

SATUAN ACARA PEMBELAJARAN

“MANAJEMEN PENGELOLAAN NYERI PASIEN POST SECTIO CAESAREA“

Topik : Manajemen Pengelolaan Nyeri
Sub Topik : Manajemen Pengelolaan Nyeri pada Luka Post Operasi SC
Sasaran : Perawat di ruang Bougenville
Tempat : Ruang Bougenville RS Pelni
Hari / Tanggal : Sabtu / 18 November 2017
Waktu : Pukul 09.30 – 10.00 Wita (1 x 30 menit)

A. Latar Belakang Masalah

Nyeri adalah alasan utama seseorang untuk mencari bantuan perawatan kesehatan. Nyeri terjadi bersama banyak proses penyakit atau bersama banyak proses penyakit atau bersamaan dengan beberapa pemeriksaan diagnostik atau pengobatan. Nyeri sangat mengganggu dan menyulitkan lebih banyak orang dibanding suatu penyakit manapun.

Perawat menghabiskan lebih banyak waktunya bersama pasien yang mengalami nyeri dibanding tenaga profesional perawatan kesehatan lainnya dan perawat mempunyai kesempatan untuk menghilangkan nyeri dan efeknya yang membahayakan. Peran pemberi perawatan primer adalah untuk mengidentifikasi dan mengobati penyebab nyeri dan meresepkan obat-obatan untuk menghilangkan nyeri.

Manajemen nyeri merupakan suatu proses atau tindakan keperawatan yang dilakukan baik secara kolaboratif ataupun secara individu pada pasien pasca pembedahan guna mengontrol atau mengurangi nyeri serta mengendalikan rasa nyeri yang di rasa oleh pasien. Manajemen nyeri penting dilakukan dan paling tidak harus mendapat perhatian dari petugas perawat atau petugas kesehatan lainnya untuk mengurangi keluhan nyeri pada pasien. Pengendalian nyeri pada pasien pasca pembedahan dapat mengurangi keluhan serta resiko lain akibat dari nyeri. Manajemen secara individu dapat dilakukan dengan cara mengajarkan teknik distraksi dan relaksasi berupa nafas dalam dan teknik pengalihan perhatian guna mengurangi resiko nyeri pada pasien.

Faktor penyebab nyeri biasanya muncul karena luka post operasi yang masih basah atau matur dan belum lepas dari 2 x 24 jam sebagai ukuran pantauan untuk

mengkaji status nyeri. Nyeri juga ditimbulkan karena gerak atau mobilisasi dini pada pasien post operasi. Untuk mencegah atau mengontrol nyeri perlu perhatian atau monitoring dan evaluasi serta kaji status nyeri pasien. Pada dasarnya pelayanan kesehatan dari suatu tim terpadu yang terdiri dari dokter, perawat, fisioterapis, ataupun tenaga kesehatan lainnya diperlukan agar terapi yang dilakukan pada pasien berjalan dan dilakukan optimal oleh penderita atau pasien itu sendiri. Manajemen nyeri bertujuan untuk membantu pasien dalam mengontrol nyeri ataupun memajemen nyeri secara optimal, mengurangi resiko lanjut dari efek samping nyeri tersebut, yang pada akhirnya pasien mampu mengontrol ataupun nyeri yang dirasa tersebut hilang.

Ruang rawat inap khusus bedah memiliki peranan penting untuk menangani masalah nyeri pada pasien terutama pasien post operasi. Ruang Bougenville BRSU Tabanan sebagai salah satu ruang rawat inap bedah juga memiliki tanggung jawab dalam pemulihan kondisi pasien post operasi. Keluhan nyeri yang sering muncul pada pasien post operasi menandakan kurangnya pengetahuan pasien ataupun keluarga untuk menanggulangi atau kiat-kiat untuk mengatasi atau mengontrol nyeri. Hal ini perlu diperhatikan agar nyeri pasien sedini mungkin dapat di kontrol atau di atasi untuk penyembuhan yang seoptimal mungkin.

B. Tujuan

1. Tujuan instruksional Umum

Setelah dilakukan proses pembelajaran kesehatan selama \pm 30 menit, diharapkan pperawat dapat memahami tentang manajemen nyeri pada luka post operasi Sectio Caesarea.

