

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Definisi Asfiksia

Asfiksia neonatorum merupakan suatu kondisi dimana bayi yang baru lahir tidak dapat bernapas secara spontan, teratur maupun adekuat (Muslima et al., 2021).

Asfiksia neonatorum adalah keadaan yang dimana bayi baru lahir mengalami gagal bernapas secara spontan dan teratur segera setelah lahir, sehingga bayi tidak dapat memasukkan oksigen dan tidak dapat mengeluarkan zat arang dari tubuhnya (Idayanti et al., 2022).

Asfiksia merupakan kekurangan atau kurangnya aliran darah dari janin, kondisi ini dapat menyebabkan komplikasi sistemik dan neurologis yang parah karena berkurangnya oksigen dan suplai darah ke organ vital, termasuk otak, jantung, hati dan otot (Krakauer et al., 2024).

B. Penyebab Asfiksia

Terdapat beberapa kondisi yang dapat menyebabkan gangguan sirkulasi darah sehingga pasokan oksigen ibu ke bayi menjadi berkurang dan mengakibatkan asfiksia, berikut beberapa faktor penyebab (Deswita et al., 2023).

1. Faktor ibu

Oksigenasi darah pada ibu yang tidak mencukupi akibat hipoventilasi selama anestesi, penyakit jantung, gagal pernapasan, keracunan karbonmonoksida dan tekanan darah ibu yang rendah akan menyebabkan asfiksia. Gangguan aliran darah uterus dapat menyebabkan berkurangnya pengaliran oksigen ke plasenta

dan ke janin. Hal tersebut sering ditemukan pada gangguan kontraksi uterus, misalnya hipertoni, hipotoni atau tetani uterus akibat penyakit atau obat, hipotensi mendadak pada ibu karena pendarahan, hipertensi pada penyakit eklamsia dan lain-lain.

2. Faktor plasenta

Pertukaran gas antara ibu dan janin dipengaruhi oleh luas dan kondisi plasenta. Asfiksia pada janin dapat terjadi bila terdapat gangguan mendadak pada plasenta, misalnya plasenta tipis, plasenta kecil, solusio plasenta dan perdarahan plasenta.

3. Faktor fetus

Kompresi umbilikus dapat mengakibatkan terganggunya aliran darah dalam pembuluh darah umbilikus dan menghambat pertukaran gas antara ibu dan janin. Gangguan aliran darah ini dapat ditemukan pada keadaan kompresi tali pusat dan lain sebagainya.

4. Faktor neonatus

Depresi pusat pernapasan pada bayi baru lahir dapat terjadi disebabkan penggunaan obat anastesia/analgetik yang berlebihan pada ibu secara langsung dapat menimbulkan depresi pusat pernapasan janin, maupun karena trauma yang terjadi pada persalinan, misalnya perdarahan intrakranial dan kelainan kongenital pada bayi.

5. Faktor persalinan

Partus lama merupakan persalinan yang berlangsung lebih dari 1-2 jam pada primi, dan lebih dari 1 jam pada multi. Partus lama tersebut dapat menyebabkan asfiksia.

C. Tanda dan Gejala Asfiksia

Terdapat beberapa tanda dan gejala pada asfiksia (Dewi, 2024):

1. Asfiksia berat

Bayi yang mengalami asfiksia berat akan asidosis, sehingga memerlukan perbaikan dan resusitasi aktif dengan segera. Tanda dan gejala yang akan muncul pada asfiksia berat:

- a. Frekuensi nadi kecil, yaitu <40 kali/menit
- b. Tidak ada usaha napas
- c. Tonus otot lemah bahkan hampir tidak ada
- d. Bayi tidak dapat memberikan reaksi jika diberikan rangsangan
- e. Bayi tampak pucat bahkan sampai berwarna kelabu
- f. Terjadi kekurangan oksigen yang berlanjut sebelum atau sesudah persalinan

2. Asfiksia sedang

Bayi yang mengalami asfiksia sedang akan mengalami tanda dan gejala:

- a. Frekuensi nadi menurun menjadi 60-80 kali/menit
- b. Usaha napas lambat
- c. Tonus otot biasanya dalam keadaan baik
- d. Bayi masih bisa bereaksi terhadap rangsangan yang diberikan
- e. Bayi terlihat sianosis
- f. Tidak terjadi kekurangan oksigen yang berlanjut selama persalinan

D. Patofisiologi Asfiksia

Transisi dari kehidupan janin intrauterin ke kehidupan bayi ekstrauterin menunjukkan perubahan. Alveoli paru janin dalam uterus berisi cairan paru. Sebelum lahir, seluruh oksigen yang digunakan janin berasal dari difusi darah ibu ke darah janin melewati membran plasenta. Hanya sebagian kecil darah janin yang mengalir ke paru-paru janin (sekitar 4%). Paru janin tidak berfungsi sebagai jalur transportasi oksigen ataupun untuk ekskresi karbon dioksida. Aliran darah ke paru-paru belum mempunyai peran penting untuk oksigenasi maupun untuk keseimbangan asam basa pada janin.

