

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Teori Penyakit

1. Pengertian

Dispepsia adalah penyakit yang tidak menular pada saluran pencernaan namun banyak terjadi dikalangan masyarakat di dunia. Gejala dispepsia berupa rasa nyeri atau rasa tidak nyaman di lambung, mual, muntah, kembung, sendawa, mudah kenyang, rasa perut penuh. Keluhan yang timbul biasanya berbeda pada tiap individu penderita (Zakiyah, dkk, 2021)

Dispepsia merupakan kumpulan gejala atau keluhan berupa nyeri atau rasa tidak nyaman pada ulu hati, mual kembung, muntah, sendawa, rasa cepat kenyang, dan perut merasa penuh atau begah (Andre, Machmud, & Murni, 2013)

2. Klasifikasi Dispepsia

Dispepsia dibedakan menjadi dua jenis (Mardalena, 2018) yaitu :

a. Dispepsia organik

Dispepsia organik artinya dispepsia yang penyebabnya sudah pasti. Dispepsia jenis ini jarang ditemukan pada pasien usia lebih dari 40 tahun. penyebabnya antara lain :

- 1) Dispepsia tukak. Gejala yang ditemukan biasanya nyeri ulu hati pada waktu tidak makan/perut kosong.
- 2) Dispepsia tidak tukak. Gejalanya sama dengan dispepsia tukak, bisa pada pasien gastritis, duodenitis, tetapi pada pemeriksaan tidak ditemukan tanda-tanda tukak.
- 3) Refluks gastroesofagus. Gejala berupa rasa panas di dada dan regurgitasi terutama setelah makan.
- 4) Penyalit saluran empedu. Keluhan berupa nyeri mulai dari perut kanan atas atau ulu hati yang menjalar ke bahu kanan dan punggung.

- 5) Karsinoma
 - a) Kanker esofagus. Keluhan berupa disfagia, tidak bisa makan, perasaan penuh diperut, penurunan berat badan, anoreksia, adenopati servikal, dan cegukan setelah makan.
 - b) Kanker lambung. Jenis yang paling umum terjadi adalah adenokarsinoma atau tumor epitel. Keluhan berupa rasa tidak nyaman pada epigastrik, tidak bisa makan, dan perasaan kembung setelah makan.
 - c) Kanker pankreas. Gejala yang paling umum antara lain penurunan berat badan, ikterik, dan nyeri daerah punggung atau epigastrik.
 - d) Kanker hepar. Gejala berupa nyeri hebat pada abdomen dan mungkin menyebar ke scapula kanan, penurunan berat badan, epigastria, terasa penuh, dan anoreksia.
 - 6) Obat-obatan. Golongan *Non Steroid Inflammatory Drugs (NSID)* dengan keluhan berupa rasa sakit atau tidak enak didaerah ulu hati, disertai mual dan muntah.
 - 7) Pankreatitis. Keluhan berupa nyeri mendadak yang menjalar ke punggung, perut terasa makin tegang dan kencang.
- b. Dispepsia fungsional
- Dispepsia ini tidak memunculkan kelainan organik melainkan kelainan fungsi dari saluran cerna. Penyebabnya antara lain :
- 1) Faktor asam lambung pasien. Pasien biasanya sensitif terhadap kenaikan produksi asam lambung dan hal tersebut menimbulkan nyeri.
 - 2) Kelainan psikis, stress, dan faktor lingkungan. Stres dan faktor lingkungan diduga berperan pada kelainan fungsional saluran cerna, menimbulkan gangguan sirkulasi, motilitas, klan vaskularisasi
 - 3) Gangguan motilities. Mekanisme timbulnya gejala dispepsia mungkin dipengaruhi oleh susunan syaraf pusat, gangguan

motilitas diantaranya pengosongan lambung lambat, abnormalitas kontraktif, refluks gastroduodenal

- 4) Penyebab lain-lain seperti, adanya kuman *Helicobacter-pylori*, gangguan motilitas atau gerak mukosa lambung, konsumsi banyak rokok, perubahan pola makan dan pengaruh obat-obatan yang dimakan secara berlebihan dan dalam waktu lama.

