

**STUDI ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN GASTRITIS
DALAM PEMENUHAN KEBUTUHAN RASA NYAMAN
DI RUANG PERAWATAN RSAD. DR. R. ISMOYO
KOTA KENDARI**



KARYA TULIS ILMIAH

Disusun Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Menyelesaikan Pendidikan Diploma

III Politeknik Kesehatan Kendari Jurusan Keperawatan

Oleh :

SRI MULYA NINGSIH
NIM. P00320015047

**KEMENTRIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLTEKKES KEMENKES KENDARI
JURUSAN KEPERAWATAN
2018**

HALAMAN PENGESAHAN

**STUDI ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN GASTRITIS
DALAM PEMENUHAN KEBUTUHAN RASA NYAMAN
DI RUANG PERAWATAN RSAD. DR. R. ISMOYO
KOTA KENDARI**

Yang disusun dan diajukan oleh :

SRI MULYA NINGSIH
NIM. P00320015047

Telah dipertahankan pada Seminar Karya Tulis Ilmiah di depan TIM penguji

Dan telah dinyatakan memenuhi syarat

Tim Penguji :

1. Lena Atoy, SST, MP
2. Dali, SKM, M.Kes
3. Fitri Wijayati, S.Kep, Ns, M.Kep
4. Muslimin L, A.Kep, S.pd, M.Si
5. Indriono Hadi, S.Kep, Ns, M.Kes

(.....)

(.....)

(.....)

(.....)

(.....)

Mengetahui :

Ketua Jurusan Keperawatan

Indriono Hadi, S.Kep, Ns, M.Kes
NIP.197003330-199503 1 001

RIWAYAT HIDUP



I. IDENTITAS

1. Nama Lengkap : Sri Mulya Ningsih
2. Tempat/Tanggal Lahir : Lapole, 09 Desember 1996
3. Jenis Kelamin : Perempuan
4. Agama : Islam
5. Suku/Bangsa : Muna/Indonesia
6. Alamat : Desa Lapole, Kec. Maligano, Kab. Muna

II. RIWAYAT PENDIDIKAN

1. SDN 1 Maligano, Tamat Tahun 2009
2. SMPN 1 Wakorumba Utara, Tamat Tahun 2012
3. SMAN 1 Maligano, Tamat Tahun 2015
4. Poltekkes Kemenkes Kendari Jurusan Keperawatan Periode 2015-2018

MOTTO

*Kesuksesan itu dapat kita raih dengan segala upaya
Dan usaha yang sungguh-sungguh dan disertai doa,
Karena nasib tidak akan pernah berubah dengan
Senderinya tanpa adanya usaha yang gigih.*

*Sebuah tantangan hanyalah akan menjadi beban
Jika itu hanya di bayangkan, dan sebuah cita-cita
Hanyalah akan menjadi mimpi jika itu hanya
Angan-Angan*

ABSTRAK

Sri Mulya Ningsih, Nim : P00320015047 “Studi Asuhan Keperawatan pada Pasien Gastritis dalam Pemenuhan Kebutuhan Rasa Nyaman di Ruang Perawatan RSAD. DR. R. Ismoyo Kota Kendari ”. Dibimbing oleh Bapak Muslimin L, A.Kep, S.pd, M.Si dan Bapak Indriono Hadi, S.Kep, Ns, M.Kes.

Gastritis adalah suatu peradangan lokal atau menyebar pada mukosa lambung yang berkembang bila mekanisme *protektif* mukosa dipenuhi dengan bakteri atau bahan iritan, gastritis disebut radang lambung dapat menyerang setiap orang dengan segala usia. Ada sejumlah gejala yang biasa dirasakan penderita gastritis seperti perut terasa nyeri, mual, perih (kembung dan sesak) pada bagian atas perut (ulu hati). Biasanya, nafsu makan menurun secara drastis, wajah pucat, suhu badan naik, keluar keringat dingin, dan sering bersendawa terutama dalam keadaan lapar (Nian, 2015). Penderita Gastritis RSAD.Dr.R Ismoyo berdasarkan data pasien rawat inap pada tahun 2015 dari bulan Januari sampai Desember sebanyak 148 kasus/pasien, pada tahun 2016 dari bulan Januari sampai Desember berjumlah 200 kasus/pasien, dan pada tahun 2017 dari bulan Januari sampai Desember berjumlah 94 kasus/pasien. Studi kasus ini bertujuan untuk menggambarkan proses asuhan keperawatan pada pasien Gastritis dalam pemenuhan kebutuhan rasa nyaman di ruang perawatan RSAD. Dr. R. Ismoyo. Desain studi kasus yang digunakan menggunakan studi kasus deskriptif. Subjek pada studi kasus ini yaitu pasien baru yang terdiagnosa gastritis. Data diperoleh dengan melakukan pengkajian secara langsung dan wawancara kepada pasien serta melihat catatan rekam medic pasien yang ada di Rumah Sakit. Hasil studi kasus diperoleh bahwa dengan menggunakan teknik nonfarmakologi (teknik relaksasi napas dalam) selama 4 hari nyeri akut teratasi dan kolaborasi dalam pemberian analgesic. Setelah melakukan Studi Kasus melalui pendekatan proses keperawatan di Ruang Perawatan RSAD. DR. R. Ismoyo Kota Kendari dari tanggal 24 – 27 Juli 2018 dengan mengacu pada tujuan yang dicapai. Peneliti menyarankan, bagi klien agar selalu menjaga keadaannya, bagi RSAD. DR. R. Ismoyo Kota Kendari diharapkan mampu memberikan pelayanan yang komprehensif, bagi perawat latihan teknik relaksasi napas dalam ini dapat dijadikan salah satu intervensi keperawatan serta dimasukkan kedalam discharge planning sebagai tindakan mandiri klien ketika berada dirumah apabila klien merasakan nyeri.

Kata Kunci : Gastritis, Teknik relaksasi napas dalam , Asuhan Keperawatan, RSAD. DR. R. Ismoyo Kota Kendari

KATAPENGANTAR



Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT karena berkat, rahmat dan karunia-nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul **“Studi Asuhan Keperawatan Pada Pasien Gastritis Dalam Pemenuhan Kebutuhan Rasa Nyaman Di Ruang Perawatan RSAD. DR. R. Ismoyo Kota Kendari”**.

Dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini, penulis banyak mendapat bimbingan dan dukungan dari Bapak Muslimin L, A.Kep, S,pd, M.Si, dan Bapak Indriono Hadi, S,Kep, Ns, M.Kes. Oleh karena itu, pada kesempatan ini saya mengucapkan terima kasih yang setinggi-tingginya kepada yang terhormat :

1. Ibu Askrening, SKM, M.Kes, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kendari.
2. Bapak Indriono Hadi, S.Kep, Ns, M.Kes, selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kendari.
3. Ibu Reni Devianti Usman, M.Kep, Sp.KMB, selaku Sekretaris Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kendari.
4. Bapak Muslimin L, A.Kep, S.Pd., M.Si dan Bapak Indriono Hadi, S.Kep., NS., M.Kes selaku pembimbing I dan pembimbing II yang telah membimbing saya dengan sebaik-baiknya demi tercapainya Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Ibu Lena Atoy, SST, MPH, Ibu Dali, SKM, M.Kes dan Ibu Fitri Wijayati, S.Kep, Ns, M.Kep. selaku dosen penguji I, penguji II, dan penguji III yang

telah membimbing saya dan memberikan masukan-masukan sehingga Karya Tulis Ilmiah ini dapat berjalan dengan sebaik-baiknya.

6. Semua Dosen dan Staf Program Studi DIII Keperawatan Politeknik Kesehatan Kendari yang telah membantu dan memberikan bimbingan dengan sabar dan wawasannya serta ilmu yang bermanfaat kepada penulis selama kuliah.
7. Kepada Kantor Badan Riset Sulawesi Tenggara yang telah memberikan izin penelitian kepada penulis.
8. Direktur RSAD. DR. R. Ismoyo Kota Kendari yang telah memberikan izin penelitian di Ruang Perawatan.
9. Kedua orang tuaku, yang selalu menjadi inspirasi dan memberikan bimbingan semangat untuk menyelesaikan pendidikan.
10. Teman-teman mahasiswa Program studi DIII Keperawatan Politeknik Kesehatan Kendari dan berbagai pihak yang tidak disebutkan satu persatu, yang telah memberikan dukungan moral dan spiritual.

Semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat dan semoga amal baik yang telah disumbangkan dari semua pihak selama penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini kiranya mendapat balasan dari Allah SWT, Amin.

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL DALAM	i
HALAMAN PERSETUJUAN	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
KEASLIAN PENELITIAN	iv
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	v
HALAMAN MOTO	vi
ABSTRAK	vii
KATA PENGANTAR	viii
DAFTAR ISI	xi
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	5
C. Tujuan Penelitian.....	5
D. Manfaat Penelitian.....	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Tinjaua Teori Gastritis.....	7
B. Konsep Dasar Kebutuhan Kebutuhan Rasa Nyaman (Nyeri).....	24
C. Asuhan Keperawatan Pada Pasien Gastritis Dalam Kebutuhan Rasa Nyaman (nyeri).....	31
BAB III METODE STUDI KASUS	
A. Rancangan Studi Kasus.....	37
B. Subjek Studi Kasus.....	37
C. Fokus Studi	38
D. Definisi operasional Fokus Studi.....	38
E. Lokasi dan Waktu Studi.....	39

F. Metode pengumpulan Data.....	39
G. Analisis data dan penyajian data.....	40
H. Etika Penelitian.....	41

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Studi Kasus.....	38
B. Pembahasan.....	52

BAB V KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan.....	56
B. Saran	57

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Intervensi dan Implementasi Keperawatan

Tabel 4.1 Klasifikasi Data

Tabel 4.2 Analisa Data

Tabel 4.3. Intervensi Keperawatan

Tabel 4.4 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Format Pengkajian Data Keperawatan.
- Lampiran 2 : SOP Teknik Relaksasi Napas Dalam
- Lampiran 3 : Surat Izin penelitian dari litbang sulawesi tenggara
- Lampiran 4 : Informed consent
- Lampiran 5 : Surat keterangan izin penelitian
- Lampiran 6 : Surat keterangan selesai penelitian
- Lampiran 7 : Bebas perpustakaan
- Lampiran 8 : Bebas administrasi
- Lampiran 9 : Permohonan Izin Penelitian

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Salah satu masalah kesehatan yang kita hadapi sekarang ini adalah penyakit saluran pencernaan seperti gastritis. Masyarakat pada umumnya mengenal gastritis dengan sebutan penyakit maag yaitu penyakit yang menurut mereka bukan suatu masalah yang besar, misalnya jika merasakan nyeri perut maka mereka akan langsung mengatasinya dengan makan nasi dan istirahat, kemudian nyerinya hilang. Gastritis adalah proses inflamasi mukosa dan sub mukosa pada lambung. Pada orang awam penyakit gastritis ini bila tidak di atasi dengan cepat maka dapat menimbulkan perdarahan (*hemorha gastritis*) sehingga banyak darah yang keluar dan berkumpul di lambung, selain itu juga dapat menimbulkan tukak lambung, kanker lambung sehingga dapat menyebabkan kematian (Harison,2000 dalam, Hastuti, 2011).

Gastritis adalah suatu peradangan lokal atau menyebar pada mukosa lambung yang berkembang bila mekanisme protektif mukosa dipenuhi dengan bakteri atau bahan iritan, gastritis disebut radang lambung dapat menyerang setiap orang dengan segala usia. Ada sejumlah gejala yang biasa dirasakan penderita gastritis seperti perut terasa nyeri, mual, perih (kembung dan sesak) pada bagian atas perut (ulu hati). Biasanya, nafsu makan menurun secara drastis, wajah pucat, suhu badan naik, keluar keringat dingin, dan sering bersendawa terutama dalam keadaan lapar (Nian, 2015).

Ada berbagai kasus yang menyebabkan terjadinya gastritis yaitu pemakaian obat anti inflamasi nonsteroid, konsumsi alkohol berlebihan, banyak merokok, pemberian obat kemoterapi, uremia, infeksi sistemik, stress berat, iskemia dan syok, konsumsi kimia secara oral yang bersifat asam/basa, trauma mekanik, dan infeksi mikroorganismenya (Sukarmin, 2013).

Pada sebagian besar kasus gastritis, gejalanya amat ringan bahkan *asimtomatis*. Keluhan-keluhan itu misalnya nyeri timbul pada daerah perut, biasanya ringan dan tidak dapat ditunjuk dengan tepat lokasinya. Rusaknya mukosa oleh enzim atau garam empedu dapat menurunkan ambang nyeri. penderita menjadi sensitif terhadap nyeri (Sukarmin, 2013)

Nyeri adalah bentuk ketidaknyamanan yang dapat disebabkan oleh banyak hal. Nyeri dapat timbul karena efek dari penyakit- penyakit tertentu atau akibat dari cedera. Jika hal ini terjadi, konsep keperawatan diarahkan untuk menghilangkan rasa nyeri dan mengembalikan kepada kondisi nyaman. Namun, hal yang menyulitkan penatalaksanaan nyeri adalah nyeri dapat bersifat subjektif. Masing-masing orang akan menanggapi secara berbeda terhadap nyeri yang dirasakannya. Perbedaan respon tersebut berkaitan erat dengan budaya, jenis kelamin, umur, kebiasaan dan sebagainya (Andarmoyo, 2013).

Arthur C. Curton (1983) dalam Prasetyo (2010) mengatakan bahwa nyeri merupakan suatu mekanisme proteksi bagi tubuh, timbul ketika jaringan sedang rusak, dan menyebabkan individu tersebut bereaksi untuk menghilangkan rasa nyeri.

Badan kesehatan dunia (*World Health Organization*)WHO 2013, mengadakan tinjauan terhadap beberapa Negara di dunia dan mendapatkan hasil persentase dari angka kejadian gastritis di dunia, diantaranya Inggris 22%, China 31%, Jepang 14,5%, Kanada 35%, dan Prancis 29,5%. Di dunia, insiden gastritis sekitar 1,821 juta dari jumlah penduduk setiap tahun. Insiden terjadinya gastritis di Asia Tenggara sekitar 583.635 dari jumlah penduduk setiap tahunnya. Prevalensi gastritis yang dikonfirmasi melalui endoskopi pada populasi di Shanghai sekitar 17,2% yang secara substantial lebih tinggi dari pada populasi di barat yang berkisar 4,1% dan bersifat asimtomatik.

