

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn.K DENGAN *GASTRITIS* DI
PUSKESMAS PERAWATAN PADANG GUCI
TAHUN 2019



Disusun Oleh :

LIHARDI

NIM : PO5120218 140 RPL

KENETERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BENGKULU
JURUSAN KEPERAWATAN PROGRAM STUDI
DIPLOMA III KEPERAWATAN
T.A 2018/ 2019

HALAMAN PERSETUJUAN KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH PADA PASIEN DENGAN
GASTRITIS DI PUSKESMAS PERAWATAN PADANG GUCI
TAHUN 2019**

Dipersiapkan dan dipresentasikan oleh :

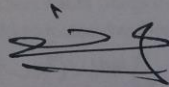
LIHARDI
NIM : PO5120218 140 RPL

Karya Tulis Ilmiah Ini Telah Diuji dan Dipertahankan Dihadapan Penguji Prodi
DIII Keperawatan Bengkulu Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan
Kemenkes Bengkulu

Pada tanggal : 29 Juni 2019

Dosen Pembimbing Karya Tulis Ilmiah

Pembimbing



Ns. Sahran, Skep., M. Kep
NIP. 197709132002121002

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah

Dengan Judul

ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn.K DENGAN *GASTRITIS* DI PUSKESMAS PERAWATAN PADANG GUCI TAHUN 2019

Dipersiapkan dan dipresentasikan oleh

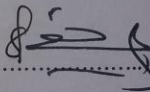
LIHARDI

NIM : PO 15120218 140 RPL


Karya Tulis Ilmiah ini telah diuji dan dinilai oleh Panitia Penguji
Pada Program D III Keperawatan Bengkulu Jurusan Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Bengkulu

Pada Tanggal 02 September 2019
Panitia Penguji


1. Ns. Sahran.S.Kep.M.Kep .
Nip: 197709132002121002

(.....)

3. Ns. Widia Lestari S.Kep.M.Sc.
Nip: 198106052005012004

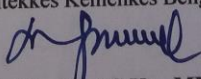
(.....)

4. Ns. Septiyanti,S.Kep.Mpd
Nip: 197409161997032001

(.....)

Mengetahui

Ka. Prodi D III Keperawatan Bengkulu Jurusan Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Bengkulu


(Ns. Mardiani,S.Kep.MM)
Nip: 197203211995032001

-iii-

KATA PENGANTAR

Puji Syukur penulis panjatkan Kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, atas nikmat sehat, ilmu dan rahmat serta karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan KTI yang berjudul “Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Pada Pasien Dengan Gastritis Di Puskesmas Perawatan Padang Guci Tahun 2019”.

Penulis menyadari bahwa tanpa bantuan dari berbagai pihak Proposal KTI ini tidak dapat diselesaikan. Penulis banyak mendapatkan bantuan baik berupa informasi, data, ataupun dalam bentuk lainnya. Untuk itu, ucapkan banyak terima kasih dihaturkan kepada:

1. Bapak Darwis, S.Kp., M.Kes, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Bengkulu.
2. Bapak Dahrizal, S.Kp., M.PH, selaku Ketua Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu.
3. Ibu Ns. Mardiani, S.Kep.,MM selaku ketua Prodi D III keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu
4. Bapak Ns. Sahran, S.Kep, M.Kep selaku pembimbing pembimbing yang telah meluangkan waktu, tenaga dan fikiran untuk memberikan bimbingan dan pengarahan dengan penuh kesabaran kepada penulis dalam penyusunan proposal KTI ini
5. Seluruh tenaga pendidik dan kependidikan jurusan Keperawatan, yang telah sabar mendidik dan membimbing saya selama 1 tahun ini.
6. Terima kasih kepada Istri ku , anak ku dan orang tua yang selalu memberikan dukungan dan semangat tanpa lelah..
7. Terima kasih untuk seluruh teman-teman DIII Keperawatan Program RPL angkatan II
8. Semua pihak yang telah banyak memberikan bantuan dalam penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini.Semoga bimbingan dan bantuan serta nasihat yang telah diberikan akan menjadi amal baik oleh Allah SWT.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa dalam penyusunan Proposal Karya Tulis Ilmiah ini masih banyak terdapat kekeliruan dan kekhilafan baik dari segi

penulisan maupun penyusunan dan metodologi, oleh karena itu penulis mengharapkan saran dan bimbingan dari berbagai pihak agar penulis dapat berkarya lebih baik dan optimal lagi di masa yang akan datang.

Penulis berharap semoga Proposal Karya Tulis Ilmiah yang telah penulis susun ini dapat bermanfaat bagi semua pihak serta dapat membawa perubahan positif terutama bagi penulis sendiri dan mahasiswa prodi keperawatan bengkulu lainnya.

Bengkulu, Mei 2019

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
DAFTAR ISI	v
BAB I : PENDAHULUAN	1
A. Latar belakang.....	1
B. Batasan masalah.....	7
C. Tujuan Penelitian	8
D. Manfaat Penelitian.....	8
BAB II : TINJAUAN TEORITIS	9
A. ANATOMI LAMBUNG.....	10
1. Lapisan Mucosa.....	12
2. Lapisan Sub Mucosa.....	13
3. Lapisan Muscularis.....	13
4. Lapisan Serosa.....	14
B. FISILOGI LAMBUNG.....	14
C. KONSEP TEORITIS GASTRITIS.....	16
1. Defenisi.....	16
2. Klasifikasi.....	16
- Gastritis Acut.....	17
- Gastritis Kronis.....	17
3. Etiologi.....	18
4. Patofsiologi.....	20
5. Woc.....	21
6. Manesfestasi Klinis.....	23
7. Komplikasi.....	23

8. Pemeriksaan Diagnose	24
9. Penatalaksanaan.....	24
a. Penatalaksanaan Farmakologi.....	25
b. Penatalaksanaan Non Farmakologi.....	25
D. ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN GASTRITIS	
1. Pengkajian.....	27
2. Diagnose.....	32
3. Intervensi.....	32
4. Implementasi.....	35
5. Evaluasi.....	35

BAB III : METODOLOGI PENELITIAN

A. PENDEKATAN/DESAIN PENELITIAN.....	46
B. SUBYEK PENELITIAN.....	46
C. BATAS ISTILAH (DEFENISI OPERASIONAL).....	46
D. LOKASI DAN WAKTU PENELITIAN.....	46
E. PROSEDUR PENELITIAN.....	46
F. METODE PENGUMPULAN DATA.....	47
1. Teknik Pengumpulan Data.....	47
2. Instrumen Pengumpulan Data.....	47
G. KABSAHAN DATA	
H. ANALISA DATA.....	48

BAB IV : TINJAUAN KASUS

A. PENGKAJIAN.....	49
B. DIAGNOSE KEPERAWATAN.....	57

BAB V : PEMBAHASAN

A. PENGKAJIAN.....	76
B. DIAGNOSE KEPERAWATAN.....	77
C. PERENCANAAN KEPERAWATAN.....	79
E. IMLEMENTASI.....	81

	D. EVALUASI.....	82
BAB V	: PENUTUP	
	A. KESIMPULAN.....	83
	B. SARAN.....	84
DAFTAR PUSTAKA.....		85
GAMBAR.....		86

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pembangunan nasional sangat dipengaruhi oleh sumber daya manusia yang berkualitas. Salah satu faktor yang mempengaruhi sumber daya manusia adalah faktor kesehatan yang memegang peranan penting. Tanpa disadari salah satu bagian dari hal kesehatan yang sering diabaikan adalah masalah pencernaan, dimana bukan hanya kebutuhan makanan saja yang terpenuhi akan tetapi juga perlu diperhatikan, bagaimana proses metabolik berlangsung dengan baik. Pencernaan sendiri merupakan sebuah proses metabolisme dimana suatu makhluk hidup memproses sebuah zat dalam rangka untuk mengubah secara kimia atau mekanik sesuatu zat tersebut untuk menjadi nutrisi. Akan tetapi apabila proses metabolisme ini tidak terjadi dengan baik, akan mengakibatkan peningkatan asam lambung, sehingga terjadi penyakit gastritis didalam saluran pencernaan. (Gustin,2012)

Gastritis merupakan suatu proses inflamasi pada lapisan mukosa dan submukosa lambung. Secara hispatologi dapat di buktikan dengan adanya infiltrasi sel- sel radang pada daerah tertentu. Penyakit yang menurut mereka bukan suatu masalah yang besar, padahal penyakit gastritis ini bila tidak diatasi dengan cepat maka dapat menimbulkan tukak lambung, kanker lambung sehingga dapat menyebabkan kematian. (Saydam, 2011)

Laporan World Health Organization (WHO), mengadakan tinjauan terhadap beberapa negara diantaranya Jepang 14,5%, Inggris 22%, Perancis 29,5 %, China 31% dan Kanada 35%. Di dunia insiden gastritis sekitar 1,8-

2,1 juta dari jumlah penduduk setiap tahun. Insiden terjadinya gastritis di Asia Tenggara sekitar 583.635 dari jumlah penduduk setiap tahunnya. (WHO, 2017).

Angka kejadian gastritis di Indonesia menurut WHO adalah 40,8 %. Berdasarkan profil kesehatan Indonesia tahun 2017, gastritis merupakan salah satu dari 10 penyakit terbanyak pada pasien rawat inap di rumah sakit Indonesia dengan jumlah 30.154 kasus (4,9%) (Depkes, 2017). Angka kejadian gastritis pada beberapa daerah di Indonesia cukup tinggi dengan prevalensi 274,396 kasus dari 238,452,952 jiwa penduduk. Didapatkan data bahwa Surabaya 31,2%, Pontianak 31,2 %, Aceh 31,7%, Denpasar 46%, Bandung 32,5%, Palembang 35,5%, sedangkan di Jawa Tengah angka kejadian gastritis cukup tinggi sebesar 79,6 % (Kurnia, 2011)

Berdasarkan kejadian gastritis di Provinsi Bengkulu, gastritis termasuk dalam 10 penyakit terbanyak dengan urutan nomor 2, penderita gastritis pada tahun 2013 tercatat 13.406 kasus. Tahun 2014 tercatat 12.260 kasus. Tahun 2015 tercatat 13.487 kasus (Profil, Dinas Kesehatan Kota Bengkulu , 2016). Kejadian Gastritis di kabupaten Kaur pada tahun 2016 berjumlah 564 orang, pada tahun 2017 meningkat menjadi 623 orang dan pada tahun 2018 terjadi peningkatan kembali menjadi 704 orang (Profil, Dinas Kesehatan Kabupaten Kaur , 2018)

Gastritis di bagi menjadi dua yaitu gastritis akut dan gastritis kronik. Gastritis akut yaitu terjadinya inflamasi pada mukosa lambung yang bersifat kurang dari enam bulan. Gastritis kronik yaitu suatu

peradangan permukaan mukosa lambung yang bersifat menahun (Mutaqqin & Sari 2013). Penyebab gastritis berdasarkan faktor resiko yaitu kebiasaan makan atau pola makan yang tidak teratur, menggunakan obat-obatan aspirin atau anti radang nonteroid, memiliki kebiasaan minum dan makan berakohol, memiliki kebiasaan merokok, sering mengalami stres, serta terlalu banyak makan makanan yang pedas dan asam. Faktor penyebab lainnya yaitu terinfeksi oleh bakteri *H. Pylori* yang hidup di bagian dalam lapisan mukosa yang melapisi dinding lambung. *H. pylori* ini sekarang diketahui sebagai penyebab utama terjadinya peptic ulcer dan penyebab tersering terjadinya gastritis. Infeksi dalam jangka waktu yang lama akan menyebabkan peradangan menyebar yang kemudian mengakibatkan perubahan pada lapisan perlindungan dinding lambung. Salah satu perubahan itu adalah atrophic gastritis, sebuah keadaan dimana kelenjar-kelenjar penghasil asam lambung secara perlahan rusak. (Afrian, 2015)

Penyakit gastritis dapat menyerang seluruh lapisan masyarakat dari semua tingkat usia maupun jenis kelamin tetapi dari beberapa survey menunjukkan bahwa gastritis paling sering menyerang usia produktif, hasil survey yang dilakukan oleh Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia (FKUI) di perkirakan, sekitar 60% penduduk Jakarta yang termasuk usia produktif sudah terkena gastritis. Bahkan, pada anak-anak sendiri sudah mencapai 27% yang menderita gastritis. Hal ini diduga karena masyarakat yang masih menganggap sepele keberadaan penyakit gastritis, dari tingkat kesibukan serta gaya hidup yang kurang memperhatikan kesehatan terutama

pada pola makan atau telat makan yang dapat mengakibatkan Hcl meningkat. (Wibowo, 2007)

Gastritis diawali oleh pola makan yang tidak teratur. Pola makan adalah suatu cara atau usaha dalam pengaturan jumlah dan jenis makanan dengan maksud tertentu seperti mempertahankan kesehatan, status nutrisi, mencegah atau membantu dalam kesembuhan penyakit (Depkes RI,2009). Pola makan yang buruk dapat menyebabkan gastritis, jika seseorang telat makan 2-3 jam maka asam lambung yang diproduksi akan semakin banyak dan berlebihan, sehingga produksi asam lambung tidak terkontrol. Asam lambung sangat dibutuhkan untuk membantu pencernaan, tanpa asam lambung makanan yang masuk kedalam tubuh tidak dapat dicerna dengan baik sehingga zat-zat tidak bisa diserap secara baik oleh tubuh. Didalam tubuh sangat diperlukan jumlah asam lambung yang seimbang, jika asam lambung berlebihan maka asam lambung akan bekerja keras dan mengakibatkan pengikisan pada mukosa lambung sehingga menimbulkan rasa nyeri di area epigastriun dan menyebabkan terjadinya gastritis (Srianti, 2014).

Komplikasi gastritis apa bila tidak ditangani akan mengakibatkan perdarahan saluran berupa hematemesis dan melena yang berakhir dengan syok hemoragik beberapa bentuk komplikasi gastritis kronik dapat meningkatkan resiko kanker gaster terutama jika terjadi penipisan secara terus menerus. (Mutaqqin & Sari 2013)

Keluhan utama pada pasien gastritis yang di tandai dengan manifestasi klinisnya yaitu nyeri di ulu hati, mual, muntah, rasa asam dimulut

dan anoreksia. Biasanya keluhan yang paling sering terjadi yaitu nyeri di ulu hati, nyeri merupakan perasaan tidak nyaman yang sangat subyektif dan hanya orang mengalaminya yang dapat menjelaskan dan mengevaluasi perasaan tersebut. Nyeri akibat penyakit gastritis bila tidak ditangani sedini mungkin atau dibiarkan maka akan berakibat semakin parah dan akhirnya asam lambung akan membuat luka (ulkus) yang dikenal dengan tukak lambung (Muttaqin, & Sari, .2011)

kasus gastritis penderita akan mengalami beberapa masalah seperti nyeri berhubungan dengan mukosa lambung yang teriritasi akibat peningkatan produksi HCl dimana nyeri dapat disebabkan adanya inflamasi pada mukosa lambung, kekurangan volume cairan berhubungan dengan intake cairan yang tidak adekuat dan kehilangan cairan yang berlebihan karena muntah, ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia, Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik, ansietas berhubungan dengan pengobatan yang ditandai dengan klien tampak gelisah, gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri abdomen (Dermawan, 2010)

Pemberian asuhan keperawatan sangat perlu dilakukan dalam memberikan asuhan keperawatan peran perawat meliputi upaya promotif, preventif dan melakukan tindakan kolaboratif dengan medis dalam pelaksanaan kuratif dan rehabilitative. Upaya promotif dapat dilakukan dengan memberikan pendidikan kesehatan tentang penyakit gastritis. Preventif sangat perlu dilakukan agar terhindar dari penyakit gastritis. Upaya yang dapat dilakukan yaitu menghindari penyebab terjadinya gastritis yaitu memperbaiki pola

makan, menghindari stress, kelelahan dan menghindari makanan yang dapat meningkatkan asam lambung, upaya rehabilitative dengan cara memberikan pendidikan kesehatan untuk memotivasi pasien agar menghilangkan pola makan yang buruk, untuk menghindari terjadinya penyakit gastritis, mengupayakan untuk makan secara sedikit-sedikit tapi sering setiap 4 jam sekali dan menghindari makanan yang merangsang peningkatan asam lambung, serta menghindari faktor resiko yang menyebabkan gastritis lainnya (Misnadiarly, 2009)

Berdasarkan medical record di Puskesmas Perawatan Padang Guci Kabupaten Kaur jumlah penderita gastritis pada tahun 2016 tercatat sebanyak 36 orang, pada tahun 2017 terjadi peningkatan tercatat sebanyak 45 orang, dan pada tahun 2018 tercatat sebanyak 44 orang. (Rekam Medis Puskesmas Perawatan Padang Guci, 2018).

Berdasarkan survey pendahuluan yang dilakukan penulis. Terdapat 3 orang pasien dan setelah diwawancarai pasien mengeluh nyeri epigastrium mual muntah dan tidak nafsu makan dan hampir seluruh penyebab nya karena pola makan yang tidak baik , makan sembarangan seperti pedas asam, diet yang tidak baik. Penatalaksanaan keperawatan yang diberikan pada pasien gastritis di ruangan kenanga yaitu memperbaiki pola makan dan mencegah komplikasi dengan cara memperhatikan intake dan output pasien, memonitor TTV pasien tiap 8 jam, menganjurkan pasien untuk menjaga pola makan dan menghindari zat-zat yang merangsang peningkatan asam lambung, kolaborasi dalam memberikan diet lunak pada klien, menganjurkan klien dengan makan

sedikit tapi sering untuk mengurangi jumlah sekresi lambung yang dapat mengakibatkan nyeri, serta kolaborasi dalam pemberian terapi obat antikoagulan, antasida, histonin, sulcralfate dapat membantu dalam proses penyembuhan gastritis. (Puskesmas Perawatan Padang Guci, 2018).

Berdasarkan Kejadian diatas maka penulis tertarik untuk melakukan “Asuhan Keperawatan Medikal Bedah pada Pasien Gastritis di Puskesmas Perawatan Padang Guci 2018”.

B. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Diketahui gambaran asuhan keperawatan pada pasien dengan gastritis di Puskesmas Perawatan Padang Guci tahun 2019

2. Tujuan Khusus

- a. Diketahui gambaran pengkajian pada pasien dengan gastritis
- b. Diketahui perumusan diagnosa keperawatan pada pasien dengan gastritis
- c. Diketahui perencanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan gastritis
- d. Diketahui implementasi keperawatan pada pasien dengan gastritis
- e. Diketahui evaluasi pada pasien dengan gastritis
- f. Diketahui dokumentasi pada pasien dengan gastritis’

C. Batasan Masalah

Adapun batasan-batasan masalah dalam laporan Karya Tulis Ilmiah ini adanya pemberian asuhan keperawatan pada pasien gastritis di Puskesmas Perawatan Padang Guci tahun 2019 meliputi tahap pengkajian, penegakan diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

D. Manfaat

1. Bagi Mahasiswa

Karya Tulis Ilmiah ini diharapkan bisa menjadi informasi tambahan dalam asuhan keperawatan medikal bedah khususnya tentang asuhan keperawatan gastritis.

