

KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. D DENGAN GASTRITIS

DI PUSKESMAS PERAWATAN SEGINIM

KABUPATEN BENGKULU SELATAN

TAHUN 2019



DEDDY HARTONO

NIM. P05120218125

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

POLTEKKES KEMENKES BENGKULU

JURUSAN KEPERAWATAN

2019

PERSETUJUAN KARYA TULIS ILMIAH

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui untuk dipertahankan
Dihadapan tim penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi DIII Keperawatan Bengkulu
Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu

Yang dipersiapkan dan dipresentasikan oleh :

DEDDY HARTONO
NIM. P05120218125

Pada tanggal : Agustus 2019

Pembimbing,



Dahrizal, S.Kp., M.PH
NIP. 197109262001121002

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah

Dengan judul

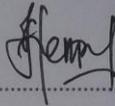
**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. D DENGAN GASTRITIS
DI PUSKESMAS PERAWATAN SEGIMIM
KABUPATEN BENGKULU SELATAN
TAHUN 2019**

I Karya Tulis Ilmiah ini telah diuji dan dinilai oleh panitia penguji
pada Program D III Keperawatan Bengkulu Jurusan Keperawatan Poltekkes
Kemenkes Bengkulu

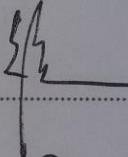
Pada tanggal : 30 Agustus 2019

Panitia penguji,

1. Ns. Hermansyah S.Kep., M.Kep
NIP. 197507161997031002

(..........)

2. Ns. Ervan, S.Kep., M.Kep. Sp.Kep.J
NIP.197412031994021002

(..........)

3. Dahrizal, S.Kp., M.PH
NIP. 197109262001121002

(..........)

Mengetahui
Ketua Prodi DIII Keperawatan Bengkulu
Jurusan Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Bengkulu,

Ns. Mardiani, S.Kep.,MM
NIP. 197203211995032001

KATA PENGANTAR

Puji Syukur penulis panjatkan Kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, atas nikmat sehat, ilmu dan rahmat serta karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada pasien dengan kasus gastitis di puskesmas perawatan seginim kabupaten bengkulu selatan tahun 2019”.

Penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini penulis menyadari bahwa tanpa bantuan dari berbagai pihak tentunya. Penulis banyak mendapatkan bantuan baik berupa informasi atau data maupun dalam bentuk lainnya. Untuk itu penulis ingin mengucapkan banyak terima kasih kepada:

1. Bapak Darwis, S.Kp.,M.Kes, selaku Direktur Poltekkes Kemenkes Bengkulu.
2. Bapak Dahrizal, S.Kp., MPH, selaku Ketua Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu dan pembimbing yang telah meluangkan waktu, tenaga dan pikiran untuk memberikan bimbingan dan pengarahan dengan penuh kesabaran kepada penulis dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
3. Ibu Ns. Mardiani, S.Kep., MM, selaku Ketua Prodi DIII Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu..
4. 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 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 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 DIII Keperawatan Bengkulu lainnya.

Bengkulu, April 2019

Penulis

DAFTAR ISI

SAMPUL	1
HALAMAN PERSETUJUAN	ii
KATA PENGANTAR.....	iii
DAFTAR ISI.....	v
DAFTAR TABEL	vii
DAFTAR GAMBAR	viii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. TujuanPenulisan	3
C. Batasan Masalah.....	4
D. Manfaat	4
BAB II TINJAUAN TEORI.....	5
A. Anatomi dan Fisiologi	5
1. Anatomi	5
2. Fisiologi	7
B. Konsep Dasar Penyakit Gastritis.....	8
1. Definisi	8
2. Klasifikasi	9
3. Etiologi	10
4. Patofisiologis	12
5. WOC	13
6. Manifestasi Klinis.....	14
7. Pemeriksaan Penunjang.....	14
8. Penatalaksanaan	15
C. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan dengan masalah gastritis	16
1. Pengkajian	16
2. Diagnosa Keperawatan	21
3. Rencana Keperawatan.....	22
4. Implementasi Keperawatan	27
5. Evalasi Keperawatan	27

BAB III METODELOGI PENELITIAN	28
A. Desain Penelitian.....	28
B. Subjek Penelitian.....	28
C. Definisi Operasional	28
D. Lokasi dan Waktu	29
E. Prosedur Penelitian.....	29
F. Metode dan Instrumen Pengumpulan Data	29
G. Keabsahan Data.....	30
H. Analisa Data.....	30
BAB IV TINJAUAN KASUS	33
A. Pengkajian	33
B. Diagnosa Keperawatan.....	43
C. Perencanaan Keperawatan	44
D. Implementasi.....	46
E. Evaluasi	55
BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN	61
A. Pengkajian	61
B. Diagnosa Keperawatan.....	62
C. Perencanaan Keperawatan	63
D. Implementasi dan Evaluasi	64
E. Evaluasi	66
BAB VI PENUTUP	67
A. Kesimpulan	67
B. Saran.....	72

DAFTAR PUSTAKA
LAMPIRAN-LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Nomor Tabel	Judul	Halaman
2.1	Perencanaan keperawatan	23
4.1	Pemeriksaan penunjang	39
4.2	Penatalaksanaan medis	39
4.3	Analisa data	40
4.4	Diagnosa keperawatan	43
4.5	Intervensi keperawatan	44
4.5	Implementasi dan respon hasil	47
4.6	Evaluasi keperawatan	56

DAFTAR GAMBAR

Nomor Gambar	Judul	Halaman
2.1	Anatomi Lambung	5

DAFTAR LAMPIRAN

- 1. Dokumentasi penelitian**
- 2. Lembar konsultasi**
- 3. Surat izin penelitian**
- 4. Surat telah melaksanakan penelitian**

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Gastritis merupakan peradangan (pembengkakan) pada mukosa lambung ditandai dengan tidak nyaman pada perut bagian atas, rasa mual, muntah, nafsu makan menurun atau sakit kepala (Ratu & Adwan, 2013). Gastritis merupakan salah satu masalah kesehatan saluran pencernaan yang paling sering terjadi (Gustin, 2012). Gastritis bukanlah penyakit tunggal, tetapi beberapa kondisi yang mengacu pada peradangan lambung yang merupakan akibat dari infeksi bakteri yaitu *Helicobacter Pylory* (Santoso, 2015).

Berdasarkan data WHO didapatkan hasil persentase dari angka kejadian gastritis di dunia 1,8-2,1 juta dari jumlah penduduk setiap tahun. Gastritis biasanya dianggap sebagai suatu hal yang remeh namun gastritis merupakan awal dari sebuah penyakit yang dapat mengganggu kita. Sementara itu angka kejadian penyakit gastritis di Indonesia adalah 40,8%.

Berdasarkan profil kesehatan Indonesia tahun 2010, gastritis merupakan peringkat ke lima dari 10 besar penyakit terbanyak pasien rawat inap yaitu 24,716 kasus dan peringkat ke enam dari 10 besar penyakit terbanyak rawat jalan di Rumah Sakit di Indonesia yaitu 88,599 kasus. Pada tahun 2011, gastritis merupakan salah satu penyakit di dalam sepuluh penyakit terbanyak pada pasien rawat inap di rumah sakit di Indonesia dengan jumlah 30.154 kasus (Depkes, 2012).

Angka kejadian gastritis di Provinsi Bengkulu masih cukup tinggi, Data Dinas Kesehatan Provinsi Bengkulu (2016) Gastritis menempati urutan kedua dengan jumlah 45001 kasus, serta laporan tahunan Dinas Kesehatan Kabupaten Bengkulu Selatan (2016) Gastritis menempati urutan pertama dengan jumlah 9.436 kasus.

Berdasarkan data rekam medis pasien di Puskesmas Perawatan Seginim pada tahun 2019 menunjukkan bahwa jumlah kejadian gastritis pada bulan januari sebanyak 11 orang, bulan februari sebanyak 16 orang, dan bulan maret sebanyak 24 orang. Hal ini menunjukkan terdapat peningkatan kejadian gastritis setiap bulanya.

Faktor yang menyebabkan meningkatnya angka kejadian gastritis yaitu jenis obat-obatan, alkohol, bakteri, virus, jamur, stress, radiasi, alergi atau intoksikasi dari bahan makanan dan minuman, garam empedu, iskemia dan trauma langsung (Muttaqin, 2011). Gastritis biasanya diawali oleh frekuensi konsumsi makan dan minum yang tidak teratur sehingga lambung menjadi sensitif bila asam lambung meningkat dan menyebabkan iritasi pada lambung. Menurut Ardiansyah (2012) penyebab dari gastritis adalah konsumsi obat yang mengandung kimia digitalis, konsumsi alkohol yang berlebihan, terapi radiasi, kondisi stress dan infeksi bakteri seperti *helicobacter pylori*, dan salmonella yang dapat menimbulkan tanda dan gejala anoreksia, mual dan muntah, perdarahan saluran cerna dan nyeri ulu hati.

Gastritis biasanya dianggap sebagai suatu hal yang biasa namun gastritis merupakan awal dari sebuah penyakit yang dapat membahayakan. Gastritis merupakan penyakit yang sangat mengganggu aktivitas sehari – hari, yang bisa mengakibatkan kualitas hidup menurun, tidak produktif dan bila tidak ditangani dengan baik akan berakibat fatal bahkan sampai pada tahap kematian. Gastritis bila tidak diobati akan mengakibatkan sekresi lambung semakin meningkat dan akhirnya membuat lambung luka–luka (ulkus) yang dikenal dengan tukak lambung juga dapat menimbulkan peradangan saluran cerna bagian atas berupa hematemesis (muntah darah) , melena, perforasi dan anemia karena gangguan absorpsi vitamin B12 (anemia perniosa) bahkan dapat menimbulkan kanker lambung (Suratum, 2010).

Tingginya jumlah penderita gastritis tersebut jika tidak ditangani akan menimbulkan dampak buruk bagi penderita, jika dibiarkan terus

menerus akan merusak fungsi lambung dan dapat meningkatkan risiko untuk terkena kanker lambung hingga menyebabkan kematian (Aprianto, 2009).

Dampak buruk yang akan terjadi juga dikarenakan pasien kurang pengetahuan tentang pengobatan gastritis sehingga dibiarkan saja dan akhirnya menjadi masalah yang serius, oleh karena itu perlu dilakukan tindakan keperawatan.

Tindakan keperawatan seperti mengkaji pasien dengan gastritis akut atau kronis, haruslah dengan hati-hati pada faktor risiko. Pertimbangkan diet, pola makan, serta penggunaan resep dan obat-obatan bebas, juga gaya hidup, termasuk konsumsi alkohol dan merokok. Untuk mengurangi nyeri yang dirasakan, fokuslah pada pengajaran tentang penyebab gastritis dan makanan yang mungkin memperburuk penyakit. Bantu untuk mengkaji faktor-faktor yang dapat memicu peningkatan manifestasi, seperti stres atau kelelahan, meminum obat-obatan tertentu saat perut kosong, konsumsi makanan dan minuman, konsumsi alkohol, serta merokok (Black, 2014).

Survei awal di puskesmas perawatan Seginim pasien datang dengan gastritis dilakukan terapi farmakologi untuk mengatasi nyeri dengan analgetik. Perawat melakukan tindakan kolaboratif sebagai tindakan awal.

Setelah peneliti mencari data mengenai gastritis, didapatkan bahwa gastritis merupakan penyakit yang membutuhkan penanganan yang serius. Oleh sebab itu penulis tertarik untuk mengangkat judul studi kasus “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gastritis Di Puskesmas Perawatan Seginim Tahun 2019.

B. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui gambaran penerapan proses asuhan keperawatan pada pasien dengan Gastritis Di Puskesmas Perawatan Seginim Tahun 2019.

2. Tujuan khusus

- 1) Melakukan pengkajian keperawatan pada pasien dengan gangguan gastritis
- 2) Mengakkan diagnosis keperawatan pada pasien dengan gangguan gastritis.
- 3) Menunjukkan perencanaan keperawatan pada pasien dengan gangguan gastritis.
- 4) Melakukan implementasi keperawatan pada pasien dengan gangguan gastritis.
- 5) Melakukan evaluasi keperawatan pada pasien dengan gangguan gastritis.
- 6) Mendokumentasikan penerapan proses asuhan keperawatan pada pasien dengan Gastritis

C. Batasan Penelitian

Batasan masalah dalam penelitian ini adalah bagaimana asuhan keperawatan pada pasien dengan gastritis di Puskesmas Perawatan Seginim Tahun 2019.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi peneliti

Dengan adanya penelitian ini, dapat menambah pengetahuan dan informasi tentang penyakit gastritis dan penanganan asuhan keperawatan pada gangguan sistem pencernaan dengan kasus gastritis.

2. Bagi pasien

Memberikan pengetahuan tentang penyakit gastritis, yang jelas bagi masyarakat tentang penyakit dan pencegahan penyakit gastritis.

3. Bagi Puskesmas

Sebagai acuan bagi puskesmas dalam menentukan kebijakan pada masa yang akan datang dan memberi masukan dalam meningkatkan mutu pelayanan dan pengawasan kesehatan khususnya bagi penderita gastritis.

4. Bagi institusi pendidikan

Merupakan bahan evaluasi pendidikan untuk meningkatkan mutu pendidikan asuhan keperawatan pada gangguan sistem pencernaan dengan kasus gastritis sebagai bahan acuan di bidang pengetahuan dan pengembangan riset.

BAB II

LANDASAN TEORI

A. Anatomi dan Fisiologi

1. Anatomi

Lambung terletak di daerah epigastrik dan sebagian di sebelah kiri hipokondrik dan umbilikal. Bagian atas disebut fundus dan bagian bawah disebut antrum pilorik. Berhubungan dengan esofagus melalui spinkter kardia dan duodenum melalui spinkter pilorik (Evelyn, 2002).



Gambar 2.1 : Anatomi Lambung (Sobotta, 2007)

Struktur lambung menurut (Evelyn, 2002):

- 1) Lapisan peritoneal yang merupakan lapisan serosa
- 2) Lapisan otot
 - a) Lapisan longitudinal yang bersambung dengan esofagus
 - b) Lapisan sirkuler yang paling tebal dan terletak di pilorik membentuk spinkter.

- c) Lapisan obliq yang terdapat pada bagian fundus dan berjalan mulai dari *orifisium cardiac*, membelok ke bawah melalui kurvatura minor.
- 3) Lapisan submukosa terdiri dari jaringan areolar yg banyak mengandung pembuluh darah dan limfe.
- 4) Lapisan mukosa berbentuk rugae (kerutan), dilapisi epitelium silindris yg mensekresi mukus.

Terdapat 3 tipe sel sekresi dalam mukosa lambung:

- a. Sel-sel parietal, mensekresi asam hidroklorik (HCl).
- b. Faktor-faktor instrinsik; sel-sel chief yang mensekresi enzim pencernaan seperti : pepsinogen.
- c. Sel-sel gastrin pada kelenjar pilorik, mensekresi hormon gastrin.
- d. Pepsinogen disekresikan sebagai prekursor tidak aktif, yang diaktifkan oleh HCl menjadi pepsin (enzim pemecah protein).
- e. Mensekresi lipase dan amilase (pemecah lemak dan zat tepung atau KH).
- f. Gastrin, hormon yang mengatur lingkungan asam.