Menurut World Health Organization (WHO) angka kematian di dunia akibat kejadian gastritis di rawat inap yaitu 17-21% dari kasus yang ada pada tahun 2012. Di Amerika, kejadian gastritis dikatakan sekitar 22% dari seluruh populasi dengan insiden 1,1 kasus per 1000 penduduk per tahun.

Pada tahun 2013 penyakit gastritis menempati urutan ke-4 dari 50 peringkat utama penyakit dirumah sakit seluruh Indonesia dengan jumlah kasus 218.500 kasus. (Depkes RI, 2013). Di medan angka kejadian infeksi cukup tinggi sebesar 91,6%, dan berdasarkan penelitian angka rata-rata kejadian sakit lambung dirumah sakit cipto mangunkusumo (RSCM) .

Profil Dinas Kesehatan Kota Kendari pada tahun 2013 gastritis merupakan 10 besar penyakit dengan posisi peringkat ke 5 pasien rawat inap dan posisi ke 6 rawat jalan di rumah sakit. Rata-rata pasien yang datang di unit pelayanan kesehatan baik di Puskesmas maupun rumah sakit mengalami keluhan yang berhubungan dengan Nyeri ulu hati.

Data dari RSUD Sulawesi Tenggara tahun 2012 tercatat 22.785 kasus gastritis di Puskesmas seProvinsi Sulawesi Tenggara, sedangkan tahun 2013 tercatat sebanyak 29.292 pasien gastritis yang mendatangi Puskesmas untuk melakukan pengobatan.

Laporan data kesakitan Dinas Kesehatan Kota Kendari tahun 2012, menunjukkan jumlah kasus gastritis mencapai 6.939 jumlah kasus, pada tahun 2013 tercatat sebanyak 7.446 jumlah kasus, dan pada tahun 2014 tercatat sebanyak 6.321 jumlah kasus.

Data terakhir menunjukkan bahwa penyakit gastritis tidak masuk dalam daftar 10 besar penyakit di Sulawesi Tenggara, namun demikian penyakit ini merupakan penyakit yang hampir semua masyarakat pernah merasakan.

Penderita Gastritis RSAD.Dr.R Ismoyo berdasarkan data pasien rawat inap pada tahun 2015 dari bulan Januari sampai Desember sebanyak 148 kasus/pasien , pada tahun 2016 dari bulan Januari sampai Desember berjumlah 200 kasus/pasien, dan pada tahun 2017 dari bulan Januari sampai Desember berjumlah 94 kasus/pasien.

pertimbangan diatas penulis tertarik membuat laporan proposal studi kasus berjudul **“Studi Asuhan Keperawatan Pada Pasien Gastritis dalam Pemenuhan kebutuhan Rasa Nyaman (Nyeri) di Ruang Perawatan RSAD.Dr.R Ismoyo”**.

B. Rumusan Masalah

Uraian latar belakang diatas, maka rumusan masalah dalam studi kasus ini adalah “ bagaimana asuhan keperawatan pada pasien Gastritis dalam pemenuhan kebutuhan rasa Nyaman di ruang perawatan RSAD.Dr.R Ismoyo”?

C. Tujuan Studi Kasus

1. Tujuan umum

Menggambarkan proses asuhan keperawatan pada pasien Gastritis dalam pemenuhan kebutuhan rasa nyaman di ruang perawatan RSAD.Dr R Ismoyo

2. Tujuan khusus

- a. Penulis mampu melakukan pengkajian pada pasien Gastritis dalam pemenuhan kebutuhan rasa nyaman.
- b. Penulis mampu menegakan diagnosa keperawatan pada pasien Gastritis dalam pemenuhan kebutuhan rasa nyaman.
- c. Penulis mampu menentukan rencana keperawatan pada pasien Gastritis dalam pemenuhan kebutuhan rasa nyaman.
- d. Penulis mampu melakukan implementasi pada pasien Gastritis dalam pemenuhan kebutuhan rasa nyaman.
- e. Penulis mampu melakukan evaluasi pada pasien Gastritis dalam pemenuhan kebutuhan rasa nyaman.

D. Manfaat Studi Kasus

Studi kasus ini diharapkan dapat memberi manfaat bagi:

1. Bagi Masyarakat/pasien

Dapat menambah wawasan dan meningkatkan pengetahuan tentang penyakit Gastritis dalam pemenuhan kebutuhan rasa nyaman.

2. Bagi Pengembang Ilmu dan Teknologi Keperawatan

Dapat menambah keluasan ilmu dan teknologi terhadap bidang keperawatan dalam pemenuhan kebutuhan rasa nyaman pada pasien dengan penyakit Gastritis.

3. Bagi Penulis

Sebagai tambahan pengetahuan dan pengalaman tersendiri bagi penulis dalam mengaplikasikan hasil riset keperawatan khususnya studi kasus tentang pemenuhan kebutuhan rasa nyaman pada pasien Gastritis.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori Gastritis

1. Definisi

Gastritis merupakan suatu keadaan peradangan atau perdarahan mukosa lambung yang dapat bersifat akut, kronis, difus, atau lokal. Dua jenis gastritis yang sering terjadi adalah gastritis superfical akut dan gastritis atrofik kronis. (Pricce dan Wilson, 2006)

2. Etiologi

Gastritis disebabkan oleh infeksi kuman *helicobacter pylori* dan pada awal infeksi mukosa lambung menunjukkan respons inflamasi akut dan jika diabaikan akan menjadi kronik (Sudoyo Aru, dkk 2009)

Klasifikasi gastritis: (Wim de jong et al. 2005)

a. Gastritis akut

- 1) Gastritis akut tanpa perdarahan
- 2) Gastritis akut dengan perdarahan (gastritis hemoragik atau gastritis erosiva)

Gastritis akut berasal dari makanan terlalu banyak atau terlalu cepat, makan- makanan yang terlalu berbumbu atau yang mengandung mikroorganisme penyebab penyakit, iritasi bahan semacam alcohol, aspirin, NSAID, isol, serta bahan korosif lain, refluks empedu atau cairan pankreas.

b. Gastritis kronik

Inflamasi lambung yang lama dapat disebabkan oleh ulkus beningna atau maligna dari lambung, atau oleh bakteri *helicobacter pylori*(*H.pylori*).

c. Gastritis bacterial

Gastritis bacterial yang disebut juga gastritis infektiosa, disebabkan oleh refluks dari duodenum.

3. Manifestasi klinis

- a. Gastritis akut: nyeri epigastrium, mual, muntah, dan perdarahan terselubung maupun nyata. Dengan endoskopi terlihat mukosa lambung hyperemia dan udem, mungkin juga ditemukan erosi dan perdarahan aktif.
- b. Gastritis kronik: kebanyakan gastritis asimptomatik, keluhan lebih berkaitan dengan komplikasi gastritis atrofik, seperti tukak lambung, defisiensi zat besi, anemia pernisiiosa dan karsinoma lambung. (Wim de jong)

4. Pemeriksaan penunjang

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

- b. Pemeriksaan pernapasan. Tes ini dapat menentukan apakah pasien terinfeksi oleh bakteri *H. pylori* atau tidak.
- c. Pemeriksaan feces. Tes ini memeriksa apakah terdapat *H. pylori* dalam feces atau tidak. Hasil yang positif dapat mengindikasikan terjadinya infeksi.
- d. Pemeriksaan endoskopi saluran cerna bagian atas. Dengan tes ini dapat terlihat adanya ketidaknormalan pada saluran cerna bagian atas yang mungkin tidak terlihat dari sinar-X.
- e. Ronsen saluran cerna bagian atas. Tes ini akan melihat adanya tanda-tanda gastritis atau penyakit pencernaan lainnya. Biasanya akan diminta menelan cairan berium terlebih dahulu sebelum dilakukan ronsen. Cairan ini akan melapisi saluran cerna dan akan terlihat lebih jelas ketika di ronsen.

5. Patofisiologi

Obat-obatan, alkohol, garam empedu, zat iritan lainnya dapat merusak mukosa lambung (gastritis erosif). Mukosa lambung berperan penting dalam melindungi lambung dari autodigesti oleh HCL dan pepsin. Bila mukosa lambung rusak maka terjadi difusi HCL ke mukosa dan HCL akan merusak mukosa. Kehadiran HCL di mukosa lambung menstimulasi perubahan pepsinogen menjadi pepsin. Pepsin merangsang pelepasan histamine dari sel mast. Histamin akan menyebabkan peningkatan permeabilitas kapiler sehingga terjadi perpindahan cairan dari intrasel ke ekstrasel dan menyebabkan edema dan kerusakan kapiler

sehingga timbul perdarahan pada lambung. Biasanya lambung dapat melakukan regenerasi mukosa oleh karena itu gangguan tersebut menghilang dengan sendirinya.

Namun bila lambung sering terpapar dengan zat iritan maka inflamasi akan terjadi terus menerus. Jaringan yang meradang akan di isi oleh jaringan fibrin sehingga lapisan mukosa lambung dapat hilang dan terjadi atrofi sel mukosa lambung. Faktor intrinsik yang dihasilkan oleh sel mukosa lambung akan menurun atau hilang sehingga colamin (vitamin B12) tidak dapat diserap di usus halus. Sementara vitamin B12 ini berperan penting dalam pertumbuhan dan maturasi sel darah merah. Pada akhirnya klien gastritis dapat mengalami anemia. Selain itu dinding lambung menipis rentan terhadap perforasi lambung dan perdarahan.

6. Penatalaksanaan

a. Gastritis akut

Faktor utama 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 sifoprotektor berupa sukralfat dan prostaglandin.

Penatalaksanaan sebaiknya meliputi pencegahan terhadap setiap pasien dengan resiko tinggi, pengobatan terhadap penyakit

yang mendasari dan menghentikan obat yang dapat menjadi penyebab, serta dengan pengobatan suportif.

Pencegahan dapat dilakukan dengan pemberian antasida dan antagonis H₂ sehingga mencapai PH lambung 4. Meskipun hasilnya masi jadi perdebatan, tetapi pada umumnya tetap dianjurkan. Pencegahan ini terutama bagi pasien yang menderita penyakit dengan keadaan klinis yang berat. Untuk pengguna aspirin atau anti inflamasi nonsteroid pencegahan yang terbaik adalah dengan *misaprostol* atau *Derivat Prostaglandin*.

Penatalaksanaan medikal untuk gastritis akut dilakukan dengan menghindari alkohol dan makanan sampai gejala berkurang. Bila gejala menetap, diperlukan cairan intravena. Bila terdapat perdarahan, penatalaksanaan serupa dengan pada hemoragi saluran gastrointestinal atas. Bila gastritis terjadi karena alkali kuat, gunakan jus karena adanya bahaya *perforasi*.

b. gastritis kronis

Faktor utama ditandai oleh kondisi progresif epitel kelenjar disertai sel parietal dan *chief cell*. Dinding lambung menjadi tipis dan mukosa mempunyai permukaan yang rata, gastritis kronis ini digolongkan menjadi dua kategori tipe A (*Altrofik* atau *fundal*) dari tipe B (*Antral*).

Gastritis kronis tipe A disebut juga gastritis altrofik atau fundal, karena gastritis terjadi pada bagian fundus lambung. Gastritis kronis

tipe A merupakan suatu penyakit autoimun yang disebabkan oleh adanya autoantibodi terhadap sel parietal kelenjar lambung dan faktor intrinsik. Tidak adanya sel parietal dan *chief cell* dapat menurunkan sekresi asam dan menyebabkan tingginya kadar gastrin.

Gastritis kronis tipe B disebut juga sebagai gastritis antral karena umumnya mengenai daerah atrium lambung dan lebih sering terjadi dibandingkan dengan gastritis kronis tipe A. Penyebab utama gastritis tipe B adalah infeksi kronis oleh *Helicobacter pylori*. faktor etiologi gastritis kronis lainnya adalah asupan alkohol yang berlebihan, merokok, dan refluks yang dapat mencetuskan terjadinya ulkus peptikum dan karsinoma.

Pengobatan gastritis kronis bervariasi, tergantung pada penyakit yang dicurigai. Bila terdapat *ulkus duodenum*, dapat diberikan antibiotik untuk membatasi *Helicobacter pylori*. Namun demikian lesi tidak selalu muncul dengan gastritis kronis. Alkohol dan obat yang diketahui mengiritasi lambung harus dihindari. Bila terjadi anemia defisiensi besi (yang disebabkan oleh perdarahan kronis), maka penyakit ini harus diobati. Pada anemia pernisiiosa harus diberi pengobatan vitamin B12 dan terapi yang sesuai. Gastritis kronis diatasi dengan memodifikasi diet dan meningkatkan istirahat serta memulai farmakoterapi. *Helicobacter pylori* dapat diatasi dengan antibiotik (seperti *Tetrasiklin* atau *amoxicillin*) dan garam bismuth

(*pepto bismol*). Pasien dengan gastritis tipe A biasanya mengalami malabsorpsi vitamin B12.

