

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dispepsia

Konsep dispepsia terdiri dari definisi, penyebab, patofisiologi, gejala penyakit, serta penanganan dispepsia

1. Definisi Dispepsia

Istilah dispepsia dalam masyarakat sering kali disamakan dengan penyakit mag, dikarenakan terdapat kesamaan gejala antara keduanya. Asumsi ini sebenarnya kurang tepat karena kata mag berasal dari bahasa Belanda yang berarti lambung, sedangkan kata dispepsia berasal dari bahasa Yunani yang terdiri dari dua kata, yaitu “dys” yang berarti buruk dan “peptei” yang berarti pencernaan. Jadi, dispepsia berarti pencernaan yang buruk (Nuri et al., 2021). Dispepsia merupakan keluhan umum yang sering dijumpai dalam praktik, yaitu perasaan tidak nyaman atau nyeri pada ulu hati kadang disertai mual dan muntah ataupun keluhan lainnya (Perhimpunan Dokter Umum Indonesia, 2019).

2. Penyebab Dispepsia

Dispepsia diklasifikasikan menjadi dua, yaitu organik (struktural) dan fungsional (nonorganik). Pada dispepsia organik, terdapat penyebab yang mendasari, seperti penyakit ulkus peptikum (*Peptic Ulcer Disease/ PUD*), GERD (*Gastro Esophageal Reflux Disease*), kanker, penggunaan alkohol atau obat kronis. Nonorganik (fungsional) ditandai dengan nyeri atau tidak nyaman perut bagian atas yang kronis atau berulang, tanpa abnormalitas pada pemeriksaan fisik dan endoskopi. Dispepsia fungsional dapat disebabkan oleh (Nuri et al., 2021):

a. Infeksi H. Pylori

Beberapa ahli berpendapat h. pylori akan menginfeksi lambung jika lambung dalam keadaan kosong pada jangka waktu yang cukup lama. Infeksi h. pylori menyebabkan 12 penebalan otot dinding lambung yang

selanjutnya meningkatkan massa otot sehingga kontraksi otot bertambah dan pengosongan lambung akan makin cepat. Pengosongan lambung yang cepat akan membuat lambung kosong lebih lama dari biasanya dan *h. pylori* akan makin menginfeksi lambung tersebut dan bisa sebagai prediktor timbulnya ulkus peptikum.

b. Ketidaknormalan motilitas

Pengosongan makanan bertahap dari corpus lambung menuju ke bagian fundus lambung dan duodenum diatur oleh refleks vagal. Pada beberapa pasien dispepsia fungsional, refleks ini tidak berfungsi dengan baik sehingga pengisian bagian antrum terlalu cepat. Bila berlangsung lama, bisa sebagai prediktor ulkus peptikum.

c. Gangguan sensori visceral

Adanya makanan yang sedikit mengiritasi, seperti makanan pedas, distensi udara, gangguan kontraksi lambung intestinum atau distensi dini bagian antrum postprandial, dapat menginduksi nyeri pada bagian ini.

d. Faktor Psikososial

Faktor psikis dan stresor, seperti depresi, cemas, dan stres, dapat menimbulkan peningkatan hormon kortisol yang berakibat kepada gangguan keseimbangan sistem saluran cerna sehingga terlihat bahwa pada hormon kortisol yang tinggi ternyata memberikan manifestasi klinik dispepsia yang lebih berat

e. Perubahan-perubahan fisiologi tubuh yang meliputi gangguan pada sistem saraf otonom vegetatif, sistem neuroendokrin, serta sistem imun tubuh

3. Patofisiologi Dispepsia

Sindrom dispepsia yang berkaitan dengan stres dapat dijelaskan dari dimana saat stres terjadi maka akan terjadi respon ke hipotalamus yang akan mengsekresikan *corticotrophin releasing factor* (CRF) setelah CRF ini disekresi maka akan mengstimulasi kelenjar hipofisis yang akan mengeluarkan *adrenocorticotrophic hormone* (ACTH) yang selanjutnya

akan menyebabkan keluarnya hormone kortisol dari kelenjar adrenal. Kortisol yang disekresi ini akan merangsang lambung untuk meningkatkan sekresi asam lambung dan juga menghambat prostaglandin yang merupakan agen proteksi bagi lambung sendiri, apabila lambung mengalami penghambatan prostaglandin secara terus menerus maka akan mengakibatkan terjadinya kerusakan pada mukosa lambung dan menimbulkan gejala dispepsia (Sherwood, 2020).

