

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. KONSEP MEDIS**

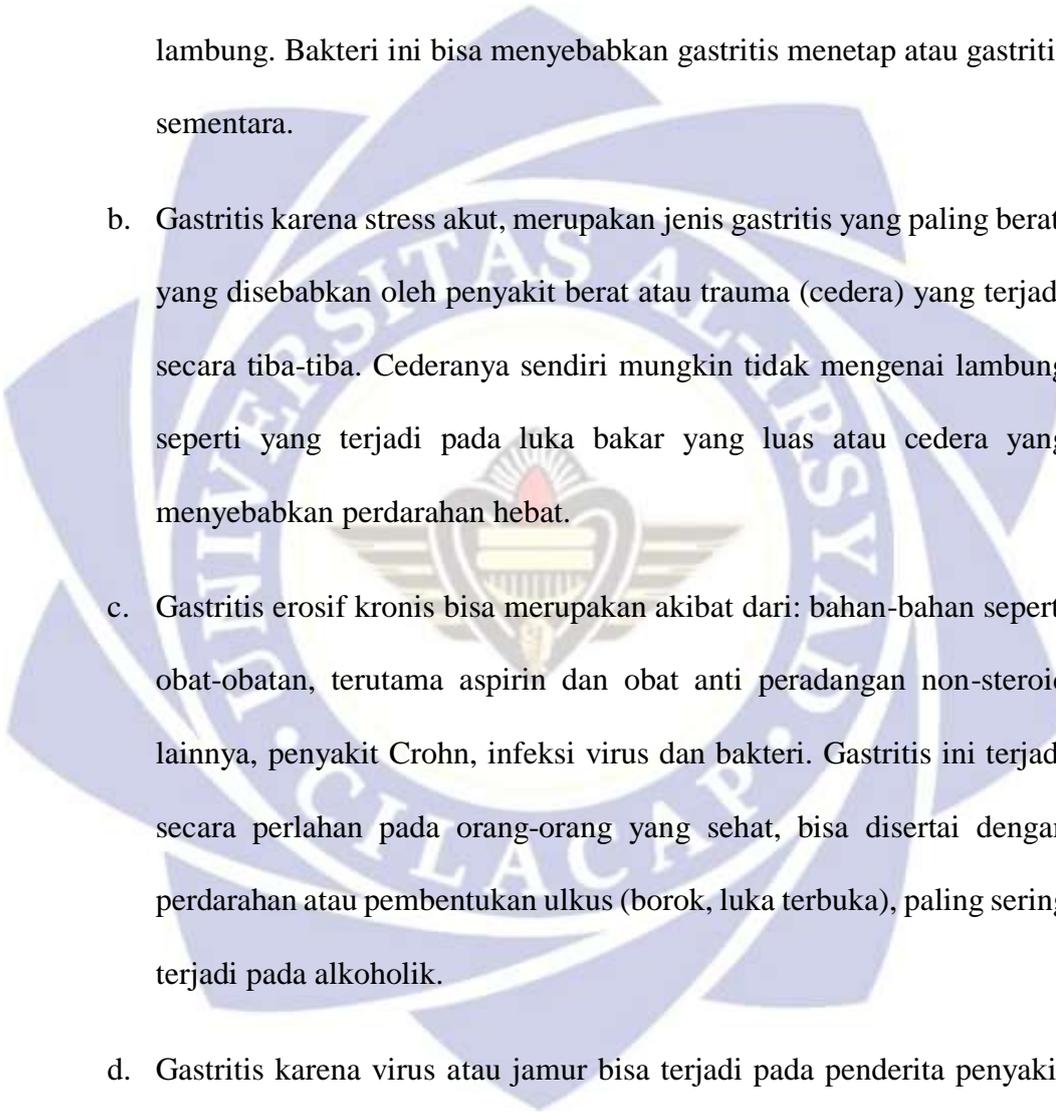
##### **1. Pengertian**

Gastritis adalah suatu peradangan permukaan mukosa lambung yang bersifat akut, dengan kerusakan "Erosive" karena permukaan hanya pada bagian mukosa (lin Inaya, 2004). Gastritis adalah peradangan pada lapisan lambung (Medicastore, 2003). Gastritis adalah proses inflamasi pada lapisan mukosa dan sub mukosa lambung (Suyono, 2001). David Ovedorf (2002) mendefinisikan gastritis sebagai inflamasi mukosa gaster akut atau kronik.

Pengertian yang lebih lengkap dari gastritis yaitu peradangan lokal atau menyebar pada mukosa lambung yang berkembang bila mekanisme protektif mukosa dipenuhi dengan bakteri atau bahan iritan lain (Reeves, 2002). Jadi gastritis adalah suatu peradangan mukosa lambung yang dapat bersifat akut, kronik, diffus atau lokal. Menurut penelitian, sebagian besar gastritis disebabkan oleh infeksi bacterial mukosa lambung yang kronis. Selain itu beberapa bahan yang sering dimakan dapat menyebabkan rusaknya sawar mukosa pelindung lambung.

