

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

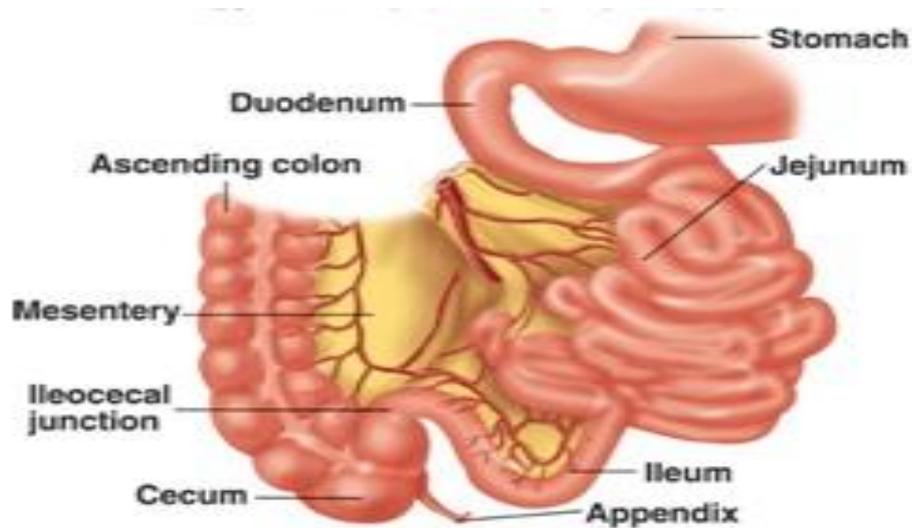
#### **2.1 Tinjauan Teoritis Medis**

##### **2.1.1 Pengertian Appendisitis**

Appendicitis adalah peradangan dari Appendix vermiformis dan merupakan penyebab abdomen akut (Mansoer arif 2010). Sedangkan menurut (Smaltjer, 2002). Appendicitis merupakan inflamasi apendiks yaitu suatu bagian seperti kantong yang non fungsional dan terletak di bagian inferior seikum, appendisitis akut adalah penyebab paling umum inflamasi akut pada kaudran kanan bawah rongga abdomen. Penyebab paling umum untuk bedah abdomen darurat.

Adapun pengertian appendicitis yang lain adalah peradangan akibat infeksi pada usus buntu atau umbai cacing apendiks infeksi ini dapat menyebabkan pernanahan. Bila infeksi bertambah parah usus buntu itu bisa pecah. Usus buntu merupakan saluran usus yang ujungnya buntu yang menonjol dari bagian awal usus besar dan secum. (Mansoer 2010). Jadi kesimpulan dari appendicitis adalah peradangan pada apendiks vermi formis atau peradangan infeksi pada usus buntu (apendiks) yang terletak di perut kuadran kanan bawah.

### 2.1.2 Anatomi dan Fisiologi



Gambar 1.1 Anatomi Apendikstitis ( Mansoer 2010)

Apendiks (usus halus) merupakan bagian dari usus besar yang muncul seperti corong dari akhir seikum pintu keluar yang sempit tetapi masih mungkin dapat dilewati oleh beberapa isi usus. Vertikulum seperti cacing dengan panjang mencapai 18 cm terbuka ke arah seikum sekitar 2,5 cm di bawah kutup ileosekal. Apendiks tergantung menyilang pada linea terminalis masuk kedalam rongga pelvis minor terletak horizontal di belakang pada seikum sebagai suatu organ pertahanan terhadap infeksi, kadang apendiks bereaksi secara hebat dan hiperaktif yang menimbulkan perforasi di bandingkan didalam rongga abdomen.

#### 1. Usus halus

Usus halus terletak di daerah umbilicus dan dikelilingi oleh usus besar.

Bagian-bagian usus halus :

##### 1) Duodenum

Disebut juga usus 12 jari panjangnya kurang lebih 25 cm. Berbentuk seperti sepatu kuda melengkung pada lingkungan ini terdapat pancreas.