2. Bagi Pelayanan Kesehatan

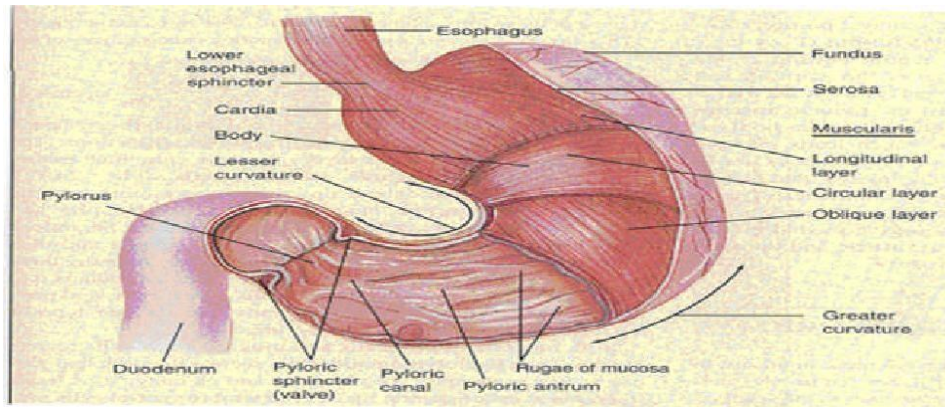
Karya Tulis Ilmiah ini Dapat dijadikan sebagai bahan masukan, informasi dan saran untuk mengembangkan asuhan keperawatan pada pasien gastritis.

3. Bagi Akademik

Karya Tulis Ilmiah ini merupakan bentuk sumbangsih kepada mahasiswa keperawatan sebagai refrensi untuk menambah wawasan dan bahan masukan dalam kegiatan belajar mengajar yang berkaitan dengan asuhan keperawatan pada pasien dengan gastritis.

BAB II TINJAUAN TEORITIS

A. Anatomi Lambung



Gambar 2.1 Anatomi Lambung manusia (Moore *et al*, 2010)

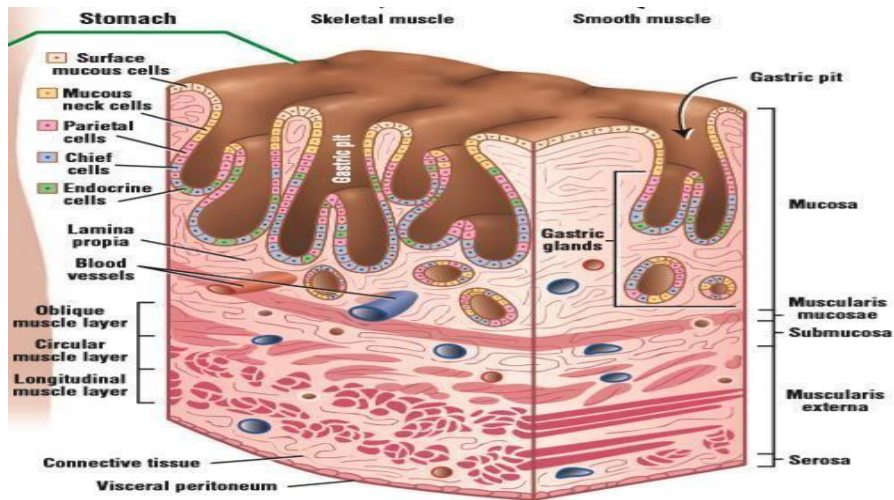
Gaster (lambung) adalah bagian yang mengembang pada saluran pencernaan diantara oesophagus dan intestinum tenue. Gaster merupakan khusus untuk pengumpulan makanan yang teringesti, secara kimiawi dan mekanis mempersiapkan makanan tersebut untuk digesti dan passae ke dalam duodenum. Gaster menyerupai huruf J, gaster bekerja sebagai pencampuran dan reservoir makanan ; fungsi utamanya adalah digesti enzimatik. Getah lambung secara perlahan-perlahan mengubah suatu massa makanan menjadi campuran semi cair, yang berjalan agak cepat kedalam duodenum. Gaster kosong memiliki caliber yang sedikit lebih besar daripada intestinum crassum; namun mampu melakukan ekspansi hebat dan dapat menampung 2-3 L makanan (Dalley& More 2013). Bagian-bagian dari lambung yaitu :

1. Esofagus adalah untuk mengangkut makanan, cairan dan air dari mulut ke lambung, lapisan otot esofagus yang terjepit bersama-sama di bagian atas dan bawah esofagus. Bagian-bagian dari esofagus dikenal sebagai sfingter. Ketika seseorang menelan, sfingter ini secara otomatis rileksasi dan memungkinkan makanan dan cairan untuk melewati esofagus. Sfingter kemudian menutup dengan cepat untuk mencegah isi lambung tidak bocor ke kerongkongan. Orang-orang yang menderita penyakit refluks asam memiliki kerusakan pada sfingter esofagus, yang menyebabkan asam lambung dan makanan untuk melakukan perjalanan kembali ke esofagus.
2. Fundus merupakan bagian tengah dari lambung. Pada bagian ini makanan akan tersimpan selama kurang lebih 1 jam. Didalam fundus, gas-gas akan terakumulasi ketika proses pencernaan kimia terjadi didalam lambung.
3. Korpus/body merupakan wilayah pusat dari organ lambung. Dibagian korpuslah proses pencernaan kimia akan terjadi. Pada korpus terdapat kelenjar yang tersusun atas:
 - 1) Sel parietal yang berperan menghasilkan HCl.
 - 2) Sel peptic yang berperan menghasilkan pepsinogen. c. Sel lendir yang berperan menghasilkan lendir
4. Antrum, bagian yang berfungsi untuk menampung bubur makanan yang sudah menjadi kimus
5. Pylorus merupakan bagian lambung yang berhubungan dengan usus dua belas jari. Pada bagian ini makanan akan terkumpul dan mengalami proses pencernaan sebelum masuk kebagian usus dua belas jari.

Pilorus akan bekerja dengan dipengaruhi pH dari makanan. Jika makanan yang masuk ke pilorus bersifat asam maka otot-otot pada pilorus akan mengendur sehingga pintu-pintu pilorus akan terbuka, lain halnya jika makanan yang masuk ke pilorus bersifat basa, otot-otot pada pilorus akan berkontraksi akibatnya pintu-pintu pilorus akan tertutup sehingga makanan tidak dapat dikeluarkan.

6. Lambung mengandung Hcl, pepsin dan rennin
 - a. Pepsin untuk mengubah makann menjadi lebih kecil
 - b. Renin untuk mengubah kaseinogen menjadi kasein
 - c. Hcl untuk membunuh kuman dan bakteri

Kedua ujung lambung dilindungi oleh sfingter yang mengatur pemasukan dan pengeluaran. Sfingter kardia atau sfingter esofagus bawah, mengalirkan makanan masuk kedalam lambung dan mencegah refluks isi lambung memasuki esofagus kembali. Daerah lambung tempat pembukaan sfingter kardia dikenal dengan nama daerah kardia. Di saat sfingter pilorikum berelaksasi makanan masuk kedalam duodenum dan ketika berkontraksi sfingter ini akan mencegah terjadinya aliran balik isi usus halus ke dalam lambung. Sfingter pilorus memiliki arti klinis yang penting karena dapat mengalami stenosis (penyempitan pilorus yang menyumbat), sebagai komplikasi dari penyakit tukak lambung. Stenosis pilorus atau pilorospasme terjadi bila serat-serat otot disekelilingnya mengalami hipertropi atau spasme sehingga sfingter gagal berelaksasi untuk mengalirkan makanan dari lambung kedalam duodenum. (Mutaqqin & Sari, 2013).



Gambar 2.2 Histologi Lambung. Sumber: Eroschenko, 2008. Di *Fiore's Atlas of Histology with Functional Correlations*.

Berdasarkan histologi lambung, lambung terdiri atas empat lapisan yaitu :

1. Lapisan Mucosa

Lapisan mukosa adalah lapisan pada dinding lambung yang akan mengeluarkan berbagai jenis cairan. Cairan yang dimaksud seperti enzim, asam lambung, dan juga hormon. Lapisan mukosa berbentuk seperti palung. Bentuk tersebut bermanfaat untuk memperbesar perbandingan antara luas dan volume, sehingga volume getah lambung yang dikeluarkan menjadi lebih banyak. Pada lapisan mukosa terdapat 3 jenis sel yang bermanfaat dalam proses pencernaan, yaitu sel goblet, sel parietal, dan sel chief.

a. Sel goblet

Untuk memproduksi mucus. Mucus adalah lendir yang berguna untuk menjaga lapisan terluar dari sel lambung agar tidak terluka dan mengalami

kerusakan bila terkena dari beberapa jenis jenis enzim seperti enzim pepsin dan juga asam lambung.

b. Sel parietal

Untuk menghasilkan asam lambung atau yang sering disebut getah lambung. Asam lambung tersebut berguna untuk mengaktifkan enzim pepsin. Sel parietal dapat menghasilkan asam lambung dan membuat lambung memiliki tingkat keasaman mencapai pH 2.

c. Sel chief

Untuk menghasilkan pepsinogen. Pepsinogen adalah bentuk enzim pepsin yang tidak aktif. Enzim pepsin yang aktif tersebut berfungsi agar enzim tidak mencerna protein di dalam lambung. Dengan kata lain, enzim pepsin yang tidak aktif akan mencegah kematian pada sel tersebut.

2. Lapisan Submucosa

Lapisan submucosa pada lambung merupakan tempat di mana pembuluh darah vena dan arteri ditemukan. Pembuluh darah vena dan arteri tersebut bermanfaat untuk menyalurkan berbagai nutrisi makanan dan oksigen ke sel-sel dalam perut.

3. Lapisan Muscularis

Lapisan muscularis merupakan lapisan otot lambung yang membantu proses pencernaan secara mekanis. Lapisan muscularis terbagi atas tiga bagian yaitu lapisan otot melingkar, memanjang, dan menyerong. Ketiga otot tersebut akan menghasilkan kontraksi pada lapisan lambung yang

disebut dengan gerakan peristaltik. Gerakan peristaltik tersebut akan membuat makanan yang ada di lambung diaduk-aduk.

4. Lapisan Serosa

Lapisan serosa merupakan lapisan terluar dari lambung. Lapisan serosa bermanfaat untuk melindungi lambung dari gesekan. Lapisan serosa melindungi perut dari gesekan dengan anggota tubuh yang lain.

B. Fisiologi lambung

Lambung merupakan bagian dari saluran pencernaan yang berbentuk seperti kantung, dapat berdilatasi, dan berfungsi mencerna makanan dibantu oleh asam klorida (HCl) dan enzim-enzim seperti pepsin, renin, dan lipase. Lambung memiliki dua fungsi utama, yaitu fungsi pencernaan dan fungsi motorik. Fungsi motorik terdiri atas penyimpanan, pencampuran dan pengosongan cairan lambung (kimus/ makanan yang bercampur dengan sekret lambung) ke duodenum.

Sebagai fungsi pencernaan dan sekresi, yaitu pencernaan protein oleh pepsin dan HCl, sintesis dan pelepasan gastrin yang dipengaruhi oleh protein yang dimakan, akan mensekresi mukus yang membentuk selubung dan melindungi lambung serta sebagai pelumas sehingga makanan lebih mudah diangkut, sekresi bikarbonat bersama dengan sekresi gel mukus yang berperan sebagai barier dari asam lumen dan pepsin. Fungsi motorik lambung terdiri atas penyimpanan makanan sampai makanan dapat diproses dalam duodenum, pencampuran makanan dengan asam lambung, hingga membentuk suatu kimus dan

pengosongan makanan dari lambung ke dalam usus dengan kecepatan yang sesuai untuk pencernaan dan absorpsi dalam usus halus (Price, 2006).

Lambung akan mensekresikan asam klorida (HCl) atau asam lambung dan enzim untuk mencerna makanan. Lambung memiliki motilitas khusus untuk gerakan pencampuran makanan yang dicerna dan cairan lambung, untuk membentuk cairan padat yang dinamakan kimus kemudian dikosongkan ke duodenum. Sel-sel lambung setiap hari mensekresikan sekitar 2500 ml cairan lambung yang mengandung berbagai zat, diantaranya adalah HCl dan pepsinogen. HCl membunuh sebagian besar bakteri yang masuk, membantu pencernaan protein, menghasilkan pH yang diperlukan pepsin untuk mencerna protein, serta merangsang empedu dan cairan pankreas. Asam lambung cukup pekat untuk menyebabkan kerusakan jaringan, tetapi pada orang normal mukosa lambung tidak mengalami iritasi atau tercerna karena sebagian cairan lambung mengandung mukus, yang merupakan faktor perlindungan lambung.

Sekresi asam lambung dipengaruhi oleh kerja saraf dan hormon. Sistem saraf yang bekerja yaitu saraf pusat dan saraf otonom, yakni saraf simpatis dan parasimpatis. Adapun hormon yang bekerja antara lain adalah hormon gastrin, asetilkolin, dan histamin. Terdapat tiga fase yang menyebabkan sekresi asam lambung. Pertama, fase sefalik, sekresi asam lambung terjadi meskipun makanan belum masuk lambung, akibat memikirkan atau merasakan makanan. Kedua, fase gastrik, ketika makanan masuk lambung akan merangsang mekanisme sekresi asam lambung yang berlangsung selama beberapa jam, selama

makanan masih berada di dalam lambung. Ketiga, fase intestinal, proses sekresi asam lambung terjadi ketika makanan mengenai mukosa usus.

Produksi asam lambung akan tetap berlangsung meskipun dalam kondisi tidur. Kebiasaan makan yang teratur sangat penting bagi sekresi asam lambung karena kondisi tersebut memudahkan lambung mengenali waktu makan sehingga produksi lambung terkontrol

C. Konsep Teoritis Gastritis

1. Definisi

Gastritis merupakan suatu proses inflamasi pada lapisan mukosa dan submukosa lambung. Secara hispatologi dapat di buktikan dengan adanya infiltrasi sel- sel radang pada daerah tertentu (Syam,2011).

Gastritis merupakan peradangan mukosa lambung, peradangan ini dapat mengakibatkan pembengkakan mukosa lambung sampai terlepasnya epitel mukosa superficial, pelepasan epitel akan merangsang timbulnya proses inflamasi pada lambung (Ratu & Adwan, 2013).

Berdasarkan klasifikasinya gastritis akut adalah suatu peradangan permukaan mukosa lambung akut dengan kerusakan erosi pada superfisial. Gastritis kronis adalah suatu peradangan permukaan mukosa lambung yang bersifat menahun. (Mutaqqin & Sari, 2013)

2. Klasifikasi

Berdasarkan klasifikasinya Arfian, 2015 membagi gastritis menjadi dua yaitu :

1. Gastritis Akut

Gastritis akut merupakan peradangan pada mukosa lambung yang menyebabkan erosi dan perdarahan mukosa lambung akibat terpapar pada zat iritan. Erosi tidak mengenai lapisan otot lambung. Ada dua gastritis akut yaitu gastritis erosive/ gastritis hemoragik. Disebut hemoragik karena terjadi perdarahan pada mukosa lambung

a. Gastritis akut erosive

Peradangan pada mukosa lambung yang akut dengan kerusakan erosi. Disebut erosi apabila kerusakan terjadi tidak lebih dalam dari mukosa muskularis. Akibat efek samping pemakaian obat – obatan.

b. Gastritis akut hemoragik

Disebut hemoragik karena pada penyakit ini akan di jumpai perdarahan mukosa lambung, ada dua penyebab utama yaitu pertama minum alcohol/ obat-obatan NSAID yang menimbulkan peradangan pada mukosa lambung secara berlebihan. Meskipun perdarahan cukup berat tapi kebanyakan perdarahan seponat berhenti. Kedua adalah stress pasien yang mengalami trauma berkepanjangan (penyakit berat lainnya) erosi stres merupakan lesi hemoragik yang menimbulkan fisiologi yang parah.

2. Gastritis Kronis

Menurut Mutaqqin & Sari, 2013 gastritis kronis merupakan peradangan permukaan mukosa lambung yang bersifat menahun gastritis kronis diklasifikasikan dengan tiga perbedaan yaitu :

- a) Gastritis superficial, dengan manifestasi kemerahan, edema, serta perdarahan dan erosi mukosa
- b) Gastritis atrofik, dimana peradangan terjadi di seluruh lapisan mukosa pada perkembangannya dihubungkan dengan ulkus dan kanker lambung, serta anemia pernisiiosa. Hal ini merupakan karakteristik dari penurunan jumlah sel parietal dan sel chief.
- c) Gastritis hipertropik, suatu kondisi dengan terbentuknya nodul-nodul pada mukosa lambung yang bersifat ireguler, tipis dan hemoragik

3. Etiologi

Terdapat beberapa Penyebab gastritis Menurut Afrian, 2015 antara lain:

a. Pola Makan

terjadinya gastritis dapat disebabkan oleh pola makan yang tidak baik dan tidak teratur yaitu frekuensi makan, jenis dan jumlah makanan, sehingga lambung menjadi sensitif bila asam lambung meningkat.

b. Pemakaian obat penghilang nyeri secara terus menerus.