##### **2. Etiologi**

Lapisan lambung menahan iritasi dan biasanya tahan terhadap asam yang kuat. Tetapi lapisan lambung dapat mengalami iritasi dan peradangan karena beberapa penyebab :

- 
- a. Gastritis bakterialis biasanya merupakan akibat dari infeksi oleh *Helicobacter pylori* (bakteri yang tumbuh di dalam sel penghasil lendir di lapisan lambung). Tidak ada bakteri lainnya yang dalam keadaan normal tumbuh di dalam lambung yang bersifat asam, tetapi jika lambung tidak menghasilkan asam, berbagai bakteri bisa tumbuh di lambung. Bakteri ini bisa menyebabkan gastritis menetap atau gastritis sementara.
- b. Gastritis karena stress akut, merupakan jenis gastritis yang paling berat, yang disebabkan oleh penyakit berat atau trauma (cedera) yang terjadi secara tiba-tiba. Cederanya sendiri mungkin tidak mengenai lambung seperti yang terjadi pada luka bakar yang luas atau cedera yang menyebabkan perdarahan hebat.
- c. Gastritis erosif kronis bisa merupakan akibat dari: bahan-bahan seperti obat-obatan, terutama aspirin dan obat anti peradangan non-steroid lainnya, penyakit Crohn, infeksi virus dan bakteri. Gastritis ini terjadi secara perlahan pada orang-orang yang sehat, bisa disertai dengan perdarahan atau pembentukan ulkus (borok, luka terbuka), paling sering terjadi pada alkoholik.
- d. Gastritis karena virus atau jamur bisa terjadi pada penderita penyakit menahun atau penderita yang mengalami gangguan sistem kekebalan.
- e. Gastritis eosinofilik bisa terjadi sebagai akibat dari reaksi alergi terhadap infestasi cacing gelang. Eosinofil (sel darah putih) terkumpul di dinding lambung.

- f. Gastritis atrofik terjadi jika antibodi menyerang lapisan lambung, sehingga lapisan lambung menjadi sangat tipis dan kehilangan sebagian atau seluruh selnya yang menghasilkan asam dan enzim. Keadaan ini biasanya terjadi pada usia lanjut gastritis ini juga cenderung terjadi pada orang-orang yang sebagian lambungnya telah diangkat (menjalani pembedahan gastrektomi parsial). Gastritis atrofik bisa menyebabkan anemia pernisiiosa karena mempengaruhi penyerapan vitamin B12 dari makanan.
- g. Penyakit Meniere merupakan jenis gastritis yang penyebabnya tidak diketahui. Dinding lambung menjadi tebal, lipatannya melebar, kelenjarnya membesar dan memiliki kista yang terisi cairan. Sekitar 10% penderita penyakit ini menderita kanker lambung.
- h. Gastritis sel plasma merupakan gastritis yang penyebabnya tidak diketahui. Sel plasma (salah satu jenis sel darah putih) terkumpul di dalam dinding lambung dan organ lainnya. Gastritis juga bisa terjadi jika seseorang menelan bahan korosif atau menerima terapi penyinaran dengan dosis yang berlebihan.

### **3. Manifestasi Klinis**

Tanda dan gejala gastritis, yaitu:

- a. Gastritis Akut
- 1) Nyeri epigastrium, hal ini terjadi karena adanya peradangan pada mukosa lambung.
  - 2) Mual, kembung, muntah, merupakan salah satu keluhan yang sering muncul. Hal ini dikarenakan adanya regenerasi mukosa

lambung yang mengakibatkan mual hingga muntah.

- 3) Ditemukan pula perdarahan saluran cerna berupa hematemesis dan melena, kemudian disusul dengan tanda-tanda anemia pasca perdarahan.

b. Gastritis Kronis

Pada pasien gastritis kronis umumnya tidak mempunyai keluhan.

Hanya sebagian kecil mengeluh nyeri ulu hati, anoreksia, mual dan pada pemeriksaan fisik tidak ditemukan kelainan.

#### 4. Patofisiologi

Patofisiologi gastritis adalah mukosa barier lambung pada umumnya melindungi lambung dari pencernaan terhadap lambung itu sendiri, prostaglandin memberikan perlindungan ini ketika mukosa barier rusak maka timbul peradangan pada mukosa lambung (gastritis). Setelah barier ini rusak terjadilah perlukaan mukosa yang dibentuk dan diperburuk oleh histamin dan stimulasi saraf *cholinergic*. kemudian HCl dapat berdifusi balik ke dalam mucus dan menyebabkan luka pada pembuluh yang kecil, dan mengakibatkan terjadinya bengkak, perdarahan, dan erosi pada lambung. Alkohol, aspirin refluksi isi duodenal diketahui sebagai penghambat difusi barier.

Perlahan-lahan patologi yang terjadi pada gastritis termasuk kongesti vaskuler, edema, peradangan sel superfisial. Manifestasi patologi awal dari gastritis adalah penebalan. Kemerahan pada membran mukosa dengan adanya tonjolan. Sejalan dengan perkembangan penyakit dinding dan saluran lambung menipis dan mengecil, atrofi gastrik progresif karena perlukaan mukosa kronik

menyebabkan fungsi selutama parietal memburuk.

Ketika fungsi sel sekresi asam memburuk, sumber-sumber faktor intrinsiknya hilang. Vitamin B12 tidak dapat terbentuk lebih lama, dan penumpukan vitamin B12 dalam batas menipis secara merata yang mengakibatkan anemia yang berat. Degenerasi mungkin ditemukan pada sel utama dan parietal sekresi asam lambung menurun secara berangsur, baik dalam jumlah maupun konsentrasi asamnya sampai tinggal mucus dan air. Resiko terjadinya kanker gastrik yang berkembang dikatakan meningkat setelah 10 tahun gastritik kronik. Perdarahan mungkin terjadi setelah satu episode gastritis akut atau dengan luka yang disebabkan oleh gastritis.