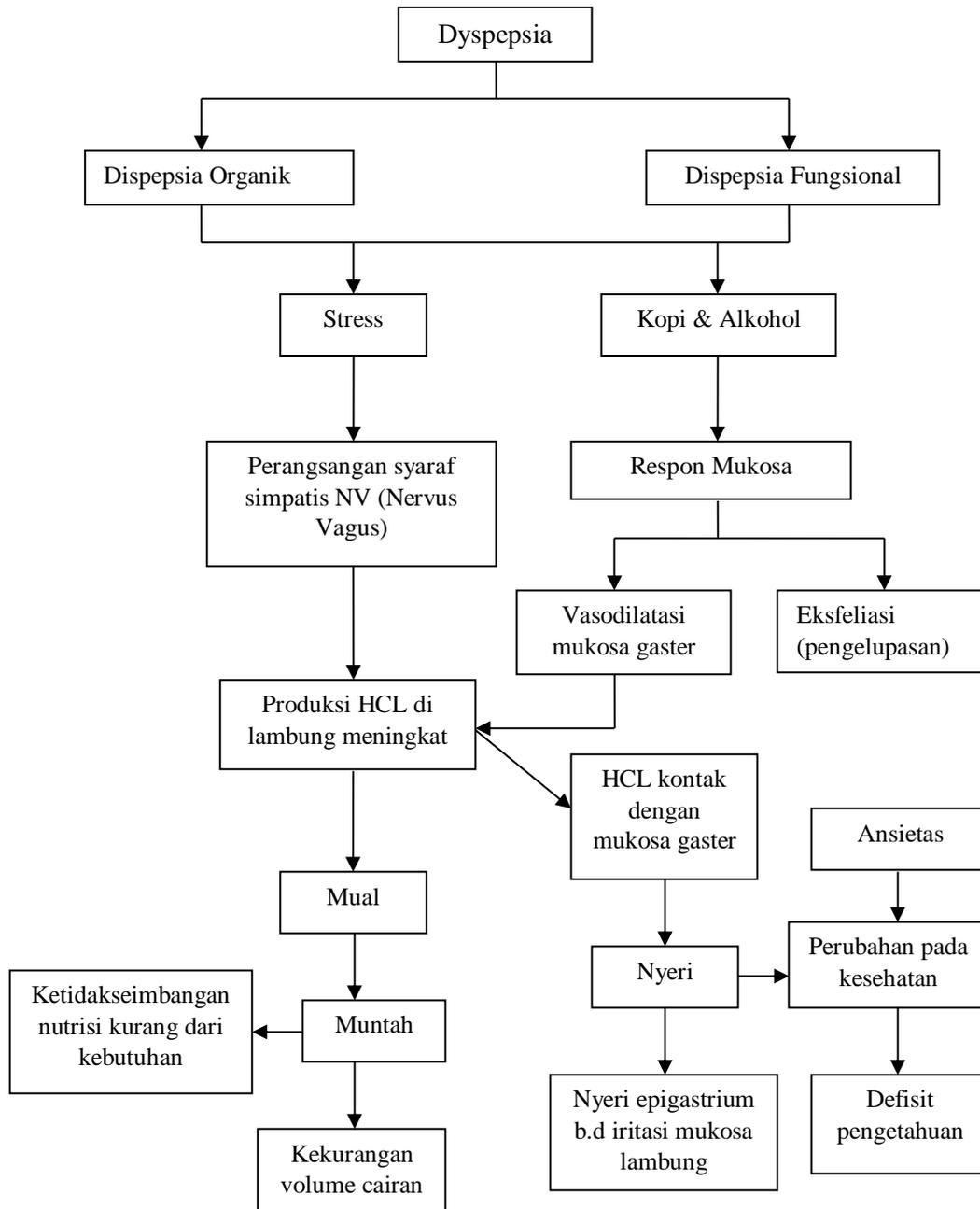
3. Etiologi

Dispepsia disebabkan karena makan yang tidak teratur sehingga memicu timbulnya masalah lambung dan pencernaannya menjadi terganggu. Ketidakteraturan ini berhubungan dengan waktu makan, seperti berada dalam kondisi terlalu lapar namun terkadang terlalu kenyang. Selain itu kondisi faktor lainnya yang memicu produksi asam lambung berlebihan, diantaranya zat kimia, seperti alkohol, umumnya obat penahan nyeri, asam cuka, makanan dan minuman yang bersifat asam, makanan yang pedas serta bumbu yang merangsang (Fithriyana, 2018).

