

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Medis Pre Operatif Herniatomy

1. Definisi hernia

Hernia merupakan penonjolan isi suatu rongga melalui bagian lemah dari dinding rongga bersangkutan. Pada hernia abdomen, isi perut menonjol melalui bagian lemah dari lapisan musculo-aponeurotic dinding perut. Hernia terdiri dari cincin, kantong, dan isi hernia (Sjamsuhidajat, 2010).

Hernia adalah sering terjadinya dan muncul sebagai tonjolan dilipatan paha atau skrotum. Biasanya Orang awam menyebutnya turun bero atau hernia. Terjadi Hernia inguinalis yaitu ketika dinding abdomen bertambah ke bawah melalui dinding sehingga menerobos usus. (Nurarif & kusuma, 2016)

Hernia inguinalis dimana merupakan suatu keadaan keluarnya struktur organ dari tempatnya yang normal melalui suatu area pada defek inguinal yang secara manual tidak bisa kembali ke tempat semula dan akan memberikan implikasi tindakan invasif bedah dengan secara pembedahan mengembalikan struktur organ tersebut dengan menutup defek di inguinal. (Arif, 2009).

Dari pengetahuan di atas dapat buat kesimpulan bahwa hernia adalah merupakan dimana keadaan keluarnya suatu organ yang tidak bisa kembali ke tempat semula secara manual atau struktur organ dari tempatnya yang normal melalui suatu defek pada area inguinal dan akan memberikan implikasi tindakan invasif bedah dengan mengembalikan struktur organ tersebut secara pembedahan dengan menutup defek di inguinal, dan yang melalui inguinalis internis yang terdapat di sebelah lateral vasa evisgastrika imperior menyusuri kanalis inguinalis

dan keluar kerongga perut melalui anulus inguinalis eksternus, serta suatu keadaan terjadi pembesaran nya pada isi usus atau suatu rongga melalui lubang

2. Tanda dan gejala Hernia

Menurut Kusuma dan Nurarif (2016), tanda dan gejala sebagai berikut :

- a. Berupa benjolan keluar masuk atau keras dan yang tersering tampak benjolan di lipat paha.
- b. Adanya rasa nyeri pada daerah benjolan bila isinya terjepit disertai perasaan mual.
- c. Terdapat gejala mual dan muntah atau distensi bila telah ada komplikasi.
- d. Bila terjadi hernia inguinalis strangulata perasaan sakit akan bertambah hebat serta kulit diatasnya menjadi merah dan panas.
- e. Hernia femoralis kecil mungkin berisi dinding kandung kencing sehingga menimbulkan gejala sakit kencing (disuria) disertai hematuria (kencing darah) disamping benjolan dibawah sela paha.
- f. Hernia diafragmatika menimbulkan perasaan sakit di daerah perut disertai sesak nafas.

3. Pemeriksaan penunjang Hernia

Menurut Dwi (2018) pemeriksaan penunjang pada hernia adalah :

- a. Pemeriksaan darah lengkap

Menunjukkan peningkatan sel darah putih, serum elektrolit dapat menunjukkan hemokonsentrasi (peningkatan hemotokrit), dan ketidakseimbangan elektrolit.

- b. Pemeriksaan koagulasi darah

Pemeriksaan koagulasi darah : mungkin memanjang, mempengaruhi homeostatis intraoperasi atau post operasi.

c. Pemeriksaan urine

Munculnya sel darah merah atau bakteri yang mengidentifikasi infeksi.

d. Elektrokardiografi (EKG)

Penemuan akan sesuatu yang tidak normal memberikan prioritas perhatian untuk memberikan anestesi.

e. Sinar X abdomen

Menunjukkan abnormalnya kadar gas dalam usus/obstruksi usus.