Gastritis kronik disebabkan oleh gastritis akut yang berulang sehingga terjadi iritasi mukosa lambung yang berulang-ulang dan terjadi penyembuhan yang tidak sempurna akibatnya akan terjadi atropi kelenjar epitel dan hilangnya sel parietal dan sel chief. Karena sel parietal dan sel chief hilang maka produksi HCl, pepsin dan fungsi intrinsik lainnya akan menurun dan dinding lambung juga menjadi tipis serta mukosanya rata. Gastritis itu bisa sembuh dan juga bisa terjadi perdarahan serta formasi ulser.

## **5. Penatalaksanaan**

Gastritis akut diatasi dengan menginstruksikan pasien untuk menghindari alkohol dan makanan sampai gejala berkurang. Bila pasien mampu makan melalui mulut, diet mengandung gizi dan ajurkan. Bila gejala menetap, cairan perlu diberikan secara parenteral. Prosedur yang dilakukan untuk hemoragik saluran gastrointestinal atas. Bila gastritis

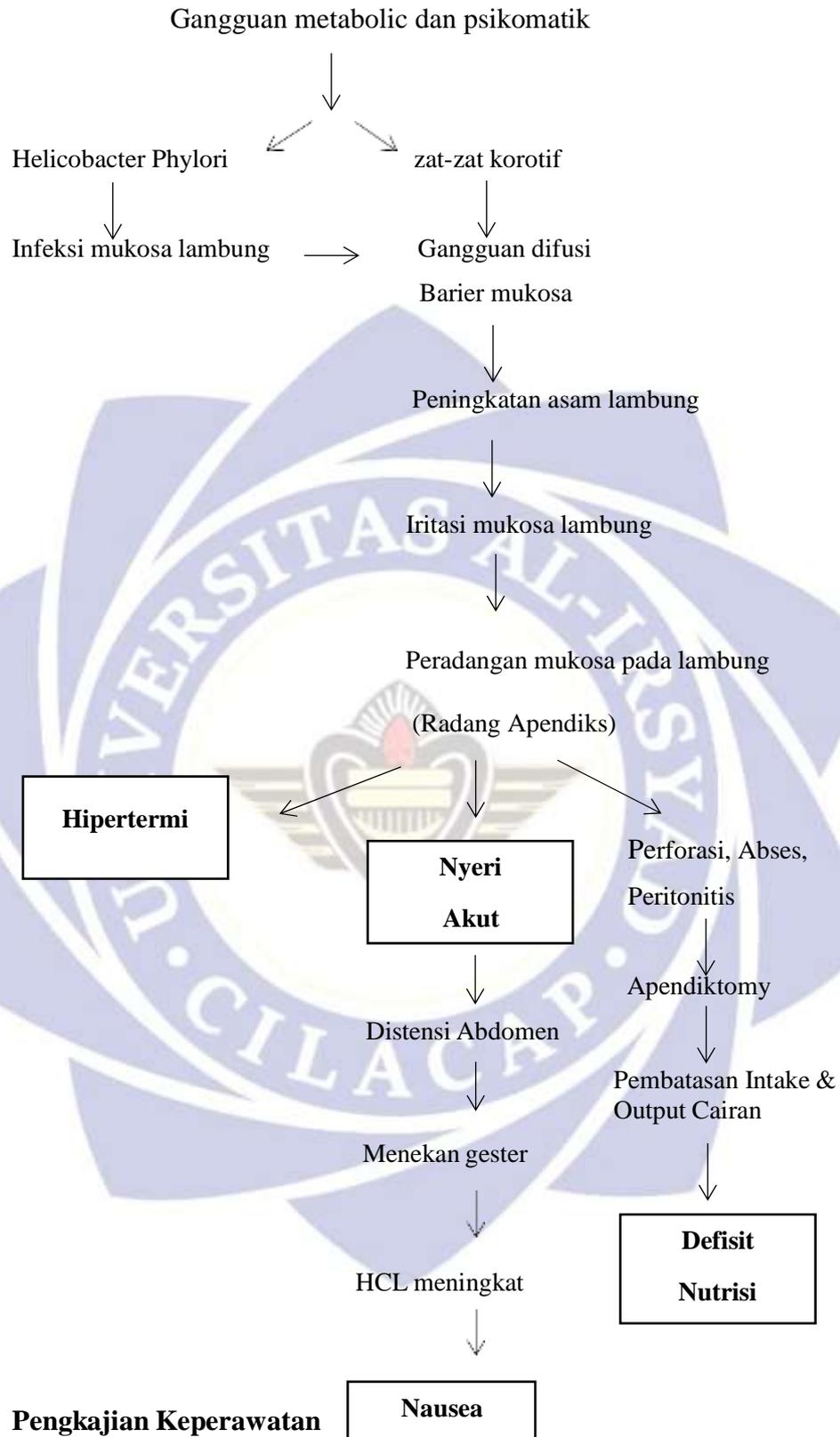
diakibatkan oleh mencerna makanan yang sangat asam atau alkali, pengobatan terdiri dari pengenceran dan penetralisasian agen penyebab (Hardi & Huda, 2015).