4. Patofisiologi

Perubahan pola makan yang tidak teratur, obat-obatan yang tidak jelas, zat-zat seperti nikotin dan alkohol serta adanya kondisi kejiwaan stress, pemasukan makanan menjadi kurang sehingga lambung akan kosong, kekosongan lambung dapat mengakibatkan erosi pada lambung akibat gesekan antara dinding-dinding lambung, kondisi demikian dapat mengakibatkan peningkatan produksi HCL, yang akan merangsang terjadinya kondisi asam pada lambung, terjadi muntah sehingga intake tidak adekuat baik makanan maupun cairan (Haryono, 2012).

Gambar 2. 1
Pathway Dispepsia



Sumber : (Haryono, 2012)

5. Tanda dan gejala

Tanda dan gejala yang sering muncul pada dispepsia yaitu rasa nyeri pada ulu hati, mual, muntah, perut kembung, rasa lebih cepat kenyang, perut terasa begah, rasa panas pada daerah dada atau epiastrum, nafsu makan menurun, aktifitas dibantu, kelemahan (Arif & Sari, 2011)

6. Tes Diagnostik

Pemeriksaan dilakukan untuk mengetahui adanya kuman *Helicobacterpylori* dapat dilakukan pemeriksaan melalui beberapa cara (Mardalena, 2018), antara lain :

a. Pemeriksaan noninvasif

Pemeriksaan ini dilakukan melalui pemeriksaan serologi (pemeriksaan serum darah, positif atau tidak). Hasil positif menunjukkan adanya infeksi oleh *Helicobacterpylori*.

b. Pemeriksaan invasife

Berupa pemeriksaan histologi anatomi serta pemeriksaan CLO (*Campylobacter-like Organism*). Pemeriksaan ini dilakukan dengan cara pencampuran hasil biopsi jaringan pencernaan dengan zat khusus. Selang 24 jam campuran tersebut akan menunjukkan hasil negatif dalam warna kuning dan hasil positif jika berwarna merah. Hasil positif menunjukkan adanya kuman *Helicobacterpylori*.

c. Pemeriksaan dengan system PCR (*Polymerase Reaction*)

Pemeriksaan dilakukan dengan cara penyedotan cairan perut selang yang dimasukkan lewat lubang hidung. Kemudian cairan tersebut diperiksa menggunakan mikroskop. Jika penderita terinfeksi *Helicobacterpylori* maka pada mikroskop akan tampak kuman tersebut.

d. Endoskopi

Untuk mengetahui ada tidaknya luka di orofaring, warna mukosa menentukan ada tidaknya refluks esofagitis.

e. USG (*Ultrasonografi*)

Bila diduga ada kelainan di pankreas, kelianan tiroid, dan tumor.

7. Komplikasi

Menurut Corwin, (2000) dalam (Mardalena, 2018) komplikasi yang mungkin muncul pada dispepsia antara lain perdarahan gastrointestinal, stenosis pylorus, dan perforasi

8. Pencegahan

Pola makan yang normal dan teratur. Pilih makanan yang seimbang dengan kebutuhan dan jadwal makan yang teratur, tidak mengonsumsi makanan yang berkadar asam tinggi, makanan pedas, makanan/minuman mengandung alkohol, dan berhenti merokok. Gunakan obat secara wajar dan tidak mengganggu fungsi lambung. Arif dan Sari, (2011) dalam (Mardalena, 2018)

9. Pengobatan

Pengobatan yang diberikan pada penderita dispepsia (Mardalena, 2018) adalah :

- a. Suportif. Pengobatan ditujukan terhadap perubahan pola kebiasaan terutama mengenai jenis makanan yang berpengaruh
- b. Farmakologis. Beberapa terapi obat yang diberikan misalnya antibiotik (jenis *ceftriaxone*, *cefoperazon*, *ampicilin*, *ceftazidime*), *antagonis reseptor H2*, *antasida (omeprazole)*, dan *prokinetik*.

B. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

1. Konsep kebutuhan dasar

Teori hierarki kebutuhan dasar manusia yang dikemukakan Abraham Maslow dapat dikembangkan untuk menjelaskan kebutuhan dasar manusia (Alimul Hidayah & Uliyah, 2014) sebagai berikut :

- a. Kebutuhan Fisiologis merupakan kebutuhan paling dasar, yaitu kebutuhan fisiologis seperti oksigen, cairan (minuman), nutrisi (makanan), keseimbangan suhu tubuh, eliminasi, tempat tinggal, istirahat dan tidur, serta kebutuhan seksual.
- b. Kebutuhan rasa aman dan perlindungan dibagi menjadi perlindungan fisik dan perlindungan psikologis.

- 1) Perlindungan fisik meliputi perlindungan atas ancaman tubuh atau hidup. Ancaman tersebut dapat berupa penyakit, kecelakaan, bahaya dari lingkungan, dan sebagainya.
 - 2) Perlindungan psikologis, yaitu perlindungan atas ancaman dari pengalaman yang baru dan asing. Misalnya, kekhawatiran yang dialami seseorang ketika masuk sekolah pertama kali.
- c. Kebutuhan rasa cinta serta rasa memiliki dan dimiliki, antara lain memberi dan menerima kasih sayang, mendapatkan kehangatan keluarga, memiliki sahabat, diterima oleh kelompok sosial, dan sebagainya.
- d. Kebutuhan akan harga diri ataupun perasaan dihargai oleh orang lain. Kebutuhan ini terkait dengan keinginan untuk mendapatkan kekuatan, meraih prestasi, rasa percaya diri, dan kemerdekaan diri. Selain itu, orang juga memerlukan pengakuan dari orang lain.
- e. Kebutuhan aktualisasi diri, merupakan kebutuhan tertinggi dari hierarki Maslow, berupa kebutuhan untuk berkontribusi pada orang lain/lingkungannya serta mencapai potensi diri sepenuhnya.
- f.

Gambar 2. 2

Kebutuhan Dasar Manusia Menurut Maslow



Berdasarkan teori Maslow kasus Dispepsia pada pasien kelolaan mengalami gangguan kebutuhan dasar rasa aman nyaman yang disebabkan oleh nyeri akut.

1. Pengertian nyeri

Nyeri merupakan kondisi berupa perasaan tidak menyenangkan bersifat sangat subjektif karena perasaan nyeri berbeda pada setiap orang dalam hal skala atau tingkatannya, dan hanya orang tersebutlah yang dapat menjelaskan atau mengevaluasi rasa nyeri yang dialaminya (Alimul Hidayah & Uliyah, 2014).

2. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Nyeri

Faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri (Alimul Hidayah & Uliyah, 2014) antara lain :

- a. Arti nyeri

Arti nyeri bagi seseorang memiliki banyak perbedaan dan hampir sebagian arti nyeri merupakan arti yang negatif, seperti membahayakan, merusak dan lain-lain. Keadaan ini dipengaruhi oleh beberapa faktor, seperti usia, jenis kelamin, latar belakang, sosial budaya, lingkungan dan pengalaman.

- b. Persepsi nyeri

Persepsi nyeri merupakan penilaian yang sangat subjektif tempatnya pada korteks (pada fungsi evaluative kognitif). Persepsi ini dipengaruhi oleh faktor yang dapat memicu stimulasi nociceptor.