4. Gejala Penyakit

Manifestasi klinis dispepsia secara umum meliputi rasa tidak nyaman atau nyeri bagian ulu hati, cepat kenyang dan terasa penuh setelah makan, kembung, bersendawa, mual, dan muntah (Sidik, 2024).

5. Penanganan Dispepsia

Penanganan dispepsia dapat melalui non farmakologi berupa faktor gaya hidup erat kaitannya dengan faktor pencetus gejala dispepsia. Misalnya: stres, kecemasan, makanan (makanan pedas, asam, tinggi lemak), dan kurang tidur. Sebuah studi komunitas yang berbasis di Amerika Serikat menunjukkan bahwa kesulitan tidur adalah faktor risiko dispepsia. Meskipun penelitian yang mengevaluasi efek menguntungkan dari penyesuaian gaya hidup masih kurang, pengukuran untuk meningkatkan gaya hidup dapat meredakan gejala dispepsia (Wang et al., 2020).

Penatalaksanaan nonfarmakologi dalam penanganan sindrom dispepsia diutamakan pada tindakan untuk mengurangi rasa nyeri dan tidak nyaman pada perut. Teknik distraksi (visual, taktil, audiotori, dan intelektual) merupakan metode untuk menghilangkan nyeri dengan cara mengalihkan perhatian pasien pada hal-hal lain sehingga pasien akan lupa terhadap nyeri yang dialami. Selain itu, relaksasi menggunakan aroma terapi, terapi kompres hangat, terapi *guided imagery* dengan menggunakan irama musik dapat menurunkan tingkat skala nyeri (Nuri et al., 2021).

Intervensi diet untuk pengobatan dispepsia adalah penggunaan makanan medis; didefinisikan oleh Badan Pengawasan Obat dan Makanan Amerika Serikat sebagai makanan yang diformulasikan untuk dikonsumsi atau

diberikan secara enteral di bawah pengawasan dokter yang dimaksudkan untuk pengelolaan diet khusus suatu penyakit atau kondisi tertentu.

Makanan medis dapat memengaruhi beberapa mekanisme patofisiologi pada dispepsia, seperti berfungsi sebagai antiinflamasi, menyebabkan relaksasi otot polos, analgesia, dan stimulasi atau penghambatan reseptor gastrointestinal. Makanan medis di antaranya buah jintan, akar manis, bunga chamomile, dan daun peppermint. Jalan nonfarmakologis lain untuk pengobatan dispepsia adalah penggunaan probiotik. Probiotik adalah mikroorganisme hidup yang (bila dikonsumsi) berpotensi memberikan efek kesehatan yang menguntungkan; mereka dapat diberikan sebagai makanan medis. Probiotik yang mengandung *Lactobacillus gasseri* telah menunjukkan efek menguntungkan pada gejala dispepsia (Wang et al., 2020). Gejala dispepsia dapat disebabkan karena adanya respon stres yang dihadapi individu.

B. Konsep Nyeri Akut

1. Definisi Nyeri Akut

Nyeri akut merupakan diagnosis keperawatan yang didefinisikan sebagai 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 (Tim Pokja SDKI PPNI, 2017). Nyeri akut adalah rasa nyeri yang terjadi secara mendadak dan dalam jangka waktu pendek, biasanya beberapa jam atau hari (Purwandari et al., 2014).

2. Tanda dan gejala

DS:

- a. Mengeluh nyeri

DO:

- a. Tampak meringis
- b. Bersikap protektif (mis: waspada, posisi menghindari nyeri)
- c. Gelisah
- d. Frekuensi nadi meningkat

- e. Sulit tidur

3. Penyebab

- a. Agen pencedera fisiologis (mis: inflamasi, iskemia, 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).

