

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Teori Penyakit**

##### **1. Pengertian**

Gastritis adalah inflamasi pada mukosa lambung yang ditetapkan berdasarkan gambaran dari histologis mukosa lambung gastritis berkaitan dengan proses inflamasi epitel pelapis lambung dan luka pada mukosa lambung. Istilah gastritis digunakan secara luas untuk gejala klinis yang timbul di abdomen bagian atas atau yang disebut daerah epigastrium pada pemeriksaan endoskopi gastritis dideskripsikan sebagai edema pada mukosa lambung namun temuan edema pada pemeriksaan endoskopi tidak spesifik menunjukan inflamasi pada mukosa lambung (Rugge D. , 2020)

Gastritis adalah penyakit yang disebabkan oleh adanya asam lambung yang berlebihan atau meningkatnya asam lambung. hal ini mengakibatkan lambung meradang atau teriris dan menjadi nyeri pada ulu hati gejala yang terjadi yaitu perut terasa perih dan mulas. (Jusup, 2018)

Gastritis merupakan gangguan pencernaan yang sering dijumpai dalam praktik klinik. Infeksi gastritis terutama disebabkan oleh kuman *Helicobacter pylori*. Di Negara berkembang prevalensi infeksi *Helicobacter pylori* pada orang dewasa mendekati 60% (menurut penelitian WHO pada tahun 2002). Selain bakteri *Helicobacter pylori*, beberapa jenis virus dapat juga menimbulkan gastroenteritis. (Dr.Endang L & Dr.VA.Puspadewi, 2012)

##### **2. Etiologi**

Penyebab dari gastritis antara lain (Ayu Rahayu, 2021) :

- a. Obat-obatan seperti obat antiinflamasi nonsteroid/OAINS (indometasin, ibuprofen, dan asam salisilat), sulfonamide, steroid,

kokain, agen kemo terapi (mitomisin, 5-fluora-2-deoxyuriine) silisat dan digital bersifat mengiritasi mukosa lambung.

- b. Minum beralkohol seperti whisky, vodka dan gin.
- c. Infeksi bakteri: seperti *H.pylor* (paling sering), *H.heilmanii*, streptococci, dan staphylococci.
- d. Infeksi virus oleh sitomegalovirus
- e. Infeksi jamur candidiasis histoplasmosis dan phycomycosis.
- f. Stress fisik yang di sebabkan oleh luka bakar, sepsis, trauma, pembedahan, gagal nafas, gagal ginjal kerusakan susunan saraf pusat dan refluks usus lambung.
- g. Makanan dan minuman yang bersifat iritasi makanan berbumbu dan minuman dengan kandungan kafein dan alkohol merupakan agen-agen iritasi mukosa lambung.

