BAB II
TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Penyakit

1. Definisi *Appendisitis*

Apendisitis adalah peradangan pada apendiks vermiformis dan merupakan penyebab nyeri abdomen akut yang paling sering. Penyakit ini menyerang semua umur baik laki-laki maupun perempuan, tetapi lebih sering menyerang laki-laki berusia 10 sampai 30 tahun dan merupakan penyebab paling umum inflamasi akut pada kuadran bawah kanan dan merupakan penyebab paling umum untuk bedah abdomen darurat (Smeltzer & Bare, 2013).

Appendisitis adalah kondisi dimana infeksi terjadi di umbai cacing. Dalam kasus ringan dapat sembuh tanpa perawatan, tetapi banyak kasus memerlukan laparotomi dengan penyingkiran umbai cacing yang terinfeksi (Anonim, 2007 dalam Docstoc, 2010).

2. Etiologi

Appendisitis akut merupakan infeksi bateri. Berbagai hal berperan sebagai faktor pencetus. Sumbatan lumen *apendiks* merupakan factor yang diianjurkan sebagai faktor pencetus disamping hiperplasia jaringan limfe, fekalit, tumor *apendi*ks, dan cacing askaris dapat pula menyebabkan sumbata, penyebab lain yang di duga dapat menimbulkan *appendicitis* adalah erosi mukosa *apendiks* karena parasit seperti E. histolytica(Jong,2010).

3. Klasifikasi

Klasifikasi *appendisitis* terbagi menjadi dua yaitu, *appendisitis* akut dan *appendisitis* kronik (Sjamsuhidajat & De jong, 2010): 30/145.

a. *Appendisitis* akut

Appendisitis akut sering tampil dengan gejala khas yang didasari oleh radang mendadak umbai cacing yang memberikan tanda setempat, disertai

maupun tidak disertai rangsang peritonieum lokal. Gajala *appendisitis* akut talah nyeri samar-samar dan tumpul yang merupakan nyeri viseral didaerah epigastrium disekitar umbilikus. Keluhan ini sering disertai mual dan kadang muntah. Umumnya nafsu makan menurun. Dalam beberapa jam nyeri akan berpindah ketitik mcBurney. Disini nyeri dirasakan lebih tajam dan lebih jelas letaknya sehingga merupakan nyeri somatik setempat.

b. *Appendisitis* kronik

Diagnosis *appendisitis* kronis baru dapat ditegakkan jika ditemukan adanya : riwayat nyeri perut kanan bawah lebih dari 2 minggu, radang kronik apendiks secara makroskopik dan mikroskopik. Kriteria mikroskopik *appendisitis* kronik adalah fibrosis menyeluruh dinding *apendiks*, sumbatan parsial atau total lumen *apendiks*, adanya jaringan parut dan ulkus lama dimukosa, dan adanya sel inflamasi kronik. Insiden *appendisitis* kronik antara 1-5%.

