**BAB II**

### TINJAUAN PUSTAKA

## Konsep Dasar Penyakit Stroke Non Hemoragik

* + - 1. Pengertian Stroke Non Hemoragik

Stroke Non Hemoragik (stroke iskemik) merupakan suatu gangguan fungsional otak yang terjadi secara mendadak dengan terjadinya penggumpalan darah yang bersikulasi melalui pembuluh darah arteri yang umumnya menyerang pada pagi hari hingga siang hari (pukul 06.00-12.00) (Lingga, 2013).

Stroke non hemoragik didefinisikan sebagai sekumpulan tanda klinik yang berkembang oleh sebab vaskular. Gejala ini berlangsung 24 jam atau lebih pada umumnya terjadi akibat berkurangnya aliran darah ke otak, yang menyebabkan cacat atau kematian (Dalgleish et al., 2009).

* + - 1. Etiologi

Proses terjadinya Stroke Non Hemoragik ini merupakan penyumbatan pembuluh darah, yang dimana berawal dari luka pada pembuluh darah yang dipicu oleh radikal bebas, toksin yang berasal dari rokok, dan lemak tak sehat (terutama lemak trans) yang bercampur dengan darah serta akibat infeksi pathogen tertentu pada dinding pembuluh darah.

Selanjutnya, pembuluh darah yang terluka tertutup oleh endapan lemak yang bersatu dengan material lainnya. Jika plak tersebut akhirnya terlepas, maka gumpalan plak inilah yang akan mengakibatkan liang pembuluh darah menyempit sehingga aliran darah yang melewati liang tersebut menjadi terhambat.

Melambatnya aliran darah yang melalui arteri atau bahkan terhentinya pasokan darah ke otak merupakan hal yang berbahaya bagi otak, yang dimana otak sangat membutuhkan suplai darah untuk memelihara agar sel otak tetap hidup. Darah membawa oksigen dan nutrisi penting yang diperlukan oleh otak untuk kehidupan sel otak. Tanpa pasokan oksigen dan nutrisi yang memadai, lama-kelamaan sel otak akan mati. Hal inilah yang mengakibatkan terjadinya stroke non hemoragik (Lingga, 2013).

## Konsep Dasar Konstipasi pada Pasien SNH

1. Pengertian konstipasi

Konstipasi merupakan gangguan pada pola eliminasi akibat adanya feses kering atau keras yang melewati usus besar. Konstipasi adalah bukan penyakit melainkan gejala yang dimana menurunnya frekuensi BAB disertai dengan pengeluaran feses yang sulit, keras dan mengejan. BAB yang keras dapat menyebabkan nyeri rectum. Kondisi ini terjadi karena feses berada di intestinal lebih lama, sehingga banyak air yang diserap. Perjalanan feses yang lama karena jumlah air yang diabsorpsi sangat kurang menyebabkan feses menjadi kering dan keras. Defekasi yang normal bervariasi antara 3x sehari dan 3x seminggu (Mubarak, Indrawati, & Susanto, 2015).

1. Etiologi

Konstipasi bisa menjadi masalah utama atau manifestasi penyakit atau kondisi lainnya. Konstipasi akut merupakan perubahan pada pola eliminasi usus, yang dimana sering kali disebabkan oleh proses organik. Perubahan pola usus yang menetap atau menjadi lebih parah mungkin karena tumor atau obstruksi usus parsial lainnya. Dengan Konstipasi kronis adalah penyebab fungsional yang mengganggu penyimpanan, transportasi, dan mekanisme evakuasi menghambat saluran kotoran. Penyebab umum jika Konstipasi yaitu aktivitas, diet, penggunaan obat pencahar, dan lain-lain (LeMone et al., 2011).

Faktor psikogenik adalah penyebab paling sering Konstipasi kronis. Faktor-faktor ini termasuk menunda buang air besar ketika dorongan dirasakan, dan persepsi kepuasan dengan buang air besar. Pasien sering menggunakan obat pencahar dan enema untuk merangsang gerakan usus ketika konstipasi dirasakan. Terlalu sering menggunakan obat ini dapat menyebabkan masalah usus nyata yang memperburuk kondisi. Misalnya, kolon katarsis (gangguan motilitas kolon dan perubahan struktur usus) menyerupai kolitis ulserativa karena penampilan kantong usus yang normal atau saccular dari kolon hilang (LeMone et al., 2011).