Menurut (Evelyn, 2002) Lambung dan saluran pencernaan yang dapat mekar paling banyak terletak di epigastrik dan sebagian di sebelah kiri hepokondria umbilikalisis, lambung terdiri fundus bagian utama dan atrum pilorik. Lambung berhubungan dengan esofagus melalui arifisium/kardia duodenum melalui arifisium pilorik. Lambung terletak dibawah diafragma, di depan pankreas dan limpa menempel pada sebelah kiri fundus.

Lambung menerima persediaan darah yang melimpah dari arteria gastrika dan arteria irenalis persarafan diambil dari vagus dan plaxus seliaka sisterna simpatis. Fungsi lambung menurut Price (2007), yaitu :

- 1) Lambung menerima makanan dan bekerja sebagai penampung untuk jangka pendek.
- 2) Semua makanan di cairkan dan di campur dengan asam hidro khlorida dengan cara ini disiapkan untuk dicerna oleh usus.
- 3) Protein dicerna menjadi pepton.
- 4) Susu dibekukan dan kasein di keluarkan.
- 5) Pencernaan lemak dimulai di dalam lambung.

6) Faktor anti anemia di bentuk

7) Khina yaitu isi lambung yang cair, di salurkan melalui duodenum

2. Fisiologi

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. 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, 2007).

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 (Ganong, 2001).

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 (Ganong, 2001).

B. Konsep Penyakit

1. Definisi Gastritis

Gastritis merupakan peradangan (pembengkakan) pada mukosa lambung ditandai dengan tidak nyaman pada perut bagian atas, rasa mual, muntah, nafsu makan menurun atau sakit kepala (Ratu & Adwan, 2013). Gastritis merupakan suatu peradangan mukosa lambung yang bersifat akut, kronik difus, atau lokal dengan karakteristik anoreksia, rasa penuh, tidak enak pada epigastrium, mual dan muntah (Suratum dan Lusianah, 2010). Gastritis adalah proses inflamasi pada lapisan mukosa dan submukosa lambung atau peradangan pada lapisan lambung. Secara histopatologi dapat dibuktikan dengan adanya infiltrasi sel-sel radang pada daerah tersebut (Herlan 2009).

2. Klasifikasi

Menurut Mansjoer (2003), gastritis diklasifikasikan menjadi 2 yaitu:

a. Gastritis akut

Gastritis akut merupakan penyakit yang sering ditemukan, biasanya jinak dan dapat sembuh sendiri, merupakan respon mukosa lambung terhadap

berbagai iritan lokal. Endotoksin bakteri (setelah makan makanan yang terkontaminasi) alkohol, kafein dan aspirin merupakan agen-agen penyebab yang sering. Obat-obatan lain, seperti NSAID (*indometasin, ibuprofen, naproksen, sulfanamide, steroid* dan *digitalis*) juga terlibat. Beberapa makanan berbumbu termasuk cuka, lada, atau mustard, alkohol, aspirin, steroid, dan asam empedu yang juga disebabkan oleh diet yang tidak benar, makan yang terlalu banyak dan terlalu cepat atau makan makanan yang pedas dan terlalu banyak bumbu.

b. Gastritis kronik

Gastritis kronik berhubungan dengan *helicobacter pylori*, apalagi jika ditemukan ulkus pada pemeriksaan penunjang yang juga menimbulkan atrofi beberapa sel fungsional tunika mukosa. Penyebabnya tidak jelas, sering bersifat multi faktor dengan perjalanan klinis yang bervariasi. Kelainan ini berkaitan erat dengan infeksi. Dengan ditandai oleh atrofi progresif epitel kelenjar disertai dengan kehilangan sel pematang dan *chief cell*. Akibatnya produksi asam klorida, pepsin dan faktor intrinsik menurun. Dinding lambung menjadi tipis dan mukosa mempunyai permukaan yang rata. Bentuk gastritis ini sering dihubungkan dengan anemia pernisiiosa, tukak lambung dan kanker.

3. Etiologi

- a. Makan tidak teratur atau terlambat makan. Biasanya menunggu lapar dahulu, baru kemudian makan dan saat makan langsung makan terlalu banyak (Puspadewidan Endang L, 2012).
- b. Disebabkan oleh bakteri bernama *Helicobacter pylori*. Bakteri tersebut hidup di bawah lapisan selaput lendir dinding bagian dalam lambung. Fungsi lapisan lendir sendiri adalah untuk melindungi kerusakan dinding lambung akibat produksi asam lambung. Infeksi yang diakibatkan bakteri *Helicobacter* menyebabkan peradangan pada dinding lambung yang disebut gastritis (Aziz, 2011).

- c. Merokok akan merusak lapisan pelindung lambung. Oleh karena itu, orang yang merokok lebih sensitive terhadap gastritis maupun ulser. Merokok juga akan meningkatkan asam lambung, melambatkan kesembuhan dan meningkatkan resiko kanker lambung (Yuliarti, 2009).
- d. Stress. Hal ini dimungkinkan karena karena system persarafan di otak berhubungan dengan lambung, sehingga jika seseorang mengalami stress, bisa muncul kelainan dalam lambungnya. Stress bisa menyebabkan terjadi perubahan hormonal di dalam tubuh. Perubahan itu akan merangsang sel-sel dalam lambung yang kemudian memproduksi asam secara berlebihan. Asam yang berlebihan ini membuat lambung terasa nyeri, perih dan kembung. Lama-kelamaan hali ini dapat menimbulkan luka di dinding lambung (Rahayu, T. 2010).
- e. Efek samping obat-obatan tertentu. Konsumsi obat penghilangan rasa nyeri, seperti *obat antiinflamasi nonsteroid* (OAINS) misalnya aspirin, ibuproven (Advil, Motrin dll), juga naproxen (aleve), yang terlalu sering dapat menyebabkan penyakit gastritis, baik itu gastritis akut maupun kronis (Aziz, 2011).
- f. Mengonsumsi makanan terlalu pedas dan asam. Minum minuman yang mengandung alkohol dan cafein seperti kopi. Hal itu dapat meningkatkan produksi asam lambung berlebihan hingga akhirnya terjadi iritasi dan menurunkan kemampuan fungsi dinding lambung (Suratum, 2010).
- g. Alkohol, mengonsumsi olkohol dapat mengiritasi (merangsang) dan mengikis permukaan lambung (Suratum, 2010).
- h. Terapi radiasi, refluk empedu, zat-zat korosif (cuka, lada) menyebabkan kerusakan mukosa gaster dan menimbulkan edema dan pendarahan.
- i. Kondisi yang stressful (trauma, luka bakar, kemoterapi dan kerusakan susunan syaraf pusat) merangsang peningkatan produksi HCl lambung.
- j. Asam empedu adalah cairan yang membantu pencernaan lemak. Cairan ini diproduksi di hati dan dialirkan ke kantong empedu. Ketika keluar dari kantong empedu akan dialirkan ke usus kecil (duodenum). Secara normal, cincin pylorus (pada bagian bawah lambung) akan mencegah aliran asam

empedu ke dalam lambung setelah dilepaskan ke duodenum. Namun, apabila cincin tersebut rusak dan tidak bisa menjalankan fungsinya dengan baik atau dikeluarkan karena pembedahan maka asam empedu akan mengalir ke lambung sehingga mengakibatkan peradangan dan gastritis kronis (Suratum, 2010).

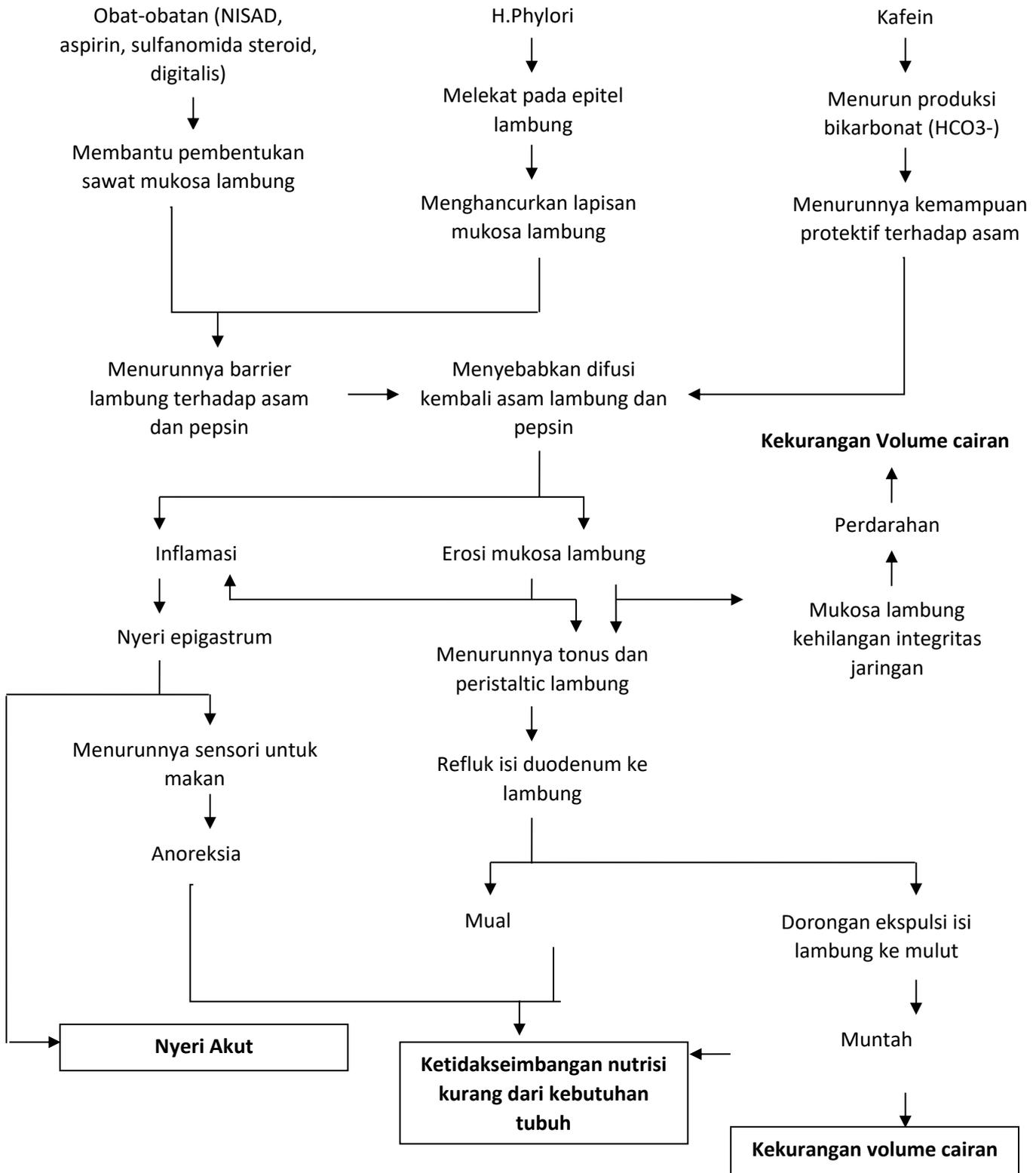
- k. Serangan terhadap lambung. Sel yang dihasilkan oleh tubuh dapat menyerang lambung. Kejadian ini dinamakan autoimun gastritis. Kejadian ini memang jarang terjadi, tetapi bisa terjadi. Autoimun gastritis sering terjadi pada orang yang terserang penyakit *Hashimoto's disease*, *Addison's disease* dan *diabetes tipe I*. Autoimun gastritis juga berkaitan defisiensi B12 yang dapat membahayakan tubuh (Aziz, 2011).

4. Patofisiologi

Mukosa barier lambung umumnya melindungi lambung dari pencernaan terhadap lambung itu sendiri, yang disebut proses autodigesti acid, prostaglandin yang memberikan perlindungan ini. Ketika mukosa barier ini rusak maka timbul gastritis. Setelah barier ini rusak terjadilah perlukaan mukosa dan diperburuk oleh histamin dan stimulasi saraf colinergic. Kemudian HCL dapat berdifusi balik kedalam mucus dan menyebabkan luka pada pembuluh yang kecil, yang mengakibatkan terjadinya bengkak, perdarahan, dan erosi pada lambung (Dermawan dan Rahayuningsih, 2010). Gastritis akut merupakan penyakit yang biasanya bersifat jinak dan swasirna; merupakan respons mukosa lambung terhadap berbagai iritan lokal. Endotoksin bakteri (setelah menelan makanan terkontaminasi), kafein, alkohol, dan aspirin merupakan agen pencetus yang lazim. Infeksi *H. pylori* lebih sering dianggap sebagai penyebab gastritis akut. Organisme tersebut melekat pada epitel lambung dan menghancurkan lapisan mukosa pelindung, meninggalkan daerah epitel yang gundul. Obat lain juga terlibat, misalnya anti inflamasi nonsteroid (NSAID: misalnya indometasin, ibuprofen, naproksen), sulfonamida, dan digitalis. Asam empedu, enzim pankreas, dan etanol juga diketahui mengganggu sawar mukosa lambung (Price & Wilson, 2007). Kemudian masalah keperawatan yang muncul adalah

gangguan rasa nyaman nyeri karena adanya mukosa lambung yang teriritasi, kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, ansietas, kurang pengetahuan tentang penyakit, oleh karena itu perlu dilakukan tindakan asuhan keperawatan (Doenges, 2014)

WOC (*Web Of Coution*)



5. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinik bervariasi mulai dari keluhan ringan hingga muncul perdarahan saluran cerna bagian atas bahkan pada beberapa pasien tidak menimbulkan gejala yang khas. Manifestasi gastritis akut dan kronik hampir sama, seperti; anoreksia, rasa penuh, nyeri pada epigastrium, mual dan muntah, sendawa, hematemesis (Suratun dan Lusiabah, 2010). Tanda dan Gejala Gastritis adalah :

a. Gastritis akut

- 1) Nyeri epigastrium, hal ini terjadi karena adanya peradangan pada mukosa lambung.
- 2) Mual, kembung, muntah merupakan salah satu keluhan yang sering muncul,. Hal ini dikarenakan adanya regenerasi mukosa lambung sehingga terjadi peningkatan asam lambung yang mengakibatkan mual hingga muntah.
- 3) Ditemukan pula perdarahan saluran cerna berupa hematemesis dan melena, kemudian disusul dengan tanda- tanda anemia pasca perdarahan.

b. Gastritis kronis

Pada pasien gastritis kronis umumnya tidak mempunyai keluhan. Hanya sebagian kecil mengeluh nyeri ulu hati, anoreksia, mual dan pada pemeriksaan fisik tidak ditemukan kelainan

6. Pemeriksaan Penunjang

Adapun pemeriksaan penunjang gastritis menurut Hudak dan Gallo (2006) , seperti di bawah ini :

- 1) Nilai haemoglobin dan hematokrit untuk menentukan adanya anemia akibat perdarahan.
- 2) Kadar serum gastrin rendah atau normal, atau meninggi pada gastritis kronik yang berat.
- 3) Pemeriksaan rontgen dengan sinar X barium untuk melihat kelainan mukosa lambung.

- 4) Endoskopi dengan menggunakan gastrocopy untuk melihat kelainan mukosa lambung.
- 5) Pemeriksaan asam lambung untuk mengetahui ada atau tidak peningkatan asam lambung.