2. Tujuan Instruksional Khusus

Setelah mengikuti proses pembelajaran kesehatan, perawat diharapkan mampu:

- a. Menjelaskan pengertian nyeri.
- b. Menyebutkan penyebab timbulnya nyeri.
- c. Menyebutkan faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri.
- d. Menyebutkan cara mengkaji persepsi nyeri.
- e. Menyebutkan cara-cara untuk mengatasi nyeri pada luka post operasi.

C. Metode

Ceramah, demonstrasi dan diskusi/tanya jawab

D. Media

LCD / TV

E. Materi Pembelajaran

1. Pengertian Nyeri
2. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Nyeri
3. Cara pengelolaan nyeri pada Luka Post Operasi
(Materi Terlampir)

F. Evaluasi

Evaluasi dilakukan secara lisan dengan memberikan pertanyaan :

1. Apa pengertian dari nyeri?
2. Sebutkan faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri!
3. Sebutkan cara-cara mengatasi nyeri pada luka post operasi!

G. Kegiatan Penyuluhan Kesehatan

Hari/Tgl/Jam	Tahap Kegiatan Pembelajaran	Kegiatan Pembelajaran	Kegiatan Perawat Pelatihan
Sabtu, 18 November 2017 Pukul 09.30 – 10.00 WIB	1. Pembukaan (5 menit)	<ul style="list-style-type: none">▪ Mengucapkan salam.▪ Menyebutkan nama dan asal.▪ Menjelaskan tujuan.▪ Mengkaji tingkat pengetahuan Pasien dan keluarga tentang nyeri.	<ul style="list-style-type: none">▪ Perawat membalas salam.▪ Perawat menerima kehadiran mahasiswa dengan baik.▪ Perawat memahami tujuan dengan baik.▪ Perawat berpartisipasi dalam diskusi awal.
	2. Inti (20 menit)	<ul style="list-style-type: none">▪ Menjelaskan tentang pengertian, faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri, carapengelolaan nyeri pada luka post operasi.▪ Memberi kesempatan pada pasien dan keluarga untuk menanyakan hal-hal yang kurang jelas.	<ul style="list-style-type: none">▪ Perawat mendengarkan dan memperhatikan dengan baik.▪ Perawat mengajukan pertanyaan.

	<p>3. Penutup (5 menit)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mengevaluasi tujuan penyuluhan kesehatan. ▪ Mengucapkan terima kasih atas perhatian yang diberikan dan memberi salam penutup. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Perawat mampu menjawab/menjelaskan kembali. ▪ Perawat membalas salam.
--	---------------------------------	--	--

MATERI PEMBELAJARAN

A. Pengertian Nyeri

1. Nyeri adalah suatu perasaan menderita secara fisik dan mental atau perasaan yang bisa menimbulkan ketegangan (Alimul, 2006).
2. Nyeri adalah suatu keadaan yang tidak menyenangkan akibat terjadinya rangsangan fisik maupun dari serabut saraf dalam tubuh ke otak dan diikuti oleh reaksi fisik, fisiologis, dan emosional (Alimul, 2006).

B. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Nyeri

1. Usia

Usia merupakan variabel yang penting yang mempengaruhi nyeri khususnya anak-anak dan lansia. Pada kognitif tidak mampu mengingat penjelasan tentang nyeri atau mengasosiasikan nyeri sebagai pengalaman yang dapat terjadi di berbagai situasi. Nyeri bukan merupakan bagian dari proses penuaan yang tidak dapat dihindari, karena lansia telah hidup lebih lama mereka kemungkinan lebih tinggi untuk mengalami kondisi patologis yang menyertai nyeri. Kemampuan klien lansia untuk menginterpretasikan nyeri dapat mengalami komplikasi dengan keadaan berbagai penyakit disertai gejala samar-samar yang mungkin mengenai bagian tubuh yang sama.

2. Jenis Kelamin

Secara umum pria dan wanita tidak berbeda secara bermakna dalam berespon terhadap nyeri. Toleransi nyeri sejak lama telah menjadi subjek penelitian yang melibatkan pria dan wanita. Akan tetapi toleransi terhadap nyeri dipengaruhi oleh faktor-faktor biokimia dan merupakan hal yang unik pada setiap individu, tanpa memperhatikan jenis kelamin.

3. Kebudayaan

Keyakinan dan nilai-nilai budaya mempengaruhi cara individu mengatasi nyeri. Ada perbedaan makna dan sikap yang dikaitkan dengan nyeri dikaitkan dengan nyeri diberbagai kelompok budaya. Suatu pemahaman tentang nyeri dari segi makna budaya akan membantu perawat dalam merancang asuhan keperawatan yang relevan untuk klien yang mengalami nyeri.

