

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Fraktur

1. Pengertian

Fraktur adalah terputusnya kontinuitas tulang dan ditentukan sesuai jenis dan luasnya. Fraktur terjadi jika tulang dikenai stress yang lebih besar dari yang dapat diabsorbsinya (Brunner & Suddarth, 2015). Fraktur adalah terputusnya jaringan tulang dan atau tulang rawan yang umumnya disebabkan oleh rudapaksa (Mansjoer, 2000). Fraktur adalah patah tulang, biasanya disebabkan oleh trauma (Price Sylvia, 1994).

Fraktur adalah suatu gangguan dari kontinuitas normal tulang yang timbul ketika tekanan pada tulang lebih besar dari kekuatan tulang itu sendiri (FKUI, 1999). Fraktur atau patah tulang adalah diskontinuitas jaringan tulang yang biasanya disebabkan oleh adanya kekerasan yang timbulnya secara mendadak (Sutikno, 1997). *Fraktur* (Latin), *Fracture* (Inggris) : gerak, patah, rusak adalah rusaknya atau terputusnya kontinuitas tulang. Atau terpisahnya kontinuitas tulang normal yang terjadi karena stres pada tulang yang berlebihan (Luckman & Sorensen, 1993).

Jadi fraktur adalah suatu gangguan atau terputusnya/terpisahnya kontinuitas normal jaringan tulang dan atau tulang rawan dan ditentukan jenis dan luasnya, yang biasanya disebabkan oleh adanya trauma, kekerasan, atau stres pada tulang yang berlebihan, melebihi yang dapat diabsorbsinya yang timbulnya secara mendadak.

2. Klasifikasi fraktur

a. Berdasarkan perluasan

- 1) Fraktur kompliit : terjadi apabila seluruh tubuh tulang patah/ kontinuitas jaringan luas sehingga tulang terbagi dua bagian dan garis patahnya menyeberang dari satu sisi ke sisi yang lain sehingga mengenai seluruh korteks.
- 2) Fraktur tidak komplet/inkomplit : diskontinuitas jaringan tulang dengan garis patahan tidak menyeberang sehingga masih ada korteks yang utuh.

b. Berdasarkan bentuk garis patahan

- 1) Fraktur linier/transversal : fraktur yang garis patahnya tegak lurus terhadap sumbu panjang.
- 2) Fraktur oblique :fraktur yang garis patahnya membentuk sudut terhadap tulang.
- 3) Fraktur spinal : fraktur yang hanya menimbulkan sedikit kerusakan jaringan lunak.
- 4) Fraktur greenstick : fraktur yang tidak sempurna, sering terjadi pada anak-anak karena korteks tulang dan periosteum belum tumbuh sempurna.
- 5) Fraktur bentuk T, Y : fraktur yang garis patahnya menyerupai huruf T atau Y.
- 6) Fraktur compresive : fraktur yang terjadi ketika dua tulang menumbuk tulang ketiga yang berada diantaranya.

c. Berdasarkan fragmen tulang

- 1) Fraktur simpel : terdiri dari dua fragmen.
- 2) Fraktur segmental : terdiri dari lebih dari dua fragmen.
- 3) Fraktur multiple : remuk.

d. Berdasarkan hubungan fragmen tulang dan jaringan sekitar

- 1) Fraktur tertutup : fraktur yang fragmen tulangnya tidak mempunyai hubungan dengan dunia luar.
- 2) Fraktur terbuka : fraktur yang fragmen tulangnya pernah berhubungan dengan dunia luar.
- 3) Fraktur komplikata : fraktur yang disertai kerusakan jaringan saraf, pembuluh darah/organ yang ikut terkena.
- 4) Fraktur patologis : fraktur yang disebabkan oleh adanya penyakit lokal pada tulang sehingga kekerasan dapat menyebabkan fraktur.