7. Masalah yang lazim muncul

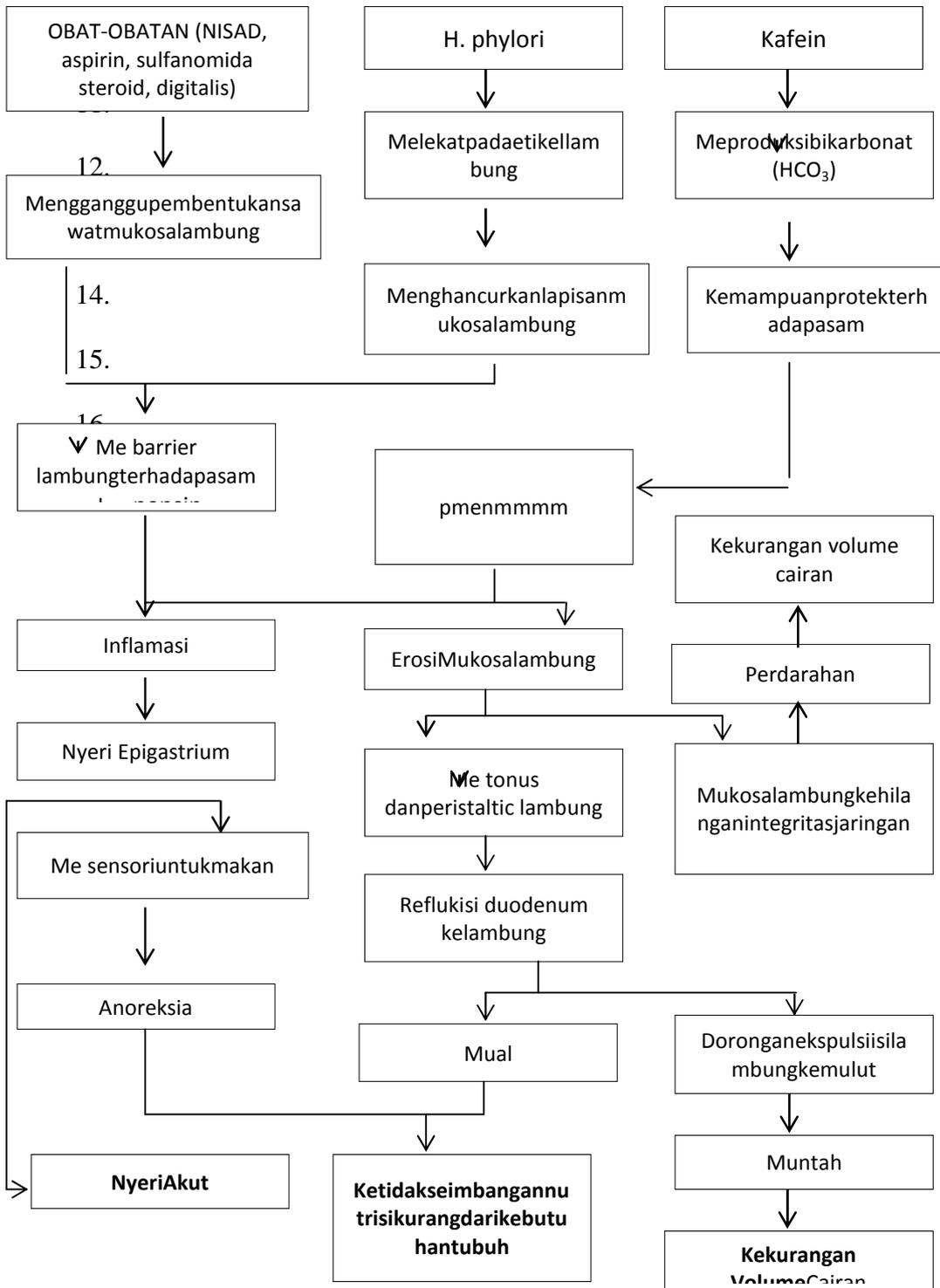
- a. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan masukan nutrient yang tidak adekuat.
- b. Kurangnya volume cairan berhubungan dengan masukan cairan tidak cukup dan kehilangan cairan berlebihan karena muntah.
- c. Nyeri akut berhubungan dengan mukosa lambung teriritasi
- d. Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan penatalaksanaan diet dan proses penyakit

8. Discharge planning

- a. Hindari minuman alkohol karena dapat mengiritasi lambung sehingga terjadi inflamasi dan perdarahan
- b. Hindari merokok karena dapat mengganggu lapisan dinding lambung sehingga lambung lebih mudah mengalami gastritis dan tukak/ulkus. Dan rokok dapat meningkatkan asam lambung dan memperlambat penyembuhan tukak.
- c. Atasi stress sebaik mungkin
- d. Makan makanan yang kaya akan buah dan sayur, namun hindari sayur dan buah yang sifat asam (misal: jeruk, lemon, grapefruit, nanas, tomato)
- e. Jangan berbaring setelah makan untuk menghindari refluks (aliran balik) asam lambung

- f. Berolahraga secara teratur untuk membantu mempercepat aliran makanan melalui usus
- g. Bila perut mudah mengalami kembung (banyak gas) untuk sementara waktu kurangi konsumsi makanan tinggi serat
- h. Makan dalam porsi sedang (tidak banyak) tetapi sering, berupa makanan lunak dan rendah lemak. Makanlah secara perlahan dan rileks.

9. Pathway



10. Anatomi Fisiologi Sistem Pencernaan

Sistem pencernaan terdiri dari beberapa bagian yaitu:

a. Oris (Mulut)

Mulut terdiri dari : bibir, lingua/lidah, dentis/gigi dan kelenjar ludah. Sekresi mulut berfungsi untuk meningkatkan pencernaan zat tepung, mengatur pemasukan cairan, merangsang nafsu makan dengan cara melarutkan bahan makanan sehingga kontak dengan bintik-bintik rasa dan melicinkan makanan sehingga mudah ditelan.

1. Dentis (gigi)

Gigi dewasa (gigi sekunder) terdapat 32 buah sedangkan gigi primer / atau gigi susu pada anak-anak terdapat 20 buah. Pada umumnya gigi susu mulai tanggal (lepas) dan diganti gigi sekunder sekitar 6-7 tahun dan selesai umur 12 tahun. Gigi terdiri dari:

- a) Gigi seri yang berfungsi untuk memotong makanan.
- b) Gigi taring berfungsi untuk memutuskan makanan yang keras.
- c) Gigi geraham terdiri dari premolar (berakar 2) dan molar (berakar 3) untuk menggiling makanan.

2. Lingua (Lidah)

Lidah tersusun oleh otot-otot serat lintang dan dilapisi oleh selaput lendir. Otot lidah dapat digerakkan ke seluruh arah.

Lidah tersusun oleh 3 komponen yaitu :

- a) Radiks lingua (pangkal lidah), pada bagian belakang pangkal lidah terdapat epiglotis yang berfungsi menutup trakhea sewaktu menelan makanan agar tidak terjadi aspirasi makanan ke bronkhus.
- b) Dorsum lingua (ujung lidah), pada punggung lidah terdapat ujung saraf pengecap.
- c) Apeks lingua (ujung lidah) yang terdiri dari: frenulum lingua dan flika sublingua (terdapat saluran glandula parotis, sub maksilaris dan glandula sublingualis).

3. Saliva (kelenjar ludah)

Fungsi saliva adalah melarutkan makanan secara kimiawi, melembabkan dan melumasi makanan, mengurai polisakarida dan maltosa menjadi disakarida, mengeksresi asam urat dan urea, membersihkan rongga oral dan membantu memelihara kesehatan mulut (zat anti bakteri dan antibody).

a. Faring

Faring merupakan organ yang menghubungkan rongga mulut dengan kerongkongan (esofagus) dan merupakan peralihan rongga mulut dan sistem pernafasan serta sistem pencernaan. Dalam faring terdapat *sfincter pharingsofageal* yang berfungsi mencegah makanan dari esofagus masuk kefaring. Pada faring juga terdapat tekak yang terdiri dari:

- 1) Bagian superior disebut nasofaring bermuara tuba yang menghubungkan tekak dengan ruang telinga.
- 2) Bagian media disebut laringofaring yang berbatas ke depan sampai di akar lidah.
- 3) Bagian inferior disebut laringofaring yang menghubungkan ofaring dan laring .

Lapisan dinding faring terdiri dari 3 bagian yaitu :

- 1) Lapisan mukosa: terletak paling dalam bersambung dengan lapisan dalam hidung, mulut dan saluran eustachius.
- 2) Lapisan fibrosa: terletak antara lapisan mukosa dan lapisan berotot.
- 3) Lapisan berotot: otot pada faring adalah otot konstriktor yang berkontraksi sewaktu makanan masuk ke faring dan mendorongnya ke dalam esofagus.

b. Esofagus (Kerongkongan)

Esofagus adalah saluran yang menghubungkan tekak dengan lambung. Panjangnya \pm 25 cm dengan diameter 1 inchi. Terletak di bagian posterior jantung dan trakhea, anterior vertebrae dan menembus hiatus hernia tepat di anterior aorta. Lapisan esofagus terdiri dari lapisan selaput lendir atau mukosa, lapisan submukosa dan lapisan otot (muskularis). Lapisan otot terbagi 2 yaitu lapisan otot

melingkar sirkuler (untuk meremas makanan) dan lapisan otot memanjang longitudinal (untuk mendorong makanan). Fungsi esofagus adalah menggerakkan makanan dari faring ke lambung melalui gerakan peristaltik. Mukosa esofagus memproduksi sejumlah besar mukus untuk melumasi makanan dan melindungi esofagus.

c. Gaster (Lambung)

Lambung terletak dibagian superior kiri rongga abdomen, terletak obliq dari kiri ke kanan di bawah diafragma, berbentuk tabung seperti huruf J dengan kapasitas normal 2 liter. Secara anatomis, lambung terdiri dari fundus, korpus, antrum pilorikum (pylorus), kurvatura mayor, kurvatura minor, sfingter cardia (mengalirkan makanan masuk ke lambung dan mencegah refluks isi lambung masuk ke esofagus), kardia, dan sfingter pylorus (mencegah aliran balik isi duodenum ke lambung). Struktur lambung memiliki lapisan-lapisan. Susunan lapisan dari dalam ke luar, terdiri dari:

- 1) Tunika serosa (luar) merupakan bagian dari peritoneum viseralis.
- 2) Tunika mukosa, terdiri dari 3 lapis otot polos yaitu lapisan longitudinal (bagian luar), lapisan sirkuler (bagian tengah) dan lapisan obliq (bagian dalam).

Lapisan yang beragam ini memungkinkan makanan dipecah menjadi partikel yang lebih kecil, mengaduk, mencampur dan mengalirkan makanan masuk ke duodenum.

3) Sub mukosa, merupakan lapisan yang menghubungkan mukosa dengan lapisan mukularis mengandung jaringan areola longgar, flekus saraf, pembuluh darah dan saluran limfe.

4) Mukosa (lapisan dalam) terdiri dari rugae yang berlipat-lipat sehingga lambung dapat berdistensi.

Terdapat tiga kelenjar yaitu:

a) Kelenjar kardial berfungsi mensekresi mucus.

b) Kelenjar fundus memiliki sel utama yaitu sel zimogenik (sel chief) mensekresi pepsinogen menjadi pepsin, sel parietal mensekresi HCL dan faktor intrinsik (berfungsi dalam absorpsi vitamin B12 di usus halus) dan mensekresi mucus.

c) Kelenjar gastrik, terdapat sel G yang terdapat di daerah pylorus. Sel G memproduksi HCL, pepsinogen dan substansi lain yang disekresi adalah enzim, elektrolit, (ion Na, kalium dan klorida).

Fungsi lambung adalah sebagai berikut :

1. Menampung makanan, menghancurkan, menghaluskan makanan dengan gerakan peristaltik lambung dan getah lambung dan mengosongkan lambung.
2. Menghasilkan getah cerna lambung yang mengandung pepsin (berfungsi memecah albumin dan pepton menjadi asam amino), HCL berfungsi mengasamkan makanan, anti septik dan desinfektan, dan merubah pepsinogen menjadi pepsin serta merangsang pengeluaran empedu di usus dan mengatur katub sfingter pilorus.
3. Memproduksi rennin.
4. Mensintesis dan mensekresi gastrin
5. Mensekresi bikarbonat yang bersama-sama mukus melindungi dinding lambung terhadap autodigesti oleh pepsin dan asam lambung.

d. *Intestine Tenue* (Usus halus)

Usus halus merupakan saluran yang terlipat lipatan, terletak di daerah umbilikus dengan diameter $\pm 2,5$ cm dan panjang 3-5 m. Berdasarkan fungsinya usus halus, dibagi menjadi:

- 1) Duodenum: panjangnya $\frac{1}{4}$ m, padanya bermuara saluran empedu, saluran pankreas (hepatopankreatika), kelenjar brunner (mengeluarkan sekret alkali) yang

memungkinkan terjadinya proses pencernaan secara kimiawi, memiliki pH usus 9.

- 2) Jejunum panjangnya 7 m.
- 3) Ileum panjangnya 1 m.

Lapisan dinding usus terdiri dari:

1. Lapisan luar: tersusun oleh membran serosa yang merupakan lapisan peritoneum yang terdiri dari lapisan visceral dan parietal.
2. Lapisan berotot: terdiri dari 2 lapis serabut, lapisan luar terdiri atas serabut longitudinal dan dibawahnya terdapat lapisan tebal terdiri dari serabut sirkuler.
3. Mukosa bagian dalam tebal serta banyak mengandung pembuluh darah dan kelenjar.
4. Dinding submukosa: terdapat otot sirkuler dan lapisan yang terdalam yang merupakan perbatasannya.

e. *Intestinum Crasum* (Usus besar)

Usus besar terdiri dari caecum (2-3 inchi pertama colon), colon (asenden, transversum, desenden, sigmoid) rectum (sfingter ani). Fungsi usus besar yaitu mengabsorpsi air dan elektrolit dari kimus tempat terjadinya proses pembusukan, tempat pembentukan vitamin K. Terdapat spingter ileosekal yang membatasi usus halus dan usus besar yang berfungsi

untuk menjaga makanan yang sudah masuk ke dalam usus besar.

Pergerakan usus besar meliputi:

- 1) Gerakan haustrasi/ mencampur. Pergerakan lambat seperti diaduk dan diputar, sehingga semua bahan feses secara bertahap bersentuhan dengan permukaan usus.
- 2) Gerakan massa/ mass movement. Gerakan mendorong, menetap (10-30 menit).

Faktor yang mempengaruhi gerakan usus besar yaitu:

- 1) Refleks *gastrokolik/duodenokolik* yang disebabkan oleh peregangan lambung dan duodenum melalui saraf parasimpatis dan kemudian kesaraf vagus.
- 2) Iritasi/ infeksi colon.
- 3) Distensi colon.
- 4) Hormon gastrin.

f. Rektum

Panjangnya 10-13 cm. Tersusun oleh sfingter ani internus dan sfingter ani eksternus (otot sadar) serta pleksus hemorroidalis (anyaman pembuluh darah). Rektum dapat berkontraksi yang aktivitasnya dapat menimbulkan terjadinya defekasi, yaitu proses pengeluaran zat-zat sisa hasil pencernaan makanan melalui anus. Panjang rektum bervariasi menurut umur:

- 1) Infant: 2,48 cm.
- 2) Toddler: 4 cm.
- 3) Prasekolah: 7,6 cm.
- 4) Sekolah: 10 cm.