Obat-obatan seperti obat antiinflamasi nonsteroid/OAINS (indometasin, ibuprofen dan naproxen), dapat menyebabkan peradangan pada lambung dengan cara mengurangi prostaglandin yang bertugas melindungi dinding lambung . Jika pemakaian obat-obatan tersebut hanya sesekali kemungkinan terjadinya masalah lambung hanya kecil. Tapi jika pemakaiannya yang berlebihan dilakukan secara terus menerus dapat mengakibatkan gastritis atau peptic ulcer.

c. Kafein

Kafein dapat menyebabkan stimulasi sistem saraf pusat sehingga dapat meningkatkan aktivitas lambung dan sekresi hormon gastrin pada lambung dan pepsin. Hormon gastrin yang dikeluarkan oleh lambung mempunyai efek sekresi getah lambung yang sangat asam dari bagian fundus lambung. Sekresi asam yang meningkat dapat menyebabkan iritasi dan inflamasi pada mukosa lambung (Okviani, 2011).

d. Penggunaan Alkohol secara berlebihan

Alkohol dapat mengiritasi dan mengikis mukosa pada dinding lambung dan membuat dinding lambung lebih rentan terhadap asam lambung walaupun pada kondisi normal.

e. Stress fisik

Disebabkan oleh pembedahan besar, luka trauma, luka bakar, pembedahan, gagal napas, gagal ginjal, kerusakan susunan saraf pusat dan refluks usus-lambung dapat menyebabkan gastritis

f. Makanan dan minuman yang bersifat iritan

Makanan berbumbu dan minuman dengan kandungan kafein serta alkohol merupakan agen-agen iritasi mukosa lambung.

g. Infeksi *Helicobacter pylori*

Infeksi *Helicobacter pylori* ini sering terjadi pada gastritis kronis, sekarang diketahui sebagai penyebab utama terjadinya peptic ulcer dan penyebab tersering terjadinya gastritis. Infeksi dalam jangka waktu yang lama akan menyebabkan peradangan menyebar yang kemudian

mengakibatkan perubahan pada lapisan perlindungan dinding lambung. Salah satu perubahan itu adalah atrophic gastritis, sebuah keadaan dimana kelenjar-kelenjar penghasil asam lambung secara perlahan rusak. Gastritis akibat *Helicobacter pylori* biasanya bersifat asimtomatik. Bakteri yang masuk akan memroteksikan dirinya dengan lapisan mukus. Proteksi lapisan ini akan menutupi mukosa lambung dan melindungi dari asam lambung. Penetrasi atau daya tembus bakteri kelapisan mukosa menyebabkan terjadinya kontak dengan sel-sel epitel lambung dan terjadi adhesi (pelengketan) sehingga menghasilkan peradangan. Hal tersebut menyebabkan fungsi barrier terganggu dan terjadilah peningkatan HCl (Santacroce, 2008)

g. Merokok

Merokok dapat menurunkan sekresi bikarbonat dan aliran darah dimukosa, memperburuk peradangan, dan berkaitan erat dengan komplikasi tambahan karena infeksi *Helicobacter pylori*. Merokok juga dapat menghambat penyembuhan spontan dan meningkatkan risiko kekambuhan tukak peptik

4. Patofisiologi

Secara patologis ada beberapa faktor penyebab gastritis yang dapat menyebabkan kerusakan mukosa lambung, meliputi kerusakan mukosa barrier yang menyebabkan difusi balik ion H^+ meningkat, perlindungan mukosa lambung yang rusak dan jumlah asam lambung yang tinggi (Wehbi, 2009).

Gastritis disebabkan oleh Infeksi *Helicobacter pylori*, Obat-obatan NSIAD, stress, dan mengkonsumsi alkohol dan kafein, infeksi *Helicobacter pylori* akan melekat pada epitel lambung sehingga dapat menghancurkan mukosa lambung, kemudian Obat-obatan NSIAD akan Mengurangi prostaglandin yang bertugas melindungi dinding lambung, kemudian stress akibat Stress berat (luka bakteri, cedera pembedahan) menimbulkan memar memar kecil didaerah lambung sehingga sekresi asam lambung juga terpacu. Kemudian konsumsi alkohol dan kafein akan mengiritasi lambung dari beberapa faktor penyebab diatas akan mengakibatkan Dinding lambung dilindungi mukosa bikarbonat (selaput penyangga untuk menyeimbangkan keasaman lambung menjadi rusak), sehingga fungsi barrier menjadi rusak sehingga asam lambung meningkat. Mukosa barrier lambung umumnya melindungi lambung dari pencernaan terhadap lambung itu sendiri, yang disebut autodigesti acid, prostaglandin yang memberikan perlindungan ini. Ketika mukosa barrier ini rusak maka akan terjadi peningkatan HCl. Dari peningkatan HCl akan mengakibatkan gastritis akut dan kronis. Akut akan mengakibatkan inflamasi pada mukosa lambung dan kronis akan mengakibatkan erosi pada lambung inflamasi pada mukosa lambung akan mengakibatkan nyeri abdomen sehingga timbulah masalah keperawatan nyeri, dari nyeri abdomen mengakibatkan seseorang mengalami gangguan pola tidur. Nyeri abdomen dapat menurunkan sensori untuk makan sehingga nafsu makan menurun atau disebut anoreksia akan terjadi ketidakseimbangan nutrisi dari

kebutuhan tubuh. Anoreksia yang berlebihan akan mengakibatkan pembentukan ATP yang menurun sehingga terjadi kelelahan akan terjadi intoleransi aktivitas.

Setelah barrier ini rusak maka terjadilah perlukaan mukosa lambung dan di perburuk oleh histamine dan stimulasi saraf cholinergic kemudian HCl dapat berdifusi baik kedalam mukus dan menyebabkan luka pada pembuluh darah yang kecil, yang mengakibatkan terjadinya bengkak perdarahan dan erosi pada lambung. Erosi pada lambung akan mengakibatkan mukosa lambung kehilangan integritas jaringan sehingga terjadi perdarahan erosi pada lambung juga mengakibatkan menurunnya tonus peristaltic lambung sehingga terjadi dorongan ekspulsi di lambung ke mulut dan terjadi mual muntah, dari perdarahan mual dan muntah mengakibatkan deficit volume cairan . Kemudian masalah keperawatan yang muncul adanya gangguan rasa nyaman nyeri karena adanya mukosa lambung yang teriritasi, kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh karena penurunan nafsu makan, deficit volume cairan akan terjadi apabila terjadi perdarahan pada lambung, ansietas, gangguan pola tidur karena sering terbangun pada malam hari yang disebabkan oleh nyeri pada abdomen, oleh karena itu perlu di lakukan tindakan keperawatan asuhan keperawatan.

6. Manifestasi klinis

Manifestasi klinis menurut Dermawan, 2010 yaitu :

1. Gastritis akut

Sindrom dispepsia berupa nyeri epigastrium, mual, kembung, muntah, merupakan salah satu keluhan yang sering muncul. Ditemukan pula perdarahan saluran cerna berupa hematemesis dan melena, kemudian disusul dengan tanda-tanda anemia pasca perdarahan. Biasanya, jika dilakukan anamnesis lebih dalam, terdapat riwayat penggunaan obat-obatan atau bahan kimia tertentu.

2. Gastritis Kronis

Nyeri epigastrium yang menetap, muntah berlebihan, nafsu makan berkurang, keluhan lebih berkaitan dengan komplikasi gastritis atropik, seperti tukak lambung, defisiensi zat besi dan anemia.

7. Komplikasi

Komplikasi gastritis menurut Mutaqqin & Sari 2013 adalah :

1. Komplikasi gastritis akut :

- a) Perdarahan saluran cerna bagian atas berupa hematemesis dan melena dapat berakhir sebagai syok hemoragik.
- b) Ulkus jika prosesnya hebat
- c) Gangguan cairan dan elektrolit pada kondisi muntah hebat

2. Komplikasi gastritis kronis

- a) Anemia perniosa
- b) Ulkus peptikum

c) Kanker gaster terutama jika terjadi penipisan secara terus menerus

8. Pemeriksaan diagnostik

Pemeriksaan diagnostik pada pasien gastritis menurut Arfian nuari, 2016 yaitu :

1. Pemeriksaan darah

Tes ini digunakan untuk memeriksa adanya antibodi *Helicobacter pylori* dalam darah. Hasil tes yang positif menunjukkan bahwa pasien pernah kontak dengan bakteri pada suatu waktu dalam hidupnya, tapi itu tidak menunjukkan bahwa pasien tersebut terkena infeksi, tes darah dapat juga dilakukan memeriksa anemia yang terjadi akibat perdarahan lambung.

2. Endoskopy : gastrocopy ditemukan mukosa yang hiperemik

3. Laboratorium : mengetahui kadar asam hidroklorida

4. EGD(Esofagastridudenoskopi): tes diagnostic kunci untuk perdarah gastritis, dilakukan untuk melihat sisi perdarahan atau derajat ulkus jaringan atau cidera

5. Pemeriksaan Histopatologi : tampak kerusakan mukosa karena erosi tidak pernah melewati mukosa muskularis

6. Analisa gaster : dapat dilakukan untuk menentukan adanya daraah, mengkaji aktivitas sekretori mukosa gaster, contoh peningkatan asam hidroklorik dan pembentukan asam noktura

9. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan pada gastritis menurut Darmawan, 2010 meliputi :

a. Penatalaksanaan farmakologi

- a) Antikoagulan : bila ada perdarahan pada lambung
- b) Antasida : pada gastritis yang parah, cairan dan elektrolit diberikan intravena untuk mempertahankan keseimbangan cairan sampai gejala mereda untuk gastritis yang tidak pernah diobati antasida dan istirahat
- c) Histonin : Ranitidine dapat diberikan untuk menghambat pembentukan asam lambung kemudian menurunkan iritasi lambung.
- d) Sulcralfate : diberikan untuk melindungi mukosa lambung dengan cara menyeliputinya untuk mencegah difusi kembali asam lambung pepsin yang menyebabkan iritasi
- e) Pembedahan : untuk mengangkat gangrene dan perforasiGastrojejunusk opi/reseksi lambung: untuk mengatasi obstruksi pilorus. (Dermawan, 2010)

b. Penatalaksanaan non farmakologi

Penatalaksanaan gastritis secara umum adalah menghilangkan faktor utama yaitu etiologinya, diet lambung dengan porsi kecil dan sering, serta Obat- obatan. Namun secara spesifik dapat dibedakan sebagai berikut:

a) Gastritis Akut

- 1) Pantang minum alcohol dan makan sampai gejala hilang. Ubah menjadi diet yang tidak mengiritasi

- 2) Jika gejala-gejala menetap, mungkin diperlukan cairan IV.
 - 3) Jika terdapat perdarahan, penatalaksanaannya serupa dengan hemoragie yang terjadi pada saluran gastrointestinal bagian atas.
 - 4) Jika gastritis terjadi akibat menelan asam kuat atau alkali, encerkan dan netralkan asam dengan antasida umum, misalnya aluminium hidroksida, antagonis reseptor H₂, inhibitor pompa proton, antikolinergik dan sukralfat (untuk sitoprotektor).
 - 5) Jika gastritis terjadi akibat menelan basa kuat, gunakan sari buah jeruk yang encer atau cuka yang di encerkan.
 - 6) Jika korosi parah, hindari emetik dan bilas lambung karena bahaya perforasi.
- b) Gastritis kronis
- 1) Dapat diatasi dengan memodifikasi diet pasien, diet makan lunak diberikan sedikit tapi lebih sering.
 - 2) Mengurangi stress
 - 3) *Helicobacter pylori* diatasi dengan antibiotik (seperti tetraciklin $\frac{1}{4}$, amoxillin) dan gram bismuth (pepton-bismol).

D. Asuhan Keperawatan pada pasien gastritis

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dan landasan dalam proses keperawatan, untuk itu diperlukan kecermatan dan ketelitian dalam menangani masalah-masalah pasien sehingga dapat menentukan tindakan keperawatan yang tepat pada pasien. (Potter & Perry, 2005). Pengkajian Pada pasien gastritis menurut Mutaqqin & Sari 2013 :

a. Identitas pasien

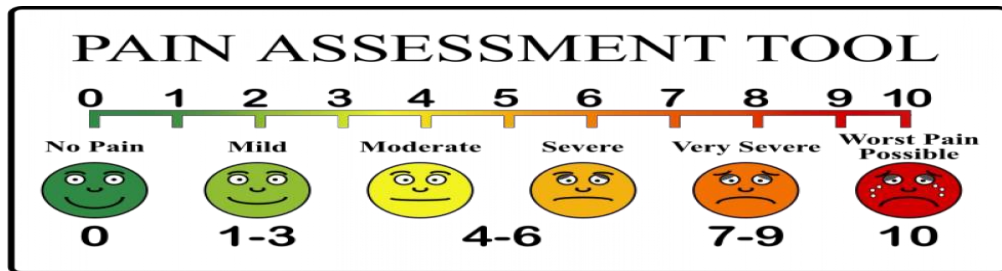
Meliputi nama, usia, jenis kelamin, alamat, pendidikan, nama penanggung jawab, pekerjaan dll

b. Keluhan utama

Alasan/keluhan yang menonjol pada pasien gastritis untuk datang ke rumah sakit adalah pasien mengeluh nyeri ulu hati, mual muntah dan anoreksia atau nafsu makan menurun

c. Riwayat penyakit sekarang

Biasanya klien yang mengalami gastritis akut mengalami nyeri epigastrium, pada pengkajian nyeri (PQRST) biasanya P : nyeri karena inflamasi pada lambung Q : nyeri yang digambarkan sampai tajam, dangkal, rasa terbakar, perih. R : nyeri ulu hati menyebar ke pinggang dan kepala S : skala nyeri pasien gastritis 6-7 T : saat lambung kosong, saat bergerak nyeri berlangsung lama \pm 10 menit, dalam melakukan pengkajian nyeri untuk mengetahui skala nyeri pada pasien gastritis dapat dilihat dari ekspresi wajah, seperti berikut ini :



Gambar 2.3 Ekspresi wajah skala nyeri

mual muntah dan perdarahan terselubung maupun nyata. Dengan endoskopi terlihat mukosa lambung yang hyperemia dan udem, mungkin juga di temukan erosif dan perdarahan aktif. Bila pasien mengalami penyakit gastritis kronik akan mengalami keluhan nyeri epigastrium yang menetap, muntah berlebihan, nafsu makan berkurang, keluhan lebih berkaitan dengan komplikasi gastritis atropik, seperti tukak lambung, defisiensi zat besi dan anemia

d. Riwayat kesehatan keluarga

Lakukan pengkajian tentang riwayat penyakit keturunan yang berhubungan dengan penyakit gastritis dan riwayat penyakit keturunan lain yang ada dalam keluarga. Untuk penyakit gastritis bukanlah termasuk penyakit keturunan

e. Riwayat penyakit dahulu

Kaji apakah gejala berhubungan dengan ansietas, stress, alergi, makan atau minum terlalu banyak, atau makan terlalu cepat? Kaji adakah riwayat penyakit lambung sebelumnya atau pembedahan lambung sebelumnya ?

f. Riwayat psikososial

Meliputi mekanisme coping yang digunakan klien untuk mengatasi masalah dan bagaimana motivasi kesembuhan dan cara klien menerima keadaannya.

g. Pola kebiasaan

1. Aktivitas/istirahat

Gejala : kelemahan, Kelelahan, gangguan pola tidur saat istirahat

Tanda : nyeri ulu hati pada saat istirahat, takipnea, takikardi (respon terhadap aktivitas)

2. Sirkulasi

Gejala : takikardi, kelemahan/ nadi perifer lemah, warna kulit pucat, sianosis , memberan mukosa kering, berkeringat

3. Eliminasi

Gejala : luka peptik , perubahan pola defikasi , karakteristik faces

Tanda : nyeri tekan abdomen distensi, bunyi bisisng usus hiperaktif selama perdarahan, hipoaktif setelah perdarahan, Karakteristik fases :feses encer atau bercampur darah (melena), darah warna gelap, kecoklatan , berbusa,berbau busuk , konstipasi terjadi (perubahan diet, penggunaan antasida), haluaran urine kuning pekat

4. Integritas ego

Gejala : stress (keuangan, hubungan kerja),perasaan tidak berdaya.

Tanda : ansietas, misalnya : gelisah, pucat, gemetar.

5. Makanan dan cairan

Gejala : anoreksia, mual dan muntah (muntah berkepanjangan disebabkan obstruksi pylorik bagian luar, berhubungan dengan luka duodenal), masalah menelan, cegukan, nyeri ulu hati, sendawa bau asam, penurunan berat badan.

Tanda : membrane mukosa kering, muntah berupa cairan yang berwarna kekuning-kuningan, turgor kulit tidak elastis, CRT > 3detik

6. Nyeri/kenyamanan

Gejala : nyeri epigastrium kiri samping tengah atau ulu hati, nyeri yang digambarkan sampai tajam, dangkal, rasa terbakar, perih, nyeri yang hebat disertai perforasi

Tanda : meringis, ekspresi wajah tegang.

7. Penyuluhan

Gejala : faktor makanan, pola makan yang tidak teratur, diet yang salah, gaya hidup yang salah.

h. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik : Review of System

1. B 1 (breath) : takhipnea

2. B 2 (blood) : takikardi, nadi perifer lemah pengisian perifer lambat, warna kulit pucat, memberan mukosa kering, turgorkulit tidak elastis, CRT >3detik

3. B 3 (brain) : sakit kepala, kelemahan, tingkat kesadaran dapat terganggu, nyeri epigastrium.

4. B 4 (bladder) : gangguan keseimbangan cairan.

5. B 5 (bowel) : merupakan data fokus pada pasien gastritis yaitu masalah pencernaan seperti anoreksia, mual muntah nyeri ulu hati, tidak toleran terhadap makan pada

Pemeriksaan fisik abdomen ditemukan :

Inspeksi

Mukosa bibir kering, turgor kulit tidak elastic, CRF >3 detik, perut kembung.

Auskultasi

bising usus hiperperistaltik jika terjadi perdarahan dilambung, dan hipoperistaltik setelah perdarahan atau jika asupan nutrisi tidak adekuat

Palpasi

palpasi abdomen empat kuadran , akan terasa nyeri pada area epigastrium kuadaran tiga

Perkusi

pekak karena meningkatnya produksi HCl lambung dan jika ada perdarahan dilambung

6. B 6 (bone) : kelelahan, kelemahan

2. Diagnosa

Setelah data terkumpul langkah berikutnya adalah menganalisa data sehingga diperoleh diagnosa keperawatan. Terjadi masalah kesehatan (pada seseorang, kelompok, keluarga) yang dapat ditangani perawat untuk menentukan tindakan perawat untuk mencegah menanggulangi atau mengurangi masalah tersebut (Sujono Riyadi dan Sukarmin, 2009). Diagnosa yang sering muncul sesuai dengan toksonomi NANDA NIC NOC 2013 yaitu :

1. Nyeri akut berhubungan dengan peradangan mukosa lambung akibat peningkatan HCl
2. Kekurangan Volume cairan berhubungan dengan intake cairan yang tidak adekuat dan kehilangan cairan yang berlebihan akibat muntah
3. Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia
4. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik
5. Ansietas berhubungan dengan proses penyakit ditandai dengan klien tampak gelisah
6. Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri abdomen

3. Intervensi

Menurut Juddith M. Wilkison (2012), perencanaan keperawatan adalah rencana keperawatan kepada klien sesuai dengan diagnosa yang ditegakkan sehingga kebutuhan klien dapat terpenuhi. Dalam teori perencanaan keperawatan dituliskan sesuai dengan rencana dan kriteria hasil berdasarkan

Nursing Intervention Classification (NIC) dan Nursing Outcome Classification (NIC).

