

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

1.1. Konsep Dyspepsia

1.1.1. Definisi Dyspepsia

Dyspepsia merupakan rasa nyeri atau tidak nyaman di bagian ulu hati. Kondisi ini dianggap gangguan di dalam tubuh yang diakibatkan reaksi tubuh terhadap lingkungan sekeliling. Reaksi ini menimbulkan gangguan ketidakseimbangan metabolisme dan seringkali menyerang individu usia produktif, yakni usia 30-50 tahun (Ida, 2018).

1.1.2. Etiologi Dyspepsia

Berdasarkan penyebabnya, Dyspepsia dibedakan menjadi dua jenis, yaitu Dyspepsia organik dan Dyspepsia fungsional (Ida, 2018).

a. Dyspepsia organik

Dyspepsia organik artinya Dyspepsia yang penyebabnya sudah pasti. Dyspepsia jenis ini jarang ditemukan pada pasien usia lebih dari 40 tahun. Penyebabnya antara lain sebagai berikut:

- 1) Dyspepsia tukak (ulcus-like Dyspepsia). Gejala yang ditemukan biasanya nyeri ulu hati pada waktu tidak makan/perut kosong.
- 2) Dyspepsia tidak tukak. Gejalanya sama dengan Dyspepsia tukak, bisa pada pasien gastritis, duodenitis, tetapi pada pemeriksaan tidak ditemukan tanda-tanda tukak.

- 3) Refluks gastroesofagus. Gejala berupa rasa panas di dada dan regurgitasi terutama setelah makan.
- 4) Penyakit saluran empedu. Keluhan berupa nyeri mulai dari perut kanan atas atau ulu hati yang menjalar ke bahu kanan dan punggung.

5) Karsinoma

- a) Kanker esofagus. Keluhan berupa disfagia, tidak bisa makan, perasaan penuh diperut, penurunan berat badan, anoreksia, adenopati servikal, dan cegukan setelah makan.
- b) Kanker lambung. Jenis yang paling umum terjadi adalah adenokarsinoma atau tumor epitel. Keluhan berupa rasa tidak nyaman pada epigastrik, tidak bisa makan, dan perasaan kembung setelah makan.
- c) Kanker pankreas. Gejala yang paling umum antara lain penurunan berat badan, ikterik, dan nyeri daerah punggung atau epigastrik.
- d) Kanker hepar. Gejala berupa nyeri hebat pada abdomen dan mungkin menyebar ke scapula kanan, penurunan berat badan, epigastrik terasa penuh, dan anoreksia.
- e) Obat-obatan golongan Non Steroid Inflammamatory Drugs (NISD) dengan keluhan berupa rasa sakit atau tidak enak di daerah ulu hati, disertai mual dan muntah.

f) Pankreatitis, keluhan berupa nyeri mendadak yang menjalar ke punggung, perut terasa makin tegang dan kencang.

g) Sindrom malabsorpsi, keluhan berupa nyeri perut, mual, anoreksia, sering flatulensi dan perut kembung.

h) Gangguan metabolisme adalah kondisi dimana tubuh menghasilkan nutrisi yang berlebihan atau yang kurang bagi tubuh.

b. **Dyspepsia fungsional**

Dyspepsia ini tidak memunculkan kelainan organik melainkan kelainan fungsi dari saluran cerna. Penyebabnya antara lain:

1) Faktor asam lambung, pasien biasanya sensitif terhadap kenaikan produksi asam lambung dan hal tersebut menimbulkan nyeri.

2) Kelainan psikis, stres, dan faktor lingkungan. Stres dan faktor lingkungan berperan penting pada kelainan fungsional saluran cerna, menimbulkan gangguan sirkulasi, motilitas, dan vaskularisasi.

3) Gangguan motilitas. Mekanisme timbulnya gejala Dyspepsia mungkin dipengaruhi oleh susunan saraf pusat, gangguan motilitas di antaranya pengosongan lambung lambat, abnormalitas kontraktif, refluks gastroduodenal.

4) Penyebab lain-lainnya seperti adanya kuman *Helicobacter pylori*, gangguan motilitas atau gerak mukosa lambung, konsumsi banyak makan berlemak, kopi, alkohol, rokok, perubahan pola makan dan

pengaruh obat-obatan yang dimakan secara berlebihan dan dalam waktu lama (Ida, 2018).

1.1.3. Patologi

Patofisiologi Dyspepsia adalah faktor lingkungan, terutama berhubungan dengan infeksi *helicobacter pylori*, penggunaan obat-obatan *anti-inflamasi non-steroid (OAINS)* pada kelompok resiko tinggi. Asam lambung, dan gangguan motorik gastrointestinal. Faktor-faktor resiko secara epidemiologis untuk terinfeksi *H. pylori* adalah orang yang terlahir di Negara berkembang, status sosial ekonomi yang rendah, kondisi lingkungan yang tidak memenuhi standar kesehatan, makanan dan air yang tidak higienis (Bayupurnama, 2019).

Konsumsi makanan memainkan peranan penting pada perjalanan penyakit Dyspepsia. Tekstur makanan dapat mempengaruhi manifestasi Dyspepsia. Makanan tinggi lemak memperlambat pengosongan lambung dan dapat menyebabkan Dyspepsia, sedangkan pola makan yang tidak teratur juga bisa menjadi faktor penyebab terjadinya Dyspepsia. Pengosongan lambung lebih cepat dibandingkan dengan pengosongan lambat pada pasien akan menunjukkan gejala Dyspepsia. Biasanya setelah makan, fundus lambung menjadi rileks, menurunkan perasaan kenyang. Pada pasien dengan Dyspepsia, perut juga mengalami hipersensitivitas. Terganggunya fisiologi lambung dapat mengubah asupan makanan dalam lambung (Talley, 2016).

