

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### A. Konsep teori penyakit gastritis

##### 1. Pengertian

Gastritis adalah inflamasi mukosa lambung atau peradangan lokal atau menyebar pada mukosa lambung yang berkembang bila mekanisme protektif mukosa di penuhi dengan bakteri atau bahan iritan.

Gastritis adalah peradangan mukosa lambung yang bersifat akut, kronik, difusi dan lokal yang di sebabkan oleh makanan, obat-obatan, zat kimia, stres, dan bakteri (Nuari 2015;133)

Gastritis adalah suatu peradangan mukosa lambung yang bersifat akut, kronik difusi, atau lokal. karakteristik antara lain anoreksia, rasa penuh atau tidak nyaman pada epigastrium, mual, dan muntah (Mardalena 2017:57)

##### 2. Klasifikasi

Gastritis menurut jenisnya di bagi menjadi dua yaitu;

###### a. Gastritis Akut

Gastritis ( peradangan mukosa lambung) paling sering di akibatkan oleh pola diet, makan yang terlalu banyak, terlalu cepat, makan yang terlalu banyak bumbu atau makanan yang terinfeksi. Penyebab lain penggunaan alkohol. Aspirin, refluks empedu dan terapi radiasi. Gastritis dapat juga menjadi tanda utama infeksi sitemik akut. Bentuk gastritis akut yang lebih parah di sebabkan oleh asam kuat atau alkali, yang menyebabkan mukosa menjadi gangren atau perforasi.. (Nuari 2015;134)

### b. Gastritis Kronik

Inflamasi yang berkepanjangan yang di sebabkan baik oleh ulkus lambung jinak maupun ganas, di karnakan oleh bakteri H. Pylori. Gastritis kronis mungkin di klasifikasi sebagai tipe A atau tipe B. Tipe A ini terjadi pada bagian fundus atau korpus lambung. Tipe B (H. Pylori) mengenai bagian antrum dan pylorus. Mungkin berkaitan dengan bakteria H. Pylori. Faktor diit seperti minuman panas, bumbu penyedap, penggunaan obat, makan – maknan pedas, alkohol, merokok atau refluks isi usus ke dalam lambung.( Nuari 2015:134)

### 3. Etologi

Ada beberapa penyebab yang dapat mengakibatkan seseorang menderita gastritis antara lain mengosumsi obat - obatan kimia seperti asetaminofen, aspirin, dan seteroid kortikosteroid. Asetamnofn dan kortikosteroid dapat mengakibatkan seseorang iritasi pada mukosa lambung, sedangkan NSAIDS (Nonstroid Anti Imflammantion Drugs) dan kortikostoroid menghambat sintesis prostaglandin sehingga sekresi HCL meningkat dan menyebabkan suasana lambung menjadi sangat asam. Kondisi asam ni mengakibatkan iritasi lambung.

Penyebab lain adalah kosumsi alkohol. Alkohol menyebabkan kerusakan gaster. Terapi radiasi, feluk empedu zat-zat korosif (cuka, lada) dapat menyebabkan kerusakan mukosa gaster dan menyebabkan edema dan perdarahan. Kondisi yang stress seperti trauma, luka bakar, kemotrapi dan kerusakan susunan syaraf pusata akan merangsang peningkatan produksi HCL lambung. Selain itu, infeksi oleh bakteri seperti

*Helicobakteri Pylori, Eschericia coli, salmonella* dan lain lain juga di anggap sebagai pemicu.

#### 4. Patofisiologi

Gastritis di sebabkan bahan makanan, minuman, obat maupun zat kimia yang masuk ke dalam lambung menyebabkan iritasi dan erosi pada mukosa sehingga lambung kehilangan barrier/pelindung. Selanjutnya terjadi peningkatan difusi balik Ion Hydrogen. Gangguan difusi pada mukosa dan peningkatan sekresi asam lambung yang meningkat/banyak. Asam lambung dan enzim pencernaan. Kemudian menginvasi mukosa lambung dan terjadilah reaksi peradangan. Inilah yang di sebut gastritis. Respon mukosa lambung terhadap kebanyakan penyebab iritasi tersebut adalah dengan regenerasi mukosa, karna itu gangguan-gangguan tersebut seringkali menghilang dengan sendirinya. Dengan iritasi yang terus menerus, jaringan menjadi meradang dan dapat terjadi pendarahan. Masuknya zat-zat seperti asam dan basa kuat yang bersifat korosip mengakibatkan peradangan dan pada dinding lambung. (Nuari 2015;137)