2) Yeyenum dan ileum

Mempunyai panjang sekitar 6 cm. Dua perlima atas adalah (yeyenum) dengan panjang 2-3 cm dan ileum dengan panjang 4-5 cm. Lekukan yeyenum ileum melekat pada dinding abdomen posterior dengan perantara lipatan portenium yang berbentuk kipas dikenal sebagai mesenterum.

2. Usus besar

Panjang 1,5 lebarnya 5-6 cm, bagian-bagian usus besar

1) Seikum

Dibawah seikum terdapat apendiks vermiformis yang berbentuk seperti cacing sehingga disebut umbel cacing panjang 6 cm.

2) Kolon asenden

Panjangnya 13 cm terletak dibawah abdomen sebelah kanan membujur keatas dari uleum kebawah hati.

3) Apendiks (usus halus)

Bgian dari usus besar muncul seperti corong dari akhir seikum mempunyai pintu keluar yang sempit tapi memungkinkan dapat di lewati oleh beberapa isi usus.

## 4) Kolon transfersum

Panjang 38 cm membujur dari kolon asenden sampai ke kolon desenden berada dibawah abdomen sebelah kanan terdapat flektura hepatica dan sebelah kiri terdapat flektura lienalis.

## 5) Kolon desenden

Panjang 25 cm, terletak dibagian kiri. Membujur dari atas kebawah dari fleksura lienalis sampai kedepan ileum kiri bersambung dengan kolon sigmiod.

## 6) Kolon sigmiod

Merupakan lanjutan dari desenden terletak miring dalam rongga pelvis sebelah kiri. Bentuknya merupai huruf s ujung bawahnya berhubungan dengan rectum.

## 7) Rectum

Terletak dibawah kolon sigmoid yang menghubungkan intestenum mayor dengan anus. Terletak dalam rongga pelvis di depan os secrum dan os koksigis.

## 8) Anus

Bagian dari saluran pencernaan yang menghubungkan rectum dengan dunia luar (udara luar) terletak didasar pelvis dindingnya diperkuat oleh 3 spinter yaitu : spinter ani interus bekerja tidak menurut kehendak, spinter levatop ani juga menurut kehendak, spinter ani eksternals bekerja menurut kehendak.

### 2.1.3 Etiologi

Berbagai hal berperan sebagai faktor pencetus apendisitis. Sumbatan pada lumen appendix merupakan faktor penyebab dari apendisitis akut, di samping hiperplasia (pembesaran) jaringan limfoid, timbuan tinja/feces yang keras (fekalit), tumor appendix, cacing ascaris, benda asing dalam tubuh (biji cabai, biji jambu, dll) juga dapat menyebabkan sumbatan.

Diantara beberapa faktor diatas, maka yang paling sering ditemukan dan kuat dugaannya sebagai penyebab apendisitis adalah faktor penyumbatan oleh tinja/feces dan hiperplasia jaringan limfoid. Penyumbatan atau pembesaran inilah yang menjadi media bagi bakteri untuk berkembang biak. Perlu diketahui bahwa dalam tinja/feces manusia sangat mungkin sekali telah tercemari oleh bakteri/kuman *Escherichia Coli*, inilah yang sering kali mengakibatkan infeksi yang berakibat pada peradangan usus buntu. (Anonim, 2008)

### 2.1.4 Patofisiologi

Apendiksitis biasanya disebabkan oleh penyumbatan obstruksi limen apendiks oleh hiperplasia folikel limfoid, fekalit, benda asing, struktur karena fibrosis karena peradangan sebelumnya atau neoplasma. Obat yang diberikan adalah antibiotik profilaksia untuk mengurangi luka sepsis pasca operasi yaitu metronidazol, supositoria.

Tekanan yang meningkat tersebut akan menghambat aliran limfe yang mengakibatkan edema, diapedesi, bakteri dan ulserasi mukosa, pada saat ini terjadi apendisitis akut local yang ditandai dengan nyeri epigastrium.

