

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Dasar Lansia**

##### **2.1.1 Definisi Lansia**

Lansia adalah seseorang yang telah mencapai usia 60 tahun ke atas. Menua bukanlah penyakit, tetapi merupakan Proses yang berangsur-angsur mengakibatkan perubahan kumulatif, merupakan proses menurunnya daya tahan tubuh dalam menghadapi rangsangan dari dalam dan luar tubuh (Kholifah, 2016). Menurut Nugroho (dalam Kholifah 2016) menua atau menjadi tua adalah suatu keadaan yang terjadi di dalam kehidupan, yaitu anak, dewasa, dan tua.

##### **2.1.2 Batasan Lansia**

- a. Menurut Organisasi Kesehatan Dunia *WHO* (dalam Khushariyadi, 2012), ada empat tahapan yaitu :
  - 1) Usia pertengahan (*middle age*): 45-59 tahun
  - 2) Lanjut usia (*elderly*): 60-75 tahun
  - 3) Lanjut usia tua (*old*): 75-90 tahun
  - 4) Usia sangat tua (*very old*): >90 tahun
- b. Menurut Alm. Prof. DR. Ny. Sumiati Ahmad Mohammad (dalam Khushariyadi, 2012), guru besar Universitas Gajah Mada Fakultas Kedokteran, periodisasi biologis perkembangan manusia di bagi menjadi:
  - 1) Masa bayi (0-1 tahun)
  - 2) Masa prasekolah (usia 1-6 tahun)

- 3) Masa sekolah (usia 6-10 tahun)
- 4) Masa pubertas (usia 10-20 tahun)
- 5) Masa setengah umur, presenium (usia 40-65 tahun)
- 6) Masa lanjut usia, senium (usia >65 tahun)

c. Menurut Dra. Ny. Jos Masdani (dalam khushariyadi, 2012), psikologi dari Universitas Indonesia Kedewasaan

- 1) Fase iuventus (usia 25-40 tahun)
- 2) Fase vertalitas (usia 40-50 tahun)
- 3) Fase presenium (usia 55-65 tahun)
- 4) Fase senium (usia 65 tahun hingga tutup usia)

### **2.1.3 Ciri-Ciri Lansia**

Menurut Soejono 2000, dalam Ratnawati (2017) mengatakan bahwa pada tahap lansia, individu mengalami banyak perubahan baik secara fisik maupun mental, khususnya kemunduran dalam berbagai fungsi dan kemampuan yang pernah dimilikinya.

Perubahan fisik yang dimaksud antara lain rambut yang mulai memutih, muncul kerutan diwajah, ketajaman panca indra menurun, serta terjadi kemunduran daya tahan tubuh. Dimasa ini lansia juga harus berhadapan dengan kehilangan peran diri, kedudukan sosial, serta perpisahan dengan orang yang dicintai. Maka dari itu, dibutuhkan kemampuan beradaptasi yang cukup besar untuk dapat menyikapi perubahan di usia lanjut secara bijak.

#### **2.1.4 Karakteristik Lansia**

Menurut Kholifah tahun 2016, usia lanjut merupakan usia yang mendekati akhir siklus kehidupan manusia di dunia. Tahap ini dimulai dari 60 tahun sampai akhir kehidupan. Lansia merupakan istilah tahap akhir dan proses penuaan. Semua orang akan mengalami proses menjadi tua (tahap penuaan). Masa tua merupakan masa hidup yang terakhir, dimana pada masa ini seseorang mengalami kemunduran fisik, mental, sosial sedikit demi sedikit sehingga tidak dapat melakukan tugasnya sehari-hari (tahap penuaan). Penuaan merupakan perubahan kumulatif pada makhluk hidup, termasuk tubuh, jaringan dan sel, yang mengalami penurunan kapasitas fungsional. Pada manusia, penuaan dihubungkan dengan perubahan degeneratif pada kulit, tulang, jantung, pembuluh darah, paru-paru, saraf dan jaringan tubuh lainnya. Dengan kemampuan regeneratif yang terbatas, mereka lebih rentan terhadap berbagai penyakit, sindroma dan kesakitan dengan orang lain.