### 3. Patofisiologi

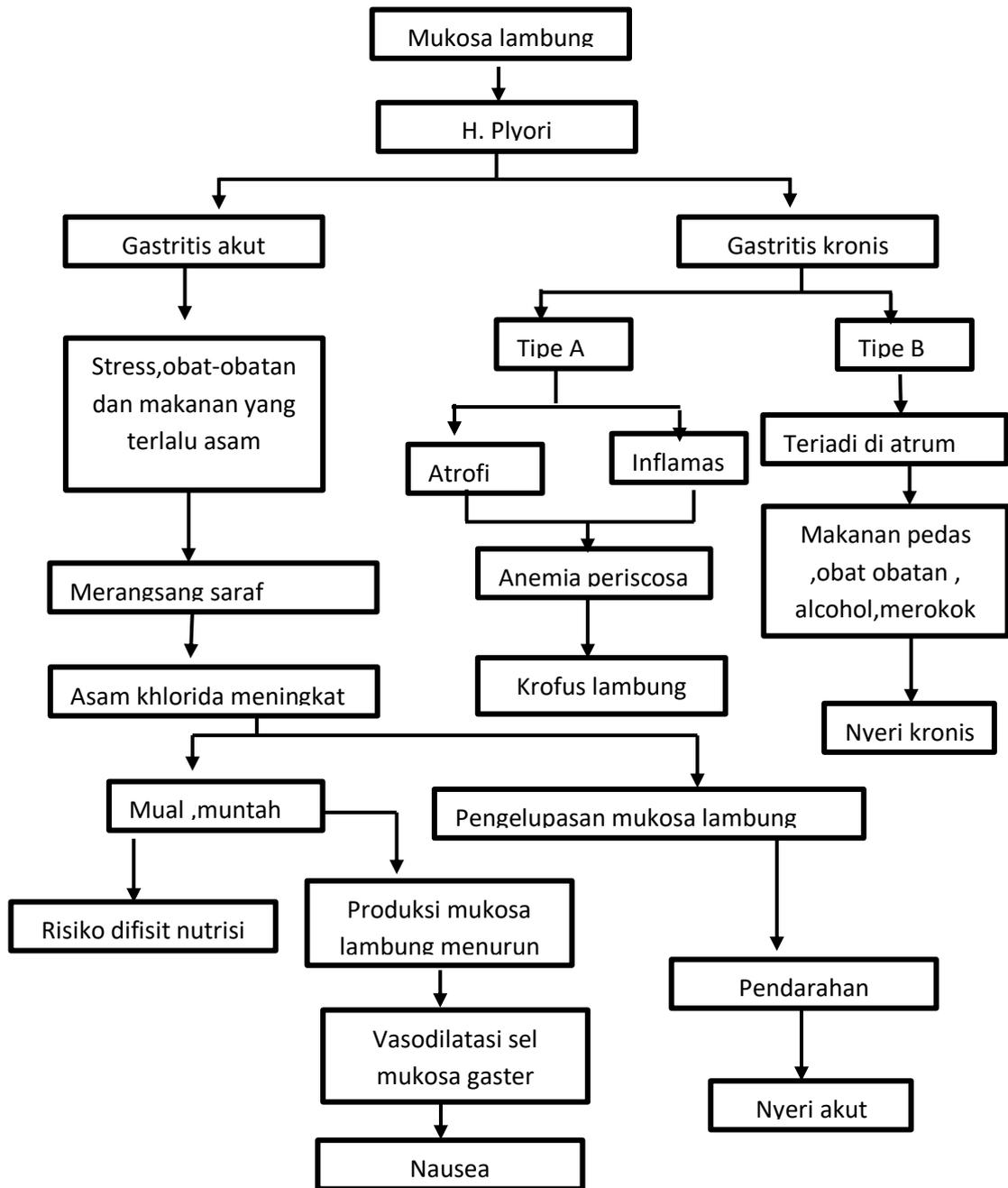
#### a. Gastritis akut

Gastritis akut dapat disebabkan oleh karena stress, zat kimia obat-obatan dan alkohol makanan yang pedas panas maupun asam. Pada pasien yang mengalami steesakan terjadi perangsangan saraf simpatik NV (*Nervus Vagus*) yang akan meningkatkan produksi asam klorida (HCL) didalam lambung dan menimbulkan rasa mual, muntah dan anoreksia. zat kimia maupun makanan yang merangsang akan meyebabkan sel epitel kolumner, yang berfungsi untuk menghasilkan mukus mengurangi produksinya sedangkan mukus tersebut berfungsi untuk meproteksi mukosa lambung agar tidak ikut tercernah respon mukosa lambung karena penurunan sekresi mukus bervariasi diantaranya vasodilatasi sel mukosa gaster. Lapisan mukosa gaster terdapat enzim yang memproduksi asam klorida atau HCL terutama daerah fundus. vasodilatasi mukosa gaster akan meyebabkan produksi HCL meningkat anoreksia juga dapat meyebabkan rasa mual nyeri, rasa nyeri ini timbul karena kontak HCL dengan mukosa gaster. respon mukosa lambung akibat penurunan sekresi mukus dapat berupa

pengelupasan. Pengelupasan sel mukosa lambung akan mengakibatkan erosi memicu timbulnya pendarahan. Pendarahan yang terjadi dapat mengancam hidup penderita namun dapat juga berhenti sendiri karena proses regenerasi sehingga erosi dapat menghilang dalam waktu 24-48 jam setelah pendarahan. (price & wilson, 2011)

b. Gastritis kronis

Infalamsi lambung yang lama dapat disebabkan oleh ulkus benigna atau maligna dari lambung atau bakteri *helicobactery pylory* ( *H. Pylory*) gastritis kronis dapat dikalsifikasikan sebagai tipe A/ tipe B, tipe A sering disebut sebagai gastritis autoimun diakibatkan dari perubahan sel pariental yang menimbulkan atrofi dan inflamasi seluler. Hal ini dihubungkan dengan penyakit autoimun seperti anemia pernisiiosa dan terjadi pada fundus atau korpus di lambung. Tipe B kadang disebut sebagai gastritis mempengaruhi antrum dan pylorus ujung bawah lambung dekat duodenum ini dihubungkan dengan bakteri pylory. Faktor diet seperti minum panas atau pedas, penggunaan obat-obatan dan alkohol, merokok, atau refluk isi usus kedalam lambung (Smeltzer & Bare, 2012).