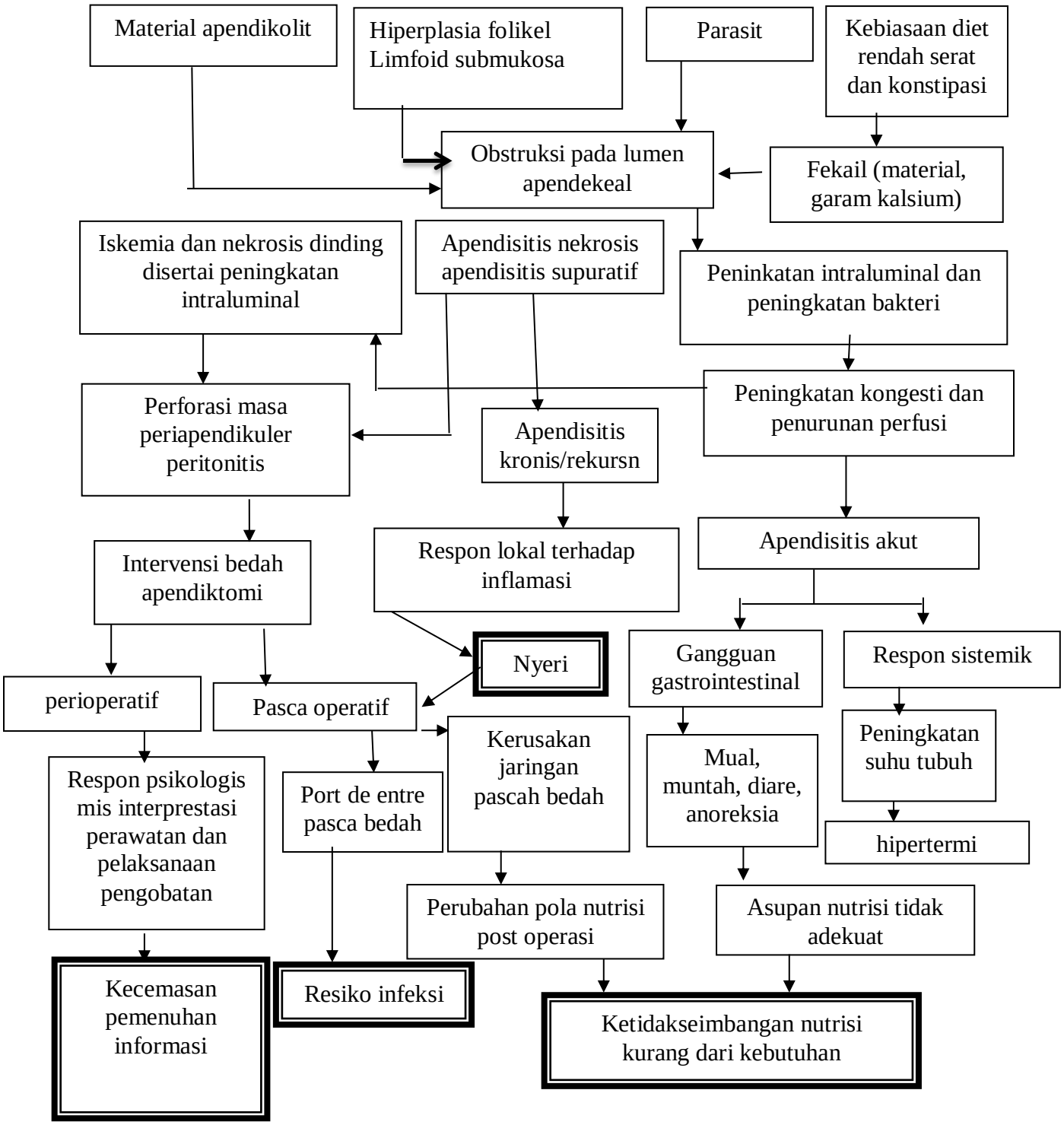
4. Patofisiologi

Menurut Jitowiyono & Kristiyanasari (2010) pada *apendisitis* yang terinflamasi dan mengalami edema sebagai akibat terlipat atau tersumbat kemungkinan oleh fekoit (masa keras dari feses) atau benda asing, kondisi obstruksi akan meningkatkan tekanan intraluminal dan peningkatan perkembangan bakteri. Hal ini akan terjadi peningkatan kongesti dan penurunan perfusi pada dinding apendiks yang berlanjut pada nekrosis dan inflamasi apendiks.

Dengan berlanjutnya proses obtruksi, bakteri akan berpoliferasi dan meningkatkan tekanan intraluminal dan membentuk infiltrat pada mukosa, dengan manifestasi ketidaknyamanan abdomen. Adanya penurunan perfusi pada dinding akan menimbulkan iskemia dan nekrosis disertai peningkatan tekanan intralumenal yang disebut apendisitis nekrosis, juga akan berisiko meningkatkan perforasi dari apendiks (Muttaqin & Sari, 2011:500).

Secara simetris patofisiologis *apendisitis* di gambarkan dalam pathway apendisitis seperti pada gambar 2.1.