Pada rektum terdapat 3 lapisan jaringan yang bentuknya saling berseberangan terhadap rektum dan beberapa lipatan letaknya vertikal. Setiap lipatan yang vertikal terdiri dari sebuah vena dan arteri. Diduga bahwa lipatan-lipatan ini membantu pergerakan feses pada rektum. (Suratum dan Lusiana, 2010)

B. Konsep Dasar Kebutuhan Rasa Nyaman(Nyeri)

1. Definisi nyeri

McCaffery (1980) menyatakan bahwa nyeri adalah segala sesuatu yang dikatakan seseorang tentang nyeri tersebut dan terjadi kapan saja saat seseorang mengatakan merasakan nyeri. Definisi ini menempatkan seorang pasien sebagai expert (ahli) di bidang nyeri, karena hanya pasienlah yang tau tentang nyeri yang ia rasakan. Bahkan nyeri adalah sesuatu yang sangat subjektif , tidak ada ukuran yang objektif padanya, sehingga hanyalah orang yang merasakannya yang paling akurat dan tepat dalam mendefinisikan nyeri (Sigit nian prasetio, 2010).

2. Fisiologi Nyeri

a. stimulus

Nyeri selalu dikaitkan dengan adanya stimulus (rangsangan nyeri) dan reseptor. Reseptor yang dimaksud adalah *nosisepor*, yaitu ujung-ujung saraf bebas pada kulit yang berespon terhadap stimulus yang kuat. Munculnya nyeri dimulai dengan adanya stimulus nyeri. stimulus-stimulus tersebut dapat berupa biologis, zat kimia, panas, listrik serta mekanik.

b. Reseptor Nyeri

Reseptor merupakan sel-sel khusus yang mendeteksi perubahan-perubahan partikular disekitarnya, kaitannya dengan proses terjadinya nyeri maka reseptor-reseptor inilah yang menangkap stimulus-stimulus nyeri.

c. Pathways Nyeri

Untuk lebih mudah memahami proses terjadinya nyeri, dibutuhkan pengetahuan yang baik tentang anatomi fisiologi sistem persyarafan. Rangkaian proses terjadinya nyeri diawali dengan tahap *transduksi*, dimana hal ini terjadi ketika nosisepor yang terletak pada bagian perifer tubuh distimulasi oleh berbagai stimulus, seperti faktor biologis, mekanis, listrik, thermal, radiasi dan lain-lain sebagaimana telah disebutkan pada tabel 1. Serabut saraf tertentu bereaksi atas stimulus tertentu, sebagaimana juga telah disebutkan dalam klasifikasi reseptor sebelumnya.

Fast pain dicetuskan oleh reseptor tipe mekanisme atau termal (yaitu **serabut saraf A-Delta**), sedangkan *slow pain* (nyeri lambat) biasanya dicetuskan oleh **serabut saraf C**). Serabut saraf A-Delta mempunyai karakteristik menghantarkan nyeri dengan cepat serta bermielinasi, dan serabut saraf C yang tidak bermielinasi, berukuran sangat kecil dan bersifat lambat dalam menghantarkan nyeri. Serabut A mengirim sensasi yang tajam, terlokalisasi, dan jelas dalam melokalisasi sumber nyeri dan mendeteksi intensitas nyeri. Serabut C menyampaikan impuls yang tidak terlokalisasi (bersifat difusi), viseral dan terus menerus. Sebagai contoh mekanisme kerja serabut A-Delta dan serabut C dalam suatu trauma adalah ketika seseorang menginjak paku, sesaat setelah kejadian orang tersebut dalam waktu kurang dari 1 detik akan merasakan nyeri yang terlokalisasi dan tajam, yang merupakan transmisi dari serabut A. Dalam beberapa detik selanjutnya, nyeri menyebar sampai seluruh kaki terasa sakit karena persarafan serabut C.

Tahap selanjutnya adalah *transmisi*, dimana impuls nyeri kemudian ditransmisikan serabut afferen (A-delta dan C) ke medulla spinalis melalui dorsal horn, di mana disini impuls akan bersinapsis di substansia gelatinosa (lamina II dan III). Impuls kemudian menyeberang keatas melewati traktus spinothalamus anterior dan lateral. Beberapa impuls yang melewati traktus spinothalamus lateral diteruskan langsung ke thalamus tanpa singga di formatio retikularis

membawa impuls *fast pain*. di bagian thalamus dan korteks serebri inilah individu kemudian dapat mempersepsikan, menggambarkan, melokalisasi, menginterpretasikan dan mulai berespon terhadap nyeri.

Beberapa impuls nyeri ditransmisikan melalui traktus paleospinothalamus pada bagian tengah medulla spinalis. Impuls ini memasuki formatio retikularis dan sistem limbik yang mengatur perilaku emosi dan kognitif, serta integrasi dari sistem saraf otonom. *Slow pain* yang terjadi akan membangkitkan emosi, sehingga timbul respon terkejut, marah, cemas, tekanan darah meningkat, keluar keringat dingin dan jantung berdebar-debar

3. Klasifikasi Nyeri

Nyeri secara umum dibagi dua yaitu, nyeri akut dan nyeri kronik

a. Nyeri akut

Nyeri ini biasanya berlangsung tidak lebih dari enam bulannyeri akut ditandai dengan peningkatan tegangan otot dan kecemasan yang keduanya meningkatkan persepsi nyeri

b. Nyeri kronis

Nyeri ini berlangsung lebih dari enam bulan. Sumber nyeri biasanya diketahui atau tidak. Nyeri cenderung hilang timbul dan biasanya tidak dapat disembuhkan.

Perbedaan nyeri akut dan nyeri kronis yaitu:

- a. Karakteristik nyeri akut tujuan: meringatkan klien terhadap adanya cedera /masalah, awitan: secara mendadak, durasi intensitas: yaitu

durasi singkat (dari beberapa detik sampai 6 bulan) ringan sampai berat, respon otonom: yaitu frekuensi jantung meningkat, volume sekuncup meningkat, tekanan darah meningkat, dilatasi pupil meningkat, tegangan otot meningkat, motilitas gastrointestinal menurun, aliran saliva menurun. respon fisiologi: yaitu ansietas. Respon fisik/perilaku: yaitu menangis/ mengerang, waspada, mengerutkan dahi, menyeringai, dan mengeluh sakit. Contoh: nyeri bedah trauma.

b. Karakteristik nyeri kronis tujuan: memberikan alasan pada klien untuk mencari informasi berkaitan dengan perawatan dirinya, awitan: terus menerus /intermittent, durasi intensitas: yaitu durasi lama (6 bulan/lebih) ringan sampai berat, respon otonom: yaitu tidak terdapat respon otonom vital sign dalam batas normal, respon psikologis: depresi keputusasaan mudah tersinggung/marah menarik diri, Respon fisik/perilaku: keterbatasan gerak, kelesuan, penurunan libido, kelelahan/kelemahan, mengeluh sakit hanya ketika dikaji/ditanyaka. Contoh: nyeri kanker, arthritis, euralgia terminal.

4. Faktor yang mempengaruhi persepsi dan reaksi terhadap nyeri

Faktor –faktor yang mempengaruhi persepsi dan reaksi terhadap nyeri :

a. Usia

Usia merupakan variabel yang penting dalam mempengaruhi nyeri pada individu. (Sigit nian prasetio,2010)

b. Jenis kelamin

Secara umum pada pria dan wanita tidak berbeda secara signifikan dalam berespon terhadap nyeri.hanya beberapa budaya yang menganggap bahwa seorang anak laki-laki harus lebih berani dan tidak boleh menangis dibandingkan anak perempuan dalam situasi yang sama ketika merasakan nyeri.

c. Kebudayaan

Perawat sering kali berasumsi bahwa cara berespon pada setiap individu daalm masalah nyeri adalah sama, sehingga mereka mencoba mengira bagaimana pasien berespon terhadap nyeri. sebagai contoh, apabila seorang perawat yakin bahwa menangis dan merintih mengindikasikan suatu ketidak mampuan dalam mengontrol nyeri, akibatnya pemberian therapi bisa jadi tidak cocok untuk klien berkebangsaan meksiko-amerika yang yang menangis keras tidak selalu mempersepsikan pengalaman nyeri sebagai sesuatu yang berat atau mengharapkan perawat melakukan intervensi (Calvillo dan flaskerud, 1991).

d. Makna nyeri

Makna nyeri pada seseorang mempengaruhi pengalaman nyeri dan cara seseorang beradaptasi terhadap nyeri.

e. Lokasi dan tingkat keparahan nyeri

Nyeri yang dirasakan bervariasi dalam intensitas dan tingkat keparahan pada masing-masing individu. Nyeri yang dirasakan mungkin terasa ringan, sedang atau bisa jadi merupakan nyeri yang berat. Dalam kaitannya dengan kualitas nyeri, masing-masing individu juga bervariasi, ada yang melaporkan nyeri seperti tertusuk, nyeri tumpul, berdenyut, terbakar dan lain-lain, sebagai contoh individu yang tertusuk jarum akan melaporkan nyeri yang berbeda dengan individu yang terkena luka bakar.

f. Perhatian

Tingkat perhatian seseorang terhadap nyeri akan mempengaruhi persepsi nyeri. Perhatian yang meningkat terhadap nyeri akan meningkatkan respon nyeri sedangkan upaya pengalihan (distraksi) dihubungkan dengan penurunan respon nyeri. Konsep inilah yang mendasari berbagai terapi untuk menghilangkan nyeri, seperti relaksasi, teknik imajinasi terbimbing (*guided imagery*), dan masase.

g. Ansietas (kecemasan)

Hubungan antara nyeri dan ansietas bersifat kompleks, ansietas yang dirasakan seseorang seringkali meningkatkan persepsi

nyeri, akan tetapi nyeri juga dapat menimbulkan perasaan ansietas. Sebagai contoh seseorang yang memerintah kanker kronis dan merasa takut akan kondisi penyakitnya akan semakin meningkatkan persepsi nyerinya.

h. Keletihan

Keletihan/kelelahan yang dirasakan seseorang akan meningkatkan sensasi nyeri dan menurunkan kemampuan coping individu

i. Pengalaman sebelumnya

Setiap individu belajar dari pengalaman nyeri, akan tetapi pengalaman yang telah dirasakan individu tersebut tidak berarti bahwa individu tersebut akan mudah dalam menghadapi nyeri pada masa yang mendatang.

C. Asuhan Keperawatan Pada Pasien Gastritis Dalam Kebutuhan Rasa Nyaman (nyeri)

1. Pengkajian

Pengkajian pada masalah nyeri (gangguan rasa nyaman) yang dapat dilakukan adalah adanya riwayat nyeri; keluhan nyeri seperti lokasi nyeri, intensitas nyeri, kualitas dan waktu serangan. Pengkajian dapat dilakukan dengan cara PQRST :

- a. P (*pemacu*), yaitu faktor yang mempengaruhi gawat atau ringannya nyeri.

- b. Q (*quality*) dari nyeri, seperti apakah rasa tajam, tumpul, atau tersayat.
- c. R (*region*), yaitu daerah perjalanan nyeri.
- d. S (*severity*) adalah keparahan atau intensitas nyeri.
- e. T (*time*) adalah lama / waktu serangan atau frekuensi nyeri.

Pengukuran nyeri dapat menggunakan beberapa skala, salah satu alat untuk mengukur tingkat keparahan nyeri yaitu skala *deskriptif* verbal yang lebih bersifat objektif. Skala ini merupakan sebuah garis yang didalamnya terdapat beberapa kalimat pendeskripsian yang tersusun dalam jarak yang sama sepanjang garis. Pada alat ukur ini, diurutkan dari tidak ada nyeri sampai nyeri paling hebat. Perawat meminta pada klien menunjukkan intensitas nyeri yang ia rasakan dengan menunjukkan skala tersebut.

Pengukuran yang kedua adalah skala *numerik*, yang digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsi kata. Dalam pengukuran ini, diberikan skala 0-10 untuk menggambarkan keparahan nyeri. Angka 0 berarti klien tidak merasakan nyeri, sedangkan angka 10 mengindikasikan nyeri paling hebat. Skala ini efektif digunakan sebelum dan sesudah dilakukan intervensi terapeutik. Pengukuran yang ketiga adalah Skala analog visual, ini merupakan alat pengukuran yang mewakili intensitas nyeri yang terus menerus yang berbentuk garis lurus serta memiliki alat pendeskripsi verbal disetiap ujungnya. Pada skala ini, memberikan kebebasan pada pasien untuk mengidentifikasi

tingkat keparahan nyeri yang di rasakan klien. Dalam pengukuran skala nyeri, yang harus diperhatikan perawat yaitu tidak boleh menggunakan skala tersebut sebagai perbandingan untuk membandingkan skala nyeri klien. Hal ini karena diakibatkan perbedaan ambang nyeri pada tiap-tiap individu. (Prasetyo, 2010).

Cara mengukur Intensitas Nyeri (Hayward, 2008):

Skala	Keterangan
0	Tidak Nyeri
1 -3	Nyeri Ringan
4-6	Nyeri Sedang
7-9	Sangat nyeri, tetapi masih dapat dikontrol dengan aktivitas yang biasa dilakukan
10	Sangat nyeri dan tidak bisa dikontrol

a. Pola kesehatan

1) Aktivitas / Istirahat

Gejala : kelemahan, kelelahan

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

2) Sirkulasi

Gejala : kelemahan, berkeringat

Tanda : hipotensi (termasuk postural), takikardia, distrimia (hipovolemia /hipoksemia), nadi perifer lemah, pengisian kapiler lambat /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, misalnya : gelisah, pucat, berkeringat, perhatian menyempit, gemetar, suara gemetar.

4) Eliminasi

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

Tanda:

- 1) Nyeri tekan abdomen,
- 2) distensil
- 3) bunyi usus: sering hiperaktif selama perdarahan, hipoaktif setelah perdarahan

4) karakteristik feses :diare, darah warna gelap, kecoklatan atau kadang-kadang merah cerah, berbusa, bau busuk (steatorea), konstipasi dapat terjadi (perubahan diet, penggunaan antasida).

5) Haluaran urine : menurun, pekat.

5) Makanan / Cairan

Gejala :

1) anoreksia: mual, muntah (muntah yang memanjang diduga obstruksi pilorik bagian luar sehubungan dengan luka duodenal)

2) masalah menelan : cegukan, nyeri ulu hati, sendawa bau asam, mual atau muntah.