Perubahan pola makan yang tidak teratur, obat-obatan yang tidak jelas, zat-zat seperti nikotin dan alkohol serta adanya kondisi kejiwaan yang stres. Pemasukan makanan menjadi kurang dapat mengakibatkan erosi pada lambung akibat gesekan antara dinding lambung. Kondisi ini demikian dapat mengakibatkan produksi HCl yang merangsang terjadinya kondisi asam pada lambung, sehingga merangsang di medulla oblongata membawa implus muntah sehingga intake tidak adekuat baik makan maupun cairan (Haryono, 2012).



1.1.4. Manifestasi Klinis

Haryono (2012), menjelaskan bahwa tanda dan gejala Dyspepsia yang mungkin muncul antara lain:

- a. Nyeri perut (abdominal discomfort)
- b. Rasa perih di ulu hati
- c. Mual, kadang-kadang sampai muntah
- d. Nafsu makan berkurang
- e. Rasa lekas kenyang
- f. Perut kembung
- g. Rasa panas di dada dan perut.

1.1.5. Pemeriksaan Penunjang

- a. Pemeriksaan laboratorium

Pemeriksaan laboratorium biasanya meliputi hitung jenis sel darah yang lengkap atau HDL tes ini juga sering di sebut tes hematologi. Pemeriksaan jenis sel darah termasuk sel darah merah, sel darah putih dan trombosit. Pemeriksaan darah dalam tinja dan urin. Dari hasil pemeriksaan darah bila ditemukan leukositosis berarti ada tanda-tanda infeksi, pada pemeriksaan tinja, jika tampak cair dan berlendir, atau banyak mengandung lemak berarti kemungkinan menderita malabsorpsi. Seorang yang diduga menderita Dyspepsia tukak sebaiknya di periksa asam lambung pada karsinoma saluran pencernaan perlu di periksa petanda tumor, misalnya dugaan karsinoma kolon perlu diperiksa Carcinoembryonic antigen (CEA) dugaan karsinoma prankeas

perlu diperiksa CA 19-9. Pada Dyspepsia fungsional biasanya hasil laboratorium dalam batas normal (Haryono,2012).

b. Radiologi

Pemeriksaan radiologi banyak menunjang diagnosa suatu penyakit saluran maka, setidaknya-tidaknya perlu dilakukan pemeriksaan radiologi

terhadap saluran makan bagian atas. Sebaiknya menggunakan kontras ganda. Pada refluks gastroesofageal akan tampak peristaltik di esofagus yang menurun terutama di bagian distal, tampak anti-peristaltik di antrum yang masuk ke intestine. Pada tukak baik di lambung, maupun di duodenum akan terlihat gambar yang disebut niche, yaitu suatu kawah dari tukak yang terisi kontras media. Bentuk niche dari tukak yang jinak umumnya regular, semisirkuler, dengan dasar licin. Kanker di lambung secara radiologi, akan tampak massa yang ireguler tidak terlihat peristaltik di daerah kanker, bentuk dari lambung berubah (Haryono, 2012).

c. Endoskopi (Esofago-gastro-duodenoskopi)

Sesuai definisi bahwa pada Dyspepsia fungsional, gambaran endoskopinya normal atau tidak spesifik. Dengan endoskopi dapat dilakukan pemeriksaan biopsy mukosa untuk mengetahui keadaan patologis mukosa lambung yang disebabkan oleh bakteri H.pylori atau disebut tes CLO (Ida, 2018).

d. USG (Ultrasonografi)

Merupakan diagnostik yang tidak invasif, akhir-akhir ini makin banyak di manfaatkan untuk membantu menentukan diagnostik dari suatu penyakit, apalagi alat ini tidak menimbulkan efek samping, dapat di gunakan setiap saat dan pada kondisi klien yang berat pun dapat dimanfaatkan (Haryono, 2012).

1.1.6. Penatalaksanaan Medis

Berdasarkan konsensus nasional penanggulangan helicobacter pylori 1996, di tetapkan skema penatalaksanaan Dyspepsia yang dibedakan bagi sentra kesehatan dengan tenaga ahli (gastroenterology atau internis) yang di sertai fasilitas endoskopi dengan pelaksanaan Dyspepsia di masyarakat (Haryono, 2012). Pengobatan Dyspepsia mengenal beberapa golongan obat yaitu :

a. Antasida

Obat antasida di gunakan untuk menetralkan asam lambung atau mengikat cairan lambung. Dipakai untuk mengobati penyakit pada saluran pencernaan yang di akibatkan asam lambung, seperti tukak pada esofagus, lambung, atau usus dengan gejala seperti nyeri lambung, mual, muntah dan muntah. Pemakaian ini sebaiknya juga terus-menerus, sifatnya sistematis, untuk mengurangi nyeri.

b. Antagonis reseptor

Golongan obat ini bnyak digunakan untuk megobati orgaik atau esensial tukak peptic. Obat yang termasuk golongan antagonis reseptor h₂ antara lain simentidin, roksatidin, ranitidin, dan famotidine.

c. Penghambat pompa asam

Sesuai dengan namanya, golongan obat ini mengatur sekresi asam lambung pada stadium akhir dari proses sekresi asam lambung. Obat-obat yang termasuk golongan PPI (proton pump inhibitor) adalah omeprazol, lansoprazol, dan pantoprazol.

d. Sitoprotektif

Prostaglandin sintetik seperti misoprostol (PGE1) dan enprostil (PGE2). Selain bersifat sitoprotektif, juga menekan sekresi asam lambung oleh sel parietal. Sukralfat berfungsi meningkatkan produksi mukus dan meningkatkan sekresi bikarbonat mukosa, serta membentuk lapisan protektif (sebagai site protective) yang bersenyawa dengan protein sekitar lesi mukosa saluran cerna bagian atas.

e. Golongan prokinetik

Obat yang termasuk golongan prokinetik, yaitu sisaprid, donperidon dan metoklopramid, golongan ini cukup efektif untuk mengobati Dyspepsia fungsional dan refluks esophagitis dengan mencegah refluks dan memperbaiki kebersihan asam lambung (*acid clearance*).