#### **2.1.5 Tipe-Tipe Lansia**

##### **a. Tipe Arif Bijaksana**

Tipe ini di dasarkan pada orang lanjut usia yang memiliki banyak pengalaman, kaya dengan hikmah, dapat menyesuaikan diri dengan perubahan zaman mempunyai kesibukan, memiliki kerendahan hati, sederhana, dermawan dan dapat menjadi panutan.

b. Tipe Mandiri

Tipe mandiri yaitu mengganti kegiatan yang hilang dengan yang baru, selektif dalam mencari pekerjaan, bergaul dengan teman dan memenuhi undangan.

c. Tipe Tidak Puas

Tipe tidak puas terjadi karena konflik lahir batin menentang proses penuaan sehingga menjadi pemarah, tidak sabar, mudah tersinggung, sulit dilayani, pengkritik dan banyak menuntut.

d. Tipe Pasrah

Tipe pasrah ialah menerima dan menunggu nasib baik, mengikuti kegiatan agama dan melakukan pekerjaan apa saja.

e. Tipe Bingung

Kaget kehilangan kepribadian, mengasingkan diri, minder, menyesal, pasif, acuh tak acuh

## **2.2 Konsep Dasar Gout Arthritis**

### **2.2.1 Pengertian**

Gout adalah penyakit yang diakibatkan gangguan metabolisme purin yang ditandai dengan hiperurisemia dan serangan sinovitis akut berulang-ulang. Penyakit ini paling sering menyerang pria usia pertengahan sampai usia lanjut dan wanita pasca menopause. (Nurarif dan Kusuma, 2016). Arthritis pirai (Gout) adalah suatu proses inflamasi yang terjadi karena deposisi kristal asam urat pada jaringan sekitar sendi. Gout terjadi akibat dari hiperurisemia yang berlangsung lama (asam urat serum meningkat)

disebabkan karena penumpukan purin dan ekskresi asam urat kurang dari ginjal (Sya'diyah, 2018).

### **2.2.2 Etiologi**

Gangguan metabolik dengan meningkatnya konsentrasi asam urat ini ditimbulkan dari penimbunan kristal di sendi oleh monosodium (MSU) dan kalsium pirofosfat dihidrat (CCPD), dan pada tahap yang lebih lanjut terjadi degenerasi tulang rawan sendi (Nurarif dan Kusuma, 2016). Gejala arthritis akut disebabkan oleh reaksi inflamasi jaringan terhadap pembentukan kristal monosodium urat monohidrat. Kelainan ini berhubungan dengan gangguan kinetik asam urat yang hiperurisemia (Sya'diyah 2018). Hiperurisemia pada penyakit ini terjadi karena:

#### **a. Pembentukan asam urat yang berlebih**

- 1) Gout primer metabolik disebabkan sintesis langsung yang berlebih
- 2) Gout sekunder metabolik disebabkan pembentukan asam urat berlebih karena penyakit lain, seperti leukimia, terutama bila diobati dengan sitostatika psoriasis, polisitemia vera dan mielofibrosis

#### **b. Kurang asam urat melalui ginjal**

- 1) Gout primer renal terjadi karena ekskresi asam urat ditubuli distal ginjal yang sehat.
- 2) Gout sekunder renal disebabkan oleh karena kerusakan ginjal, misalnya glomeronefritis kronik atau gagal ginjal kronis.

### **2.2.3 Manifestasi Klinis**

Menurut Price & Wilson tahun 2006, dalam Nurarif dan Kusuma (2016) terdapat empat stadium perjalanan klinis gout yang tidak di obati:

- a. Stadium pertama adalah hiperurisemia asimtomatik. Pada stadium ini asam urat serum laki-laki meningkat dan tanpa gejala selain dari peningkatan asam urat serum.
- b. Stadium kedua arthritis gout terjadi awitan mendadak pembengkakan dan nyeri yang luar biasa, biasanya pada sendi ibu jari kaki dan sendi metatarsofalangeal.
- c. Stadium ketiga setelah serangan gout akut adalah tahap interkritis. Tidak terdapat gejala-gejala pada tahap ini, yang dapat berlangsung dari beberapa bulan sampai tahun. Kebanyakan orang mengalami serangan gout berulang dalam waktu kurang dari 1 tahun jika tidak diobati
- d. Stadium keempat adalah tahap gout kronik dengan timbunan asam urat yang terus meluas selama beberapa tahun jika pengobatan tidak dimulai peradangan kronik akibat kristal-kristal asam urat mengakibatkan nyeri, sakit dan kaku juga pembesaran dan pembesaran dan penonjolan sendi yang bengkak.