Gambar 2.1
Patofisiologi *apendisitis*



Sumber:Muttaqin&Sari (2011)

5. Manesfestasi klinis

   Menurut Wijaya & Putri (2013:90), Klien dilakukan tindakan *apendiktomi* akan muncul berbagai manifestasi klinis seperti berikut: Nyeri tekan pada luka oprerasi, perubahan tanda-tanda vital, kelelahan dan keterbatasan dalam melakukan aktifitas perawatan diri, gangguan integritas kulit, mual dan muntah, nafsu makan menurun, demam yang tidak terlalu tinggi, biasanya terdapat konstipasi, tapi kadang-kadang terjadi diare.

6. Pemeriksaan penunjang

   Pemeriksaan penunjang *apendisitis* antara lain:

   a. Pemeriksaan laboratorium

      Kenaikan sel darah putih (leukosit) hingga sekitar 10.000-18.00/mm^3. Jika terjadi peningkatan yang lebih dari itu, maka kemungkinn apendiks sudah mengalami peforasi (pecah).

   b. Pemeriksaan radiologi sebagai berikut: Foto polos perut dapat memperlihatkan adanya fekail (feses yang keras), *Utrasonografi* (USG), CTScan, kasus kronik dapat dilakukan rontgen foto abdomen, USG abdomen dan apendikogram.

7. Penatalaksaan medis

   Menurut Dermawan & Rahayuningsih (2010), penatalaksanaan medis sebelum tindakan *apendiktomi* sebagai berikut:

   a. Sebelum operasi

      1) Observasi 8-12 jam setelah timbulnya keluhan, tanda dan gejala *apendisitis* seringkali masih belum jelas. Dalam keadaan ini observasi ketat perlu dilakukan. Pasien diminta melakukan tirah baring dan dipuasakan. Laksatif tidak boleh diberikan bila dicurigai adanya *apendisitis* ataupun bentuk peritonitis lainnya. Pemeriksaan abdomen dan rektal serta pemeriksaan (leukosit dan hitung jenis) diulang secara periodic. Foto abdomen dan thoraks tegak dilakukan untuk mencari kemungkinan adanya penyakit lain. Pada kebanyakan kasus, diagnosis

ditegakkan dengan lokasi nyeri di daerah kanan bawah dalam 12 jam setetlah timbulnya keluhan.

2) Intubasi bila perlu
3) Antibiotic

Menurut *The National Research Council* (NRC) tindakan pembedahan *apendiktomi* yang melibatkan pembukaan usus bagian bawah termasuk dalam klarifikasi pembedahan bersih terkontaminasi, diperlukan pemberian antibiotika profilaksi antimikroba pre-operasi untuk mencegah infeksi luka post operasi yang merupakan komplikasi utama dari apendiktomi. Profilaksis yang paling banyak digunakan adalah sefriakson (Zulfikar, 2015).

b. Kriteria tindakan *apendiktomi*

Pembedahan diindikasikan bila diagnose *apendisitis* telah ditegakkan, antibiotok dan cairan iv diberikan sampai pembedahan dilakukan. *Analgesic* dapat diberikan setelah diagnose ditegakkan. *Apendiktomi* (pembedahan untuk mengangkat apendiks) dilakukan segera mungkin untuk menurunkan resiko perforasi (Jitowojoyo & Kristiyanasari, 2010).

Menurut Mardalena (2017:151-153), pembedahan *apendiktomi* di lakukan bilamana didalam perawatan terjadi abses atau tanpa peritonitis umum.

c. Penatalaksanaan pasca operasi

Menurut Mardalena (2017), penatalaksanaan pasca operasi apendiktomi yaitu, sebagai berikut: Observasi Tanda tanda vital klien, baringkan pasien dalam posisi *semi fowler*, pasien dinyatakan baik bila dalam 12 jam tidak terjadi gangguan selama pasien dipuasakan, bila ada tindakan operasi lebih besar misalnya pada perforasi, puasa di lanjutkan sampai usus kembali normal, berikan minum mulai 15ml/jam selama 4-5 jam lalu naikkan menjadi 30ml/jam. Keesokan harinya berikan makanan sering, dan hari berikutnya berikan makanan lunak, satu hari pasca oprasi dianjurkan untuk duduk tegak di tempat tidur selama 2x30 menit, pada hari

kedua pasien dapat duduk dan berdiri di luar kamar, hari ke-7 jahitan di buka dan pasien di perbolehkan pulang.