7. Penatalaksanaan

Menurut Mansjoer (2003), faktor utama penatalaksanaan gastritis adalah dengan menghilangkan etiologinya, diet lambung dengan porsi kecil dan sering. Obat-obatan ditujukan untuk mengatur sekresi asam lambung, berupa antagonis reseptor H₂, inhibitor pompa proton, antikolinergik, dan antasid. Juga ditujukan sebagai sitoprotektor, berupa sukralfat dan prostaglandin. Sedangkan penatalaksanaan untuk gastritis kronis adalah kemungkinan diberikan pengobatan empiris berupa antasid, antagonis H₂, inhibitor pompa proton dan obat-obat prokinetik. Jika endoskopi dapat dilakukan terapi eradikasi kecuali jika hasil CLO, kultur dan P ketiganya negatif atau hasil serologi negative. Terapi eradikasi juga diberikan pada seleksi khusus pasien yang menderita penyakit- penyakit seperti : ulkus duodeni, ulkus ventrikuli, MALT lymphoma, pasca reseksi kanker lambung. Untuk penatalaksanaan diet menurut Nettina (2001), yaitu makan makanan dengan kandungan serat yang tinggi, makanan secara teratur dan terjadwal, hindari konsumsi kafein yang berlebihan, cola, alkohol dan hindari merokok, akan meningkatkan tingkat kesembuhan dan menurunkan kekambuhan.

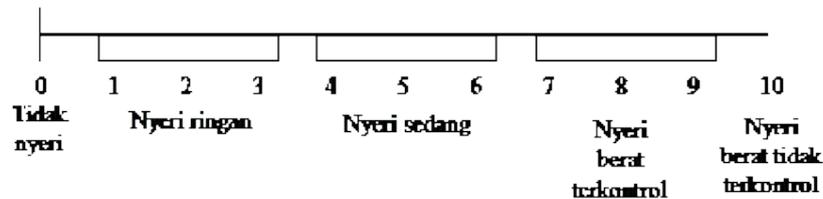
8. Skala Nyeri pada Gastritis

Skala nyeri dapat membantu petugas kesehatan dalam membedakan tingkat beratnya suatu penyakit sehingga dapat membantu menegakkan diagnosa yang akurat, membantu merencanakan pengobatan yang tepat, dan mengevaluasi pengobatan yang telah diberikan.

Skala deskriptor merupakan alat pengukuran tingkat keparahan nyeri yang objektif. Skala pendeskripsi verbal merupakan sebuah garis yang terdiri dari tiga sampai lima kata pendeskripsi yang tersusun dengan jarak yang sama di sepanjang garis. Pendeskripsi ini diranking dari tidak ada nyeri sampai nyeri

yang tidak tertahankan. Perawat menunjukkan klien skala tersebut dan meminta klien untuk memilih intensitas nyeri terbaru yang ia rasakan. Perawat juga menanyakan seberapa jauh nyeri terasa paling menyakitkan. Alat VDS ini memungkinkan klien memilih sebuah kategori untuk mendeskripsikan nyeri.

Gambar 2.5 *Verbal Deskriptif Scale (VDS)*



Sumber : Suryani, 2011.

Keterangan :

- 0 : Tidak nyeri
- 1– 3 : Nyeri ringan, secara objektif klien dapat berkomunikasi dengan baik
- 4- 6 : Nyeri sedang, secara objektif klien mendesis, menyeringai, dapat menunjukkan lokasi nyeri, dapat mendeskripsikannya, dapat mengikuti perintah dengan baik
- 7- 9 : Nyeri berat, secara objektif klien terkadang tidak dapat mengikuti perintah tapi masih respon terhadap tindakan, dapat menunjukkan lokasi nyeri, tidak dapat mendeskripsikannya, tidak dapat diatasi dengan alih posisi nafas panjang dan distraksi
- 10 : Nyeri sangat berat, klien sudah tidak mampu lagi berkomunikasi, memukul.

C. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan dan proses sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien (Setiadi,2012).

Data tersebut berasal dan pasien (data primer), dan keluarga (data sekunder) dan data dan catatan yang ada (data tersier). Pengkajian dilakukan

dengan pendekatan proses keperawatan melalui wawancara, observasi langsung, dan melihat catatan medis, adapun data yang diperlukan pada klien Gastritis adalah sebagai berikut :

a. Data dasar

Adapun data dasar yang dikumpulkan meliputi :

1) Identitas klien

Identitas klien meliputi nama, umur, jenis kelamin, suku bangsa, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat, tanggal masuk rumah sakit dan diagnosa. medis.

2) Riwayat kesehatan sekarang

Biasanya klien mengeluh nyeri ulu hati dan perasaan tidak mau makan, mual dan muntah serta mengalami kelemahan.

3) Riwayat kesehatan masa lalu

Kaji tentang penyakit apa yang pernah diderita oleh klien, apakah klien memang mempunyai riwayat penyakit maag sebelumnya.

4) 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.

5) Riwayat psikososial

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

6) Pola kebiasaan sehari-hari

Meliputi cairan, nutrisi, eliminasi, personal hygiene, istirahat tidur, aktivitas dan latihan serta kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan.

b. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan yang dilakukan mulai dari ujung rambut sampai ujung kaki dengan menggunakan 4 teknik yaitu palpasi, inspeksi, auskultasi dan perkusi.

Menurut Doengoes (2014), data dasar pengkajian pasien dengan gastritis adalah

:

1) Aktivitas / Istirahat

Gejala : kelemahan, kelelahan

Tanda : takikardia, takipnea / hiperventilas (respons terhadap aktivitas).

2) Sirkulasi

Gejala : Hipotensi (termasuk postural), takikardia, disritmia (hipovolemia / hipoksemia)-kelemahan / nadi perifer lemah, pengisian kapiler lambar / perlahan (vasokonstriksi), Warna kulit: pucat, sianosis (tergantung pada jumlah kehilangan darah) kelemahan kulit / membran mukosa = berkeringat (menunjukkan status syok, nyeri akut, respons psikologik).

3) Integritas ego

Gejala : faktor stress akut atau kronis (keuangan, hubungan kerja), perasaan tak berdaya.

Tanda : tanda ansietas, misal gelisah, pucat, berkeringat, perhatian menyempit, gemetar, suara gemetar.

4) Eliminasi

Gejala : riwayat perawatan di rumah sakit sebelumnya karena perdarahan gastro interitis (GI) atau masalah yang berhubungan dengan GI, misal : luka peptik / gaster, gastritis, bedah gaster, iradiasi area gaster. Perubahan pola defekasi / karakteristik feses.

Tanda : nyeri tekan abdomen, distensi bunyi usus : sering hiperaktif selama perdarahan, hipoaktif setelah perdarahan. Karakteristik feses : diare, darah warnagelap, kecoklatan atau kadang-kadang merah cerah, berbusa, bau busuk (steatorea). Konstipasi dapat

terjadi (perubahan diet, penggunaan antasida). Haluaran urine : menurun, pekat.

5) Makanan / Cairan

Gejala : Anoreksia, mual, muntah (muntah yang memanjang diduga obstruksi pilorik bagian luar sehubungan dengan luka duodenal). Masalah menelan : cegukan Nyeri ulu hati, sendawa bau asam, mual / muntah.

Tanda : muntah warna kopi gelap atau merah cerah, dengan atau tanpa bekuan darah. Membran mukosa kering, penurunan produksi mukosa, turgor kulit buruk (perdarahan kronis).

6) Neurosensi

Gejala : rasa berdenyut, pusing / sakit kepala karena sinar, kelemahan.

Status mental : tingkat kesadaran dapat terganggu, rentang dari agak cenderung tidur, disorientasi / bingung, sampai koma (tergantung pada volume sirkulasi / oksigenasi).

7) Nyeri / Kenyamanan

Gejala : nyeri, digambarkan sebagai tajam, dangkal, rasa terbakar, perih, nyeri hebat tiba-tiba dapat disertai perforasi. Rasa ketidaknyamanan / distress samar-samar setelah makan banyak dan hilang dengan makan (gastritis akut). Nyeri epigastrium kiri sampai tengah / atau menyebar ke punggung terjadi 1-2 jam setelah makan dan hilang dengan antasida (ulkus gaster). Nyeri epigastrium kiri sampai / atau menyebar ke punggung terjadi kurang lebih 4 jam setelah makan bila lambung kosong dan hilang dengan makanan atau antasida (ulkus duodenal). Tak ada nyeri (varises esofageal atau

gastritis). Faktor pencetus : makanan, rokok, alkohol, penggunaan obat-obatan tertentu (salisilat, reserpin, antibiotik, ibuprofen), stresor psikologis.

Tanda : wajah berkerut, berhati-hati pada area yang sakit, pucat, berkeringat, perhatian menyempit.

8) Keamanan

Gejala : alergi terhadap obat / sensitif

Tanda : peningkatan suhu Spider angioma, eritema palmar (menunjukkan sirosis / hipertensi portal).

9) Penyuluhan / Pembelajaran

Gejala : adanya penggunaan obat resep / dijual bebas yang mengandung ASA, alkohol, steroid. NSAID menyebabkan perdarahan GI. Keluhan saat ini dapat diterima karena (misal : anemia) atau diagnosa yang tak berhubungan (misal : trauma kepala), flu usus, atau episode muntah berat. Masalah kesehatan yang lama misal : sirosis, alkoholisme, hepatitis, gangguan makan (Doengoes, 2014).

c. Pemeriksaan Diagnostik

Menurut priyanto (2007), pemeriksaan diagnostik yang dianjurkan untuk pasien gastritis adalah :

- a. Pemeriksaan darah
- b. Pemeriksaan endoskopi.

Pemeriksaan hispatologi biopsi segmen lambung.`

2. Diagnosa Keperawatan

Sebelum membuat diagnosa keperawatan maka data yang terkumpul diidentifikasi untuk menentukan masalah melalui analisa data, pengelompokkan data dan menentukan diagnosa keperawatan. Diagnosa keperawatan adalah keputusan atau kesimpulan yang terjadi akibat dari hasil pengkajian

keperawatan. Menurut Doengoes, 2014 diagnosa keperawatan pada klien dengan Gastritis adalah :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis
- b. hipovelemia berhubungan dengan masukan cairan tidak cukup dan kehilangan cairan
- c. Resiko defisit nutrisi berhubungan dengan masukan nutrisi yang tidak adekuat
- d. Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan suplai oksigen menurun

3. Perencanaan Keperawatan

Tabel 2.1 Perencanaan Keperawatan

NO	Diagnosa	Tujuan (NOC)	Intervensi	Rasional
1	<p>Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis</p> <p>Mayor :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengeluh nyeri - Meringis - Protektif (waspada, posisi menghindari nyeri) - Gelisah - Frekuensi nadi meningkat - Sulit tidur <p>Minor :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tekanan darah meningkat - Pola napas berubah - Nafsu makan berubah - Proses berpikir terganggu - Menarik diri - Diaforesis 	<p>Setelah dilakukan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nyeri dapat berkurang atau hilang</p> <p>Pain level</p> <p>Dipertahankan kelevel :- Ditingkatkan kelevel: 5</p> <p>1 : gangguan ekstream 2 : berat 3 : sedang 4 : ringan 5 : tidak ada gangguan</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Melaporkan adanya nyeri :5 • Frekuensi nyeri :5 • Pernyataan nyeri :5 • Ekspresi nyeri pada wajah :5 <p>Pain control</p> <p>Dipertahankan kelevel :- Ditingkatkan ke : 5</p> <p>1 : tidak pernah menunjukkan 2 : jarang menunjukkan 3 : kadang-kadang menunjukkan 4 : sering menunjukkan</p>	<p>NIC :</p> <p>Pain Management</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi karakteristik, durasi, frekwensi, kualitas dan faktor presipitasi. 2. Observasi reaksi non verbal dan ketidaknyamanan. 3. Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri, seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan. 4. Kurangi faktor presipitasi nyeri. 5. Kaji tipe dan sumber nyeri 6. Ajarkan tehnik non farmakologi : nafas dalam, kompres hangat. 7. Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri. 8. Tingkatkan istirahat. 9. Berikan informasi tentang nyeri seperti penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan berkurang dan antisipasi ketidaknyamanan prosedur. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui secara spesifik tingkat nyeri dan lokasi 2. Reaksi pasien terhadap nyeri dapat dilihat dari reaksi non-verbal 3. Faktor eksternal dapat mempengaruhi tingkat nyeri 4. Mencegah faktor pencetus nyeri 5. Menentukan terapi yang akan diberikan 6. Pasien dapat mengurangi nyeri secara mandiri 7. Kolaborasi mempercepat pengurangan nyeri 8. Pada saat istirahat, maka pembuluh darah akan terjadi pelebaran / vasodilatasi sehingga nyeri berkurang 9. Mempersiapkan klien

		<p>5: secara konsisten menunjukkan</p> <p>Kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengenali kapan nyeri terjadi : 5 • Menggambarkan factor penyebab : 5 • Menggunakan tindakan pencegahan ; 5 • Melaporkan nyeri yang terkontrol ; 5 	<p>10. Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgetik pertama kali.</p>	<p>dalam mengatasi nyeri dan meningkatkan kenyamanan klien</p> <p>10. Analgetik dapat berpengaruh terhadap tanda vital klien</p>
2	<p>Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif</p> <p>Mayor :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Frekuensi nadi meningkat - Nadi teraba lemah - Tekanan darah menurun - Turgor kulit menurun - Membran mukosa kering - Volume urin menurun <p>Minor :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Merasa lemah - Mengeluh haus - Perubahan status mental - Suhu tubuh meningkat - Konsentrasi urin 	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan volume cairan pasien terpenuhi dengan kriteria hasil :</p> <p>Fluid balance, Dipertahankan kelevel :- Ditingkatkan kelevel: 5 1 : gangguan ekstremitas 2 : berat 3 : sedang 4 : ringan 5 : tidak ada gangguan</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intake dan output seimbang :5 • BB stabil :5 • Turgor kulit baik :5 	<p>Fluid management</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pertahankan catatan intake dan output yang akurat 2. Monitor status hidrasi (kelembaban membran mukosa, nadi adekuat, tekanan darah ortostatik), jika diperlukan 3. Monitor hasil laboratorium yang sesuai dengan retensi cairan. 4. Monitor vital sign 5. Lakukan terapi IV 6. Monitor status nutrisi 7. Monitor berat badan 8. Berikan cairan oral 9. Dorong keluarga untuk membantu pasien makan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Intake output yang adekuat 2. Mencegah syok hipovolemik 3. Mengetahui tingkat keparahan retensi cairan 4. Keparahan tingkat kekurangan cairan dapat dilihat dari tanda vital 5. Mempercepat pengembalian cairan 6. Cairan berupa nutrisi juga membantu kenaikan volume cairan 7. Mengetahui perubahan

	meningkat - Bb turun			status nutrisi 8. Meningkatkan intake cairan 9. Meningkatkan nafsu makan klien melalui keluarga
3	<p>Resiko defisit nutrisi b.d ketidakmampuan mencerna makanan</p> <p>Mayor :</p> <ul style="list-style-type: none"> - bb menurun min 10% dibawah rentang ideal <p>Minor :</p> <ul style="list-style-type: none"> - cepat kenyang - nafsu makan menurun - otot menelan lemah - membran mukosa pucat 	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kebutuhan nutrisi pasien terpenuhi dengan kriteria hasil:</p> <p>Nutriton status</p> <p>Dipertahankan kelevel :- Ditingkatkan kelevel: 5</p> <p>1 : gangguan ekstream 2 : berat 3 : sedang 4 : ringan 5 : tidak ada gangguan</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tidak ada tanda tanada malnutrisi : 5 • Berat badan ideal sesuai dengan tinggi 5 • Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti :5 	<p>NIC :</p> <p>Nutrition Management</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji adanya alergi makanan 2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien. 3. Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake Fe 4. Anjurkan pasien untuk meningkatkan protein dan vitamin C dan Berikan substansi gula 5. Yakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi 6. Berikan makanan yang terpilih (sudah dikonsultasikan dengan ahli gizi) 7. Ajarkan pasien bagaimana membuat catatan makanan harian. 8. Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Alergi makanan dapat memperburuk keadaan nutrisi 2. Menyeimbangkan nutrisi sesuai kebutuhan 3. Sebagai pengganti monitor intake nutrisi pasien 4. Pasien dengan ketidakseimbangan nutrisi berisiko mengalami penurunan BB dan gula darah 5. Konstipasi dapat menambah gangguan system gastrointestinal lainnya 6. Makanan pilihan pasien akan meningkatkan nafsu makan 7. Sebagai pengganti