Bila sekresi mucus terus berlanjut tekanan akan terus meningkat, hal tersebut akan menyebabkan obstruksi, edema bertambah dan bakteri akan menembus dinding dan bertumbuh meluas dan mengenai peritoneum setempat sehingga menimbulkan nyeri didaerah kanan bawah. Keadaan ini di sebut dengan apendiksitis suparaktif akut.

Bila aliran arteri terganggu akan terjadi infark dinding apendiks yang diikuti dengan ganggrene. Stadium ini disebut dengan apendiksitis genggrenosa. Bila dinding yang telah rapuh itu pecah akan terjadi apendiksitis perforasi.

Bila semua diatas berjalan lambat, amentum dan usus yang berdekatan akan bergerak kearah apendik hingga timbul suatu massa local yang disebut infiltrate apendikularis. Peradangan apendiks disebut akan menjadi abses atau menghilang.

Omentum pada anak-anak lebih pendek dan apendiks lebih panjang, dinding apendiks lebih tipis. Keadaan tersebut ditambah dengan daya tahan tubuh yang masih kurang memudahkan terjadi perforasi sedangkan pada orang tua perforasi mudah terjadi karna telah ada gangguan pembuluh darah (Mansoer 2010).

### **2.1.5 Manifestasi Klinis**

pasien dengan apendiksitis akan ditemukan tanda-tanda sebagai berikut : nyeri kuadran kanan bawah disertai dengan mual muntah dan anoreksia suhu kurang lebih 37,5C-38,5C dan nyeri ulu hati.

### **2.1.6 Komplikasi**

komplikasi utama appendisitis adalah sepsis yang dapat berkembang menjadi : perforasi, abses, peritonitis, perforasi secara umum terjadi 24 jam setelah nyeri. Gejala nyeri antara lain demam suhu 37,5C-38,5C atau lebih tinggi, penampilan toksis, meningkatnya nyeri, (Mansoer 2010).

### **2.1.7 Penatalaksanaan**

Penatalaksanaan appendisitis tergantung dari apendicitisnya akut atau kronis penatalaksanaan apendisitis ada 2 cara yaitu : non bedah (non surgical) dan bedah (surgical).

#### **1. Non Bedah (non surgical).**

Penatalaksanaan ini dapat berupa :

- 1) Batasi diet dengan makan sedikit dan sering (4-6 kali sehari).
- 2) Minum cairan adekuat pada saat makan untuk membantu pasase makanan
- 3) Makan perlahan dan mengunyah sempurna untuk menambah seliva pada makanan
- 4) Hindari makanan yang bersuhu ekstrim, pedas, berlemak, alcohol, kopi, coklat dan jus jeruk.
- 5) Hindari makan dan minum 3 jam sebelum istirahat untuk mencegah masalah refluks nonturnal.
- 6) Tinggikan kepala tidur 6-8 inci untuk mencegah refluks nontunal.

#### **2. Pembedahan (surgical)**

Yaitu dengan apendektomi. Operasi appendicitis dapat di persiapkan hal-hal sebagai berikut :

Insisi transversal 5 cm atau oblik dibuat diatas titik maksimal nyeri tekan atau masa yang dipalpasi pada fosa iliaka kanan, otot dipisahkan kalateral rektus abdominalis. Mesenterium apendikular dan dasar apendis di ikat. Tonjolan ditanamkan ke dinding sekum dengan menggunakan jahitan purse string untuk meminimalkan kebocoran intra abdomen dan sepsis.

## **2.2 Penerapan Asuhan Keperawatan Pada Appendisitis**

Dalam memberikan asuhan keperawatan digunakan metode proses keperawatan yang dalam pelaksanaannya dibagi menjadi 5 tahap yaitu : Pengkajian, Diagnosa keperawatan, Perencanaan, Pelaksanaan, Evaluasi.