1.1.7. Penatalaksanaan Keperawatan

Menurut Haryono, (2012), penatalaksanaan keperawatan pada pasien dengan Dyspepsia meliputi:

- a. Menghindari makanan yang dapat meningkatkan asam lambung.
- b. Menghindari faktor resiko seperti alkohol, makanan yang pedas, obat-obatan yang berlebihan, nikotin rokok, dan stres

- c. Mengatur pola makan yang baik dan teratur, pilih makanan yang seimbang dengan kebutuhan dan jadwal makan yang teratur
- d. Mengajukan makan dalam porsi yang kecil, tetapi sering dan dianjurkan untuk makan 5-6 kali sehari

1.1.8. Komplikasi

Komplikasi yang mungkin muncul pada penderita Dyspepsia antara lain pendarahan saluran cerna bagian atas, ulkus peptikum, perforasi lambung, dan anemia. (Ida, 2018).

1.2. Konsep Nyeri

1.2.1. Definisi Nyeri

Nyeri merupakan kondisi berupa perasaan tidak menyenangkan bersifat sangat subyektif karena perasaan nyeri berbeda pada setiap orang dalam hal skala atau tingkatannya, dan hanya orang tersebutlah yang dapat menjelaskan atau mengevaluasi rasa nyeri yang dialaminya (Musrifatul, 2011 dalam Utami, 2014).

Nyeri adalah pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan akibat dari kerusakan jaringan aktual atau potensial sehingga menjadikan alasan utama seseorang untuk mencari bantuan perawatan kesehatan (IASP dalam Santoso, 2015)

Nyeri merupakan tanda peringatan bahwa terjadi kerusakan jaringan yang harus menjadi pertimbangan utama keperawatan saat mengkaji nyeri (Susanti, 2014 dalam Agustina, 2016).

1.2.2. Klasifikasi Nyeri

1.2.2.1. Klasifikasi Nyeri berdasarkan Awitan

Nyeri berdasarkan waktu kejadian dapat dikelompokkan sebagai nyeri akut dan nyeri kronis menurut Tamsuri (2012) dalam Kurniawan (2015).

a. Nyeri akut

Nyeri akut adalah nyeri yang terjadi dalam waktu atau durasi 1 detik sampai dengan kurang dari 6 bulan. Nyeri akut dapat menghilang dengan sendirinya dengan atau tanpa tindakan setelah kerusakan jaringan menyembuh.

b. Nyeri kronis

Nyeri kronis adalah nyeri yang terjadi dalam waktu lebih dari 6 bulan. Nyeri kronis umumnya timbul tidak teratur, intermiten atau bahkan persisten. nyeri ini menimbulkan kelelahan mental dan fisik bagi penderitanya.

1.2.2.2. Klasifikasi Nyeri Berdasarkan Lokasi

Berdasarkan lokasi nyeri, nyeri dapat dibedakan menjadi lima jenis, yaitu.

- a. Nyeri somatik dalam (*deep somatic pain*) adalah nyeri yang terjadi pada otot tulang serta struktur penyangga lainnya, umumnya nyeri bersifat tumpul dan distimulasikan dengan adanya perenggangan iskemia.

- b. Nyeri *visceral* adalah nyeri yang disebabkan oleh kerusakan organ interna.
- c. Nyeri sebar (*radiasi*) adalah sensasi nyeri yang meluas dari sensasi asal ke jaringan sekitar.
- d. Nyeri bayangan (*fantom*) adalah nyeri khusus yang dirasakan klien yang mengalami amputasi.
- e. Nyeri alih (*reffered pain*) adalah nyeri yang timbul akibat adanya nyeri *visceral* yang menjalar ke organ lain, sehingga nyeri pada beberapa tempat dan lokasi.

1.2.3. Etiologi

Penyebab utama penyakit nyeri sendi masih belum diketahui secara pasti. Faktor-faktor pencetus terbesar adalah faktor infeksi seperti bakteri, mikroplasma dan virus (Brunner & Sudarth, 2002 dalam Kurniawan, 2015).

Ada beberapa teori yang dikemukakan sebagai penyebab nyeri sendi yaitu:

- a. Mekanisme imunitas

Penderita nyeri sendi mempunyai auto antibody di dalam serumnya yang dikenal sebagai factor reumatik. Antibodinya adalah suatu faktor antigama globulin (IgM) yang bereaksi terhadap perubahan IgG titer yang lebih besar 1:100, biasanya dikaitkan dengan vaskulitis dan prognosis yang buruk.

- b. Faktor metabolik

Faktor metabolik dalam tubuh erat hubungannya dengan proses

autoimun.

- c. Faktor genetik dan faktor pemicu lingkungan

Penyakit nyeri sendi berkaitan dengan adanya penyakit genetic serta masalah lingkungan, persoalan perumahan dan penataan yang buruk dan lembab juga memicu penyebab nyeri sendi.

- d. Faktor usia

Degenerasi dari organ tubuh menyebabkan usia lanjut rentan terhadap penyakit, baik yang bersifat akut maupun kronis.

1.2.4. Faktor-faktor yang mempengaruhi

Faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri menurut Tamsuri (2012) dalam Kurniawan (2015) antara lain :

- a. Usia

Perbedaan usia dalam berespon terhadap nyeri. Anak kecil memiliki kesulitan untuk memahami dan mengekspresikan nyeri. pada lansia mereka lebih untuk melaporkan nyeri karena persepsi nyeri yang harus mereka terima, menyangkal merasakan nyeri karena takut akan konsekwensi atau tindakan media yang dilakukan dan takut akan penyakit dari rasa nyeri itu.

- b. Jenis kelamin

Seorang lelaki harus lebih berani sehingga tertanamkan yang menyebabkan mereka lebih tahan terhadap nyeri dibanding wanita.