			<ol style="list-style-type: none"> 9. Monitor lingkungan selama makan. 10. Kaji kemampuan pasien untuk mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan 11. Jadwalkan penobatan dan kegiatan lain berbenturan dengan waktu makan 12. Monitor mual dan muntah 13. Kolaborasi dengan dokter tentang kebutuhan suplemen makanan seperti NGT sehingga intake cairan adekuat dapat dipertahankan. 14. Atur posisi semi fowler atau fowler tinggi selama makan. 15. Kelola pemberian anti emetic sesuai program terapi. 	<ol style="list-style-type: none"> monitor intake nutrisi pasien 8. Meningkatkan kesadaran klien dan keluarga mengenai pentingnya nutrisi selama proses penyembuhan 9. Lingkungan berpengaruh terhadap nafsu makan 10. Proses peningkatan nutrisi tidak terganggu 11. Memastikan kebutuhan nutrisi pasien terpenuhi 12. Pasien dengan kekurangan nutrisi berisiko untuk mual dan muntah 13. Mempercepat peningkatan intake nutrisi 14. Menghindari makanan keluar 15. Menghindari muntah setelah makan
4	<p>Perfusi perifer tidak efektif b.d suplai oksigen berkurang</p> <p>Mayor :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Waktu pengisian kapiler 	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah ketidakefektifan perfusi jaringan perifer teratasi dengan kriteria hasil :</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda-tanda vital, seperti suhu, tekanan darah, nadi dan pernafasan 2. Monitor status pernafasan , ABC 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengupayakan TTV pasien tetap stabil. 2. Mengetahui kestabilan pernapasan klien.

	<p>>3 detk</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nadi perifer menurun - Akral teraba dingin - Warna kulit pucat <p>Minor :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Parastesia - Bruit femoral 	<p>Circulation status : Dipertahankan kelevel :- Ditingkatkan kelevel: 5 1 : gangguan ekstream 2 : berat 3 : sedang 4 : ringan 5 : tidak ada gangguan</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tekanan darah dalam batas normal :5 • Tidak terjadi sianosis :5 • Berkomunikasi dengan jelas :5 • Hb dalam rentan normal :5 	<p>level, oksimetri denyut nadi, kedalaman, pola, dan laju pernafasan</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Monitor saturasi O2 dan <i>capillary refill time</i> 4. Monitor status hidrasi (misalnya : kelembapan membrane mukosa, kecukupan denyut nadi dan tekanan darah ortostatik) dengan tepat 5. Monitor tanda-tanda vital, dengan tepat 6. Berikan therapy IV, dengan tepat 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Mengetahui O2 dalam darah 4. Mengetahui ada tidaknya tanda-tanda dari dehidrasi dari klien. 5. Mengetahui kestabilan TTV klien. 6. Menghindari kesalahan terapi terhadap klien.
--	---	--	--	---

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, 2014).

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. Tujuan dari implementasi adalah membantu klien dalam mencapai peningkatan kesehatan baik yang dilakukan secara mandiri maupun kolaborasi dan rujukan (Bulechek & McCloskey: dikutip dari Potter, 2014).

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, 2014).

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 dilakukan berdasarkan kriteria yang telah ditetapkan. Sebelumnya pada tujuan (Carnevari & Thomas, 2012 : dikutip dari Potter, 2014).

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

A. Pendekatan / Desain Penelitian

Jenis penelitian ini adalah deskriptif dalam bentuk studi kasus untuk mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan medikal bedah pada pasien dengan gastritis di puskesmas perawatan Seginim.

Pendekatan yang digunakan adalah pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

B. Subyek Penelitian

Subyek penelitian yang digunakan dalam penelitian asuhan keperawatan medikal bedah pada pasien dengan gastritis di puskesmas perawatan Seginim adalah individu yang mengalami masalah dalam pencernaannya. Adapun subjek penelitian yang akan diteliti berjumlah satu orang dengan satu kasus dengan masalah keperawatan gastritis.

C. Batasan Istilah (Definisi Operasional)

1. Asuhan keperawatan adalah suatu proses atau tahap kegiatan dalam praktik keperawatan yang diberikan langsung kepada pasien dalam berbagai tatanan pelayanan kesehatan..
2. Pasien adalah orang yang menerima perawatan medis atau asuhan keperawatan yang dipenuhi kebutuhannya dengan tahapan asuhan keperawatan.
3. Gastritis adalah peradangan pada mukosa lambung ditandai dengan tidak nyaman pada perut bagian atas, rasa mual, muntah, nafsu makan menurun

D. Lokasi dan Waktu Penelitian

Lokasi penelitian ini adalah di Puskesmas Perawatan Seginim. Puskesmas ini menerima pasien – pasien dengan gangguan pada penyakit dalam, contohnya perdarahan Gastritis. Penelitian dilakukan pada bulan Mei 2018 hingga bulan juni 2019.

E. Prosedur Penelitian

Penelitian ini diawali dengan penyusunan usulan penelitian atau proposal dengan menggunakan metode study kasus berupa laporan teori asuhan keperawatan yang berjudul Asuhan Keperawatan Pada Pasien Gastritis di puskesmas perawatan Seginim Tahun 2019. Setelah disetujui oleh penguji proposal maka penelitian dilanjutkan dengan kegiatan pengumpulan data. Data penelitian berupa hasil pengukuran, observasi, dan wawancara terhadap pasien yang dijadikan subjek penelitian.

F. Metode dan Instrumen Pengumpulan Data

1. Teknik pengumpulan data
 - a. Wawancara (hasil anamnesis yang harus didapatkan berisi tentang identitas klien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang-dahulu-keluarga, riwayat psikologi, pola-pola fungsi kesehatan) (sumber data bisa dari klien, keluarga, perawat lainnya).
 - b. Observasi dan pemeriksaan fisik yang meliputi keadaan umum, pemeriksaan kepala leher, pemeriksaan dada, pemeriksaan abdomen, pemeriksaan genetalia, pemeriksaan ekstremitas. Data fokus yang didapatkan adalah pemeriksaan abdomen, punggung dan genetalia.
 - c. Studi dokumentasi dan integumen dilakukan dengan melihat dari data MR (*Medikal Record*), melihat pada status pasien, melihat hasil laboratorium, melihat catatan harian perawat, memeriksa hasil pemeriksaan diagnostik.

2. Instrumen pengumpulan data

Alat atau instrumen pengumpulan data menggunakan format pengkajian Asuhan Keperawatan sesuai ketentuan yang ada di prodi DIII Keperawatan Bengkulu dengan menggunakan pengukuran nyeri *Verbal Deskriptif Scale* (VDS).

G. Keabsahan Data

Keabsahan data dilakukan oleh peneliti dengan cara peneliti mengumpulkan data secara langsung pada pasien dengan menggunakan format pengkajian dari yang baku dari kampus, yang dilakukan 6 jam sesuai jadwal dinas perawat di puskesmas perawatan Seginim selama 3 hari berturut-turut. Pengumpulan data dilakukan pada catatan medis/status pasien, pasien langsung, keluarga, dokter, dan perawat ruangan agar mendapatkan data yang valid. Disamping itu, untuk menjaga validitas dan keabsahan data penelitian melakukan observasi dan pengukuran ulang terhadap data – data pasien yang meragukan yang ditemukan melalui data sekunder.

H. Analisa Data

Analisa data dilakukan dengan menyajikan hasil pengkajian yang dilakukan dengan wawancara, observasi, pemeriksaan fisik. Selanjutnya hasil pengumpulan data pengkajian di analisis dengan membandingkan dengan teori yang telah disusun pada BAB sebelumnya (BAB II) untuk mendapatkan masalah keperawatan yang digunakan untuk menyusun tujuan dan intervensi. Selanjutnya intervensi dilakukan kepada pasien sesuai rencana-rencana yang telah disusun (Implementasi). Hasil implementasi dianalisis untuk mengevaluasi kondisi pasien apakah masalah sudah teratasi, teratasi sebagian, dimodifikasi atau diganti dengan masalah keperawatan yang lebih relevan. Hasil pengkajian, penegakan diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi di tuangkan dalam bentuk narasi pada bab pembahasan yang dibandingkan dengan teoro-teori yang sudah disusun sebelumnya untuk menjawab tujuan penelitian.

Teknik analisis digunakan dengan cara observasi oleh peneliti dan study dokumentasi yang menghabiskan data untuk selanjutnya diinterpretasikan 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 pada tanggal 19 Juni 2019 jam 08.30 WIB di Rawat inap Puskesmas perawatan Seginim Bengkulu Selatan. Pasien masuk IGD Puskesmas perawatan seginim Bengkulu tanggal 19 Juni 2019 jam 04.00 WIB, sumber data dari pasien, keluarga pasien, perawat jaga, tim medis lainnya dan rekam medis. Metode pengkajian yang digunakan interview, observasi langsung, pemeriksaan fisik, penunjang, catatan medis keperawatan. Proses keperawatan dimulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi.

1. Identitas pasien

Nama pasien Tn. D, laki-laki, usia 25 tahun, agama islam, pendidikan terakhir SMA, pegawai swasta. Identitas penanggung jawab nama Ny. R (istri pasien), usia 23 tahun, pendidikan terakhir SMA, alamat desa darat sawah, Bengkulu Selatan

2. Riwayat keperawatan

a. Riwayat kesehatan sekarang

a) Keluhan utama

Pasien datang ke IGD puskesmas Perawatan Bengkulu Selatan pada tanggal 19 Juni 2019 jam 04.00 WIB, dengan keluhan pasien merasa nyeri epigastrium yang hebat sejak 1 hari yang lalu.

b) Keluhan saat di kaji

Pengkajian tanggal 19 Juli 2019 didapatkan pasien lemah, mengeluh nyeri epigastrium sejak 1 hari yang lalu, nyeri bertambah hebat jika terlambat makan, nyeri seperti tertusuk-tusuk, pasien mengatakan nyeri berada pada angka 8. Nyeri

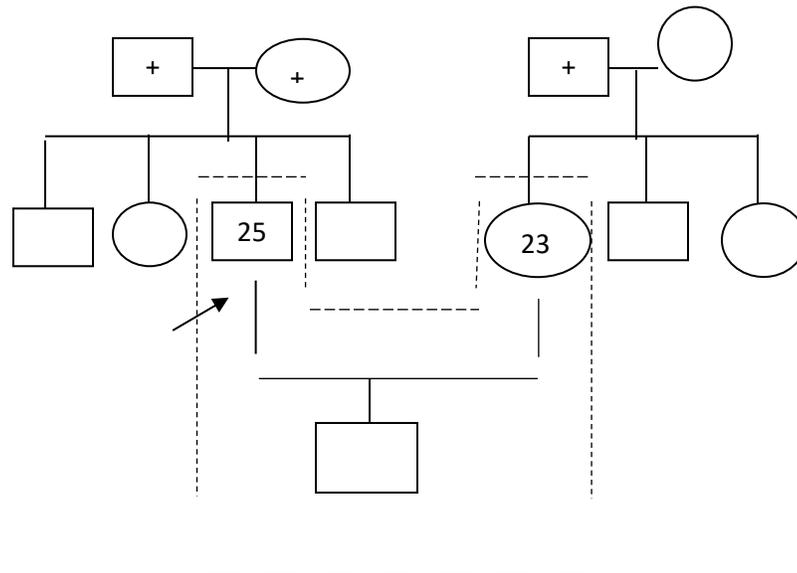
menyebar dari epigatrium ke bahu, nyeri dirasakan terus menerus selama ± 15 menit, tidak nafsu makan, terasa mual, muntah 2x sebanyak ± 200 cc, badan lemas dengan diagnosa medis gastritis. Pasien dirawat untuk mendapatkan perawatan lebih lanjut.

b. Riwayat kesehatan dahulu

Pasien mengatakan pernah menderita penyakit gastritis kronis, penyakit ini di derita sejak tiga tahun yang lalu, pernah dirawat 2x di RSUD Hasannudin Damrah Bengkulu pada tahun 2017 dan 2019 dengan diagnosa gastritis. Penggunaan obat yang biasa digunakan jika gastritis muncul dengan obat-obatan warung seperti promaag.

c. Riwayat kesehatan keluarga (geogram dan keterangan)

Bagan 4.1 Genogram keluarga pasien



Keterangan :

- : laki-laki
- : Perempuan
- : Pasien

 : Cerai

----- : Tinggal serumah

Pasien mengatakan anggota keluarga pasien yang pernah menderita penyakit yang sama yaitu istri pasien

d. Riwayat psikososial dan spritual

Pasien mengatakan orang yang terdekat dengan pasien adalah istri dan anaknya, komunikasi dalam keluarga terbuka, sopan, mempunyai hubungan yang harmonis. Pengambil keputusan dengan cara bermusyawarah dengan seluruh anggota keluarga komunikasi dalam masyarakat. 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 kesehatan pasien sekarang, namun keluarga tetap mengupayakan yang terbaik untuk pasien. Pasien dan keluarga beragama islam, pasien mengatakan tidak ada keyakinan yang bertantangan dengan kesehatannya, selama di Puskesmas pasien yakin bisa sembuh, ibadah yang dilakukan yaitu dengan shalat dan berdoa.

e. Pola kebiasaan

a) Aktivitas/istirahat

Pasien sehari-hari bekerja sebagai pegawai swasta, pasien jarang berolahraga, jenis olahraga yang dilakukan seperti jalan pagi, frekuensi olahraga 1x/bulan. Di puskesmas tidak dapat bekerja dan hanya beristirahat ditempat tidur karena keadaan pasien yang lemah dan harus menjalani perawatan dan pengobatan selama di Puskesmas. Pasien mengatakan sebelum sakit jumlah jam tidur malam $\pm 7-8$ jam/hari, jumlah tidur siang ± 1 jam/hari. Saat

di Puskesmas pasien mengatakan tidak ada gangguan saat tidur, tidur siang $\pm 1-2$ jam/hari, lama tidur malam $\pm 7-9$ jam/hari, kualitas tidur baik.

b) Pola Eliminasi

Pasien mengatakan sebelum sakit frekuensi BAK 3-5x/hari, warna urine kuning jernih, dirumah tidak ada kesulitan BAB, frekuensi 1x/hari setiap pagi, konsistensi lembek, warna kuning kecoklatan. di puskesmas BAK 5-6x/hari, jumlah urine 1500cc, warna kuning.

c) Pola personal hygiene

Pasien mengatakan sebelum sakit frekuensi mandi 2x/hari, sikat gigi 2x/hari, cuci rambut 1x/hari. Saat di puskesmas, pasien tidak mandi hanya lap badan dan oral hygiene 1x/hari, cuci rambut belum pernah selama di puskesmas

d) Pola Nutrisi

Pasien mengatakan sebelum sakit hobi mengkonsumsi makanan yang pedas dan makan yang tidak teratur karena sibuk bekerja, pasien juga mengkonsumsi kopi kurang lebih 2-4 gelas/hari dan pasien mengkonsumsi rokok minimal 5 batang/hari. Nafsu makan kurang baik, porsi yang dihabiskan $\frac{1}{4}$ piring, membran mukosa kering tidak ada makanan yang alergi. Pasien sering mengkonsumsi obat-obatan seperti promaag. Saat di puskesmas diit (TKTP) dalam bentuk makanan lunak, frekuensi makan 3x/hari, nafsu makan kurang baik, porsi yang dihabiskan $\frac{1}{4}$ piring setiap makan, pasien makan buah-buahan, frekuensi minum 2-5 gelas/hari, jumlah 400cc, jenis cairan air putih, pasien mendapatkan cairan infus RL 1500cc.