- a. Hindari minuman beralkohol karena dapat mengiritasi lambung sehingga terjadi inflamasi.
- b. Hindari merokok dan kurangi konsumsi kopi karena dapat mengganggu lapisan dinding lambung sehingga lambung lebih mudah mengalami gastritis dan tukak/ulkus. Rokok juga dapat meningkatkan asam lambung dan memperlambat penyembuhan luka.
- c. Atasi stres sebaik mungkin.
- d. Makan makanan yang kaya akan buah dan sayur namun hindari sayur dan buah yang bersifat asam.
- d. Jangan berbaring setelah makan untuk menghindari refluks (aliran balik) asam lambung.
- e. Berolahraga secara teratur untuk membantu mempercepat aliran makanan melalui usus.
- f. Bila perut mudah mengalami kembung (banyak gas) untuk sementara waktu kurangi konsumsi makanan tinggi serat, seperti pisang, kacang-kacangan, dan kentang.

## **B. KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN**

### **1. Pathways**

Gangguan organ yang ada di abdomen



Pengkajian merupakan tahapan yang pertama dan utama yang juga bisa dikatakan menjadi bagian yang menentukan keberhasilan tahapan proses

keperawatan. Kriteria dalam pengkajian harus mencakup tersedianya format pengkajian dan data harus valid dan akurat (Wedho, *et al.*, 2015 dalam Silla, 2019). Pengkajian ini bisa berisi tentang data subjektif dan objektif dari pasien seperti pemeriksaan tanda-tanda vital, wawancara pada pasien atau keluarga, dan pemeriksaan fisik. Pengkajian bisa didapatkan berdasarkan pada teori keperawatan yang dikembangkan oleh Callisa Roy, Wanda Horta, Dorothea Orem, atau para kerangka pengkajian standar seperti pola Kesehatan Fungsional menurut Marjory Gordon.

Menurut Pranata, *et al* (2014 dalam Widiana, 2021) pengkajian utama yang bisa dilakukan yaitu :

a. Biodata atau identitas diri

Pada data yang didapatkan, presentase perempuan jauh lebih banyak dan lebih tinggi mengalami gastritis dibandingkan pasien laki-laki.

b. Keluhan utama

Keluhan utama merupakan keluhan yang paling utama dirasakan oleh pasien gastritis dan harus segera ditangani. Keluhan utama yang sering ditemukan pada pasien gastritis ini biasanya adalah nyeri.

c. Riwayat penyakit (sekarang, dahulu dan keluarga)

Melihat dan menanyakan tentang riwayat penyakit dari pasien yang pernah dialami seperti asam urat, kolesterol tinggi, kadar kalsium tinggi dalam darah dan lain-lain. Perlu dilihat juga data dari riwayat penyakit keluarga karena gastritis ini merupakan penyakit keturunan.

d. Pola psikososial

Pola psikososial ini tidak begitu berpengaruh terhadap pasien *ureterolithiasis*, namun akan berdampak kepada focus pasien yang akan merasakan tidak nyaman dengan nyeri yang dirasakan sehingga akan berfokus hanya pada sakit dan dirinya sendiri.

e. Pola pemenuhan kebutuhan sehari-hari

Pola aktivitas harian pasien gastritis akan terganggu karena rasa nyeri yang dialami dan dirasakan.

f. Pemeriksaan fisik

Pada pemeriksaan fisik ini akan dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital pasien dan juga mengobservasinya. Pemeriksaat *head to toe* juga dilakukan untuk mengetahui apakah ada masalah atau gangguan lainnya selain gastritis ini.

### 3. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu pernyataan yang menjelaskan respon manusia (status kesehatan atau risiko perubahan pola) dari individu atau bisa juga kelompok dimana perawat dapat mengidentifikasi dan memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga status kesehatan menurunkan, membatasi, mencegah, dan merubah. Diagnosa keperawatan adalah penilaian klinis mengenai pengalaman atau respon individu, keluarga atau komunitas terhadap masalah kesehatan yang aktual ataupun potensial (Silla, 2019).

a. **Nyeri Akut (D.0077)**

1) Pengertian

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 3 bulan.

2) Etiologi

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

3) Manifestasi klinis

a) Gejala dan tanda mayor

Objektif

- (1) Tampak meringis
- (2) Bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri)
- (3) Gelisah
- (4) Frekuensi nadi meningkat
- (5) Sulit tidur

b) Gejala dan tanda minor

Objektif

- a) Tekanan darah meningkat
- b) pola napas berubah
- c) nafsu makan berubah
- d) proses berpikir terganggu
- e) Menarik diri

- f) Berfokus pada diri sendiri
  - g) Diaforesis
- 4) Kondisi Klinis Terkait
- a) Kondisi pembedahan
  - b) Cedera traumatis
  - c) Infeksi
  - d) Sindrom koroner akut
  - e) Glaukoma

**b. Hipertermi (D.001530)**

- 1) Pengertian  
Suhu tubuh meningkat diatas rentang normal tubuh
- 2) Etiologi
  - a) Dehidrasi
  - b) Terpapar lingkungan panas
  - c) Proses penyakit
  - d) Ketidaksesuaian pakaian dengan suhu lingkungan
  - e) Peningkatan laju metabolisme
  - f) Respon trauma
  - g) Aktivitas berlebihan
  - h) Penggunaan incubator
- 3) Manifestasi Klinis