8. Proses penyembuhan luka

Menurut Smeltzer & Bare (2000 :490), terdapat tiga fase penyembuhan luka yaitu sebagai berikut:

a. Fase peradangan (inflamasi)

Fase inflamasi dimulai dari saat insisi bedah dan berlanjut sampai 5 hari. Setelah luka terjadi dan melibatkan platetet, pngeluaran platelet akan menyebabkan vaso kontriksi. Fase ini bertujuan untuk homeostatis sehingga mencegah perdarahan lebih lanjut (5-10 menit) kemudian terjadi vasodilatasi dan pelepasan substansi vaso dilator. Fase inflamasi memungkinkian pergerakan *leokosit* (utamanya *neotrofi*).

b. Fase proliferasi

Fase ini dimulai dari stadium inflamasi dan berlanjut selama 21hari. Tepi luka nampak merah muda dan penyembuhan terbentuk selama 5-7 hari setelah insisi. Sel-sel epitel membentuk kuncup pada pinggir-pinggir luka, kuncup ini berkembang menjadi kapiler yang merupakan sumber nutrisi bagi jaringan granulasi yang baru.

c. Fase maturasi

Fase maturasi dimulai pada minggu ke 3 dan dapat berlangsung sampai berbulan-bulan dan berakhir bila tanda radang sudah hilang. Jaringan parut tampak besar dan kolagen yang dihasilkan lebih tebal dan lebih padat, serta serat-seratnya mulai membentuk ikatan silang. Maturasi jaringan seperti ini terus berlanjut dan mencapai kekuatan maksimum dalam 10-12 minggu, tetapi tidak akan mencapai kekuatan asalnya dari jaringan sebelum luka.

9. Komplikasi

Menurut Wijaya & Putri (2013:92), komplikasi yang sering muncul pada pasien dengan *apendisitis* adalah :

a. *Perforasi*

Perforasi merupakan terbentuknya lubang pada lambung akibat penyakit *apendisitis* dan sistem pencernaan lainnya, bisa juga karena trauma luka tusuk atau tembakan. *Perforasi* jarang timbul pada 24 jam pertama saat sakit, tetapi akan lebih meningkat tajam saat lebih dari 24jam. *Perforasi* terjadi 70% pada kasus dengan peningkatan suhu tub8uh 39,5^{o}c, nyeri tekan diseluruh perut, dan leokositas meningkat akibat perforasi dan pembentukan abses.

b. *Peritonitis*

Peritonitis adalah *trobofebitis* septik pada sistem *venaporta* ditandai dengan panas tinggi 39,5^{o}c-40^{o}c menggigil dan ikterus merupakan penyakit yang jarang.

B. Konsep kebutuhan dasar manusia

Mubarak & Chayatin, (2008), menyebutkan bahwa menurut Abraham Maslow, manusia mempunyai kebutuhan tertentu yang harus di penuhi seacara memuaskan melalui proses homeostatis, baik fisiologis maupun psikologis. Abraham Maslow mwngwmbangkan teori tentang kebutuhan dasar manusia yang lebih dikenal dengan istilah Hierarki Kebutuhan Dasar Manusia. Hierarki tersebut meliputi lima kategori kebutuhan dasar yakni:

1. Kebutuhan fiologis
2. Kebutuhan keselamatan dan rasa aman
3. Kebutuhan rasa cinta memiliki dan dimiliki
4. Kebutuhan harga diri
5. Kebutuhan aktualisasi diri

Pada kasus post operasi *apendiktomi* kebutuhan dasar manusia yang terganggu adalah kebutuhan keselamatan dan rasa aman tepatnya kebutuhan bebas dari rasa nyeri. Kebutuhan keselamatan dan rasa aman yang dimaksud adalah aman dari berbagai aspek, baik fisiologis maupun psikologis (Mubarak & Chayatin, 2008).

