

**STUDI TINGKAT PENGETAHUAN PERAWAT TENTANG ASUHAN
KEPERAWATAN PASIEN DELIRIUM DI RUANG RAWAT INAP
RUMAH SAKIT BAPTIS KEDIRI**

***STUDY OF NURSE'S KNOWLEDGE ON NURSING CARE TO PATIENT
WITH DELIRIUM IN INPATIENT WARDS KEDIRI BAPTIST HOSPITAL***

**Sandy Kurniajati, Akde Triyoga
STIKES RS. Baptis Kediri
Jl. Mayjend. Panjaitan no. 3B Kediri (0354) 683470
(stikes_rsbaptis@yahoo.co.id)**

ABSTRAK

Delirium adalah gangguan kognitif yang ditandai dengan onset akut, kursus berfluktuasi, tingkat kesadaran yang berubah dan gangguan orientasi, memori, perhatian, pemikiran, persepsi, dan perilaku. Karena pasien dengan gangguan kesadaran dapat menyebabkan kecelakaan dan dapat mengancam kehidupan pasien sehingga untuk mencegah komplikasi delirium, pasien membutuhkan peran perawat profesional dalam memberikan perawatan untuk pasien dengan delirium. Tujuannya adalah untuk mengidentifikasi tingkat pengetahuan perawat tentang asuhan keperawatan pasien dengan delirium. Desain penelitian yang digunakan adalah deskriptif. Populasi semua perawat di Paviliun Kelas IIIB, Gedung Utama Kelas IIIA dan Kelas II bangsal Kediri Rumah Sakit Baptis. Sampel 54 responden yang diambil dengan menggunakan purposive sampling. Variabel penelitian ini tunggal yaitu tingkat pengetahuan perawat tentang asuhan keperawatan pasien dengan delirium. Hasil penelitian menunjukkan tingkat pengetahuan perawat tentang penilaian cukup yaitu 30 responden (59%), tingkat pengetahuan perawat tentang diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan cukup sedangkan untuk tingkat pengetahuan perawat tentang evaluasi kurang yang 24 responden (47%). Kesimpulan dari penelitian ini menunjukkan bahwa tingkat pengetahuan perawat tentang pasien asuhan keperawatan dengan delirium di bangsal Rumah Sakit Baptis Kediri cukup. Banyak faktor yang mempengaruhi tingkat pengetahuan perawat tentang asuhan keperawatan pasien dengan delirium.

Kata Kunci: Asuhan Keperawatan, Perawat, Delirium

ABSTRACT

Delirium is a cognitive disorder characterized by acute onset, fluctuating course, the level of consciousness and impaired orientation, memory, attention, thought, perception, and behavior. Because patients with consciousness disorders can cause accidents and can threaten the patient's life so as to prevent the complications of delirium, patients require professional role of nurses in providing care for patients with delirium. The aim is to identify the level of knowledge of nurses on the nursing care of

patients with delirium. The study design used is descriptive. The population of all nurses in the Pavilion Class IIIB, Main Building Class IIIA and Class II ward Kediri Baptist Hospital. Sample 54 respondents drawn using purposive sampling. This study single variable was the level of knowledge of nurses on the nursing care of patients with delirium. The results showed the level of knowledge of nurses about enough votes ie 30 respondents (59%), the level of knowledge of nurses about dignosis nursing, nursing interventions enough to level while the level of knowledge of nurses regarding the evaluation of less that 24 respondents (47%). The conclusion of this study indicate that the level of knowledge of nurses on nursing care of patients with delirium in Kediri Baptist Hospital ward enough. Many factors affect the level of knowledge of nurses on the nursing care of patients with delirium.