- c. Kebudayaan

Beberapa kebudayaan meyakini bahwa memperlihatkan nyeri adalah

sesuatu yang wajar namun ada kebudayaan yang mengajarkan untuk menutup perilaku untuk tidak memperlihatkan nyeri.

d. Makna nyeri

Makna nyeri mempengaruhi pengalaman nyeri dan adaptasi terhadap nyeri.

e. Perhatian

Seseorang yang mampu mengalihkan perhatian, sensasi nyeri akan berkurang. Karena upaya pengalihan dihubungkan dengan respon nyeri yang menurun.

f. Ansietas

Ansietas sering meningkatkan persepsi nyeri dan nyeri dapat menimbulkan ansietas.

g. Keletihan

Keletihan meningkatkan persepsi nyeri yang menurunkan kemampuan.

h. Pengalaman sebelumnya

Seseorang dengan pengalaman nyeri akan lebih terbentuk koping yang baik dibanding orang yang pertama kali nyeri.

i. Gaya koping

Klien sering menemukan cara mengembangkan koping terhadap efek fisiologis. Gaya koping ini berhubungan dengan pengalaman nyeri.

j. Dukungan keluarga dan sosial

Kehadiran keluarga atau orang yang dicintai akan meminimalkan persepsi nyeri.

1.2.5. Patofisiologi

Pemahaman mengenai anatomi normal dan fisiologis persendian *diartrodial* atau *synovial* merupakan kunci untuk memahami patofisiologi penyakit nyeri sendi. Setiap sendi *synovial* memiliki kisaran gerak tertentu kendati masing-masing orang tidak mempunyai kisaran gerak yang sama pada sendi-sendi yang dapat digerakkan. Pada sendi *synovial* yang normal, kartilago artikuler membungkus ujung tulang pada sendi dan menghasilkan permukaan yang licin serta ulet untuk digerakan. Membran *synovial* melapisi dinding dalam kapsula fibrosa dan mensekresikan cairan kedalam ruang antara tulang. Cairan *synovial* ini berfungsi sebagai peredam kejut (*shock absorber*) dan pelumas yang memungkinkan sendi untuk bergerak secara bebas dalam arah yang tepat.

Sendi merupakan bagian tubuh yang sering terkena inflamasi dan degenerasi yang terlihat pada penyakit nyeri sendi. Meskipun memiliki keanekaragaman mulai dari kelainan yang terbatas pada satu sendi hingga kelainan multi sistem yang sistematis, semua penyakit rematik meliputi inflamasi dan degenerasi dalam derajat tertentu yang biasa terjadi sekaligus. Inflamasi akan terlihat pada persendian yang mengalami pembengkakan. Pembengkakan ini biasanya lebih ringan serta menggambarkan suatu proses reaktif dan lebih besar kemungkinannya untuk terlihat pada penyakit yang lanjut.

1.2.6. Pengkajian nyeri

Komponen pengkajian nyeri :

a. Lokasi

Nyeri superfisial biasanya dapat secara akurat ditunjukkan oleh klien, sedangkan nyeri yang timbul dari bagian dalam lebih dirasakan secara

umum. Nyeri dapat pula dijelaskan menjadi empat kategori yang berhubungan dengan lokasi yaitu :

- 1) Nyeri terlokalisir : nyeri jelas terlihat pada asalnya
- 2) Nyeri terproyeksi : nyeri sepanjang saraf atau serabut saraf spesifik
- 3) Nyeri radiasi : penyebaran nyeri sepanjang area asal yang tidak dapat dilokalisir
- 4) *Referred pain* / nyeri alih : nyeri dipersepsikan pada area yang jauh dari area rangsang nyeri.

b. Intensitas

Faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri adalah :

- 1) Distraksi atau konsentrasi dari klien pada suatu kejadian
- 2) Status kesadaran klien
- 3) Harapan klien

Nyeri dapat berupa (ringan, sedang, berat atau tak tertahankan).

Perubahan intensitas nyeri dapat menandakan adanya perubahan kondisi patologis klien.

c. Waktu dan lama (*time and duration*)

Perawat perlu mengetahui atau mencatat kapan nyeri mulai timbul, berapa lama, bagaimana timbulnya dan kapan nyeri terakhir timbul.

d. Kualitas

Mengkomunikasikan kualitas dari nyeri.

e. Perilaku non verbal

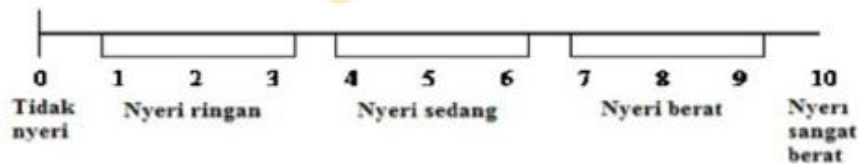
Perilaku *non verbal* yang dapat kita amati adalah antara lain ekspresi wajah, gemeretak gigi, menggigit bibir bawah dan lain-lain.

f. Faktor presipitasi

Beberapa faktor yang akan meningkatkan nyeri antara lain adalah lingkungan, skala ekstrim, kegiatan yang tiba-tiba, stressor fisik dan emosi.

1.2.7. Intensitas dan Pengukuran Nyeri

Intensitas nyeri dapat ditentukan dengan berbagai cara, salah satunya adalah bertanya pada pasien tentang nyeri atau ketidaknyamanan. Pengukuran intensitas nyeri menurut Tamsuri (2012) dalam Kurniawan (2015) dapat menggunakan skala sebagai berikut Skala nyeri NRS (*Numeric Rating Scale*)



Gambar 0.2 NRS (Numeric Rating Scale)

1.3. Konsep Relaksasi Teknik Nafas Dalam

1.3.1. Definisi

Teknik relaksasi adalah suatu teknik merileksasikan ketegangan otot yang dapat menunjang nyeri. Teknik relaksasi merupakan metode yang efektif terutama pada pasien yang mengalami nyeri kronis (Brunner and Suddarth, 2002) dalam Kurniawan (2015) Latihan pernafasan dan teknik relaksasi menurunkan konsumsi oksigen, frekuensi jantung dan ketegangan otot yang menghentikan siklus nyeri, ansietas dan ketegangan otot.

Teknik relaksasi nafas dalam merupakan bentuk asuhan keperawatan, yang dalam hal ini perawat mengajarkan kepada klien bagaimana cara melakukan nafas dalam, nafas lambat dan bagaimana menghembuskan nafas secara perlahan. Selain dapat menurunkan intensitas nyeri, teknik relaksasi nafas dalam ini juga dapat menciptakan kondisi rileks seluruh tubuh.