1. Definisi Nyeri

   Nyeri adalah perasaan tidak nyaman yang sangat subjektif dan hanya orang yang mengalami dapat menjelaskan dan mengevaluasi perasaan tersebut. Secara umum, nyeri dapat didefinisikan sebagai perasaan tidak nyaman, baik ringan maupun berat (Mubarak & Chayatin, 2008).

2. Fisiologi Nyeri

   Fisiologis nyeri yaitu bagaimana nyeri merambat dan dipersepsikan oleh individu masih belum sepenuhnya dimengerti. Akan tetapi,, bisa tidaknya nyeri dirasakan dan hingga derajat masa nyeri tersebut mengganggu di pengaruhi oleh interaksi antara sistem algesia tubuh dan transmisi sistem saraf serta interprestasi stimulasi (Mubarak & Chayatin, 2008).

3. Bentuk Nyeri

   Menurut Mubarak & Chayatin (2008), bentuk nyeri sebagai berikut:

   a. Nyeri akut, nyeri ini biasanya berlangsung tidak lebih dari enam bulan. Gejalanya mendadak, dan biasanya penyebab serta lokasi nyeri sudah di ketahui. Nyeri akut ditandai dengan peningkatan tegangan otot dan kecemasan yang keduanya meningkatkan persepsi nyeri.
   b. Nyeri ktonis, nyeri ini berlangsung lebih dari enam bulan. Sumber nyeri bisa diketahui atau tidak. Nyeri cenderung hilang timbul dan biasanya tidak dapat disembuhkan. Selain itu, pengindaran nyeri menjadi lebih dalam sehingga penderita menjadi mudah tersinggung dan sering mengalami insomnia. Nyeri kronis biasanya hilang timbul dalam periode waktu tertentu.

4. Faktor yang mempengaruhi nyeri

   Menurut Mubarak & Chayatin (2008), faktor yang mempengaruhi antara lain:

   a. Etnik dan nilai budaya

      Latar belakang etnik dan budaya merupkan faktor yang mempengaruhi reaksi terhadap nyeri ekspresi nyeri.

   b. Tahap perkembangan

Usia dan tahap perkembangan sesorang merupakan variable penting yang akan mempengaruhi reaksi dan ekspresi tahap nyeri.

c. Lingkungan dan individu pendukung

Lingkungan yang asing, tingkat kebisingan tinggi, pencahayaan dan aktivitas yang tinggi di lingkungan tersebut dapat memperberat nyeri.

d. Pengalaman nyeri sebelumnya

Individu yang pernah mengalami nyeri atau menyaksikan penderita orang terdekat saat mengalami nyeri cenderung merasa teancam dengan peristiwa nyeri yang terjadi dibandingkan individu lain yang belum pernah mengalaminya.

e. Ansietas dan stress

Ansietas sering kali menyertai peristiwa nyeri yang terjadi. Ancaman yang tidak jelas asalnya dan ketidak mampuan mengontrol nyeri atau peristiwa di sekelilingnya dapat memperberat persepsi nyeri.

5. Skala intensitas nyeri *numeric*

Hayward (1975) mengembangkan sebuah alat ukur nyeri (painometer) dengan skala longitudinal pada salah satu ujungnya tercantum nilai 0 (untuk keadaan tanpa nyeri) dan ujung nilainya 10 untuk kondisi nyeri palinh hebat. Skala nyeri numerik menurut (Brunner & Suddart, 2002) seperti ditampilkan pada gambar 2.2 adalah sebagai berikut:

Gambar 2.2

Skala intensitas nyeri numerik

Sumber: (Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddart,2002)

6. Kompetensi keterampilan dan prosedur keperawatan nyeri.

   Teknik mengatasi nyeri menurut Mubarak, Indrawati& Susanto (2015), sebagai berikut:

   a. Teknik distraksi

      Teknik distraksi adalah suatu metode untuk menghilangkan nyeri dengan cara mengalihkan perhatian klien pada hal-hal lain sehingga klien akan lupa terhadap nyeri yang dialami. Teknik distraksi dapat mengalihkan nyeri berdasarkan teori aktivitas reticular, yaitu menghambat stimulus nyeri ketika seseorang menerima masukan sensori yang cukup berlebihan, sehingga menyebabkan terhambatnya impuls nyeri ke otak (nyeri berkurang atau tidak dirasakan klien).