- c. Toleransi nyeri

Toleransi ini erat hubungannya dengan intensitas nyeri yang dapat mempengaruhi kemampuan seseorang menahan nyeri. Faktor yang dapat mempengaruhi peningkatan toleransi nyeri antara lain alcohol, obat-obatan, hipnotis, gesekan atau garukan, pengalihan perhatian, kepercayaan yang kuat, dan sebagainya. Sementara itu faktor yang menurunkan toleransi antara lain kelelahan, rasa marah, bosan, cemas, nyeri yang tidak kunjung hilang, sakit, dan lain-lain.

- d. Reaksi terhadap nyeri

Reaksi terhadap nyeri merupakan bentuk respons seseorang terhadap nyeri, seperti ketakutan, gelisah, cemas, menangis, dan

menjerit. Semua ini merupakan bentuk respons nyeri yang dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti arti nyeri, tingkat persepsi nyeri, pengalaman masa lalu, nilai budaya, harapan sosial, kesehatan fisik dan mental, rasa takut, cemas, usia, dan lain-lain.

3. Jenis Nyeri

International Association for the Study of Pain (IASP) telah mengidentifikasi beberapa kategori nyeri. Diantara kategori ini adalah nyeri akut, nyeri alih, nyeri kanker, dan nyeri kronis (Rosdahl & Kowalski, 2017).

a. Nyeri akut

Nyeri akut biasanya merupakan sensasi yang terjadi secara mendadak, paling sering terjadi sebagai respons terhadap beberapa jenis trauma. Penyebab umum nyeri akut adalah trauma akibat kecelakaan, infeksi, dan pembedahan. Nyeri akut terjadi dalam periode waktu yang singkat, biasanya 6 bulan atau kurang, dan biasanya bersifat intermitten (sesekali), tidak konstan.

b. Nyeri alih

Nyeri alih adalah nyeri yang berasal dari satu bagian tubuh, tetapi dipersepsikan dibagian tubuh lain. Nyeri alih paling sering berasal dari dalam visera (organ internal) dan dapat dipersepsikan dikulit, meskipun dapat juga dipersepsikan dalam area internal yang lain.

c. Nyeri kanker

Nyeri kanker adalah hasil dari beberapa jenis keganasan. Sering kali, nyeri kanker sangat hebat dan dapat dianggap intractable (tidak dapat diatasi) dan kronis.

d. Nyeri kronis

Nyeri kronis atau sering disebut juga nyeri neuropatik didefinisikan sebagai ketidaknyamanan yang berlangsung dalam periode waktu lama (6 bulan atau lebih) dan dapat terjadi seumur

hidup klien. Nyeri kronis sebenarnya dapat terjadi akibat kesalahan sistem saraf dalam memproses input (asupan) sensori.

4. Cara Pengukuran Nyeri

Beberapa cara mengukur skala nyeri (Rosdahl & Kowalski, 2017) antara lain :

a. Skala intensitas nyeri

Biasanya diberikan untuk anak berusia lebih dari 7 tahun dan untuk orang dewasa. Pada skala ini, klien diminta untuk menilai nyerinya dengan memilih kata-kata deskriptif, dengan memilih angka yang tepat pada skala angka dari 0 (tanpa nyeri) sampai 10 (nyeri tak tertahankan)

- 1) 0 = tidak nyeri
- 2) 1-3 = nyeri ringan
- 3) 4-6 = nyeri sedang
- 4) 7-9 = sangat nyeri, tetapi masih bisa dikendalikan dengan aktivitas yang biasa dilakukan
- 5) 10 = nyeri tak tertahan

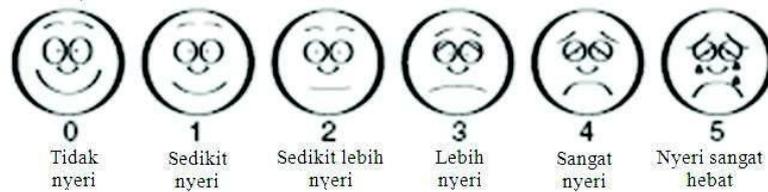
b. Skala Nyeri McGill-Melzack

Meminta klien memilih salah satu bilangan dari (0-5) yang menurutnya paling menggambarkan pengalaman nyeri yang dirasakan.