3. Etiologi

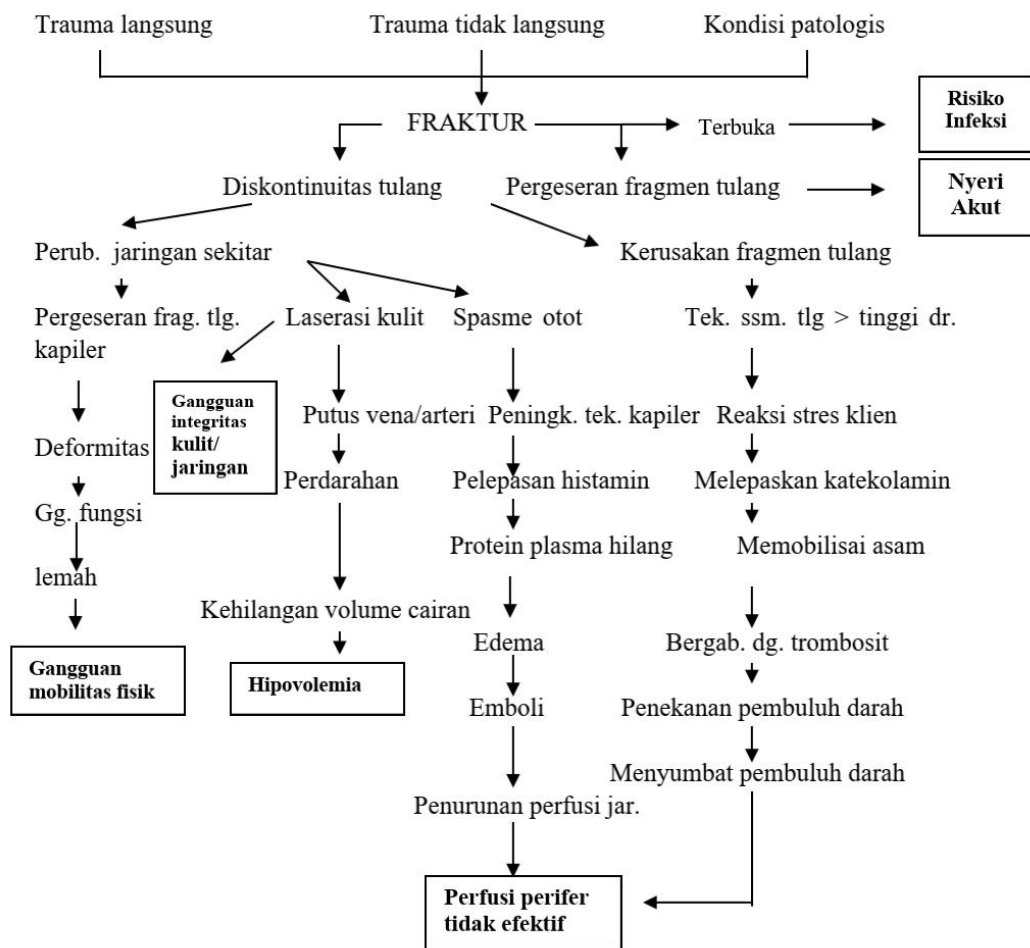
- a. Trauma langsung : misalnya benturan pada lengan bawah yang menyebabkan patah tulang radius dan ulna.
- b. Trauma tidak langsung : misalnya jatuh bertumpu pada tangan yang menyebabkan patah tulang klavikula.
- c. Etiologi lain :
 - 1) Trauma tenaga fisik : tabrakan, benturan.
 - 2) Penyakit pada tulang/keadaan patologis : proses penuaan/osteoporosis, kanker tulang/neoplasma.
 - 3) Degenerasi spontan
 - 4) Gerakan pintir mendadak.
 - 5) Kontraksi otot ekstrim.

4. Tanda dan gejala

- a. Nyeri terus menerus dan bertambah beratnya samapi fragmen tulang diimobilisasi, hematoma, dan edema.
- b. Deformitas karena adanya pergeseran fragmen tulang yang patah.

- c. Terjadi pemendekan tulang yang sebenarnya karena kontraksi otot yang melekat diatas dan dibawah tempat fraktur.
- d. Krepitasi akibat gesekan antara fragmen satu dengan lainnya.
- e. Pembengkakan dan perubahan warna lokal pada kulit.

5. Patofisiologi



Gambar 1 : *Web of Caution* Fraktur

6. Pemeriksaan diagnostik

- a. Pemeriksaan foto radiologi dari fraktur : menentukan lokasi, luasnya.
- b. Pemeriksaan jumlah darah lengkap.

- c. Arteriografi : dilakukan bila kerusakan vaskuler dicurigai.
- d. Kreatinin : trauma otot meningkatkan beban kreatinin untuk klirens ginjal.