1.3.2. Jenis Jenis Teknik Relaksasi

Macam-macam relaksasi yaitu :

a. *Autogenic relaxation*

Autogenic relaxation merupakan jenis relaksasi yang diciptakan sendiri oleh individu yang bersangkutan. Cara seperti ini dilakukan dengan menggabungkan imajinasi visual dan kewaspadaan tubuh dalam menghadapi stress.

b. *Muxcle relaxation*

Teknik ini bertujuan untuk memberikan rasa nyaman pada otot-

otot. Ketika terjadi stress otot-otot pada beberapa bagian tubuh menjadi menegang, seperti otot leher, punggung, lengan. Teknik ini dilakukan dengan cara merasakan perubahan dan sensasi pada otot bagian tubuh tersebut. Teknik dapat dilakukan dengan cara : meletakkan kepala diantara kedua lutut (kira-kira selama 5 detik) dan rebahkan badan ke belakang secara perlahan selama 30 detik.

c. Visualisasi

Teknik ini merupakan bentuk kemampuan mental untuk berimajinasi seperti melakukan perjalanan ke suatu tempat yang nyaman atau damai atau situasi yang tenang. Teknik visualisasi ini seolah-olah menggunakan beberapa indera secara bersamaan.

1.3.3. Tujuan Teknik Relaksasi Nafas Dalam

Tujuan teknik relaksasi nafas dalam adalah untuk meningkatkan ventilasi alveoli, memelihara pertukaran gas, mencegah atelektasi paru, meningkatkan efisiensi batuk, mengurangi stress fisik maupun emosional yaitu intensitas nyeri dan menurunkan kecemasan.

1.3.4. Prosedur Teknik Relaksasi Nafas Dalam

Langkah-langkah teknik relaksasi nafas dalam menurut Tambunan (2009) adalah sebagai berikut :

- a. Atur pasien pada posisi yang nyaman
- b. Minta pasien menempatkan tangannya ke bagian dada dan perut
- c. Minta pasien untuk menarik nafas melalui hidung secara perlahan dan merasakan kembang kempisnya perut

- d. Minta pasien untuk menahan nafas selama beberapa detik kemudian keluarkan nafas secara perlahan melalui mulut
- e. Beritahukan pasien bahwa pada saat mengeluarkan nafas, mulut pada posisi mecucu
- f. Minta pasien untuk mengeluarkan nafas sampai perut mengempis
- g. Lakukan latihan nafas ini 2-4 kali

Supaya relaksasi dapat dilakukan dengan efektif, maka diperlukan partisipasi individu dan kerja sama. teknik relaksasi diajarkan hanya saat klien sedang tidak merasakan rasa tidak nyaman yang akut, hal ini dikarenakan ketidakmampuan dalam berkonsentrasi membuat latihan nafas menjadi tidak efektif.

Tabel 0.1 SOP Teknik Relaksasi Napas Dalam

Standar Operasional Prosedur Pemberian	
Teknik Relaksasi Nafas Dalam	
Pengertian	Teknik relaksasi nafas dalam merupakan suatu bentuk asuhan kepaerawatan yang dalam hal ini perawat mengajarkan kepada klien bagaimana cara melakukan nafas dalam, nafas lambat dan bagaimana menghembuskan nafas secara perlahan

Tujuan	Untuk mengurangi ketegangan otot, rasa jenuh, kecemasan sehingga mencegah menghebatnya stimulasi nyeri
Kebijakan	Dilakukan pada klien dengan Open Fraktur Femur
Indikasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien yang mengalami stres 2. Pasien yang mengalami nyeri yaitu nyeri akut pada tingkat ringan sampai tingkat sedang akibat penyakit yang kooperatif 3. Pasien yang mengalami kecemasan 4. Pasien mengalami gangguan pada kualitas tidur seperti insomnia
n Pelaksanaa	<p>PRA INTERAKSI</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membaca status klien 2. Mencuci tangan <p>INTERAKSI</p> <p>SI Orientasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Salam : Memberi salam sesuai waktu 2. Memperkenalkan diri. 3. Validasi kondisi klien saat ini. <p>Menanyakan kondisi klien dan kesiapan klien untuk melakukan kegiatan sesuai kontrak sebelumnya</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Menjaga privasi klien 5. Kontrak.

Menyampaikan tujuan dan menyepakati waktu dan tempat dilakukannya kegiatan

KERJA

1. Memberikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya bila ada sesuatu yang kurang dipahami/jelas
2. Atur posisi agar klien rileks tanpa adanya beban fisik, baik duduk maupun berdiri. Apabila pasien memilih duduk, maka bantu pasien duduk di tepi tempat tidur atau posisi duduk tegak di kursi. Posisi juga bisa semifowler, berbaring di tempat tidur dengan punggung tersangga bantal.
3. Instruksikan pasien untuk melakukan tarik nafas dalam sehingga rongga paru berisi udara
4. Instruksikan pasien dengan cara perlahan dan hembuskan udara membiarkannya ke luar dari setiap bagian anggota tubuh, pada saat bersamaan minta klien untuk memusatkan perhatiannya pada sesuatu hal yang indah dan merasakan lega
5. Instruksikan pasien untuk bernafas dengan irama normal beberapa saat (1-2 menit)
6. Instruksikan pasien untuk kembali menarik nafas dalam, kemudian menghembuskan dengan cara perlahan dan merasakan saat ini udara mulai mengalir dari tangan, kaki, menuju keparu-paru dan seterusnya, rasakan udara mengalir keseluruh tubuh
7. Minta pasien untuk memusatkan perhatian pada kaki dan tangan, udara yang mengalir dan merasakan ke luar dari ujung-ujung jari tangan dan kaki kemudian rasakan kehangatannya
8. Instruksikan pasien untuk mengulangi teknik-teknik ini apabila rasa nyeri kembali lagi
9. Setelah pasien mulai merasakan ketenangan, minta pasien untuk melakukan secara mandiri
10. Ulangi latihan nafas dalam ini sebanyak 3 sampai 5 kali dalam sehari dalam waktu 5-10 menit