#### **2.2.4 Patofisiologi**

Menurut Sya'diyah tahun 2018 banyak faktor yang berperan dalam mekanisme serangan gout. Salah satunya yang telah diketahui perannya adalah konsentrasi asam urat didalam darah. Mekanisme serangan gout akut berlangsung beberapa fase secara berurut.

- a. Presipitasi kristal monosodium urat dapat terjadi di jaringan bila konsentrasi dalam plasma darah 9 mg/dl. Presipitasi ini terjadi di rawan, sonovium, jaringan paraartikuler misalnya bursa, tendon dan selaputnya. Kristal urat yang bermuatan negatif akan dibungkus (*coat*) oleh berbagai

macam protein. Pembungkusan dengan igG akan merangsang netrofi untuk berespon untuk pembentukan kristal.

b. Respon leukosit polimorfonukuler (PMN)

Pembentukan kristal menghasilkan faktor kemotoksis yang menimbulkan respon leukosit PMN dan selanjutnya akan terjadi fagositosis kristal oleh leukosit

c. Fagositosis

Kristal difagositosis oleh leukosit membentuk fagolisosom dan akhirnya membran vakuola disekeliling kristal bersatu dan membran leukositik lisosom.

d. Kerusakan lisosom

Terjadi kerusakan lisosom, sesudah selaput protein dirusak, terjadi ikatan hidrogen antara permukaan kristal membran lisosom, peristiwa ini menyebabkan robekan membran dan pelepasan enzim-enzim dan oksida radikal kedalam sitosplasma.

e. Kerusakan sel

Setelah terjadi kerusakan sel, enzim-enzim lisosom dilepaskan kedalam cairan sinovial, yang menyebabkan kenaikan intensitas inflamasi dan kerusakan jaringan.