### **2.3.1 Pengkajian Keperawatan**

Pengkajian adalah komponen kunci dan pondasi proses keperawatan, pengkajian terbagi dalam tiga tahap yaitu, pengumpulan data, analisa data dan diagnosa keperawatan.

#### **1. Pengumpulan Data**

Dalam pengumpulan data ada urutan-urutan kegiatan yang dilakukan yaitu :

##### 1) Identitas klien

Nama, umur, jenis kelamin, tempat tinggal, (alamat), pekerjaan, pendidikan, dan status ekonomi menengah kebawah dan sanitasi kesehatan yang kurang ditunjang dengan padatnya penduduk.

2) Riwayat penyakit sekarang

Meliputi keluhan atau gangguan yang sehubungan dengan penyakit yang dirasakan saat ini. Dengan adanya nyeri perut kuadran bawah, keringat malam, nafsu makan menurun dan suhu badan meningkat mendorong penderita untuk mencapai pengobatan.

3) Riwayat penyakit dahulu

Yang perlu dikaji, pasien menderita penyakit appendisitis sebelumnya dan penyakit yang pernah diderita oleh pasien.

4) Riwayat penyakit keluarga

Apakah anggota keluarga ada yang mengalami jenis penyakit yang sama.

5) Pola fungsi kesehatan

a. Pola persepsi dan tata laksana hidup sehat

Pandangan klien dan keluarga tentang dan pentingnya kesehatan bagi klien dan keluarga serta upaya apa yang dilakukan dalam mengatasi masalah kesehatan.

b. Pola nutrisi dan metabolik

Pada klien dengan apendicitis biasanya mengeluh anoreksia, nafsu makan menurun dan lemas

c. Pola eliminasi

Klien appendisitis tidak mengalami perubahan atau kesulitan dalam miksi maupun defekasi

d. Pola aktifitas dan latihan

Dengan adanya, nyeri perut kuadran kanan bahwa akan mengganggu aktivitas.

e. Pola tidur dan istirahat

Dengan adanya nyeri daerah perut kanan bawah pada penderita apendicitis mengakibatkan terganggunya kenyamanan tidur dan istirahat.

f. Pola hubungan dan peran

Klien dengan apendicitis akan mengalami perasaan

g. Pola sensori dan kognitif

Daya panca indera (penciuman, perabaan, rasa, penglihatan, dan pendengaran) tidak ada gangguan.

h. Pola sensori dan kognitif

Karena nyeri dan perut biasanya akan meningkatkan emosi dan rasa khawatir klien tentang penyakitnya.

i. Pola reproduksi dan seksual

Pada penderita apendiks pada pola reproduksi dan seksual akan berubah karena kelemahan dan nyeri perut kuadran bawah.

j. Pola penanggulangan stres

Dengan adanya proses pengobatan yang lama maka akan mengakibatkan stres pada penderita yang biasanya mengakibatkan ponalakan terhadap pengobatan

k. Pola tata nilai dan kepercayaan

Karena, nyeri perut kuadran kanan bawah menyebabkan terganggunya aktifitas ibadah klien.

## 6) Pemeriksaan Fisik

Head to to

### a. Keadaan umum

Biasanya pasien mengeluh nyeri perut kanan bawah, pasien gelisah dan cemas

### b. Kepala dan Leher

Kepala :

Kesimetrisan muka dan tengkorak, warna dan distribusi rambut dan kulit kepala, keadaan rambut dan kulit kepala bersih, tidak ada pembengkokkan atau benjolan.

Leher :

Biasanya tidak ada pembesaran kelenjar limfe dan kelenjar tiroid, tidak ada struma, tidak ada pembengkakan, tidak ada jaringan parut.

### c. Mata

Biasanya tidak terdapat gangguan, mata simetris, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterus.

### d. Teling, Hidung, dan Tenggorokan

Biasanya tidak ada gangguan telinga bentuk simetris, tidak ada serumen, tidak terdapat gangguan pendengaran.