**a) Gejala dan Tanda Mayor**

**Objektif**

- (1) Suhu tubuh diatas nilai normal**

## **b) Gejala dan Tanda Minor**

### **Objektif**

(1) Kulit memerah

(2) Kejang

(3) Takikardi

(4) Takipnea

(5) Kulit terasa hangat

4) Kondisi Klinis Terkait

a) Proses infeksi

b) Hiperteroid

c) Stroke

d) Dehidrasi

e) Trauma

f) Prematuritas

## **c. Nausea (D.0076)**

1) Pengertian

Perasaan tidak nyaman pada bagian enggorokan atau lambung yang dapat mengakibatkan muntah

2) Etiologi

a) Gangguan biokimiawi

b) Gangguan pada esophagus

c) Distensui lambung

d) Iritasi lambung

e) Gangguan pankreas

- f) Peregangan kapsulimpa
- g) Peningkatan tekanan intracranial
- h) Mabuk perjalanan
- i) Aroma tidak sedap
- j) Efek agen farmakologis
- k) Rasa makanan atau minuman yang tidak enak

#### Gejala Tanda Mayor

##### Subjektif

- (1) Mengeluh mual
- (2) Merasa ingin muntah
- (3) Tidak berminat makan

##### Gejala Tanda Minor

##### Subjektif

- (4) Merasa asam di mulut
- (5) Sensasi panas atau dingin
- (6) Sering menelan

##### Objektif

- (7) Sulifa meningkat
- (8) Pucat
- (9) Diaphoresis
- (10) Takikardia
- (11) Pupil dilatasi

### 3) Manifestasi Klinis

Tidak tersedia

4) Kondisi Klinis Terkait

- a) Meningitis

**d. Defisit Nutrisi (D.0019)**

1) Pengertian

Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme

2) Etiologi

- a) Ketiakmampuan menelan makanan
- b) Ketidakmampuan mencerna makanan
- c) Ketidakmampuan mengabsorpsi nutrient
- d) Peningkatan kebutuhan metabolisme
- e) Faktor ekonomi
- f) Faktor psikologis

3) Manifestasi Klinis

- a) Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif : Tidak Tersedia

Objektif :

- (1) Berat badan menurun minimal 10% dibawah rentang ideal

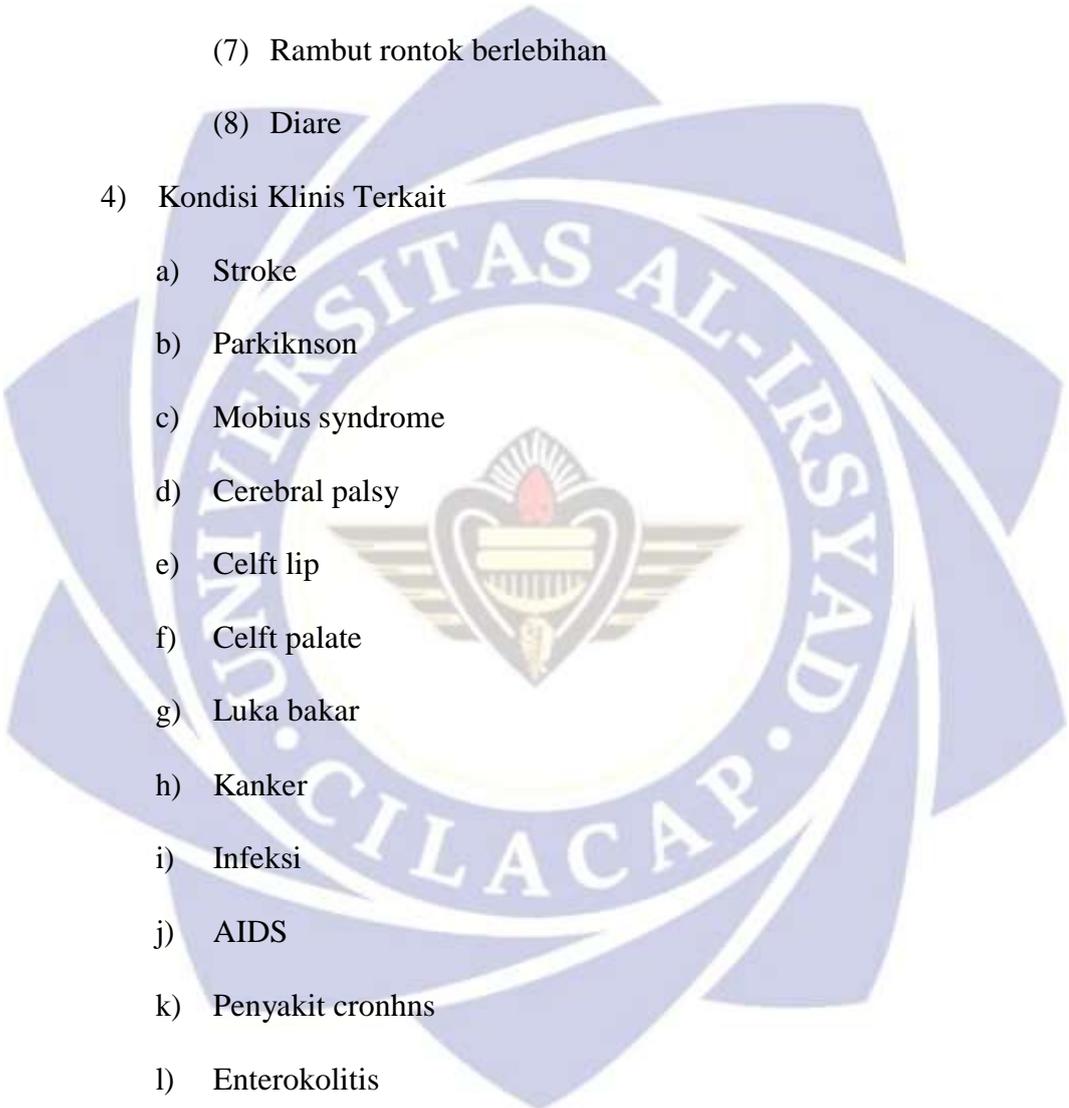
- b) Gejala dan Tanda Minor

Subjektif

- (1) Cepat kenyang setelah makan
- (2) Kram atau nyeri abdomen
- (3) Nafsu makan menurun