Paru janin mengembang dalam uterus akan tetapi kantung-kantung udara yang akan menjadi alveoli berisi cairan, bukan udara. Sebagian besar darah dari sisi kanan jantung tidak dapat memasuki paru karena resistansi pembuluh darah paru janin yang mengkerut masih tinggi, sehingga sebagian besar aliran darah ini mengambil jalur yang mempunyai resistansi yang lebih rendah yaitu melewati duktus arteriosus menuju aorta.

Pada saat lahir bayi mengambil napas pertama, udara memasuki alveoli paru dan cairan paru diabsorpsi oleh jaringan paru. Pada napas kedua dan berikutnya, udara yang masuk kedalam alveoli bertambah dan cairan paru diabsorpsi sehingga kemudian seluruh alveoli berisi udara yang mengandung oksigen. Aliran darah paru meningkat secara dramatis. Hal tersebut disebabkan aliran ekspansi paru yang membutuhkan tekanan puncak inspirasi dan tekanan akhir ekspirasi yang lebih tinggi.

Ekspansi pada paru dan peningkatan tekanan oksigen alveoli, keduanya mengakibatkan penurunan resistansi vaskuler paru dan peningkatan aliran darah

dari arteri pulmonalis paru setelah lahir. Aliran intrakardial dan ekstrakardial mulai beralih arah, yang kemudian duktus arteriosus tidak berfungsi lagi. Kegagalan penurunan resistansi vaskuler paru menyebabkan hipertensi pulmonal persisten (PPH) pada BBL, sehingga duktus arteriosus botalli tetap berfungsi kembali (menuju aorta), aliran darah ke paru menjadi inadkuat dan hipoksemia terulang kembali. Ekspansi paru yang inadkuat menyebabkan gagal napas (Dewi, 2023).

E. Masalah Keperawatan Pola Napas Tidak Efektif

1. Pengertian pola napas tidak efektif

Pola napas tidak efektif merupakan inspirasi dan atau ekspirasi yang tidak memberikan ventilasi adekuat (PPNI, 2017).

2. Faktor penyebab pola napas tidak efektif

Menurut Buku Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (PPNI, 2017) faktor penyebab dari pola napas tidak efektif, yaitu:

- a. Depresi pusat pernapasan
- b. Hambatan upaya napas (mis. Nyeri saat bernapas, kelemahan otot pernapasan)
- c. Deformitas dinding dada
- d. Deformitas tulang dada
- e. Gangguan Neouromuskuler
- f. Gangguan Neurologis (mis. Elektroensefalogram [EEG] positif, cedera kepala, gangguan kejang)
- g. Imaturitas neurologis
- h. Penurunan energi
- i. Kelebihan berat badan

- j. Posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru
- k. Sindrom hipoventilasi
- l. Kerusakan inervasi diafragma (kerusakan saraf C5 ke atas)
- m. Cedera pada Medula spinalis
- n. Efek agen farmakologis
- o. Kecemasan

3. Data mayor dan data minor pola napas tidak efektif

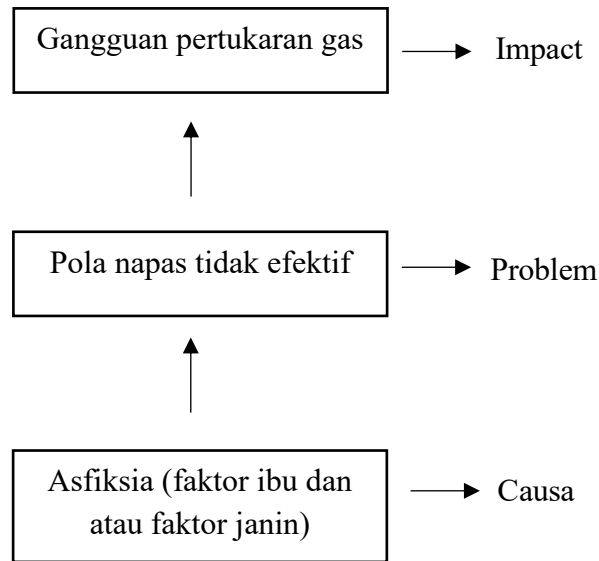
Tabel 1.