Perencanaan keperawatan disesuaikan dengan kondisi klien dan fasilitas yang ada, sehingga rencana tindakan dapat diselesaikan dengan Spesifik, Mearsure, Arhievable, Rasional, Time (SMART) selanjutnya akan diuraikan rencana asuhan keperawatan dari diagnosa yang ditegakkan (NANDA, 2009)

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN & KRITERIA HASIL (NOC)	INTERVENSI (NIC)	RASIONAL
1.	Nyeri akut berhubungan Dengan peradangan mukosa lambung akibat peningkatan HCL	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam klien melaporkan nyeri berkurang, dapat mengontrol nyeri.</p> <p><input type="checkbox"/> Pain Level</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nyeri hebat 2. Nyeri berat 3. Nyeri sedang 4. Nyeri ringan 5. Tidak nyeri <p><input type="checkbox"/> Pain Control</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak pernah 2. Kadang kadang 3. Sewaktu-waktu 4. Sering 5. selalu <p><input type="checkbox"/> Comfort Level</p> <p>Dengan indikator :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 : gangguan ekstream 2 : berat 3 : sedang 4 : ringan 5 : tidak ada gangguan <p>Nilai yang diharapkan 4-5</p>	<p>Pain Management</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas,dan faktor presipitasi 2. Memonitor tanda tanda vital pasien 3. Mengobservasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamana terhadap nyeri seperti adanya tanda tanda gelisah, ekspresi wajah yang meringis 4. Memberikan posisi pasien nyaman mungkin dengan posisi sim kanan 5. Memberikan lingkungan yang nyaman yang mempengaruhi rasa nyeri seperti suhu ruangan,kebisingan ruangan dengan cara batasi pengunjung 6. Mengajarkan pasien tentang teknik non farmakologi seperti tehnik relaksasi seperti tehnik nafas dalam untuk mengurangi nyeri jika nyeri muncul 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui perkembangan nyeri dan tanda-tanda nyeri sehingga dapat menentukan intervensi selanjunya 2. Mengetahui keadaan umum pasien 3. Mengetahui cara penanganan nyeri yang biasa dilakukan oleh pasien 4. Menganjurkan menarik nafas dalam untuk mengurangi rasa nyeri 5. Menurunkan ketegangan otot, sendi, dan melancarkan peredaran sehingga dapat mengurangi nyeri

		<p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. mampu mengontrol nyeri (tahu, penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik nonfarmakologi, untuk mengurangi nyeri,) 2. melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri 3. menyatakan rasa nyaman ketika nyeri berkurang 4. mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi, dan tanda nyeri) 	<ol style="list-style-type: none"> 7. Menganjurkan pasien untuk mendemonstrasikan tehnik relaksasi untuk mengurangi nyeri 8. Menganjurkan pada pasien dan keluarga untuk melakukan kompres hangat pada bagian epigastrium pasien yang nyeri 9. Menganjurkan pasien untuk menghindari makanan pedas asam untuk mengurangi nyeri pada pasien 10. Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri 11. Evaluasi keefektifan kontrol nyeri 12. Kolaborasi dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil 	<ol style="list-style-type: none"> 6. Menurunkan rasa nyeri pasien 7. Menurunkan sensasi nyeri yang dialami pasien 8. Mengetahui perkembangan nyeri dan menentukan intervensi selanjutnya 9. Mengevaluasi keberhasilan tindakan penanganan nyeri 10. Analgetik berfungsi sebagai depresan sistem syaraf pusat sehingga mengurangi atau menghilangkan nyeri 11. Menentukan tindakan yang akan diberikan selanjutnya
2	Defisit Volume cairan berhubungan dengan intake cairan yang tidak adekuat dan kehilangan cairan yang berlebihan karena muntah	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam klien melaporkan mual muntah berkurang atau tidak sama sekali.</p> <p>Fluid balance :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sangat terganggu 2. Banyak terganggu 3. Cukup terganggu 	<p>Fluid Balance</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gunakan tehnik komunikasi terapeutik dengan cara memperkenalkan diri kepada pasien, menjelaskan tujuan agar terbina hubungan saling percaya antara pasien dan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Agar terbina hubungan saling percaya antara perawat dan pasien

		<p>4. Sedikit terganggu 5. Tidak terganggu</p> <p>Nilai yang diharapkan 4-5</p> <p>Hydration :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sangat Terganggu 2. Banyak terganggu 3. Cukup terganggu 4. Sedikit terganggu 5. Tidak terganggu <p>Nilai yang diharapkan 4-5</p> <p>Kriteria hasil :</p> <p>Nutrional status : Food and fluid intake</p> <p>Makanan dan cairan terpenuhi dengan indikator :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Masukan makanan melalui oral 2. Masukan makanan melalui tabung 3. Masukan cairan melalui oral 4. Masukan cairan 5. Masukan total parenteral nutrition 6. Dan yang lainnya <p>Dengan level :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Tidak dekuat 2) Sedikit adekuat 3) Cukup adekuat 4) Adekuat 5) Sangat adekuat <p>Nilai yang diharapkan 4 sampai 5</p> <p>Kriteria hasil :</p>	<p>perawat</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Ukur jumlah cairan yang masuk 3. Ukur jumlah cairan yang keluar 4. Hitung balance cairan pasien 5. Kaji apakah pasien mengalami kehausan atau gejala perubahan cairan 6. Motivasi klien untuk banyak minum air putih kurang lebih 600-800 ml/hari 7. Periksa isi Capillary refill dengan memegang tangan pasien pada tinggi yang sama seperti jantung dan menekan jari tengah 8. Monitor membrane mukosa dan turgor kulit 9. Monitor hasil lab 10. Kolaborasi dalam pemberian cairan sesuai 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Mengetahui jumlah pemasukan cairan pasien 3. Mengetahu jumlah cairan yang keluar 4. Mengetahui keseimbangan cairan pasien antara pemasukan dan pengeluaran pasien 5. Mengetahui keadaan pasien apakah terjadi penurunan cairan 6. Meningkatkan cairan pada pasien dan mencegah terjadinya dehidrasi 7. Apabila CRT <3detik maka kemungkinan pasien kekurangan cairan karena sirkulasi dalam darah tidak lancar 8. Mengetahui adanya tanda tanda dehidrasi 9. Membantu memperkirakan kekurangan volume total tanda dan gejala proses infeksi mengakibatkan demam dan keadaan hipermetabolik 10. Mengetahui keadaan pasien secara umum dan untuk
--	--	---	---	--

		<ol style="list-style-type: none"> 1. Mempertahankan urine, output sesuai dengan usia dan BB, BJ, urine normal, HT normal 2. Vital sign dalam batas normal 3. Tidak ada tanda tanda dehidrasi, elastisitas turgor kulit baik, memberan mukosa lembab, tidak ada rasa haus berlebihan 	<p>dengan indikasi dokter</p> <p>Hydration :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan klien untuk banyak minum, <p>Manajemen Nutrisi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tanyakan pada pasien tentang alergi terhadap makanan 2. Tanyakan makanan kesukaan pasien 3. Anjurkan masukan kalori yang tepat yang sesuai dengan kebutuhan energy 4. Sajikan diit dalam keadaan hangat 5. Observasi keadaan kulit dan memberan mukosa yang kering , turgor kulit jelak, oedema, konjungtiva anemis, rambut kusam dan mudah patah 6. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang jumlah kalori dan tipe nutrisi yang dibutuhkan (TKTP) 	<p>melakukan tindakan selanjutnya</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penurunan elektrolit yang lebih besar dapat mengarah pada syok 1. Asupan cairan sangat diperlukan untuk menambah volume cairan tubuh yang hilang. 2. Memberikan intervensi yang sesuai dan tepat kepada pasien 3. Memampukan pasien untuk memilih makanan yang dapat Dinikmati 4. Menambahkan diet yang tepat bagi pasien 5. Makanan yang hangat menambah nafsu makan pasien 6. Membantu dalam proses penyembuhan pasien
3	Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam klien	<u>Manajemen Nutrisi</u>	

	<p>tubuh berhubungan dengan anoreksia</p>	<p>melaporkan mual muntah berkurang, tidak ada penurunan berat badan.</p> <p>Nutritional status :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak adekuat 2. Sedikit adekuat 3. Cukup adekuat 4. Adekuat 5. Sangat adekuat <p>Nilai yang diharapkan 4-5</p> <p>Nutritional status : food and fluid intake</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak adekuat 2. Kurang adekuat 3. Cukup adekuat 4. Adekuat 5. Sangat adekuat <p>Nilai yang diharapkan 4-5</p> <p>Weight control</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak adekuat 2. Sedikit adekuat 3. Cukup adekuat 4. Adekuat 5. Sangat adekuat <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Adanya peningkatan berat badan 2. Tidak ada tanda tanda malnutrisi 3. Tidak terjadi penurunan berat badan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tanyakan adanya alergi makanan pada pasien 2. Lakukan pengukuran BB pada pasien 3. Anjurkan pasien untuk makan dengan porsi sedikit tapi sering 4. Atur posisi pasien semi atau fowler tinggi untuk memudahkan menelan ; biarkan pasien pada posisi selama 30 menit setelah makan untuk mencegah aspirasi 5. Anjurkan pasien untuk tidak makan makanan yang mengiritasi lambung seperti makanan yang mengandung asam dan pedas 6. Hindari prosedur infasif selama pasien makan 7. Anjurkan pasien untuk makan makanan yang lunak seperti bubur untuk meringankan kerja lambung 8. Monitor turgor kulit 9. Anjurkan oral hygiene sebelum makan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi menduga kemungkinan intervensi 2. Mengawasi penurunan BB atau efektivitas intervensi nutrisi 3. Makanan sedikit tapi sering dapat menurunkan kelemahan dan meningkatkan pemasukan juga mencegah distensi gaster 4. Mencegah terjadi aspirasi saat pasien makan 5. Dapat mengurangi resiko terjadinya iritasi lambung atau peningkatan asam lambung 6. Mengetahui secara akurat penyebab dari anoreksia yang mempengaruhi 7. Meringankan kerja lambung 8. Mengidentifikasi status nutrisi pasien 9. Meningkatkan nafsu makan pasien
--	---	--	--	--

			<p>10. Ajarkan metode untuk perencanaan makan</p> <p>11. Ajarkan pasien atau keluarga tentang makanan yang bergizi</p> <p>12. Berikan informasi yang tepat tentang kebutuhan nutrisi dan bagaimana memenuhinya seperti pentingnya makan</p> <p>13. Melakukan kolaborasi dengan ahli gizi tentang pemenuhan nutrisi pasien dengan makanan lunak (TKTP)</p> <p>14. Lakukan kolaborasi dalam pemberian obat</p> <p><u>Pemantauan nutrisi</u></p> <p>1. Monitor adanya penurunan BB</p> <p>2. Monitor tipe dan jumlah aktivitas yang biasa dilakukan</p> <p>3. Ciptakan lingkungan nyaman selama klien makan</p> <p>4. Jadwalkan pengobatan dan tindakan selama jam makan</p> <p>5. Monitor kulit (kering), turgor kulit, kuku bergerigi dan perubahan pigmentasi bengkak gusi</p> <p>6. Monitor mual dan muntah</p>	<p>10. Mencerna makanan hingga lunak memudahkan kerja lambung</p> <p>11. Meningkatkan gizi pasien</p> <p>12. Membantu pasien untuk mendapatkan informasi tentang penyakitnya</p> <p>13. Memperhitungkan ketepatan gizi yang dibutuhkan</p> <p>14. Membantu dalam proses penyembuhan pasien</p> <p>1. Penurunan BB menunjukkan malnutrisi</p> <p>2. Menentukan kebutuhan energy yang dibutuhkan</p> <p>3. Lingkungan yang bersih dan tidak bau memberikan kenyamanan pada klien saat makan</p> <p>4. Memberikan waktu istirahat saat makan klien</p> <p>5. Adanya perubahan pigmentasi, penurunan turgor kulit, menunjukkan kekurangan cairan dan kurang nutrisi</p> <p>6. Mengetahui apakah terjadi ketidak seimbangan cairan</p>
--	--	--	---	---

			7. Menentukan apakah pasien membutuhkan diet khusus	pada pasien 7. Menentukan diet yang tepat
4	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam klien melaporkan dapat melakukan aktivitas secara mandiri.</p> <p>Activity tolerance Indikator:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gangguan ektermalitas 2. Berat 3. Sedang 4. Ringan 5. Tidak ada gangguan <p>Energy conservation Indikator</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak pernah 2. Jarang 3. Kadang kadang 4. Sering 5. Selalu ditampilkan <p>Nilai yang diharapkan 4-5 Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berpartisipasi dalam aktivitas fisik tanpa disertai peningkatan tekanan darah, nadi dan RR 2. Mampu melakukan aktivitas sehari hari (ADL) secara mandiri 3. Keseimbangan aktivitas dan istirahat 	<p>Activity therapy</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Observasi adanya pembatasan klien dalam melakukan aktivitas 2. Kaji adanya faktor yang menyebabkan kelelahan 3. Monitor respon kardiovaskuler terhadap aktivitas (takikardi, distrimia, sesak nafas, diaphoresis, pucat, perubahan hemodinamik) 4. Monitor pola tidur dan lamanya tidur /istirahat pasien 5. Bantu klien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan 6. Bantu untuk memilih baktivitas konsisten yang sesuai dnegan kemampuan fisik, psikologi dan social 7. Bantu untuk mengidentifikasi dan mendapatkan sumber yang diperlukan untuk aktivitas yang diinginkan 8. Bantu untuk mendapatkan alat bantuan aktivitas seperti kursi roda krek 9. Bantu untuk mengidentifikasi aktivitas yang disukai 10. Bantu pasien/ keluarga untuk mengidentifikasi kekurangan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui adanya aktivitas yang memperparah keadaan 2. .Menentukan intervensi selanjutnya 3. Mengetahui asupan nutrisi untuk kebutuhan tubuh 4. Mengetahui tingkat istirahat pasien 5. Membantu pasien agar mudah melakukan aktivitas harian yang terkontrol 6. Membantu pasien agar mudah melakukan aktivitas harian yang terkontrol 7. Membantu pasien agar tidak melakukan aktivitas yang terlalu berat, dan untuk mengurangi resiko dampak yang lainnya 8. Untuk mencegah aktivitas yang terlalu berat 9. Untuk mempermudah pasien melakukan aktivitas yang ringan dan disukai 10. Untuk membantu pasien melakukan aktivitas ringan

			<p>dalam beraktivitas</p> <ol style="list-style-type: none"> 11. Bantu pasien untuk mengembangkan motivasi diri dan penguatan 12. Monitor respon fisik, emosi, social dan spiritual 	<ol style="list-style-type: none"> 11.Membantu pasien untuk meningkatkan aktivitas pasien 12.Mengetahui respon pasien akibat latihan fisik yang dilakukan pasien
5	<p>Ansietas berhubungan dengan peruses penyakit yang ditandai dengan klien tampak gelisah</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam klien mampu mengidentifikasi dan mengungkapkan gejala cemas.</p> <p>Anxietyself – control Indikator pengendalian diri terhadap Ansietas :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak pernah 2. Jarang 3. Kadang- kadang 4. Sering 5. Selalu <p>Nilai yang diharapkan 4 sampai 5</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mampu mengidentifikasi dan mengungkapkan gejala cemas 2. Vital sign dalam batas normal 3. Postur tubuh, ekspresi wajah, bahasa tubuh dan tingkat aktivitas menunjukkan berkurangnya kecemasan 	<p>Penurunan Kecemasan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gunakan pendekatan menenangkan 2. Nyatakan dengan jelas harapan terhadap perilaku pasien 3. Jelaskan semua prosedur dan apa yang dirasakan selama prosedur 4. Temani pasien untuk memberikan keamanan dan mengurangi takut 5. Berikan informasi factual mengenai diagnosis 6. Dorong keluarga untuk menemani pasien 7. Dengarkan dengan penuh perhatian 8. Identifikasi tingkat 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Membina hubungan saling percaya dengan klien 2. Memberikan motivasi dan semangat bagi pasien 3. Memberikan gambaran tentang penyakit gastritis yang sedang dialami 4. Pasien membutuhkan orang lain untuk meyakinkannya dan sebagai sumber semangat baginya 5. Memberikan informasi untuk mengurangi kecemasan pasien 6. Membantu mengurangi cemas dan membantu mengungkapkan perasaannya 7. Membantu mengurangi semas dan membantu mengungkapkan 8. Memberikan intervensi

			kecemasan	sesuai level cemas pasien
			9. Dorong pasien untuk mengungkapkan perasaan ketakutan dan persepsi	9. Membantu mengurangi beban pikiran
6	Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri abdomen	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam klien melaporkan tidak terbangun saat tidur malam.</p> <p><input type="checkbox"/> Rest : Extent and Pattern</p> <p><input type="checkbox"/> Sleep : Extent ang Pattern</p> <p>kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jumlah jam tidur dalam batas normal 2. Pola tidur,kualitas dalam batas normal 3. Perasaan fresh sesudah tidur/istirahat 4. Mampu mengidentifikasi hal-hal yang meningkatkan tidur 	<p>Environment management (Manajemen lingkungan)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ciptakan lingkungan yang aman untuk klien 2. Berikan tempat tidur dan lingkungan yang bersih dan nyaman 3. Berikan posisi tidur yang membuat klien nyaman 4. Control kebisingan 5. Atur pencahayaan 6. Batasi pengunjung Berikan satu ruangan jika diindikasikan <p>Sleep Enhancement</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor jumlah dan kualitas tidur Klien 2. Menginstruksikan pasien untuk tidur pada waktunya 3. Mengidentifikasi penyebab kekurangan tidur pasien. 4. Diskusi dengan pasien dan keluarga pasien untuk meningkatkan tehnik tidur. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jika lingkungan nyaman pasien bisa istirahat dengan nyaman 2. Agar pasien nyaman dan terhindar dari resiko infeksi 3. Memberikan kenyamanan kepada pasien saat tidur 4. Agar tidak mengganggu pasien saat istirahat 5. Memberikan kenyamanan bagi pasien 6. Memberikan kenyamanan sehingga pasien tidak terganggu oleh suara kebisingan <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui kualitas tidur pasien 2. Agar istirahat pasien bisa terpenuhi secara normal 3. Mengetahui penyebab pasien tidak bisa tidur 4. Agar Keluarga bisa membantu dalam proses pemuhan pasien

			<p>5. Menentukan pola tidur pasien</p> <p>6. Bantu untuk membuang faktor stress sebelum tiba waktu tidur.</p>	<p>5. Memberikan dan menentukan pola tidur yang efektif</p> <p>6. Menghindari faktor stress yang dapat mengganggu istirahat dan tidur pasien</p>
--	--	--	---	--

Sumber : Juddith (2012), Bulechek et all (2013), Amin huda NIC NOC (2015), morehead,et all(2013)

4. Implementasi

Implementasi keperawatan yang merupakan komponen dari proses keperawatan adalah kategori dari perilaku keperawatan dimana tindakan yang diperlukan untuk mencapai tindakan dan hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan yang dilakukan dan diselesaikan (Potter & Perry. 2005).

Implementasi menuangkan rencana asuhan kedalam tindakan. Setelah rencana dikembangkan, sesuai dengan kebutuhan dan prioritas klien, perawat melakukan intervensi keperawatan spesifik, yang mencakup tindakan perawat. Rencana keperawatan dilaksanakan sesuai intervensi, Implementasi keperawatan pada pasien gastritis dilaksanakan minimal tiga hari dan maksimal tujuh hari dilakukan pemantauan 24 jam. Tujuan dari implementasi adalah membantu klien dalam mencapai peningkatan kesehatan baik yang dilakukan secara mandiri maupun kolaborasi dan rujukan (Bulechek & McCloskey: dikutip dari Potter, 2005).