Cairan masuk

Air metabolisme : $5 \times BB = 15 \times 58 = 290$ cc

Infus : 1500cc/24jam

Makan	: 350cc/24jam
Minum	: 400cc
Cairan obat	: 80cc/24jam
Cairan keluar	
IWL	: $15 \times \text{BB} = 15 \times 58 = 970 \text{cc}$
Muntah	: 400cc/24jam
Urine	: 1500cc
Balance cairan	: $\text{intake} - \text{output} = 2.620 - 2.870 = -250 \text{ cc}$

e) Kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan

Pasien mengatakan sebelum sakit sering mengkonsumsi rokok dan sering mengkonsumsi kopi.

3. Pemeriksaan Fisik

a. Pemeriksaan fisik umum

Keadaan umum pasien terlihat lemah, ekspresi wajah sedikit meringis, pasien tampak memegang bagian epigastrium yang nyeri, pasien tampak gelisah GCS 15 : E4 V5 M6, TD : 120/80mmHg, RR : 23x/menit, N : 105x/menit, S : 37,5 °C. TB : 165cm, BB : 58 kg.

b. Sistem penglihatan

Posisi mata simetris, pergerakan bola mata simetris, bulbar konjunktiva anemis, sclera anikterik, pupil mengecil saat terkena cahaya (isokor), tidak ada tanda-tanda peradangan pada mata

c. Sistem pendengaran

Kondisi pinna telinga simetris, tinnitus tidak ada, terdapat serumen didalam telinga luar, telinga tidak berbau dan tidak ada penggunaan alat bantu pendengaran

d. Sistem pernafasan

Jalan nafas bersih tidak terdapat secret, pasien tampak tidak sesak, suara nafas vesikuler, tidak ada penggunaan otot bantu pernafasan dan

cuping hidung, frekuensi nafas 23x/menit, irama nafas teratur, ekspansi paru simetris.

e. Sistem kardiovaskular

Tidak ada distensi vena jugularis, frekuensi nadi 104x/menit, TD : 120/80 mmHg, temperatur kulit teraba hangat, capillary refill <3detik, suara jantung S1 S2 normal tidak ada suara tambahan.

f. Sistem pencernaan

Keadaan mulut sedikit berbau, tidak ada penggunaan gigi palsu, tidak ada stomatitis, lidah sedikit kotor, terdapat caries, mukosa bibir kering, turgor kulit kurang elastis, hepar tidak teraba, saat menelan tidak terasa nyeri, muntah hanya 1x ±150cc, terdapat nyeri tekan pada region ke 5 dan 6 (epigastrium), bising usus 7x/menit, pasien masih belum dapat BAB, dan terdapat distensi abdomen.

g. Sistem urogenital

Tidak ada perubahan pola berkemih BAK 5-6x/hari, jumlah urine 1500cc, warna kuning, tidak ada nyeri tekan ada daerah kandung kemih, tidak ada nyeri ketuk pada pinggang dan tidak terpasang kateter.

h. Sistem integumen

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

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. Kekuatan otot pasien bisa menahan tanah yang diberi perawat dengan skor 5, ekstremitas bawah kiri dan kanan tidak terdapat kesulitan dalam bergerak, hanya terasa lemas, tidak terdapat

nyeri pada sendi, tidak terdapat nyeri pada tulang dan kulit, kekuatan otot pasien bisa menahan sedikit tahanan yang diberikan oleh perawat dengan skor 4, jumlah skor kekuatan otot

555	555
444	444

4. Pemeriksaan Penunjang (Hasil Laboratorium)

Tabel 4.1 Pemeriksaan Penunjang

Nama : Tn. D

Jam : 11.30 wib

Umur : 25 tahun

Tanggal : 19-06-2019

NO	JENIS PEMERIKSAAN	HASIL	NILAI RUJUKAN
1.	Gula darah sewaktu	95	70-120 mg/dl
2.	HB	11,0	Lk ; 13,0 – 18,0 gr/dl. Pr ; 12,0 – 16,0 gr/dl

5. Penatalaksanaan Medis

Tabel 4.2 Penatalaksanaan Medis

Cara pemberian	Obat-obatan	19-07-2019	20-07-2019	21-07-2019
Parenteral	IVFD Ringer Laktat 20 tetes/menit	√	√	√
IV	Ranitidin 2x1 Ampul	√	-	-
IV	Omeprazole 1x1 Vial	√	√	√
Oral	Sucralfat 3x1 Cth	-	√	√
Oral	Laxadin 3x1 Cth	√	√	√

6. Analisa Data

Tabel 4.3 Analisa Data

		Data	Etiologi	Problem
		<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri pada ulu hati - Pasien mengatakan nyeri sejak 1 hari yang lalu, bertambah jika telat makan - Pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk - Pasien mengatakan skala nyeri pada skala 8 - Pasien mengatakan nyeri dirasakan terus-menerus - Pasien mengatakan pernah mengalami penyakit gastritis sebelumnya <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien terlihat memegang abdomen yang nyeri - Pasien tampak gelisah 	Agen Pencedera Fisiologis	Nyeri Akut

		<ul style="list-style-type: none"> - Ekspresi wajah meringis - Terdapat nyeri tekan pada epigastrium - HR : 105x/m - RR : 23x/m 		
2	19-06-2019	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sulit BAB sudah 4 hari <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak tidak nyaman - Balance cairan (-250) - Mata cekung - Membran mukosa kering - Muntah 2x (400cc) 	pemasukan yang kurang, mual, muntah/pengeluaran yang berlebihan	Defisit voleme cairan
		<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan masih merasa mual dan ingin muntah - Pasien mengatakan tidak nafsu makan <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak lesu - Pasien tampak tidak bersemangat makan - Pasien tampak selalu memegang area epigastrium - HR : 105x/m 	Intake yang tidak adekuat	Resiko defisit nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh

		<ul style="list-style-type: none"> - Makanan habis ¼ porsi - Pasien muntah 2x(400cc) 		
--	--	--	--	--

B. DIAGNOSA

Tabel 4.4 Diagnosa Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tanggal ditegakkan	Paraf
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologi	19-06-2019	
2.	Defisit volume cairan b/d pemasukan yang kurang, mual, muntah/pengeluaran yang berlebihan	19-06-2019	
3.	Resiko defisit nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake yang tidak adekuat..	19-06-2019	

C. Perencanaan Keperawatan

Table 4.5 Intervensi Keperawatan

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN & KRITERIA HASIL (NOC)	INTERVENSI (NIC)	RASIONAL
1	<p>Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis</p> <p>Mayor :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengeluh nyeri - Meringis - Protektif (waspada,po sisi menghindari nyeri) - Gelisah - Frekuensi nadi meningkat - Sulit tidur <p>Minor :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tekanan darah meningkat - Pola napas berubah - Nafsu makan berubah 	<p>Setelah dilakukan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nyeri dapat berkurang atau hilang</p> <p>Level nyeri :</p> <p>Ditingkatkan kelevel: 5</p> <p>1 : gangguan ekstream</p> <p>2 : berat</p> <p>3 : sedang</p> <p>4 : ringan</p> <p>5 : tidak ada gangguan</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Melaporkan adanya nyeri :5 • Frekuensi nyeri :5 • Pernyataan nyeri :5 • Ekspresi nyeri pada wajah :5 <p>Kontrol nyeri :</p> <p>Ditingkatkan ke : 5</p> <p>1 : tidak pernah menunjukkan</p> <p>2 : jarang menunjukkan</p> <p>3 : kadang-kadang</p>	<p>Manajemen nyeri</p> <p>11. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi karakteristik, durasi, frekwensi, kualitas dan faktor presitipasi.</p> <p>12. Observasi reaksi non verbal dan ketidaknyamanan.</p> <p>13. Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri, seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan.</p> <p>14. Kurangi faktor presipitasi nyeri.</p> <p>15. Kaji tipe dan sumber nyeri</p> <p>16. Ajarkan tehnik non farmakologi : nafas dalam, kompres hangat.</p> <p>17. Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri.</p> <p>18. Tingkatkan istirahat.</p> <p>19. Berikan informasi tentang nyeri seperti penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan berkurang dan antisipasi ketidaknyamanan prosedur.</p> <p>20. Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgetik pertama kali.</p>	<p>11. Mengetahui secara spesifik tingkat nyeri dan lokasi</p> <p>12. Reaksi pasien terhadap nyeri dapat dilihat dari reaksi non-verbal</p> <p>13. Faktor eksternal dapat mempengaruhi tingkat nyeri</p> <p>14. Mencegah faktor pencetus nyeri</p> <p>15. Menentukan terapi yang akan diberikan</p> <p>16. Pasien dapat mengurangi nyeri secara mandiri</p> <p>17. Kolaborasi mempercepat pengurangan nyeri</p> <p>18. Pada saat istirahat, maka pembuluh darah akan terjadi pelebaran / vasodilatasi sehingga nyeri berkurang</p> <p>19. Mempersiapkan klien dalam mengatasi nyeri dan meningkatkan kenyamanan klien</p> <p>20. Analgetik dapat berpengaruh terhadap tanda vital klien</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Proses berpikir terganggu - Menarik diri - Diaforesis 	<p>menunjukkan 4 : sering menunjukkan 5: secara konsisten menunjukkan</p> <p>Kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengenali kapan nyeri terjadi : 5 • Menggambarkan factor penyebab : 5 • Menggunakan tindakan pencegahan ; 5 • Melaporkan nyeri yang terkontrol ; 5 		
2	<p>defisit volume cairan b/d pemasukan yang kurang, mual, muntah/pengeluaran yang berlebihan</p> <p>mayor :</p> <ul style="list-style-type: none"> - HR meningkat - Nadi teraba lemah - Tekanan darah menurun - Turgor jelek - Membran mukosa kering <p>Minor :</p>	<p>Setelah dilakukan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan volume cairan seimbang.</p> <p>Fluid Balance : Ditingkatkan kelevel: 5 1 : gangguan ekstream 2 : berat 3 : sedang 4 : ringan 5 : tidak ada gangguan</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mempertahankan urine output sesuai dengan usia dan BB, BJ urine normal, HT normal : 5 • Tekanan darah, nadi, suhu tubuh dalam batas normal : 5 	<p>Fluid Balance</p> <p>10. Pertahankan catatan intake dan output yang akurat</p> <p>11. Monitor status hydrasi (kelembaban membran mukosa, nadi adekuat, tekanan darah ortostatik), jika diperlukan</p> <p>12. Monitor hasil laboratorium yang sesuai dengan retensi cairan.</p> <p>13. Monitor vital sign</p> <p>14. Lakukan terapi IV</p> <p>15. Monitor status nutrisi</p> <p>16. Berikan cairan oral</p> <p>17. Dorong keluarga untuk membantu pasien makan</p>	<p>10. Intake output yang adekuat</p> <p>11. Mencegah syok hipovolemik</p> <p>12. Mengetahui tingkat keparahan retensi cairan</p> <p>13. Keparahan tingkat kekurangan cairan dapat dilihat dari tanda vital</p> <p>14. Mempercepat pengembalian cairan</p> <p>15. Cairan berupa nutrisi juga membantu kenaikan volume cairan</p> <p>16. Meningkatkan intake cairan</p> <p>17. Meningkatkan nafsu makan klien melalui keluarga</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Lemah - Cepat haus - Pengisian vena menurun - Suhu tubuh meningkat - Kosentrasi urin meningkat - Bb menurun 	<ul style="list-style-type: none"> • Tidak ada tanda tanda dehidrasi, Elastisitas turgor kulit baik, membran mukosa lembab, tidak ada rasa haus yang berlebihan : 5 		
3	<p>Resiko etidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake yang tidak adekuat..</p> <p>mayor :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bb menurun min 10% dibawah ideal <p>Minor :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nyeri abdomen - Cepat kenyang - Nafsu makan menurun - Bising usus hiperaktif 	<p>Setelah dilakukan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kebutuhan nutrisi terpenuhi.</p> <p>Nutritional Status : food and Fluid Intake</p> <p>Ditingkatkan kelevel: 5</p> <p>1 : gangguan ekstream</p> <p>2 : berat</p> <p>3 : sedang</p> <p>4 : ringan</p> <p>5 : tidak ada gangguan</p> <p>NOC :</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan : 5 • Berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan : 5 • Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi • Tidak ada tanda tanda malnutrisi : 5 	<p>NIC :</p> <p>Nutrition Management</p> <p>16. Kaji adanya alergi makanan</p> <p>17. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien.</p> <p>18. Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake Fe</p> <p>19. Anjurkan pasien untuk meningkatkan protein dan vitamin C dan Berikan substansi gula</p> <p>20. Yakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi</p> <p>21. Berikan makanan yang terpilih (sudah dikonsultasikan dengan ahli gizi)</p> <p>22. Ajarkan pasien bagaimana membuat catatan makanan harian.</p> <p>23. Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi</p> <p>24. Monitor lingkungan selama makan.</p> <p>25. Kaji kemampuan pasien untuk mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan</p> <p>26. Jadwalkan penobatan dan kegiatan lain</p>	<p>16. Alergi makanan dapat memperburuk keadaan nutrisi</p> <p>17. Menyeimbangkan nutrisi sesuai kebutuhan</p> <p>18. Sebagai pengganti monitor intake nutrisi pasien</p> <p>19. Pasien dengan ketidakseimbangan nutrisi berisiko mengalami penurunan BB dan gula darah</p> <p>20. Konstipasi dapat menambah gangguan system gastrointestinal lainnya</p> <p>21. Makanan pilihan pasien akan meningkatkan nafsu makan</p> <p>22. Sebagai pengganti monitor intake nutrisi pasien</p> <p>23. Meningkatkan kesadaran klien dan keluarga mengenai pentingnya nutisi selama proses penyembuhan</p> <p>24. Lingkungan berpengaruh terhadap nafsu makan</p> <p>25. Proses peningkatan nutrisi tidak terganggu</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Otot mengunyah melemah - sariawan 	<ul style="list-style-type: none"> • Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti : 5 	<p>berbenturan dengan waktu makan</p> <p>27. Monitor mual dan muntah</p> <p>28. Kolaborasi dengan dokter tentang kebutuhan suplemen makanan seperti NGT sehingga intake cairan adekuat dapat dipertahankan.</p> <p>29. Atur posisi semi fowler atau fowler tinggi selama makan.</p> <p>30. Kelola pemberian anti emetic sesuai program terapi.</p>	<p>26. Memastikan kebutuhan nutrisi pasien terpenuhi</p> <p>27. Pasien dengan kekurangan nutrisi berisiko untuk mual dan muntah</p> <p>28. Mempercepat peningkatan intake nutrisi</p> <p>29. Menghindari makanan keluar</p> <p>30. Menghindari muntah setelah makan</p>
--	--	--	--	---

