasa aman dan perlindungan, kebutuhan rasa cinta memiliki dan dimiliki, kebutuhan harga diri, dan kebutuhan aktualisasi diri (Aziz & Musrifatul, 2014).

Berdasarkan teori Abraham Maslow, pada klien dengan gagal jantung kongestif mengalami gangguan kebutuhan dasar fisiologis yaitu kebutuhan aktivitas/pergerakan. Aktivitas adalah suatu energi atau keadaan bergerak untuk dapat memenuhi kebutuhan hidup. Salah satu tanda kesehatan adalah adanya kemampuan seseorang melakukan aktivitas seperti berdiri, berjalan, dan bekerja. Kemampuan aktivitas seseorang tidak terlepas dari keadekuatan sistem persarafan dan muskulo-sekeletal (Wartona dan Tarwoto, 2015).

Faktor yang mempengaruhi aktivitas adalah :

- a. Tingkat perkembangan tubuh: usia seseorang mempengaruhi sistem muskuloskeletal dan persarafan, untuk itu, dalam melakukan tindakan keperawatan untuk memenuhi kebutuhan aktivitas, perawat harus memperhatikan tumbuh kembang klien sesuai kebutuhan.
- b. Kesehatan fisik: seseorang dengan penyakit (gangguan muskuloskeletal, gangguan kardiovaskuler, gangguan sistem respirasi), cacat tumbuh dan imobilisasi akan dapat mengganggu pergerakan tubuh.
- c. Keadaan nutrisi: seseorang dengan nutrisi kurang hal ini menyebabkan kelemahan dan kelelahan otot yang berdampak pada penurunan aktivitas dan pergerakan. Sebaiknya, hal yang sama terjadi pada nutrisi lebih (obesitas).
- d. Status mental: seseorang mengalami gangguan mental cenderung tidak antusias dalam mengikuti aktivitas, bahkan kehilangan energi untuk memenuhi kebutuhan personal hygiene.

e. Gaya hidup: seseorang dalam melakukan pola aktivitas sehari-hari dengan baik tidak akan mengalami hambatan dalam pergerakan, demikian juga sebaliknya (Kasiati & Rosmalawati, 2016).

C. Proses Keperawatan

Proses keperawatan terdiri dari 4 tahap yaitu pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi. Adapula yang menterjemahkannya kedalam 5 tahap yaitu pengkajian, perumusan diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi (Suarni & Apriyani, 2017).

1. Pengkajian

Tahap pengkajian merupakan pemikiran dasar dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan individu. Pengkajian yang lengkap, akurat, sesuai kenyataan, kebenaran data sangat penting untuk merumuskan suatu diagnosa keperawatan dan dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai respon individu. Metode dalam pengumpulan data melalui wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, studi dokumentasi untuk memenuhi kebutuhan dasarnya (Suarni & Apriyani, 2017).

a. Biodata pasien

b. Keluhan utama

Keluhan utama merupakan keluhan yang paling menonjol yang dirasakan oleh klien dan merupakan alasan pokok klien masuk rumah sakit atau keluhan saat dilakukan pengkajian oleh perawat.

c. Riwayat penyakit saat ini

Pengkajian RPS yang mendukung keluhan utama dilakukan dengan mengajukan serangkain pertanyaan mengenai kelemahan fisik klien secara PQRST. Gejala utama yang diidentifikasi klien dengan penyakit kardiovaskular meliputi nyeri dada, sesak napas, fatigue, palpitasi, peningkatan berat badan, pingsan, dan nyeri ekstremitas.

d. Riwayat penyakit masa lalu

Meliputi riwayat penyakit yang pernah diderita klien terutama penyakit yang mendukung munculnya penyakit saat ini (faktor predisposisi dan faktor pempitasi) seperti hipertensi, penyakit pembuluh darah, diabetes melitus, gangguan fungsi tiroid, *rheumatic heart disease* , penyakit autoimun, penyakit darah, dan lain-lain .

e. Riwayat penyakit keluarga

Riwayat keluarga yang dapat digali meliputi informasi tentang usia, dan status kesehatan anggota keluarga yang bertalian darah (seperti orang tua , saudara kandung , anak-anak dan), waktu dan penyebab kematian anggota keluarga. Status kesehatan keluarga meliputi riwayat penyakit yang pernah diderita keluarga klien terutama yang berhubungan dengan gangguan sistem kardiovaskular atau pada sistem lain yang bersifat herediter dan berpengaruh terhadap fungsi kardiovaskular.

f. Riwayat psikososial

Meliputi riwayat psikologis klien yang berhubungan dengan kondisi penyakitnya serta dampaknya terhadap kehidupan sosial klien. Klien dan keluarga menghadapi situasi yang menghadirkan kemungkinan kematian atau rasa takut terhadap nyeri, ketidakmampuan, gangguan harga diri, ketergantungan fisik, serta perubahan pada dinamika keluarga

g. Pola aktivitas sehari-hari

Meliputi pola asupan nutrisi dan cairan, pola eliminasi baik urine maupun bowel, pola istirahat-tidur, *personal hygiene*, aktivitas, atau kebiasaan lain, serta hobi yang dapat memperburuk kondisi klien.