Objektif

- (1) Bising usus hiperaktif

- 
- (2) Otot pengunyah lemah
  - (3) Otot menelan lemah
  - (4) Membrane mukosa pucat
  - (5) Sariawan
  - (6) Serum albumin turun
  - (7) Rambut rontok berlebihan
  - (8) Diare
- 4) Kondisi Klinis Terkait
- a) Stroke
  - b) Parkinson
  - c) Mobius syndrome
  - d) Cerebral palsy
  - e) Cleft lip
  - f) Cleft palate
  - g) Luka bakar
  - h) Kanker
  - i) Infeksi
  - j) AIDS
  - k) Penyakit Crohn
  - l) Enterokolitis
  - m) Fibrosis kistik

#### **4. Intervensi Keperawatan**

Intervensi atau perencanaan merupakan tahap dimana perawat harus mampu berpikir kritis dalam merumuskan dan menentukan rencana

keperawatan yang nantinya akan di berikan kepada pasien. Rencana keperawatan ini tertulis untuk digunakan sebagai kebutuhan klien jangka panjang (Potter, 1997 dalam Silla, 2019). Dalam intervensi ini terdapat intervensi independen dan ada juga intervensi kolaboratif. Intervensi independen merupakan intervensi yang dilakukan oleh perawat secara mandiri tanpa bantuan dari tenaga kesehatan lain. Intervensi kolaboratif merupakan intervensi yang dilakukan dengan bantuan dari tenaga kesehatan lain seperti dokter, ahli gizi, fisioterapi, dan lain-lain.

**a. Nyeri Akut (D.0077)**

**SLKI : Tingkat Nyeri (L.08066)**

1) Definisi

Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan.

2) Ekspetasi : Menurun

3) Kriteria Hasil :

Tabel 2. 1 SLKI *Tingkat Nyeri*

	Meningkat	Cukup meningkat	Sedang	Cukup menurun	Menurun
Keluhan nyeri	1	2	3	4	5
Meringis	1	2	3	4	5
Sikap protektif	1	2	3	4	5
Gelisah	1	2	3	4	5
Kesulitan tidur	1	2	3	4	5
Berfokus pada diri sendiri	1	2	3	4	5



(8) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan

(9) Monitor efek samping penggunaan analgetik

b) Terapeutik

(1) Berikan teknik nonfarmakologi untuk mnegurangi rasa nyeri (mis. TENS, hypnosis akupresur, terapi music, *biofeedback*, aromaterapi, terpai pijat, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)

(2) Fasilitasi istirahat dan tidur

(3) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

c) Edukasi

(1) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri

(2) Jelaskan strategi meredakan nueri

(3) Annjurkan memonitor nyeri secara mandiri

(4) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat

(5) Ajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri

d) Kolaborasi

(1) Kolaborasikan dengan pemberian analgetik, jika perlu

**b. Hipertermi (D.0055)**

**SLKI : Termoregulasi (L.14134)**

1) Definisi

Pengaturan suhu tubuh agar tetap berada pada rentang normal

2) Ekspetasi : Membaik

3) Kriteria Hasil :

Tabel 2. 2 SLKI *Termoregulasi*

	Memburuk	Cukup memburuk	Sedang	Cukup membaik	Membaik
Suhu tubuh	1	2	3	4	5
Takikardi	1	2	3	4	5
Tekanan Darah	1	2	3	4	5

**SIKI : Manajemen Hipertermi (I.15506)**

1) Definisi

Mengidentifikasi dan mengelola peningkatan suhu tubuh akibat difungsi termoregulasi

2) Tindakan

a) Observasi

- (1) Identifikasi penyebab hipertermi
- (2) Monitor suhu tubuh
- (3) Monitor kadar elektrolit
- (4) Monitor keluaran urin

b) Terapeutik

- (1) Sediakan lingkungan yang dingin
- (2) Longgarkan atau lepaskan pakaian
- (3) basahi tubuh dan kipasi permukaan tubuh
- (4) berikan cairan oral
- (5) ganti linen setiap hari jika mengalami keringat yang berlebih
- (6) lakukan pendinginan eksternal

(7) hinari pemberian antipiretik atau aspirin

(8) Berikan oksigen jika perlu

c) Edukasi

(1) Anjurkan tirah baring

d) Kolaborasi

(1) Kolaborasi cairan dan elektrolit

**c. Nausea (D.0142)**

**SLKI : Tingkat Nausea (L.08065)**

1) Definisi

Perasaan tidak nyaman pada bagian tenggorokan atau lambung

2) Ekspetasi : Menurun

3) Kriteria Hasil

Tabel 2. 3 *SLKI Tingkat Nausea*

	Menurun	Cukup menurun	Sedang	Cukup meningkat	Meningkat
Keluhan mual	1	2	3	4	5
Perasaan ingin muntah	1	2	3	4	5
Pucat	1	2	3	4	5