Data Mayor dan Data Minor Pola Napas Tidak Efektif

Gejala dan Tanda Mayor	
Subjektif	Objektif
1) Dispnea	1) Penggunaan otot bantu pernapasan 2) Fase ekspirasi memanjang 3) Pola napas abnormal (mis. Takipnea, bradipnea, hiperventilasi, kussmaul, cheynestokes)
Gejala dan Tanda Minor	
Subjektif	Objektif
1) Ortopnea	1) Pernapasan pursed-lip 2) Pernapasan cuping hidung 3) Diameter thoraks anterior-posterior meningkat 4) Ventilasi semenit menurun 5) Kapasitas vital menurun 6) Tekanan ekspirasi menurun 7) Tekanan inspirasi menurun 8) Ekskursi dada berubah

Sumber: (PPNI, 2017)

F. Problem Tree



G. Konsep Asuhan Keperawatan Pada Bayi Dengan Masalah Pola Napas Tidak Efektif Akibat Asfiksia

1. Pengkajian

Pengkajian adalah langkah pertama dari proses keperawatan yang melibatkan pengumpulan data terhadap individu, keluarga dan kelompok secara komperhensif terkait aspek biologis, psikologis, sosial, maupun spiritual sehingga akan diketahui berbagai macam masalah pada klien. Tahapan dalam pengkajian meliputi tiga kegiatan yaitu pengumpulan data, analisa data dan penentuan masalah keperawatan (Serinadi et al., 2023).

a. Pengkajian data keperawatan

1) Identitas pasien dan identitas penanggung jawab

Identitas terdapat data mengenai identitas pasien dan identitas penanggung jawab, data identitas pasien berisikan nama, tanggal lahir, umur, kewarganegaraan, agama. Data identitas penanggung jawab berisikan nama, tanggal lahir, umur, pendidikan, pekerjaan dan alamat.

2) Keluhan utama

Keluhan utama merupakan keluhan yang dialami oleh pasien saat pengkajian. Bayi yang mengalami asfiksia biasanya akan menunjukkan tidak bisa bernapas secara spontan dan teratur segera setelah dilahirkan. Keadaan bayi ditandai dengan tidak bisa bernapas atau bernapas megap-megap, sianosis, hipoksia, hiperkapnea, asidosis metabolic dan tangisan lemah.

3) Riwayat kesehatan

a) Riwayat kesehatan sekarang

Riwayat kesehatan sekarang dijelaskan mengenai kondisi kesehatan saat ini, dimana dimulai dari kapan keluhan muncul dan tindakan apa saja yang sudah diberikan.

b) Riwayat kesehatan dahulu

Riwayat kesehatan dahulu terdapat informasi mengenai riwayat penyakit yang pernah dialami oleh pasien atau riwayat masuk rumah sakit, kelainan dan alergi.

4) Riwayat kesehatan keluarga

Riwayat kesehatan keluarga terdapat informasi terkait riwayat kesehatan yang pernah dialami atau diderita oleh anggota keluarga, baik yang terkait atau tidak terkait dengan penyakit yang diderita pasien.

5) Riwayat kehamilan

Data ini berisikan keadaan ibu sewaktu hamil. Tanyakan ibu mengenai kehamilan sebelumnya, pemeriksaan kehamilan ibu sebelumnya, apakah pernah mengalami infeksi atau sakit tertentu sewaktu hamil dan perdarahan sewaktu hamil.

6) Riwayat persalinan

Riwayat persalinan mencakup data jumlah kelahiran anak, tahun kelahiran, berat badan bayi, panjang bayi, jenis kelamin, metode persalinan, lokasi persalinan, tenaga kesehatan yang terlibat dan apakah terdapat komplikasi saat persalinan.

7) Riwayat imunisasi

Riwayat imunisasi pada bayi, tanyakan kepada orang tua bayi apakah sudah mendapatkan imunisasi lengkap sesuai dengan usia bayi, seperti HB-1, Polio 0 dan BCG.