h. Pemeriksaan fisik

Meliputi *Glasgow Coma Scale (GCS)*, tanda-tanda vital, kepala dan leher, thoraks, abdomen ekstremitas dan integumen

2. Diagnosis keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial (SDKI,2017).

Diagnosa yang mungkin muncul pada klien yang menderita CHF menurut (Asikin,Nuralamsyah,Susaldi, 2016)

- a. Penurunan curah jantung berhubungan dengan gangguan kontraktilitas miokard, perubahan inotropik, perubahan irama,ritme dan konduksi listrik, perubahan struktural misalnya perubahan pada katup dan aneurisma ventrikel.
- b. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, kelemahan, dan imobilisasi
- c. Hipervolemia berhubungan dengan penurunan laju filtrasi glomerulus (penurunan curah jantung), peningkatan produksi hormon antidiuretik (ADH), serta retensi air dan natrium.
- d. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran kapiler alveolus,misalnya pengumpulan cairan dan pergeseran ke ruang interstisial atau alveoli.
- e. Resiko gangguan integritas kulit berhubungan dengan bedrest dalam jangka waktu yang lama, edema, dan penurunan perfusi jaringan.
- f. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurangnya pemahaman terkait fungsi jantung atau penyakit dan gagal jantung

3. Rencana keperawatan

Tahapan perencanaan keperawatan adalah menentukan perencanaan berupa perencanaan tujuan (outcome) dan intervensi (Suarni&Apriyani,2017).

Pada tahap perencanaan ada empat hal yang harus diperhatikan, yaitu menentukan prioritas, menentukan tujuan, melakukan kriteria hasil, dan merumuskan intervensi (Tarwoto&Wartoh, 2015)

Tabel 2.1
Rencana Keperawatan

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	SLKI	SIKI
1	2	3	4
1	<p>Penurunan curah jantung Faktor yang berubangan :</p> <p>a. perubahan irama jantung b. perubahan frekuensi jantung c. perubahan kontraktilitas d. perubahan preload e. perubahan afterload</p> <p>Batasan karakteristik :</p> <p>a. Perubahan Irama jantung: palpitasi, bradikardi/ takikardia, gambaran EKG aritmia b. Perubahan preload: lelah, edema, distensi venajugularis c. Perubahan afterload: dispnea, TD meningkat/menurun, nadi perifer teraba lemah d. Perubahan kontraktilitas: ortopnea, batuk</p>	<p>Curah Jantung Kode L.02008</p> <p>a. Nadi dalam batas normal (60-100 x /menit b. Tekanan darah dalam batas normal (120/80 mmHg) c. Tidak ada keluhan sesak d. Tidak kelelahan</p>	<p>Perawatan Jantung Kode I.02075</p> <p>a. Identifikasi tanda / gejala primer penurunan curhah jantung (meliputi dispnea ,kelelahan , edema , ortpnea,proximal nocturnal dyspnea ,peningkatan CVP b. Posisikan pasien semi fowler atau fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman c. Monitor tekanan darah d. Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum dan setelah aktivitas e. Monitor saturasi oksigen f. Berikan oksigen untuk memperthankan saturasi oksigen >94% g. Anjurkan beraktivitas fisik secara bertahap h. Anjurkan berhenti merokok i. Kolaborasi pemberian antiaritmia</p> <p>Terapi Oksigen Kode I.01026</p> <p>j. Kolaborasi penentuan dosis oksigen k. Monitor kecepatan aliran oksigen</p>

1	2	3	4
2	<p>Intoleransi aktivitas</p> <p>Faktor yang berhubungan :</p> <ol style="list-style-type: none"> ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen tirah baring Kelemahan Imobilitas gaya hidup monoton <p>Batasan Karakteristik</p> <ol style="list-style-type: none"> Mengeluh lelah Frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat. 	<p>Toleransi Aktivitas</p> <p>Kode L.05047 Hal. 149</p> <ol style="list-style-type: none"> Tidak sesak saat atau setelah melakukan aktivitas Tidak ada keluhan lelah Mudah melakukan aktivitas sehari - hari 	<p>Terapi Aktivitas</p> <p>Kode I.05186 Hal. 415</p> <ol style="list-style-type: none"> Identifikasi kemampuan berpartisipasi dalam aktivitas tertentu Identifikasi defisit tingkat aktivitas Fasilitasi aktivitas rutin (mis. Ambulasi , mobilisasi dan perawatan diri) sesuai kebutuhan <p>Manajemen Energi</p> <p>Kode I.05178 Hal . 176</p> <ol style="list-style-type: none"> Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap Monitor kelelahan fisik dan emosional Monitor pola dan jam tidur Berikan aktivitas distraksi yang menyenangkan
3	<p>Hipervolemia</p> <p>Faktor yang berhubungan:</p> <ol style="list-style-type: none"> Gangguan mekanisme regulasi Kelebihan asupan cairan Kelebihan asupan cairan Gangguan aliran balik vena <p>Batasan karakteristik:</p> <ol style="list-style-type: none"> Dispnea Edema anasarka/edema perifer Berat badan meningkat dalam waktu singkat Oliguria Intake lebih banyak dari output 	<p>Keseimbangan Cairan</p> <p>Kode L.03020</p> <ol style="list-style-type: none"> Tidak ada edema / pitting edema Asupan cairan Output urin <p>Status Cairan</p> <p>Kode L.03028</p> <ol style="list-style-type: none"> Tidak ada keluhan sesak 	<p>Manajemen Hipervolemia</p> <p>Kode I.03114</p> <ol style="list-style-type: none"> Periksa tanda dan gejala hipervolemia (dispnea, ortopnea, edema, JVP/CVP meningkat , reflex hepatojugular positif, suara napas tambahan) Identifikasi penyebab hipervolemia Monitor kecepatan infus dengan ketat Ajarkan cara mengukur dan mencatat haluaran cairan Kolaborasi pemberian diuretik <p>Pemantauan Cairan</p> <p>Kode I.03121</p> <ol style="list-style-type: none"> Monitor intake dan output cairan bvbv Monitor jumlah, warna dan berat jenis urin Monitor elastisitas atau turgor kulit Monitor frekuensi napas Dokumentasikan hasil pemantauan