4. Penatalaksanaan Hernia

Menurut Sjamsuhidajat, (2010) penatalaksanaan pada hernia yaitu :

a. Penatalaksanaan medis

- 1) Hernioplasty : memperkecil anulus inguinalis internus dan memperkuat dinding belakang.
- 2) Herniatomy : pembebasan kantong hernia sampai ke lehernya, kantong dibuka dan isi hernia dibebaskan kalau ada perlekatan, kemudian direposisi, kantong hernia dijahit ikat setinggi lalu dipotong.
- 3) Herniorraphy : mengembalikan isi kantong hernia ke dalam abdomen dan menutup celah yang terbuka dengan menjahit pertemuan transversus internus dan muskulus ablikus internus abdominus ke ligamen inguinal.

b. Penatalaksanaan Operasi

1) Fase Pre Operatif

Fase pre operatif dimulai ketika ada keputusan untuk dilakukan intervensi bedah dan diakhiri ketika pasien dikirim ke meja operasi. Lingkup aktivitas keperawatan selama waktu tersebut dapat mencakup penetapan pengkajian dasar pasien di tatanan klinik ataupun rumah, wawancara pre operatif dan

menyiapkan pasien untuk anastesi yang diberikan serta pembedahan (Hipkabi, 2014). Asuhan keperawatan pre operatif pada prakteknya akan dilakukan secara berkesinambungan, baik asuhan keperawatan pre operatif di bagian rawat inap, poliklinik, bagian bedah sehari (one day care), atau di unit gawat darurat yang kemudian dilanjutkan di kamar operasi oleh perawat kamar bedah (Muttaqin, 2010).

2) Fase Intra Operatif

Fase intra operatif dimulai ketika pasien masuk kamar bedah dan berakhir saat pasien dipindahkan ke ruang pemulihan atau ruang perawatan intensif (Hipkabi, 2014). Pada fase ini lingkup aktivitas keperawatan mencakup pemasangan infus, pemberian medikasi intravena, melakukan pemantauan kondisi fisiologis menyeluruh sepanjang prosedur pembedahan dan menjaga keselamatan pasien. Dalam hal ini sebagai contoh memberikan dukungan psikologis selama induksi anastesi, bertindak sebagai perawat scrub, atau membantu mengatur posisi pasien di atas meja operasi dengan menggunakan prinsip-prinsip kesimetrisan tubuh (Smeltzer, 2010).

3) Fase Post Operatif

Fase post operatif dimulai dengan masuknya pasien ke ruang pemulihan (recovery room) atau ruang intensive dan berakhir dengan evaluasi tindak lanjut pada tatanan rawat inap, klinik, maupun di rumah. lingkup aktivitas keperawatan mencakup rentang aktivitas yang luas selama periode ini. Pada fase ini fokus pengkajian meliputi efek agen anastesi dan memantau fungsi vital serta mencegah komplikasi. Aktivitas keperawatan kemudian berfokus pada peningkatan penyembuhan pasien dan melakukan penyuluhan,

perawatan tindak lanjut, serta rujukan untuk penyembuhan, rehabilitasi, dan pemulangan (Hipkabi, 2014).

c. Sedangkan penatalaksanaan Keperawatan yaitu :

- 1) Istirahat di tempat tidur dan menaikkan bagian kaki, hernia ditekan secara perlahan menuju abdomen (reposisi), selanjutnya gunakan alat penyokong.
- 2) Jika suatu operasi daya pulih isi hernia diragukan, diberikan kompres hangat dan setelah 5 menit di evaluasi kembali.
- 3) Celana penyangga
- 4) Istirahat baring
- 5) Pengobatan dengan pemberian obat penawar nyeri, misalnya asetaminofen, antibiotic untuk membasmi infeksi, dan obat pelunak tinja untuk mencegah sembelit.
- 6) Diet cairan sampai saluran gastrointestinal berfungsi lagi, kemudian makan dengan gizi seimbang dan tinggi protein untuk mempercepat sembelit dan mengedan selama BAB, hindari kopi kopi, teh, coklat, cola, minuman beralkohol yang dapat memperburuk gejala-gejala.