Hidung tidak terdapat polip, tidak ada pembengkakan atau radang.

Mulut tidak stomatitis, tidak terdapat karies, bibir tidak sumbing.

Tenggorokan tidak terdapat faringitis, tidak bengkok.

e. Thorak

Pernafasan pasien berapa kali dalam satu menit, apa ada retraksi otot-otot bantu pernafasan, adakah suara tambahan rouschi atau weezing.

f. Abdomen

Abdomen biasanya sakit pada perut bagian bawah, apa ada benjolan diperut.

7) Berdasarkan sistem-sistem tubuh

a. Sistem integumen

Pada pasien Apendiks biasanya kulit terjadi sianosis, dingin dan lembab, turgor kulit menurun

b. Sistem pernapasan

Pada pasien Apendiks biasanya tidak ada gangguan pada sistem pernapasan pada saat pemeriksaan fisik dijumpai

Inspeksi : tidak adanya tanda-tanda penarikan paru, diafragma, pergerakan nafas yang tertinggal, atau suara nafas melemah

Palpasi : tidak adanya Fremitus suara meningkat

Perkusi : suara ketok redup

Auskultasi : tidak adanya suara nafas bronkial atau tanpa ronki basah, kasar dan yang nyaring.

c. Sistem penginderaan

Pada klien apendicitis untuk penginderaan tidak ada kelainan

d. Sistem kardiovaskuler

Tidak adanya takipnea, takikardia, dan sianosis

e. Sistem Gastrointestinal

Pada pasien Apendik biasanya, terdapat nafsu makan menurun, anoreksia, berat badan menurun.

f. Sistem Muskuloskeletal

Biasanya pasien Apendiks terdapat keterbatasan aktivitas akibat kelemahan, kurang tidur dan keadaan sehari-hari yang kurang menyenangkan.

g. Sistem Neurologis

Biasanya tidak terdapat gangguan, Kesadaran penderita yaitu komposmetis dengan GCS : 456

h. Sistem Genitalia

Biasanya klien tidak mengalami kelainan pada genitalia

8) Pemeriksaan Penunjang

- a. Ultrasonografi adalah diagnostic untuk appendicitis akut.
- b. Foto polos abdomen dapat memperlihatkan distensi sekum, kelainan non spesifik seperti fekalit dan pola gas cairan yang abnormal.
- c. Radiografi toraks menyingkarkan penyakit lapangan paru kanan bahwa yang dapat menyerupai nyeri kuadran bawah karna iritasi saraf.

9) Pemeriksaan Laboratorium

Penderita dengan keluhan dan pemeriksaan fisik yang karakteristik apendiksitis akut akan ditemukan pada pemeriksaan darah leukositosis  $11.000 - 14.000 \text{ mm}^3$ , dengan pemeriksaan hitung jenis menunjukkan pergeseran kekiri hampir 75%. Jika jumlah leukosit lebih dari  $18.000 \text{ mm}^3$

maka umumnya sudah terjadi perforasi dan peritonitis (Raffersperget, 2011).

## **2. Analisa data**

Data yang telah dikumpulkan kemudian dianalisa untuk menentukan masalah klien.

### **2.2.2 Diagnosa Keperawatan**

Tahap akhir dari pengkajian adalah merumuskan diagnosa keperawatan. Diagnosa keperawatan merupakan suatu pernyataan yang jelas tentang masalah kesehatan klien yang dapat diatasi dengan tindakan keperawatan.

Dari analisa data diatas yang dapat dirumuskan diagnosa keperawatan pada klien dengan preoperasi appendicitis sebagai berikut (Nikmatur 2012) :

1. Nyeri (akut) berhubungan dengan distensi jaringan usus
2. Perubahan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh sehubungan dengan kelelahan, dan anoreksia.
3. Cemas berhubungan dengan kurangnya informasi tentang proses penyakit.
4. Ketidakmampuan aktifitas fisik (makan minum BAB dan BAK) berhubungan dengan kelemahan fisik.