5. Evaluasi

Evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana tindakan, dan pelaksanaannya sudah berhasil dicapai berdasarkan tujuan yang telah dibuat dalam perencanaan keperawatan (Potter & Perry. 2005). Evaluasi yang digunakan berbentuk S (Subjektif), O (Objektif), A (Analisis), P (Perencanaan terhadap analisis). Evaluasi adalah proses keperawatan mengukur respon klien terhadap tindakan keperawatan dan kemajuan klien kearah pencapaian tujuan. Tahap akhir yang bertujuan untuk mencapai

kemampuan klien dan tujuan dengan melihat perkembangan klien. Evaluasi klien Gastritis dilakukan berdasarkan kriteria yang telah ditetapkan sebelumnya pada tujuan (Carnevari & Thomas, 1993 : dikutip dari Potter, 2005)

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

A. Pendekatan /Desain Penelitian

Jenis penelitian ini adalah deskriptif bentuk studi kasus untuk menyelesaikan masalah asuhan keperawatan klien dengan Gastritis di Puskesmas Perawatan Padang Guci. Pendekatan yang digunakan adalah pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, analisa data, diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

B. Subyek Penelitian

Subyek penelitian dalam asuhan keperawatan ini adalah klien dengan Gastritis di Puskesmas Perawatan Padang Guci yang berjumlah 1 orang dengan perawatan minimal 3 hari.

C. Batas Istilah (Definisi Operasional)

Asuhan Keperawatan dalam penelitian ini adalah asuhan keperawatan yang diberikan kepada klien yang telah didiagnosa klinis mengalami penyakit Gastritis dalam pemberian pelayanan keperawatan yang meliputi terapi farmakologi maupun non farmakologi pada pasien Gastritis dan diberikan minimal 3 hari perawatan. Pasien adalah semua usia yang menderita Gastritis dan dirawat di ruang rawat inap Puskesmas Perawatan Padang Guci. Gastritis adalah diagnosa medis yang ditetapkan oleh dokter dan tertulis di Rekam Medik.

D. Lokasi Dan Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan di Puskesmas Perawatan Padang Guci, penelitian dimulai dari melakukan pengurusan surat penelitian sampai pengurusan surat telah selesai.

E. Prosedur Penelitian

Penelitian diawali dengan penyusunan proposal tentang Gastritis dengan menggunakan metode studi kasus berupa laporan teori asuhan keperawatan yang berjudul Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Pada Pasien dengan Gastritis Di Puskesmas Perawatan Padang Guci Tahun 2019, setelah disetujui oleh penguji proposal maka tahap yang dilakukan

adalah penyusunan proposal, pengurusan surat izin penelitian, analisa kasus, persetujuan responden, pengkajian, analisa data, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi, evaluasi, persiapan pasien pulang, serta surat perizinan telah selesai penelitian.

F. Metode Dan Instrumen Pengumpulan Data

1. Teknik Pengumpulan data

- a. Wawancara (berisi tentang identitas klien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit dahulu, riwayat penyakit keluarga, riwayat psikologi, pola pola fungsi kesehatan), sumber data bisa dari klien, keluarga dan dari perawat lainnya.
- b. Obsevasi dan pemeriksaan fisik meliputi keadaan umum, pemeriksaan integumen, pemeriksaan kepala leher, pemeriksaan dada, pemeriksaan abdomen, pemeriksaan inguinal, genetalia, anus, ekstremitas, pemeriksaan system peremihan (inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi) pada sistem tubuh klien. Data fokus yang harus didapatkan pada sistem perkemihan.
- c. Studi dokumentasi dan instrument dilakukan dengan mengambil data dari MR (*Medical Record*), mencatat pada status pasien, mencatat hasil laboratorium, melihat catatan harian perawat ruangan, mencatat hasil pemeriksaan diagnostik.

2. Instrumen Pengumpulan Data

Alat atau insrumen pengumpulan data menggunakan format pengkajian asuhan keperawatan sesuai ketentuan yang ada di prodi Rekognisi Pembelajaran Lampau (RPL) keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu, data di status klien, dan data laboratorium, alat pemeriksaan fisik.

G. Keabsahan Data

Keabsahan data dilakukan oleh peneliti dengan cara peneliti mengumpulkan data secara langsung pada pasien dengan menggunakan format pengkajian yang baku dari kampus. Pengumpulan data dilakukan pada catatan medis / status pasien, anamnesa dengan klien langsung,

anamnesa dengan keluarga klien, dokter, dan perawat ruangan agar mendapatkan data yang valid, disamping itu untuk menjaga validitas dan keabsahan data peneliti melakukan observasi dan pengukuran ulang terhadap data data klien yang meragukan yang ditemukan melalui data sekunder meliputi tanda-tanda vital.

H. Analisis Data

Tehnik analisis digunakan dengan cara observasi, wawancara, pemeriksaan fisik dan data penunjang oleh peneliti dan studi dokumentasi yang menghasilkan data selanjutnya dimana data di interpretasikan oleh peneliti dibandingkan teori yang ada sebagai bahan untuk memberikan rekomendasi dalam intervensi tersebut.

BAB IV

TINJAUAN KASUS

A. Pengkajian

Pengkajian pada pasien dengan diagnosa medis gastritis kronis, dilakukan tanggal 2 Juli 2019 di ruang Mawar Puskesmas Perawatan Padang Guci. Pasien masuk Puskesmas tanggal 2 Juli 2019, nomor register 73 75 20, sumber data dari pasien, keluarga pasien, perawat ruangan, tim medis lainnya dan rekam medis. Metode pengkajian yang digunakan interview, observasi langsung, pemeriksaan fisik, penunjang, catatan medis dan keperawatan. Proses keperawatan dimulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi.

1. Identitas Pasien

Nama pasien Tn. K, laki-laki, usia 45 tahun, agama islam, suku Pasmah, pekerjaan buruh tani. Identitas penanggung jawab nama Ny. E (istri pasien), usia 43 tahun, pekerjaan ibu rumah tangga, alamat Tanjung Ganti 2.

1) Riwayat keperawatan

a) Riwayat Kesehatan Sekarang

1) Keluhan Utama

Pasien datang ke Puskesmas Perawatan Padang Guci tanggal 2 Juli 2019 pukul 08.00 WIB, dengan keluhan nyeri ulu hati dengan diagnosa medis Gastritis selain itu pasien mengeluh mual dan muntah \pm 3x.

2) Keluhan saat dikaji

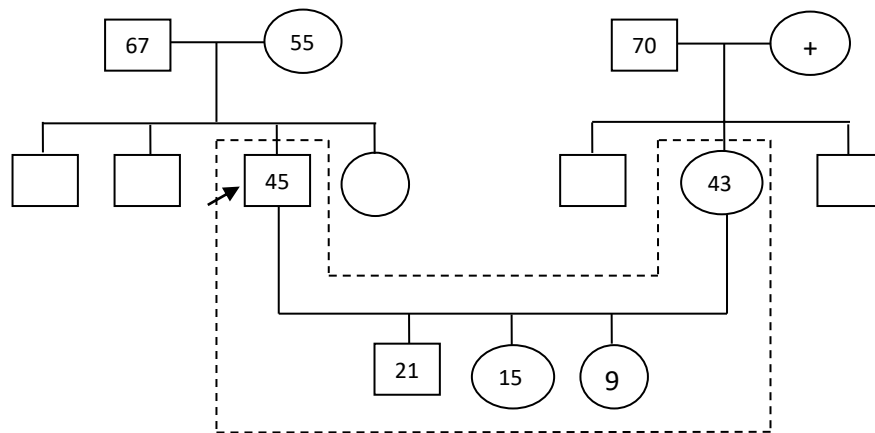
Pengkajian tanggal 2 Juli 2019 didapatkan pasien mengeluh nyeri epigastrium sejak dua hari yang lalu, nyeri bertambah hebat apabila terlambat makan, nyeri seperti tertusuk-tusuk, pasien mengatakan nyeri berada pada angka 6 (skala 0-10), nyeri menyebar dari epigastrium ke lambung, nyeri dirasakan terus menerus \pm 15 menit, tidak nafsu makan sejak tiga hari yang lalu, terasa mual,

masih muntah $2x \pm 100cc$. pasien mengatakan BB turun 1 kg sejak sakit selama 4 hari.

b) Riwayat kesehatan masa lalu

Pasien mengatakan pernah menderita penyakit maag, penyakit ini diderita sejak tahun 2014, pasien mengatakan tidak pernah dirawat sebelumnya. Penggunaan obat yang biasa digunakan jika gastritis muncul dengan obat obatan warung seperti promaag.

c) Riwayat kesehatan keluarga (genogram dan keterangan)



Bagan 4.1 : Genogram

Keterangan :

□ : Laki – laki

○ : Perempuan

+ : Meninggal

↗ : Pasien

----- : Tinggal Serumah

Pasien mengatakan anggota keluarga pasien yang pernah menderita penyakit yang sama yaitu kedua orang tua pasien.

d) Riwayat psikososial dan spiritual

Pasien mengatakan orang yang terdekat dengan pasien adalah istri dan anaknya, komunikasi dalam keluarga terbuka, sopan, hubungan yang harmonis. Pengambilan keputusan dengan cara bermusyawarah dengan seluruh anggota keluarga, komunikasi dalam masyarakat, pasien sering mengikuti kegiatan – kegiatan masyarakat seperti pengajian dan gotong royong. Pasien mengatakan tidak khawatir terhadap penyakitnya dan berusaha untuk tetap tegar serta menganggap penyakitnya adalah salah satu ujian dari Yang Maha Kuasa. Keluarga pasien mengatakan khawatir terhadap kondisi kesehatan pasien sekarang, namun keluarga tetap mengupayakan yang terbaik untuk pasien. Pasien mengatakan perubahan yang terasa setelah jatuh sakit adalah lemas, nyeri dan tidak dapat beraktivitas seperti biasanya.

Pasien dan keluarga beragama islam. Pasien mengatakan tidak ada keyakinan yang bertentangan dengan kesehatannya, selama di Puskesmas pasien yakin bisa sembuh. ibadah yang dilakukan yaitu dengan shalat dan berpuasa.

e) Pola Kebiasaan

1) Pola Nutrisi

Pasien mengatakan sebelum sakit pasien hobby mengkonsumsi mie instan, minum kopi, makanan-makanan pedas dan kebiasaan makan yang tidak teratur karena pasien sibuk bekerja dari pagi hingga sore, frekuensi makan tidak teratur, nafsu makan baik, porsi yang dihabiskan 1 piring, tidak ada makanan pantangan, tidak ada makanan yang membuat alergi. Penggunaan obat-obatan sebelum makan seperti promaag.

Saat di Puskesmas Perawatan diit (TKTP) dalam bentuk makanan lunak, frekuensi makan 3x/hari, nafsu makan menurun, porsi yang dihabiskan 1/4 piring, pasien makan buah, frekuensi minum 3 gelas/hari, jumlah 720 cc, jenis cairan air putih, pasien mendapatkan cairan infus RL 1000cc.

Cairan Masuk	=	Minum	720cc
		Infus	1000 cc
Cairan Keluar	=	Urine	850cc
		Muntah	100 cc
		BAB	200 cc

$$\text{IWL: (15 X BB)} = \frac{15 \times 65}{24 \text{ jam}}$$

$$\text{IWL} = 960 \text{ cc}$$

$$\begin{aligned} \text{Balance cairan} &= \text{Input cairan} - \text{output cairan} \\ &= 1720 - 2110 \\ &= - 390 \end{aligned}$$

2) Pola Eliminasi

Pasien mengatakan sebelum sakit, frekuensi BAK 3-5x/hari, warna urine kuning jernih, dirumah BAB tidak ada kesulitan, frekuensi 1x/hari setiap pagi, konsistensi lembek, warna kuning kecoklatan. Di Puskesmas Perawatan BAK 3-6x/hari, jumlah urine 850 cc, warna kuning jernih BAB 2x/hari dengan konsistensi lembek, jumlah \pm 200cc, warna hitam.

3) Pola personal hygiene

Pasien mengatakan sebelum sakit frekuensi mandi 2x/hari, sikat gigi 2x/hari, cuci rambut pasien 2/minggu. Saat di Puskesmas Perawatan, pasien tidak mandi hanya di lap dan oral hygiene 1x/hari pada pagi hari, cuci rambut belum pernah.

4) Pola istirahat dan tidur

Pasien mengatakan sebelum sakit jumlah jam tidur malam \pm 7-8 jam/hari, jumlah jam tidur siang \pm 1-2 jam. Saat di Puskesmas Perawatan pasien mengatakan tidak ada gangguan saat tidur, tidur siang \pm 1-2 jam/ hari, lama tidur malam \pm 7-9 jam/ hari

5) Pola aktivitas dan latihan

Pasien sehari-hari bekerja sebagai buruh tani. Pasien jarang berolahraga, karena menurut pasien berkebun sudah seperti olah raga. Di Puskesmas Perawatan pasien tidak dapat bekerja dan hanya beristirahat ditempat tidur karena keadaan pasien yang lemah dan harus menjalani perawatan dan pengobatan selama di rumah sakit.

6) Kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan

Pasien mengatakan sebelum sakit merokok 10-15 batang/hari. Saat di rawat pasien mengatakan tidak merokok.

1. Pemeriksaan Fisik

a. Pemeriksaan fisik umum

Keadaan umum pasien terlihat lemah, ekspresi wajah meringis, memegang bagian epigastrium yang nyeri, gelisah, GCS 15 : E4V5M6, TD: 110/80 mmHg, RR: 20x/menit, N : 89x/menit, T: 36,3 OC. Tinggi badan pasien 167 cm, BB : 65kg.

b. Sistem penglihatan

Posisi mata simetris, pergerakan bola mata simetris, bulbar konjungtiva anemis, sclera anikterik, pupil mengecil saat terkena cahaya (isokor), tidak ada tanda tanda peradangan pada mata dan tidak menggunakan kacamata

c. Sistem pendengaran

Saat di inspeksi kondisi pinna telinga simetris, tinnitus tidak ada, terdapat serumen di dalam telinga luar dan tidak ada penggunaan alat bantu pendengaran, serta saat di palpasi pada kelopak mata tidak ada nyeri tekan.

d. Sistem pernafasan

Saat di inspeksi pasien tampak tidak sesak jalan nafas bersih tidak terdapat sekret, tidak ada penggunaan otot bantu pernafasan dan cuping hidung, frekuensi nafas 20x/menit, irama pernafasan teratur, saat di palpasi ekspansi paru simetris, saat di auskultasi suara nafas

vesikuler, dan pada saat di perkusi terdengar bunyi sonor pada ICS 1-4 dextra, sonor pada ICS 1-2 sinistra serta dullness pada ICS 3-4 sinistra.

e. Sistem kardiovaskuler

Tidak ada distensi vena jugularis, frekuensi nadi 89x/menit dengan tekanan darah 110/80 mmHg, temperatur kulit teraba hangat, capillary refill > 3 detik, Suara jantung S1 S2 normal tidak ada suara tambahan

f. Sistem pencernaan

Pada saat di inspeksi Keadaan mulut berbau, tidak ada gigi palsu, tidak ada stomatitis, lidah sedikit kotor, terdapat caries, mukosa bibir kering, saat di auskultasi di dapatkan hasil bising usus 25x/menit, pada saat di palpasi didapatkan hasil pemeriksaan turgor kulit tidak elastis, hepar tidak teraba, terasa nyeri saat menelan, muntah \pm 100 cc, terdapat nyeri tekan dangkal pada kuadran II (epigastrium), sedangkan hasil saat di dilakukan pemeriksaan dengan perkusi terdengar hipertimpani di kuadran II (lambung).

g. Sistem urogenital

Tidak ada perubahan pola berkemih, BAK 3-6x/hari, jumlah urine 850 cc, warna kuning jernih, tidak ada nyeri tekan pada daerah kandung kemih, tidak ada nyeri ketuk pada pinggang dan tidak terpasang kateter.

h. Sistem integumen

Turgor kulit tidak elastis, warna kulit pucat, dibagian tubuh tidak ada hematoma, tidak ada luka, tidak ada scabies, tidak ada dekubitus dan tidak ada kelainan pigmen. Kondisi kulit tempat pemasangan infus baik tidak ada kemerahan.

i. Sistem muskuloskeletal

Ekstremitas atas kiri dan kanan tidak terdapat kesulitan dalam bergerak, tidak terdapat nyeri pada sendi, tidak ada nyeri pada tulang dan sendi, terdapat nyeri pada pemasangan infus sebelah kanan

ekstremitas atas, kekuatan otot pasien bisa menahan tahanan yang diberikan oleh perawat dengan skor 5, ekstremitas bawah kiri dan kanan tidak terdapat kesulitan dalam bergerak hanya terasa lemas, tidak terdapat nyeri pada sendi, tidak ada nyeri pada tulang dan kulit, kekuatan otot pasien bisa menahan sedikit tahanan yang diberikan oleh perawat dengan skor 4, jumlah skor kekuatan

$$\text{otot.} \quad \frac{555}{444} \bigg| \frac{555}{444}$$

2. Pemeriksaan Penunjang (Hasil Laboratorium)

Tabel 4.1 Pemeriksaan Penunjang

No	Tgl pemeriksaan / Waktu	Yang diperiksa						
		Hb (gr/dl)	HK (%)	Leukosit (mm ³)	Trombosit (sel/mm ³)	Albumin (gr/dl)	Globulin (gr/dl)	Protein total (gr/dl)
1	2/7/19 (09.30 Wib)	10,7	45	7000	293.000	-	-	-
2	Nilai normal	Hb : Lk:13,0-18,0gr/dl Pr:12,0-16,0gr/dl	HT : Lk : 38,8-50% Pr : 34,9-44,5%	Leukosit: 4000-10.000 mm ³	Trombosit: 153.000 - 400.000 sel/mm ³ .	Albumin : 3,5-6,0 gr/dl	Globulin : 1,5-2,5 gr/dl	Protein total 6,5-7,8 gr/dl

3. Penatalaksanaan Medis

Tabel 4.2 Penatalaksanaan medis

Cara pemberian	Nama obat	12 Juli 2019	13 Juli 2019	14 Juli 2019
Parenteral	IVFD Ringer laktat 20 tetes/menit	√	√	√
	Ketorolac 3x1 amp	√	√	√
	Ranitidin 3x 1 amp	√	√	√
Oral	Syrp sukralfat 3x 1 cc	√	√	√
	Syrp antasida 3x1 cc	√	√	√