7. Penatalaksanaan medis

- a. Reduksi fraktur terbuka atau tertutup : tindakan manipulasi fragmen-fragmen tulang yang patah sedapat mungkin untuk kembali seperti letak semula.
- b. Imobilisasi fraktur, dapat dilakukan dengan fiksasi eksterna atau interna.
- c. Mempertahankan dan mengembalikan fungsi
 - 1) Reduksi dan imobilisasi harus dipertahankan sesuai kebutuhan.
 - 2) Pemberian analgetik untuk mengerangi nyeri.
 - 3) Status neurovaskuler (misal: peredaran darah, nyeri, perabaan gerakan) dipantau.
 - 4) Latihan isometrik dan setting otot diusahakan untuk meminimalkan atrofi disuse dan meningkatkan peredaran darah.

8. Tahap penyembuhan tulang

- a. Haematum

Terjadi 72 jam pertama, cedera pada pembuluh darah sehingga terjadi perdarahan pada daerah fraktur.
- b. Tahap pembentukan fibrin

Terjadi 3 hari-2 minggu, fibroblast masuk lokasi cedera membentuk gumpalan fibrin.
- c. Tahap inflamasi osteoblast

Terjadi 2-3 minggu, osteoblast masuk pada daerah fibrosis, untuk mempertahankan penyambungan tulang.

d. Tahap pembentukan kalus

Terjadi 3-10 minggu, osteoblast merusak tulang mati dan membantu mensintesis tulang.

e. Tahap remodeling

Osteoblast membentuk tulang baru, osteoblast menyingkirkan bagian yang rusak → membentuk tulang yang menyerupai keadaan tulang aslinya.

9. Komplikasi

a. Komplikasi awal/dini

1) Syock hipovolemik atau traumatik

Akibat perdarahan (baik kehilangan darah eksterna maupun tak kelihatan) dan kehilangan cairan ekstrasel ke jaringan yang rusak, dapat terjadi pada fraktur ekstremitas, thorax, pelvis, dan vertebra. Karena tulang merupakan organ yang sangat vaskuler, maka dapat terjadi kehilangan darah yang besar akibat trauma.

2) Fat emboli

Pada saat terjadi fraktur, globula lemak dapat masuk dalam darah karena tekanan sumsum tulang lebih tinggi dari tekanan kapiler atau karena katekolamin yang dilepaskan oleh reaksi stres pasien memobilisasi asam lemak dan memudahkan terjadi globula lemak dalam aliran darah. Gambaran khasnya : hipoksia, takipnea, takikardia, pireksia.

3) Kompartmen Syndrome

Salah satu efek samping dari pemakaian gips. Kompartmen syndrome merupakan masalah yang terjadi saat perfusi jaringan dalam otot kurang dari yang dibutuhkan. Hal ini disebabkan penurunan ukuran kompartemen otot karena edema balutan yang menjerat, peningkatan isi kompartemen otot

karena edema atau perdarahan. Biasanya pasien mengeluh nyeri pada ekstremitas distal ke bawah, pucat, parastesia/baal, penurunan kapiler refill.

4) Infeksi

Semua fraktur terbuka dianggap mengalami kontaminasi.

b. Komplikasi lambat

- 1) Malunion : tulang patah telah sembuh dalam posisi yang tidak seharusnya (penyatuan yang tidak bagus).
- 2) Delayed union : proses penyembuhan yang terus berjalan tetapi dengan kecepatan yang lebih lambat dari keadaan normal (tahap penyembuhan yang lama).
- 3) Non union : tulang yang tidak menyambung kembali.

B. Konsep Dasar Nyeri Akut

1. Pengertian

Nyeri menurut *International Association for Study of Pain/IASP* yang dikutiip oleh (Kuntono Heru P., 2011) adalah suatu pengalaman sensoris dan emosional yang tidak menyenangkan yang terkait dengan kerusakan jaringan atau yang cenderung merusak jaringan. Nyeri merupakan kondisi berupa perasaan yang tidak menyenangkan, bersifat sangat subjektif. Perasaan nyeri pada setiap orang berbeda dalam hal skala ataupun tingkatannya, dan hanya orang tersebutlah yang dapat menjelaskan atau mengevaluasi rasa nyeri yang dialaminya (Tetty, 2015).

Nyeri akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan. Nyeri kronis adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung lebih dari 3 bulan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

2. Data mayor dan minor

a. Gejala dan tanda mayor

- 1) Subjektif : Mengeluh nyeri.
- 2) Objektif : Tampak meringis, bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindar nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur.

b. Gejala dan tanda minor

- 1) Subjektif : Tidak ada.

2) Objektif : Tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaforesis.

3. Faktor penyebab

- a. Agen pencedera fisiologis (misalnya inflamasi, iskemia, neoplasma).
- b. Agen pencedera kimiawi (misalnya terbakar, bahan kimia iritan).
- c. Agen pencedera fisik (misalnya abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan).

4. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan tindakan pengontrolan nyeri non-farmakologi yang akan dianalisis pada karya ilmiah ini adalah tindakan pemberian teknik relaksasi nafas dalam. Teknik relaksasi nafas dalam merupakan suatu bentuk asuhan keperawatan, yang dalam hal ini perawat mengajarkan kepada klien bagaimana cara melakukan nafas dalam, nafas lambat (menahan inspirasi secara maksimal) dan bagaimana menghembuskan nafas secara perlahan. Selain dapat menurunkan intensitas nyeri, teknik relaksasi nafas dalam juga dapat meningkatkan ventilasi paru dan meningkatkan oksigenasi darah (Lukman, 2013).

Mekanisme relaksasi nafas dalam (*deep breathing*) pada system pernafasan berupa suatu keadaan inspirasi dan ekspirasi pernafasan dengan frekuensi pernafasan menjadi 6-10 kali permenit sehingga terjadi peningkatan regangan *cardiopulmonary* (Muttaqin, 2008). Dari pengertian yang disebutkan, maka teknik relaksasi nafas dalam adalah suatu bentuk asuhan keperawatan dalam system pernafasan yakni mengajarkan kepada klien bagaimana cara melakukan nafas dalam yang berdasarkan pada cara kerja system saraf simpatis dan parasimpatis sehingga terjadi peningkatan regangan *cardiopulmonary*.

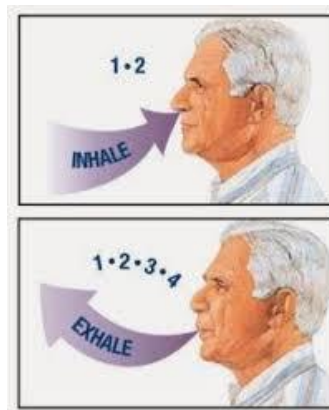
Relaksasi nafas dalam (Niken, Armiyanti and Arif, 2014) merupakan teknik relaksasi yang termudah. Metode ini mudah dilakukan karena pernafasan itu sendiri merupakan tindakan yang dapat dilakukan secara normal tanpa perlu berfikir atau merasa ragu. Tujuan dari teknik relaksasi nafas dalam adalah untuk meningkatkan ventilasi alveoli, memelihara pertukaran gas, mencegah atelektasi paru, meningkatkan efisiensi batuk mengurangi stress baik stress fisik maupun emosional yaitu menurunkan intensitas nyeri dan menurunkan kecemasan (Lukman, 2013).

Prinsip yang mendasari penurunan nyeri oleh teknik relaksasi napas dalam terletak pada fisiologi sistem saraf otonom yang merupakan bagian dari sistem saraf perifer yang mempertahankan homeostasis lingkungan internal individu (Azizah, Zumrotun, Fanianurul, & Nisa, 2015). Teknik relaksasi napas dalam dapat mengendalikan nyeri dengan meminimalkan aktivitas simpatik dalam sistem saraf otonom. Meningkatkan aktivitas komponen saraf parasimpatik vegetatif secara simultan. Teknik tersebut dapat mengurangi sensasi nyeri dan mengontrol intensitas reaksi terhadap rasa nyeri. Hormon adrenalin dan kortisol yang menyebabkan stres akan menurun, dapat meningkatkan konsentrasi dan merasa tenang sehingga memudahkan untuk mengatur pernapasan sampai frekuensi pernapasan kurang dari 60-70 x/menit. Kadar PaCO₂ (Tekanan Parsial Karbon Dioksida) akan meningkat dan menurunkan pH sehingga menyebabkan meningkatkannya kadar oksigen dalam darah (Azizah, N., Zumrotun, A., Fanianurul, N., & Nisa, 2017).

Teknik relaksasi nafas dalam yang digunakan pada prosedur ini adalah pernafasan diafragma yang mengacu pada pendataran kubah diafragma selama inspirasi yang mengakibatkan pembesaran abdomen bagian atas dengan desakan

udara masuk selama inspirasi (Agustina, 2011). Adapun langkah-langkah teknik relaksasi nafas dalam adalah sebagai berikut :

- a. Usahakan rileks dan tenang.
- b. Menarik nafas yang dalam melalui lubang hidung dengan hitungan 1,2,3, kemudian tahan sekitar 5-10 detik.
- c. Hembuskan nafas melalui mulut secara perlahan-lahan.
- d. Menarik nafas lagi melalui hidung dan menghembuskannya lagi melalui mulut secara perlahan-lahan.
- e. Anjurkan untuk mengulangi prosedur hingga pasien merasa lebih rileks.
- f. Ulangi sampai 15 kali, dengan selingi istirahat singkat setiap 5 kali.