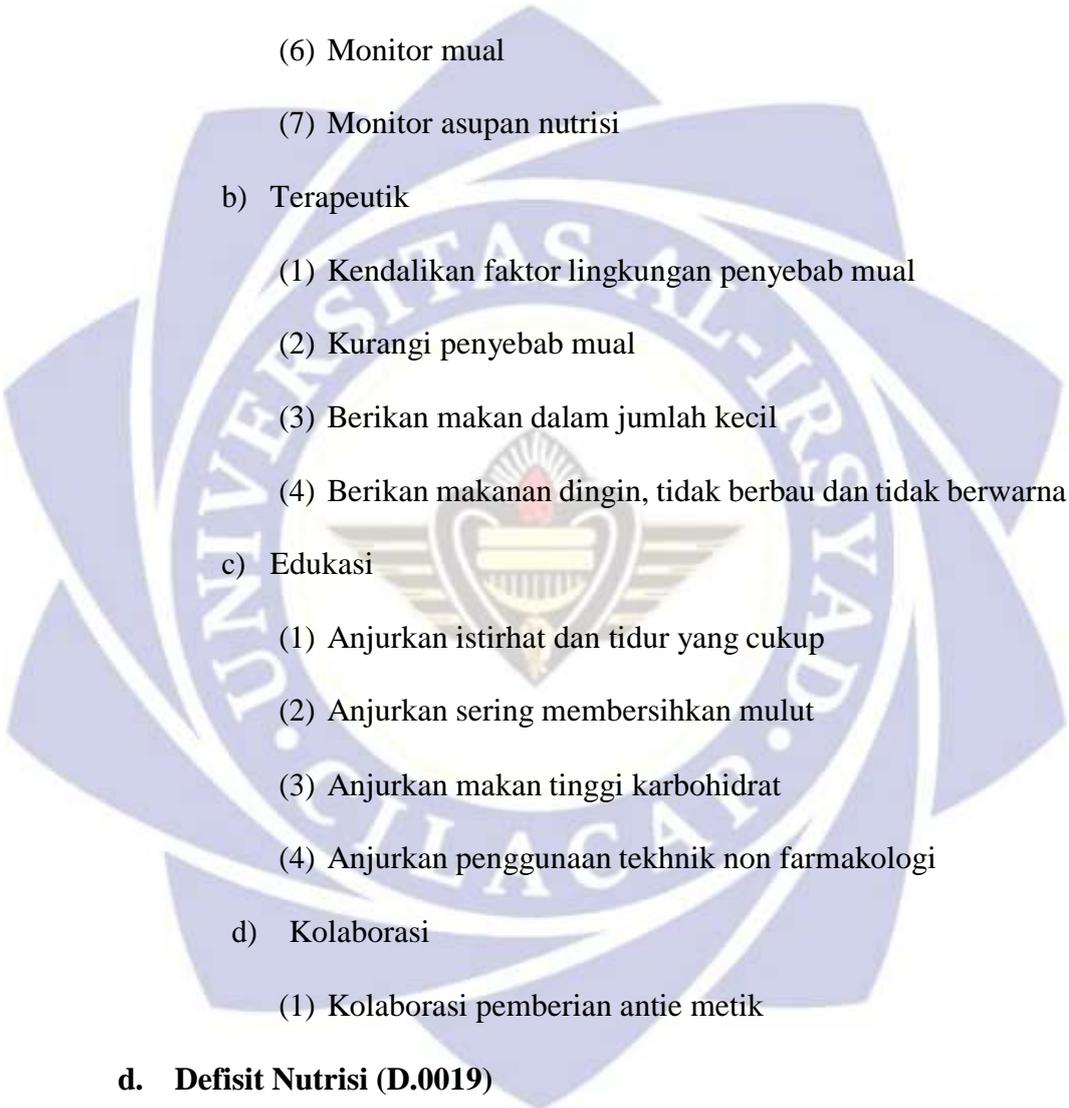
**SIKI : Manajemen Mual (L.03117)**

1) Definisi

Mengidentifikasi dan mengelola perasaan tidak enak pada bagian tenggorokan dan lambung

2) Tindakan

a) Observasi

- 
- (1) Identifikasi pengalaman mual
  - (2) Identifikasi isyarat non verbal ketidaknyamanan
  - (3) Identifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup
  - (4) Identifikasi faktor penyebab mual
  - (5) Identifikasi antie metik untuk mencegah mual
  - (6) Monitor mual
  - (7) Monitor asupan nutrisi
- b) Terapeutik
- (1) Kendalikan faktor lingkungan penyebab mual
  - (2) Kurangi penyebab mual
  - (3) Berikan makan dalam jumlah kecil
  - (4) Berikan makanan dingin, tidak berbau dan tidak berwarna
- c) Edukasi
- (1) Anjurkan istirahat dan tidur yang cukup
  - (2) Anjurkan sering membersihkan mulut
  - (3) Anjurkan makan tinggi karbohidrat
  - (4) Anjurkan penggunaan tehnik non farmakologi
- d) Kolaborasi
- (1) Kolaborasi pemberian antie metik

**d. Defisit Nutrisi (D.0019)**

**SLKI : Status nutrisi (L.03030)**

1) Definisi

Keadekuatan asupan nutrisi untuk memenuhi kebutuhan metabolisme

2) Kespetaasi : Membaik

3) Kriteria Hasil :