1. Faktor-Faktor penyebab terjadinya konstipasi

Menurut (Mubarak et al., 2015), ada banyak penyebab konstipasi yaitu :

1. Kebiasaan buang air besar (BAB) tidak teratur. Salah satu penyebab yang paling sering terjadinya konstipasi adalah kebiasaan BAB yang tidak teratur. Refleks defekasi yang normal dihambat atau diabaikan, refleks ini terkondisi untuk menjadi semakin melemah. Ketika kebiasaan diabaikan, keinginan untuk defekasi habis. Anak pada masa bermain bias mengabaikan refleks-refleks ini, orang dewasa menekan keinginan buang air besar karena tekanan waktu dan pekerjaan, klien yang dirawat inap bisa menekan keinginan BAB karena malu menggunakan bedpan atau pispot karena proses defekasi yang tidak nyaman. Jalan terbaik untuk menghindari konstipasi adalah membiasakan BAB teratur dalam kehidupan.
2. Penggunaan laksatif yang berlebihan. Laksatif sering digunakan untuk menghilangkan ketidakteraturan buang air besar. Penggunaan laksatif yang berlebihan mempunyai efek yang sama dengan mengabaikan keinginan BAB yaitu refleks pada proses defekasi yang alami menjadi terhambat. Kebiasaan dalam menggunakan laksatif bahkan memerlukan dosis yang lebih besar dan kuat, sejak mereka mengalami efek yang semakin berkurang dengan penggunaan secara terus-menerus (toleransi obat).
3. Peningkatan stress psikologi. Emosi yang kuat diperkirakan dapat menyebabkan gangguan konstipasi dengan menghambat gerak peristaltik usus melalui kerja dari epinefrin dan sistem saraf simpatis*.* Stress juga menyebabkan usus spastik (kostipasi hipertonik atau iritasi kolon). Hal yang berhubungan dengan konstipasi pada tipe ini adalah kram pada abdominal, meningkatnya jumlah mukus dan periode bertukar-tukarnya antara diare dan konstipasi.
4. Ketidaksesuaian diet. Makanan yang lunak dan rendah serat akan mengakibatkan berkurangnya pada feses sehingga menghasilkan produk sisa yang tidak cukup untuk merangsang refleks pada proses defekasi. Makanan rendah serat seperti beras, telur dan daging segar bergerak lebih lambat disaluran cerna. Meningkatnya asupan cairan dengan makanan seperti itu dapat meningkatkan pergerakan makanan tersebut.
5. Obat-obatan. Banyak obat menyebabkan efek samping konstipasi. Beberapa diantaranya yaitu morfin, kodeina, sama halnya dengan obat-obatan adrenergic antikolinergik, melambatkan pergerakan dari kolon melalui kerja mereka pada system saraf pusat. Sehingga menyebabkan konstipasi yang lainya seperti zat besi mempunyai efek menciutkan dan kerja yang lebih secara lokal pada mukosa usus yang dapat menyebabkan konstipasi. Zat besi juga dapat menyebabkan iritasi dan diare pada sebagian orang.
6. Latihan yang tidak cukup.Klien pada waktu yang lama otot secara umum melemah, termasuk otot abdomen, diafragma, dasar pelvik, yang digunakan pada proses defekasi. Secara tidak langsung latihan yang tidak cukup atau kurang dihubungkan dengan kurangnya nafsu makan dan kemungkinan kurangnya jumlah serat, yang penting untuk merangsang refleks pada proses defekasi.
7. Usia. Otot semakin melemah dan melemahnya tonus sfingter yang terjadi pada orang tua turut berperan menyebabkan defekasi.
8. Penyakit. Beberapa penyakit usus dapat menyebabkan terjadinya konstipasi, beberapa diantaranya obstruksi usus, nyeri ketika defekasi berhubungan hemoroid, yang membuat orang menghindari defekasi; paralisis, yang menghambat kemampuan seseorang untuk melakukan buang air besar, terjadinya peradangan pelvik yang menghasilkan paralisis atau atoni pada usus*.* Konstipasi bisa jadi berisiko pada klien, regangan ketika BAB dapat menyebabkan stres pada abdomen atau luka pada perineum (pasca operasi). Ruptur dapat merusak jika tekanan cukup besar. Ditambah lagi peregangan sering bersamaan dengan tertahannya napas. Gerakan ini dapat menciptakan masalah yang serius pada orang dengan sakit jantung, trauma otak atau penyakit pada pernapasan. Tertahannya napas dapat meningkatkan tekanan intratorakan dan intracranial. Pada beberapa tingkatan, tingkatan ini dapat dikurangi jika klien mengeluarkan napas melalui mulut ketika terjadi regangan.Bagaimanapun, menghindari regangan tersebut merupakan pencegahan yang terbaik.
9. Patofisiologi