Sumber : Agustina (2011)

Gambar 2 : Teknik Relaksasi Nafas Dalam

Menurut (Setiawan and Tri, 2015) keberhasilan mencapai hasil yang maksimal dalam melakukan relaksasi nafas dalam dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti motivasi., ketaatan mengikuti perintah, keahlian peneliti atau keahlian petugas dalam mengajarkan teknik relaksasi dan adanya panduan (SOP) pelaksanaan relaksasi nafas dalam.

C. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Fraktur

1. Pengkajian keperawatan

a. Pengkajian primer

1) Airway

Adanya sumbatan/obstruksi jalan napas oleh adanya penumpukan sekret akibat kelemahan reflek batuk.

2) Breathing

Kelemahan menelan/batuk/melindungi jalan napas, timbulnya pernapasan yang sulit dan/atau tak teratur, suara nafas terdengar ronchi/aspirasi.

3) Circulation

Tekanan darah dapat normal atau meningkat, hipotensi terjadi pada tahap lanjut, takikardi, bunyi jantung normal pada tahap dini, disritmia, kulit dan membran mukosa pucat, dingin, sianosis pada tahap lanjut.

b. Pengkajian sekunder

1) Aktivitas/istirahat

a) Kehilangan fungsi pada bagian yang terkena.

b) Keterbatasan mobilitas.

2) Sirkulasi

a) Hipertensi (kadang terlihat sebagai respon nyeri/ansietas).

b) Hipotensi (respon terhadap kehilangan darah).

c) Tachikardi.

d) Penurunan nadi pada bagian distal yang cedera.

e) Capillary refill melambat.

f) Pucat pada bagian yang terkena.

- g) Masa hematoma pada sisi cedera.
- 3) Neurosensori
 - a) Kesemutan, kelemahan.
 - b) Deformitas, krepitasi, pemendekan.
- 4) Kenyamanan
 - a) Nyeri tiba-tiba saat cedera.
 - b) Spasme/kram otot.
- 5) Keamanan
 - a) Laserasi kulit.
 - b) Perdarahan.
 - c) Perubahan warna.
 - d) Pembengkakan lokal.

2. Diagnosis keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis yang mengenai respon pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dilaminya baik yang berlangsung actual maupun potensial. Tujuan dari diagnosa keperawatan adalah untuk mengidentifikasi respon pasien individu, keluarga, komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Berikut diagnosis keperawatan yang diambil terkait dengan pasien fraktur adalah nyeri akut.

a. Nyeri akut (D.0077)

P : Nyeri akut.

E : Agen pencedera fisiologis (mis. inflamasi, iskemia, neoplasma), agen pencedera kimiawi (mis. terbakar, bahan kimia iritan), agen pencedera

fisik (mis. abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan).

S : Gejala dan tanda mayor : Mengeluh nyeri, tampak meringis, bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur.

Gejala dan tanda minor : Tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaforesis.

3. Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala *treatment* yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan. Tindakan pada intervensi keperawatan terdiri dari empat komponen meliputi tindakan observasi, tindakan terapeutik, tindakan edukasi, dan tindakan kolaborasi. Intervensi utama keperawatan pada masalah nyeri akut adalah pemberian teknik relaksasi napas dalam dan intervensi pendukungnya adalah teknik distraksi.

Kriteria hasil yang diharapkan pada masalah keperawatan nyeri akut menurut (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019) adalah setelah dilakukan intervensi keperawatan selama "... x ..." maka diharapkan Tingkat Nyeri (L.08066) menurun dengan kriteria hasil : kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat (5), keluhan nyeri menurun (5), meringis menurun (5), sikap protektif menurun (5), gelisah menurun (5), kesulitan tidur menurun (5), menarik diri menurun (5), berfokus pada diri sendiri menurun (5), diaforesis menurun (5), perasaan depresi (tertekan) menurun (5), perasaan takut mengalami cedera berulang menurun (5), anoreksia

menurun (5), ketegangan otot menurun (5), pupil dilates menurun (5), muntah menurun (5), mual menurun (5), frekuensi nadi membaik (5), pola napas membaik (5), tekanan darah membaik (5), proses berpikir membaik (5), fokus membaik (5), fungsi berkemih membaik (5), perilaku membaik (5), nafsu makan membaik (5), pola tidur membaik (5).