#### 5. Manifestasi klinis

Manifestasi klinis pada pasien dengan gastritis antara lain adalah sebagai berikut: (Mardalena 2017:590)

- a. Gastritis akut;
  - 1). Anoreksia
  - 2). Mual
  - 3). Muntah
  - 4). Nyeri epigastrium

5). Pendarahan saluran cerna pada hematemesis melena, tanda lebih lanjut yaitu terkena anemia

b. Gastritis kronik

- 1). Nyeri ulu hati
- 2). Anoreksia
- 3). Nausea
- 4). Anemia

6. Pemeriksaan diagnostic

Menurut (Nuari 2015;137) penderita di diagnosa Gastritis apabila melakukan pemeriksaan sebagai berikut:

a. Pemeriksaan Darah

Tes di gunakan untuk memeriksa dan memastikan ada atau tidaknya antibody *H. Pylari* dalam darah, hasil test yang didapatkan positif menunjukkan bahwa pasien pernah kontak dengan bakteri pada suatu waktu dalam hidupnya, tetapi itu tidak menunjukkan bahwa pasien tersebut terkena infeksi. Tes darah dapat juga di lakukan untuk memeriksa penyakit lainnya seperti terjadi atau tidaknya anemia, yang terjadi akibat pendarahan lambung akibat gastritis.

b. Pemeriksaan Feses

Tes ini memeriksa adakah *H. Pylari* dalam feses atau tiadak. Hasil yang positif dapat mengindikasikan terjadinya infeksi. Pemeriksaan dilakukan terhadap adanya darah dalam feses. Hal itu menunjukkan ada atau tidaknya pendarahan pada lambung.

c. Endoskopi Saluran Cerna Atas

Dengan tes ini di gunakan untuk dapat terlihat adanya ketidak normalan pada saluran cerna bagian atas yang mungkin tidak terlihat dari sinar-X. Tes ini dilakukan dengan cara memasukan sebuah selang kecil yang fleksible (endoskop) melalui mulut dan masuk ke dalam esophagus, lambung dan bagian atas usus kecil.

#### d. Rontgen Saluran Cerna

Tes ini akan melihat adanya tanda-tanda Gastritis atau penyakit pencernaan lainnya. Biasanya di minta menelan cairan barium terlebih dahulu sebelum di lakukannya rontgen. Cairan ini akan melapisi saluran cerna dan akan terlihat lebih jelas ketika di rontgen.

### 7. Penatalaksanaan

Soeparman (2005 hal 243) Menyatakan pengobatan penatalaksanaan yang meliputi Gastritis Akut dan Kronis yaitu :

- a. Instruksikan pasien untuk menghindari minuman yang beralkohol dan makan – makan pedas.
- b. Jika gejala - gejala menetap, mungkin perlu di perlukan cairan IV.
- c. Jika terdapat pendarahan, penatalaksanaan serupa dengan hemoragik yang terjadi pada saluran gastrointestinal bagian atas.
- d. Jika Gastritis terjadi akibat menelan asam kuat atau alkali, encerkan dan netralkan asam dengan antasida umum, misalnya, aluminium.
- e. Jika gastritis terjadi akibat basa kuat maka, gunakan sari buah jeruk yang encer atau cuka di encerkan.
- f. Jika korosi parah, hindari terjadinya muntah dan bilas lambung untuk menghindari bahaya perforasi.

## 8. Komplikasi

Gastritis Mempunyai Komplikasi Meliputi:

### a. Gastritis Akut

Terdapat perdarahan di Saluran Cerna Bagian Atas (SCBA) berupa hematemesis dan melena, dapat berakhir sebagai syok hemoragik. Perdarahan SCBA sama dengan tukak peptik yang membedakan penyebab utama adalah infeksi *H. Pylori* sebesar 100% pada tukak lambung diagnosis ditegakkan dengan pemeriksaan endoskopi

### b. Gastritis Kronik

- 1). Perdarahan saluran cerna bagian atas
- 2). Ulkus
- 3). Perporasi
- 4). Anemia karena gangguan absorbs vitamin B12

## B. Konsep kebutuhan dasar manusia

Gangguan pemenuhan kebutuhan pada kasus Gastritis adalah gangguan pemenuhan kebutuhan Aman dan Nyaman yaitu rasa nyeri

### 1. Pengertian

Pada khusus gastritis salah satu gejala yang di alami adalah nyeri ulu hati. Nyeri menyebabkan gangguan rasa aman dan nyaman yang dapat mengganggu aktifitas sehari - hari. Setiap manusia memiliki kebutuhan tertentu dalam hidupnya yang harus di penuhi untuk mempertahankan keseimbangan fisiologis dan psikologis agar manusia dapat mempertahankan kehidupan dan kesehatan.