Tanda : muntah dengan 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

Tanda : tingkat kesadaran dapat terganggu, rentang dari agak cenderung tidur, disorientasi / bingung, sampai pingsan dan koma (tergantung pada volume sirkulasi / oksigenasi)

7) Nyeri / kenyamanan

Gejala :

- 1) Nyeri, digambarkan sebagai tajam, dangkal, rasa terbakar, perih, nyeri hebat tiba-tiba dapat disertai perforasi . rasa ketidaknyamanan / distres samar-samar setelah makan banyak dan hilang dengan makan (gastritis akut).
- 2) Nyeri epigastrium kiri sampai tengah /atau menyebar ke punggung terjadi 1-2 jam setelah makan dan hilang dengan antasida (ulkus gaster).
- 3) 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).
- 4) Tak ada nyeri (varises esofegeal atau gastritis).
- 5) Faktor pencetus : makanan, rokok, alkohol, penggunaan obat-obatan tertentu (salsilat, 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 misal :ASA

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 : trauma kepala), flu usus, atau episode muntah berat. Masalah kesehatan yang lama misal : sirosis, alkoholisme, hepatitis, gangguan makan (Doengoes 1999)

2. Diagnosa Keperawatan

Nyeri akut berhubungan dengan mukosa lambung teriritasi

3. Intervensi dan Implementasi Keperawatan

Tabel 2.1. Intervensi dan Implementasi Keperawatan

No	Diagnosa	Tujuan dan kriteria hasil (NOC)	Intervensi (NIC)
1	Nyeri akut b.d mukosa lambung teriritasi	<ul style="list-style-type: none">❖ Pain Level❖ Pain control❖ Comfort level Kriteria Hasil: <ol style="list-style-type: none">1. Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri)2. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri3. Mampu mengenali nyeri	<ol style="list-style-type: none">1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan faktor presipitasi2. Ajarkan tentang tehnik nonfarmakologi3. Atur posisi pasien yang membuat nyaman4. Kolaborasi dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil5. Berikan Health Education

		(skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri) 4. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang	
--	--	---	--

Sumber: Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA (NIC- NOC) edisi revisi Jilid 2 (2015) hal. 306

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi terhadap masalah nyeri dilakukan dengan menilai kemampuan dalam merespon rangsangan nyeri, diantaranya hilangnya perasaan nyeri (0), menurunnya intensitas nyeri(1-3), adanya respons fisiologis yang baik, dan pasien mampu melakukan aktivitas sehari-hari tanpa keluhan nyeri. (Hidayat, A.A, 2009 : 218-222)

BAB III

METODE STUDI KASUS

A. Rancangan Studi Kasus

Desain yang di gunakan dalam penulisan ini adalah studi kasus dengan menggunakan metode *deskriptif* dengan tujuan utama untuk membuat gambaran tentang keadaan secara objektif dan menganalisis lebih mendalam tentang asuhan keperawatan pasien gastritis dalam pemenuhan kebutuhan rasa nyaman di ruang Perawatan RSAD. Dr. R. Ismoyo

B. Subyek Studi Kasus

1. Kriteria inklusi yaitu karakteristik umum subjek penelitian dari suatu populasi target yang terjangkau dan akan diteliti (Nursalam, 2015).

Kriteria Inklusi :

- a. Klien bersedia menjadi responden.
 - b. Klien Gastritis yang sudah kooperatif dan sudah bisa berkomunikasi verbal dengan cukup baik
 - c. Klien Gastritis dengan masalah pemenuhan kebutuhan rasa nyaman yang berada di Ruang Perawatan RSAD. DR. R. Ismoyo Kota Kendari
2. Kriteria eksklusi yaitu menghilangkan/mengeluarkan subjek yang memenuhi kriteria inklusi dari studi karena berbagai sebab (Nursalam,

2015). Kriteria eksklusi : Pasien yang mengalami cacat fisik yang dapat mengganggu proses studi kasus.

C. Fokus Studi

1. Gangguan kebutuhan rasa nyaman pada pasien gastritis
2. Penerapan prosedur teknik non farmakologi (teknik relaksasi napas dalam) pada pasien Gastritis

D. Definisi Operasional Fokus Studi

1. Gastritis akut, adalah peradangan pada mukosa lambung yang menyebabkan erosi dan perdarahan mukosa lambung dan setelah terpapar pada zat iritan.
2. Kebutuhan rasa nyaman (nyeri) adalah suatu keadaan telah terpenuhinya kebutuhan dasar manusia yaitu kebutuhan akan ketentraman (suatu kepuasan yang meningkatkan penamoiilan sehari-hari), kelegaan (kebutuhan telah terpenuhi), dan transenden (keadaan tentang sesuatu yang melebihi masalah dan nyeri).
3. Data pengkajian yang didapatkan dari RSAD. Dr. R. Ismoyo Kota Kendari di Ruang Mawar Kamar Kelas II. A pada klien Ny. W dengan hasil Data Subjektif : Klien mengatakan nyeri ulu hati. Data Objektif: Keadaan umum lemah, klien nampak meringis, klien terlihat gelisah, klien mual muntah, turgor kulit menurun, P (Paliatif): Nyeri dirasakan ketika telat makan, Q (Qualitatif): Seperti tertusuk-tusuk, R (Regio): Ulu hati, S (Severe): Skala sedang (4), T (Time): Hilang timbul. Tanda-Tanda

Vital : 100/60 mmHg, Nadi (N) : 80 x/menit, Suhu (S) : 37°C, Pernafasan (P): 20 x/menit.

4. Nyeri akut merupakan nyeri yang timbul secara mendadak dan cepat menghilang, yang tidak melebihi 6 bulan dan ditandai adanya peningkatan tegangan otot.
5. Teknik relaksasi merupakan intervensi keperawatan secara mandiri untuk menurunkan intensitas nyeri, meningkatkan ventilasi paru dan meningkatkan oksigen darah.
6. Latihan Napas Dalam adalah bernafas dengan perlahan dan menggunakan diafragma, sehingga memungkinkan abdomen terangkat perlahan dan dada mengembang penuh. Dengan kriteria hasil klien merasa nyaman, tenang, dan rileks.

E. Lokasi dan waktu studi

Penelitian Studi kasus dilaksanakan di Ruang Mawar RSAD. Dr. R. Ismoyo pada hari selasa, tanggal 24 Juli 2018

F. Metode pengumpulan data

1. Jenis Data

a. Data primer

Data Primer merupakan data yang diperoleh langsung dari subyek studi kasus berdasarkan format pengkajian asuhan keperawatan pemenuhan kebutuhan rasa nyaman pasien Gastritis. Data primer pada

penelitian ini di peroleh dari hasil observasi dan wawancara langsung dengan subjek penelitian.

b. Data sekunder

Data pasien Gastritis yang diperoleh di ruangan keperawatan RSAD. Dr. R. Ismoyo Kota Kendari

2. Metode pengumpulan data

Pengumpulan data dilakukan dengan cara anamnese, pemeriksaan fisik, observasi langsung, wawancara dan studi dokumentasi. Adapun langkah-langkah pengumpulan data yang dilakukan oleh peneliti adalah:

- a. Peneliti meminta surat pengantar pengambilan data awal dari instansi asal peneliti politeknik kesehatan kendari
- b. Peneliti mengambil data di RSAD. Dr. R. Ismoyo Kota Kendari
- c. Peneliti meminta surat izin penelitian dari badan LITBANG Sulawesi Tenggara
- d. Peneliti meminta surat rekomendasi dari RSAD. Dr. R. Ismoyo Kota Kendari

G. Analisis data dan penyajian data

a. Analisi data

Data yang ditemukan saat pengkajian dikelompokkan dan dianalisis berdasarkan data subjektif dan objektif, sehingga dapat dirumuskan diagnosa keperawatan, kemudian menyusun rencana keperawatan dan melakukan implementasi serta evaluasi keperawatan dengan cara dinarasikan. Analisis selanjutnya membandingkan asuhan

keperawatan yang telah dilakukan pada hasil awal dan akhir dengan teori dan penelitian terdahulu (Nursalam, 2015).

b. Penyajian Data

Data yang akan disajikan pada penelitian ini yakni secara tekstural atau narasi, disertai dengan cuplikan ungkapan verbal dan respon dari subjek studi kasus yang merupakan data pendukung dari penelitian.

H. Etika penelitian

Dalam melakukan studi kasus, penulis memandang perlu adanya rekomendasi pihak institusi atas pihak lain dengan mengajukan permohonan izin kepada instansi tempat studi kasus dalam hal ini RSAD. Dr R. Ismoyo. Setelah mendapat persetujuan barulah dilakukan penelitian dengan menekankan masalah etika penelitian yang meliputi:

1. *Informed consent* (lembar persetujuan menjadi responden)

Informed consent diberikan kepada responden yang akan diteliti disertai judul penelitian, apabila responden menerima atau menolak, maka peneliti harus mampu menerima keputusan responden.

2. *Anonymity* (tanpa nama)

Untuk menjaga kerahasiaan, peneliti tidak akan menyebutkan nama responden tetapi akan menggantinya menjadi inisial atau kode responden.

3. *Confidentiality* (kerahasiaan informasi)

Kerahasiaan informasi responden di jamin oleh peneliti dan hanya kelompok data tertentu saja yang dilaporkan sebagai hasil penelitian.

4. *Beneficiemci*

Penelitian melindungi subjek agar terhindar dari bahaya dan ketidaknyamanan fisik.

5. *Full disclosure*

Penelitian memberikan kepada responden untuk membuat keputusan secara suka rela tentang partisipasinya dalam penelitian ini dan keputusan tersebut tidak dapat di buat tanpa memberikan penjelasan selengkap-lengkapnyanya.

BAB IV

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Studi Kasus

1. Pengkajian

Pengkajian pada kasus ini diperoleh melalui observasi langsung, pemeriksaan fisik, menelaah catatan medik maupun catatan perawat yang dilakukan pada tanggal 24 Juli 2018 pukul 13:40 WITA dengan No. Rekam Medis 103-95-51, klien masuk RSAD. Dr. R. Ismoyo tanggal 24 Juli 2018, dari pengkajian tersebut didapatkan data melalui penjelasan berikut ini :

Nama klien Ny. W, berumur 65 tahun, suku bangsa muna, agama islam dan sudah menikah. Pekerjaan klien sehari-hari sebagai Ibu Rumah Tangga, pendidikan terakhir klien Tidak ada. Klien bertempat tinggal di Jl. DR. Sutomo, Kota Raha.

Klien masuk RSAD. Dr. R. Ismoyo Kota Kendari pada tanggal 24 juli 2018 dirawat di Ruang Mawar Kelas II.A. Keluhan utama yaitu klien mengatakan nyeri pada ulu hati yang di alami sejak satu hari yang lalu, kualitas nyeri seperti tertusuk-tusuk, gambaran skala nyeri 4(sedang), waktu terjadinya nyeri tidak menentu, faktor pencetus nyeri karena sering makan tidak teratur, Keluhan lainnya klien mengatakan pusing, mual muntah setiap kali makan.

Klien mengatakan ada riwayat penyakit maag, klien mengatakan juga tidak pernah di rawat di rumah sakit dan dirinya juga tidak alergi terhadap makanan maupun obat-obatan.

Hasil observasi dan pemeriksaan fisik yaitu keadaan umum (KU) klien lemah, tingkat kesadaran composmentis, dimana Tekanan Darah (TD) : 100/60 mmHg, Nadi (N) : 80x/menit, Suhu (S) : 37°C, Pernafasan (P): 20x/menit.

Pada pengkajian sistem pernafasan B1(*breathing*) didapatkan data bentuk dada simetris kiri dan kanan, tidak ada deviasi septum hidung, hasil auskultasi suara nafas bronki dan tidak ditemukan suara nafas tambahan.

Pengkajian sistem kardiovaskuler B2 (*bleeding*) yaitu saat dilakukan palpasi tidak ada nyeri tekan pada daerah dada, peneliti melakukan auskultasi suara jantung normal, akral teraba dingin, CRT > 3 detik.

Pengkajian sistem persyarafan B3 (*brain*) nilai *Glasgow coma scale* (GCS): 15 keadaan kepala dan wajah simetris, ekspresi wajah tampak lemah, sclera ikterus, pupil isokor kanan kiri, konjungtiva anemis, kelopak mata membuka dan menutup, keadaan telinga simetris, pendengaran kiri dan kanan normal, bibir tampak kering, tidak terdapat pembesaran tiroid pada leher, penciuman normal, Penglihatan kanan dan kiri agak rabun, perabaan panas, dingin, abdomen: bentuk simetris, datar,

adanya nyeri tekan pada abdomen (ulu hati), terdapat suara timpani, bising usus 8x/menit

Pengkajian system perkemihan B4 (*bledder*) produksi urin berwarna kekuningan dengan bau yang khas (amoniak), frekuensi berkemih 5-6 kali/hari, produksi urine setiap hari \pm 1500 cc.

Pengkajian system pencernaan B5 (*bowel*) hasil inspeksi pada mulut tidak ditemukan adanya tanda-tanda radang, tidak ada halositis, tidak ada stomatitis, dan tidak terdapat nyeri tekan pada tenggorokan, rektum normal, BAB \pm 10 kali/hari (tidak menentu) dengan konsistensi feses cair.

Pengkajian sistem muskuloskeletal B6 (*Bone*) Pada ekstremitas atas dan bawah normal.

Sedangkan pada pola aktivitas klien mengatakan pola makan sebelum sakit dengan porsi makan 1-2x/hari dengan porsi dihabiskan, jenis menu makan nasi, buah-buahan dan sayur, klien tidak mempunyai pantangan makanan, klien tidak mempunyai alergi terhadap makanan. Sedangkan pola makan saat sakit klien mengatakan pagi hanya makan bubur habis 1/4 porsi karena klien merasa mual setiap kali mau makan dan setelah makan pasien sering muntah.

Untuk pola minum klien sebelum sakit frekuensi klien minum 6-8 gelas/hari dihabiskan, jenis minuman klien air putih dan teh, minuman yang disukai air putih, minuman yang tidak disukai yaitu minuman beralkohol. Sedangkan pola minum saat sakit frekuensi minum klien 3-5

gelas/hari dihabiskan, jenis minuman air putih. Selama dirumah sakit klien mengatakan tidak pernah mandi.

Pola eliminasi BAK sebelum sakit frekuensi berkemih 2-6 x/hari, berwarna kekuningan, dan tidak ada kesulitan dalam berkemih. Sedangkan, pola eliminasi BAK selama sakit frekuensi berkemih 5-6 kali/hari, berwarna kekuningan dengan bau amoniak, dan tidak ada kesulitan dalam berkemih.

Pola eliminasi BAB sebelum sakit frekuensi BAB 1 kali/hari, konsistensi lunak, berwarna kuning, tidak ada masalah dalam BAB. Sedangkan, pola eliminasi BAB selama sakit frekuensi BAB \pm 10 kali/hari (tidak menentu), konsistensi cair, berwarna kuning, tidak ada masalah dalam BAB.