      Macam-macam teknik distraksi sebagai berikut:

      1) Bernafas pelan-pelan
      2) Masase sambil menarik nafas pelan-pelan
      3) Mendengarkan lagu sambil menepuk-nepukkan jari/kaki
      4) Membayangkan hal-hal yangindah sambil menutup mata
      5) Menonton TV (acara kegemaran) dan lain-lain.

   b. Teknik relaksasi

      Relaksasi merupakan metode efektif untuk mengurangi rasa nyeri pada klien yang mengalami nyeri kronis. Relaksasi adalah kegiatan yang memadukan otak dan otot. Otak yang “lelah” di buat tenang dan otot yang tegang dibuat relaks. Jika sesorang melakukan relaksasi, puncaknya adalah fisik yang segar dan otak yang siap menyala kembali (Mubarak, Indrawati & Susanto,2015). Selain nyeri, pada kasus post operasi apendiktomi juga mengalami gangguan kebutuhan dasar manusia yang lain yaitu kebutuhan fisiologi seperti kebutuhan aktifitas dan tidur yang disebabkan oleh malaisedi mana seseorang, individu yang sakit membutukan waktu tidur yang lebih banyak dari pada biasanya (Mubarak & Chayantin, 2008). Pada pasien post operasi *apendiktomi* pasien juga akan megalami gangguan eliminasi akibat adanya feses kering atau keras

hal ini bisa disebabkan oleh pemberian anestesi saat pembedahan dapat menghambat ataupun menghentikan kerja peristaltik untuk sementara waktu, umumnya berlangsung sekitar 24-48 jam (Mubarak & Chayatin, 2008).

C. Proses keperawatan post operasi *apendiktomi*

1. Pengkajian keperawatan

   Pengkajian keperawatan merupakan dasar pemikiran dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan pasien. Pengkajian yang lengkap dan sistematis sesuai dengan fakta atau kondisi yang ada pada klien sangat penting untuk merumuskan suatu diagnosis keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan respons individu (Budiono&Pertami, 2015).

   Pengkajian merupakan tahap awal dalam proses keperawatan dimana dilakukan proses pengumpulan data yang di lakukan dengan berbagai cara (wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, pemeriksaan diagnostik, dll). Dengan tujuan untuk mendapatkan informasi tentang kondisikesehatan pasien yang berfokus pada pemenuhan dasar manusia (Suarni & Apriani, 2017).

   Menurut Muttaqin & Sari (2011:503), pada pasien pasca bedah *apendiktomi* dapat ditemukan masalah psikososial yaitu kecemasan akibat nyeri hebat pada luka post operasinya. Selain itu pengkajian pemeriksaan fisik yang dapat dilakukan diantaranya :

   a. Pengkajian pemeriksaan fisik.

      1) Tanda-tanda vital

         Pada pasien post operasi biasanya akan didapatkan takikardi dan peningkatan frekuensi pernapasan akibat dari respon kesakitan yang hebat dari pembedahan.

      2) Abdomen

         Pada abdomen akan ditemukan keluhan nyeri pada regio kanan bawah, kembung pada pasien dengan komplikasi perforasi, peningkatan respon nyeri pada saat palpasi dan nyeri lepas.