4. Luaran

Dalam Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI), luaran utama untuk diagnosis nyeri akut adalah: “tingkat nyeri menurun.” Tingkat nyeri menurun diberi kode L.08066 dalam SLKI (Tim Pokja SLKI PPNI, 2019). Kriteria hasil untuk membuktikan bahwa tingkat nyeri menurun adalah:

- a. Keluhan nyeri menurun
- b. Meringis menurun
- c. Sikap protektif menurun
- d. Gelisah menurun
- e. Kesulitan tidur menurun
- f. Frekuensi nadi membaik

5. Intervensi

Adapun intervensi yang bisa diangkat pada diagnosa nyeri akut berupa (Tim Pokja SIKI PPNI, 2018):

- a. Manajemen nyeri
- b. Pemberian analgetik

C. Konsep Relaksasi Napas Dalam

1. Definisi Tehnik Relaksasi Napas Dalam

Relaksasi napas dalam merupakan suatu teknik relaksasi sederhana dimana paru-paru dibiarkan menghirup oksigen sebanyak mungkin. Napas dalam berbeda dengan hiperventilasi karena relaksasi napas dalam merupakan gaya pernapasan yang pada dasarnya lambat, dalam, dan rileks yang memungkinkan seseorang merasa lebih tenang (Setiawan & Yanto, 2020). Relaksasi napas dalam menjadi salah satu bentuk asuhan

keperawatan dimana perawat mengajarkan klien cara melakukan relaksasi napas dalam dan lambat secara maksimal (Hinkle & Cheever, 2018).

2. Manfaat Teknik Relaksasi Napas Dalam

Relaksasi napas dalam telah diketahui dapat mengurangi kecemasan, depresi, emosi, ketegangan otot, nyeri, dan kelelahan. Keunggulan dari latihan ini yaitu dapat dilakukan dimanapun dan kapanpun. Petunjuk untuk melakukan latihan pernapasan yang baik yaitu dilakukan sekitar 5-15 menit selama 2-4 kali sehari atau kapanpun saat merasakan ketegangan (Townsend & Morgan, 2017). Relaksasi napas dalam didasarkan pada keyakinan, pikiran yang rileks/tenang, posisi yang nyaman, dan konsentrasi. Relaksasi napas dalam sampai saat ini masih menjadi metode relaksasi termudah karena metode yang digunakan sangat mudah dipelajari, tidak memerlukan peralatan khusus, dan dapat digunakan dimana saja dan kapan saja (O'Brien et al., 2013). Selain itu, dapat dilakukan secara normal tanpa perlu berpikir lama atau merasa ragu. Sementara Hinkle & Cheever (2018) menyatakan bahwa relaksasi napas dalam bertujuan untuk meningkatkan ventilasi alveoli, memelihara pertukaran gas, mencegah atelektasis paru, meningkatkan efisiensi batuk, mengurangi stress, serta menurunkan intensitas nyeri dan kecemasan.

3. Mekanisme Kerja Teknik Relaksasi Napas Dalam

Relaksasi napas dalam merupakan suatu usaha melakukan inspirasi dan ekspirasi secara maksimal sehingga menstimulasi reseptor regang paru secara perlahan. Hal tersebut berpengaruh terhadap peregangan kardiopulmonari dan memicu peningkatan refleksi baroreseptor yang dapat merangsang saraf parasimpatis dan menghambat saraf simpatis. Saraf parasimpatis akan menurunkan dan menaikkan semua fungsi yang dinaikkan dan diturunkan oleh saraf simpatis. Dari hal tersebut dapat secara perlahan akan terjadi dilatasi pembuluh darah (arteri) dan melancarkan peredaran darah yang memungkinkan terjadinya peningkatan oksigen ke semua jaringan tubuh (Hinkle & Cheever, 2018).

Peningkatan oksigen dalam tubuh memungkinkan aktivitas dalam tubuh dapat berjalan dengan baik. Sehingga, dari relaksasi napas dalam akan menstimulasi reseptor regang paru untuk menimbulkan rangsang atau sinyal yang dapat dikirim ke otak untuk memberikan informasi mengenai peningkatan aliran darah. Informasi tersebut mengakibatkan saraf parasimpatis mengalami peningkatan aktivitas sementara saraf simpatis mengalami penurunan aktivitas pada kemoreseptor. Akibatnya, terjadi respon akut peningkatan tekanan darah yang akan menurunkan frekuensi denyut jantung dan terjadi vasodilatasi sejumlah pembuluh darah (Hinkle & Cheever, 2018).

4. Indikasi Teknik Relaksasi Napas Dalam

Relaksasi napas dalam dapat diterapkan pada pasien yang menjalani hospitalisasi dan sepakat diberikan relaksasi. Relaksasi napas dalam dapat diberikan bagi pasien yang mengalami gangguan paru-paru, seperti: chronic obstructive lung disease, pneumonia, atelektasis, dan acute respiratory disease, penumpukan sekret pada saluran pernapasan dan sulit dikeluarkan dan nyeri. Selain untuk gangguan fisik, relaksasi napas dalam juga dapat digunakan untuk mengatasi gejala psikologis yang muncul, seperti: kecemasan, stress, ketegangan dan kegelisahan serta prosedur rileksasi (Rusli & Muthiah, 2015).