Pola istirahat dan aktivitas klien sebelum sakit untuk tidur siang dan tidur malam baik, sedangkan saat sakit, tidur siang dan tidur malam terganggu (\pm 3 - 4 jam) karena klien sering terbangun.

Pada interaksi sosial, klien sering dijaga oleh anaknya, selama sakit klien juga sering dibesuk oleh kerabat dan tetangga. Beberapa kali klien sering mengungkapkan keinginan untuk pulang kerumah, dan sering bertanya mengenai penyakit yang dialaminya. Klien nampak cemas dan berharap agar cepat sembuh dari penyakitnya, dan selama dirawat kegiatan beribadah tidak terlaksana.

Terapi/obat-obatan yang diberikan antara lain IVDF RL 20 tetes/menit, Pantoprazol 1 gr/12 jam, keterolac 30 mg/IV/ 12 jam.

a. Klasifikasi Data

Nama pasien : Ny. W
Umur : 65 Tahun
No. RM : 103-59-51

Tabel 4.1 Klasifikasi Data

No	Data	Masalah
1	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none">- Klien mengatakan nyeri pada uluh hati- Klien mengatakan pusing- Kien mengatakan mual muntah setiap kali makan <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none">- Keadaan umum lemah- Klien nampak meringis- Klien terlihat gelisah- Klien mual muntah- P (paliatif): Nyeri dirasakan ketika telat makan- Q (Qualitatif): Seperti tusuk-tusuk- R (Regio): Ulu hati- S (Severe): Skala sedang (4)- T (Time): Hilang timbul- Tanda-Tanda Vital:- TD: 100/60 mmHg- N : 80 x/menit- S : 37°C- P :20 x/menit	Nyeri akut

b. Analisa Data

Nama pasien : Ny. W
Umur : 65 Tahun
No. RM : 103-59-51

Tabel 4.2 Analisa Data

Symptom	Etiologi	Problem
<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan nyeri pada ulu hati - Klien mengatakan pusing - Klien mengatakan mual muntah setiap kali makan <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keadaan umum lemah - Klien nampak meringis - Klien terlihat gelisah - Klien mual muntah - P (paliatif): Nyeri dirasakan ketika telat makan - Q (Qualitatif): Seperti tusuk-tusuk - R (Regio): Ulu hati - S (Scale): Skala sedang (4) - T (Time): Hilang timbul - Tanda-Tanda Vital: - TD : 100/60 mmHg - N : 80 x/menit - S : 37°C - P: 20x/menit 	<p>Barrier lambung terhadap asam dan pepsin</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Menyebabkan difusi kembali asam lambung & pepsin</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Iflamasi</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Nyeri Epigastrium</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Nyeri Akut</p>	<p>Nyeri akut</p>

2. Diagnosa Keperawatan

a. Nyeri akut b.d mukosa lambung teriritasi

DS:

1. Klien mengatakan nyeri pada ulu hati

2. Klien mengatakan pusing
3. Klien mengatakan mual muntah setiap kali makan

DO:

1. Keadaan umum lemah
2. Klien nampak meringis
3. Klien terlihat gelisah
4. Klien nampak mual muntah

3. Intervensi Keperawatan

Nama pasien : Ny. W
 Umur : 65 Tahun
 No. RM : 103-59-51

Tabel 4.3. Intervensi Keperawatan

	Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil (NOC)	Intervensi (NIC)
	Nyeri akut Mukosa lambung Teriritasi	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Pain level ❖ Pain control ❖ Comfort level <p>Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri menggunakan teknik relaksasi napas dalam, mencari 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan faktor presipitasi 2. Ajarkan tentang tehnik nonfarmakologi 3. Atur posisi pasien yang Membuat nyaman 4. Kolaborasi dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan

		bantuan) 2. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri 3. Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri) 4. Mengatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang	nyeri tidak berhasil 5. Berikan Health Education
--	--	--	---

4. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Nama pasien : Ny. W

Umur : 65 Tahun

No. RM : 103-59-51

Tabel 4.4 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

No	Hari/Tanggal & Jam	Implementasi	Evaluasi	Paraf
1.	Selasa, 24 juli 2018 13.10	1. Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi dan faktor presipitasi Hasil: P: Nyeri dirasakan ketika klien telat makan	S: - pasien mengeluh nyeri uluhati O: - Ku. Lemah - Klien nampak meringis - Klien terlihat gelisah - Klien nampak	Sri mulyaningih

	<p>13. 40</p> <p>14.10</p> <p>14.40</p> <p>15.10</p>	<p>Q: Seperti tertusuk-tusuk R: Ulu hati S: Skala sedang (4) T: Hilang timbul</p> <p>2. Berkolaborasi dengan tim medis Jika ada keluhan dan tindakan mengatasi nyeri tidak berhasil. Hasil: Terpasang Ringer laktat 20 tetes/menit Pantoprazol 1 gr/12 jam Ketorolac 30 mg/IV /12 jam</p> <p>3. Mengatur posisi pasien yang membuat nyaman Hasil: Pasien diberi posisi semi fowler</p> <p>4. Memberikan Health Education Hasil: Pasien dan keluarga mengerti tentang penjelasan mengenai cara makan yang teratur</p> <p>5. Mengajarkan teknik non farmakologi (teknik napas dalam) Hasil: Pasien mengerti apa yang diajarkan oleh perawat dan pasien antusias untuk mempraktekkan</p>	<p>memegang perut sebelah kiri bagian atas</p> <ul style="list-style-type: none"> - P: nyeri dirasakan ketika telat makan - Q: Seperti tertusuk-tusuk - R: Ulu hati - S: Skala sedang (4) - T: Hilang timbul - TD: 100/60 mmHg - N : 80x/menit - S : 37°C - P: 20x/menit <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah belum teratasi <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi dilanjutkan 	
--	--	---	---	--

		teknik relaksasi napas dalam bersama keluarga		
2	Rabu 25 juli 2018 13.30	<p>1. Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi dan faktor presipitasi</p> <p>Hasil: P: Nyeri dirasakan ketika klien telat makan Q: Seperti tertusuk-tusuk R: Ulu hati S: Skala sedang (4) T: Hilang timbul</p> <p>2. Berkolaborasi dengan tim medis Jika ada keluhan dan tindakan mengatasi nyeri tidak berhasil.</p> <p>Hasil: Terpasang Ringer laktat 20 tetes/menit Pantoprazol 1 gr/12 jam Ketorolac 30 mg/IV /12 jam</p> <p>3. Mengatur posisi pasien yang membuat nyaman</p> <p>Hasil: Pasien diberi posisi semi fowler</p> <p>4. Memberikan Health Education</p> <p>Hasil: Pasien dan</p>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan masih nyeri ulu hati <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ku. Lemah - Klien nampak meringis - Klien terlihat gelisah - P: nyeri dirasakan ketika telat makan - Q: Seperti tertusuk-tusuk - R: Ulu hati - S: Skala sedang (4) - T: Hilang timbul - TD: 100/60 mmHg - N :84x/menit - S : 37°C - P : 22x/menit <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah belum teratasi <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi dilanjutkan 	Sri mulya ningsih
	14.00			
	14.20			
	14.30			
	14.45			

		<p>keluarga mengerti tentang penjelasan mengenai cara makan yang teratur</p> <p>5. Mengajarkan teknik non farmakologi (teknik napas dalam)</p> <p>Hasil: Pasien mengerti apa yang diajarkan oleh perawat dan pasien antusias untuk mempraktekkan teknik relaksasi napas dalam bersama keluarga</p>		
3	<p>Kamis 26 juli 2018</p> <p>14.00</p> <p>14.30</p> <p>14.40</p> <p>14.50</p>	<p>1. Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi dan faktor presipitasi</p> <p>Hasil: Pasien mengatakan nyeri ulu hati berkurang</p> <p>2. Berkolaborasi dengan tim medis Jika ada keluhan dan tindakan mengatasi nyeri tidak berhasil.</p> <p>Hasil: Terpasang Ringer laktat 20 tetes/menit Pantoprazol 1 gr/12 jam Ketorolac 30 mg/IV /12 jam</p>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan nyeri ulu hati berkurang <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ku. Lemah - Klien nampak sedikit rileks - Klien nampak tenang - P: nyeri dirasakan ketika telat makan - Q: Seperti tertusuk-tusuk - R: Ulu hati - S: Skala sedang (2) - T: Hilang timbul - TD: 100/80mmHg - N : 	<p>Sri mulya ningsih</p>

	15.20	<p>3. Mengatur posisi pasien yang membuat nyaman</p> <p>Hasil: Pasien diberi posisi semi fowler</p> <p>4. Memberikan Health Education</p> <p>Hasil: Pasian dan keluarga mengerti tentang penjelasan mengenai cara makan yang teratur</p> <p>5. Mengajarkan teknik non farmakologi (teknik napas dalam)</p> <p>Hasil: Pasien mengerti apa yang diajarkan oleh perawat dan pasien antusias untuk mempraktekkan teknik relaksasi napas dalam bersama keluarga</p>	<p>80x/menit</p> <ul style="list-style-type: none"> - S : 36°C - P: 20x/menit <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah sebagian teratasi <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi dilanjutkan 	
4	<p>Jum'at 27 juli 2018 14.00</p> <p>14.30</p>	<p>1. Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi dan faktor presipitasi</p> <p>Hasil: Klien mengatakan tidak nyeri pada ulu hati Skala nyeri: tidak ada (0)</p> <p>2. Berkolaborasi</p>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan sudah tidak merasakan nyeri pada ulu hati <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ku. Baik - Ekspresi wajah klien tampak rileks - Klien nampak tenang - TD: 100/80 	Sri mulya ningsih

	<p>14.45</p> <p>14.55</p> <p>15.10</p>	<p>dengan tim medis Jika ada keluhan dan tindakan mengatasi nyeri tidak berhasil. Hasil: Terpasang Ringer laktat 20 tetes/menit Pantoprazol 1 gr/12 jam Ketorolac 30 mg/IV /12 jam</p> <p>3. Mengatur posisi pasien yang membuat nyaman Hasil: Pasien diberi posisi supinasi</p> <p>4. Memberikan Health Education Hasil: Pasien dan keluarga mengerti tentang penjelasan mengenai cara makan yang teratur</p> <p>5. Mengajarkan teknik non farmakologi (teknik napas dalam) Hasil: Pasien mengerti apa yang diajarkan oleh perawat dan pasien antusias untuk mempraktekkan teknik relaksasi napas dalam bersama keluarga</p>	<p>mmHg</p> <ul style="list-style-type: none"> - N :80x/menit - S : 36°C - P : 20x/menit <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah teratasi <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi dihentikan (pasien boleh pulang) 	
--	--	---	--	--

B. Pembahasan

Berdasarkan tujuan penulisan karya tulis ilmiah ini dan hasil studi kasus yang penulis lakukan dari tanggal 24-27 Juli 2018, maka pada bagian ini penulis akan membahas tentang perbandingan antara teori dan praktek atau kasus yang ditemukan selama melaksanakan asuhan keperawatan pada klien Ny. W, berumur 65 tahun dengan Gastritis dalam pemenuhan kebutuhan rasa nyaman di ruang mawar kamar kelas II.A. RSAD. Dr. R. Ismoyo Kota Kendari yang akan dibahas berdasarkan tahapan proses keperawatan yaitu tahap pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

Tahap pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan. Pengkajian dilakukan dengan pendekatan sistematis untuk mendapatkan data klien baik data subjektif maupun objektif. Teknik pengumpulan data yang digunakan adalah wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, studi dokumentasi, dan studi kepustakaan. Selain tahap ini, penulis tidak mendapatkan hambatan yang cukup berarti karena klien cukup kooperatif dan dapat diajak kerjasama dalam melaksanakan asuhan keperawatan. Menurut teori pada tahap pengkajian pasien Gastritis, keluhan utama ialah nyeri ulu hati, mual, muntah pusing, diare, nyeri tekan pada ulu hati, mukosa bibir kering, turgor kulit menurun, ekspresi wajah tampak lemah, terdapat suara timpani, bising usus terdengar 8kali/menit, gigi mudah goyah, gusi mudah bengkak dan berdarah, apakah penglihatan kabur/ganda, diplopia, lensa mata keruh, kelembaban dan suhu kulit di sekitar ulkus dan gangren, tekstur

rambut dan kuku, Perfusi jaringan menurun, nadi perifer lemah dan berkurang, takikardi/bradikardi, hipertensi/hipotensi, aritmia, kardiomegalis, terdapat polifagi, polidipsi, mual, muntah, diare, konstipasi, dehidrasi, perubahan berat badan, peningkatan lingkaran abdomen, obesitas, poliuri, retensi urine, inkontinensia urine, rasa panas atau sakit saat berkemih, Penyebaran lemak, penyebaran masa otot, perubahan tinggi badan, cepat lelah, adanya gangren di ekstermitas serta terjadi penurunan sensoris, parathesia, anastesia, letargi, mengantuk, refleks lambat, kacau mental, disorientasi. Data yang ada pada teori tetapi tidak ada pada studi kasus, begitupun pada data yang ada pada studi kasus tetapi tidak ada dalam teori adalah adanya rasa panas atau sakit saat berkemih, perubahan tinggi badan, adanya gangren di ekstermitas serta terjadi penurunan sensoris, kacau mental, refleks lambat, obesitas, diaforesis, parathesia anastesia, gusi mudah bengkak dan berdarah. Sedangkan, semua data yang ada pada kasus terdapat pada teori. Adanya kesenjangan ini disebabkan karena setiap manusia dalam memberikan respon baik bio, psiko, social dan spiritual terhadap stimulus berbeda-beda sehingga gejala dan karakteristik yang didapatkan berbeda pula serta kemungkinan data-data yang ada dalam kasus masih merupakan gejala awal dari penyakit sehingga data-data yang ada pada teori tidak semua terdapat di studi kasus.

Diagnosa keperawatan adalah penilaian klinis tentang respon individu, keluarga atau komunitas terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang aktual dan potensial. Diagnosa keperawatan memberikan

dasar pemilihan intervensi keperawatan untuk mencapai hasil yang menjadi tanggung gugat perawat. Berdasarkan pengkajian dan analisa data pada kasus yang dilakukan pada Ny.W diagnosa yang diangkat penulis yaitu Nyeri akut.