8) Riwayat tumbuh kembang

Riwayat tumbuh kembang menjelaskan mengenai pertumbuhan dan perkembangan bayi. Pertumbuhan merujuk pada perubahan kuantitatif menanyakan terkait ukuran fisik seperti tinggi/panjang badan, berat badan. Kemampuan perkembangan mengacu pada perubahan kualitatif meliputi dalam fungsi dan kemampuan individu, gerakan motorik halus, gerakan motorik kasar dan kemampuan bahasa atau bicara, sosial dan emosional, dalam hal tersebut kita bisa menanyakan kepada orang tua anak terkait usia berapa anaknya berbalik badan, merangkap, duduk, berdiri, berjalan, senyum kepada orang lain pertama kali dan pertama kali mengeluarkan suara (Aslinda et al., 2024).

9) Pola kebutuhan dasar

Sesuai dengan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia pada pola kebutuhan dasar manusia subkategori Respirasi dengan diagnosis Pola Napas Tidak Efektif terdapat 4 data mayor dan 9 data minor yang perlu dikaji.

- a) Periksa apa pasien mengalami dispnea?
- b) Periksa apa pasien menggunakan otot bantu pernapasan?
- c) Periksa apa fase ekspirasi pasien memanjang?
- d) Periksa apa pola napas pasien abnormal?
- e) Periksa apa pasien mengalami ortopnea?
- f) Periksa apa pernapasan pasien pursed-lip?
- g) Periksa apa terdapat pernapasan cuping hidung?
- h) Periksa apa diameter thoraks anterior-posterior pasien meningkat?
- i) Periksa apa pasien mengalami ventilasi semenit menurun?
- j) Periksa apa kapasitas vital pasien menurun?
- k) Periksa apa tekanan ekspirasi pasien menurun?
- l) Periksa apa tekanan inspirasi pasien menurun?
- m) Periksa apa ekskursi dada pasien berubah?

10) Pemeriksaan fisik

a) Keadaan umum

Umumnya bayi dengan asfiksia dalam keadaan lemah, sesak napas, tonus otot lemah atau ekstremitas lemah dan pernapasan tidak teratur

b) Tanda-tanda vital

Umumnya nadi, pernapasan, suhu tidak normal. Pada asfiksia nadi menurun <100x/menit, suhu tubuh menurun 35,3°C dan pernapasan meningkat >60x/menit.

c) Kulit

Bayi yang mengalami asfiksia akan memiliki kulit pucat atau sianosis

d) Kepala

Bentuk kepala bukit, fontanel mayor dan minor masih cekung, sutura belum menutup

e) Mata

Pupil terjadi miosis saat diberikan cahaya

f) Hidung

Terdapat pergerakan cuping hidung dan terdapat deformitas akibat tekanan jalan lahir

g) Telinga

Telinga simetris kanan dan kiri, tulang rawan padat dengan bentuk yang baik

h) Mulut

Bibir simetris, sianosis, dan terdapat lendir

i) Dada

Dibagian dada biasanya ditemukan pernapasan ireguler, frekuensi pernapasan yang cepat dan retraksi dinding dada

j) Abdomen

Dilakukan pemeriksaan terhadap membuncit (pembesaran hati, limpa, tumor aster), scaphoid (kemungkinan bayi menderita diafragma)

k) Ekstremitas

Warna kulit kebiruan dan gerak tidak aktif

b. Analisis data

Tabel 2.

Analisis Data Keperawatan pada Pola Napas Tidak Efektif

Data Fokus	Proses Terjadinya Masalah Keperawatan	Masalah Keperawatan
Gejala dan Tanda Mayor Subjektif: 1. Dispnea Objektif: 1. Penggunaan otot bantu pernapasan 2. Fase ekspirasi memanjang 3. Pola napas abnormal (mis. Takipnea, bradipnea, hiperventilasi, kussmaul, cheyne-stokes)	Asfiksia ↓ Hambatan upaya napas ↓ Pola napas tidak efektif	Pola Napas Tidak Efektif
Gejala dan Tanda Minor Subjektif: 1. Ortopnea Objektif: 1. Pernapasan <i>pursed-lip</i> 2. Pernapasan cuping hidung 3. Diameter thoraks anterior-posterior meningkat 4. Ventilasi semenit menurun 5. Kapasitas vital menurun 6. Tekanan ekspirasi menurun 7. Tekanan inspirasi menurun 8. Ekskursi dada berubah		

Sumber: (PPNI, 2017)

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. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (PPNI, 2017).

Menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (PPNI, 2017) yang dijadikan fokus dalam penelitian ini adalah pola napas tidak efektif yang merupakan inspirasi dan/atau ekspirasi yang tidak memberikan ventilasi adekuat. Standar diagnosis keperawatan indonesia pola napas tidak efektif masuk kedalam kategori fisiologis dengan subkategori respirasi.

3. Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan merupakan segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan. Intervensi keperawatan diharapkan dapat mengatasi etiologi atau tanda/gejala diagnosis keperawatan. Jika etiologi tidak dapat secara langsung diatasi, maka intervensi keperawatan diarahkan untuk menangani tanda/gejala diagnosis keperawatan. Untuk diagnosis risiko, intervensi keperawatan diarahkan untuk mengeliminasi faktor risiko (PPNI, 2018). Intervensi pada masalah keperawatan pola napas tidak efektif dapat dilihat secara lengkap pada tabel dibawah.

Tabel 3.

Intervensi Keperawatan Pada Masalah Pola Napas Tidak Efektif Akibat Asfiksia

Diagnosis Keperawatan	Standar Luaran Keperawatan (SLKI)	Standar Intervensi Keperawatan (SIKI)
1	2	3
Pola napas tidak efektif <i>b.d</i> hambatan upaya napas <i>d.d</i> dispnea, penggunaan otot bantu pernapasan, pola napas abnormal (takipnea)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 5x7 jam maka Pola Napas membaik dengan kriteria hasil: 1. Dispnea menurun (5) 2. Penggunaan otot bantu napas menurun (5) 3. Pemanjangan fase ekspirasi menurun (5) 4. Ortopnea menurun (5) 5. Pernapasan <i>pursed-lip</i> menurun (5) 6. Pernapasan cuping hidung menurun (5) 7. Frekuensi napas membaik (5) 8. Kedalaman napas membaik (5) 9. Ekskursi dada membaik (5) 10. Ventilasi semenit membaik (5) 11. Kapasitas vital membaik (5) 12. Diameter thoraks anterior posterior membaik (5) 13. Tekanan ekspirasi membaik (5)	Intervensi Utama Manajemen Jalan Napas (I. 01011) Observasi 1. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 2. Monitor bunyi napas tambahan (mis. <i>Gurgling</i>, mengi, <i>wheezing</i>, ronkhi kering) 3. Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) Terapeutik 1. Pertahankan kepatenan jalan napas dengan <i>head-tilt chin-lift</i> (<i>jaw-thrust</i> jika curiga trauma servikal) 2. Posisikan semi-fowler atau fowler 3. Berikan minum hangat 4. Lakukan fisioterapi dada, <i>jika perlu</i> 5. Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik 6. Lakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan endotrakeal 7. Keluarkan sumbatan benda padat dengan forseps McGill 8. Berikan oksigen, <i>jika perlu</i> Edukasi 1. Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, <i>jika tidak kontraindikasi</i> 2. Ajarkan teknik batuk efektif Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, <i>jika perlu</i>

1	2	3
		Intervensi Utama Pemantauan Respirasi (I. 01014) Observasi 1. Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas Monitor pola napas (seperti bradipnea, takipnea, 2. hiperventilasi, <i>kussmaul</i>, <i>cheyne-stokes</i>, <i>biot</i>, <i>ataksik</i>) 3. Monitor kemampuan batuk efektif 4. Monitor adanya produksi sputum 5. Monitor adanya sumbatan jalan napas 6. Palpasi kesimetrisan ekspansi paru 7. Auskultasi bunyi napas 8. Monitor saturasi oksigen 9. Monitor nilai AGD 10. Monitor hasil x-ray toraks Terapeutik 1. Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien 2. Dokumentasikan hasil pemantauan Edukasi 1. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 2. Informasikan hasil pemantauan, <i>jika perlu</i> Intervensi Pendukung Pengaturan Posisi (I. 01019) Observasi 1. Monitor status oksigenasi sebelum dan sesudah mengubah posisi 2. Monitor alat traksi agar selalu tepat Terapeutik 1. Tempatkan pada matras/tempat tidur terapeutik yang tepat 2. Tempatkan pada posisi terapeutik 3. Tempatkan objek yang sering digunakan dalam jangkauan 4. Sediakan matras yang kokoh/padat 5. Atur posisi tidur yang disukai, <i>jika tidak kontraindikasi</i> 6. Atur posisi untuk mengurangi sesak (mis. Semi-fowler) 7. Atur posisi yang meningkatkan drainage 8. Posisikan pada kesejajaran tubuh yang tepat 9. Imobilisasi dan topang bagian tubuh yang cedera dengan tepat