4. Makna nyeri

Makna seseorang yang dikaitkan dengan nyeri mempengaruhi pengalaman nyeri dan cara seseorang beradaptasi terhadap nyeri. Individu akan mempersepsikan nyeri dengan cara berbeda-beda, apabila nyeri tersebut memberikan kesan ancaman, suatu kehilangan dan tantangan. Misalnya seorang wanita yang bersalin akan mempersepsikan nyeri berbeda dengan seorang wanita yang mengalami nyeri akibat cedera karena pukulan pasangannya.

5. Perhatian

Perhatian yang meningkat dihubungkan dengan nyeri yang meningkat sedangkan upaya pengalihan atau distraksi dihubungkan dengan respon nyeri yang menurun. Konsep ini merupakan salah satu konsep yang perawat terapkan di berbagai terapi untuk menghilangkan nyeri seperti relaksasi, teknik imajinasi terbimbing dan massage. Dengan memfokuskan perhatian dan konsentrasi klien pada stimulus yang lain, maka perawaat menempatkan nyeri pada kesadaran yang perifer.

6. Ansietas

Ansietas sering kali meningkatkan persepsi nyeri, tetapi nyeri juga dapat menimbulkan perasaan ansietas. Individu yang sehat secara emosional biasanya lebih mampu mentoleransi nyeri sedang hingga berat daripada individu yang memiliki status emosional yang kurang stabil. Klien yang mengalami cedera atau menderita penyakit kritis, sering kali mengalami kesulitan mengontrol lingkungan dan perawatan diri dapat menimbulkan tingkat ansietas yang tinggi. Nyeri yang tidak kunjung hilang sering kali menyebabkan psikosis dan gangguan kepribadian.

7. Kelelahan

Kelelahan meningkatkan persepsi nyeri rasa kelelahan menyebabkan sensasi nyeri semakin intensif dan menurunkan kemampuan coping. Apabila kelelahan disertai kesulitan tidur, maka persepsi nyeri bahkan dapat terasa

lebih berat. Nyeri seringkali lebih berkurang setelah individu mengalami suatu periode tidur yang lelap dibanding pada akhir hari yang melelahkan

8. Pengalaman Sebelumnya

Pengalaman nyeri sebelumnya tidak selalu berarti bahwa individu tersebut akan menerima nyeri dengan lebih mudah pada masa yang akan datang. Apabila seorang klien tidak pernah mengalami nyeri maka persepsi pertama nyeri dapat mengganggu koping terhadap nyeri.

9. Gaya koping

Pengalaman nyeri dapat menjadi suatu pengalaman yang membuat merasa kesepian. Apabila klien mengalami nyeri di keadaan perawatan kesehatan, seperti di rumah sakit klien merasa tidak berdaya dengan rasa sepi itu. Hal yang sering terjadi adalah klien merasa kehilangan kontrol terhadap lingkungan atau kehilangan kontrol terhadap hasil akhir dari peristiwa-peristiwa yang terjadi. Nyeri dapat menyebabkan ketidakmampuan, baik sebagian maupun keseluruhan/total.

10. Dukungan keluarga dan sosial

Faktor lain yang bermakna mempengaruhi respon nyeri adalah kehadiran orang-orang terdekat klien dan bagaimana sikap mereka terhadap klien. Individu dari kelompok sosial budaya yang berbeda memiliki harapan yang berbeda tentang orang tempat mereka menumpahkan keluhan tentang nyeri.

C. Cara Mengelola Nyeri pada Post Operasi SC

1. Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien.

Kegunaan pengkajian diantaranya :

- a. Menggambarkan kebutuhan pasien untuk membuat diagnosis keperawatan dan menetapkan prioritas yang akurat sehingga perawat juga dapat menggunakan waktunya dengan lebih efektif.
- b. Memfasilitasi perencanaan intervensi
- c. Menggambarkan kebutuhan keluarga dan menunjukkan dengan tepat faktor-faktor yang akan meningkatkan pemulihan pasien dan memperbaiki perencanaan pulang.

d. Memenuhi obligasi profesional dengan mendokumentasikan informasi pengkajian yang bersifat penting.