Defekasi seperti juga pada berkemih adalah suatu proses fisiologis yang menyertakan kerja otot-otot polos dan serat lintang, persarafan sentral dan perifer, koordinasi dari system refleks, kesadaran yang baik dan kemampuan fisis untuk mencapai tempat BAB. Kesulitan diagnosis dan pengelolaan dari konstipasi adalah karena banyaknya mekanisme yang terlibat pada proses buang air besar (BAB) normal. Dorongan untuk defekasi secara nomal dirangsang oleh distensi rektal melalui empat tahap kerja, antara lain rangsangan refleks penyekat rektoanal, relaksasi otot sfingter internal, relaksasi otot sfingter eksternal dan otot dalam region pelvik serta peningkatan tekanan intra-abdomen. Gangguan dari salah satu mekanisme ini dapat berakibat konstipasi (Mardalena, 2017)

Apabila dorongan untuk defekasi diabaikan, membrane mukosa rektal dan muskulatur menjadi tidak peka terhadap adanya massa fekal, dan akibatnya rangsangan yang lebih kuat diperlukan untuk menghasilkan dorongan peristaltic tertentu agar terjadi defekasi. Efek awal retensi fekal ini adalah untuk menimbulkan kepekaan kolon, di mana pada tahap ini sering mengalami spasme, khususnya setelah makan, sehingga menimbulkan nyeri kolik midabdominal atau abdomen bawah. Setelah proses ini berlangsung sampai beberapa tahun, kolon kehilangan tonus dan menjadi sangat tidak responsif terhadap rangsangan normal, akhirnya terjadi konstipasi (Smeltzer & Bare, 2013).

Patogenesis dari konstipasi bervariasi, penyebabnya multiple, mencakup beberapa faktor yang tumpang tindih. Walaupun konstipasi merupakan keluhan yang banyak terjadi pada usia lanjut, motilitas kolon tidak terpengaruh oleh bertambahnya usia. Proses menua yang normal tidak ada hubungannya dalam perlambatan dari perjalanan saluran cerna. Perubahan patofisiologi yang menyebabkan konstipasi bukanlah karena bertambahnya usia tetapi memang khusus terjadi pada mereka dengan kosntipasi (Sudoyo dkk., 2010).

1. Komplikasi

Walaupun konstipasi kebanyakan terjadi pada orang lanjut usia, tetapi untuk sebagian kecil dapat berakibat komplikasi yang serius yaitu impaksi feses dan volvulus daerah sigmoid (Sudoyo dkk., 2010).

## Asuhan keperawatan pada pasien stroke non hemoragik dengan konstipasi

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap pertama dalam proses perawatan. Tahap ini sangat penting dan menentukan dalam tahap-tahap selanjutnya. Data yang valid dan komprehensif akan menentukan diagnosis keperawatan dengan tepat dan benar, serta selanjutnya akan berpengaruh dalam perencanaan keperawatan (Tarwoto & Wartonah, 2015). Terdapat empat elemen dasar dalam melakukan pengkajian keperawatan yaitu pengumpulan data secara sistematis (data subjektif, data objektif, catatan medis, informasi dari petugas kesehatan, pemeriksaan fisik dan tes diagnostic), mevalidasi data, menilah dan mengatur data yang dikumpulkan (berdasarkan system tubuh, berdasarkan kebutuhan dasar (Maslow),berdasarkan teori keperawatan, dan berdasarkan pola kesehatan fungsional), dan mendokumentasikan data dalam format yang dapat dibuka kembali (Tarwoto & Wartonah, 2015).