	<p style="text-align: center;">TERMINASI</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi hasil: kemampuan pasien untuk melakukan teknik ini 2. Memberikan kesempatan pada klien untuk memberikan umpan balik dari terapi yang dilakukan. 3. Tindak lanjut: menjadwalkan latihan teknik relaksasi banafas dalam 4. Kontrak: topik, waktu, tempat untuk kegiatan selanjutnya <p style="text-align: center;">DOKUMENTASI</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mencatat waktu pelaksanaan tindakan 2. Mencatat perasaan dan respon pasien setelah diberikan tindakan
Sumber	Potter & Perry (2010)

1.3.5. Manfaat Teknik Relaksasi Nafas Dalam

Efek atau manfaat relaksasi nafas dalam antara lain terjadinya penurunan nadi, penurunan ketegangan otot, penurunan kecepatan metabolisme, peningkatan kesadaran global, perasaan damai dan sejahtera dan periode kewaspadaan yang santai.

Keuntungan teknik relaksasi dalam antara lain dapat dilakukan setiap saat, kapan saja dan dimana saja, caranya sangat mudah dan dapat dilakukan secara mandiri oleh pasien atau klien tanpa media serta merileksasikan otot-otot yang tegang.

1.3.6. Faktor Yang Mempengaruhi Teknik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Penurunan Tingkat Nyeri

Teknik relaksasi nafas dalam dipercaya dapat menurunkan tingkat nyeri melalui tiga mekanisme yaitu :

- a. Dengan merileksasikan otot sekelet yang mengalami spasme atau ketegangan yang disebabkan oleh insisi/ trauma jaringan saat pembedahan.
- b. Relaksasi otot skelet akan meningkatkan aliran darah ke daerah yang mengalami trauma sehingga mempercepat proses penyembuhan dan menurunkan nyeri
- c. Teknik relaksasi nafas dalam dipercaya mampu merangsang tubuh untuk melepaskan *opioid endogen* yaitu *endorphin* dan *enkefalin*.

1.4. Konsep Anak

1.4.1. Definisi

Anak adalah tunas, potensi, dan generasi penerus cita-cita bangsa. Anak memiliki peran strategis dalam menjamin eksistensi bangsa dan negara di masa mendatang. Agar mereka mampu memikul tanggung jawab itu, mereka perlu mendapat kesempatan yang seluas-luasnya untuk tumbuh dan berkembang secara optimal, baik fisik, mental, maupun spiritual. Mereka perlu mendapatkan hak-haknya, perlu dilindungi, dan disejahterakan.

1.4.2. Tahap Pertumbuhan dan Perkembangan Anak

Pertumbuhan dan perkembangan anak mencakup dua peristiwa yang sifatnya berbeda, tetapi saling berkaitan dan sulit dipisahkan yaitu mengenai pertumbuhan dan perkembangan. Pertumbuhan (*Growth*) berkaitan dengan masalah perubahan yang besar jumlah, ukuran atau dimensi tingkat sel, organ, maupun individu yang dapat diukur dengan ukuran berat, panjang, umur tulang dan keseimbangan metabolik (Ngastiyah, 2014).

1.4.3. Konsep Pertumbuhan Anak

Pertumbuhan adalah perubahan dalam besar, jumlah, ukuran, atau dimensi tingkat sel, organ, maupun individu yang bisa diukur dengan ukuran berat (gram, pon, kilogram), ukuran panjang (cm, meter), umur, tulang, dan keseimbangan metabolik (retensi kalsium dan nitrogen tubuh) (Andriana, 2015).

Tahapan-tahapan pertumbuhan ditentukan oleh masa atau waktu kehidupan anak :

1. Masa Prenatal

Fase fetus terjadi sejak usia 9 minggu hingga kelahiran, sedangkan minggu ke-12 sampai ke-40 terjadi peningkatan fungsi organ, yaitu bertambah ukuran panjang dan berat badan terutama pertumbuhan serta penambahan jaringan subkutan dan jaringan otot (Hidayat, 2018).

2. Masa Postnatal

a. Masa neonatus

Pertumbuhan postnatal setelah lahir diawali dengan masa neonatus (0-28 hari), pada masa ini terjadi kehidupan baru yang di ekstrauteri yaitu adanya proses adaptasi semua sistem organ tubuh (Hidayat, 2018).

b. Masa bayi

Pertumbuhan fisik bayi meliputi kulit, rambut dan kuku, kepala. Pertumbuhan kulit meliputi struktur kulit bayi yang masih belum matang memungkinkan bayi terjadi masalah kulit dikarenakan:

- 1) Lapisan dermis dan epidermis tidak berikatan dengan kuat
- 2) Lapisan epidermis adalah lapisan yang permeabel, meningkatkan kerentanan kulit terhadap terjadinya infeksi dan iritasi, serta menimbulkan gangguan yang buruk terhadap kehilangan cairan (Maryunani, 2014)

c. Masa Prasekolah

Pertumbuhan masa prasekolah pada anak yaitu pada pertumbuhan fisik, khususnya berat badan mengalami kenaikan rata-rata pertahunnya adalah 2 kg, sedangkan pada pertumbuhan tinggi badan anak kenaikan rata-rata akan mencapai 6, 75-7,5 cm setiap tahunnya (Hidayat, 2015).

d. Masa Sekolah

Pertumbuhan dan perkembangan anak usia sekolah lebih cepat dalam kemampuan fisik maupun kognitif dibandingkan dengan masa usia prasekolah (Hidayat, 2008).

e. Masa Remaja

Anak perempuan memasuki masa adolensensi lebih awal dibandingkan anak laki-laki yaitu 10 tahun dan berakhir lebih cepat pada usia 18 tahun, sedangkan anak laki-laki memulai masa pubertas pada usia 12 tahun dan berakhir pada usia 20 tahun (Tanuwijaya, 2003 dalam Chamidah, 2009).