### **2.2.3 Perencanaan Keperawatan**

Setelah pengumpulan data, mengelompokkan dan menentukan Diagnosa keperawatan, maka tahap selanjutnya adalah menyusun perencanaan. Dalam

tahap perencanaan ini meliputi 3 menentukan prioritas Diagnosa Keperawatan, menentukan tujuan merencanakan tindakan keperawatan.

Dari Diagnosa Keperawatan diatas dapat disusun rencana keperawatan sebagai berikut :

**1) Diagnosa Keperawatan pertama** : nyeri (akut) berhubungan dengan distensi jaringan usus.

**Tujuan** : nyeri dapat berkurang / hilang .

**Kriteria hasil** :

Nyeri hilang skala nyeri 0, pasien tampak rileks mampu tidur dan istirahat dengan tepat.

**Rencana tindakan**

- a. Kaji nyeri, catat lokasinya karakteristiknya.
- b. Pertahankan istirahat dengan posisi semi fowler.
- c. Berikan aktivitas hiburan.
- d. Kolaborasi dan melaporkan ke tim dokter dan Departemen Kesehatan local dan pemberian analgesik.

**Rasional**

- a. Berguna dalam pengawasan keefektifan obat, kemajuan penyembuhan perubahan pada karakteristik nyeri menunjukkan terjadinya abses / peritonitis.
- b. Menghilangkan tegangan abdomen yang bertambah dengan posisi terlentang.
- c. Meningkatkan relaksasi dan dapat meningkatkan kemampuan koping.

d. Menghilangkan dan mengurangi nyeri.

**2) Diagnosa Keperawatan kedua** : perubahan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh sehubungan dengan anoreksia.

**Tujuan** : terjadi peningkatan nafsu makan, berat badan yang stabil dan bebas tanda malnutrisi.

**Kriteria hasil** :

a. Menunjukkan berat badan meningkat 0,5 kg /2 minggu

Bebas dari tanda-tanda malnutrisi

b. Nafsu makan meningkat

**Rencana tindakan**

a. Catat status nutrisi klien, turgor kulit, berat badan, integritas mukosa oral, riwayat mual / muntah atau diare.

b. Pastikan pola diet biasanya klien yang disukai atau tidak

c. Timbang berat badan setiap hari

d. Berikan perawatan mulut sebelum atau sesudah tindakan pernafasan

e. Dorong makan sedikit dan sering dengan makanan tinggi protein dan karbohidrat

f. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan kompetensi diet.

**Rasional**

a. Berguna dalam mendefinisikan derajat / wasnya masalah dan pilihan intervensi yang tepat.

b. Membantu dalam mengidentifikasi kebutuhan / kekuatan khusus. Pertimbangan keinginan individu dapat memperbaiki masakan diet.

- c. Berguna dalam mengukur keefektifan nutrisi dan dukungan cairan
- d. Menurunkan rasa tidak enak karena sisa sputum atau obat untuk pengobatan respirasi yang merangsang pusat muntah.
- e. Memaksimalkan masukan nutrisi tanpa kelemahan yang tak perlu / legester.
- f. Memberikan bantuan dalam perencanaan diet dengan nutrisiadekuat untuk kebutuhan metabolik dan diet.

**3) Diagnosa Keperawatan tiga** : cemas berhubungan dengan kurangnya informasi tentang proses penyakit dan penatalaksanaan.

**Tujuan** : klien mengetahui informasi tentang penyakitnya

**Kriteria hasil** :

- a. Klien memperlihatkan peningkatan tingkah pengetahuan mengenai perawatan diri.
- b. Klien menyatakan pemahaman proses penyakit dan kebutuhan pengobatan.
- c. Menggambarkan rencana untuk menerima perawatan kesehatan adekuat

**Rencana tindakan**

- a. Kaji kemampuan klien untuk belajar contoh masalah, kelemahan, lingkungan, media yang terbalik bagi klien
- b. Identifikasi gejala yang harus dilaporkan keperawatan, contoh hemoptitis, nyeri perut, demam, kesulitan bernafas, kehilangan pendengaran, vertigo.