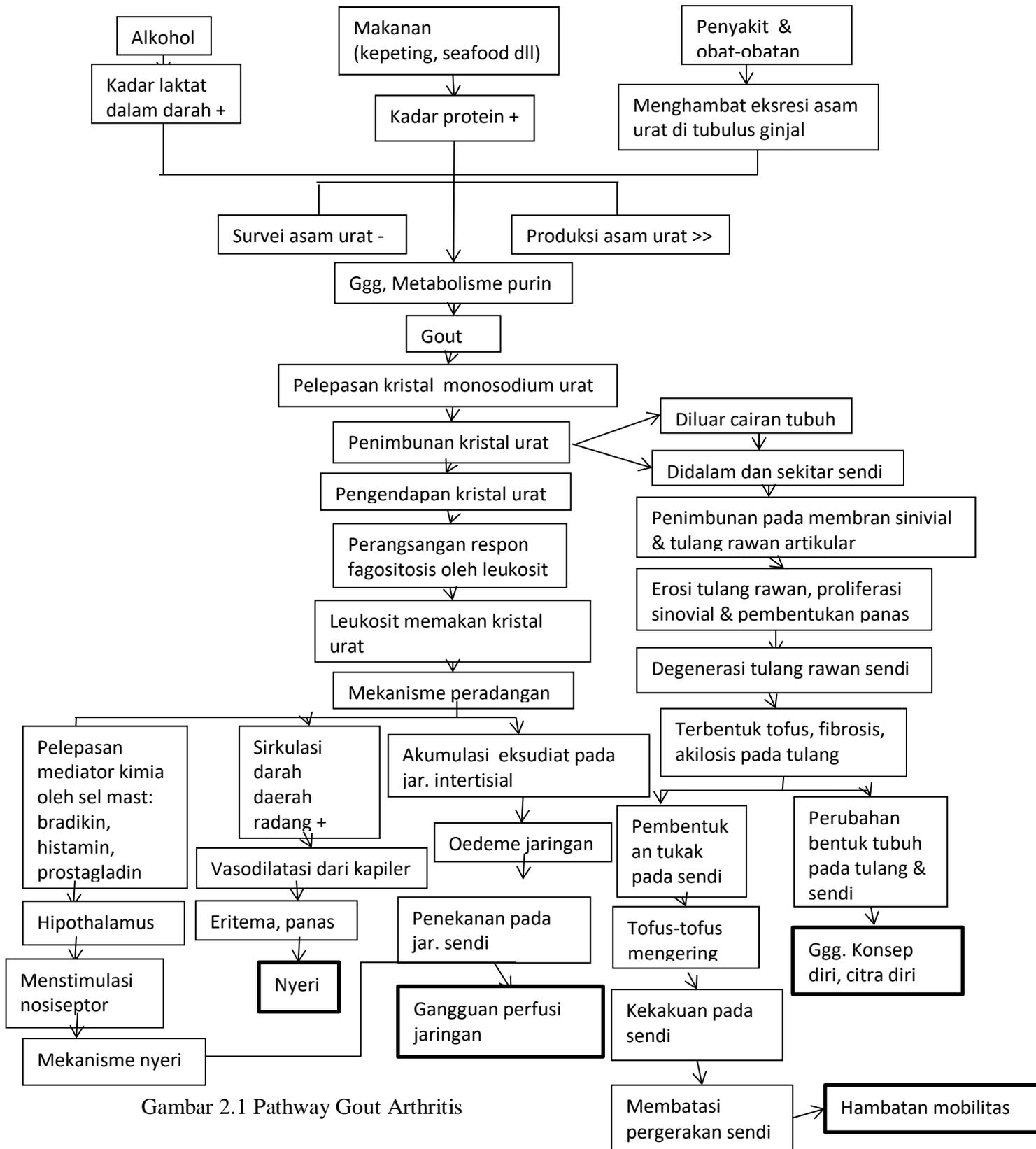
### **2.2.5 Penatalaksanaan**

Penanganan gout biasanya dibagi menjadi penanganan serangan akut dan penanganan hiperurisemia pada pasien arthritis kronik. Ada 3 tahapan dalam terapi penyakit ini (Nurarif dan Kusuma, 2016):

a. Mengatasi serangan akut

- b. Mengurangi kadar asam urat untuk mencegah penimbunan kristal asam urat pada jaringan, terutama persendian.
- c. Terapi pencegahan menggunakan terapi hiperurisemia

2.2.6 Pathway



Gambar 2.1 Pathway Gout Arthritis

### **2.2.7 Komplikasi**

Meskipun penyakit asam urat jarang menimbulkan komplikasi, namun tetap patut di waspadai. Beberapa komplikasi yang mungkin terjadi diantaranya sebagai berikut:

- a. Munculnya benjolan keras (tofii) di sekitar area yang meradang
- b. Kerusakan sendi permanen akibat radang yang terus berlangsung serta tofi di dalam sendi yang merusak tulang rawan dan tulang sendi itu sendiri. Kerusakan permanen ini biasanya terjadi pada kasus penyakit asam urat yang diabaikan selama bertahun-tahun.

## **2.3 Asuhan Keperawatan**

### **2.3.1 Pengkajian fisik**

- a. Identitas

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, alamat pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal masuk, diagnosis medis.

- b. Keluhan utama

Klien mengeluh nyeri pada persendian, bengkak dan terasa kaku.

- c. Riwayat penyakit sekarang

Pasien datang dengan keluhan sakit pada persendian, bengkak, dan terasa kaku.

- d. Nutrisi atau cairan

1) Ketidakmampuan untuk menghasilkan atau mengkonsumsi makanan atau cairan adekuat mual, anoreksia.