Menurut Abram Maslow sebagaimana yang dikemukakan

oleh (Uliya 2020:6) bahwa Kebutuhan Dasar Manusia dibagi menjadi lima macam yaitu sebagai berikut:

- a. Kebutuhan fisiologis merupakan kebutuhan paling dasar, yaitu kebutuhan fisiologis seperti oksigen, cairan (minuman), nutrisi (makanan), keseimbangan suhu tubuh, eliminasi, tempat tinggal, istirahat dan tidur, serta kebutuhan seksual.
- b. Kebutuhan rasa aman dan perlindungan dibagi menjadi perlindungan fisik dan perlindungan psikologis.:
  - 1). Perlindungan fisik meliputi perlindungan atas ancaman terhadap tubuh atau hidup seseorang.
  - 2). Perlindungan psikologis, yaitu perlindungan atas ancaman dari pengalaman yang baru. Misalnya, kekhawatiran yang dialami seseorang ketika masuk sekolah pertama kali karena merasa terancam oleh keharusan untuk berinteraksi dengan orang lain.
- c. Kebutuhan rasa cinta serta rasa memiliki dan dimiliki, antara lain memberi dan menerima kasih sayang, mendapatkan kehangatan keluarga, memiliki sahabat, diterima oleh kelompok sosial.
- d. Kebutuhan akan harga diri ataupun perasaan dihargai oleh orang lain. Kebutuhan ini terkait dengan keinginan untuk mendapatkan kekuatan, mendapatkan semangat untuk meraih prestasi, rasa percaya diri.
- e. Kebutuhan aktualisasi diri, merupakan kebutuhan tertinggi dalam hierarki Maslow, berupa kebutuhan untuk berkontribusi pada orang lain/lingkungan serta mencapai potensi diri sepenuhnya. (Uliyah, 2020: 6)

## 2. Etiologi nyeri

Penyebab nyeri dapat di klasifikasi ke dalam dua golongan yaitu penyebab yang berhubungan dengan fisik dan berhubungan dengan psikis. Secara fisik misalnya, penyebab nyeri adalah trauma (baik trauma mekanik, kimiawi, maupun elektrik), neoplasma, peradangan, gangguan sirkulasi darah, dan lain lain. Secara psikis, penyebab adanya nyeri dapat terjadi karena adanya trauma psikologis (Asmadi, 2008:114)

## 3. Fisiologis nyeri

Nyeri merambat dan di persepsikan oleh individu masih belum sepenuhnya di mengerti. Namun, bisa tidaknya nyeri di rasakan dan derajat nyeri tersebut mengganggu dan di pengaruhi oleh sistem algesia tubuh dan transmisisistem syaraf serta interpretasi stimulus. (Saputra 2013;210)

## 4. Stimulus nyeri

Beberapa factor yang dapat menjadi stimulus nyeri atau menyebabkan nyeri karna menekan reseptor nyeri. Contoh faktor faktor tersebut adalah trauma atau gangguan pada jaringan tubuh, tumor, iskemia pada jaringan dan spasme otot (Saputra 2013:214).

## 5. Cara Pengukuran nyeri

### a. menurut Hayward (Saputra 2013;2018)

Pengukuran intensitas nyeri dengan menggunakan skala nyeri Hayward di lakukan dengan cara meminta penderita untuk memilih salah satu bilangan (dari 0-10) yang menurutnya paling menggambarkan pengalaman nyeri yang di rasakan. Skala angka nyeri 0-10 (*comparative pain scale*), dari 10 angka tersebut dapat di kelompokkan yaitu:



- 1). Skala nyeri 0 (tidak nyeri)
- 2). Skala nyeri 1-3 (nyeri ringan) nyeri masih dapat di tahan dan tidak mengganggu pola aktifitas klien.
- 3). Skala nyeri 4-6 (nyeri sedang) nyeri sedikit kuat sehingga dapat mengganggu pola aktifitas klien.
- 4). Skala nyeri 7-10 (nyeri berat) nyeri yang sangat kuat dan berat sehingga memerlukan terapi medis dan tidak dapat melakukan pola aktifitas secara mandiri membutuhkan bantuan orang lain.

b. Skala nyeri menurut McGill

Pengukuran intensitas nyeri dengan menggunakan skala nyeri McGill dilakukan dengan cara meminta penderita untuk memilih salah satu bilangan (0-5) yang menurutnya pasien paling menggambarkan pengalaman nyeri yang di rasakan.