Pengkajian nyeri yang faktual (terkini), lengkap dan akurat akan memudahkan perawat didalam menetapkan data dasar, dalam menegakkan diagnosa keperawatan yang tepat, merencanakan terapi pengobatan yang cocok, dan memudahkan perawat dalam mengevaluasi respon klien terhadap terapi yang diberikan. Tindakan perawat yang perlu dilakukan dalam mengkaji pasien selama nyeri akut adalah mengkaji perasaan klien (respon psikologis yang muncul), menetapkan respon fisiologis klien terhadap nyeri dan lokasi nyeri, dan mengkaji tingkat keparahan dan kualitas nyeri (Prasetyo, 2010).

Terdapat beberapa komponen yang harus diperhatikan seorang perawat dalam memulai mengkaji respon nyeri yang dialami oleh klien. Donovan & Girton (1984), mengidentifikasi komponen-komponen tersebut diantaranya:

a. Penentuan ada tidaknya nyeri

Dalam melakukan pengkajian terhadap nyeri, perawat harus mempercayai ketika pasien melaporkan adanya nyeri, walaupun dalam observasi perawat tidak menemukan adanya cedera atau luka. Setiap nyeri yang dilaporkan oleh klien adalah nyata. Sebaliknya, ada beberapa pasien yang terkadang justru menyembunyikan rasa nyerinya untuk menghindari pengobatan.

b. Karakteristik nyeri (Metode **PQRST**)

1) Faktor pencetus (**P** : *Provocate*)

Perawat mengkaji tentang penyebab atau stimulus-stimulus nyeri pada klien, dalam hal ini perawat juga dapat melakukan observasi bagian-bagian tubuh yang mengalami cedera. Apabila perawat mencurigai adanya nyeri psikogenik maka perawat harus dapat mengeksklore perasaan klien dan menanyakan perasaan-perasaan apa yang dapat mencetus nyeri.

2) Kualitas (**Q** : *Quality*)

Kualitas nyeri merupakan sesuatu yang subjektif yang diungkapkan oleh klien, seringkali klien mendeskripsikan nyeri dengan kalimat-kalimat tajam, tumpul, berdenyut, berpindah-pindah, seperti tertindih, perih, tertusuk, dan lain-lain, dimana tiap klien mungkin berbeda-beda dalam melaporkan kualitas nyeri yang dirasakan.

3) Lokasi (**R** : *Region*)

Untuk mengkaji lokasi nyeri maka perawat meminta klien untuk menunjukkan semua bagian/daerah yang dirasakan tidak nyaman oleh klien. Untuk melokalisasikan nyeri lebih spesifik, maka perawat dapat meminta klien untuk melacak daerah nyeri dari titik yang paling nyeri, kemungkinan hal ini akan sulit apabila nyeri yang dirasakan bersifat difus (menyebar).

4) Keparahan (**S** : *Severe*)

Tingkat keparahan pasien tentang nyeri merupakan karakteristik yang paling subjektif. Pada pengkajian ini klien diminta untuk menggambarkan nyeri yang dirasakan sebagai nyeri ringan, nyeri sedang atau berat.

5) Durasi (**T** : *Time*)

Perawat menanyakan pada pasien untuk menentukan awitan, durasi, dan rangkaian nyeri. Perawat dapat menanyakan: “Kapan nyeri mulai dirasakan?”, “Sudah berapa lama nyeri dirasakan?”, “Apakah nyeri yang

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan biasanya terdiri dari 3 komponen yaitu respons manusia (problem), faktor yang berhubungan (etiologi), tanda dan gejala (symptom). Pada tahap ini perawat merumuskan diagnosa sesuai dengan kebutuhan klien. Pada keadaan tertentu perawat akan menemukan banyak diagnosis dari hasil pengkajian sehingga sangat perlu untuk diprioritaskan diagnosis yang perlu diselesaikan. Penentuan prioritas diagnosa bisa dengan membuat daftar diagnosa keperawatan yang ditemukan, kemudian menyusun diagnosa menurut urutan prioritas.

Tipe Diagnosa Keperawatan, yaitu:

a. Aktual

Menyajikan keadaan yang secara klinis telah divalidasi melalui batasan karakteristik mayor yang dapat diidentifikasi. Diagnosa keperawatan aktual mempunyai 4 komponen, yaitu label, definisi, batasan karakteristik, dan faktor-faktor yang berhubungan.

b. Risiko

Menjelaskan masalah kesehatan yang nyata akan terjadi jika tidak dilakukan intervensi.