2) Kesulitan untuk mengunyah, penurunan berat badan, kekeringan pada membran mukosa.

e. Aktifitas atau istirahat

Nyeri sendi karena gerakan, nyeri tekan memburuk dengan stres pada sendi, kekakuan pada pagi hari, biasanya terjadi secara bilateral dan simetris limitimasi fungsional yang berpengaruh pada gaya hidup, waktu senggang, pekerjaan, kelelahan, malaise. Keterbatasan ruang gerak, atropi otot, kulit: kontraktor/kelainan pada sendi dan otot.

f. Kardiovaskuler

Fenomena *Raynaud* dari tangan misalnya pucat litermiten, sianosis kemudian kemerahan pada jari sebelum warna kembali normal.

g. Integritas ego

- 1) Faktor-faktor stres akut atau kronis misalnya finansial pekerjaan, ketidakmampuan, faktor-faktor hubungan.
- 2) Keputusan dan ketidakberdayaan (situasi ketidakmampuan).
- 3) Ancaman pada konsep diri, gambaran tubuh, identitas pribadi, misalnya ketergantungan pada orang lain.

h. Hygiene

Berbagai kesulitan untuk melaksanakan aktivitas perawatan diri, ketergantungan pada orang lain.

i. Neurosensory

Kesemutan pada tangan dan kaki, pembengkakan sendi.

j. Nyeri atau kenyamanan

Fase akut nyeri (kemungkinan tidak disertai dengan pembengkakan jaringan lunak pada sendi. Rasa nyeri kronis dan kekakuan (terutama pagi hari) serta kaji nyeri dengan Provokasi (penyebab), Kualitas

(nyerinya seperti apa), Region (di daerah mana yang nyeri), Scala (skala nyeri 1-10), Time (kapan nyeri terasa bertambah berat).

k. Interaksi sosial

Kerusakan interaksi dengan keluarga atau orang lain, perubahan peran: isolasi.

l. Penyuluhan atau pembelajaran

- 1) Riwayat rematik pada keluarga.
- 2) Penggunaan makanan sehat, vitamin, penyembuhan penyakit, tanpa pengujian.

m. Pemeliharaan dan persepsi terhadap kesehatan

Kaji pengetahuan klien tentang penyakitnya, saat klien sakit tindakan yang dilakukan klien untuk menunjang kesehatannya.

n. Pola persepsi diri

Pola persepsi diri perlu dikaji, meliputi; harga diri, ideal diri, identitas diri, gambaran diri.

o. Pola seksual dan reproduksi

Kaji manupouse, kaji aktivitas seksual.

p. Pola peran dan hubungan

Kaji status perkawinan, pekerjaan (Purwanto, H., 2016).

q. Fungsional klien

1) Indeks Barthel yang dimodifikasi

Penilaian didasarkan pada tingkat bantuan orang lain dalam meningkatkan aktivitas fungsional. Penilaian meliputi makan, berpindah tempat, kebersihan diri, aktivitas di toilet, mandi, berjalan

di jalan datar, naik turun tangga, berpakaian, mengontrol defikasi dan berkemih. Cara penilaian:

Tabel 2.1 Indeks Barthel

No.	Kriteria	Bantuan	Mandiri
1	Makan	5	10
2	Minum	5	10
3	Berpindah dari kursi roda ke tempat tidur atau sebaliknya	5-10	15
4	Personal toilet (cuci muka, menyisir rambut, menggosok gigi)	0	5
5	Keluar masuk toilet (mencuci pakaian, menyeka tubuh)	5	10
6	Mandi	5	15
7	Berjalan di tempat datar	0	5
8	Naik turun tangga	5	10
9	Menggunakan pakaian	5	10
10	Kontrol bowel (BAB)	5	10
11	Kontrol bladder (BAK)	5	10
Total Skor			

Cara penilaian: < 60 : ketergantungan penuh/total

65-105 : ketergantungan sebagian

110 : mandiri

## 2) Pengkajian index katz

Tabel 2.2 Index Katz

Skor	INTERPRETASI
A	Kemandirian dalam hal makan, minum, kontinen (BAB/BAK), berpindah, kamar kecil, berpakaian dan mandi.
B	Kemandirian dalam aktivitas hidup sehari-hari, kecuali satu dari fungsi tersebut.
C	Kemandirian dalam aktivitas hidup sehari-hari, kecuali mandi dan satu fungsi tambahan.