Skala nyeri menurut MGill dapat di tuliskan sebagai berikut.

- 0 = Tidak nyeri
- 1 = Nyeri ringan
- 2 = Nyeri sedang
- 3 = Nyeri berat
- 4 = Nyeri sangat berat
- 5 = Nyeri hebat

c. Skala wajah atau Wong-Baker Faces Rating Scale

Pengukuran intensitas nyeri dengan skala wajah dilakukan dengan cara memperhatikan mimik wajah pasien pada saat nyeri terjadi apakah pada wajah klien terlihat sedang menahan nyeri.

## 6. Penatalaksanaan Nyeri

Mengurangi faktor yang dapat menambah dan memperparah nyeri yang terjadi, misalnya ketidakpercayaan, kesalahpahaman, ketakutan, kelelahan, dan kebosanan. (Hidayat 2014;224)

### a. Ketidakpercayaan

- 1) Sampaikan pada pasien dengan kata-kata yang dapat meyakinkan bahwa anda mengakui rasa nyeri yang di deritanya,
- 2) Jelaskan pada pasien bahwa anda mengkaji rasa nyeri pasien untuk lebih memahami tentang nyerinya, bukan untuk memastikan bahwa nyeri tersebut benar-benar di rasakan pasien.

### b. Kesalah pahaman dan Ketakutan

- 1). Jelaskan penyebab nyeri kepada pasien jika penyebabnya di ketahui tentang nyeri yang di alami klien,
- 2). Jelaskan lamanya nyeri akan berlangsung jika di ketahui secara pasti,
- 3). Jelaskan prosedur tindakan yang akan di lakukan serta rasa nyeri atau ketidak nyamanan yang mungkin akan dirasakan dan perkiraan waktu yang di butuhkan untuk melakukan tindakan tersebut.

### c. Kelelahan dan keletihan

- 1). Tentukan penyebab keletihan yang di rasakan oleh pasien, misalnya karna sedatif, analgesik, atau gangguan tidur atau aktifitas terlalu mengurasa tenanga dan merasa keletihan.
- 2). Kembangkan pola aktifitas yang di lakukan pasien secara efektif dalam ke sehariannya, seperti memberikan waktu istirahat yang cukup dan aktifitas yang seimbang.

d. Kebosanan atau kehidupan yang monoton

Berikan metode distraksi (penglihatan) yang bersifat terapeutik, misalnya bernafas secara berirama, memijat dengan pelan, mendengarkan musik, menonton, membaca buku atau majalah, membayangkan hal-hal yang menyenangkan.

e. Menggunakan metode pereda nyeri yang noninvasi yaitu dengan cara metode relaksasi dan analgesik:

1). Metode non farmakologi dengan teknik relaksasi menganjurkan pasien untuk menarik nafas dalam sehingga paru-paru terisi penuh, menghembuskan nafas secara perlahan serta melemaskan otot-otot tangan, kaki dan perut dan punggung, dan dapat mengurangi nyeri dan meredakan nyeri yang dirasakan pasien.

2). Memberikan pereda dengan menggunakan analgesik sesuai dengan program yang ditentukan. Obat analgesik berfungsi untuk mengganggu atau menghalangi transmisi stimulus agar terjadi perubahan persepsi terhadap nyeri. Obat analgesik dibagi menjadi dua jenis, yaitu golongan narkotika dan golongan bukan narkotika.

a). Analgesik golongan narkotika

Analgesik golongan narkotika berfungsi untuk menurunkan tekanan darah dan menimbulkan depresi pada fungsi vital, misalnya respirasi. Contoh adalah morfin sulfat, kodein sulfat, buprenorphine hydrochloride.

b). Analgesik bukan golongan narkotika aspirin, Asetaminofen, Nonsteroid Anti Inflammatory Drug (NSAID)

### C. Konsep asuhan keperawatan

Pengkajian merupakan tahap awal dan dasar utama dari proses perawatan. Tahap pengkajian terdiri atas pengumpulan data. Data yang di kumpulkan meliputi data biologis, psikologis, sosial, dan spiritual.