D. Implementasi

IMPLEMENTASI 1

DX	PENGKAJIAN (SOAP)	TGL/ JAM	IMPLEMENTASI	RESPON HASIL	EVALUASI
1	<p>S : Tn D mengatakan merasakan nyeri di daerah epigastriumnya. Pasien mengatakan sangat tidak nyaman dan mengganggu aktivitas</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - P: nyeri lambung Q: seperti tertusuk-tusuk R: Pada epigastrium S: skala nyeri 8 dari 0-10 T: terus menerus. - TD: 120/80 mm/Hg RR: 22x/m N: 100x/m S: 36°C - Ekspresi wajah Tn D meringis dan meremas seprai tempat tidur karena menahan sakit <p>A :</p> <p>NOC : tingkat nyeri : sedang</p>	<p>19-06-2019</p> <p>09.00 s.d 14.00</p> <p>WIB</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji dan catat keluhan nyeri, termasuk, lokasi, lamanya, dan intensitasnya (dengan skala nyeri 0-10) 2. Monitor vital sign 3. Jelaskan pada pasien untuk menghindari makanan yang dapat merangsang nyeri (makanan pedas dan asam) 4. Atur posisi yang nyaman bagi pasien 5. Ajarkan dan anjurkan pasien untuk melakukan tehnik relaksasi dan distraksi, seperti menarik nafas dalam, mendengarkan music, menonton TV, dan membaca 6. Mengajarkan pada pasien dan keluarga untuk melakukan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. P: nyeri lambung Q: seperti tertusuk-tusuk R: pada epigastrium S: skala nyeri 8 dari 0-10. T: terus menerus 2. TD : 120/80 RR: 22x/m N:100x/m S:36.9°C. 3. Tn D menghindari makanan yang dapat merangsang nyeri. Tn D diberikan diet makanan dari Puskesmas. 4. Tn D diposisikan semifowler 5. Tn D melakukan tehnik nafas dalam untuk mengurangi nyeri dan bercerita kepada keluarga. 	<p>S : Tn D mengatakan masih merasakan nyeri di daerah epigastriumnya. Pasien mengatakan sangat tidak nyaman dan mengganggu aktivitas</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - P: nyeri lambung Q: seperti tertusuk-tusuk R: Pada epigastrium S: skala nyeri 8 dari 0-10 T: terus menerus. - TD: 120/80 mm/Hg RR: 22x/m N: 100x/m S: 36°C - Tn D diberikan diet makanan lunak yaitu bubur - Dilakukan kompres

	<p>P : NIC : Lakukan manajemen nyeri yang telah disusun</p>		<p>kompres hangat pada bagian epigastrium pasien yang nyeri</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Observasi reaksi non-verbal dari ketidaknyamanan terhadap nyeri seperti adanya tanda-tanda gelisah, ekspresi wajah yang meringis 8. Evaluasi keefektifan kontrol nyeri 9. Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian analgetik 	<ol style="list-style-type: none"> 6. Keluarga Tn D memberikan kompres hangat untuk mnegurangi nyeri pada pasien 7. Tn D masih merasakan nyeri pada daerah epigastrium dengan ekspresi meringis dan meremas seprai tempat tidur. 8. Tn D masih meraskan nyeri dan mampu mengontrol nyeri, tetapi masih dirasakan 9. Kolaborasi pemberian analgetik Ranitidin 2x1 ampul. 	<p>hangat pada daerah epigastrium Tn D</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ekspresi wajah Tn D meringis dan meremas seprai tempat tidur karena menahan sakit - Kolaborasi pemberian analgetik Ranitidin 2x1 ampul dan Ketorolac 2x1 ampul <p>A :</p> <p>NOC : tingkat nyeri : sedang</p> <p>P :</p> <p>NIC : manajemen nyeri pada aktifitas keperawatan 1,2,4,8,9.</p>
2	<p>S : - O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bising usus terdengar 10x/menit - Membran mukosa kering - Turgor menurun - Mata cekung - Balace cairan (-250) - Muntah 2x (400cc) 	<p>19-06-2019</p> <p>09.00 s.d 14.00</p> <p>WIB</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengkaji tanda- tanda hydrasii 2. Mempertahankan catatan intake dan output yang akurat 3. Melakukan monitor status hydrasi (kelembaban membran mukosa, nadi adekuat, tekanan darah). 4. Melakukan monitor 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Turgor jelek, membran mukosa kering 2. Intake = 2.600 , output =2.850 3. Membran mukosa kering, nadi teraba lemah, tekanan darah 120/80 mmHg. 	<p>S : - O : Bising usus terdengar 10x/menit</p> <ul style="list-style-type: none"> - Membran mukosa kering - Turgor menurun - Mata cekung - Balace cairan (-250) - Muntah 2x

	<p>A : NOC : balance cairan : sedang (3)</p> <p>P :</p> <p>NIC : lakukan manajemen cairan yang telah disusun</p>		<p>vital sign</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Melakukan terapi IV Ringer lactat 6. Menganjurkan keluarga untuk memberikan Tn.D makan sedikit dengan frekuensi sering. 7. Memberikan dorongan pasien untuk meningkatkan asupan cairan oral 8. Mendorong keluarga untuk membantu pasien makan 	<ol style="list-style-type: none"> 4. TD : I20/80 RR: 22x/m N:100x/m S:36.9°C. 5. IV Ringer Lactat terpasang di sisi iri tangan Tn.D 6. Keluarga membantu Tn.D mengonsumsi makanan sedikit dengan frekuensi sering 7. Tn.D tampak banyak minum. 8. Keluarga membantu pasien untuk makan dan minum. 	<p>(400cc)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diberikan buah piasadng oleh ahli gizi - Tn R banyak mengonsumsi air putih. <p>A :</p> <p>NOC : balance cairan : sedang (3)</p> <p>P :</p> <p>NIC : manajemen cairan dilanjutkan pada aktivitas keperawatan 1,2,3,4,5, dan 7</p>
3	<p>S : Tn R dan keluarga mengatakan bahwa pasien masih sering merasakan mual dan istirahatnya terganggu karena mual yang dirasakan. Tn R mengatakan masih sering terbangun dipagi dan malam hari dan</p>	<p>19-06-2019</p> <p>09.00 s.d 14.00</p> <p>WIB</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengkaji adanya alergi makanan 2. Mengajukan pasien untuk mengonsumsi makanan sedikit dengan frekuensi sering. 3. Mengajukan pasien untuk meningkatkan protein dan vitamin C dan Berikan substansi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tn D tidak memiliki alergi makanan 2. Tn D mengonsumsi roti tawar dan nasi sedikit demi sedikit. 3. Tn D mengonsumsi buah buahan dan 	<p>S : Tn R dan keluarga mengatakan bahwa pasien masih sering merasakan mual dan istirahatnya terganggu karena mual yang dirasakan. Tn R mengatakan masih sering terbangun dipagi dan</p>

	<p>mengganggu istirahatnya.</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - porsi makan habis ¼ porsi - Muntah 2 kali - tn.R merasa mual <p>A :</p> <p>NOC : status nutrisi : ringan (4)</p> <p>P :</p> <p>NIC : Lakukan management nutrisi yang telah disusun</p>		<p>gula</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Mengajarkan pasien untuk diet tinggi serat 5. Mengajarkan keluarga pasien bagaimana membuat catatan makanan harian. 6. Memeriksa informasi kepada keluarga tentang kebutuhan nutrisi 7. Monitoring lingkungan selama makan. 8. Melakukan Monitoring mual dan muntah 9. Melakukan kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien 10. Atur posisi semi fowler atau fowler tinggi selama makan. 	<p>lauk saat makan.</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Tn D mengkonsumsi sayur dan buah 5. Keluarga Tn. D membuat catatan makanan yang baik dan tidak baik dikonsumsi Tn.D 6. Keluarga Tn.D paham dan kooperatif saat dijelaskan 7. Lingkungan disaat Tn.D makan cukup tenang, onduisif dan tidak berisik. 8. Tn.D masih mengalami mual dan muntah sebanyak satu kali +/- 100 cc 9. Tn D diberikan makanan bubur dan lunak Tn D diberikan makanan bubur dan lunak 10. Posisi Tn.D semifowler saat makan. 	<p>malam hari dan mengganggu istirahatnya.</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - porsi makan habis ¼ porsi - Muntah 2 kali - tn.R merasa mual - Tn R mengkonsumsi makanan lunak yaitu bubur dan roti tawar sebagai makanan kesukaannya dan minum secara bertahap untuk mengurangi reaksi mual. - Diberikan posisi semi fowler - Tn R melakukan oral hygiene pada pagi hari untuk kebersihan mulutnya dan mengurangi mual.
--	---	--	--	--	---

					<p>- Diberikan obat omeprazole 1x1 vial</p> <p>A :</p> <p>NOC : status nutrisi : ringan (4)</p> <p>P :</p> <p>NIC :Management nutrisi dilanjutkan pada aktivitas keperawatan 2,3,4,9 dan 10.</p>
--	--	--	--	--	--

IMPLEMENTASI 2

DX	PENGAJIAN (SOAP)	TGL/ JAM	IMPLEMENTASI	RESPON HASIL	PARAF
1	<p>S : Tn D mengatakan masih merasakan nyeri di daerah epigastriumnya. Pasien mengatakan sangat tidak nyaman dan mengganggu aktivitas</p> <p>O :</p> <p>- P: nyeri lambung Q: seperti tertusuk-tusuk R: Pada epigastrium S:</p>	<p>20-06-2019</p> <p>09.00 s.d 14.00</p> <p>WIB</p>	<p>Manajemen nyeri :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji dan catat keluhan nyeri, termasuk, lokasi, lamanya, dan intensitasnya (dengan skala nyeri 0-10) 2. Monitor vital sign 3. Atur posisi yang nyaman bagi pasien 4. Evaluasi keefektifan kontrol nyeri 5. Kolaborasi dengan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. P: nyeri lambung Q: seperti tertusuk-tusuk R: pada epigastrium S: skala nyeri 4 dari 0-10. T: terus menerus 2. TD : I30/90 RR: 21x/m N:100x/m S:36.°C. 3. Tn D diposisikan semifowler 	<p>S : Tn D mengatakan masih merasakan nyeri di daerah epigastriumnya. Pasien mengatakan sangat tidak nyaman dan mengganggu aktivitas namu sudah sedikit mulai berkurang</p>

	<p>skala nyeri 8 dari 0-10 T: terus menerus.</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD: 120/80 mm/Hg RR: 22x/m N: 100x/m S: 36°C - Tn D diberikan diet makanan lunak yaitu bubur - Dilakukan kompres hangat pada daerah epigastrium Tn D - Ekspresi wajah Tn D meringis dan meremas seprai tempat tidur karena menahan sakit - Kolaborasi pemberian analgetik Ranitidin 2x1 ampul dan Ketorolac 2x1 ampul <p>A :</p> <p>NOC : tingkat nyeri : sedang</p> <p>P :</p> <p>NIC : manajemen nyeri pada aktifitas keperawatan 1,2,4,8,9.</p>		<p>dokter dalam pemberian analgetik</p>	<ol style="list-style-type: none"> 4. Tn D tidak meraskan nyeri dan mampu mengontrol nyeri, tetapi masih dirasakan 5. Kolaborasi pemberian analgetik Ranitidin 2x1 ampul. 	<p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - P: nyeri lambung Q: seperti tertusuk-tusuk R: Pada epigastrium S: skala nyeri 4 dari 0-10 T: terus menerus. - TD: 130/90 mm/Hg RR: 22x/m N: 100x/m S: 36,5°C - Tn D diberikan diet makanan lunak yaitu bubur - Kolaborasi pemberian analgetik Ranitidin 2x1 ampul <p>A :</p> <p>NOC : tingkat nyeri : ringan(4)</p> <p>P :</p> <p>NIC : manajemen nyeri pada aktifitas keperawatan 1,2,4,8,9.</p>
	<p>S : -</p> <p>O : Bising usus terdengar 10x/menit</p> <ul style="list-style-type: none"> - Membran mukosa kering - Turgor menurun 	<p>20-06-2019</p> <p>09.00 s.d 14.00</p> <p>WIB</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengkaji tanda- tanda hydrasii 2. Mempertahankan catatan intake dan output yang akurat 3. Melakukan monitor status hydrasi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Turgor jelek, membran mukosa kering 2. Intake = 2.600 , output =2.850 3. Membran mukosa kering, 	<p>S : Tn R Mengatakan sudah mulai mau BAB tadi pagi namun masih keras konsistensinya.</p> <p>O : Membran mukosa</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Mata cekung - Balace cairan (-250) - Muntah 2x (400cc) - Diberikan buah pisadng oleh ahli gizi - Tn R banyak mengkonsumsi air putih. <p>A :</p> <p>NOC : balance cairan : sedang (3)</p> <p>P :</p> <p>NIC : manajemen cairan dilanjutkan pada aktivitas keperawatan 1,2,3,4,5, dan 7</p>		<p>(kelembaban membran mukosa, nadi adekuat, tekanan darah).</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Melakukan monitor vital sign 5. Memberikan dorongan pasien ntuk meningkatkan asupan cairan oral 	<p>nadi teraba lemah, tekanan darah 120/80 mmHg.</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. TD : I20/80 RR: 22x/m N:100x/m S:36.9°C. 5. Tn.D tampak banyak minum. 	<p>kering</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mata cekung - Balace cairan (-100) - Diberikan buah pisadng oleh ahli gizi - Tn R banyak mengkonsumsi air putih. <p>A :</p> <p>NOC : balance cairan : ringan (4)</p> <p>P :</p> <p>NIC : manajemen cairan dilanjutkan pada aktivitas keperawatan 1,2,3,4,dan 7</p>
--	---	--	--	--	---