1	2	3	4
4	<p>Gangguan Pertukaran Gas Faktor yang berhubungan:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Ketidakseimbangan ventilasi-perfusi b. Perubahan membran alveolus-kapiler <p>Batasan Karakteristik Dispnea PCO₂ meningkat/menurun PO₂ menurun pH arteri meningkat /menurun pola napas abnormal</p>	<p>Pertukaran gas Kode L.01003 Kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Dispnea berkurang b. Pola napas normal c. PO₂ dan PCO₂ dalam rentang normal 	<p>Pemantauan respirasi (I.01014)</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Monitor pola napas b. Monitor nilai AGD <p>Dukungan ventilasi (I.01002)</p> <ul style="list-style-type: none"> c. Berikan posisi semi fowler atau fowler d. Berikan oksigenasi sesuai kebutuhan e. Ajarkan melakukan teknik relaksasi napas dalam
5	<p>Risiko Gangguan Integritas Kulit Faktor Risiko:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Perubahan sirkulasi b. Kekurangan/kelebihan volume cairan c. Penurunan mobilitas d. Kelembaban e. Kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan/ melindungi integritas jaringan 	<p>Integritas kulit dan jaringan (L.14125)</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Tidak ada kerusakan pada lapisan kulit b. Kulit terhidrasi c. Perfusi jaringan 	<p>Perawatan integritas kulit (I.11353)</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit b. Ubah posisi jika tirah baring c. Anjurkan minum air yang cukup d. Anjurkan menggunakan pelembab <p>Perawatan Sirkulasi (I.02079)</p> <ul style="list-style-type: none"> e. Periksa sirkulasi perifer f. Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas. g. Lakukan perawatan kaki dan kuku

1	2	3	4
6	Defisit pengetahuan Faktor yang berhubungan a. Kekeliruan mengikuti anjuran b. Kurang terpapar infotmasi c. Ketidaktahuan menemukan sumber informasi Batasan karakteristik: a. Menanyakan masalah yang dihadapi b. Menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran c. Menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah	Tingkat Pengetahuan (L.12111) a. Perilaku sesuai anjuran b. Mampu menjelaskan pengetahuan tentang penyakitnya	Edukasi kesehatan (I.12383) a. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi b. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan c. Berikan kesempatan untuk bertanya d. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan tindakan yang sudah direncanakan dalam rencana perawatan. Tindakan keperawatan mencakup tindakan mandiri dan tindakan kolaborasi (Tarwoto&Wartanah, 2015)

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,1994,dalam Potter &Perry,1997 dalam Suarni&Apriyani,2017).

5. Evaluasi

Evaluasi didefinisikan sebagai keputusan dari efektifitas asuhan keperawatan antara dasar tujuan keperawatan klien yang telah ditetapkan dengan respon perilaku klien yang tampak (Craven dan Hirnle ,2000 dalam Suarni&Apriyani,2017).

Untuk penentuan masalah teratasi,teratasi sebagian,atau tidak teratasi adalah dengan cara membandingkan antara SOAP dengan tujuan dan kriteria hasil yang ditetapkan. Subjective adalah informasi berupa ungkapan yang didapat dari klien setelah tindakan diberikan. Objective adalah informasi yang didapat berupa hasil pengamatan, penilaian, pengukuran yang dilakukan oleh perawat setelah tindakan dilakukan. Analisis adalah membandingkan antara informasi subjective dan objective dengan tujuan dan kriteria hasil, kemudian diambil kesimpulan bahwa masalah teratasi, teratasi sebagian, atau tidak teratasi. Planing adalah rencana keperawatan lanjutan yang akan dilakukan berdasarkan hasil analisa (Suarni&Apriyani,2017)