#### 1. Pengkajian

Pengkajian Pada Pasien Gastritis Menurut (Nuari 2015;138)

##### a. Penampilan umum

Pada pengkajian keperawatan perawat menghubungkan dengan keadaan fisikologis, patofisilogisa dan patofisiologis pasien. Pasien diminta untuk menggambarkan apakah terasa nyeri, pucat, lemas. Pengkajian pada masalah nyeri secara umum yaitu pemicu nyeri, kualitas nyeri, lokasi nyeri, intesitas nyeri dan waktu serangan. pengkajian PQRST antara lain:

- 1). P: Provoking, atau pemicu menimbulkan nyeri  
meningkat dan berkurang
- 2). Q: Quality, atau kualitas nyeri misalnya rasa tajam atau tumpul
- 3). R: Region, atau lokasi
- 4). S: Severity, atau intensitas nyeri, yaitu intesitas nyeri
- 5). T: Time atau waktu, jangka waktu serangan dan frekuensi nyeri.

##### b. Berat badan

Pengkajian difokuskan pada pertanyaan perawat, adakah klien mengalami kehilangan berat badan secara tiba-tiba, adalah klien mengalami kenaikan berat badan. Adakah masalah dalam aktivitas yang terganggu yang di alami oleh klien, adakah klien mengalami aktivitas yang berlebihan, adakah klien mengalami tidak cukupnya energi fisiologi

atau psikologi untuk bertahan atau dalam menyelesaikan aktivitas atau kegiatan sehari - hari yang diinginkan klien, apakah klien merasakan istirahat dengan cukup bila nyeri timbul pada malam hari, adakah kebiasaan klien terlambat untuk makan, atau kebiasaan makan - makanan pedas mengandung gas ,asam atau klien sering minum yang beralkohol.

## 2. Diagnose keperawatan

Diagnose keperawatan pada kasus gastritis menurut Nuari (2015: 139)

- a. Nyeri kronis b.d peradangan mukosa lambung d.d nyeri pada ulu hati, dengan batasan karakteristik: perubahan selera makan, lemah, pucat, perubahan tekanan darah, perubahan pada prekuensi pernapasan, sikap melindungi area nyeri, dan gangguan pola tidur .
- b. Gangguan pola tidur b.d kurangnya kontrol tidur d.d sulit tidur, dengan batasan karakteristik: perubahan pola tidur normal, ketidakpuasan tidur, menyatakan sering terjaga, menyatakan tidak merasa cukup istirahat.
- c. Risiko defisit nutrisi b.d faktor fisiologis (keinginan untuk makan) d.d mual, karakteristik : mengeluh mual, turgor kulit menurun dan lemas.

## 3. Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan adalah serangkaian tindakan yang dapat mencapai tiap tujuan khusus yaitu untuk mengurangi keluhan - keluhan yang di rasakan klien. Perencanaan keperawatan meliputi perumusan tujuan, tindakan dan penilaian rangkaian asuhan keperawatan pada klien berdasarkan analisa pengkajian agar masalah kesehatan dan keperawatan dapat di atasi dengan baik.( Nurjannah 2005 : 11). Interensi keperawatan dengan gangguan penyakit gastritis adalah sebagai berikut.

Tabel 1.2  
Rencana Keperawatan

NO	DIAGNOSA	SLKI	SIKI
1	2	3	4
1	<p>Nyeri kronis b/d pencedraan fisiologis (inflamasi) d/d nyeri pada ulu hati</p> <p>Ds: 1. Mengeluh nyeri 2. Merasa depresi</p> <p>Do: 1. Tampak meringis 2. Gelisah 3. Anoreksia 4. Pola tidur berubah</p>	<p>Kontrol nyeri (L.08063)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Melaporkan nyeri terkontrol</li> <li>Mampu mengenali nyeri</li> <li>Mampu mengetahui penyebab nyeri</li> <li>Mampu menggunakan teknik non-farmakologi untuk mengurangi nyeri</li> <li>Penggunaan analgesic untuk mengurangi nyeri</li> </ol> <p>Tingkat Nyeri (L.08066)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Tidak ada keluhan nyeri</li> <li>Ekspresi wajah tidak meringis</li> <li>Tidak lagi kesulitan tidur</li> <li>Dapat beristirahatn dengan cukup</li> </ol>	<p>Manajemen nyeri ( I.08238)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>Identifikasi skala nyeri</li> <li>Identifikasi respons nyeri non verbal.</li> <li>Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi dan non farmakologi: tarik nafas dalam, akupressure, kompres)</li> <li>Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat</li> <li>Berikan informasi mengenai nyeri, dan penyebab</li> <li>Tingkatkan istirahat.</li> <li>Kontrol lingkungan dan berikan lingkungan yang nyaman.</li> <li>Monitor tanda-tanda vital (TD,Rr,Suhu,Nadi)</li> </ol>
2	<p>Gangguan pola tidur b/d kurangnya kontrol tidur d/d sulit tidur</p> <p>Ds: 1. Mengeluh sulit tidur 2. Tidur sering terjaga 3. Istirahat tida</p>	<p>Pola tidur (L.05045)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Tidak mengalami kesulitan tidur</li> <li>Tidur tidak terjaga</li> <li>Jam tidur tercukupi</li> <li>Istirahat tercukupi</li> </ol>	<p>Dukungan Tidur (I.051)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Identifikasi pola aktifitas tidur</li> <li>Identifikasi paktor pengganggu tidur</li> <li>Identifikasi mkanan dan minuman yang mengganggu tidur ( mis. Kopi,teh,alkohol)</li> <li>Catat pola tidur klien dan jumlah jam tidur</li> </ol>