4. Analisa Data

Tabel 4.3 Analisa Data

NO	Tanggal	Data Senajang	Etiologi	Masalah
1.	2/7/2019	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan tidak nafsu makan - Pasien mengatakan minum hanya 2 gelas dalam 24 jam <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Turgor kulit tidak elastis - Mukosa bibir kering - Konjungtiva anemis - CRT >3 detik - Balance cairan 1480-1945 = - 465 	Intake dan output yang tidak adekuat	Devisit Volume cairan
2.	3/7/2019	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tidak nafsu saat makan , jika makan kadang terasa mual <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak menghabiskan 1/4 porsi - Turgor kulit tidak elastis - Mukosa bibir kering - Terjadi penurunan berat badan selama sakit dari 65 kg ke 64 kg - Hb 10,7 gr/dl 	Anoreksia	Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh
3.	4/7/2019	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan nyeri pada area epigastrium - pasien mengatakan nyeri epigastrium sejak dua hari yang lalu, nyeri bertambah hebat apabila pasien bergerak, nyeri seperti tertusuk-tusuk, pasien mengatakan nyeri berada pada angka 6 (skala 0-10), nyeri menyebar dari epigastrium ke lambung dan ekstremitas, nyeri dirasakan terus menerus ± 15 menit - Pasien mengatakan punya riwayat Gerd(gangguan esophagus reflux deases) sebelum di rujuk <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien terlihat memegang bagian epigastrium yang nyeri - Pasien terlihat gelisah - Ekspresi wajah pasien terlihat meringis - Skala nyeri 6/10 - Nyeri tekan pada epigastrium 	peradangan mukosa lambung akibat peningkatan HCl	Nyeri

B. Diagnosa Keperawatan**Tabel 4.4 Diagnosa Keperawatan**

No.	Diagnosa Keperawatan	Tanggal ditegakkan	Tanda tangan
1.	Devisit volume cairan berhubungan dengan intake dan output yang tidak adekuat	2 Juli 2019	Lihardi
2.	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia	2 Juli 2019	Lihardi
3.	nyeri akut berhubungan dengan peradangan mukosa lambung akibat peningkatan HCl	2 Juli 2019	Lihardi

3. Perencanaan Keperawatan

Tabel 4.5 Intervensi Keperawatan

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN & KRITERIA HASIL (NOC)	INTERVENSI (NIC)	RASIONAL
1.	Defisit Volume cairan berhubungan dengan intake cairan yang tidak adekuat dan kehilangan cairan yang berlebihan karena muntah	<p>NOC : Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan intake cairan adekuat.</p> <p>Fluid balance :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sangat terganggu 2. Banyak terganggu 3. Cukup terganggu 4. Sedikit terganggu 5. Tidak terganggu <p>Nilai yang diharapkan 4-5</p> <p>Hydration :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sangat Terganggu 2. Banyak terganggu 3. Cukup terganggu 4. Sedikit terganggu 5. Tidak terganggu <p>Nilai yang diharapkan 4-5</p> <p>Kriteria hasil : Nutritional status : Food and fluid intake Makanan dan cairan terpenuhi dengan indikator :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Masukan makanan melalui oral 2. Masukan makanan melalui tabung 3. Masukan cairan melalui oral 	<p>Fluid Balance</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gunakan tehnik komunikasi terapeutik dengan cara memperkenalkan diri kepada pasien, menjelaskan tujuan agar terbina hubungan saling percaya antara pasien dan perawat 2. Ukur jumlah cairan yang masuk 3. Ukur jumlah cairan yang keluar 4. Hitung balance cairan pasien 5. Kaji apakah pasien mengalami kehausan atau gejala perubahan cairan 6. Motivasi klien untuk banyak minum air putih kurang lebih 600-800 ml/hari 7. Periksa isi <i>Capillary refill</i> dengan memegang tangan pasien pada tinggi yang sama seperti jantung dan menekan jari tengah 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Agar terbina hubungan saling percaya antara perawat dan pasien 2. Mengetahui jumlah pemasukan cairan pasien 3. Mengetahu jumlah cairan yang keluar 4. Mengetahui keseimbangan cairan pasien antara pemasukan dan pengeluaran pasien 5. Mengetahui keadaan pasien apakah terjadi penurunan cairan 6. Meningkatkan cairan pada pasien dan mencegah terjadinya dehidrasi 7. Apabila CRT <3detik maka kemungkinan pasien kekurangan cairan karena sirkulasi dalam darah tidak lancar

		4. Masukan cairan 5. Masukan total parenteral nutrition		
2.	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia	<p>NOC : Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan ketidak seimbangan nutrisi teratasi.</p> <p>Nutrional status :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak adekuat 2. Sedikit adekuat 3. Cukup adekuat 4. Adekuat 5. Sangat adekuat <p>Nilai yang diharapkan 4-5</p> <p>Nutrional status : food and fluid intake</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak adekuat 2. Kurang adekuat 3. Cukup adekuat 4. Adekuat 5. Sangat adekuat <p>Nilai yang diharapkan 4-5</p> <p>Weight control</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak adekuat 2. Sedikit adekuat 3. Cukup adekuat 4. Adekuat 5. Sangat adekuat <p>Nilai yang diharapkan 4-5</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Adanya peningkatan berat badan 2. Tidak ada tanda tanda malnutrisi 3. Tidak terjadi penurunan berat badan 	<p><u>Manajemen Nutrisi</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji alergi adanya alergi makanan pada pasien 2. Lakukan pengukuran BB pada pasien 3. Anjurkan pasien untuk makan dengan porsi sedikit tapi sering 4. Atur posisi pasien semi atau fowler tinggi untuk memudahkan menelan ; biarkan pasien pada posisi selama 30 menit setelah makan untuk mencegah aspirasi 5. Anjurkan pasien untuk tidak makan makanan yang mengiritasi lambung seperti makanan yang mengandung asam dan pedas 6. Hindari prosedur infasif selama pasien makan 7. Anjurkan pasien untuk makan makanan yang lunak seperti bubur untuk meringankan kerja lambung 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi menduga kemungkinan intervensi 2. Mengawasi penurunan BB atau efektivitas intervensi nutrisi 3. Makanan sedikit tapi sering dapat menurunkan kelemahan dan meningkatkan pemasukan juga mencegah distensi gaster 4. Mencegah terjadi aspirasi saat pasien makan 5. Dapat mengurangi resiko terjadinya iritasi lambung atau peningkatan asam lambung 6. Mengetahui secara akurat penyebab dari anoreksia yang mempengaruhi 7. Meringankan kerja lambung

			8. Monitor turgor kulit 9. Tawarkan oral hygiene sebelum makan	8. Mengidentifikasi status nutrisi pasien 9. Meningkatkan nafsu makan pasien
3.	nyeri akut berhubungan dengan peradangan mukosa lambung akibat peningkatan HCl	<p>NOC : Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan nyeri berkurang.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nyeri hebat 2. Nyeri berat 3. Nyeri sedang 4. Nyeri ringan 5. Tidak nyeri <p>Pain control</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak pernah 2. Kadang kadang 3. Sewaktu-waktu 4. Sering 5. selalu <p>Nilai yang diharapkan 4-5</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. mampu mengontrol nyeri (tahu, penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik nonfarmakologi, untuk mengurangi nyeri,) 2. melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri 3. menyatakan rasa nyaman ketika nyeri berkurang 	<p>Pain Management</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan faktor presipitasi 2. Monitor tanda-tanda vital pasien 3. Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan terhadap nyeri seperti adanya tanda-tanda gelisah, ekspresi wajah yang meringis 4. Berikan posisi pasien nyaman mungkin dengan posisi sim kanan 5. Berikan lingkungan yang nyaman yang mempengaruhi rasa nyeri seperti suhu ruangan, kebisingan ruangan dengan cara batasi pengunjung 6. Ajarkan pasien tentang teknik non farmakologi seperti teknik relaksasi seperti teknik nafas dalam untuk mengurangi nyeri jika nyeri muncul 7. Anjurkan pasien untuk mendemonstrasikan teknik relaksasi untuk mengurangi nyeri 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui perkembangan nyeri dan tanda-tanda nyeri sehingga dapat menentukan intervensi selanjutnya 2. Mengetahui keadaan umum pasien 3. Mengetahui respon pasien terhadap nyeri 4. Mengetahui cara penanganan nyeri yang biasa dilakukan oleh pasien 5. Membantu pasien dalam menangani nyeri yang timbul 6. Membantu dalam pemberian tindakan yang selanjutnya 7. Menurunkan ketegangan otot, sendi, dan melancarkan peredaran sehingga dapat

		4. mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi, dan tanda nyeri)	8. Anjurkan pada pasien dan keluarga untuk melakukan kompres hangat pada bagian epigastrium pasien yang nyeri 9. Anjurkan pasien untuk menghindari	mengurangi nyeri 8. Menurunkan rasa nyeri pasien 9. Menurunkan sensasi nyeri
--	--	--	---	--

4. Implementasi dan Evaluasi

Implementasi Keperawatan Hari Pertama

Nama Pasien : Tn. K

Usia : 45 tahun

Jenis Kelamin : Laki-laki

No. Reg : 737520

Tanggal : 02/07/2019

Tabel 4.6 Implementasi Hari Pertama

No Dx	Hari /Tanggal/ Jam	Implementasi	Respon Hasil	Evaluasi	Paraf
1.	02/07/2019 09.30 WIB 09.35 WIB 09.40 WIB 09.45 WIB 09.50 WIB 09.55 WIB	<ol style="list-style-type: none"> Menggunakan teknik komunik asi terapeutik dengan cara mem perkenalkan diri kepada pasien, menjelaskan tujuan agar terbina hubungan saling percaya antara pasien dan perawat Mengukur jumlah cairan yang masuk Mengukur jumlah cairan yang keluar Menghitung balance cairan pasien Mengkaji apakah pasien mengalami kehausan atau gejala perubahan cairan Memotivasi klien untuk 	<ol style="list-style-type: none"> Pasien mengerti dan percaya kepada perawat Cairan masuk minum 480cc, Infus 1000 cc Cairan Keluar Urine 850cc, Muntah 100 cc BAB 200 cc IWL 960 cc/24jam Balance cairan 1720 – 2110 = - 390 Pasien mengatakan sedikit minum dan nafsu makan menurun Pasien akan mengikuti apa 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> Pasien mengatakan hanya minum sedikit Pasien mengatakan nafsu makan menurun <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> CRT > 3 detik Turgor kulit tidak elastic Mukosa bibir kering Balance cairan 1720 – 2110 = - 390 <p>A :</p>	<i>Sihardi</i>

	10.00 WIB 10.05 WIB 10.10 WIB	banyak minum air putih kurang lebih 800-1000 ml/hari 7. Memeriksa isi Capillary refill dengan memegang tangan pasien pada tinggi yang sama seperti jantung dan menekan jari tengah 8. Memonitor membrane mukosa dan turgor kulit 9. Melakukan kolaborasi dalam Pemberian cairan sesuai dengan indikasi dokter Infus RL 1000 cc/24 jam	yang di suruh oleh perawat 7. Pasien mau di periksa oleh perawat CRT masih >3 detik 8. Turgor kulit masih tidak elastis, mukosa bibir kering 9. Pasien mau diberikan terapi cairan oleh dokter pada implementasi hari pertama cairan yang di berikan Infus RL 1000cc/24 jam	- level balance cairan pasien berada pada level 2 banyak terganggu - level dehidrasi berada di level 2 - masalah belum teratasi P: - Intervensi dilanjutkan 2,3,4,5,6,7,8,9	
2	02/07/2019 10.18 WIB 10.20 WIB 10.25 WIB 10.30 WIB 10.35 WIB	1. Mengkaji alergi adanya alergi makanan pada pasien 2. Melakukan pengukuran BB pada pasien 3. Menganjurkan pasien untuk makan dengan porsi sedikit tapi sering 4. Mengatur posisi pasien semi atau fowler tinggi untuk memudahkan menelan ; biarkan pasien pada posisi selama 30 menit setelah makan untuk mencegah aspirasi 5. Menganjurkan pasien untuk	1. Pasien mengatakan tidak ada makanan yang membuat alergi 2. Setelah dilakukan pengukuran BB terjadi penurunan BB dari 65 kg ke 64 kg 3. Pasien mengatakan akan makan sedikit tapi sering sesuai yang dianjurkan oleh perawat tapi pasien mengatakan nafsu makannya berkurang 4. Pasien tampak lebih nyaman makan dengan posisi semi fowler 5. Pada implementasi hari	S: - Pasien mengatakan nafsu makannya sangat berkurang A: - Pasien tampak lebih nyaman makan dengan posisi semi fowler - Pada implementasi hari pertama pasien tampak makan makan pedas seperti bakso - Turgor kulit pasien tampak tidak elastis karena nutrisi pasien pada implementasi hari pertama masih sedikit - Pada implementasi hari pertama pasien masih makan sedikit makanan yang diberikan	<i>Sifardi</i>

		<p>tidak makan makanan yang mengiritasi lambung seperti makanan yang mengandung asam dan pedas</p> <p>6. Menghindari prosedur infasif selama pasien makan</p> <p>7. Melakukan kolaborasi pemberian obat Ranitidin</p> <p>8. Menganjurkan pasien untuk makan makanan yang lunak seperti bubur untuk meringankan kerja lambung</p> <p>9. Memonitor turgor kulit</p> <p>10. Melakukan kolaborasi dengan ahli gizi tentang pemenuhan nutrisi pasien dengan makanan lunak (TKTP)</p>	<p>pertama pasien masih makan makan pedas seperti bakso</p> <p>6. Mual muntah pasien sedikit berkurang</p> <p>7. Obat sudah di minum muntah pasien pada hari pertama sebanyak 100cc cairan</p> <p>8. Pasien mengatakan akan makan makanan seperti bubur</p> <p>9. Turgor kulit pasien masih tidak elastis karena nutrisi pasien pada implementasi hari pertama masih sedikit</p> <p>10. Pada implementasi hari pertama pasien masih makan sedikit makanan yang diberikan oleh ahli gizi hanya dihabiskan 1/4 porsi</p>	<p>oleh ahli gizi hanya dihabiskan 1/4 porsi</p> <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Status nutrisi pada level 2 (kurang adekuat) - Masalah belum teratasi <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi dilanjutkan 2,3,4,5,6,7, 8,9,10 	
3	02/07/2019	<p>1. Memonitor tanda tanda vital pasien</p> <p>2. melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan faktor presipitasi</p>	<p>1. Pasien dilakukan pemeriksaan vital sign TD: 100/70 , nadi: 80x/menit, RR:20x/menit dan suhu 36,3^oc</p> <p>2. Pasien mengatakan epigastrium terasa nyeri, nyeri bertambah hebat apabila pasien bergerak, nyeri seperti tertusuk-</p>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan epigastrium masih terasa nyeri - Pasien mengatakan epigastrium terasa nyeri, nyeri bertambah hebat apabila pasien bergerak, nyeri seperti tertusuk-tusuk, pasien mengatakan nyeri berada pada angka 6 (skala 0-10), nyeri menyebar dari epigastrium ke 	<i>fifardi</i>

			tusuk, pasien mengatakan nyeri berada pada angka 6 (skala 0-10), nyeri menyebar dari epigastrium ke lambung dan ekstremitas, nyeri dirasakan terus menerus ketika lambung kosong \pm 15 menit	lambung, nyeri dirasakan terus menerus ketika lambung kosong \pm 15 menit	
	11.15 WIB	3. mengobservasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan terhadap nyeri seperti adanya tanda tanda gelisah, ekspresi wajah yang meringis	3. Reaksi nonverbal pada pasien tampak gelisah dan wajah tampak meringis	O: - Ekspresi wajah pasien meringis - Pasien tampak gelisah - TD: 100/70 , nadi: 80x/menit, RR: 20x/menit dan suhu 36,3 $^{\circ}$ c - Pasien nyaman dengan posisi sim kiri	
	11.20 WIB	4. Memberikan posisi pasien senyaman mungkin dengan posisi sim kanan	4. Pasien terlihat nyaman dengan posisi sim kanan	A : - level nyeri berada di level 3 (nyeri sedang), control nyeri berada di level 2 (kadang kadang) - masalah belum teratasi	
	11.25 WIB	5. Memberikan lingkungan yang nyaman yang mempengaruhi rasa nyeri seperti suhu ruangan,kebisingan ruangan dengan cara batasi pengunjug	5. Pasien mengatakan nyaman dengan lingkungan yang tidak bising dan suhu ruangan yang cukup dingin dengan kipas angin	P: - Intervensi dilanjutkan 1,2,5,6,7,8,9,10	
	11.30 WIB	6. Mengajarkan pasien tentang teknik non farmakologi seperti tehnik relaksasi seperti tehnik nafas dalam untuk mengurangi nyeri jika nyeri muncul	6. Pasien mengatakan mengerti dengan apa yang diajarkan oleh perawat		
	11.35 WIB	7. Menganjurkan pasien untuk mendemonstrasikan tehnik relaksasi untuk mengurangi nyeri	7. Pasien mampu mengikuti apa yang diajarkan oleh perawa		
	11.40 WIB	8. Menganjurkan pada pasien dan keluarga untuk melakukan kompres hangat pada bagian epigastrium pasien yang nyeri	8. Pasien mengatakan akan melakukan apa yang dianjurkan oleh perawat		

	11.45 WIB	9. Mengajukan pasien untuk menghindari makanan pedas asam untuk mengurangi nyeri pada pasien	9. pada hari pertama pasien masih makan bakso dengan kuah yang pedas		
	11.50 WIB	10. Melakukan kolaborasi dengan dokter obat nalgetik - Ketorolac - Syrup sulcarfat	10. Pasien mau minum obat dan obat yang diberikan oleh perawat diminum dengan benar dan tidak tumpah dan tidak ada tanda tanda alergi pada obat yang diberikan		

Implementasi Keperawatan Hari Kedua

Nama Pasien : Tn.K
 Jenis Kelamin : Laki-laki
 Tanggal : 03/07/2019

Usia : 45 tahun
 No. Reg : 737520

Tabel 4.7 Implementasi Keperawatan Hari Kedua

No Dx	Hari /Tanggal/ Jam	Implementasi	Respon Hasil	Evaluasi	Paraf
1.	03/07/2019 08.30 WIB 08.35 WIB 08.40 WIB 08.45 WIB 08.50 WIB	1. Mengukur jumlah cairan yang masuk 2. Mengukur jumlah cairan yang keluar 3. Menghitung balance cairan pasien 4. Mengkaji apakah pasien mengalami kehausan atau gejala perubahan cairan 5. Memotivasi klien untuk banyak minum air putih kurang lebih 800-1000 ml/hari	1. Cairan masuk minum jam 08.05 (240cc) jam 12.00 (240 cc) jam 16.00 (2400cc) jam 19.00 (240cc) infuse 800cc 2. Cairan keluar urine 1000 cc/24jam BAB 200 cc/24 jam muntah 80 cc/24 jam IWL 960 cc/24jam 3. Balance cairan 1960 – 2240 = - 280 4. Pasien mengatakan sudah menambah jumlah minum pasien 5. Pasien mengatakan minum 4 gelas air (960)	S: - Pasien mengatakan minum pada perawatan hari kedua 4 gelas O: - Mukosa bibir masih sedikit kering - Nafsu makan sudah sedikit membaik - CRT>3detik - Turgor kulit sudah sedikit elastic A: - level balance cairan pasien	<i>sihardi</i>