D	Kemandirian dalam aktivitas hidup sehari-hari, kecuali mandi, berpakaian dan satu fungsi tambahan.
E	Kemandirian dalam aktivitas hidup sehari-hari, kecuali mandi, berpakaian, kamar kecil, dan satu fungsi tambahan.
F	Kemandirian dalam aktivitas hidup sehari-hari, kecuali berpakaian, kamar kecil, berpindah dan satu fungsi tambahan.
G	Ketergantungan pada enam fungsi tersebut.
Lain-lain	Ketergantungan pada sedikitnya dua fungsi tetapi tidak dapat diklasifikasikan sebagai C, D dan E.

### 3) Pengkajian status kognitif

SPMSQ (*Short Portable Mental Status Questionnaire*) adalah penilaian fungsi intelektual lansia.

Tabel 2.3 Status Kognitif

No.	Pertanyaan	Benar	Salah
1	Tanggal berapa hari ini?		
2	Hari apa sekarang?		
3	Apa nama tempat ini?		
4	Dimana alamat anda?		
5	Berapa umur anda?		
6	Kapan anda lahir? (minimal tahun)		
7	Siapa presiden Indonesia sekarang?		
8	Siapa nama presiden sebelumnya?		
9	Siapa nama ibu anda?		
10	Kurangi 3 dari 20 dan tetapkan pengurangan 3 dari setiap angka baru, semua secara menurun.		
	Total Nilai		

Analisis hasil:

Skor salah 0-2: fungsi intelektual utuh

Skor salah 3-4: kerusakan intelektual ringan

Skor salah 5-7: kerusakan intelektual sedang

Skor salah 8-10: kerusakan intelektual berat

- 4) MMSE (*Mini Mental State Exam*): menguji aspek kognitif dari fungsi mental, orientasi, registrasi, perhatian dan kalkulasi, mengingat kembali dan bahasa.

Tabel 2.4 *Mini Mental State Exam*

Nilai maksimum	Pertanyaan	Pasien
Orientasi (5)	Tahun, musim, tanggal, lahir, bulan, negara, wilayah, daerah	
Registrasi (3)	Nama 3 obyek (1 detik untuk mengatakan masing-masing) tanyakan pada lansia ke 3 obyek setelah Anda katakan. Beri point untuk jawaban benar, ulangi sampai lansia mempelajari ke 3-nya dan jumlahkan skor yang telah dicapai	
Perhatian dan kalkulasi (5)	Pilihlah kata dengan 7 huruf, misal kata “panduan”, berhenti setelah 5 huruf, beri 1 point tiap jawaban benar, kemudian dilanjutkan, apakah lansia masih ingat huruf lanjutannya	
Mengingat (3)	Minta untuk mengulangi ke 3 obyek di atas, beri 1 point untuk tiap jawaban benar	
Bahasa (9)	Nama pensil dan melihat (2 point)	
Skor 25		

Analisis hasil:

Skor salah 0-2: fungsi intelektual utuh.

Skor salah 3-4: kerusakan intelektual ringan.

Skor salah 5-7: kerusakan intelektual sedang.

Skor salah 8-10: kerusakan intelektual berat. (Kholifah, S.N., 2016)

### 2.3.2 Diagnosa Keperawatan

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis
- b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kekakuan pada sendi.
- c. Gangguan konsep diri, citra tubuh berhubungan dengan perubahan bentuk tubuh pada tulang dan sendi.
- d. Gangguan perfusi jaringan berhubungan dengan peradangan kronik adanya kristal asam urat.