5. Langkah-Langkah Teknik Relaksasi Napas Dalam

Adapun teknik relaksasi napas dalam yang dapat dilakukan dengan langkah-langkah berikut (Novita Nipa, 2017):

- a. Jelaskan kepada pasien mengenai tujuan napas dalam yakni untuk mendapatkan suasana hati yang lebih tenang, rileks, damai dengan frekuensi 2 kali sehari selama 2 minggu. Setiap latihan dilakukan 4 kali tarikan dan hembusan napas. Setiap sesi napas dalam dilakukan sekitar 10 menit dan siapkan prosedur latihan relaksasi napas dalam (lihat gambar 1)



Gambar 1. Menjelaskan tujuan tehnik relaksasi napas dalam

- b. Tubuh dalam posisi yang nyaman dan menyenangkan, misalnya: duduk di kursi dengan sandaran atau berbaring di tempat tidur dengan menggunakan bantal sebagai alas kepala (Gambar 2)



Gambar 2. Posisi tehnik relaksasi napas dalam

- c. Pastikan tulang belakang dalam keadaan lurus. Tungkai dan kaki tidak menyilang dan seluruh badan rileks (termasuk lengan dan paha)(Gambar 3).



Gambar 3. Merilekskan tubuh

- d. Ucapkan dalam hati bahwa dalam waktu 5 sampai 10 menit tubuh akan kembali stabil, tenang, dan rileks (gambar 4)



Gambar 4. Mengarahkan pasien untuk rileks

- e. Letakkan satu tangan pada abdomen (perut) dan tangan yang lain pada dada. Lutut difleksikan (ditekuk) dan mata dipejamkan (Gambar 5)



Gambar 5. Memposisikan tangan dan kaki

- f. 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... sambil mengucapkan kata atau ungkapan pendek (frasa) dalam hati, seperti: “I am/saya” (Gambar 6)



Gambar 6. Mengatur pola napas

- g. Menghebuskan napas (ekspirasi) secara perlahan melalui mulut dengan mengerutkan bibir seperti ingin bersiul (pursed lip breathing) tanpa bersuara. Ekspirasi dapat dilakukan dalam hitungan 1...2...3...4... 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 (Gambar 7)



Gambar 7. Mengatur pola napas

- h. Ulangi prosedur (Gambar 6 dan 7) dengan menarik napas lebih dalam dan lebih lambat sebanyak 4 kali setiap sesi relaksasi napas dalam. 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”
- i. Untuk mengakhiri relaksasi napas dalam, secara perlahan-lahan melakukan stretching atau peregangan otot tangan, kaki, lengan dan seluruh tubuh (Gambar 8)



Gambar 8. Melakukan *Stretching*

- j. Buka mata perlahan-lahan dan nikmati seperti matahari terbit pada pagi hari dan mulai bernapas normal kembali. Duduk dengan tenang beberapa saat (1-2 menit) kemudian melanjutkan aktivitas (Gambar 9)



Gambar 9. Membuka mata dan bernapas dengan normal

Pernapasan dapat dilakukan 10 menit (3-4 kali) setiap 1 sesi untuk menghindari hiperventilasi dengan frekuensinya 2-4 kali sehari. Saat pikiran mulai kacau, dengan lembut atau tenang membawa pikiran kembali sadar dan mulai melakukan relaksasi napas dalam dengan mengucapkan dalam hati “saya rileks” atau “saya tenang”. Saat menguasai teknik ini, dapat berguna untuk melepaskan ketegangan dan dilakukan secara mandiri tanpa didampingi oleh tenaga kesehatan (Novita Nipa, 2017).