Keywords: *Nursing care, Nurse, Delirium*

Pendahuluan

Delirium adalah suatu gangguan kesadaran, biasanya terlihat bersamaan dengan gangguan fungsi kognitif (Kaplan, 2002). Dengan gambaran klinis penurunan taraf kesadaran, gangguan persepsi termasuk halusinasi dan ilusi, gangguan perilaku. Gangguan ini bisa berlangsung pendek, berjam-jam hingga berhari – hari. Saat malam hari gangguan ini meningkat, siang hari membaik (Roan, 2007). Faktor-faktor predisposisi diantaranya adalah demensia, obat-obatan multiple, usia lanjut, kecelakaan otak, depresi, ketergantungan alkohol. Sedangkan faktor presipitasi adalah penyakit akut berat, polifarmasi, bedah dan anestesi, dan masalah-masalah sistemik lainnya. Perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan bersama pasien selama 24 jam tahu akan setiap perubahan atau penurunan kesadaran yang dapat terjadi pada pasien. Kasus delirium sudah ada dan dikenal sejak dulu tetapi belum menjadi perhatian padahal kasus delirium merupakan kasus yang serius dan mengancam jiwa, sejak kedatangan spesialis kedokteran jiwa di Rumah Sakit Baptis Kediri masalah ini lebih difokuskan lagi dan diperkenalkan kepada perawat dalam seminarnya Kegawatdaruratan Psikiatri. Pemahaman perawat tentang asuhan keperawatan

deilirium masih kurang sehingga asuhan keperawatan belum dilaksanakan dengan maksimal.

Delirium adalah gangguan yang umum pada pasien dengan penyakit sistemik, kira - kira 10 % - 15 % pasien di bangsal bedah umum dan 15 % - 25 % pasien di bangsal medis umum mengalami delirium selama perawatan di rumah sakit (Moran. 2001). Usia lanjut adalah faktor resiko utama untuk perkembangan delirium Dalam wawancara dengan salah satu wakil kepala bagian ruangan rawat inap tanggal 14 Maret 2009 jam 11 am diperoleh data bahwa terdapat kasus delirium di ruang rawat inap Rumah Sakit Baptis Kediri tetapi kasus ini tidak diketahui jumlahnya secara pasti karena delirium merupakan gangguan yang terjadi setelah pasien berada dalam perawatan rumah sakit bukan karena penyakit utama pasien dirawat sehingga jumlah pasien tidak dapat diperkirakan. Sedangkan dari wawancara terhadap 6 perawat Rumah Sakit Baptis Kediri tanggal 16-18 Januari 2016 dengan pertanyaan tentang konsep delirium dan diagnosa keperawatan delirium, didapat hasil, 3 orang perawat berpengetahuan cukup (50%), 1 orang perawat berpengetahuan baik (17%) dan 2 orang perawat berpengetahuan kurang (33%). Jadi tingkat pengetahuan perawat tentang asuhan keperawatan pasien delirium adalah cukup.

Delirium bisa terjadi akibat dari stress psikologi, stress dapat menyebabkan meningkatnya kerja system saraf simpatik sehingga mengganggu fungsi kolinergik yang dapat menurunkan asetilkolin di otak dan mempengaruhi fungsi kognitif (Roan. 2007). Biasanya terdapat efek kognitif multiple termasuk kurangnya perhatian, daya ingat, gangguan persepsi termasuk halusinasi (klinisnya visual). Kelainan somatik yang dapat muncul karena delirium diantaranya gangguan keseimbangan dengan peningkatan jatuh, depresi, gangguan menelan (meningkatkan resiko aspirasi) dan inkontinensia urine serta alvi. Sebuah komplikasi yang berhubungan dengan delirium adalah cedera kecelakaan karena kesadaran pasien yang berkurang dan gangguan koordinasi. Kasus ini berhubungan dengan peningkatan lama perawatan dan biaya di rumah sakit, pemberhentian status fungsional dan mortalitas. (Kaplan. 2002). Delirium merupakan masalah umum dan serius yang mempengaruhi perawatan penderita di rumah sakit.