1	2	3	4
	4. Cukup Do: 1. Lemah 2. Tampak menguap	5. Pola tidur teratur	6. Tentukan pola tidur atau aktivitas klien 7. Modifikasi lingkungan (mis. Pencahayaan, kebisingan, suhu dan tempat tidur)
3.	Risiko defisit nutrisi b/d faktor psikologis (keengangan untuk makan) d/d mual  Faktor risiko: 1. Faktor psikologis (mis. Stres, keengangan untuk makan) 2. Ketidakmampuan mencerna makanan 3. Ketidakmampuan menelan makanan	Status nutrisi (L.03030) 1. Porsi makan habis 2. Nafsu makan meningkat 3. Asupan makanan terpenuhi 4. Penyiapan makanan yang aman	Manajemen nutrisi 1. Identifikasi setatus nutrisi 2. Identifikasi alergi atau intoleransi makanan 3. Anjurkan klien untuk makan sedikit tapi sering 4. Identifikasi asupan makanan 5. Jaga kebersihan muat dan gigi 6. Tawarkan makanan yang ringan padat gizi

## 1. Implementasi

Komponen implementasi dalam proses keperawatan mencakup penerapan keterampilan yang di perlukan untuk mengimplentasikan intervensi keperawatan. Keterampilan dan pengetahuan yang di perlukan untuk implementasi biasanya berfokus pada :

- a. Melakukan aktivitas untuk pasien atau membantu pasien.
- b. Melakukan pengkajian keperawatan untuk mengidentifikasi masalah baru .
- c. Memberikan pendidikan kesehatan untuk membantu pasien mendapatkan pengetahuan yang baru tentang kesehatan atau penatalaksanaan gangguan.

- d. Membantu pasien membuat keputusan tentang layanan kesehatan sendiri.
- e. Berkonsultasi dan membuat rujukan pada profesi kesehatan lainnya untuk mendapatkan pengarahan yang tepat.
- f. Member tindakan yang spesifik untuk menghilangkan, masalah kesehatan.
- g. Membantu pasien melakukan aktifitasnya sendiri.
- h. Membantu pasien mengidentifikasi resiko atau masalah dan menggali pilihan yang tersedia. (Mardalena 2017:67)

Implementasi keperawatan yang di lakukan meliputi tindakan mandiri dan kolaborasi perawat (Nuari 2013:142)

#### f. Evaluasi

Evaluasi adalah tahap akhir proses keperawatan yang merupakan perbandingan dari yang sistematis dan terencana antara hasil akhir yang teramati dan tujuan atau kriteria hasil yang di buat pada tahap perencanaan. Atau catatan perkembangan yang di alami oleh pasien setelah di berikan implementasi keperawatan. (Nuari 2015;142)

Untuk memudahkan perawat mengidentifikasi atau memantau perkembangan klien, digunakan komponen SOAP :

S: Data subjektif, data yang di dapat dari keluhan klien langsung

O: Data objektif, data dari hasil observasi perawat secara langsung

A: Analisis merupakan interpretasi dari subyektif dan obyektif. Analisis merupakan diagnosis keperawatan yang masih terjadi atau juga dapat dituliskan masalah baru dalam perubahan status kesehatan

P: Planning, perencanaan perawatan yang akan dilakukan, dilanjutkan, dimodifikasi, dari rencana tindakan yang telah ditentukan sebelumnya