Penegakan diagnosa keperawatan yang akurat akan dapat dilaksanakan apabila analisa data yang dilakukan cermat dan akurat.

Data subjektif : Komunikasi (verbal atau kode) tentang gambaran nyeri.

Data objektif :

- 1) Perilaku berhati-hati seperti melindungi daerah yang nyeri.
- 2) Memfokuskan pada diri sendiri.
- 3) Penyempitan fokus (perubahan persepsi waktu, menarik diri dari kontak sosial, kerusakan proses berpikir).
- 4) Perilaku distraksi (merintih, mengangis, mencari orang lain/aktivitas, gelisah).
- 5) Perubahan pada tonus otot (dapat direntang dari lesu sampai kaku).
- 6) Respon autonomik tidak tampak pada nyeri kronis, stabil (tekanan darah dan frekuensi nadi berubah, dilatasi pupil, peningkatan atau penurunan frekuensi nafas).

Selain bisa ditetapkan sebagai label diagnosis, masalah gangguan rasa nyaman nyeri bisa pula dijadikan etiologi untuk diagnosis keperawatan yang lain. Menurut NANDA, label diagnosis untuk masalah gangguan rasa nyaman nyeri meliputi defisit perawatan diri : makan & minum. Sedangkan label diagnosis dengan masalah gangguan rasa nyaman nyeri sebagai etiologi bergantung pada area fungsi atau sistem yang dipengaruhi (Prasetyo, 2010).

Contoh diagnosa keperawatan NANDA untuk klien dengan gangguan nyeri :

- 1) Ansietas berhubungan dengan nyeri kronis
- 2) Nyeri berhubungan dengan :
 - Cedera fisik/trauma
 - Penurunan suplai darah ke jaringan
 - Proses melahirkan
- 3) Nyeri kronik berhubungan dengan :
 - Control nyeri yang tidak adekuat
 - Jaringan parut
 - Kanker maligna

4) Gangguan mobilisasi fisik berhubungan dengan :

- Nyeri muskuloskeletal
- Nyeri insisi

3. Perencanaan

Perencanaan adalah bagian dari fase pengorganisasian dalam proses keperawatan sebagai pedoman untuk mengarahkan tindakan keperawatan dalam usaha membantu, meringankan, memecahkan masalah atau untuk memenuhi kebutuhan klien. Proses perencanaan keperawatan meliputi penetapan tujuan perawatan, penetapan kriteria hasil, pemilihan intervensi yang tepat, dan rasionalisasi dari intervensi dan mendokumentasikan rencana perawatan. Rencana keperawatan dimulai dengan prioritas diagnosa yang telah ditemukan kemudian dilanjutkan dengan penentuan tujuan dan sasaran (Setiadi, 2012, hal: 45 – 46).

Komponen perencanaan keperawatan (Nursalam, 2013, hal: 125 – 126)

Kriteria:

- a. Masalah yang mengancam kehidupan merupakan prioritas utama
- b. Masalah yang mengancam kesehatan seseorang merupakan prioritas kedua
- c. Masalah yang mempengaruhi perilaku merupakan prioritas ketiga
- d. Tujuan asuhan keperawatan, memenuhi syarat SMART.
- e. Kriteria (*Nursing Outcome Classification/NOC*) disesuaikan standar pencapaian
- f. Tujuan dirumuskan secara singkat
- g. Disusun berdasarkan diagnosis keperawatan
- h. Spesifik pada diagnosis keperawatan
- i. Dapat diukur
- j. Dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah
- k. Adanya target waktu pencapaian

Rencana tindakan didasarkan pada NIC (*Nursing Intervention Classification*) yang telah ditetapkan oleh instansi pelayanan setempat. Jenis rencana tindakan mengandung tiga komponen meliputi DET tindakan keperawatan yaitu diagnosis/observasi, edukasi, dan tindakan independen, dependen, serta interdependen.