Nyeri akut adalah pengalaman sensoris dan emosional yang tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan yang aktual atau potensial atau digambarkan dalam hal kerusakan sedemikian rupa: awitan yang tiba-tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi dan berlangsung <6 bulan. Dalam kasus, diagnose ditegakkan oleh penulis karena pada saat pengkajian ditemukan data klien mengatakan nyeri pada ulu hati, setelah pengkajian RSAD. Dr. R. Ismoyo Kota Kendari didapatkan hasil: klien nyeri pada ulu hati akibat gastritis, keadaan umum lemah, klien nampak meringis, klien terlihat gelisah, skala nyeri sedang (4), P: nyeri dirasakan ketika telat makan, Q: seperti tertusuk-tusuk, R: ulu hati, S: skala skala sedang (4), T: hilang timbul, Tanda-Tanda Vital: TD: 100/60 mmHg, N: 80x/menit, S : 36^oC, P: 20 x/menit.

Diagnosa keperawatan diangkat disesuaikan dengan kondisi klien pada saat pengkajian, interpretasi data, dan hasil analisa data serta tidak adanya data-data pendukung untuk mengangkat diagnosa tersebut, Manusia adalah makhluk unik, dalam hal ini respon individu terhadap stress atau penyakit berbeda-beda dan karakteristik masalah yang ditemukan berbeda pula.

Intervensi keperawatan adalah kategori dari perilaku keperawatan dimana tujuan yang berpusat pada pasien dan hasil yang diperkirakan dari intervensi keperawatan yang dipilih untuk mencapai tujuan tersebut (Potter & Perry, 2005). Diagnosa keperawatan yang diangkat selanjutnya dibuat rencana asuhan keperawatan sebagai tindakan pemecah masalah keperawatan dimana penulis membuat rencana keperawatan berdasarkan diagnosa keperawatan kemudian menetapkan tujuan dan kriteria hasil, selanjutnya menetapkan tindakan yang tepat. Perencanaan disusun berdasarkan konsep teori yang telah didapatkan untuk diterapkan secara aktual pada pasien Ny. W dengan *Gastriti* dalam masalah kebutuhan dan respon keluarganya mendasari penyusunan rencana keperawatan berdasarkan diagnosis keperawatan pada pasien *Gastritis* disesuaikan dengan kondisi aktual yang ditemukan. Tindakan yang direncanakan yaitu : Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan faktor presipitasi, Ajarkan tentang tehnik nonfarmakologi (teknik napas dalam), Atur posisi pasien yang Membuat nyaman, Kolaborasi dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil, Berikan Health Educatio.

Implementasi keperawatan adalah tindakan keperawatan yang penulis lakukan kepada pasien sesuai dengan intervensi, sehingga kebutuhan pasien dapat terpenuhi (Wilkinson, 2011). Pelaksanaan tindakan asuhan keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan berdasarkan teori (NIC) yaitu :

- a. Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan faktor presipitasi.
- b. Pemilih rute pemberian IV, IM untuk pengobatan nyeri secara teratur.
- c. Mengajarkan teknik nonfarmakologi yaitu teknik napas dalam
- d. Memberikan analgetik untuk mengurangi nyeri
- e. Mengkolaborasi dengan tim medis jika ada keluhan dan tindakan mengatasi nyeri tidak berhasil

Implementasi yang direncanakan telah dilaksanakan, pasien dapat mempraktekkan latihan Teknik relaksasi napas dalam untuk menurunkan intensitas nyeri sesuai dengan tujuan asuhan keperawatan yang dilakukan oleh penulis.

Evaluasi keperawatan adalah tindakan intelektual untuk memperbaiki proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana tindakan dan pelaksanaannya sudah berhasil dicapai. Melalui evaluasi perawat untuk memonitor kealpaan yang terjadi selama tahap pengkajian, analisa, perencanaan, dan pelaksanaan tindakan keperawatan (Nursalam, 2010). Evaluasi yang dilakukan berdasarkan diagnosis yang ditegakkan yaitu Nyeri akut dan dievaluasi pada hari jum'at tanggal 27 Juli 2018 dengan hasil masalah Nyeri akut teratasi dimana pada data subyektif pasien mengatakan tidak ada nyeri pada ulu hati dan data obyektif keadaan umum pasien baik, ekspresi wajah pasien nampak rileks, klien Nampak tenang, skala nyeri 0 (tidak ada) , Tekanan darah: 100/80 mmHg, Nadi: 80kali/menit, Pernafasan: 20 kali/menit, Suhu: 36^oC.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Kesimpulan umum dari hasil studi kasus ini yaitu:

Asuhan keperawatan pada pasien dengan Gastritis dalam masalah pemenuhan kebutuhan rasa nyaman dengan melakukan tindakan teknik napas dalam pada pasien dapat membantu menghilangkan rasa nyeri.

Kesimpulan secara khusus dari hasil studi kasus ini yaitu:

1. Pengkajian dilakukan dengan menggunakan format kebutuhan rasa nyaman (nyeri) sehingga ditemukan data tentang problem keterlambatan makan pasien
2. Diagnosa keperawatan yang di ambil yaitu nyeri akut
3. Intervensi keperawatan dilakukan selama 4 hari dengan menggunakan teknik SSrelaksasi nafas dalam sehingga membantu menghilangkan rasa nyeri yang dirasakan pasien
4. Implementasi dilakukan sejak hari pertama sejak dilakukan pengkajian kepada pasien
5. Evaluasi keperawatan ini dilakukan dengan menggunakan pengkajian data

B. Saran

Dalam melaksanakan asuhan keperawatan melalui pendekatan proses keperawatan pada pasien Gastritis dalam pemenuhan kebutuhan rasa nyaman peneliti menyarankan :

1. Bagi Klien / Masyarakat

Untuk klien agar berhati-hati terhadap makanan maupun faktor lain yang menyebabkan resiko infeksi pada lapisan lambung, terutama minum obat secara teratur sesuai dengan indikasi yang di anjurkan serta cek up kerumah sakit / puskesmas terdekat di lingkungan tempat tinggal serta menjalankan program perawatan lanjut seperti istirahat, makan-makanan yang dianjurkan pada klien dengan kasus gastritis, dan mengkonsumsi obat secara teratur untuk pemulihan dan proses penyembuhan.

2. Bagi Rumah Sakit

RSAD. Dr. R. Ismoyo Kota Kendari diharapkan mampu memberikan pelayanan yang komprehensif yaitu bio, psiko, sosial, spritual, kultural kepada klien. Petugas kesehatan baik itu perawat agar selalu menerapkan konsep asuhan keperawatan yang komprehensif dan meningkatkan frekuensi kontak dengan klien dalam melaksanakan asuhan keperawatan serta adanya pendokumentasian yang lengkap dan akurat pada status kesehatan klien. Juga diperlukan adanya kerja sama yang baik dengan tim kesehatan lainnya untuk mempercepat proses kesembuhan klien.

3. Bagi Peneliti

Semoga Karya Tulis Ilmiah yang sederhana ini dapat menjadi bacaan dan acuan untuk meningkatkan pengetahuan dan kreativitas serta dapat dijadikan sebagai referensi pembelajaran untuk menambah pengalaman dan wawasan peneliti dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien gastritis dalam pemenuhan kebutuhan rasa nyaman, sehingga dapat membandingkan kesenjangan antara teori dan kasus nyata tentang prosedur teknik relaksasi napas dalam pada pasien gastirtis.

DAFTAR PUSTAKA

- Doengoes. (1999). *Laporan Pendahuluan dan Konsep Dasar Gastritis*
[Http://gudangardhy.blogspot.com.html/26](http://gudangardhy.blogspot.com.html/26) Desember 2016.
- Hidayat, A. A (2009). *Pengantar kebutuhan dasar manusia*. Jakarta : Salemba
medik
<https://www.scribd.com/doc/185320116/KDM-Teknik-Relaksasi-Pernapasan->
Dalam
- Mega,A dan Nosi H.(2014). *Beberapa Faktor Yang Berhubungan Dengan
Kejadian Gastritis. Jurnal Iimiah Kesehatan Diagnosa Volume 4 Nomor
6 Tahun 2014*
- Mubarak,W.I dan Chayatin,N.(2008).*Buku Ajar Kebutuhan Dasar Manusia Teori
dan Aplikasi Dalam Praktik*. Jakarta : Buku Kedokteran
- Mulat,T.C (2016). *Tingkat Pengetahuan dan Sikap Masyarakat Terhadap
Penyakit Gastritis di Wilayah Kerja Puskesmas Barombong Kota
Makassar. JKSHSK/Volume 1/Nomor 1/Juli 2016.*
- Nanda (Nic-Noc). (2015). *Panduan Asuhan Keperawatan Profesional*. Jakarta :
EGC
- Nurarif, A.H dan kusuma, H. (2015). *Aplikasi asuhan keperawatan Berdasarkan
diagnosa medis dan Nanda Nic-Noc*. Jokjakarta: Mediacion jogja.
- Nursalam. (2015). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan : Pendekatan Praktis
Ed. 3*. Jakarta : Salemba Medika
- Prasetyo, S.N (2010). *Konsep dan proses keperawatan nyeri*. Yogyakarta : Graha
ilmu.

Suratun dan Lusianah. (2010). *keperawatan klien gangguan sistem*

Gastrointestinal. Jakarta : TIM

Sani,W. dkk. (2016). Analisa Faktro Kejadian Penyakit Gastritis. *Jurnal Ilmiah*

mahasiswa kesehatan masyarakat

Who (13 September 2017). Data Penyakit Gastritis. <http://aici.co.id>

Lampiran 1.

FORMAT PENGKAJIAN DATA KEPERAWATAN

Tanggal Pengkajian :

No. Register :

Diagnosa Media :

I. BIODATA

A. Identitas Klien

1. Nama Lengkap :
2. Jenis Kelamin :
3. Umur / Tanggal Lahir :
4. Status Perkawinan :
5. Agama :
6. Suku Bangsa :
7. Pendidikan :
8. Pekerjaan :
9. Pendapatan :
10. Alamat :

B. Identitas Penanggung

1. Nama Lengkap :
2. Jenis Kelamin :
3. Pekerjaan :
4. Hubungan dengan klien :
5. Alamat :

II. RIWAYAT KESEHATAN

A. Keluhan Utama :

B. Riwayat Keluhan Utama

1. Penyebab / faktor pencetus :

2. Sifat keluhan :
3. Lokasi dan penyebarannya :
4. Skala keluhan :
5. Mulai dan lamanya keluhan :

III. RIWAYAT KESEHATAN MASA LALU

- A. Apakah menderita penyakit yang sama :
- B. Bila pernah dirawat di RS, sakit apa :
- C. Pernah mengalami pembedahan :
- D. Riwayat alergi :
- E. Kebiasaan / ketergantungan terhadap zat :
 1. Meroko (berapa batang sehari) :
 2. Minum alkohol :
 3. Minum kopi :
 4. Minum obat-obatan :

IV. RIWAYAT KELUARGA / GENOGRAM (DIAGRAM 3 GENERASI)

- A. Buat genogram 3 generasi :
- B. Riwayat kesehatan anggota keluarga :

V. PEMERIKSAAN FISIK

- A. Tanda – Tanda Vital
 1. Tekanan darah :
 2. Pernafasan :
 3. Nadi :
 4. Suhu badan :
- B. Kepala
 1. Bentuk kepala :
 2. Keadaan rambut :
 3. Keadaan kulit kepala :
 4. Nyeri kepala / pusing :

5. Komentar :

C. Penglihatan / Mata

1. Ketajaman penglihatan / visus :
2. Peradangan :
3. Sclera :
4. Pupil :
5. Gerak bola mata :
6. Kongjungtiva :
7. Lapang pandang :
8. Refleks kornea :
9. Rasa nyeri :
10. Pemakaian alat bantu :
11. Komentar :

D. Pendengaran / Telinga

1. Struktur :
2. Nyeri :
3. Cairan :
4. Tanda peradangan :
5. Fungsi pendengaran :

E. Hidung / Penciuman

1. Struktur :
2. Polip :
3. Sinus :
4. Perdarahan :
5. Peradangan :
6. Fungsi penciuman :
7. Komentar :

F. Mulut

1. Keadaan gigi :
2. Problem menelan :

3. Bicara :
4. Rongga mulut :
5. Fungsi mengunyah :
6. Fungsi pengecap :
7. Komentar :

G. Leher

1. Vena jugularis :
2. Arteri karotis :
3. Pembesaran tyroid :
4. Pembesaran limfe :
5. Komentar :

H. Pernafasan

1. Bentuk dada :
2. Pergerakan / pengembangan thoraks :
3. Batuk :
4. Sputum :
5. Vocal fremitus :
6. Resonansi :
7. Bunyi nafas :
8. Bunyi nafas tambahan :
9. Komentar :

I. Jantung

1. Ukuran jantung :
2. Denyut jantung :
3. Nyeri dada :
4. Palpitasi :
5. Bunyi jantung :
6. Komentar :

J. Abdomen

1. Warna kulit :
2. Bayangan peristaltik :

3. Keadaan permukaan abdomen :
4. Gerak abdomen :
5. Pembesaran abdomen :
6. Keadaan perkusi abdomen :
7. Nyeri tekan :
8. Peristaltik :
9. Komentar :

K. Perkemihan

1. Edema kelopak mata :
2. Nyeri pinggang / punggung :
3. Keadaan kandung kemih :
4. Bau mulut amoniak :
5. Komentar :

L. Reproduksi

1. Siklus menstruasi :
2. Keadaan organ kelamin luar :
3. Pembesaran prostat :
4. Kehamilan :
5. Perdarahan :
6. Komentar :

M. Status neurologis

1. Tingkat kesadaran :
2. Koordinasi :
3. Memori :
4. Orientasi :
5. Kelumpuhan :
6. Gangguan sensasi :
7. Kejang-kejang :

N. Muskuloskeletal

1. Kekuatan otot :
2. Tonus otot :

3. Kekakuan sendi :
4. Trauma :
5. Nyeri :
6. Pola aktivitas :
7. Komentar :

O. Kulit

1. Tekstur / integritas :
2. Turgor :
3. Warna :
4. Kelembapan :
5. Lesi :
6. Komentar :

P. Kelamin

1. Penonjolan :
2. Pembesaran kelenjar tyroid :
3. Aktivitas :
4. Perubahan suara :
5. Tremor :
6. Pigmentasi kulit :
7. Komentar :

VI. POLA KEGIATAN SEHARI-HARI

A. Nutrisi

1. Frekuensi makan sehari :
2. Waktu-waktu makan :
3. Porsi makan yang disediakan :
4. Makanan pantang / yang tidak disukai :
5. Makanan yang disukai :
6. Perubahan selama sakit :

B. Minum / Cairan

1. Frekuensi minum sehari :

2. Jumlah minum yang di konsumsi setiap hari :
3. Jenis minuman yang tidak disukai :
4. Jenis minuman yang disukai :
5. Perubahan selama sakit :

C. Eliminasi BAK dan BAB

1. Buang Air Kecil (BAK)
 - a. Kebiasaan :
 - b. Frekuensi berkemih sehari :
 - c. Warna :
 - d. Kesulitan berkemih :
 - e. Perubahan setelah sakit :
2. Buang Air Besar (BAB)
 - a. Kebiasaan :
 - b. Frekuensi BAB setiap hari :
 - c. Warna :
 - d. Perubahan selama sakit :

D. Istirahat dan Tidur

1. Tidur malam jam :
2. Tidur siang jam :
3. Apakah mudah terbangun :
4. Apa yang menolong untuk tidur nyenyak :
5. Perubahan selama sakit :

VII. KEADAAN PSIKOSOSIAL KLIEN

- A. Bagaimana klien terhadap penyakitnya :
- B. Harapkan klien terhadap keadaan kesehatannya :
- C. Pola interaksi dengan orang terdekat :
- D. Sejauh mana keterlibatan-keterlibatan orang terdekat bila klien menghadapi masalah :

- E. Pola pemecahan klien yang digunakan bila mempunyai masalah :
- F. Bagaimana hubungan klien dengan tenaga kesehatan / keperawatan selama dirawat :
- G. Organisasi kemasyarakatan yang di ikuti :

VIII. KEADAAN SPIRITUAL

- A. Keadaan menjalankan ibadah :
- B. Status rumah :
- C. Kebersihan rumah :

IX. KEADAAN SOSIAL / LINGKUNGAN PERUMAHAN KLIEN

- A. Keadaan rumah dan lingkungannya :
- B. Status rumah :
- C. Kebersihan rumah :

X. PEMERIKSAAN PENUNJANG

- A. Laboratorium :
- B. Studi diagnostic :

XI. TINDAKAN MEDIK / PENGOBATAN

Kendari,

ANALISA DATA

No.	Symptom	Etiologi	Problem
1.			
2.			