Tabel 2. 4 *SLKI Status Nutrisi*

	Menurun	Cukup menurun	Sedang	Cukup meningkat	Meningkat
Nafsu makan	1	2	3	4	5
Asupan makan	1	2	3	4	5
Berat badan menurun	1	2	3	4	5

**SIKI : Manajemen Nutrisi (I.03119)**

1) Definisi

Mengidentifikasi dan mengelola asupan nutrisi yang seimbang

2) Tindakan

a) Observasi

(1) Identifikasi status nutrisi

(2) Identifikasi alergi dan intoleransi makanan

(3) Identifikasi makanan yang disukai

(4) Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien

(5) Monitor asupan makanan

(6) Monitor berat badan

(7) Monitor hasil pemeriksaan laboratorium

b) Terapeutik

(1) Lakukan oral hygiene sebelum makan

(2) Fasilitasi menentukan pedoman diet

(3) Sajikan makanan secara menarik

- (4) Berikan makanan yang tinggi serat
- (5) Berikan makanan yang tinggi kalori dan tinggi protein
- (6) Berikan suplemen makanan

c) Edukasi

- (1) Anjurkan posisi duduk jika mampu
- (2) Anjurkan diet yang di programkan

d) Kolaborasi

- (1) Kolaborasikan dengan pemberian medikasi sebelum makan
- (2) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan analgetic

## **5. Implementasi Keperawatan**

Implementasi keperawatan merupakan salah satu tahap keperawatan yang ada dalam proses asuhan keperawatan. Dalam implementasi ini terdapat susunan dan tatanan pelaksanaan yang nantinya akan mengatur kegiatan pelaksanaan sesuai dengan diagnosa keperawatan dan juga intervensi yang sudah ditetapkan. Implementasi ini juga mengacu pada kemampuan perawat baik secara praktik maupun intelektual (Lingga, 2019 dalam Aprilia, 2022).

Implementasi atau pelaksanaan adalah tahap ketika perawat mengaplikasikan asuhan keperawatan yang sudah direncanakan sebelumnya untuk membantu pasien mencapai tujuan yang telah ditetapkan oleh perawat. Kemampuan yang harus dimiliki perawat dalam

melakukan implementasi keperawatan adalah teknik psikomotor, kemampuan melakukan observasi sistematis, kemampuan memberikan pendidikan kesehatan, kemampuan dalam advokasi dan memberikan evaluasi (Asmadi, 2008 dalam Silla, 2019).

Pada tahap implementasi ini perawat dapat melaksanakan tindakan keperawatan yang sudah direncanakan dan diterapkan kepada pasien untuk mencapai tingkat kesembuhan yang diharapkan. Tahap implementasi ini dilakukan setelah rencana tindakan tersusun. Ada beberapa tahap yang akan dilakukan dalam implementasi yakni tahap persiapan, tahap pelaksanaan dan tahap pendokumentasian (Silla, 2019).

## **6. Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi merupakan tahapan paling terakhir dalam proses asuhan keperawatan (Silla, 2019). Evaluasi adalah tindakan intelektual yang melengkapi proses asuhan keperawatan dimana dapat menandakan sejauh mana diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan dan juga implementasi keperawatan berhasil dicapai. Tujuan dari evaluasi ini adalah untuk dapat melihat seberapa kemampuan pasien dalam mencapai tujuan (Aprilia, 2022).

Menurut Nanda (2020), terdapat dua jenis evaluasi :

### **a. Evaluasi Formatif (Proses)**

Evaluasi formatif ini lebih berproses pada aktivitas proses keperawatan dan dari hasil tindakan keperawatan. Perumusan evaluasi formatif ini meliputi empat komponen yang dikenal dengan istilah SOAP, yakni Subjektif, Objektif, Analisis dan Perencanaan.

- 1) S (subjektif) : Data subjektif dari hasil keluhan pasien dan yang dikatakan oleh pasien ataupun oleh keluarga.
- 2) O (objektif) : Data objektif dari hasil observasi yang dilakukan oleh perawat.
- 3) A (analisis) : Masalah dan diagnose keperawatan pasien yang dianalisis atau dikaji dari data subjektif dan objektif
- 4) P (perencanaan) : Perencanaan kembali tentang pengembangan tindakan keperawatan, baik yang sekarang maupun yang akan datang dengan tujuan memperbaiki keadaan kesehatan pasien.

b. Evaluasi Sumatif (Hasil)

Evaluasi sumatif ini merupakan evaluasi yang dilakukan kepada pasien setelah semua aktivitas dan tindakan keperawatan telah dilakukan.

Evaluasi sumatif ini bertujuan untuk menilai dan juga memonitor kualitas asuhan keperawatan yang sudah dilakukan dan diberikan kepada pasien. Ada tiga kemungkinan evaluasi yang terkait dengan capaian tujuan keperawatan, yaitu :

- 1) Tujuan tercapai atau bisa juga masalah teratasi, jika pasien menunjukkan perubahan sesuai dengan standar yang ditentukan sebelumnya.
- 2) Tujuan tercapai sebagian atau bisa juga masalah teratasi sebagian, pasien masih belum mencapai tujuan yang ditetapkan dan masih ada kemungkinan untuk mengalami perubahan untuk mencapai tujuan yang sudah ditetapkan.

Tujuan tidak tercapai atau masalah belum teratasi, jika pasien hanya menunjukkan perubahan sedikit atau bahkan tidak menunjukkan perubahan atau kemajuana