- 1) 0 = tidak nyeri
- 2) 1 = nyeri ringan
- 3) 2 = nyeri sedang
- 4) 3 = nyeri berat
- 5) 4 = nyeri sangat berat
- 6) 5 = nyeri hebat

c. Skala Wajah Nyeri Wong-Baker

Dibuat terutama untuk anak yang sudah dapat berbicara, antara usia 3 dan 7 tahun. klien diminta untuk memilih wajah yang paling mendeskripsikan bagaimana perasaannya karena rasa sakit atau nyeri yang dialami.



C. Konsep Proses Keperawatan

Proses keperawatan adalah suatu metode pemberian asuhan keperawatan yang sistematis dan rasional. Metode pemberian asuhan keperawatan yang terorganisir dan sistematis, berfokus pada respon yang unik dari individu terhadap masalah kesehatan yang aktual dan potensial (Suarni & Apriyani, 2017).

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien (Suarni & Apriyani, 2017).

Pengkajian pada Dispepsia (Mardalena, 2018), antara lain :

- a. Identitas
 - 1) Identitas pasien : nama, umur, jenis kelamin, suku, agama, pekerjaan, pendidikan, alamat.
 - 2) Identitas penanggung jawab : nama, umur, jenis kelamin, agama, pekerjaan, hubungan dengan pasien, alamat.
- b. Alasan utama datang kerumah sakit
- c. Keluhan utama
- d. Riwayat kesehatan sekarang
- e. Riwayat kesehatan dahulu
- f. Riwayat kesehatan keluarga
- g. Riwayat pengobatan dan alergi
- h. Pengkajian fisik
 - 1) Keadaan umum : sakit/nyeri, status gizi, sikap, personal hygiene dan lain lain

2) Data sistemik

- a. Sistem persepsi sensori : pendengaran, penglihatan, pengecap, peraba, dan lain lain
- b. Sistem penglihatan : nyeri tekan, lapang pandang, kesimetrisan mata, alis, kelopak mata, konjungtiva, sclera, kornea, reflek, pupil, respon cahaya, dan lain lain
- c. Sistem pernapasan : frekuensi, batuk, bunyi napas, sumbatan jalan napas, dan lain lain
- d. Sistem kardiovaskuler : tekanan darah, denyut nadi, bunyi jantung, kekuatan, pengisian kapiler, edema, dan lain lain
- e. Sistem saraf pusat : kesadaran, bicara, pupil, orientasi waktu, orientasi tempat, orientasi orang, dan lain lain
- f. Sistem gastrointestinal : nafsu makan, diet, porsi makan, keluhan, bibir, mual dan tenggorokan, kemampuan mengunyah, kemampuan menelan, perut, kolon dan rektum, rectal taucher, dan lain lain
- g. Sistem muskuloskeletal : rentang gerak, keseimbangan dan cara jalan, kemampuan memenuhi aktivitas sehari-hari, genggaman tangan, otot kaki, akral, fraktur, dan lain lain
- h. Sistem integumen : warna kulit, turgor, luka, memar, kemerahan, dan lain lain
- i. Sistem reproduksi : infertile, masalah menstruasi, skortum, testis, prostat, payudara, dan lain lain
- j. Sistem perkemihan : urin (warna, jumlah, dan pancaran), BAK, vesika urinaria

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosa keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons pasien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (PPNI, 2017).

Diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien dispepsia yaitu : nausea, nyeri akut, gangguan pola tidur, gangguan menelan, kerusakan membran mukosa oral, insomnia, kerusakan gigi, perawatan diri (mandi), perawatan diri (eliminasi), perawatan diri (berpakaian), hipertermi (Apriyani, 2016).