INTERVENSI KEPERAWATAN

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria (NOC)	Intervensi (NIC)	Rasional
1.				
2.				

IMPLEMENTASI DAN EVALUASI KEPERAWATAN

No	Hari/Tanggal & Jam	Implementasi	Evaluasi	Paraf
1.				
2.				

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR

TEKNIK RELAKSASI NAPAS DALAM

Pengertian	Teknik relaksasi napas dalam merupakan suatu tindakan untuk “membebaskan” mental dan fisik dari ketegangan dan stres, sehingga dapat meningkatkan toleransi terhadap nyeri.
Tujuan	Menurunkan kecemasan dan ketegangan otot sehingga di dapatkan penurunan denyut jantung, penurunan respirasi serta penurunan ketegangan otot
Petugas	Mahasiswa Keperawatan
Peralatan	-Tidak ada
Prosedur pelaksanaan	<ol style="list-style-type: none">1. Tahap pra interaksi<ol style="list-style-type: none">a. Memperkenalkan dirib. Mencuci tangan2. Tahap orientasi<ol style="list-style-type: none">a. Memberi salamb. Menjelaskan maksud dan tujuanc. Menanyakan persetujuan dan kesiapan pasien3. Tahap kerja<ol style="list-style-type: none">a. Teknik relaksasi napas dalam (posisi berbaring)<ol style="list-style-type: none">1) Ciptakan suasana lingkungan yang nyaman2) Usahakan tetap rileks dan tenang3) Menarik napas dalam dari hidung dan mengisi paru-paru dengan udara menggunakan hitungan 1,2,34) Perlahan-lahan udara dihembuskan melalui mulut sambil merasakan ekstremitas atas dan bawah rileks5) Anjurkan bernafas dengan irama normal 3 kali6) Menarik napas lagi melalui hidung dan menghembuskan

	<p>melalui mulut secara perlahan-lahan</p> <ol style="list-style-type: none"> 7) Membiarkan telapak tangan dan kaki rileks 8) Usahakan agar tetap konsentrasi sambil mata terpejam 9) Pada saat konsentrasi pusatkan pada daerah yang nyeri 10) Anjurkan untuk mengulangi prosedur hingga nyeri terasa berkurang 11) Ulangi sampai 15 kali, dengan diselingi istirahat singkat setiap 5 kali 12) Bila nyeri menjadi hebat, seseorang dapat bernafas secara dangkal dan cepat <p>4. Tahap terminasi</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Melakukan evaluasi tindakan yang dilakukan dengan mengukur kembali skala nyeri setelah dilakukan intervensi. b. Merapikan pasien c. Mencuci tangan d. ddokumentasi



PEMERINTAH PROVINSI SULAWESI TENGGARA
BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN

Kompleks Bumi Praja Anduonohu Telp. (0401) 395690 Kendari 93121
Website : balitbang sulawesitenggara prov.go.id Email: badan litbang sultra01@gmail.com

Kendari, 23 Juli 2018

Nomor : 070/4240/Balitbang/2018
Lampiran : -
Perihal : **Izin Penelitian**

K e p a d a
Yth. Direktur RSAD Dr. R. Ismoyo Kendari
di -
UNAAHA

Berdasarkan Surat Direktur Poltekkes Kendari Nomor : UT.01.02/1/3440/2018 tanggal 23 Juli 2018 perihal tersebut di atas, Mahasiswa di bawah ini :

Nama : SRI MULYA NINGSIH
NIM : P00320015.048
Program Studi : D-III Keperawatan
Pekerjaan : Mahasiswa
Lokasi Penelitian : RSAD Dr. R. Ismoyo Kota Kendari

Bermaksud untuk melakukan Penelitian/Pengambilan Data di Daerah/Kantor Saudara dalam rangka penyusunan KTI/Skripsi/Tesis/Disertasi, dengan judul :

"STUDI ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN GASTRITIS DALAM PEMENUHAN KEBUTUHAN RASA NYAMAN DI RUANG PERAWATAN RSAD Dr. R. ISMOYO KOTA KENDARI"

Yang akan dilaksanakan dari tanggal : 23 Juli 2018 sampai selesai.

Sehubungan dengan hal tersebut diatas, pada prinsipnya kami menyetujui kegiatan dimaksud dengan ketentuan :

1. Senantiasa menjaga keamanan dan ketertiban serta mentaati perundang-undangan yang berlaku.
2. Tidak mengadakan kegiatan lain yang bertentangan dengan rencana semula.
3. Dalam setiap kegiatan dilapangan agar pihak Peneliti senantiasa koordinasi dengan pemerintah setempat.
4. Wajib menghormati Adat Istiadat yang berlaku di daerah setempat.
5. Menyerahkan 1 (satu) exemplar copy hasil penelitian kepada Gubernur Sultra Cq. Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Provinsi Sulawesi Tenggara.
6. Surat izin akan dicabut kembali dan dinyatakan tidak berlaku apabila ternyata pemegang surat izin ini tidak mentaati ketentuan tersebut di atas.

Demikian Surat Izin Penelitian diberikan untuk digunakan sebagaimana mestinya.

an. GUBERNUR SULAWESI TENGGARA
KEPALA BADAN PENELITIAN DAN
PENGEMBANGAN PROVINSI

Dr. Ir. SUKANTO TODING, MSP. MA
Pembina Utama Muda, Gol. IV/c
NIP. 19680720 199301 1 003

T e m b u s a n :

1. Gubernur Sulawesi Tenggara (sebagai laporan) di Kendari;
2. Direktur Poltekkes Kendari di Kendari
3. Ketua Prodi. D-III Keperawatan Poltekkes Kendari di Kendari;
4. Mahasiswa Yang Bersangkutan.

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN
(INFORMED CONSENT)

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Ny. W

Umur : 55

Jenis kelamin : Perempuan

Alamat : Jln. DR. SUTOMO KOTA KENDARI

Setelah mendapat penjelasan secara lengkap serta memahaminya, maka dengan penuh kesadaran dan tanpa paksaan saya mengatakan bersedia ikut serta menjadi responden pada penelitian dengan judul :

“Studi Asuhan Keperawatan Pada Pasien Gastritis Dalam Pemenuhan Kebutuhan Rasa Nyaman Di Ruang Perawatan RSAD. DR. R. Ismoyo Kota Kendari”

Dengan kondisi bahwa data yang diperoleh peneliti akan dijaga kerahasiaannya dan hanya dipergunakan untuk kepentingan penelitian.

Kendari, 24/07/2018

Peneliti


(SRI MULYA NINGSIH)

Responden


(NY. W)



KEMENTERIAN KESEHATAN RI
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBERDAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KENDARI



Jl. Jend. A. H. Nasution No. G 14 Anduonohu, Kota Kendari 93232
Telp. (0401) 3190492, Fax: (0401) 319339, email: poltekkeskendari@yahoo.com

Nomor : DL. 09/5/ 412 /2018
Lampiran : -
Perihal : Surat Pengantar Izin Penelitian

Kepada Yth.

Direktur Poltekkes Kemenkes Kendari

Cq. Kepala PPM Poltekkes Kemenkes Kendari

Di -

Tempat

Sehubungan dengan penyelesaian tugas akhir mahasiswa poltekkes kemenkes kendari jurusan keperawatan:

Nama : Sri Mulya ningsih

Nim : P00320015048

Akan melakukan penelitian karya tulis ilmiah di RSAD DR. R. Ismoyo Kota Kendari dengan judul "Studi Asuhan keperawatan pada pasien Gastritis dalam Pemenuhan Kebutuhan Rasa Nyaman di Ruang Perawatan RSAD DR. R. Ismoyo Kota Kendari" sebagai bahan penyelesaian tugas akhir di Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kendari, maka dengan ini kami memohon untuk diberikan surat izin penelitian untuk maksud tersebut.

Demikian permohonan ini, atas bantuannya di ucapkan terima kasih.

Kendari, 20 Juli 2018

Ketua Jurusan Keperawatan



Indriono Hadi, S.Kep., Ns., M.Kes

NIP. 19700330 199503 1 00 1



SURAT KETERANGAN TELAH MELAKUKAN PENELITIAN

Nomor : B / 06 / VIII / 2018

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : H. Sabarudin, S.Kep, Ns
Pangkat/NRP : Pegatur Tingkat I/ II D
Jabatan : Kadiklat Rumah Sakit Tk. IV Dr.R.Ismoyo Kendari

Dengan ini menyatakan

Nama : Sri Mulya Ningsih
Nim : P00320015047
Jurusan Prog. Studi : D3 Keperawatan
Lokasi Penelitian : Rumah Sakit Dr.R.Ismoyo Kendari

Telah melakukan penelitian di Rumah Sakit Tk. IV Dr.R.Ismoyo Kendari dari tanggal 24 Juli 2018 sampai selesai dengan judul" **Studi Asuhan Keperawatan Pada Pasien Gastritis Dalam Pemenuhan Kebutuhan Rasa Nyaman Di Ruang Perawatan Mawar Rumah Sakit Tk. IV Dr. R Ismoyo Kendari Tahun 2018.**"

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya

Kendari, 21 Agustus 2018



H. Sabarudin, S.Kep, Ns
IID / NIP. 197508282002121006



KEMENTERIAN KESEHATAN RI
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBERDAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KENDARI

Jl. Jend. Nasution No. G.14 Anduonohu, Kota Kendari 93232
Telp. (0401) 390492. Fax (0401) 393339 e-mail: poltekkeskendari@yahoo.com



SURAT KETERANGAN BEBAS PUSTAKA

NO: 310/PP/2018

Yang bertanda tangan di bawah ini Kepala Unit Perpustakaan Politeknik Kesehatan Kendari, menerangkan bahwa :

Nama : Sri Mulya Ningsih
NIM : P00320015047
Tempat Tgl. Lahir : Lapole, 09 Desember 1996
Jurusan : D.III Keperawatan
Alamat : Jl Veteran, Kec Wua-Wua

Benar-benar mahasiswa yang tersebut namanya di atas sampai saat ini tidak mempunyai sangkut paut di Perpustakaan Poltekkes Kendari baik urusan peminjaman buku maupun urusan administrasi lainnya.

Demikian surat keterangan ini diberikan untuk digunakan sebagai syarat untuk mengikuti ujian akhir pada Jurusan D.III Keperawatan Tahun 2018

Kendari, 08 Agustus 2018

Kepala Unit Perpustakaan
Politeknik Kesehatan Kendari



Amaluddin, S. Sos
NIP. 1961123119820310





KEMENTERIAN KESEHATAN RI
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KENDARI



Jl. Jend. A.H. Nasution. No. G.14 Anduonohu, Kota Kendari 93232
Telp. (0401) 3190492 Fax. (0401) 3193339 e-mail: poltekkeskendari@yahoo.com

SURAT KETERANGAN BEBAS ADMINISTRASI

Nomor: DL.09.02/5/019 / 2018

Dengan ini menyatakan bahwa:

Nama : Sri Mulya Ningsih
Nim : P00320015047

Benar-benar telah melunasi SPP Semester I s.d VI yang terkait dengan Jurusan Keperawatan, dengan bukti sebagai berikut:

1. Slip Pembayaran SPP Semester I s.d Semester VI

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Kendari, 20 Juli 2018
Bendahara Jurusan Keperawatan



Edi R. S. Kep. Ns
NIP. 19860504 201012 1 001



KEMENTERIAN KESEHATAN RI
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBERDAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KENDARI



Jl. Jend. A.H. Nasution No. G.14 Anduonohu, Kota Kendari
Telp. (0401) 3190492 Fax. (0401) 3193339 e-mail: politekkes_kendari@yahoo.com

Nomor : UT.01.02/1/ /2018
Lampiran : 1 (satu) eks.
Perihal : Permohonan Izin Penelitian

Yang Terhormat,
Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Provinsi Sultra
di-
Kendari

Dengan hormat,

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian mahasiswa Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kendari:

Nama : Sri Mulya Ningsih
NIM : P00320015048
Jurusan/Prodi : D-III Keperawatan
Judul Penelitian : Studi Asuhan Keperawatan pada Pasien Gastritis dalam Pemenuhan Kebutuhan Rasa Nyaman di Ruang Perawatan RSAD Dr. R. Ismoyo Kota Kendari

Untuk diberikan izin penelitian oleh Badan Penelitian dan Pengembangan Provinsi Sulawesi Tenggara.

Demikian penyampaian kami, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Kendari, 23 Juli 2018



A k h m a d, SST., M.Kes
NIP. 196802111990031003