1	2	3
		10. Tinggikan bagian tubuh yang sakit dengan tepat 11. Tinggikan anggota gerak 20° atau lebih di atas level jantung 12. Tinggikan tempat tidur bagian kepala 13. Berikan bantal yang tepat pada leher 14. Berikan topangan pada area edema (mis. Bantal dibawah lengan dan skrotum) 15. Posisikan untuk mempermudah ventilasi/perfusi (mis. Tengkurap/ <i>good lung down</i>) 16. Motivasi melakukan ROM aktif atau pasif 17. Motivasi terlibat dalam perubahan posisi, sesuai kebutuhan 18. Hindari menempatkan pada posisi yang dapat meningkatkan nyeri 19. Hindari menempatkan <i>stump</i> amputasi pada posisi fleksi 20. Hindari posisi yang menimbulkan ketegangan pada luka 21. Minimalkan gesekan dan tarikan saat mengubah posisi 22. Ubah posisi setiap 2 jam 23. Ubah posisi dengan teknik <i>log roll</i> 24. Pertahankan posisi dan integritas traksi 25. Jadwalkan secara tertulis untuk perubahan posisi Edukasi 1. Informasikan saat akan dilakukan perubahan posisi 2. Ajarkan cara menggunakan postur yang baik dan mekanika tubuh yang baik selama melakukan perubahan posisi Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian premedikasi sebelum mengubah posisi, <i>jika perlu</i>

Sumber: (PPNI, 2017), (PPNI, 2022), (PPNI, 2018)

4. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan tahapan yang melibatkan pelaksanaan intervensi keperawatan yang sebenarnya dari keseluruhan rencana asuhan keperawatan. Dikatakan “yang sebenarnya” karena sangat dimungkinkan bahwa tidak semua rencana intervensi keperawatan yang sudah disusun pada tahap sebelumnya, dilakukan sepenuhnya oleh perawat. Hal ini terjadi dapat dikarenakan

faktor kondisi pasien yang mengalami perubahan sejak hendak dilakukan implementasi keperawatan, atau dapat berkaitan juga dengan fasilitas kesehatan yang tidak cukup memadai. Tindakan yang dimaksud dapat merupakan tindakan mandiri keperawatan maupun kolaborasi lintas profesi, yang sarannya untuk mencapai tujuan dan kriteria hasil yang telah ditentukan sebelumnya. Implementasi keperawatan yang dilaksanakan mengupayakan terjadinya peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemilihan kesehatan, peningkatan coping adaptif dan kemandirian klien (Desi, 2023). Laporan kasus ini mengambil masalah keperawatan pola napas tidak efektif akibat asfiksia maka implementasi yang diberikan sesuai dengan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia yang direncanakan yaitu berupa intervensi utama manajemen jalan napas, pemantauan respirasi dan intervensi pendukung berupa pengaturan posisi (PPNI, 2018).

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Tujuan dari evaluasi antara lain mengakhiri rencana tindakan keperawatan, memodifikasi rencana tindakan keperawatan serta meneruskan rencana tindakan keperawatan (Lindriani et al., 2023).

Proses evaluasi keperawatan yang dapat dilakukan oleh perawat pada saat memberikan asuhan keperawatan pada klien, yaitu seperti:

- a. Evaluasi Proses (Formatif), evaluasi yang dilakukan setelah selesai tindakan.
- b. Evaluasi Hasil (Sumatif), evaluasi yang dilakukan setelah akhir tindakan keperawatan, berorientasi pada masalah keperawatan.

Komponen format atau formula yang sering digunakan oleh perawat dalam proses evaluasi asuhan keperawatan adalah penggunaan formula SOAP.

S: Subjektif, data berdasarkan keluhan yang diucapkan atau disampaikan oleh pasien yang masih dirasakan setelah dilakukan tindakan keperawatan.

O: Objektif, data berdasarkan hasil pengukuran atau hasil observasi perawat secara langsung kepada klien dan yang dirasakan klien setelah dilakukan tindakan keperawatan.

A: Analisis, intepretasi dari data subjektif dan data objektif. Analisis merupakan suatu masalah atau diagnosis keperawatan yang masih terjadi atau juga dapat dituliskan masalah/diagnosis baru yang terjadi akibat perubahan status kesehatan klien yang telah teridentifikasi datanya dalam data subjektif dan objektif.

P: Planning, perencanaan keperawatan yang akan dilanjutkan, dihentikan dan dimodifikasi atau ditambahkan dari rencana tindakan keperawatan yang telah ditentukan sebelumnya.