Perawat rumah sakit hendaknya waspada pada pasien berisiko delirium. Pasien ini barangkali berkembang menjadi delirium. Melihat fenomena di atas ternyata delirium merupakan kasus yang cukup serius dan bisa mengancam jiwa seorang pasien. Untuk mencegah komplikasi dari delirium, diperlukan

peran tenaga perawat yang professional dalam pemberian asuhan keperawatan pasien delirium dan melakukan asuhan keperawatan sesuai Standar Asuhan Keperawatan pasien delirium yang sudah ditetapkan. Perawat dapat menambah pengetahuan dengan membaca buku-buku standar asuhan keperawatan, buku-buku keperawatan jiwa ataupun *broising* di internet. Tujuan dari penelitian ini adalah mengetahui tingkat pengetahuan perawat tentang asuhan keperawatan pasien delirium di ruang rawat inap Rumah Sakit Baptis Kediri.

Metodologi Penelitian

Desain penelitian ini adalah deskriptif penelitian dilakukan di ruang rawat inap RS Baptis Kediri pada 2 Maret - 6 Juni 2016. Variabel pada penelitian ini adalah tingkat pengetahuan perawat tentang asuhan keperawatan pasien delirium. Populasi penelitian ini adalah semua perawat rawat inap di GJ kelas III, GD kelas II dan Wijaya Kusuma. Tehnik sampling yang digunakan adalah *Purposive sampling*, jumlah sampel yang digunakan adalah 54. Pengumpulan data menggunakan kuesioner, setelah data terkumpul akan disajikan dalam table distribusi frekuensi.

Hasil Penelitian

Tabel 1. Distribusi frekuensi Tingkat Pengetahuan tentang Pengkajian Pasien Delirium di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Baptis Kediri (n=51)

Tingkat Pengetahuan	Frekuensi	(%)
Baik	19	37
Cukup	30	59
Kurang	2	4
Jumlah	51	100

Berdasarkan tabel diatas dapat diketahui bahwa lebih dari 50% responden mempunyai pengetahuan

cukup tentang pengkajian yaitu 30 responden (59%).

Tabel 2. Distribusi Frekuensi Tingkat Pengetahuan tentang Diagnosa Keperawatan Pasien Delirium di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Baptis Kediri (n=51)

Tingkat Pengetahuan	Frekuensi	(%)
Baik	4	8
Cukup	27	53
Kurang	20	39
Jumlah	51	100

Berdasarkan tabel diatas dapat diketahui bahwa lebih dari 50% responden mempunyai pengetahuan

cukup tentang diagnosa keperawatan yaitu 27 responden (53%).

Tabel 3. Distribusi Frekuensi Tingkat Pengetahuan tentang Intervensi Keperawatan Pasien Delirium di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Baptis Kediri (n=51).

Tingkat Pengetahuan	Frekuensi	(%)
Baik	8	16
Cukup	31	61
Kurang	12	23
Jumlah	51	100

Berdasarkan tabel diatas diketahui bahwa lebih dari 50% responden mempunyai pengetahuan cukup tentang

intervensi keperawatan yaitu 31 responden (61%).

Tabel 4. Distribusi Frekuensi Tingkat Pengetahuan tentang Evaluasi Pasien Delirium di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Baptis Kediri (n=51).

Tingkat Pengetahuan	Frekuensi	(%)
Baik	14	27,5
Cukup	13	25,5
Kurang	24	47
Jumlah	51	100%

Berdasarkan tabel diatas dapat diketahui bahwa paling banyak responden mempunyai pengetahuan kurang tentang evaluasi yaitu 24 responden (47%).

pengetahuan cukup yaitu 30 responden (59%) dari 51 responden.

Pembahasan

Mengidentifikasi Tingkat Pengetahuan Perawat Tentang Pengkajian Keperawatan Delirium

Berdasarkan tabel 1 diatas dapat diketahui bahwa lebih dari 50% responden mempunyai tingkat

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengidentifikasi status kesehatan klien (Lyer et al 1996 dikutip oleh Nursalam 2001). Tahap pengkajian merupakan dasar utama dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan individu. Oleh karena itu pengkajian yang akurat, lengkap, sesuai dengan kenyataan, kebenaran data sangat penting dalam merumuskan suatu diagnosa keperawatan.