D. Asuhan Keperawatan Teoritis

Menurut Rendy & Margareth (2015) asuhan keperawatan pada gastritis sebagai berikut :

1. Pengkajian

- a. Apakah pasien mengeluh nyeri ulu hati, tidak dapat makan, mual, muntah
- b. Kapan terjadinya gejala, apakah sebelum makan, setelah makan, setelah mencerna makanan pedas, obat-obatan, tertentu atau alkohol
- c. Apakah gejala berhubungan dengan ansietas, stress, alergi, makan, minum, terlalu banyak atau makan terlalu cepat
- d. Bagaimana gejalanya berkurang atau hilang.
- e. Apakah ada riwayat penyakit, lambung sebelumnya
- f. Apakah pasien ada muntah darah atau tidak
- g. Adakah nyeri tekan/ abdomen
- h. Dehidrasi atau perubahan turgor kulit atau membran mukosa kering

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons Pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosa keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons Pasien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan. diagnosa keperawatan yang sering muncul pada kasus gastritis yaitu (Tim Pokja SDKI PPNI, 2017) :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis ditandai dengan pasien mengeluh nyeri (D. 0077).
- b. Defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan) (D. 0019).
- c. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi (D. 0111)

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 (Tim Pokja SIKI PPNI, 2018; Tim Pokja SLKI PPNI, 2019).

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis
Tujuan dan kriteria hasil : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :
 - 1) Keluhan nyeri menurun
 - 2) Meringis menurun
 - 3) Gelisah menurun
 - 4) Pola napas membaik

Intervensi

Observasi

- 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
- 2) Identifikasi skala nyeri

- 3) Identifikasi respons nyeri non verbal
- 4) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
- 5) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri
- 6) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respons nyeri pada kualitas hidup
- 7) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan
- 8) Monitor efek samping penggunaan analgetik

Terapeutik

- 1) Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompret hangat/dingin, terapi bermain)
- 2) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)
- 3) Fasilitasi istirahat dan tidur
- 4) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

Edukasi

- 1) Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri
- 2) Jelaskan strategi meredakan nyeri
- 3) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
- 4) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat
- 5) Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

- b. Defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan) Tujuan dan kriteria hasil : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil :
 - 1) Porsi makanan yang dihabiskan meningkat
 - 2) Frekuensi makan membaik

- 3) Nafsu makan membaik

Intervensi

Observasi

- 1) Identifikasi status nutrisi
- 2) Identifikasi alergi dan intoleransi makanan
- 3) Identifikasi makanan yang disukai
- 4) Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrisi
- 5) Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik
- 6) Monitor asupan makanan
- 7) Monitor berat badan
- 8) Monitor hasil pemeriksaan laboratorium

Terapeutik

- 1) Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu
- 2) Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. piramida makanan)
- 3) Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai
- 4) Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi
- 5) Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein
- 6) Berikan suplemen makanan, jika perlu
- 7) Hentikan pemberian makan melalui selang nasogastrik jika asupan oral dapat ditoleransi

Edukasi

- 1) Anjurkan posisi duduk, jika mampu
- 2) Ajarkan diet yang diprogramkan

Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. Pereda nyeri antiemetik), jika perlu
- 2) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan, jika perlu

- c. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi
Tujuan dan kriteria hasil : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat pengetahuan meningkat dengan kriteria hasil :
- 1) Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat
 - 2) Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat
 - 3) Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun

Intervensi

Observasi

- 1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi
- 2) Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat

Terapeutik

- 1) Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan
- 2) Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan
- 3) Berikan Kesempatan untuk bertanya \

Edukasi

- 1) Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan
- 2) Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat
- 3) Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah fase ketika perawat mengimplementasikan intervensi keperawatan. implementasi merupakan langkah keempat dari proses keperawatan yang telah direncanakan oleh perawat untuk dikerjakan dalam rangka membantu Pasien untuk mencegah, mengurangi dan menghilangkan dampak atau respons yang ditimbulkan oleh masalah keperawatan dan kesehatan (Nursalam & Utami, 2009). Catatan keperawatan biasanya menggunakan format yang sudah terstruktur. Biasanya menggunakan DAR:

D: Informasi subjektif dan objektif

A: Tindakan segera dan atau selanjutnya

R: Respons Pasien terhadap tindakan

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah proses keperawatan yang bertujuan untuk mengetahui keberhasilan tindakan keperawatan yang telah diberikan. Evaluasi terbagi menjadi dua yaitu (Nursalam & Utami, 2009):

a. Evaluasi formatif

Evaluasi formatif berfokus pada tindakan keperawatan dan hasil tindakan keperawatan. Evaluasi formatif menggunakan rumusan SOAP yaitu subjektif (data berupa keluhan Pasien), objektif (data hasil pemeriksaan atau observasi), analisa data (perbandingan data dan teori), dan perencanaan

b. Evaluasi sumatif

Evaluasi sumatif bertujuan menilai dan memonitor kualitas asuhan keperawatan yang diberikan kepada Pasien