Intervensi keperawatan yang dapat disusun untuk masalah keperawatan nyeri akut menurut (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018) antara lain :

a. Manajemen nyeri (I.08238)

Tindakan :

1) Observasi :

- a) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.
- b) Identifikasi skala nyeri.
- c) Identifikasi respons nyeri non verbal.
- d) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri.
- e) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri.
- f) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri.
- g) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup.
- h) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan.
- i) Monitor efek samping penggunaan analgetik.

2) Terapeutik :

- a) Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri.
- b) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan).
- c) Fasilitasi istirahat dan tidur.

d) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri.

3) Edukasi :

a) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri.

b) Jelaskan strategi meredakan nyeri.

c) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri.

d) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat.

e) Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri.

4) Kolaborasi :

a) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.

b. Pemberian analgesik (I. 08243)

Tindakan :

1) Observasi :

a) Identifikasi karakteristik nyeri (mis. pencetus, pereda, kualitas, lokasi, intensitas, frekuensi, durasi).

b) Identifikasi riwayat alergi obat.

c) Identifikasi kesesuaian jenis analgesic (mis. narkotika, non-narkotik, atau NSAID) dengan tingkat keparahan nyeri.

d) Monitor tanda-tanda vital sebelum dan sesudah pemberian analgesik.

e) Monitor efektifitas analgesik.

2) Terapeutik :

a) Diskusikan jenis analgesik yang disukai untuk mencapai analgesia optimal, jika perlu.

- b) Pertimbangkan penggunaan infus kontinu, atau bolus opioid untuk mempertahankan kadar dalam serum.
 - c) Tetapkan target efektifitas analgesic untuk mengoptimalkan respon pasien.
 - d) Dokumentasikan respons terhadap efek analgesik dan efek yang tidak diinginkan.
- 3) Edukasi :
- a) Jelaskan efek terapi dan efek samping obat.
- 4) Kolaborasi :
- a) Kolaborasi pemberian dosis dan jenis analgesik, sesuai indikasi.

4. Implementasi keperawatan

Implementasi adalah pelaksanaan dari rencana intervensi untuk mencapai tujuan yang spesifik yaitu membantu klien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan dan memfasilitasi coping (Nursalam, 2014). Kriteria pengimplementasian tindakan yang telah diidentifikasi dalam rencana asuhan keperawatan meliputi bekerjasama dengan klien dalam pelaksanaan tindakan keperawatan, kolaborasi dengan tim kesehatan lain, melakukan tindakan keperawatan untuk mengatasi kesehatan klien, memberikan pendidikan pada klien dan keluarga mengenai konsep ketrampilan asuhan diri serta membantu klien memodifikasi lingkungan yang digunakan, mengkaji ulang dan merevisi pelaksanaan tindakan keperawatan berdasarkan respon klien (Nursalam, 2014).

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi asuhan keperawatan merupakan fase akhir dari proses keperawatan. Hal-hal yang dievaluasikan adalah keakuratan, kelengkapan, kualitas

data, teratasi atau tidaknya masalah klien, dan pencapaian tujuan serta ketepatan intervensi keperawatan (Nursalam, 2014). Kriteria perawat mengevaluasi kemajuan klien terhadap tindakan keperawatan dalam pencapaian tujuan, dan merevisi data dasar dan perencanaan meliputi menyusun perencanaan evaluasi hasil dari intervensi secara komprehensif, tepat waktu dan terus menerus, menggunakan data dasar dan respon klien dalam mengukur perkembangan kearah pencapaian tujuan, memvalidasi dan menganalisis atau baru dengan teman sejawat, bekerjasama dengan klien, keluarga untuk memodifikasi rencana asuhan keperawatan, mendokumentasikan hasil evaluasi dan memodifikasikan perencanaan (Nursalam, 2014).

Ada dua macam evaluasi yaitu evaluasi formatif, evaluasi yang merupakan hasil observasi dan analisa perawat terhadap respon klien segera pada saat dan setelah intervensi keperawatan dilaksanakan dimana evaluasi ini dapat dilakukan secara spontan dan memberi kesan apa yan terjadi pada saat itu. Evaluasi somatif, yaitu evaluasi yang merupakan rekapitulasi dan kesimpulan dari observasi dan analisis status kesehatan klien sesuai dengan kerangka waktu yang ditetapkan pada tujuan keperawatan (Nursalam, 2014).