Pengkajian adalah pemikiran dasar dari proses keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan informasi atau data

tentang pasien agar dapat mengidentifikasi, mengenali masalah-masalah, kebutuhan kesehatan dan keperawatan pasien baik fisik, mental, sosial dan lingkungan (Nasrul Effendy, 1995).

Pada Pengkajian keperawatan merupakan salah satu aspek penting dalam proses keperawatan yang bertujuan menetapkan data dasar tentang tingkat kesehatan klien yang digunakan untuk merumuskan masalah klien dan rencana tindakan (Persatuan Perawat Nasional Indonesia, 2005).

Hasil penelitian didapatkan tingkat pengetahuan perawat tentang pengkajian keperawatan adalah cukup. Dari 8 pertanyaan pada kuesioner tentang pengkajian keperawatan jawaban salah paling banyak pada nomer 2 dan 6. Pertanyaan nomer 2 mengenai apakah delirium sebagai penyakit genetik. Dari 51 responden 22 menjawab salah sehingga perawat berpikiran bahwa delirium merupakan penyakit genetik atau menurun. Pertanyaan nomer 6 mengenai apakah perlu pengkajian GCS (*Glasgow Coma Skale*) untuk menilai tingkat kesadaran pada delirium. Pertanyaan yang lain mengenai pengenalan awal delirium dapat dijawab dengan baik oleh responden. Dengan demikian pemahaman mengenai pengkajian terutama berguna untuk pengenalan awal delirium adalah cukup. Domain kognitif tingkat pengetahuan tentang pengkajian keperawatan adalah tahu (Notoatmodjo, 2003) berarti kemampuan perawat untuk mengingat suatu materi yang telah dipelajari tentang pengkajian keperawatan pasien delirium adalah cukup. Pada tahapan ini terdapat beberapa point yang berkaitan dengan tingkat kesadaran yang dijawab salah oleh perawat, pengetahuan tentang tingkat kesadaran bukan hanya sekedar tahu tetapi perlu sering dilakukan sehingga dapat diterapkan dalam asuhan keperawatan dengan baik.

Mengidentifikasi Tingkat Pengetahuan Perawat Tentang Diagnosa Keperawatan Delirium

Berdasarkan tabel 2 diatas dapat diketahui bahwa lebih dari 50% responden mempunyai pengetahuan cukup tentang diagnosa keperawatan yaitu 27 responden (53%) dari 51 responden.

NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*) menyatakan bahwa diagnosa keperawatan adalah keputusan klinik tentang respon individu, keluarga dan masyarakat tentang masalah kesehatan aktual dan potensial, sebagai dasar seleksi intervensi keperawatan untuk mencapai tujuan asuhan keperawatan sesuai dengan kewenangan perawat. Semua diagnosa keperawatan harus didukung oleh data, dimana menurut NANDA dinamakan “tanda dan gejala”. Tanda adalah sesuatu yang dapat diobservasi dan gejala adalah sesuatu yang dirasakan oleh klien, dikutip oleh Nursalam 2001.

American Nursing Assosiation, dikutip oleh Nasrul Effendy, 1995 diagnosa keperawatan adalah respon individu pada masalah kesehatan yang aktual dan potensial. Yang dimaksud masalah aktual adalah masalah yang ditemukan pada saat dilakukan pengkajian, sedangkan masalah potensial adalah yang kemungkinan akan timbul kemudian.