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang di alaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Berdasarkan hasil pengkajian pada post operasi *apendiktomi* didapatkan diagnosa keperawatan sebagai berikut:

a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) berhubungan dengan pasien mengeluh nyeri, pasien tampak meringis, pasien tampak memegangi area nyeri
b. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan faktor mekanis berhubungan dengan kerusakan jaringan, tampak adanya luka nekas operasi dengan panjang 7cm dan terdapat 9 jahitan yang tertutup oleh kasa
c. Defisit nutrisi berhubungan dengan kurangnya asupan makanan ditandai dengan membrane mukosa pucat, berat badan menurun
d. Resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasive

3. Rencana keperawatan

Menurut Hartati dalam (Keperawatan & Kemenkes, 2016) perencanaan merupakan tahap selanjutnya setelah pengkajian dan penentuan diagnosa keperawatan. Perencanaan juga merupakan petunjuk tertulis yang menggambarkan secara tepat mengenai rencana tindakan yang di lakukan terhadap klien sesuai dengan tingkat kebutuhan berdasarkan diagnosa yang muncul.

Rencana keperawatn pada pasien post operasi *apendiktomi* dapat dilihat tabel 2.1 berikut:

Tabel 2.1
Rencana keperawatan pada pasien post operasi *apendiktomi*

No.	Diagnosa	SLKI	SIKI
1	2	*3*	*4*
1	Nyeri akut	**Tingkat nyeri (L.08066)** Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah dapat teratasi dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Gelisah menurun	**Managemen nyeri (I.08238)** 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 4. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 5. Kontrol loingkungan yang memperberat rasa nyeri 6. Fasilitas istirahat dan tidur 7. Jelaskan penyebab, periode, dan

1	*2*	*3*	4
			Pemicu nyeri 8. Kolaborasi pemberian alagesik
2	Gangguan integritas jaringan	Integritas jaringan: kulit & membran mukosa 1. Perfusi jaringan normal 2. Tidak ada tanda-tanda infeksi 3. Ketebalan dan tekstur jaringan normal 4. Menunjukan pemahaman 5. Dalam mencegah terjadinya cidera berulang 6. Menunjukan terjadinya proses penyembuhan luka	Perawatan luka 1. Anjurkan pasien untuk menggunakan pakaian yang longgar supaya tidak ada penekanan pada luka 2. Jaga kulit agar tetap bersih dan kering 3. Mobilitas pasien (ubah posisi pasien) 4. Monitor kulit akan akan adanya tanda-tanda infeksi 5. Monitor aktifitas dan mobilisasi pasien 6. Monitor status nutrisi pasien 7. Obsevasi luka: lokasi, dimensi, keadaan luka, tanda infeksi 8. Ajarkan keluarga tentang luka dan perawatan luka 9. Berkan posisi yang mengurangi tekanan pada luka 10. Kolaborasi pemberian terapi
3	Deficit nutrisi	Status nutrisi 1. Berat badan membaik 2. Membrane mukosa membaik	Manajemen nyeri 1. Monitor berat badan 2. Monitor asupan nutrisi 3. Monitor tumbuh kembang

1	*2*	*3*	*4*
			4. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient 5. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein 6. Kolaborasi dengan ahli gizi jenis nutrient yang dibutuhkan, jika perlu
4	Resiko infeksi	Keparahan infeksi 1.pasien bebas dari tanda dan gejala infeksi 2. mendekripsikan proses penularan penyakit, faktor yang mempengaruhi penularan serta penatalaksanaanya 3. menunjukan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi	Kontrol infeksi 1. Batasi pengunjung pasien 2. Pertahankan teknik isolasi 3. Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal 4. Monitor ketentuan terhadap infeksi 5. Dorong intake nutrisi dan cairan yang adekuat 6. Dorong istirahat pasien 7. Informasikan kepada keluarga tentang tanda dan gejala infeksi 8. Ajarkan cara pencegahan infeksi 9. Laporkan kecurigaan infeksi 10. Inspeksi kondisi luka/insisi bedah

4. Implementasi

Implementasi adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang ditetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data sebelumnya dan sesudah pelaksanaan tindakan, (Suarni dan Apriyani, 2017).

5.Evaluasi

Evaluasi dalam keperawatan merupakan kegiatan dalam menilai tindakan keperawatan yang telah ditentukan untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan klien secara optimal dan mengukur hasil dari pross keperawatan (Suarni, & Apriyani, 2017).