B. Konsep Dasar Masalah Keperawatan Ansietas Pada Pasien Pre Operatif Herniatomy

1. Pengertian ansietas

Ansietas adalah kekhawatiran yang tidak jelas dan menyebar, yang berkaitan dengan perasaan tidak pasti dan tidak berdaya (G. W. Stuart, 2013). Stuart menyebutkan keadaan emosi ini tidak memiliki objek spesifik, dialami secara subjektif dan dikomunikasikan secara interpersonal. Ansietas adalah kondisi

emosi dan pengalaman subjektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman (PPNI, 2016).

Menurut Townsend (2012) ansietas adalah suatu perasaan yang tidak lepas dari sumbernya seringkali tidak spesifik atau tidak diketahui oleh individu. Jadi, ansietas adalah suatu respons emosional kekhawatiran yang dialami secara subjektif oleh pasien.

2. Data mayor dan minor Ansietas

Menurut PPNI (2016) adapun gejala dan tanda ansietas disajikan dalam tabel 1 dan tabel 2.

Tabel 1
Gejala dan Tanda Mayor Ansietas

Subjektif	Objektif
Merasa bingung	Tampak gelisah
Merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi	Tampak tegang
Sulit berkonsentrasi	Sulit tidur

Sumber: PPNI, Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (2016)

Tabel 2
Gejala dan Tanda Minor Ansietas

Subjektif	Objektif
Mengeluh pusing	Frekuensi napas meningkat
Anoreksia	Frekuensi nadi meningkat
Palpitasi	Tekanan darah meningkat
Merasa tidak berdaya	Diaforesis
	Tremor
	Muka tampak pucat
	Suara bergetar
	Kontak mata buruk
	Sering berkemih
	Berorientasi pada masa lalu

Sumber: PPNI, Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (2016)

3. Faktor penyebab Ansietas

Menurut PPNI (2016) adapun faktor penyebab ansietas

- a. Krisis situasional
- b. Kebutuhan tidak terpenuhi
- c. Krisis maturasional
- d. Ancaman terhadap konsep diri
- e. Ancaman terhadap kematian
- f. Kekhawatiran mengalami kegagalan operasi
- g. Disfungsi sistem keluarga
- h. Hubungan orang tua-anak tidak memuaskan
- i. Faktor keturunan
- j. Penyalahgunaan zat
- k. Terpapar bahaya lingkungan
- l. Kurang terpapar informasi

4. Penatalaksanaan Ansietas

Menurut Hawari (2016) penatalaksanaan ansietas pada tahap pencegahan maupun terapi memerlukan suatu metode pendekatan yang bersifat holistik, mencakup fisik (somatik), psikologik atau psikiatrik, psikososial dan psikoreligius. Adapun penatalaksanaan yang dapat dilakukan, yaitu:

a. Upaya meningkatkan kekebalan terhadap stres, dengan cara:

- 1) Makan makanan yang bergizi seimbang
- 2) Tidur yang cukup
- 3) Olahraga yang cukup
- 4) Tidak merokok
- 5) Tidak meminum minuman keras

b. Terapi psikofarmaka

Terapi psikofarmaka merupakan pengobatan untuk cemas dengan memakai obat-obatan yang berkhasiat memulihkan fungsi gangguan neurotransmitter (sinyal penghantar saraf) di susunan saraf pusat otak (*limbic system*). Terapi psikofarmaka yang sering dipakai adalah obat anti cemas (anxiolytic), yaitu diazepam, clobazam, bromazepam, lorazepam, buspironeHCl, meprobamate dan alprazolam.

c. Terapi somatik

Gejala atau keluhan fisik (somatik) sering dijumpai sebagai gejala penyerta atau akibat dari kecemasan yang berkepanjangan. Untuk menghilangkan keluhan-keluhan somatik (fisik) itu dapat diberikan obat-obatan yang ditujukan pada organ tubuh yang bersangkutan.

d. Psikoterapi

Psikoterapi diberikan tergantung dari kebutuhan individu, antara lain:

- 1) Psikoterapi suportif, untuk memberikan motivasi semangat atau dorongan agar pasien yang bersangkutan tidak merasa putus asa dan diberi keyakinan serta percaya diri.
- 2) Psikoterapi re-edukatif, memberikan pendidikan ulang dan koreksi bila dinilai bahwa ketidakmampuan mengatasi kecemasan.
- 3) Psikoterapi re-konstruktif, untuk dimaksudkan memperbaiki (re-konstruksi) kepribadian yang telah mengalami goncangan akibat stressor.
- 4) Psikoterapi kognitif, untuk memulihkan fungsi kognitif pasien yaitu kemampuan untuk berpikir secara rasional, konsentrasi dan daya ingat.
- 5) Psikoterapi psikodinamik, untuk menganalisa dan menguraikan proses dinamika kejiwaan yang dapat menjelaskan mengapa seseorang tidak mampu menghadap stressor psikososial sehingga mengalami kecemasan.
- 6) Psikoterapi keluarga, untuk memperbaiki hubungan kekeluargaan agar faktor keluarga tidak lagi menjadi faktor penyebab dan faktor keluarga dapat dijadikan sebagai faktor pendukung.
- 7) Terapi psikoreligius, untuk meningkatkan keimanan seseorang yang erat hubungannya dengan kekebalan dan daya tahan dalam menghadapi berbagai problem kehidupan yang merupakan stressor psikososial (Prabowo, 2014).

e. Distraksi

Distraksi merupakan metode untuk menghilangkan ansietas dengan cara mengalihkan perhatian pada hal-hal lain sehingga pasien akan lupa terhadap ansietas yang dialami. Stimulus sensoris yang menyenangkan menyebabkan

pelepasan endorfin yang bisa menghambat stimulus ansietas yang mengakibatkan lebih sedikit stimuli ansietas yang ditransmisikan ke otak, salah satu contoh penatalaksanaan distraksi yaitu membaca doa (Potter & Perry, 2010).

f. Relaksasi napas dalam

Napas dalam yaitu bentuk latihan napas yang terdiri atas pernapasan abdominal (diafragma). Relaksasi napas dalam atau *slow deep breathing* merupakan suatu teknik bernapas, berhubungan dengan perubahan fisiologis yang dapat membantu memberikan respon relaksasi (rileks) (Alfikrie, Purnomo, Selly, & Yarsi Pontianak, 2020)

C. Asuhan Keperawatan Ansietas pada Penderita Pre Operatif

Herniatomy

1. Pengkajian

Ansietas adalah kondisi emosi dan pengalaman subjektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman (PPNI, 2016). Menurut PPNI (2016), gejala dan tanda yang muncul pada pasien dengan ansietas, yaitu:

a. Gejala dan Tanda Mayor

- 1) Data subjektif: merasa bingung, merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi, sulit berkonsentrasi.
- 2) Data objektif: tampak gelisah, tampak tegang, sulit tidur.

b. Gejala dan Tanda Minor

- 1) Data subjektif: mengeluh pusing, anoreksia, palpitasi, merasa tidak

berdaya.

- 2) Data objektif: frekuensi napas meningkat, frekuensi nadi meningkat, tekanan darah meningkat, diaforesis, tremor, muka tampak pucat, suara bergetar, kontak mata buruk, sering berkemih, berorientasi pada masa lalu.

2. **Diagnosis**

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (PPNI, 2016).

Diagnosa keperawatan yang ditegakkan dalam asuhan keperawatan pada pasien dengan pre operatif herniatomy adalah ansietas berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan operasi (PPNI, 2016).

3. **Intervensi keperawatan**

Intervensi keperawatan ansietas dapat dijelaskan dalam bentuk table 3 di bawah ini:

Tabel 3
NCP Ansietas

Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI)	Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)	Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)
1	2	3
Ansietas (D.0080)	Setelah dilakukan	Reduksi Ansietas
Definisi:	asuhan keperawatan	Observasi
Kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan	selama 1 x 15 menit maka Tingkat Ansietas Menurun dengan kriteria hasil:	1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. Kondisi, waktu,