Adapun lima kategori diagnosis data yang harus dikaji yaitu fisiologis, psikologis, perilaku, relasional, dan lingkungan. Dan terdapat 14 subkategori, diantaranya respirasi, sirkulasi, nutrisi dan cairan, eliminasi, aktivitas dan istirahat, neurosensori, reproduksi dan seksualitas, nyeri dan kenyamanan, integritas ego, pertumbuhan dan perkembangan, kebersihan diri, penyuluhan dan pembelajaran, interaksi sosial, keamanan dan proteksi. Masalah konstipasi termasuk ke dalam kategori fisiologis dan subkategori eliminasi. Pengkajian keperawatan fokus konstipasi pada pasien Stroke Non Hemoragikadalah defekasi kurang dari 2 kali seminggu, pengeluaran feses lama dan sulit, peristaltic usus menurun, distensi abdomen dan kelemahan umum (PPNI, 2017)

Tanda dan gejala seorang pasien dengan Stroke Non Hemoragikmengalami konstipasi terbagi dalam gejala dan tanda mayor dan minor, yang mana keduanya diproyeksikan secara subjektif dan objektif sebagai berikut

Tabel 1

Tanda dan Gejala Konstipasi berdasarkan SDKI

|  |  |
| --- | --- |
| Tanda dan gejala mayor | Tanda dan gejala minor |
| Subjektif | Subjektif |
| Defekasi kurang dari 2 kali seminggu Pengeluaran feses lama dan sulit  | Mengejan saat defekasi |
| Objektif | Objektif |
| Feses kerasPeristaltic menurun  | Distensi abdomen Kelemahan umum Teraba massa pada rektal  |

Sumber: PPNI, Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia, 2016.

1. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung potensial maupun actual yang dimana bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (PPNI, 2017).

Diagnosis keperawatan terdiri dari diagnosis keperawatan positif dan negatif.

Diagnosis keperawatan positif menunjukkan bahwa klien dalam kondisi sehat dan dapat mencapai kondisi lebih sehat atau optimal. Diagnosis ini disebut dengan diagnosis promosi kesehatan. Sedangkan diagnosis keperawatan negatif menunjukkan bahwa klien dalam kondisi sakit atau berisiko mengalami kesakitan. Diagnosis ini terdiri dari diagnosis aktual dan diagnosis risiko (PPNI, 2017)**.**

Masalah konstipasi termasuk dalam diagnosis negatif yang bersifat aktual. Diagnosis ini menggambarkan respon pasien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupannya yang menyebabkan pasien mengalami masalah kesehatan. Tanda/gejala mayor dan minor dapat divalidasi dan ditemukan pada pasien (PPNI, 2017).

Diagnosis keperawatan memiliki dua komponen utama yaitu masalah (*problem*) dan indikator diagnostik. Masalah (*problem*) merupakan label diagnosis keperawatan yang menggambarkan inti dari respon pasien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupannya. Label diagnosis terdiri atas deskriptor atau penjelas dan fokus diagnostik (PPNI, 2017).

Proses penegakan diagnosis (*diagnostic process*) atau mendiagnosis merupakan suatu proses sistematis yang terdiri dari tiga tahap yaitu, analisis data, identifikasi masalah, dan perumusan diagnosis. Analisis data dilakukan dengan membandingkan data dengan nilai normal dan juga dengan mengelompokkan data yang artinya tanda/gejala yang dianggap bermakna dikelompokkan berdasarkan pola kebutuhan dasar. Selanjutnya adalah identifikasi masalah, setelah data dianalisis, perawat dan pasien bersama-sama mengidentifikasi masalah aktual. Pernyataan masalah kesehatan merujuk ke label diagnosis keperawatan. Terakhir yaitu perumusan diagnosis keperawatan yang disesuaikan dengan jenis diagnosis diagnosis keperawatan. Metode penulisan pada diagnosis aktual terdiri dari masalah, penyebab, dan tanda/gejala (PPNI, 2017)**.**

Penulisan diagnosis keperawatan yang diangkat adalah konstipasi berhubungan dengan kelemahan otot abdomen dibuktikan dengan defekasi kurang dari 2 kali seminggu, pengeluaran feses lama dan sulit, peristaltic usus menurun, kelemahan umum, distensi abdomen (PPNI, 2017).

1. Perencanaan keperawatan

Intervensi merupakan fase proses keperawataan yang penuh pertimbangan dan sistematis dan mencankup pembuatan keputusan penyelesaian masalah. Dalam perencanaan, perawat merujuk pada data pengkajian klien dan pernyataan diagnosis sebagai petunjuk dalam merumuskan tujuan klien yang diperlukan untuk mencegah, mengurangi, atau menghilangkan masalah kesehatan klien (Kozier, et., 2011).

Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan. Klasifikasi intervensi keperawatan konstipasi termasuk dalam kategori fisiologis yang merupakan intervensi keperawatan yang ditujukan untuk mendukung fungsi fisik dan regulasi homeostatis dan termasuk dalam subkategori eliminasi yang memuat kelompok intervensi yang memulihkan fungsi eliminasi fekal dan urinaria (PPNI, 2018).

Luaran (*Outcome*) Keperawatan merupakan aspek-aspek yang dapat diobservasi dan diukur meliputi kondisi, perilaku, atau persepsi pasien, keluarga atau komunitas sebagai respon terhadap intervensi keperawatan. Luaran keperawatan menunjukkan status diagnosis keperawatan setelah dilakukan intervensi keperawatan. Hasil akhir intervensi keperawatan yang terdiri dari indikator-indikator atau kriteria-kriteria hasil pemulihan masalah. Terdapat dua jenis luaran keperawatan yaitu luaran negatif (perlu diturunkan) dan luaran positif (perlu ditingkatkan) (PPNI, 2019).

Adapun komponen luaran keperawatan diantaranya label (nama luaran keperawatan berupa kata-kata kunci informasi luaran), ekspetasi (penilaian terhadap hasil yang diharapkan, meningkat, menurun, atau membaik), kriteria hasil (karakteristik pasien yang dapat diamati atau diukur, dijadikan sebagai dasar untuk menilai pencapaian hasil intervensi, menggunakan skor 1-5 pada pendokumentasianberbasis komputer). Ekspetasi luaran keperawatan terdiri dari ekspetasi meningkat yang artinya bertambah baik dalam ukuran, jumlah, maupun derajat atau tingkatan, menurun artinya berkurang baik dalam ukuran, jumlah maupun derajat atau tingkatan, membaik artinya menimbulkan efek yang lebih baik, adekuat, atau efektif (PPNI, 2019).

Adapun tujuan yang ingin dicapai berdasarkan Standar luaran keperawatan Indonesia (SLKI) (PPNI, 2019) untuk mengatasi konstipasi yaitu:

1. **Eliminasi fekal**

Eliminasi fekal merupakan defekasi normal yang disertai dengan pengeluaran feses mudah dan konsistensi, frekuensi serta bentuk feses normal. Dengan kriteria hasil:

* 1. Kontrol pengeluaran feses: Meningkat
	2. Keluhan defekasi lama dan sulit: Menurun
	3. Distensi abdomen: Menurun
	4. Teraba massa pada rektal: Menurun
	5. Konsistensi feses: Membaik
	6. Frekuensi defekasi: Membaik
	7. Peristaltic usus: Membaik

Dalam perencanaan yang akan diberikan sesuai dengan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) untuk mengatasi Konstipasi dengan pasien SNH adalah manajemen eliminasi fekal dan manajemen konstipasi adalah sebagai berikut:

1. **Manajemen eliminasi fekal**

Manajemen eliminasi fekal merupakan suatu cara mengidentifikasi dan mengelola penurunan kadar natrium serum atau plasma <135 mEq/L. Tindakan dalam manajemen eliminasi fekal antara lain:

1. Observasi
2. Identifikasi masalah usus dan penggunaan obat pencahar
3. Identifikasi pengobatan yang berefek pada kondisi gastrointestinal
4. Monitor buang air besar (mis. warna, frekuensi, konsistensi, volume)
5. Monitor tanda dan gejala diare, konstipasi, dan impaksi
6. Terapeutik
7. Berikan air hangat setelah makan
8. Jadwalkan waktu defekasi bersama pasien
9. Sediakan makanan yang tinggi serat
10. Edukasi
11. Jelaskan jenis makanan yang membantu meningkatkan keteraturan peristaltic usus
12. Anjurkan mencatat warna, frekuensi, konsistensi, dan volume
13. Anjurkan untuk meningkatkan aktivitas fisik, sesuai toleransi
14. Anjurkan pengurangan asupan makanan yang meningkatkan pembentukan gas
15. Anjurkan mengkonsumsi makanan yang mengandung tinggi serat
16. Anjurkan meningkatkan asupan cairan, jika tidak ada kontraindikasi
17. Kolaborasi
18. Kolaborasi pemberian obat supositoria anal, jika perlu
19. **Manajemen konstipasi**