- c. Jelaskan dosis obat, frekuensi, kerja yang diharapkan dan alasan pengobatan lama, kaji potensial interaksi dengan obat lain.
- d. Kaji potensial efek samping pengobatan dan pemecahan masalah
- e. Dorong klien atau orang terdekat untuk menyatakan takut atau masalah, jawab pertanyaan secara nyata.
- f. Berikan instruksi dan informasi tertulis khususnya pada klien untuk rujukan contoh jadwal obat.

### **Rasional**

- a. Belajar tergantung pada emosi dan kesiapan fisik dan ditingkatkan pada tahapan individu.
  - b. Dapat menunjukkan kemajuan atau pengaktifan ulang penyakit atau efek obat yang memerlukan evaluasi lanjut.
  - c. Meningkatkan kerjasama dalam program pengobatan dan pencegahan penghentian obat sesuai perbaikan kondisi klien.
  - d. Mencegah dan menurunkan ketidaknyamanan sehubungan dengan terapi dan meningkatkan kerjasama dalam program.
  - e. Memberikan kesempatan untuk memperbaiki kesalahan konsepsi / peningkatan ansietas.
  - f. Informasi tertulis menurunkan hambatan klien untuk mengingat sejumlah besar informasi. Pengulangan pembelajaran.
- 4) Diagnosa Keperawatan empat** : ketidak mampuan aktivitas fisik (makan-minum, mandi, BAB dan BAK) berhubungan dengan kelemahan fisik.

**Tujuan** : klien dapat melakukan aktifitas pasien kembali meningkat.

**Kriteria hasil** :

- a. Klien dapat beraktivitas dengan sendirinya tanpa bantuan orang lain.

**Rencana tindakan** :

- a. Monitoring hasil lab.
- b. Berikan penjelasan pada pasien pentingnya istirahat.
- c. Anjurkan pasien untuk aktivitas sesuai dengan kemampuan dan bantu klien dalam melakukan aktivitas.

**Rasional**

- a. Untuk mengetahui dengan cepat penyimpangan dari keadaan normal
- b. Memberikan penjelasan diharapkan klien mengerti bahwa dengan istirahat yang cukup untuk mempercepat penyembuhan.
- c. Untuk mengetahui kemampuan dan supaya melakukan otot-otot yang kaku.

#### **2.2.4 Pelaksanaan Keperawatan**

Pada tahap pelaksanaan ini, fase pelaksanaan terdiri dari berbagai kegiatan yaitu:

1. Intervensi dilaksanakan sesuai dengan rencana setelah dilakukan konsolidasi
2. Keterampilan interpersonal, intelektual, technical, dilakukan dengan cermat dan efisien pada situasi yang tepat

3. Keamanan fisik dan psikologia dilindungi
4. Dokumentasi intervensi dan respon klien

### **2.2.5 Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi merupakan langkah terakhir dari proses keperawatan. Semua tahap proses keperawatan (Diagnosa, tujuan Intervensi) harus dievaluasi, dengan melibatkan klien, perawat dan anggota tim kesehatan lainnya dan bertujuan untuk menilai apakah tujuan dalam perencanaan keperawatan tercapai atau tidak untuk melakukan pengkajian ulang jika tindakan belum hasil.

Ada tiga alternatif yang dipakai perawat dalam menilai suatu tindakan berhasil atau tidak dan sejauh mana tujuan yang telah ditetapkan untuk tercapai dalam jangka waktu tertentu sesuai dengan rencana yang ditentukan, adapun alternatif tersebut adalah :

1. Tujuan tercapai
2. Tujuan tercapai sebagian
3. Tujuan tidak tercapai