	08.55 WIB	6. Memonitor status nutrisi pasien	6. Pasien menghabiskan ½ porsi lebih dari makanan yang di berikan	berada pada level 3 cukup terganggu - level dehidrasi berada di level 3 - masalah teratasi sebagian	
	09.00 WIB	7. Memeriksa isi Capillary refill dengan memegang tangan pasien pada tinggi yang sama seperti jantung dan menekan jari tengah	7. Pasien mau di periksa oleh perawat CRT masih >3 detik	P : - Intervensi di lanjutkan 1,2,3,5,6,7,8,9,	
	09.05 WIB	8. Memonitor membrane mukosa dan turgor kulit	8. Turgor kulit sudah sedikit elastis, Memberan mukosa bibir masih sedikit kering		
	09.10 WIB	9. Melakukan kolaborasi dalam Pemberian cairan sesuai dengan indikasi dokter. Infus RL 800 cc	9. Pasien mau diberikan terapi cairan oleh dokter pada implementasi hari kedua cairan yang di berikan Infus RL 800 cc		
2	03/07/2019 09.15 WIB	1. Melakukan pengukuran BB pada pasien	1. Setelah dilakukan pengukuran BB masih 65 kg ke 64 kg	S : -pasien mengatakan sudah mulai makan sedikit tapi sering nafsu makan sedikit bertambah O :	<i>fiardi</i>
	09.20WIB	2. Mengevaluasi apakah pasien sudah makan dengan porsi sedikit tapi sering	2. Pasien mengatakan asudah melakukan sesuai yang dianjurkan oleh perawat, pasien mengatakan nafsu makannya sudah sedikit bertambah	-BB Pasien 64 kg - Turgor kulit sedikit elastic - Pasien menghabiskan makanan 1/2 porsi lebih yang diberikan oleh ahli gizi	
	09.25 WIB	3. Mengatur posisi pasien semi atau fowler tinggi untuk memudahkan menelan ; biarkan pasien pada posisi selama 30 menit setelah makan untuk mencegah aspirasi	3. Pasien tampak lebih nyaman makan dengan posisi semi fowler	- Pasien melakukan posisi semi fowler ketika makan - Mual muntah pasien sebanyak 80 cc - Mual muntah sedikit berkurang A : - Status nutrisi pada level 3	

	09.30 WIB	4. Menganjurkan pasien untuk tidak makan makanan yang mengiritasi lambung seperti makanan yang mengandung asam dan pedas	4. Pada implementasi hari kedua pasien tidak lagi dan pasien mengatakan tidak mau lagi makan makanan yang pedas dan asam	(cukup adekuat) - Masalah teratasi sebagian	
	09.35 WIB	5. Menghindari prosedur infasif selama pasien makan	5. Mual muntah pasien sedikit berkurang	P: - Intervensi di lanjutkan 1,2,3,5,6,7,8,9	
	09.40 WIB	6. Melakukan kolaborasi pemberian obat Ranitidin	6. Muntah pasien pada hari kedua 80cc		
	09.45 WIB	7. Menganjurkan pasien untuk makan makanan yang lunak seperti bubur untuk meringankan kerja lambung	7. Pasien mengatakan akan makan makanan seperti bubur		
	09.50 WIB	8. Melakukan kolaborasi dengan ahli gizi tentang pemenuhan nutrisi pasien dengan makanan lunak (TKTP)	8. Pada implementasi hari kedua pasien makan lebih banyak dari kemarin makanan yang diberikan oleh ahli gizi hanya dihabiskan 1/2 porsi lebih		
	09.55 WIB	9. Melakukan kolaborasi dalam pemberian obat dengan dokter untuk nutrisi yang kurang - Ranitidin	9. Ranitidin diberikan		
3	03/07/2019			S:	<i>lifardi</i>
	10.05 WIB	1. Memonitor tanda tanda vital pasien	1. Pasien dilakukan pemeriksaan vital sign TD: 110/70 , nadi: 83x/menit, RR:19x/menit dan suhu 36,4 ⁰ c	- Pasien mengatakan masih terasa nyeri tetapi sudah berkurang dari yang dirasakan kemarin	
	10.10 WIB	2. melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas,dan faktor presipitasi	2. Pasien mengatakan masih terasa nyeri saat belum makan, tapi rasa nyeri sedikit berkurang dari yang kemarin , nyeri seperti di remas remas , nyeri menyebar dari epigastrium ke lambung , skala nyeri 5, nyeri dirasakan	- Pasien mengatakan masih terasa nyeri saat belum makan, tapi rasa nyeri sedikit berkurang dari yang kemarin , nyeri seperti di remas remas , nyeri menyebar dari epigastrium ke lambung , skala nyeri 5, nyeri dirasakan	

			remas remas , nyeri menyebar dari epigastrium ke lambung , skala nyeri 5, nyeri dirasakan kadang kadang \pm 10 menit	kadang kadang \pm 10 menit - Reaksi	
	10.15 WIB	3. mengobservasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan terhadap nyeri seperti adanya tanda tanda gelisah, ekspresi wajah yang meringis	3. Reaksi nonverbal pada pasien tampak agak gelisah dan wajah tampak tidak meringis	O: - pasien tampak sedikit rileks - pasien tampak mengikuti apa yang diajarkan oleh perawat jika nyeri muncul dengan tehnik relaksasi - TTV: D: 110/70 , nadi: 83x/menit, RR:19x/menit dan suhu 36,2 $^{\circ}$ c - Nyeri sedikit berkurang setelah minum obat	
	10.20 WIB	4. Mengevaluasi yang diajarkan oleh perawat ke pasien tentang teknik non farmakologi seperti tehnik relaksasi seperti tehnik nafas dalam untuk mengurangi nyeri jika nyeri muncul	4. Pasien sudah melakukan apa yang diajarkan oleh perawat	A : - level nyeri berada di level 3 (nyeri sedang), control nyeri berada di level 3 (Sewaktu waktu) - masalah teratasi sebagian	
	10.25 WIB	5. Mengevaluasi apakah perasaan pasien setelah mendemonstrasikan tehnik relaksasi untuk mengurangi nyeri	5. Pasien mengatakan nyeri sedikit berkurang tetapi kadang kadang nyeri timbul kembali	P : - Intervensi di lanjutkan :1,2,3,5,6,8	
	10.30 WIB	6. Menganjurkan pada pasien dan keluarga untuk melakukan kompres hangat pada bagian epigastrium pasien yang nyeri	6. Pasien mengatakan telah melakukan kompres hangat di epigastrium bila nyeri muncul dan terasa berkurang setelah dikompres		
	10.35 WIB	7. Menganjurkan pasien untuk menghindari makanan pedas asam untuk mengurangi nyeri pada pasien	7. Pasien mengatakan tidak ada mengkonsumsi makanan pedas dan makanan asam lagi		

	10.40 WIB	8. Melakukan kolaborasi dengan dokter obat nalgetik - Ketorolac	8. Pasien mengatakan telah minum obat yang diberikan tepat waktu		
--	-----------	--	--	--	--

Implementasi Keperawatan Hari Ketiga

Nama Pasien : Tn.K
 Jenis Kelamin : Laki-laki
 Tanggal : 04/07/2019

Usia : 45 tahun
 No. Reg : 737520

Tabel 4.8 Implementasi Keperawatan Hari Ketiga

No Dx	Hari /Tanggal/ Jam	Implementasi	Respon Hasil	Evaluasi	Paraf
1.	04/07/2019 08.35 WIB	1. Mengukur jumlah cairan yang masuk	1. Cairan masuk minum jam 13.05 (480 cc) jam 20.00 (320 cc) jam 08.00 (320cc) infus 800cc	S: - Pasien mengatakan sudah minum 4 gelas - Pasien mengatakan sudah makan 1 porsi ditambah dengan makan buah semangka	<i>Sifardi</i>
	08.40 WIB	2. Mengukur jumlah cairan yang keluar	2. Cairan keluar urine 1200 cc/24jam BAB 260 cc/ 24 jam IWL 795 cc/24jam	O: - Mukosa bibir lembab - Turgor kulit elastis - Balance cairan (1820 -1820 =0) - CRT <3 detik	
	08.45 WIB	3. Menghitung balance cairan pasien	3. Balance cairan 2420 – 2420 = 0	A :	
	08.50 WIB	4. Memotivasi klien untuk banyak minum air putih kurang lebih 800-1000 ml/hari	4. Pasien mengatakan sudah menambah jumlah minum pasien	- level balance cairan berada di level 5 (tidak terganggu) - Level dehidrasi berada di level 5	
	08.55 WIB	5. Memonitor status nutrisi pasien	5. Pasien menghabiskan 1 porsi dari makanan yang di berikan	P: intervensi dihentikan	
	09.00 WIB	6. Memeriksa isi Capillary refill dengan memegang tangan pasien pada tinggi yang sama seperti jantung dan	6. CRT <3 detik		

	09.05 WIB 09.10 WIB	menekan jari tengah 7. Memonitor membrane mukosa dan turgor kulit 8. Melakukan kolaborasi dalam Pemberian cairan sesuai dengan indikasi dokter	7. Turgor kulit elastis, Memberan mukosa bibir lembab 8. Pasien mau diberikan terapi cairan oleh dokter pada implementasi hari ketiga cairan yang di berikan Infus RL 800 cc		
2	04/07/2019 09.20WIB 09.25 WIB 09.30 WIB 09.35 WIB 09.40 WIB 09.45 WIB	1. Melakukan pengukuran ulang BB pada pasien 2. Mengevaluasi apakah pasien sudah makan dengan porsi sedikit tapi sering 3. Mengatur posisi pasien semi atau fowler tinggi untuk memudahkan menelan ; biarkan pasien pada posisi selama 30 menit setelah makan untuk mencegah aspirasi 4. Menganjurkan pasien untuk tidak makan makanan yang mengiritasi lambung seperti makanan yang mengandung asam dan pedas 5. Menghindari prosedur infasif selama pasien makan 6. Melakukan kolaborasi	1. Setelah dilakukan pengukuran BB ada sedikit peningkatan dari 64 kg ke 64,5 kg 2. Pasien mengatakan asudah melakukan sesuai yang dianjurkan oleh perawat, pasien mengatakan nafsu makannya sudah sedikit bertambah 3. Pasien tampak lebih nyaman makan dengan posisi semi fowler 4. Pada implementasi hari kedua pasien tidak lagi dan pasien mengatakan tidak mau lagi makan makanan yang pedas dan asam 5. Pasien mengatakan hari ini mual berkurang tidak ada muntah 6. Mual muntah berkurang	S : - pasien mengatakan nafsu makan sudah mulai bertambah - pasien mengatakan sudah melakukan anjuran perawat makan sedikit tapi sering - pasien mengatakan tidak mual muntah lagi O : - BB Pasien naik 1 kg menjadi 54 kg - Turgor kulit elastis - Pasien menghabiskan makanan 1 porsi yang diberikan oleh ahli gizi - Pasien melakukan posisi semi fowler ketika makan - Pasien tampak tidak muntah lagi A : - Status nutrisi pada level 4 (cukup adekuat) - Masalah teratasi P: - Intervensi dihentikan	<i>fifardi</i>

	09.50 WIB 09.55 WIB 10.00 WIB	<p>pemberian obat Ranitidin</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Menganjurkan pasien untuk makan makanan yang lunak seperti bubur untuk meringankan kerja lambung 8. Melakukan kolaborasi dengan ahli gizi tentang pemenuhan nutrisi pasien dengan makanan lunak (TKTP) 9. Melakukan kolaborasi dalam pemberian obat dengan dokter untuk nutrisi yang kurang - Ranitidin 	<ol style="list-style-type: none"> 7. Pasien mengatakan akan makan makanan seperti bubur 8. Pada implementasi hari ketiga pasien makan lebih banyak dari kemarin makanan yang diberikan oleh ahli gizi dihabiskan 1 porsi 9. Ranitidin diberikan 		
3	04/07/2019 10.05 WIB 10.10 WIB	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor tanda tanda vital pasien 2. melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan faktor presipitasi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien dilakukan pemeriksaan vital sign TD: 120/80 , nadi: 80x/menit, RR:20x/menit dan suhu 36,4oc 2. Pasien mengatakan nyeri di epigastrium sudah berkurang. setelah minum obat dan mengikuti saran perawat seperti tehnik relaksasi, kompres hangat dan menghindari makanan makanan yang mengakibatkan asam lambung naik. nyeri seperti diremas remas, pasien mengatakan nyeri berada pada angka 3 (skala 0-10), nyeri hanya diepigastrium, diraskan 5 menit 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri di epigastrium sudah berkurang. setelah minum obat dan mengikuti saran perawat seperti tehnik relaksasi, kompres hangat dan menghindari makanan makanan yang mengakibatkan asam lambung naik - nyeri seperti diremas remas, pasien mengatakan nyeri berada pada angka 3 (skala 0-10), nyeri hanya diepigastrium, diraskan 5 menit. <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien tampak rileks - pasien tampak tidak gelisah lagi 	<i>fitri</i>

	10.15 WIB	3. mengobservasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan terhadap nyeri seperti adanya tanda-tanda gelisah, ekspresi wajah yang meringis	3. Pasien mengatakan nyeri sudah berkurang dan pasien tampak sudah tidak gelisah lagi, sudah bisa istirahat dengan dengan nyaman	<ul style="list-style-type: none"> - pasien tampak masih mengikuti apa yang diajarkan oleh perawat jika nyeri muncul dengan tehnik relaksasi dan kompres hangat - TD: 120/80 , nadi: 80x/menit, RR:20x/menit dan suhu 36,4°c - Pasien tampak rutin minum obat tepat waktu <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - level nyeri berada di level 4 (nyeri ringan), control nyeri berada di level 4 (sering) - masalah teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi di hentikan 	
	10.20 WIB	4. Mengevaluasi kembali apa yang diajarkan oleh perawat ke pasien tentang teknik non farmakologi seperti tehnik relaksasi seperti tehnik nafas dalam untuk mengurangi nyeri jika nyeri muncul	4. Pasien mengatakan sering mengontrol nyeri dengan tehnik relaksasi dan pasien mengatakan setelah mengontrol nyeri dengan tehnik relaksasi nyeri berkurang		
	10.25 WIB	5. Mengevaluasi kembali apakah melakukan kompres hangat tetap dilakukan saat pasien merasakan nyeri bagian epigastrium pasien	5. Pasien mengatakan masih melakukan tindakan yang diajarkan dan nyeri berkurang saat dilakukan		
	10.30 WIB	6. Melakukan kolaborasi dengan dokter obat nalgetik - Keterolac	6. Pasien mengatakan telah minum obat yang diberikan tepat waktu		

BAB V

PEMBAHASAN

Pada bab ini penulis akan membahas tentang kesenjangan teori dan proses keperawatan pada Tn. K dengan diagnosa gastritis di ruangan Mawar Puskesmas Perawatan Padang Guci. Kesenjangan antara teori dan kasus dibahas dari mulai pengkajian hingga evaluasi (Potter& Perry 2005).

A. Pengkajian

Data yang ditemukan pada pengkajian kasus Tn. K sesuai dengan yang ada dalam pengkajian teoritis, namun hanya terdapat beberapa yang berbeda. Pada pengkajian Tn. K mengalami diagnosa gastritis kronis. Diagnosa medis ini ditegakan berdasarkan gejala dan manifestasi klinis yang ditemukan berdasarkan data pengkajian didapatkan bahwa diganosa medis gastritis kronik, di tegakan atas dasar adanya tanda dan gejala klinis dari penyakit tersebut antara lain nyeri ulu hati yang hebat, mual muntah nyeri tekan lambung.

Keluhan utama pada pasien dengan gastritis sesuai dengan teoritis dan sama dengan pendapat Mutaqqin & Sari, 2013 bahwa keluhan utama yang sering terjadi adalah nyeri ulu hati, mual muntah, tidak nafsu makan. Pada kasus Tn. K keluhan utama yang didapat sama dengan teori, tetapi adanya penurunan HB menjadi 10,7dr/dl.

Terjadinya Nyeri ulu hati yang hebat menurut pendapat Sukarmi, 2012 karena adanya peradangan yang mengenai mukosa lambung. Peradangan dapat mengakibatkan pembengkakan mukosa lambung sampai terlepasnya epitel mukosa supersial yang menjadi penyebab terpenting dalam gangguan saluran pencernaan. Pelepasan epitel akan merangsang timbulnya proses inflamasi pada lambung.

Pada pola kebiasaan sehari hari pada pola tidur secara teoritis mengalami gangguan pola tidur, namun kasus pada Tn. K tidak mengalami gangguan pola tidur hal ini dikarenakan Tn. K bisa rileks pada malam hari, nyeri terkontrol pada malam hari.

Pada pemeriksaan laboratorium Tn. K terjadi penurunan HB 10,7gr/dl menurut Maharani, 2012 terjadinya penurunan Hb pada pasien gastritis ini dipengaruhi oleh faktor intrinsik dari lambung, faktor intrinsik merupakan bagian dari getah lambung yang berfungsi menyerap vitamin B12 didalam lambung, fungsi vitamin B12 adalah menyerap sel darah merah, peningkatan asam lambung mengakibatkan terjadinya penipisan lapisan pada lambung. Jika dinding lambung menipis, maka asam lambung yang dihasilkan pun sedikit sehingga sekresi asam lambung pun tidak memadai, faktor intrinsik dapat bekerja jika asam lambung seimbang. Jika asam lambung tidak seimbang maka kerja dari faktor intrinsik terganggu, sehingga penyerapan vitamin B12 juga terganggu, sehingga terjadi kekurangan vitamin B12 dapat mengakibatkan anemia pernisiiosa. Anemia pernisiiosa adalah berkurangnya sel darah merah akibat defisiensi vitamin B12 dan asam folat, salah satu fungsi vitamin B12 adalah untuk pembentukan sel darah merah di dalam sum sum tulang menjadi aktif. (Brunner & Suddart,2001)

Penyebab lain menurut Masrizal, 2007 terjadinya penurunan Hb pada kasus Tn. K yaitu dehidrasi atau biasa dikenal dengan kurangnya cairan dalam tubuh bisa disebabkan oleh akibat kurang minum yang terus menerus dibiarkan dapat mengakibatkan timbulnya gejala penurunan kadar hemoglobin dalam darah yang di tandai dengan kelelahan , pusing dan beberapa keadaan lainnya

B. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa yang ditemukan pada kasus gastritis Tn. K sesuai dengan diagnosa tinjauan teoritis BAB II. Namun , terdapat beberapa diagnosa yang berbeda karena Tidak semua diagnosa yang ada pada Nanda Nic-Noc ditemukan pada kasus yang sama, tergantung dari bervariasinya data dan memburuknya kondisi kesehatan klien dan komplikasi yang dialaminya.