3	<p>S : Tn R dan keluarga mengatakan bahwa pasien masih sering merasakan mual dan istirahatnya terganggu karena mual yang dirasakan. Tn R mengatakan masih sering terbangun dipagi dan malam hari dan mengganggu istirahatnya.</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - porsi makan habis ¼ porsi - Muntah 2 kali - tn.R merasa mual - Tn R mengkonsumsi makanan lunak yaitu bubur dan roti tawar sebagai makanan kesukaannya dan minum secara bertahap untuk mengurangi reaksi mual. - Diberikan posisi semi fowler - Tn R melakukan oral hygiene pada pagi hari untuk 	<p>20-06-2019</p> <p>09.00 s.d 14.00</p> <p>WIB</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menganjurkan pasien untuk mengkonsumsi makanan sedikit dengan frekuensi sering. 2. Mengannjurkan pasien untuk meningkatkan protein dan vitamin C dan Berikan substansi gula 3. Menganjurkan pasien untuk diet tinggi serat 4. Melakukan kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien 5. Atur posisi semi fowler atau fowler tinggi selama makan. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tn D mengkonsumsi roti tawar dan nasi sedikit demi sedikit. 2. Tn D mengkonsumsi buah buahan dan lauk saat makan. 3. Tn D mengkonsumsi sayur dan buah 4. Tn D diberikan makanan bubur dan lunak Tn D diberikan makanan bubur dan lunak 5. Posisi Tn.D semifowler saat makan. 	<p>S : Tn D dan keluarga mengatakan bahwa pasien mual dan muntahnya sudah mulai berkurang</p> <p>O : Tn D mengkonsumsi makanan lunak yaitu bubur dan roti tawar sebagai makanan kesukaannya dan minum secara bertahap untuk mengurangi reaksi mual.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diberikan posisi semi fowler - Tn D melakukan oral hygiene pada pagi hari untuk kebersihan mulutnya dan mengurangi mual. - Diberikan obat omeprazole 1x1 vial <p>A :</p> <p>NOC : status nutrisi : ringan (4)</p> <p>P :</p> <p>NIC : Management</p>
---	---	--	--	---	--

	kebersihan mulutnya dan mengurangi mual. - Diberikan obat omeprazole 1x1 vial A : NOC : status nutrisi : ringan (4) P : NIC : Management nutrisi dilanjutkan pada aktivitas keperawatan 2,3,4,9 dan 10.				nutrisi dilanjutkan pada aktivitas keperawatan 1.2 dan 3
--	--	--	--	--	--

IMPLEMENTASI 3

DX	PENGAJIAN (SOAP)	TGL/JAM	IMPLEMENTASI	RESPON HASIL	PARAF
1	S : Tn D mengatakan masih merasakan nyeri di daerah epigastriumnya. Pasien mengatakan sangat tidak nyaman dan mengganggu aktivitas namun sudah sedikit mulai berkurang	21-06-2019 09.00 s.d 14.00 WIB	Manajemen nyeri : 1. Kaji dan catat keluhan nyeri, termasuk, lokasi, lamanya, dan intensitasnya (dengan skala nyeri 0-10) 2. Monitor vital sign 3. Atur posisi yang nyaman bagi pasien 4. Ajarkan dan anjurkan	1. P: nyeri lambung Q: seperti tertusuk-tusuk R: pada epigastrium S: skala nyeri 1 dari 0-10. T: terus menerus 2. TD : I30/90 RR: 22x/m N:100x/m S:36.5°C.	S : Tn D mengatakan nyeri pada daerah epigastriumnya sudah tidak terasa lagi dan sudah mulai mampu beraktivitas O : P: nyeri lambung Q: seperti tertusuk-

	<p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - P: nyeri lambung Q: seperti tertusuk-tusuk R: Pada epigastrium S: skala nyeri 4 dari 0-10 T: terus menerus. - TD: 130/90 mm/Hg RR: 22x/m N: 100x/m S: 36,5°C - Tn D diberikan diet makanan lunak yaitu bubur - Kolaborasi pemberian analgetik Ranitidin 2x1 ampul <p>A :</p> <p>NOC : tingkat nyeri : ringan(4)</p> <p>P :</p> <p>NIC : manajemen nyeri pada aktifitas keperawatan 1,2,4,8,9.</p>		<p>pasien untuk melakukan tehnik relaksasi dan distraksi, seperti menarik nafas dalam, mendengarkan music, menonton TV, dan membaca</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Evaluasi keefektifan kontrol nyeri 6. Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian analgetik 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Tn D diposisikan fowler 4. Tn D melakukan tehnik nafas dalam untuk mengurangi nyeri dan bercerita kepada keluarga. 5. Tn D masih meraskan nyeri dan mampu mengontrol nyeri, tetapi masih dirasakan 6. Kolaborasi pemberian analgetik Ranitidin 2x1 ampul. 	<p>tusuk R: Pada epigastrium S: skala nyeri 1 dari 0-10 T: terus menerus.</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD: 130/90 mm/Hg RR: 21x/m N: 100x/m S: 36°C - Tn R diberikan diet makanan lunak yaitu bubur - Dilakukan kompres hangat pada daerah epigastrium Tn D - Ekspresi wajah nampak mulai segar - Kolaborasi pemberian analgetik Ranitidin 2x1 ampul <p>A :</p> <p>NOC : tingkat nyeri : tidak ada gangguan (5)</p> <p>P :</p> <p>NIC : manajemen nyeri dihentikan</p>
	<p>S : Tn R Mengatakan sudah mulai mau BAB tadi pagi namum masih keras</p>	<p>21-06-2019</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengkaji tanda- tanda hydrasii 2. Mempertahankan catatan intake dan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Turgor jelek, membran mukosa kering 	<p>S : Tn D Mengatakan sudah mulai mau BAB tadi pagi</p>

	<p>konsistensinya.</p> <p>O : Membran mukosa kering</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mata cekung - Balace cairan (-100) - Diberikan buah pisadng oleh ahli gizi - Tn R banyak mengkonsumsi air putih. <p>A :</p> <p>NOC : balance cairan : ringan (4)</p> <p>P :</p> <p>NIC : manajemen cairan dilanjutkan pada aktivitas keperawatan 1,2,3,4,dan 7</p>	<p>09.00 s.d 14.00</p> <p>WIB</p>	<p>output yang akurat</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Melakukan monitor status hydrasi (kelembaban membran mukosa, nadi adekuat, tekanan darah). 4. Melakukan monitor vital sign 5. Melakukan terapi IV Ringer lactat 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Intake = 2.600 , output =2.850 3. Membran mukosa kering, nadi teraba lemah, tekanan darah 120/80 mmHg. 4. TD : I20/80 RR: 22x/m N:100x/m S:36.9°C. 5. IV Ringer Lactat terpasang di sisi iri tangan Tn.D 	<p>O : Membran mukosa baik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Balace cairan (0) - Mukosa lembab - Turgor kulit baik - Tn R banyak mengkonsumsi air putih. <p>A :</p> <p>NOC : balance cairan : tidak ada gangguan (5)</p> <p>P :</p> <p>NIC : manajemen cairan dihentikan</p>
3	<p>S : Tn D dan keluarga mengatakan bahwa pasien mual dan muntahnya sudah mulai berkurang</p> <p>O : Tn D mengkonsumsi makanan lunak yaitu bubur dan roti tawar sebagai makanan kesukaannya dan minum secara bertahap untuk</p>	<p>21-06-2019</p> <p>09.00 s.d 14.00</p> <p>WIB</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menganjurkan pasien untuk mengkonsumsi makanan sedikit dengan frekuensi sering. 2. Mengannjurkan pasien untuk meningkatkan protein dan vitamin C dan Berikan substansi gula 3. Menganjurkan pasien untuk diet tinggi serat . 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tn D mengkonsumsi roti tawar dan nasi sedikit demi sedikit. 2. Tn D mengkonsumsi buah buahan dan lauk saat makan. 3. Tn D mengkonsumsi sayur dan buah 	<p>S : Tn D dan keluarga mengatakan bahwa pasien mual dan muntahnya sudah tidak muncul lagi</p> <p>O : Tn D mengkonsumsi makanan lunak yaitu bubur dan roti tawar sebagai makanan</p>

	<p>mengurangi reaksi mual.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diberikan posisi semi fowler - Tn D melakukan oral hygiene pada pagi hari untuk kebersihan mulutnya dan mengurangi mual. - Diberikan obat omeprazole 1x1 vial <p>A :</p> <p>NOC : status nutrisi : ringan (4)</p> <p>P :</p> <p>NIC : Management nutrisi dilanjutkan pada aktivitas keperawatan 1.2 dan 3</p>				<p>kesukaannya dan minum secara bertahap untuk mengurangi reaksi mual.</p> <p>A :</p> <p>NOC : status nutrisi : tidak ada gangguan (5)</p> <p>P :</p> <p>NIC : Management nutrisi dihentikan pasien pulang.</p>
--	--	--	--	--	---

BAB V

PEMBAHASAN

Pada bab ini penulis akan membahas tentang kesenjangan teori dan proses keperawatan pada kasus Tn. D dengan diagnosa gastritis di Puskesmas Perawatan Seginim. Kesenjangan antara teori dan kasus di bahas dari mulai pengkajian hingga evaluasi (Potter & Perry, 2009).

A. Pengkajian

Data yang ditemukan pada pengkajian kasus Tn. D sebagian besar sesuai dengan yang ada dalam pengkajian teoritis, namun terdapat juga beberapa yang berbeda. Pada pengkajian Tn. D mengalami diagnosa gastritis kronis dan konstipasi. Gejala ini di tegakkan atas dasar adanya tanda dan gejala klinis dari penyakit tersebut antara lain nyeri ulu hati yang hebat, mual muntah, nyeri tekan lambung. Kasus lain yang di alami oleh Tn. D yaitu adanya kesulitan BAB sejak 2 hari yang lalu. Keluhan utama pada pasien 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. Terdapat keluhan tambahan pada kasus Tn. D mengeluh susah BAB, sejak 2 hari yang lalu.

Gejala susah BAB disebabkan karena sedikitnya pemasukkan ke dalam lambung sehingga tidak dapat penyerapan makanan dan tidak terdapatnya makanan yang akan dicerna, penurunan aktivitaspun dapat menopang data sehingga menurunkan kerja sistem pencernaan. Seseorang yang terkena gastritis juga akan mengalami penurunan nafsu makan. Penderita gastritis cenderung tidak nafsu makan karena adanya rasa mual dan nyeri yang datang. Pada pola kebiasaan sehari-hari pada pola tidur secara teoritis mengalami gangguan pola tidur. Namun pada kasus Tn. D tidak mengalami gangguan

pola tidur hal ini dikarenakan Tn. D bisa rileks pada malam hari, dan nyeri terkontrol pada malam hari.

B. Diagnosa

Diagnosa yang ditemukan pada kasus gastritis Tn. D sesuai dengan diagnosa tinjauan teoritis BAB II. Namun, terdapat beberapa diagnosa yang tidak ditemukan pada kasus yang sama, tergantung dari variasinya data dan memburuknya kondisi kesehatan klien dan komplikasi yang dialaminya. Pada tinjauan teoritis terdapat 4 diagnosa keperawatan yaitu, Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, hipoveleemia berhubungan dengan masukan cairan tidak cukup dan kehilangan cairan, Resiko defisit nutrisi berhubungan dengan masukan nutrisi yang tidak adekuat, Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan suplai oksigen menurun.

Penulis mengangkat tiga diagnosa pada klien Tn. D, yang pertama yaitu nyeri berhubungan dengan iritasi mukosa gaster. Penulis mengangkat diagnosa ini karena nyeri pada Tn. D penyebabnya pola makan yang tidak teratur, sering mengkonsumsi makanan yang pedas dan sering mengkonsumsi kopi sehingga nutrisi sudah adekuat maka nyeri akan berkurang.

Diagnosa yang kedua yaitu defisit volume cairan, penulis mengangkat diagnosa ini karena mempertimbangkan cairan yang akan masuk, balance cairan pasien saat dilakukan pengkajian hasilnya negatif, turgor kulit buruk serta membran mukosa kering, klien juga mengatakan masih merasakan sedikit mual. Sehingga masalah ini merupakan hal yang harus diselesaikan agar dapat meningkatkan kebutuhan cairan pasien.

Diagnosa yang ke tiga adalah resiko defisit nutrisi berhubungan dengan intake nutrisi tidak adekuat. Penulis mengangkat diagnosa ini sebagai diagnosa yang ketiga dikarenakan jika nutrisi klien kurang adekuat, makan tidak teratur klien tampak hanya menghabiskan $\frac{1}{4}$ porsi makanan, pasien mengalami

muntah sebanyak dua kali, klien tampak hanya menghabiskan $\frac{1}{4}$ porsi makanan, pasien mengalami muntah sebanyak dua kali, dan menurut teori malsow makanan merupakan kebutuhan fisiologi yang harus terpenuhi.

Dalam kasus ini penulis tidak mengangkat diagnosa Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan suplai oksigen menurun. Penulis tidak mengangkat diagnosa ini karena saat pemantauan dan observasi klien tidak mengalami Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer karena pasien tidak menunjukkan tanda-tanda penurunan perfusi jaringan perifer. Klien mengatakan tidak khawatir terhadap penyakitnya dan berusaha untuk tetap tegar serta menganggap penyakitnya adalah salah satu ujian dari yang maha kuasa

C. Intervensi

Untuk mengatasi masalah utama pada Tn. D maka rencana tindakan yang akan dilakukan adalah : Kaji lokasi dan skala nyeri, observasi TTV, berikan posisi yang nyaman, anjurkan klien untuk menghindari makanan yang dapat merangsang peningkatan asam lambung dan kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian analgetik. Dengan harapan bahwa setelah dilakukan tindakan keperawatan tersebut selama 3 x 24 jam maka nyeri berkurang dengan kriteria hasil : Klien tidak mengeluh nyeri uluhati dan klien nampak tenang.

Perencanaan menurut Nanda (2013) pada kasus gastritis dilakukan perdiagnosa. Diagnosa yang pertama yaitu Nyeri berhubungan dengan iritasi pada mukosa lambung. Perencanaan yang dilakukan untuk diagnosa pertama ini yaitu mempertahankan peradangan mukosa lambung dan sekresi asam lambung, mengkaji nyeri dengan metode PQRST, mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam untuk mengurangi nyeri, memonitor tanda – tanda vital untuk mengetahui perkembangan kesehatan pasien, melakukan kolaborasi pemberian analgetik untuk mengurangi nyeri. Berdasarkan perencanaan

tersebut penulis juga melakukan perencanaan yang tidak jauh berbeda dengan tinjauan teori yang tersebut.

Untuk perencanaan diagnosa kedua yaitu devisit volume cairan. Perencanaannya yaitu : Monitor tanda dan gejala hydrasi, Monitor intake dan output, Monitor bising usus, Menganjurkan pasien untuk sering-sering mengkonsumsi air hangat, Anjurkan pasien mengkonsumsi buah yang banyak mengandung sera dan air.

Untuk perencanaan diagnosa terakhir yaitu resiko kurangnya kebutuhan nutrisi dari kebutuhann tubuh dengan perencanaannya yaitu : Tingkatkan asupan nutrisi yang cukup, konsumsi makanan sedikit tapi sering untuk pengurangan mual, Anjurkan pasien melakukan oral hygiene sebelum makan, Tingkatkan pemberian cairan secara bertahap jika tidak terjadi muntah selama 30 menit.

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. Setelah melakukan tindakan keperawatan atau implementasi sesuai dengan yang telah direncanakan dalam teoritis.