1	2	3
spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman	1. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun	stressor)
Penyebab: 1. Krisis Situasional	2. Perilaku gelisah menurun	2. Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal)
Gejala dan Tanda Mayor:	3. Perilaku tegang menurun	Terapeutik
Subjektif: 1. Merasa bingung 2. Merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi	4. Muka tidak tampak pucat	1. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan
Objektif: 1. Tampak gelisah 2. Tampak tegang	5. Kontak mata membaik	2. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan
Gejala dan Tanda Minor:	6. Mengenali ansietasnya	Edukasi
Subjektif: 1. Merasa tidak berdaya	7. Mampu mempragakan dan menggunakan teknik relaksasi <i>Slow Deep Breathing</i> untuk mengatasi ansietasnya	1. Latih teknik relaksasi
Objektif: 1. Frekuensi nadi meningkat 2. Tekanan darah meningkat		Terapi Relaksasi Observasi 1. Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah latihan
		2. Monitor respons terhadap terapi relaksasi
		Terapeutik 1. Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan

1	2	3
3. Muka tampak pucat 4. Kontak mata buruk 5. Berorientasi pada masa lalu		dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, jika memungkinkan
Kondisi Klinis Terkait:		Edukasi
1. Rencana operasi		1. Jelaskan tujuan, manfaat, batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia (mis. Music, meditasi, napas dalam, relaksasi otot progresif) 2. Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih 3. Anjurkan mengambil posisi nyaman 4. Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi 5. Anjurkan sering mengulangi atau melatih teknik yang dipilih 6. Demonstrasikan dan latih teknik relaksasi (mis. Napas dalam, peregangan, atau

1	2	3
		imajinasi terbimbing)

Sumber: PPNI, Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (2016)

4. Implementasi keperawatan

Pada tahap ini, perawat harus melakukan tindakan keperawatan yang ada dalam rencana keperawatan. Tindakan dan respon pasien tersebut langsung dicatat dalam format tindakan keperawatan. Dalam format implementasi keperawatan yang harus didokumentasikan adalah tanggal dilakukannya tindakan, waktu, implementasi dan respon, paraf dan nama terang perawat (Dinarti dkk., 2013). Adapun implementasi yang dapat dilakukan sesuai dengan perencanaan yaitu dengan pemberian terapi relaksasi *Slow Deep Breathing* untuk menurunkan ansietas., dengan rencana keperawatan yaitu terapi relaksasi *Slow Deep Breathing* :

- a. Memberi tahu dan menjelaskan kepada subjek mengenai prosedur yang akan dilakukan

Respon subjek: pasien mengatakan bersedia mengikuti dan mengerti akan penjelasan prosedur yang akan diberikan

- b. Menjaga privasi subjek

Respon subjek: pasien mengatakan bersedia

- c. Menciptakan suasana nyaman

Respon subjek: pasien mengatakan sudah merasakan nyaman

- d. Meminta pada subjek agar rileks dan tenang. Tubuh dalam posisi yang nyaman dan menyenangkan bagi subjek, misalnya: duduk di kursi dengan

sandaran atau bebaring di tempat tidur dengan menggunakan bantal sebagai alas kepala

Respon subjek: pasien nyaman dan tenang dengan posisi bebaring telentang atau dengan posisi duduk

e. Memastikan posisi tulang belakang subjek dalam keadaan lururs. Tungkai dan kaki tidak menyilang dan seluruh badan rileks (termasuk lengan dan paha)

Respon subjek: pasien rileks dengan posisi yang diberikan

f. Meminta subjek mengucapkan dalam hati bahwa dalam waktu lima menit tubuh akan kembali stabil, tenang dan rileks

Respon subjek: pasien berusaha untuk tenang dan rileks

g. Meminta subjek melakukan satu tangan pada abdomen (perut) dan tangan yang lain pada dada. Lutut difleksikan (ditekuk) dan mata dipejamkan

Respon subjek: pasien memejamkan mata, tangan satu diletakkan pada perut dan tangan lain pada dada, lutut di fleksikan

h. Meminta subjek mulai menarik napas dalam dan lambat melalui hidung sehingga udara masuk ke dalam paru-paru secara perlahan. Rasakan pergerakan abdomen akan mengembang dan minimalisir pergerakan dada. Inspirasi dapat dilakukan dalam hitungan 1..2..3..4..5..6.. sambil mengucapkan kata atau ungkapan pendek (frasa) dalam hati, seperti “saya”. Kemudian menahan nafas selama 3 detik.