Diagnosa keperawatan yang muncul pada kasus dispepsia (Mardalena, 2018) adalah :

- a. Nyeri ulu hati berhubungan dengan iritasi dan inflamasi pada lapisan mukosa, sub mukosa, dan lapisan otot lambung.
- b. Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan disfagia, esofagitis, dan anorexia.
- c. Ketidakseimbangan cairan berhubungan dengan gastroenteritis
- d. Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik

3. Rencana Keperawatan

Tahapan perencanaan keperawatan adalah perawat merumuskan rencana keperawatan menggunakan pengetahuan dan alasan untuk mengembangkan hasil yang diharapkan untuk mengevaluasi asuhan keperawatan yang diberikan (Suarni & Apriyani, 2017).

Rencana asuhan keperawatan pada kasus dispepsia yang disusun berdasarkan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SIKI) terdapat pada tabel 2.1 di bawah ini:

Tabel 1.1
Rencana Asuhan Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia)	SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia)
1	2	3	4
1.	<p>Nyeri Akut</p> <p>Definisi: Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan kulit aktual atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.</p> <p>Penyebab : Agen pencedera fisiologis, agen pencedera kimiawi, agen pencedera fisik.</p> <p>Tanda mayor : Mengeluh nyeri, tampak meringis, gelisah, frekuensi</p>	<p>Tingkat Nyeri (L.08066)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan masalah dapat teratasi dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Gelisah menurun 5. Kesulitan tidur menurun 6. Menarik diri menurun 7. Berfokus pada diri sendiri menurun 8. Diaphoresis menurun 	<p>Manajemen Nyeri (I.08238)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi nyeri, lokasi, karakteristik, frekuensi nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respons nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri terhadap

	<p>nadi meningkat, sulit tidur.</p> <p>Tanda minor : pola nafas berubah, nafsu makan menurun, diaphoresis, berfokus pada diri sendiri.</p>	<p>9. Perasaan depresi menurun</p> <p>10. Perasaan takut mengalami cedera berulang menurun</p> <p>11. Anoreksia menurun</p> <p>12. Frekuensi nadi membaik</p>	<p>kualitas hidup</p> <p>8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</p> <p>9. Monitor efek samping penggunaan analgetik</p> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri 2. kontrol lingkungan yang memperberat nyeri 3. Fasilitasi istirahat dan tidur 4. Pertimbangan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan memonitor nyeri secara
--	--	---	---

			<p>mandiri</p> <p>4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat</p> <p>5. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri</p> <p>Kolaborasi</p> <p>Kolaborasi teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri</p>
2.	<p>Nausea</p> <p>Definisi : perasaan tidak nyaman pada bagian belakang tenggorokan atau lambung yang mengakibatkan muntah.</p> <p>Penyebab : Gangguan pada esofagus, iritasi lambung, distensi lambung, rasa makanan/minuman yang tidak enak.</p> <p>Tanda mayor : Mengeluh mual, merasa ingin muntah, tidak berminat</p>	<p>Tingkat Nausea (L.08065)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan masalah dapat teratasi dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perasaan ingin muntah menurun 2. Perasaan asam dimulut menurun 3. Pucat menurun 4. Sensasi panas menurun 5. Sensasi dingin menurun 6. Diaphoresis menurun 7. Takikardia menurun 	<p>Manajemen mual (L.03117)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pengalaman mual 2. Identifikasi isyarat nonverbal ketidaknyamanan 3. Identifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup 4. Identifikasi faktor penyebab mual 5. Monitor mual 6. Monitor asupan nutrisi dan kalori <p>Terapeutik</p>

	<p>makan.</p> <p>Tanda minor : Merasa asam dimulut, sering menelan, saliva meningkat, pucat.</p>	<p>8. Frekuensi menelan menurun</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan makanan dalam jumlah kecil dan menarik 2. Kendalikan faktor lingkungan penyebab mual 3. Kurangi atau hilangkan keadaan penyebab mual 4. Berikan makanan dingin, cairan bening, tidak berbau dan tidak berwarna <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan istirahat dan tidur yang cukup 2. Anjurkan membersihkan mulut 3. Anjurkan makanan tinggi karbohidrat dan rendah lemak 4. Ajarkan penggunaan teknik nonfarmakologis untuk mengatasi mual <p>Kolaborasi</p> <p>Kolaborasi pemberian antiemetik</p>
--	--	-------------------------------------	---