### 2.3.3 Intervensi Keperawatan

Tabel 2.5 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	NOC	NIC
1.	Nyeri akut berhubungan dengan cedera biologis	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 24 jam, pasien tidak mengalami nyeri, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik nonfarmakologik untuk mengurangi nyeri).</li> <li>2. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan manajemen nyeri</li> <li>3. Mampu mengenali skala nyeri (intensitas frekuensi dan gejala nyeri)</li> <li>4. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang</li> <li>5. Tanda vital dalam rentang normal</li> <li>6. Tidak mengalami gangguan tidur</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi nyeri</li> <li>2. Observasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan</li> <li>3. Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan</li> <li>4. Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri</li> <li>5. Ajarkan teknik non farmakologik: napas dalam, relaksasi dan kompres hangat dingin</li> <li>6. Tingkatkan istirahat/tidur</li> <li>7. Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesik</li> </ol>

			pertama kali
2.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kekakuan pada sendi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 24 jam gangguan mobilitas fisik dengan kriteria hasil: 1. Klien meningkat dalam aktivitas fisik 2. Mengerti tujuan dari peningkatan mobilitas fisik 3. Memverbalisasikan perasaan dalam meningkatkan kekuatan dan kemampuan berpindah 4. Memperagakan penggunaan alat bantu untuk mobilisasi	Monitoring vital sign sebelum/sesudah latihan dan lihat respon pasien saat latihan 1. Konsultasikan dengan terapi fisik tentang rencana teknik ambulasi 2. Bantu klien unruk menggunakan tongkat saat berjalan dan terhadap cedera 3. Ajarkan pasien atau tenaga kesahatan lain tentang teknik ambulasi 4. Kaji kemampuan pasien dala mobilisasi 5. Latih Pasien dalam memenuhi kebutuhan ADLS pasien. 6. Berikan alat bantu jika klien memerlukan
3.	Gangguan konsep diri, citra tubuh berhubungan dengan perubahan bentuk tubuh pada tulang dan sendi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 24 jam pasien menunjukkan: Gamggun citra tubuh menurun dengan kriteria hasil: 1. Gambaran diri meningkat 2. Gambaran diri sesuai 3. Bisa menyesuaikan diri dengan status kesehatannya	1. Bina hubungan saling percaya 2. Berikan kesempatan mengungkapkan perasaan 3. Dukung upaya klien untuk memperbaiki citra tubuh 4. Dorong klien untuk bersosialisasi engan orang lain
4.	Gangguan perfusi jaringan berhubungan dengan peradangan kronik adanya kristal asam urat	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 24 jam kerusakan integritas jaringan pasien teratasi dengan kriteria hasil: 1. Perfusi jaringan normal 2. Tidak ada tanda-tanda infeksi 3. Ketebalan dan tekstur	1. Anjurkan pasien untuk meggunakan pakaian yang longgar 2. Jaga kulit agar tetap bersih dan kering 3. Mobilisasi pasien (ubah posisi pasien) setiap dua jam sekali 4. Monitor kulit akan adanya kemerahan 5. Monitor aktivitas dan

		<p>jaringan</p> <p>4. Menunjukkan pemahaman dalam proses perbaikan kulit dan mencegah terjadinya proses penyembuhan luka</p>	<p>mobilisasi pasien</p> <p>6. Monitor status nutrisi pasien</p> <p>7. Berikan posisi yang nyaman untuk mengurangi tekanan pada luka.</p>
--	--	--	---

(Nurarif dan Kusuma, 2016)

### 2.3.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah suatu perencanaan dimasukkan kedalam tindakan selama fase implementasi ini merupakan fase kerja aktual dari proses keperawatan. Rangkaian rencana yang telah disusun harus diwujudkan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan, pelaksanaan dapat dilakukan oleh perawat yang bertugas merawat klien tersebut atau perawat lain dengan cara didelegasikan pada saat pelaksanaan kegiatan maka perawat harus menyesuaikan rencana yang telah dibuat sesuai dengan kondisi klien maka validasi kembali tentang keadaan klien perlu dilakukan sebelumnya. (Amin Huda Nurarif dan Hardhi Kusuma 2015).

### 2.3.5 Evaluasi Keperawatan

Menurut Amin Huda Nurarif dan Hardhi Kusuma (2015). Evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan untuk mengukur keberhasilan dari rencana perawatan dalam memenuhi kebutuhan klien, bila masalah tidak dapat dipecahkan atau timbul masalah baru maka perawat harus bersama untuk mengurangi atau mengatasi beban masalah yang ada.