1.4.4. Konsep Perkembangan Anak

1. Usia bayi (0-1 tahun)

Pada masa bayi belum dapat mengekspresikan perasaan dan pikirannya dengan kata-kata. Oleh karena itu komunikasi dengan bayi lebih banyak menggunakan jenis komunikasi non verbal. Pada saat lapar, haus, basah, dan perasaan tidak nyaman lainnya, bayi hanya bisa mengekspresikan perasaannya dengan menangis. Walaupun demikian sebenarnya bayi dapat berespon terhadap tingkah laku orang dewasa yang berkomunikasi secara non verbal, misalnya memberikan sentuhan, dekapan, dan menggendong dan berbicara lembut.

Ada beberapa respon non verbal yang biasa ditunjukkan bayi misalnya menggerakkan badan, tangan dan kaki. Hal ini terutama terjadi pada bayi kurang dari enam bulan sebagai cara menarik perhatian orang. Oleh karena itu, perhatian saat berkomunikasi dengannya. Jangan

langsung menggendong atau memangkunya karena bayi akan merasa takut. Lakukan komunikasi terlebih dahulu dengan ibunya. Tunjukkan bahwa kita ingin membina hubungan yang baik dengan ibunya.

2. Usia pra sekolah (2-5 tahun)

Karakteristik anak pada masa ini terutama pada anak dibawah 3 tahun adalah sangat egosentria. Selain itu anak juga mempunyai perasaan takut ada ketidaktahuan sehingga anak perlu diberi tahu tentang apa yang akan terjadi padanya.

3. Usia sekolah (6-12 tahun)

Anak pada usia ini sudah sangat peka terhadap stimulus yang dirasakan yang mengancam keutuhan tubuhnya. Oleh karena itu, apabila berkomunikasi dan berinteraksi sosial dengan anak diusia ini harus menggunakan bahasa yang mudah dimengerti anak dan berikan contoh yang jelas sesuai dengan kemampuan kognitifnya. Anak usia sekolah sudah lebih mampu berkomunikasi dengan orang dewasa.

4. Usia remaja (13-18 tahun)

Fase remaja merupakan masa tranmisi atau peralihan dari akhir masa anak-anak menuju masa dewasa. Dengan demikian, pola pikir dan tingkah laku anak merupakan peralihan dari anak-anak menuju orang dewasa. Anak harus diberi kesempatan untuk belajar memecahkan masalah secara positif. Apabila anak merasa cemas atau stress, jelaskan bahwa ia dapat mengajak bicara teman sebaya atau orang dewasa yang ia percaya.

Menghargai keberadaan identitas diri dan harga diri merupakan hal yang prinsip dalam berkomunikasi. Luangkan waktu bersama dan tunjukkan ekspresi wajah bahagia.

1.5. Konsep Asuhan Keperawatan Anak pada Disepsia

1.5.1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses dimana kegiatan yang dilakukan yaitu: mengumpulkan data, mengelompokkan data dan menganalisa data. Data fokus yang berhubungan dengan dyspepsia meliputi adanya nyeri perut, rasa pedih di ulu hati, mual kadang-kadang muntah, nafsu makan berkurang, rasa lekas kenyang, perut kembung, rasa panas didada dan perut, regurgitasi (keluar cairan dari lambung secara tiba-tiba) (Marlena, 2016).

Adapun proses pengkajian yaitu pengkajian primer (*primary assessment*). *Primary Assessment* dengan data subjektif yang didapatkan yaitu keluhan utama: nyeri pada perut dan mengeluh mual muntah. Keluhan penyakit saat ini: mekanisme terjadinya. Riwayat penyakit terdahulu: adanya penyakit saraf atau riwayat cedera sebelumnya, kebiasaan minum alcohol, konsumsi medikasi anticoagulant atau agen anti platelet, adanya alergi, dan status imunisasi (Marlena, 2016).

Data objektif: Pengkajian sekunder terdiri dari keluhan utama yaitu, adanya mual muntah-curigai apendisitis atau obstruksi usus, nyeri epigastrium yang kolik, curigai gastritis atau gastroenteritis, anoreksia

dengan diare. Riwayat sosial dan medis yaitu, riwayat penggunaan dan penyalagunaan alkohol. Curigai penyakit hati, penyalahgunaan obat intra vena, gejala putus obat, pembedahan abdomen sebelumnya, curigai adanya obstruksi usus, penyakit hati atau gastritis. Alasan mencari pengobatan yaitu, identifikasi perubahan pada gejala: identifikasi kontak dengan pemberi perawatan kesehatan lainnya untuk penyakit ini. Pengobatan sebelum masuk rumah sakit yaitu mengidentifikasi penggunaan obat-obatan buatan rumah, perubahan pada diet, penggunaan obat yang dijual bebas. Nyeri yaitu catat riwayat dan durasi nyeri dan gunakan metode pengkajian nyeri yaitu Provoctate,; Quality, Region, Severe, dan Time. PQRST.

1.5.2. Diagnosa Keperawatan


Menurut (Marlena, 2016) diagnosa keperawatan yang biasa muncul pada klien dengan dyspepsia yaitu:


- a. Nyeri akut berhubungan dengan iritasi pada mukosa lambung.
- b. Nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan rasa tidak enak setelah makan, anoreksia.
- c. Perubahan keseimbangan cairan dan elektrolit berhubungan dengan adanya mual, muntah
- d. Kecemasan berhubungan dengan perubahan status kesehatannya
- e. Kurang pengetahuan tentang penatalaksanaan diet dan proses penyakit.