3.	<p>Ansietas</p> <p>Definisi : Kondisi emosi dan pengalaman subjektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman.</p> <p>Penyebab : kebutuhan tidak terpenuhi, ancaman terhadap konsep diri, ancaman terhadap kematian, dan kurang terpapar informasi.</p> <p>Tanda mayor : merasa bingung, merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dialami, sulit berkonsentrasi, tampak gelisah, tampak tegang, sulit tidur.</p> <p>Tanda minor : Mengeluh pusing, frekuensi napas, nadi, tekanan darah</p>	<p>Tingkat ansietas (L.09093)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan masalah dapat teratasi dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbalisasi khawatir akibat kondisinya menurun 2. Verbalisasi kebingungan menurun 3. Kecemasan terhadap penyakitnya menurun 4. Perilaku gelisah menurun 5. Perilaku tegang menurun 6. Pucat menurun 7. Tremor menurun 8. Konsentrasi membaik 9. Tekanan darah membaik 	<p>Reduksi Ansietas (I.09314)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah 2. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan 3. Monitor tanda-tanda ansietas <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 2. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan 3. Pahami situasi yang membuat ansietas 4. Dengarkan dengan penuh perhatian 5. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan 6. Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan 7. Motivasi mengidentifikasi situasi yang
----	--	--	--

	meningkat, dan muka tampak pucat.		<p>memicu kecemasan</p> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien 2. Latih teknik relaksasi
4.	<p>Defisit Nutrisi</p> <p>Definisi : Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme</p> <p>Penyebab :</p> <p>Kurangnya asupan makanan, ketidakmampuan menelan makanan, ketidakmampuan mencerna makanan, peningkatan kebutuhan metabolisme</p>	<p>Status Nutrisi (L.03030)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan masalah dapat teratasi dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Porsi makanan yang dihabiskan meningkat 2. Berat badan naik 3. Nafsu makan membaik 	<p>Manajemen Nutrisi (I.03119)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Identifikasi makanan yang disukai 4. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient 5. Monitor asupan makanan 6. Monitor berat badan 7. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sajikan makanan yang menarik dan

			<p>suhu yang sesuai</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Lakukan oral hygiene sebelum makan 3. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi 4. Berikan suplemen makanan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan posisi duduk 2. Ajarkan diet yang diprogramkan <p>Kolaborasi</p> <p>Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan</p>
5.	<p>Intoleransi Aktivitas</p> <p>Definisi : ketidakcukupan energy untuk melakukan aktivitas</p> <p>Penyebab : ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, tirah baring, kelemahan, imobilitas, dan gaya hidup monoton</p> <p>Tanda mayor : mengeluh lelah,</p>	<p>Toleransi Aktivitas (L.05047)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan masalah dapat teratasi dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemudahan melakukan aktivitas sehari-hari meningkat 2. Keluhan lelah menurun 3. Dispnea saat/setelah aktivitas 	<p>Manajemen Energi (I.05178)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Monitor kelelahan fisik dan emosional 3. Monitor pola dan jam tidur 4. Monitor lokasi dan ketidaknyaman selama melakukan aktivitas

<p>frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi sehat</p> <p>Tanda minor : dispnea saat/setelah aktivitas, merasa tidak nyaman setelah beraktivitas, dan merasa lemah</p>	<p>menurun</p> <p>4. Frekuensi nadi membaik</p>	<p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus 2. Lakukan latihan rentang gerak pasif/aktif 3. Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan tirah baring 2. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap <p>Kolaborasi</p> <p>Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan</p>
---	---	--

4. Implementasi

Implementasi keperawatan merupakan serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Tahapan implementasi adalah pelaksanaan sesuai rencana yang sudah disusun pada tahap sebelumnya (Suarni & Apriyani, 2017).

5. Evaluasi Keperawatan

Tahap evaluasi merupakan perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan berkesinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya (Suarni & Apriyani, 2017).