Diagnosa keperawatan sebagai dasar pengembangan rencana intervensi keperawatan dalam rangka mencapai peningkatan pencegahan dan penyembuhan penyakit serta pemulihan kesehatan klien (Persatuan Perawat Nasional Indonesia, 2005)

Hasil penelitian didapatkan tingkat pengetahuan perawat tentang diagnosa keperawatan adalah cukup. Dari 5 pertanyaan tentang diagnosa keperawatan jawaban salah paling banyak pada nomer 2 dan 6. Pertanyaan nomer 2 mengenai diagnosa keperawatan halusinasi pada pasien delirium. Dari 51 responden 42 responden menjawab salah, berarti

responden beranggapan bahwa halusinasi dapat diambil diagnosa keperawatan perubahan proses pikir seharusnya jawaban yang tepat adalah halusinasi dapat diambil diagnosa keperawatan perubahan persepsi sensori karena pasien delirium terjadi perubahan dalam proses persepsi sehingga terjadi halusinasi. Pertanyaan nomer 3 mengenai insomnia diagnosa keperawatan yang dapat diambil adalah perubahan pola tidur kemungkinan disebabkan oleh koping tidak efektif. Dari 51 responden 45 responden menjawab salah. Insomnia merupakan gangguan tidur yang sering terjadi pada pasien delirium tetapi kemungkinan penyebab adalah hiperaktivitas dari pasien delirium bukan karena koping yang tidak efektif. Domain kognitif tingkat pengetahuan tentang diagnosa keperawatan adalah memahami (Notoatmodjo, 2003) berarti kemampuan untuk menginterpretasikan tentang diagnosa keperawatan pasien delirium adalah cukup. Dalam pembuatan diagnosa keperawatan dapat dibagi sesuai dengan masalah kesehatan pasien tentunya didukung oleh data-data yang diperoleh melalui pengkajian, antara lain diagnosa keperawatan aktual yaitu masalah utama yang ditemukan saat pengkajian dan diagnosa keperawatan potensial/resiko yaitu masalah yang akan terjadi jika tidak dilakukan intervensi. (Budi, 1995). Sehingga perawat diharapkan dapat menentukan masalah keperawatan yang aktual dan harus diutamakan penyelesaiannya tanpa mengabaikan masalah keperawatan lain pada seorang pasien. Diperlukan pemahaman tentang pembuatan diagnosa keperawatan, dalam penelitian ini tingkatannya tahu tentang diagnosa keperawatan maka pengetahuan perawat rata-rata adalah cukup karena dalam pembuatan diagnosa keperawatan diperlukan keterampilan tentang menjelaskan dan menginterpretasikan suatu materi secara benar.

Mengidentifikasi Tingkat Pengetahuan Perawat Tentang Intervensi Keperawatan Delirium di Ruang Rawat Inap

Berdasarkan tabel 3 diatas dapat diketahui bahwa lebih dari 50% responden mempunyai pengetahuan cukup tentang intervensi keperawatan yaitu 31 responden (61%) dari 51 responden.

Perencanaan keperawatan meliputi pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi atau mengkoreksi masalah – masalah yang diidentifikasi pada diagnosa keperawatan. Rencana keperawatan diartikan sebagai suatu dokumen tulisan tangan dalam menyelesaikan masalah, tujuan dan intervensi. Rencana keperawatan merupakan metode komunikasi tentang asuhan keperawatan kepada klien. Setiap klien yang memerlukan asuhan keperawatan perlu suatu perencanaan yang baik (Nursalam, 2001).

Perencanaan dalam proses keperawatan lebih dikenal dengan Rencana Asuhan Keperawatan (*Nursing Care Plan*) atau Renpra (Rencana Keperawatan) yang merupakan tahap selanjutnya setelah pengkajian dan penentuan diagnosa keperawatan. Rencana keperawatan merupakan mata rantai antara penetapan kebutuhan pasien dan pelaksanaan tindakan keperawatan. Dengan demikian rencana asuhan keperawatan adalah petunjuk tertulis yang menggambarkan secara tepat mengenai rencana tindakan yang dilakukan terhadap pasien sesuai dengan kebutuhannya berdasarkan diagnosa keperawatan. (Nasrul Effendi, 1995).