1.5.3. Intervensi Keperawatan

Tabel 0.2 Intervensi Keperawatan


NO	SDKI	SIKI	SLKI
1	Nyeri Akut	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Gelisah menurun 4. Kesulitan tidur menurun 	<p>1. Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri ▪ Identifikasi skala nyeri ▪ Identifikasi respon nyeri non verbal ▪ Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri ▪ Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri ▪ Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri ▪ Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup ▪ Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan


NO	SDKI	SIKI	SLKI
			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Monitor efek samping penggunaan analgetik <p>2. Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hypnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aroma terapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) ▪ Control lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) ▪ Fasilitasi istirahat dan tidur ▪ Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri <p>3. Edukasi</p>

NO	SDKI	SIKI	SLKI
			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri ▪ Jelaskan strategi meredakan nyeri ▪ Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri ▪ Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat ▪ Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p>4. Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kolaborasi pemberian analgetik, <i>jika perlu</i>


NO	SDKI	SIKI	SLKI
2	Deficit nutrisi	 <ul style="list-style-type: none"> • Kriteria hasil: • Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan • Tidak ada tanda-tanda mal nutrisi • Meningkatkan fungsi pnceapan dari menelan • Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti 	<p style="text-align: center;">Monitor Nutrition management:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kaji adanya alergi makanan • Monitor turgor kulit, kekeringan, rambut kusam dan mudah mual dan muntah • Anjurkn pasien untuk meningkatkan intake Fe • Anjurkan pasien untuk meningkatkanprotein dan vitamin C • Anjurkan pasien untuk makan dengan porsi sedikit tapi sering • Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang di butuhkan pasien • Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi

NO	SDKI	SIKI	SLKI
3	<p>hipovolemia</p>	<p>Kriteria hasil</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mempertahankan urine • Output sesuai dengan usia dan BB • Tekanan darah, nadi, suhu tubuh dalam batas normal • Tidak ada tanda-tanda dehidrasi, elastisitas turgor kulit baik, membaran mukosa lembab, tidak ada rasa haus yang berlebihan 	<p>Manajemen Hipovolemia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Observasi <ul style="list-style-type: none"> • Periksa tanda dan gejala hipovolemia (mis. frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membrane mukosa kering, volume urine menurun, hematokrit meningkat, haus dan lemah) • Monitor intake dan output cairan 2. Terapeutik <ul style="list-style-type: none"> • Hitung kebutuhan cairan • Berikan posisi modified trendelenburg • Berikan asupan cairan oral 3. Edukasi

NO	SDKI	SIKI	SLKI
			<ul style="list-style-type: none"> • Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral • Anjurkan menghindari perubahan posisi mendadak <p>4. Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis (mis. cairan NaCl, RL) • Kolaborasi pemberian cairan IV hipotonis (mis. glukosa 2,5%, NaCl 0,4%) • Kolaborasi pemberian cairan koloid (mis. albumin, plasmanate) • Kolaborasi pemberian produk darah
4	Ansietas	<p style="text-align: center;">Kriteria Hasil</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verbalisasi kebingungan menurun • Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun 	<p>Terapi Relaksasi</p> <p>Observasi</p>

NO	SDKI	SIKI	SLKI
		<ul style="list-style-type: none"> • Perilaku gelisah menurun • Perilaku tegang menurun • Konsentrasi membaik • Pola tidur membaik 	<ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif • Identifikasi Teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan • Identifikasi kesediaan, kemampuan, dan penggunaan Teknik sebelumnya • Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah Latihan • Monitor respons terhadap terapi relaksasi <p style="text-align: center;">Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan

NO	SDKI	SIKI	SLKI
			<p>suhu ruang nyaman, jika memungkinkan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi • Gunakan pakaian longgar • Gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama • Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik atau Tindakan medis lain, jika sesuai <p style="text-align: center;">Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan tujuan, manfaat, Batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia (mis: musik, meditasi, napas dalam, relaksasi otot progresif) • Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih

NO	SDKI	SIKI	SLKI
			<ul style="list-style-type: none"> • Anjurkan mengambil posisi nyaman • Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi • Anjurkan sering mengulangi atau melatih Teknik yang dipilih • Demonstrasikan dan latih Teknik relaksasi (mis: napas dalam, peregangan, atau imajinasi terbimbing)
5	Kurang pengetahuan	<p>Kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anak dan keluarga mengatakan pemahaman tentang penyakit, kondisi, prognosis dan program pengobatan • Anak dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang 	<ul style="list-style-type: none"> • Teaching: disease process • Berikan penilaian tentang tingkat pengetahuan pasien tentang process penyakit yang spesifik • Jelaskan patofisiologi dari penyakit dan bagaimana hal ini berhubungan dengan anatomi dan fisiologi dengan cara yang tepat • Sediakan informasi pada pasien tentang kondisi, dengan cara yang tepat

NO	SDKI	SIKI	SLKI
		 <p>dijelaskan secara benar</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Instruksikan pasien mengenai tanda dan gejala untuk melaporkan pada pemberi perawatan kesehatan dengan cara yang tepat.

1.5.4. Implementasi Keperawatan

Tindakan keperawatan adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan. Pada tahap ini, perawat yang akan memberikan perawatan kepada pasien dan sebaiknya tidak bekerja sendiri tetapi juga melibatkan tenaga medis yang lain untuk memenuhi kebutuhan pasien (Marlena, 2016).

Tindakan keperawatan yang diberikan pada pasien dengan dyspepsia yaitu fokus pada pengajaran klien tentang penyebab dyspepsia dan makanan yang mungkin memperburuk penyakit, bantu klien untuk mengkaji faktor-faktor yang dapat memicu peningkatan manifestasi seperti stres, konsumsi makanan dan alkohol, menghentikan asupan makanan iritatif seperti kopi dan sejenisnya (Dinoyo, 2013).

1.5.5. Evaluasi Keperawatan

Tahap penilaian atau evaluasi adalah perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan pasien dengan tujuan/ kriteria hasil yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara berkesinambungan dengan melibatkan tenaga medis yang lain agar mencapai tujuan/ kriteria hasil yang telah ditetapkan (Marlena, 2016).

Menurut Wong, dkk (2009: 1202) mengatakan bahwa keefektifan keperawatan ditentukan oleh pengkajian ulang dan evaluasi asuhan secara kontinu berdasarkan pedoman observasi yaitu :

- a. Observasi dan wawancara pasien dan keluarga mengenai kepatuhan mereka pada program medis dan diet.

- b. Pantau tanda vital, pengukuran pertumbuhan, laporan laboratorium, perilaku, penampilan.