Kriteria :

- a. Berdasarkan tujuan asuhan keperawatan
- b. Merupakan alternatif tindakan secara tepat

- c. Melibatkan pasien/keluarga
- d. Mempertimbangkan latar belakang sosial budaya pasien/keluarga
- e. Mempertimbangkan kebijaksanaan dan peraturan yang berlaku
- f. Menjamin rasa aman dan nyaman bagi pasien
- g. Disusun dengan mempertimbangkan lingkungan, sumber daya, dan fasilitas yang ada
- h. Harus berupa kalimat intruksi, ringkas, tegas, dan penulisan menggunakan bahasa yang mudah dimengerti
- i. Menggunakan formulir yang baku

Perencanaan keperawatan yang dibuat untuk klien nyeri diharapkan berorientasi untuk memenuhi hal-hal berikut (Prasetyo, 2010):

- a. Klien melaporkan adanya penurunan rasa nyeri
- b. Klien melaporkan adanya peningkatan rasa nyaman
- c. Klien mampu mempertahankan fungsi fisik dan psikologis yang dimiliki
- d. Klien mampu menjelaskan faktor-faktor penyebab nyeri
- e. Klien mampu menggunakan terapi yang diberikan untuk mengurangi rasa nyeri

4. Implementasi Keperawatan (Nursalam, 2013, hal: 126 – 127)

Implementasi keperawatan adalah pelaksanaan tindakan yang ditentukan dengan maksud agar kebutuhan pasien terpenuhi secara optimal yang mencakup aspek peningkatan, pemeliharaan, dan pemulihan kesehatan dengan mengikutsertakan pasien dan keluarga.

Implementasi keperawatan berorientasi pada 15 kriteria, yaitu:

- a. Dilaksanakan sesuai dengan rencana keperawatan
- b. Mengamati keadaan bio-psiko-sosio-spiritual pasien
- c. Menjelaskan setiap tindakan keperawatan pada pasien/keluarga
- d. Sesuai dengan waktu yang telah ditentukan
- e. Menggunakan sumber daya yang ada
- f. Menunjukkan sikap sabar dan ramah dalam berinteraksi dengan pasien/keluarga
- g. Mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan keperawatan
- h. Menerapkan prinsip-prinsip aseptis dan antiseptis
- i. Menerapkan etika keperawatan
- j. Menerapkan prinsip aman, nyaman, ekonomis, privasi, dan mengutamakan keselamatan pasien

- k. Melaksanakan perbaikan tindakan berdasarkan respons pasien
- l. Merujuk segera terhadap masalah yang mengancam keselamatan pasien
- m. Mencatat semua tindakan yang telah dilaksanakan
- n. Merapikan pasien dan alat-alat setiap selesai melakukan tindakan
- o. Melaksanakan tindakan keperawatan pada prosedur teknik yang telah ditentukan

5. Evaluasi Keperawatan

Tahap evaluasi adalah perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara berkesinambungan dengan melibatkan klien, keluarga dan tenaga kesehatan lainnya. Tujuan dari evaluasi adalah melihat kemampuan klien dalam mencapai tujuan yang disesuaikan dengan kriteria hasil pada tahap perencanaan (Setiadi, 2012).

Kriteria:

- a. Setiap tindakan keperawatan dilakukan evaluasi
- b. Evaluasi hasil menggunakan indikator perubahan fisiologis dan tingkah laku pasien
- c. Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan untuk diambil tindakan selanjutnya
- d. Evaluasi melibatkan pasien dan tim kesehatan lain
- e. Evaluasi dilakukan dengan standar praktik keperawatan

Komponen dalam evaluasi (Nursalam, 2013), yaitu:

- a. Kognitif, pengetahuan klien tentang penyakit dan tindakan
- b. Afektif, sikap klien terhadap tindakan yang dilakukan
- c. Psikomotor, tindakan atau perilaku klien dalam upaya penyembuhan
- d. Perubahan biologis (tanda vital, sistem, dan imunologis)

Keputusan dalam evaluasi (Nursalam, 2013)

- a. Masalah teratasi
- b. Masalah tidak teratasi, harus dilakukan pengkajian dan perencanaan tindakan ulang
- c. Masalah teratasi sebagian, perlu modifikasi dari rencana tindakan
- d. Timbul masalah baru

DAFTAR PUSTAKA

- Alimul, A., A., A. (2009). *Pengantar kebutuhan dasar manusia 1*. Jakarta: Salemba Medika.
- Potter, P.,A & Perry, A.,G. (2010). *Buku ajar fundamental keperawatan: Konsep,proses,dan praktik (edisi 4)* Jakarta : EGC.
- Smeltzer, S. C. & Bare, B. G. (2010). *Buku ajar keperawatan medikal-bedah Brunner & Suddarth (Edisi 8)*. Jakarta: EGC.