Hasil penelitian didapatkan tingkat pengetahuan perawat tentang intervensi keperawatan adalah cukup. Dari 6 pertanyaan tentang intervensi keperawatan jawaban salah paling banyak pada pertanyaan nomer 3 dan 6. Pertanyaan nomer 3 mengenai intervensi keperawatan resiko penyiksaan diri sendiri, orang lain dan lingkungan adalah segera restrain. Dari 51 responden 43

responden menjawab salah. Restrain atau pengikatan memang diperlukan jika pasien sedang gaduh gelisah. Pada pasien delirium terjadi penurunan kesadaran dan gangguan koordinasi, keluarga dapat melakukan pengawasan ketat tanpa pengikatan, karena pengikatan dapat menyebabkan pasien cidera. Pertanyaan nomer 6 mengenai intervensi keperawatan untuk diagnosa keperawatan perubahan persepsi sensori adalah dapatkan riwayat resiko terjadi delirium. Dari 51 responden 47 reponden menjawab salah. Riwayat resiko terjadi delirium perlu dikaji pada tahap awal atau pengkajian keperawatan bukan merupakan intervensi keperawatan (Budi, 2005). Perawat dalam menetapkan tujuan harus sesuai dengan urutan prioritas diagnosis keperawatan begitu juga kriteria hasil merupakan tujuan yang lebih spesifik. Tujuan dan kriteia hasil berguna untuk mengevaluasi asuhan keperawatan pasien sehingga perawat mengetahui asuhan keperawatan yang dilakukan tercapai atau tidak. Domain kognitif tingkat pengetahuan adalah memahami (Notoatmodjo, 2003) berarti kemampuan perawat untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi riil atau sebenarnya tentang intervensi keperawatan pasien delirium adalah cukup. Tingkat pengetahuan rata-rata cukup karena diperlukan keterampilan dalam menjelaskan dan menginterpretasikan suatu materi secara benar tentang diagnosa keperawatan tidak hanya sekedar tahu.

Mengidentifikasi Tingkat Pengetahuan Perawat Tentang Evaluasi Asuhan Keperawatan Delirium

Berdasarkan tabel 4 diatas dapat diketahui bahwa paling banyak responden mempunyai pengetahuan kurang tentang evaluasi yaitu 24 responden (47%) dari 51 responden.

Evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses

keperawatan yang menandakan seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana tindakan dan pelaksanaannya sudah berhasil dicapai. Melalui evaluasi memungkinkan perawat untuk memonitor "kealpaan" yang terjadi selama tahap pengkajian, analisa, perencanaan, dan pelaksanaan tindakan (Ignatavicus dan Byne, 1994) dikutip oleh Nursalam 2001. Menurut Griddith dan Christensen 1986 dikutip oleh Nursalam, 2001 evaluasi sebagai sesuatu yang direncanakan dan perbandingan yang sistematis pada status kesehatan klien. Dengan mengukur perkembangan klien dalam mencapai suatu tujuan, maka perawat bisa menentukan efektifitas tindakan keperawatan. Meskipun evaluasi diletakkan pada akhir proses keperawatan, evaluasi merupakan bagian integral pada setiap tahap proses keperawatan. Pengumpulan data perlu direvisi untuk menentukan apakah tujuan tersebut dapat dicapai secara efektif (Nursalam, 2001).

Evaluasi adalah bagian terakhir dari proses keperawatan. Semua tahap proses keperawatan (diagnosis, tujuan, intervensi) harus dievaluasi (Budi, 1994).

Hasil penelitian didapatkan tingkat pengetahuan perawat tentang evaluasi adalah kurang. Dari 5 pertanyaan tentang evaluasi keperawatan jawaban salah paling banyak pada nomer 3, 5 dan 6. Pertanyaan nomer 2 mengenai perlu hasil laboratorium elektrolit serum 2 hari sekali untuk evaluasi kebutuhan nutrisi pasien. Dari 51 responden 26 responden menjawab salah. Kebutuhan nutrisi pasien delirium masih dalam keadaan baik kecuali pasien sudah dalam perawatan lama, kebutuhan elektrolit bisa dievaluasi tiap satu minggu sekali pada pasien delirium. Pertanyaan nomer 3 mengenai GCS (*Glasgow Coma Skale*) perlu dievaluasi untuk menilai keadaan gelisah pada pasien delirium. Dari 54 responden 42 responden menjawab salah. GCS (*Glasgow Coma Skale*) untuk menilai pasien gelisah karena kerusakan organik pada otak sedangkan delirium gangguan kesadaran disebabkan karena gangguan sistem neurotransmitter