Penulis melakukan implementasi keperawatan selama tiga hari, pada tanggal 20 Juli sampai dengan 23 Juli 2018 dengan target penilaian sebagai tujuannya, implementasi yang dibuat sesuai dengan apa yang telah direncanakan namun ada beberapa rencana yang tidak dilakukan karena kebijakan dari Puskesmas. Implementasi keperawatan sesuai dengan rencana, pada rencana yang dibuat dan implementasi yang dilakukan sesuai selama tiga hari.

Pelaksanaan rencana keperawatan mengacu pada rencana yang telah ditetapkan dalam teori. Namun, penulis tidak dapat melaksanakan semua rencana yang ada pada teori tetapi penulis melaksanakan semua rencana sesuai dengan diagnosa keperawatan pada Tn.D dengan kasus gastritis di puskesmas perawatan Seginim, dalam rencana tindakan semua dilaksanakan oleh penulis. Untuk membantu melengkapi tindakan keperawatan maka penulis melihat tindakan yang dilakukan perawat jaga, penulis melihat dan membaca dibuku laporan tindakan yang ditulis oleh perawat. Tindakan keperawatan dilakukan sesuai waktu yang telah ditetapkan.

Implementasi merupakan suatu perwujudan dari perencanaan yang sudah disusun pada tahap perencanaan sebelumnya (Nanda 2012). Berdasarkan hal tersebut penulis dalam mengelola pasien dalam implementasi dengan masing – masing diagnosa.

Nyeri berhubungan dengan iritasi mukosa lambung. Pada diagnosa ini penulis selama 3 kali 24 jam melakukan pengkajian nyeri menggunakan metode PQRST, dan respon pasien secara subyektif yaitu pasien mengatakan nyeri pada uluhati P : observasi TTV, Q : seperti ditusuk-tusuk, R : uluhati, S : skala 8 (0 – 10), T :hilang timbul, respon obyektifnya adalah ekspresi pasien tampak menahan nyeri. Tujuan dilakukannya pengkajian nyeri yaitu untuk mengetahui tindakan perawatan selanjutnya untuk pasien. Dan untuk mengurangi nyeri penulis memberikan posisi setengah duduk yang berfungsi untuk memberikan posisi nyaman dan meringankan rasa sakit. Untuk diagnosa pertama penulis juga mengajarkan kepada pasien untuk menghindari makanan yang dapat merangsang peningkatan asam lambung. Monitoring tanda – tanda vital pada pasien untuk implementasi diagnosa pertama , tujuan dilakukannya monitoring tanda – tanda vital ini yaitu untuk mengetahui

tingkat kesehatan dari pasien dan mengetahui perkembangan kesehatan pasien. Dari tindakan implementasi ini diperoleh data tanda – tanda vital sebagai berikut: TD: 130/70 mmHg, Nadi 84 kali / menit, suhu 36, 8 °C, pernapasan 20 kali / menit.

Untuk tindakan keperawatan kedua yaitu defisit volume cairan adalah memonitor tanda dan gejala hydrasi, memonitor turgor kulit dan membran mukosa, Monitor intake dan output, Monitor bising usus, menghitung intake dan output pasien, Menganjurkan pasien untuk sering-sering mengkonsumsi air hangat, Anjurkan pasien mengkonsumsi buah yang banyak mengandung sera dan air.

Untuk tindakan keperawatan terakhir yaitu resiko kurangnya kebutuhan nutrisi dari kebutuhann tubuh dengan perencanaannya yaitu : Tingkatkan asupan nutrisi yang cukup, konsumsi makanan sedikit tapi sering untuk pengurangan mual, Anjurkan pasien melakukan oral hygiene sebelum makan, Tingkatkan pemberian cairan secara bertahap jika tidak terjadi muntah selama 30 menit.

E. Evaluasi

Evaluasi merupakan suatu proses kontinyu yang terjadi saat melakukan kontak dengan pasien dan penulis menggunakan teori SOAP yaitu S (*Subjektif*) berisi data pasien melalui anamnesis yang mengungkapkan perasaan langsung, O (*Objektif*) berisi data yang ditemukan setelah melakukan tindakan, dapat dilihat secara nyata dan dapat diukur, A (*assasment*) merupakan kesimpulan tentang kondisi pasien setelah dilakukan tindakan dan P (*Planning*) adalah rancana lanjutan terhadap masalah yang dialami pasien.

Pasien mengatakan nyeri pada ulu hati sudah tidak terasa. Secara objektif ditemukan keadaan umum pasien mulai membaik, pasien nampak tenang sehingga dapat disimpulkan bahwa masalah utama teratasi dan

intervensi dihentikan karena pasien diperbolehkan pulang bentuk S (*Subjektif*), O (*Objektif*), A (*Analisis*), P (Perencanaan terhadap analisis).

Evaluasi terhadap klien Tn. D yang dilakukan menggunakan metode SOAP, teratasi pada hari ke 3 dan klien pulang atas izin dokter. Pada evaluasi hari terakhir tidak terdapat komplikasi yang terjadi pada pasien. Sebelum pasien pulang perawat memberikan pendidikan kesehatan kepada pasien tentang gastritis, pasien kooperatif dan keluarga sangat aktif dalam bertanya tentang penyakit gastritis, sebelum pasien pulang dilakukan pemeriksaan vital sign yaitu : TD : 130/80mmHg, N : 99x/m, P : 20x/m, S : 36,5°c.

BAB VI

PENUTUP

A. KESIMPULAN

1. Pengkajian

Data yang ditemukan pada pengkajian kasus Tn. D sebagian besar sesuai dengan yang ada dalam pengkajian teoritis, namun terdapat juga beberapa yang berbeda. Pada pengkajian Tn. D mengalami diagnosa gastritis dan konstipasi. Gejala ini ditegakkan atas dasar adanya tanda dan gejala klinis dari penyakit tersebut antara lain nyeri ulu hati yang hebat, mual muntah, nyeri tekan lambung. Kasus lain yang dialami oleh Tn. D yaitu adanya kesulitan BAB sejak 4 hari yang lalu. Keluhan utama pada pasien 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.

2. Diagnosa

Diagnosa yang ditemukan pada kasus gastritis Tn. D sesuai dengan diagnosa tinjauan teoritis BAB II. Pada tinjauan teoritis terdapat 4 diagnosa keperawatan yaitu, Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, hipovolemia berhubungan dengan masukan cairan tidak cukup dan kehilangan cairan, Resiko defisit nutrisi berhubungan dengan masukan nutrisi yang tidak adekuat, Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan suplai oksigen menurun.

Dalam kasus ini penulis tidak mengangkat Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan suplai oksigen menurun, Penulis tidak mengangkat diagnosa ini karena saat pemantauan dan observasi klien tidak mengalami Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer karena pasien tidak menunjukkan tanda-tanda penurunan perfusi jaringan perifer.

Dalam kasus ini diagnosa yang diangkat penulis yang pertama yaitu nyeri berhubungan dengan iritasi mukosa gaster. Penulis mengangkat diagnosa ini karena nyeri pada Tn. D penyebabnya pola makan yang tidak teratur, sering mengkonsumsi makanan yang pedas dan sering mengkonsumsi kopi sehingga nutrisi sudah adekuat maka nyeri akan berkurang.

Diagnosa yang kedua yaitu defisit volume cairan, penulis mengangkat diagnosa ini karena mempertimbangkan cairan yang akan masuk, balance cairan pasien saat dilakukan pengkajian hasilnya negatif, turgor kulit buruk serta membran mukosa kering, klien juga mengatakan masih merasakan sedikit mual. Sehingga masalah ini merupakan hal yang harus diselesaikan agar dapat meningkatkan kebutuhan cairan pasien.

Diagnosa yang ke tiga adalah resiko defisit nutrisi berhubungan dengan intake nutrisi tidak adekuat. Penulis mengangkat diagnosa ini sebagai diagnosa yang ketiga dikarenakan jika nutrisi klien kurang adekuat, makan tidak teratur klien tampak hanya menghabiskan $\frac{1}{4}$ porsi makanan, pasien mengalami muntah sebanyak dua kali, klien tampak hanya menghabiskan $\frac{1}{4}$ porsi makanan, pasien mengalami muntah sebanyak dua kali, dan menurut teori malsow makanan merupakan kebutuhan fisiologi yang harus terpenuhi.

3. Intervensi

Intervensi di dalam BAB III sesuai dengan intervensi pada teoritis dan rencana dapat dilaksanakan berdasarkan intervensi dari diagnosa pada tinjauan kasus. Intervensi dibuat berdasarkan sumber (Elesvier, 2013) dan (Tim pokja SDKI DPP PPNI, 2016). Pada intervensi kasus terdapat intervensi yang berbeda yaitu intervensi pada diagnosa konstipasi dikarenakan intervensi yang diberikan oleh pasien sesuai dengan keluhannya.

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. Setelah melakukan tindakan keperawatan atau implementasi sesuai dengan yang telah direncanakan dalam teoritis.

Penulis melakukan implementasi keperawatan selama tiga hari, pada tanggal 19 juni 2019 - 21 juni 2019 dengan target penilaian sebagai tujuannya, implementasi yang dibuat sesuai dengan apa yang telah direncanakan. Implementasi keperawatan sesuai dengan rencana, pada rencana yang dibuat dan implementasi yang dilakukan sesuai selama tiga hari.

5. Evaluasi

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

Evaluasi terhadap klien Tn. D yang dilakukan menggunakan metode SOAP, teratasi pada hari ketiga dan klien pulang atas izin dokter. Pada evaluasi hari terakhir tidak terdapat komplikasi yang terjadi pada pasien. Sebelum pasien pulang perawat memberikan pendidikan kesehatan kepada pasien tentang gastritis, pasien kooperatif dan keluarga sangat aktif dalam bertanya tentang penyakit gastritis, sebelum pasien pulang dilakukan pemeriksaan vital sign yaitu : TD : 130/80mmHg, N : 99x/m, P : 20x/m, S : 36,5°C.

B. SARAN

1. Bagi pelayan kesehatan

Puskesmas dapat mengawasi dan memberikan discharge planning tertulis pada setiap ruangan, sehingga keluarga dapat memberikan

perawatan pada pasien dengan gastritis yang baik kepada klien ketika pulang.

2. Bagi akademik Institusi pendidikan

Institusi pendidikan dapat menjadikan referensi pengabdian masyarakat mengenai asuhan keperawatan pada pasien dengan gastritis serta dapat menambah dan melangkapi buku-buku tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan gastritis untuk dapat menunjang penyusunan Karya Tulis Ilmiah.

Daftar Pustaka

- Alimul, Aziz H. (2011). Metode Penelitian Keperawatan dan Teknik Analisis Data. Jakarta: Salemba Medika
- Aprianto, Kurnia. 2009. Pengaruh Kelengkapan Fasilitas Belajar dan Motivasi Belajar Terhadap Prestasi Belajar Pendidikan Kewarganegaraan Siswa Kelas Terbuka di SMP Negeri 2 Wonosari Kabupaten Kalten Tahun Ajaran 2009/2010. Surakarta: Universitas Sebelas Maret
- Ardiansyah, M. 2012. Medikal Bedah. Yogyakarta: DIVA Press. Bilotta,
- Arif, Mansjoer. (2003). Kapita Selekta Kedokteran. Media Aesculpius : Jakarta
- Black, J dan Hawks, J. 2014. Keperawatan Medikal Bedah: Manajemen Klinis untuk Hasil yang Diharapkan. Dialihbahasakan oleh Nampira R. Jakarta: Salemba Emban Patria.
- Brunner & Suddarth, (2013). Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Edisi 8 volume 2. Jakarta EGC
- Doenges, M. E., Moorhouse, M. F., & Geissler, A., C,(2014). Rencana Asuhan Keperawatan pedoman untuk Perencanaan Keperawatan Pasien. Edisi:3. Jakarta:EGC
- Endang, L., dan Puspawati, V.A. (2012). Penyakit Maag dan Gangguan Pencernaan. Yogyakarta: Penerbit Kanisius
- Evelyn CP, 2009. Anatomi dan Fisiologi untuk Paramedis. Jakarta. Gramedia
- Ganong, W. F. 2001. Fisiologi Kedokteran edisi ke-20. Terjemahan: H. M. D Widjajakusumah. Penerbit buku kedokteran EGC. Jakarta.

- Gustin, Rahmi Kurnia. 2012. Faktor - Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Gastritis pada Pasien yang Berobat Jalan di Puskesmas Gulai Boncah Kota Bukit Tinggi Tahun.2011
- Muttaqin, Arif. 2009. Pengantar Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Sistem. Pencernaan Jakarta : Salemba Medika.
- Price, A. Sylvia, Lorraine Mc. Carty Wilson, 2006, Patofisiologi : Konsep Klinis Proses-proses Penyakit, Edisi 6, (terjemahan), Peter Anugrah, EGC, Jakarta.
- Ratu, Ardian dan G. Made adwan. 2013. Penyakit hati, lambung, usus dan ambeien. Yogyakarta. Medical Book
- Santoso S. Kesehatan dan Gizi. Jakarta : Rineka Cipta; 2009
- Sudiharto.(2007). Asuhan Keperawatan keluarga dengan pendekatan keperawatan transkultural ; editor, Esty Whayuningsih – Jakarta : EGC
- Suratun, Lusianah. (2010). Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Sistem Gastrointestinal. Jakarta: Trans Info Media.

LAMPIRAN

**LEMBAR KONSUL KTI PRODI DIII KEPERAWATAN BENGKULU
JURUSAN KEPERAWATAN POLTEKKES KEMENKES BENGKULU
TAHUN 2019**

NAMA : DEDDY HARTONO
NIM : P05120218125 RPL
JUDUL KTI : Asuhan Keperawatan pada Tn. D dengan Gastritis di Puskesmas Perawatan Seginim Kabupaten Bengkulu Selatan tahun 2019
PEMBIMBING : Dahrizal, S.Kp., M.PH

NO	TANGGAL	MATERI KONSULTASI	MASUKAN PEMBIMBING	PARAF
1	Kamis , 11 April 2019	Bab I – III	Perbaiki Bab I – III	<i>D</i>
2	Selasa , 23 April 2019	Bab I – III Daftar Pustaka	Perbaiki dan Editing Bab I - III	<i>D</i>
3	Rabu, 25 April 2019	Proposal Lengkap	Acc Ujian Proposal	<i>D</i>
4	Kamis, 16 Mei 2019	Revisi Ujian Bab I - III	Perbaiki Bab I - III	<i>D</i>
5	Jumat, 17 Mei 2019	Proposal Lengkap	Acc Revisian	<i>D</i>
6	Kamis, 20 Juni 2019	Konsul BAB IV	Bab 4 lengkapi	<i>D</i>
7	Jumat, 28 Juni 2019	Konsul BAB IV	Buat tabel hasil sesuai dengan tujuan penelitian	<i>D</i>
8	Selasa, 02 Juli 2019	Konsul BAB V	Pembahasan perencanaan, implementasi dibahas satu persatu	<i>D</i>

9	Selasa, 09 Juli 2019	Konsul BAB V	Bahas diagnosa yang ada diproposal tidak mucl dihasil.	
10	Jumat 12 Juli 2019	Konsul BAB V & VI	Pembahasan dibahas perdiagnosa	
11	Selasa, 06 Agustus 2019	Konsul BAB IV-VI	Lengkapi lampiran Perbaiki cara penulisan	
12	Selasa, 20 Agustus 2019	Konsul BAB I-VI	Acc ujian hasil	

Dokumentasi Penelitian