Sedangkan pada tinjauan teori terdapat 6 diagnosa keperawatan yaitu, nyeri akut berhubungan dengan peradangan mukosa lambung akibat peningkatan hcl, kekurangan volume cairan berhubungan dengan intake

cairan yang tidak adekuat dan kehilangan cairan yang berlebihan akibat muntah, ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia, intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik, ansietas berhubungan dengan proses penyakit ditandai dengan klien tampak gelisah, gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri abdomen, dalam kasus penulis tidak mengangkat dua diagnosa yang terdapat pada teori masalah pertama yaitu gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri, penulis tidak mengangkat diagnosa ini karena pada saat pemantauan dan observasi pasien tidak mengalami gangguan dalam tidur, lama tidur malam 7-9 jam dan lama tidur siang 1-2 jam, masalah kedua yaitu intoleransi aktivitas karena pada pengkajian pasien tidak mengalami kesulitan dalam bergerak dan kekuatan otot pasien batas normal dengan nilai 5 dan 4. Masalah ketiga yaitu ansietas penulis tidak mengangkat diagnosa ini karena Tn. K tidak cemas terhadap penyakit Tn. K pasrah terhadap penyakitnya dan berharap cepat sembuh, Tn. K menganggap bahwa penyakitnya hanya cobaan dari Allah swt.

Penulis mengangkat tiga diagnosa, diagnosa pertama yaitu defisit volume cairan berhubungan dengan intake dan output yang tidak adekuat, penulis mengangkat diagnosa ini sebagai prioritas dibandingkan dengan nyeri sebagai keluhan utamanya karena pada saat penghitungan balance cairan pasien cukup banyak kehilangan cairan dan cairan merupakan bagian dari kebutuhan dasar manusia secara fisiologis kebutuhan ini memiliki proporsi besar dalam bagian tubuh dan untuk mencegah terjadinya syok pada pasien.

Diagnosa kedua yaitu ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia penulis mengangkat diagnosa ini yang kedua karena jika nutrisi pasien sudah adekuat, makanan sudah mulai teratur maka skala nyeri perlahan akan berkurang dan menurut teori Maslow makanan merupakan kebutuhan fisiologi yang harus dipenuhi.

Diagnosa ketiga nyeri berhubungan dengan peradangan mukosa lambung penulis mengangkat diagnosa ini yang ketiga karena nyeri pada Tn. K penyebabnya pola makan tidak teratur, sering makan pedas dan

mengonsumsi kopi sehingga jika nutrisi sudah adekuat makan nyeri akan berkurang

C. Perencanaan Keperawatan

Intervensi dalam BAB III ini sesuai dengan intervensi pada teoritis dan rencana dapat dilaksanakan berdasarkan intervensi dari diagnosa pada tinjauan kasus. Intervensi dibuat berdasarkan sumber Juddith (2012), Bulechek et all (2013), Morehead et all (2012). Rencana keperawatan untuk diagnosa devisit volume cairan berhubungan dengan intake dan output yang tidak adekuat adalah gunakan tehnik komunikasi terapeutik dengan cara memperkenalkan diri pada pasien, menjelaskan tujuan agar terbina hubungan saling percaya antara pasien dan perawat, ukur jumlah cairan yang masuk, ukur jumlah cairan yang keluar, hitung balance cairan pasien, kaji apakah pasien mengalami kehausan atau gejala perubahan cairan, motivasi klien untuk banyak minum air putih kurang lebih 800-1000 ml/hari, periksa isi capillary refill dengan memegang tangan pasien pada tinggi yang sama seperti jantung dan menekan jari tengah, monitor membrane mukosa dan turgor kulit, monitor hasil lab. Pada intervensi diagnosa pertama monitor hasil lab tidak dilakukan karena kebijakan dari rumah sakit hanya dilakukan satu kali pemeriksaan laboratorium, seharusnya jika pasien mengalami penurunan HB harus dimonitor hasil laboratorium secara rutin untuk mendapatkan hasil yang lebih baik.

Rencana untuk diagnosa keperawatan yang ke dua yaitu ketidakseimbangan nutrisi kurang dari tubuh berhubungan dengan anoreksia adalah kaji alergi adanya alergi makanan pada pasien, lakukan pengukuran bb pada pasien, anjurkan pasien untuk makan dengan porsi sedikit tapi sering, atur posisi pasien semi atau fowler tinggi untuk memudahkan menelan ; biarkan pasien pada posisi selama 30 menit setelah makan untuk mencegah aspirasi, anjurkan pasien untuk tidak makan makanan yang mengiritasi lambung seperti makanan yang mengandung asam dan pedas, hindari prosedur infasif selama pasien makan,

anjurkan pasien untuk makan makanan yang lunak seperti bubur untuk meringankan kerja lambung, monitor turgor kulit, tawarkan oral hygiene sebelum makan, ajarkan metode untuk perencanaan makan, ajarkan pasien atau keluarga tentang makanan yang bergizi, berikan informasi yang tepat tentang kebutuhan nutrisi dan bagaimana memenuhinya seperti pentingnya makan, melakukan kolaborasi dengan ahli gizi tentang pemenuhan nutrisi pasien dengan makanan lunak (tktp), lakukan kolaborasi dalam pemberian obat. Namun, pada perencanaan keperawatan anjurkan makan sedikit tapi sering dalam keadaan hangat terdapat kendala karena ketika makanan diantar oleh ahli gizi makanan sudah dalam keadaan dingin, sehingga perawat hanya membuat anjurkan makan sedikit tapi sering seperti bubur.

Rencana keperawatan untuk diagnosa ketiga yaitu nyeri berhubungan dengan iritasi mukosa lambung adalah lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan faktor presipitasi, memonitor tanda tanda vital pasien, mengobservasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan terhadap nyeri seperti adanya tanda tanda gelisah, ekspresi wajah yang meringis, memberikan posisi pasien nyaman mungkin dengan posisi sim kanan, memberikan lingkungan yang nyaman yang mempengaruhi rasa nyeri seperti suhu ruangan, kebisingan ruangan dengan cara batasi pengunjung, ajarkan pasien tentang teknik non farmakologi seperti tehnik relaksasi seperti tehnik nafas dalam untuk mengurangi nyeri jika nyeri muncul, anjurkan pasien untuk mendemonstrasikan tehnik relaksasi untuk mengurangi nyeri, anjurkan pada pasien dan keluarga untuk melakukan kompres hangat pada bagian epigastrium pasien yang nyeri, anjurkan pasien untuk menghindari makanan pedas asam untuk mengurangi nyeri pada pasien, kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri, evaluasi keefektifan kontrol nyeri, berikan analgetik untuk mengurangi nyeri, kolaborasikan dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil.

D. Implementasi

Implementasi keperawatan yang merupakan komponen dari proses keperawatan adalah kategori dari perilaku keperawatan dimana tindakan yang diperlukan untuk mencapai tindakan dan hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan yang dilakukan dan diselesaikan (Potter & Perry. 2005). Setelah menyusun rencana keperawatan, selanjutnya melakukan tindakan keperawatan atau implementasi sesuai dengan yang telah direncanakan dalam teoritis.

Penulis melakukan implementasi keperawatan selama tiga hari, pada tanggal 02 Juli 2019 s/d 04 Juli 2019 dengan target penilaian sebagai tujuannya, Implementasi yang dilakukan sesuai dengan apa yang telah direncanakan namun ada beberapa rencana yang tidak dilakukan karena kebijakan dari rumah sakit seperti pada implementasi keperawatan diagnosa pertama yaitu Devisit volume cairan berhubungan dengan intake dan output yang tidak adekuat yang tidak dilakukan sesuai rencana yaitu memonitor hasil lab karena kebijakan dari rumah sakit hanya dilakukan satu kali pemeriksaan laboratorium sehingga secara kualitas dari rumah sakit penulis tidak bisa melakukan tindakan tersebut.

Ada satu tindakan yang seharusnya dilakukan dalam 24 jam oleh perawat yaitu pada implementasi devisit volume cairan seperti menghitung pemasukan cairan, cairan keluar dan balance cairan pada pasien karena perawat hanya melakukan penelitian dalam satu hari satu shift selama 8 jam, sehingga perawat perlu melakukan kolaborasi dengan perawat yang sedang dinas diruangan apabila penulit tidak dinas pada 16 jam tersebut. Hasil dari kolaborasi dari penulis dan perawat ruangan akan ditemukan pemantauan cairan masuk, cairan keluar dan balance cairan pasien dalam 24 jam.

Pada implementasi diagnosa ketiga dan kedua sesuai dengan rencana, pada perencanaan keperawatan yang dibuat. Implementasi yang dilakukan penulis untuk masalah keperawatan defisit volume cairan berhubungan dengan intake cairan yang tidak adekuat dan kehilangan cairan yang berlebihan karena muntah, ketidakseimbangan nutrisi kurang dari

kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia, nyeri akut berhubungan dengan peradangan mukosa lambung akibat peningkatan hcl selama tiga hari.

E. Evaluasi

Evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana tindakan dan pelaksanaannya sudah berhasil dicapai berdasarkan tujuan yang telah dibuat dalam perencanaan keperawatan (Potter & Perry, 2005). Evaluasi yang digunakan berbentuk S (Subjektif), O (Objektif), A (Analisis), P (Perencanaan terhadap analisis).

Evaluasi pada kasus Tn. K yang dilakukan menggunakan metode SOAP. defisit volume cairan berhubungan dengan intake cairan yang tidak adekuat dan kehilangan cairan yang berlebihan karena muntah, ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia, nyeri akut berhubungan dengan peradangan mukosa lambung akibat peningkatan hcl, teratasi pada hari ke 3 dan pasien pulang atas izin dokter . Pada evaluasi hari terakhir tidak terdapat komplikasi yang terjadi pada pasien seperti teori.

Sebelum pasien pulang perawat memberikan pendidikan kesehatan kepada pasien tentang gastritis, pasien kooperatif dan keluarga sangat aktif dalam bertanya tentang penyakitnya sebelum pasien pulang dilakukan pemeriksaan vital sign yaitu TD: 120/70 N: 80 s: 36,4°C RR: 22X/menit

BAB VI PENUTUP

A. Kesimpulan

1. Pengkajian

Keluhan utama Tn. K datang ke Puskesmas Perawatan Padang Guci dengan keluhan nyeri epigastrium yang hebat, mual dan muntah $\pm 3x$. Keluhan saat dikaji didapatkan pasien masih mengeluh nyeri epigastrium sejak dua hari yang lalu, nyeri bertambah hebat apabila terlambat makan, nyeri seperti tertusuk-tusuk, pasien mengatakan nyeri berada pada angka 6 (skala 0-10), nyeri menyebar dari epigastrium ke lambung dan ke ekstremitas atas dan bahu, nyeri dirasakan terus menerus ± 15 menit, tidak nafsu makan sejak tiga hari yang lalu, makan terasa mual, masih muntah $2x \pm 100cc$, pasien mengatakan BB turun 1 kg sejak sakit selama 4 hari.

2. Diagnosa Keperawatan

Pada kasus Tn. K ada tiga diagnosa yaitu devisit volume cairan berhubungan dengan intake dan output yang tidak adekuat, ketidakseimbangan nutrisi kurang dari tubuh berhubungan dengan anoreksia, nyeri berhubungan dengan peradangan mukosa lambung akibat peningkatan Hcl.

3. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan yang baik harus disusun secara spesifik terukur dapat di capai sehingga memudahkan dalam melaksanakan implementasi kepada pasien . Perencanaan pada kasus ini telah dibuat sesuai dengan teori yang ada, hanya saja pada beberapa diagnosa penulis menghilangkan beberapa intervensi yang tidak sesuai dengan keadaan dan kondisi Puskesmas Perawatan.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan harus mengacu pada rencana yang dilakukan sesuai dengan standar asuhan keperawatan secara berkualitas. Implementasi keperawatan yang dilakukan sudah efektif dan sudah dilakukan sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan. Hal ini

dikarenakan adanya kerja sama yang baik antara perawat, pasien dan keluarga pasien

5. Evaluasi Keperawatan

Semua tujuan dari intervensi yang telah dibuat tercapai pada keempat diagnosa yang telah ditegakan karena didukung dengan keinginan pasien untuk cepat sembuh dan arena pasien kooperatif selama dalam perawatan.

B. Saran

1. Bagi Mahasiswa

Mahasiswa diharapkan untuk dapat menerapkan ilmu mengenai asuhan keperawatan pada pasien dengan gastritis, mengajarkan beberapa tehnik non farmakologi dengan efektif, mengajarkan makanan yang tidak boleh dimakan oleh pasien gastritis serta meningkatkan pengetahuan pasien dengan cara pendidikan kesehatan kepada pasien gastritis.

2. Bagi Pelayanan Kesehatan

Rumah sakit diharapkan dapat mengawasi dan memberikan discharge planning tertulis pada tiap ruangan, sehingga keluarga dapat memberikan perawatan yang baik kepada pasien pulang.

3. Bagi Akademik

Institusi pendidikan diharapkan dapat menambah dan melengkapi buku buku tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan gastritis untuk dapat menunjang penyusunan Karya Tulis Ilmiah.

DAFTAR PUSTAKA

- Abdullah M & Gunawan J (2012). Dispepsia. CDK, 39(9): 647-51.
- Astuti & Rahmat. 2010. *Asuhan keperawatan anak dengan gangguan system pernapasan*. Jakarta : CV. Trans Info Media
- Bambang (2010). Rongga mulut dan saluran gastrointestinal. Dalam: Kumar V, Cotran RS, Robbins SL (eds). *Buku Ajar Patologi*. Ed 7. Jakarta: EGC, pp: 622-9.
- Depkes RI, 2015. *Profil Kesehatan Indonesia tahun 2015*. Jakarta
- Dinas Kesehatan Provinsi Bengkulu. 2018. *Laporan Surveilans Pengendalian Penyakit Menular*, Provinsi Bengkulu
- FKUI., 2006, Factors Affecting Non-adherence in Bronchial Asthma and Impact of Health Education, , 25 (1), 1–8.
- Guyton, A. C. & Hall, J.E., 2007. *Buku Ajar Fisiologi Kedokteran*. Jakarta : EGC.
- GINA (Global Initiative for Astma)., 2016, *Global strategy for asthma management and prevention*, Global Initiative For Asthma
- Hirlan (2013). Gastritis. Dalam: Sudoyo AW, Setiyohadi B, Alwi I, Simadibrata M, Setiati S (eds). *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam Jilid I*. Ed 5. Jakarta: Pusat Penerbitan Departemen Ilmu Penyakit Dalam FKUI, pp: 509-12.
- Ibnu Firdaus .2016. *Konsep ilmu penyakit dalam* . Yogyakarta: Penerbit Arr-Ruzz Media
- Lindseth GN (2005). Gangguan lambung dan duodenum. Dalam: Price SA, Wilson LM (eds). *Patofisiologi Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit*. Ed 6. Jakarta: EGC, pp: 421-9.
- Mahadeva S, Goh KL (2014). Epidemiology of functional dyspepsia: a global perspective. *World J Gastroentero*, 12(17): 2661.
- Misnadiarly, 2009. *Mengenal Penyakit Organ Cerna*. Jakarta : Pustaka Populer Obor.
- M, Setiati S (eds). *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam Jilid I*. Ed 5. Jakarta: Pusat Penerbitan Departemen Ilmu Penyakit Dalam FKUI, pp: 501-8.
- NANDA.2012-2014. *Panduan Diagnosa Keperawatan NANDA 2012-2014 Definisi dan Klasifikasi*. Philadelphia
- Putra, A dkk, 2012. Faktor Risiko Dispepsia pada Mahasiswa Institut Pertanian Bogor (IPB) dalam *Jurnal Kedokteran Indonesia*. VOL. 2/NO.1/JANUARI/2011. [diakses tanggal 30 Juli 2013].

- Price, S. Wilson, 2011. *Patofisiologi Konsep Klinik Proses Penyakit. Edisi 6.*
Peenerbit buku kedokteran, Jakarta : EGC
- PDPI (Perhimpunan Dokter paru Indonesia)., 2015, ASMA, GEC, Jakarta.
- Potter, P & A Perry, A.G (2010). Buku Ajar Fundamental Keperawatan : Konsep, Proses, Dan Praktik.Edisi
- Rani AA, Fauzi A (2009). Infeksi helicobacter pylori dan penyakit gastroduodenal. Dalam: Sudoyo AW, Setiyohadi B, Alwi I, Simadibrata
- Riset kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018. Jakarta
- Rekam Medis Puskesmas Padang Guci. Data Prevalensi Asma bronchial yang Dirawat di Ruang Rawat Inap dalam rentang waktu tahun 2016 - 2018. Tidak dipublikasikan
- Simadibrata M, Makmun D, Abdullah M, Syam AF, Fauzi A, Renaldi K, Maulahela H, Utari AP (2014). Konsensus Nasional Penatalaksanaan Dispepsia dan Infeksi Helicobacter pylori. Jakarta: Perkumpulan Gastroenterologi Indonesia (PGI).
- Sudoyo AW (2013), Setiyohadi B, Alwi I, Simadibrata M, Setiati S (eds). Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam Jilid I. Ed 5. Jakarta: Pusat Penerbitan Departemen Ilmu Penyakit Dalam FKUI, pp: 509-12.
- Syaifuddin, 2009. Immunobiologi Asma Bronkial. Dexa-Media. Denpasar.
- Sundaru, H. 2006. *Asma ; Apa dan Bagaimana pengobatannya.* Jakarta : FKUI.
- Tumors of the stomach. Dalam: Feldman M, Friedman LS, Brandt LJ (eds). Sleisenger & Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease. 8 th Ed. Philadelphia: Elsevier Saunders, pp: 1139-55. Houghton JM, Wang TC (2012).
- Tack J & Talley NJ (2014). Functional gastroduodenal disorders. *Gastroenterology*, 130(5): 1466-79. Volume 1. Alih Bahasa : Yasmin Asih, dkk. Jakarta : EGC. 2010
- Wengt, S., 2018, Ilmu Kesehatan Masyarakat : Prinsip-prinsip Dasar, Available at: onerech.kink.kemkes.go.id.
- WHO (*World health Organization*). 2015. Jakarta
- WHO (*World health Organization*). 2016. Jakarta

LEMBAR KONSUL

Nama Pembimbing II : Ns. Sahran, S. KEP. N. SUP.
 Nama Mahasiswa : Lihardi
 Nim : P051202140 RPL

No	Hari/Tanggal	Topik/Saran	Paraf Pembimbing
1	Kamis 09-04-2019	1. Konsul Judul 2. Tambahkan data dari pemin.	LA
2	Kamis 10-04-2019	1. Konsul RAK D. II, III	LA
3	Senin 29-04-2019	1. sumber pustaka banyak belum ada.	LA
4	Selasa 30-04-2019	1. menyimpulkan skala 17 m ² belum jelas.	LA
5	Jumadi 10-05-2019	1. Lengkap lampiran Acc. ujian.	LA
6	Jumadi 13-06-2019	1. Konsul Pasir RTI Pasir dengan Baitus	LA
7	Selasa 16-07-2019	1. Lengkap data dan analisa data.	LA
8	Senin 12-07-2019	1. Perbaikan ke lumen di implentasi.	LA
9	Jumadi 01-08-2019	1. Siapkan ke long lampiran foto pasir.	LA
10	Kamis 12-08-2019	1. Perbaikan Interaksi Pasir.	LA
11	Senin 16-08-2019	1. Tambah belasan ke long lampiran foto pasir.	LA
12	Kamis 10-08-2019	1. RTI Acc - siap ujian	LA