Manajemen konstipasi merupakan suatu cara mengidentifikasi dan mengelola pencegahan dan mengatasi sembelit/impaksi. Tindakan dalam manajemen konstipasi antara lain:

1. Observasi
2. Periksa tanda dan gejala konstipasi
3. Periksa pergerakan usus, karakteristik feses (konsistensi, bentuk, volume, dan warna)
4. Identifikasi faktor risiko konstipasi (mis. Obat-obatan, tiring baring, dan diet rendah serat)
5. Terapeutik
6. Anjurkan diet tinggi serat
7. Lakukan massa abdomen, jika perlu
8. Lakukan evakuasi feses secara manual, jika perlu
9. Berikan enema atau irigasi, jika perlu
10. Edukasi
11. Jelaskan etiologi masalah dan alasan tindakan
12. Anjurkan peningkatan asupan cairan, jika tidak ada kontraindikasi
13. Latih buang air besar secara teratur
14. Ajarkan cara mengatasi konstipasi/impaksi
15. Kolaborasi
16. Konsultasi dengan tim medis tentang penurunan/peningkatan frekuensi suara usus
17. Kolaborasi penggunaan obat pencahar, jika perlu
18. Implementasi

Implementasi merupakan tindakan yang sudah direncanakan dalam perencana perawatan. Tindakan keperawatan mencakup tindakan mandiri yaitu aktivitas perawat yang didasarkan pada kesimpulan atau keputusan sendiri dan bukan merupakan petunjuk atau perintah dari petugas kesehatan lain, dan tindakan kolaborasi merupakan tindakan yang didasarkan hasil dari keputusan bersama, seperti dokter dan petugas kesehatan yang lain (Tarwoto & Wartonah, 2015). Fase implementasi memberikan tindakan keperawatan actual dan respons klien yang dikaji pada fase akhir, fase evaluasi. Dengan menggunakan data yang didapat selama pengkajian, perawat dapat mengindividualisasikan asuhan yang diberikan dalam fase implementasi, menyesuaikan intervensi dengan klien tertentu, bukan menerapkan intervensi secara rutin untuk kategori klien (Kozier et al., 2011). Maka perawat harus melakukan pengawasan terhadap efektifitas intervensi yang dilakukan, bersamaan pula penilai perkembangan pasien terhadap pencapaian tujuan atau hasil yang diharapkan (Dinarti dkk., 2013).

1. Evaluasi

Evaluasi merupakan tahap akhir dalam proses keperawatan untuk dapat menentukan keberhasilan dalam asuhan keperawatan. Evaluasi pada dasarnya adalah membandingkan status kesehatan pasien dengan tujuan atau kriteria hasil yang telah ditetapkan (Tarwoto & Wartonah, 2015). Yang dimana evaluasi keperawatan ini dicatat dan disesuaikan dengan setiap diagnose keperawatan. Evaluasi untuk setiap diagnose keperawatan meliputi data subjektif (S) dan objektif (O), Analisa permasalahan (A) klien berdasarkan S dan O, serta perencanaan ulang (P) berdasarkan hasil Analisa data diatas. Evaluasi ini disebut juga evaluasi proses. Semua dicatat pada formulir catatan perkembangan (*progress note*) (Dinarti dkk., 2013).

Evaluasi ini berjalan secara kontinu. Dimana evaluasi dilakukan ketika atau segera setelah mengimplementasikan program keperawatan memungkinkan perawat untuk segera memodifikasi intervensi, hal ini bertujuan meningkatkan kemajuan kondisi klien untuk mencapai tujuan yang memungkinkan perawat memperbaiki kekurangan dan memodifikasi rencana asuhan sesuai kebutuhan sampai klien mencapai tujuan kesehatan atau selesai mendapatkan asuhan keperawatan (Kozier et al., 2011).

Tujuan dan kriteria hasil yang diharapkan setelah tindakan yang diberikan untuk gangguan konstipasi yaitu:

1. Kontrol pengeluaran feses: Meningkat
2. Keluhan defekasi lama dan sulit: Menurun
3. Distensi abdomen: Menurun
4. Teraba massa pada rektal: Menurun
5. Konsistensi feses: Membaik
6. Frekuensi defekasi: Membaik
7. Peristaltic usus: Membaik