sehingga GCS (*Glasgow Coma Skale*) tidak bisa untuk mengevaluasi tingkat kesadaran pasien delirium. Pertanyaan nomer 5 mengenai evaluasi untuk diagnosa keperawatan resiko cedera. Dari 51 responden 26 responden menjawab salah. Hal yang dapat dievaluasi pada diagnosa keperawatan resiko cedera adalah pasien dalam keadaan aman tidak terjadi cedera dan kebingungan pasien berkurang. Tingkat pengetahuan perawat tentang evaluasi adalah kurang, dari 5 pertanyaan yang dapat dijawab dengan baik adalah 2 saja. Domain kognitif tingkat pengetahuan adalah analisis (Notoatmodjo, 2003) berarti kemampuan perawat untuk mengingat suatu materi yang telah dipelajari tentang evaluasi dan kemampuan untuk menjabarkan suatu materi atau objek ke dalam komponen-komponen tetapi masih dalam satu organisasi tersebut dan masih ada kaitannya satu sama lain tentang evaluasi adalah kurang. Tingkat pengetahuan tentang evaluasi rata-rata adalah kurang karena dibutuhkan keterampilan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu objek atau materi. Dengan evaluasi perawat mengetahui tujuan sudah tercapai atau belum, perlu dilakukan intervensi lanjutan atau tidak. Dengan evaluasi juga perawat mengetahui apakah ada masalah baru atau tidak. Sehingga evaluasi dibuat untuk mengetahui keberhasilan dari seluruh proses keperawatan..

Simpulan

Secara keseluruhan pengetahuan perawat tentang asuhan keperawatan pada pasien delirium adalah cukup, dimulai dari pengkajian, diagnose, intervensi dan mempunyai pengetahuan kurang pada evaluasi asuhan keperawatan.

Saran

Hasil dari penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan evaluasi untuk semua perawat baik di ruang rawat inap/rawat jalan, perawat pendidik dan calon perawat. Peran perawat salah satunya adalah sebagai edukator sehingga dibutuhkan suatu pengetahuan yang baik dalam melakukan asuhan keperawatan, tanpa pengetahuan yang baik perawat tidak akan mampu untuk memberikan asuhan keperawatan yang sesuai dengan standar.

Daftar Pustaka

- Baihaqi, Mif Et all. (2007). *Psikiatri*. Bandung : Refika Aditama
- Meliono, Irmayanti (2007). *Pengetahuan* [http/id. wikipedia. org/ wiki/pengetahuan](http://id.wikipedia.org/wiki/pengetahuan). Diakses tanggal 31 Maret. 2016 jam 4.30 pm
- Nursalam. (2010). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika
- Nursalam. (2008). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika
- Notoatmojo, Soekijo. (2010). *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Jakarta : Rineka Cipta
- Notoatmojo, Soekijo. (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta
- Roan, Witjaksana. (2007). *Delirium dan Demensia*. [http//google.com](http://google.com) Diakses tanggal 10 April 2009. jam 9 am.
- Potter dan Perry. (2006). *Buku Ajar Fundamental keperawatan*. Jakarta : EGC
- Pengurus Pusat PPNI. (2005). *Standar Praktik Keperawatan*. Jakarta: PPNI
- _____ (2008). *Asuhan Keperawatan Pada Klien dengan Delirium*. [http//C:de z's personal](http://C:de z's personal)

web blog ASUHAN
KEPERAWATAN LANSIA.htm
Diakses tanggal 5 April 2009. jam
10.45 am.

Yosep, Iyus. (2007). *Keperawatan Jiwa*.
Bandung : PT Refika Utama