Respon subjek: pasien menarik nafas dalam dan lambat melalui hidung mengikuti hitungan

i. Meminta pasien menghembuskan napas (ekspirasi) secara perlahan melalui mulut, dengan mengerutkan bibir seperti ingin bersiul (pursed lip

breathing) dilakukan tanpa bersuara. Ekspirasi dapat dilakukan dalam hitungan 1..2..3..4..5..6.. sambil mengucapkan kata atau ungkapan pendek (frasa) dalam hati, seperti: “rileks atau tenang”. Jangan melakukan ekspirasi kuat karena dapat meningkatkan turbulensi di airway/jalan napas akibat bronchospasme. Saat ekspirasi, rasakan abdomen mengempis/datar sampai paru-paru tidak terisi dengan udara.

Respon subjek: pasien menghembuskan nafas perlahan melalui mulut mengikuti hitungan

j. Meminta pasien mengulangi prosedur dengan menarik napas lebih dalam dan lebih lambat. Fokus dan rasakan tubuh benar-benar rileks. “Bayangkan sedang duduk di bawah air terjun atau shower dan air membasuh serta menghilangkan perasaan tegang, gelisah, cemas, dan pikiran mengganggu yang sedang dirasakan”. Prosedur dilakukan 15 menit diulangi sebanyak 2-3 saat merasakan ketegangan.

Respon subjek: pasien mengulangi prosedur selama 15 menit diulangi sebanyak 2-3 saat merasakan ketegangan

k. Untuk mengakhiri relaksasi napas dalam, secara perlahan-lahan meminta pasien untuk melakukan stretching atau peregangan otot tangan, kaki, lengan dan seluruh tubuh

Respon subjek: pasien melakukan peregangan otot tangan, kaki, lengan dan seluruh tubuh

l. Meminta pasien membuka mata perlahan-lahan dan nikmati seperti matahari terbit pada pagi hari dan mulai bernapas normal kembali. Duduk dengan tenang beberapa saat (selama 2 menit) kemudian melanjutkan aktivitas.

Respon subjek: pasien membuka mata perlahan, dan duduk dengan tenang selama 2 menit

m. Mengeksplorasi perasaan pasien.

Respon subjek: pasien mengatakan perasaan yang dirasakan setelah melakukan teknik relaksasi *slow deep breathing*

n. Memberikan kesempatan kepada pasien untuk memberikan umpan balik dari terapi yang telah dilakukan.

Respon subjek: pasien memberikan tanggapan mengenai terapi relaksasi *deep slow breathing* dalam membantu mengurangi rasa cemas

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan dicatat disesuaikan dengan setiap diagnosis keperawatan. Evaluasi untuk setiap diagnosis keperawatan meliputi data subjektif (S), data objektif (O), analisa permasalahan (A) klien berdasarkan S dan O, serta perencanaan ulang (P) berdasarkan hasil analisa data diatas. Evaluasi ini juga disebut evaluasi proses. Evaluasi mengharuskan perawat melakukan pemeriksaan secara kritis dan menyatakan respon pasien terhadap intervensi. Evaluasi keperawatan terdiri dari dua tingkat yaitu evaluasi formatif atau pernyataan formatif atau biasa juga dikenal sebagai evaluasi proses, yaitu evaluasi terhadap respon yang segera timbul setelah intervensi keperawatan dilakukan dan yang kedua yaitu evaluasi sumatif atau evaluasi hasil, yaitu evaluasi respon (jangka panjang) terhadap tujuan, dengan kata lain bagaimana penilaian terhadap perkembangan kemajuan kearah tujuan atau hasil akhir yang diinginkan (Hidayat, 2021).

Adapun hasil yang diharapkan yaitu: subjek mengalami penurunan ansietas, dengan kriteria hasil cemas berkurang, subjek dapat mengenali ansietasnya, subjek mampu memperagakan dan menggunakan teknik relaksasi untuk mengatasi ansietas.