Gambar 2.1  
Patway Gatritis

Sumber: (Smeltzer & Bare, 2012)

#### 4. Klasifikasi gastritis

Klasifikasi gastritis berdasarkan tingkat keparahan :

##### a. Gastritis akut

Gastritis akut adalah peradangan mukosa lambung yang menyebabkan perdarahan lambung akibat terpaparnya zat iritasi dan merupakan suatu penyakit yang mudah ditemukan, biasanya bersifat jinak dan dapat disembuhkan. (Smeltzer & Bare, 2012)

##### b. Gastritis kronik

Gastritis kronik adalah suatu peradangan permukaan mukosa lambung yang bersifat menahun, yang dibedakan ulkus atau bakteri *helicobacter pylori*. Gastritis kronik cenderung terjadi pada usia muda yang menyebabkan penipisan dan degenerasi dinding lambung. (Smeltzer & Bare, 2012)

##### c. Manifestasi klinis

Gambaran klinis pada gastritis yaitu :

###### 1) Gastritis akut, gambaran klinis meliputi :

- a) Dapat terjadi ulserasi superfisial dan dapat menimbulkan hemoragi.
- b) Rasa tidak nyaman pada abdomen dengan sakit kelapa, kelesuan, mual dan anoreksia disertai muntah dan cegukan.
- c) Beberapa pasien menunjukan asimtomatik.
- d) Dapat terjadi kolik dan diare jika makan yang mengiritasi tidak dimuntahkan, tetapi malah mencapai usus.
- e) Pasien biasanya pulih kembali sekitar sehari, meskipun nafsu makan akan hilang selama 2 sampai 3 hari. (Ayu, 2021)

###### 2) Gastritis kronis

Pada pasien gastritis tipe A secara khusus asimtomatik kecuali untuk gejala defisiensi vitamin B12. Ada gastritis tipe B, pasien mengeluh anoreksia ( nafsu makan menurun ), nyeri uluh hati setelah makan, kembung, rasa asam di mulut atau mual dan muntah. (Smeltzer & Bare, 2012)

d. Pemeriksaan diagnostik

Pemeriksaan diagnostik gastritis meliputi (Ayu, 2021)

- 1) Radiology : sinar x gastrointestinal bagian atas
- 2) Edoscopy : gastroscopy ditemukan dimuksa yang hiperemis
- 3) Laboratorium : mengetahui kadar asam hidroklorida
- 4) EGD (esofagogastriduodenoskopi) : tes diagnostik kunci untuk pendarahan gastritis, dikeluarkan untuk melihat sisi pendarahan atau derajat ulkus jaringan atau cedera
- 5) Pemeriksaan histopatologi : kerusakan mukosa karena erosi tidak pernah melewati mukosa muskularis
- 6) Analisa gaster : dapat dilakukan untuk menentukan adanya darah mengkaji aktivitas sekretori mukosa gaster contohnya peningkatan asam hidroklorik dan pembentukan asam noktura
- 7) tes feses akan positif pylorykeatinin : biasanya tidak meningkat bila perfusi ginjal dipertahankan
- 8) Amonia : dapat meningkat apabila disfungsi hati berat mengganggu metabolisme dan ekskresi urea atau tranfusi darah lengkap dan jumlah besar yang diberikan.
- 9) Natrium : dapat menurunkan sebagian kompensasi hormonal terhadap simpanan cairan tubuh
- 10) Kalium : dapat menurun pada awal karena pengosongan gaster berat atau muntah atau diare. Peningkatan\kadar kalium dapat terjadi setelah tranfusi darah
- 11) Amylase serum : meningkat dengan ulkus duodenal, kadar rendah diduga gastritis.

e. Penatalaksanaan medis

- 1) Pengobatan pada gastritis meliputi
  - a) Antikoagulan bila ada pendarahan pada lambung.
  - b) Antasida : pada gastritis yang parah cairan dan elektrolit diberikan intravena untuk mempertahankan keseimbangan

cairan sampai gejala-gejala mereda untuk Gastritis yang tidak pernah diobati dengan antasida dan istirahat.

- c) Histonin : ranitidine dapat diberikan untuk menghambat pembentukan asam lambung dan kemudian menurunkan iritasi lambung.
  - d) Sulcrafet : diberikan untuk melindungi mukosa lambung dengan cara menyeluputinya untuk mencegah difusi kembali asam dan pepsin yang menyebabkan iritasi .
  - e) Pembedahan : untuk mengangkat gangrene dan perforasi, gastrojejunuskopi/reseksi lambung mengatasi obstruksi pylorus.
- 2) Penatalaksanaan gastritis secara medis meliputi :
- Gastritis akut diatasi dengan mengitrusikan pada pasien untuk menghindari alkohol dan makanan sampai gejala berkurang. Bila pasien mampu makan melalui mulut, diet mengandung gizi dianjurkan. Bila pasien menetap, cairan perlu diberikan secara parenteral. Bila pendarahan terjadi maka penatalaksanaan adalah serupa dengan prosedur yang dilakukan untuk hemoragik saluran gastrointestinal atas. Bila diakibatkan oleh mencerna makanan yang sangat asam atau alkali pengobatan terdiri dari pengenceran dan penetralisasian agen penyebab. ( Ayu Rahayu, 2021)
- a) Untuk menetralkan asam digunakan antasida umum ( misal : aluminium hidroksida ) untuk menetralkan alkali digunakan jus lemon encer atau cuka encer.
  - b) Bila korosis luas atau berat emetic dan lase diberikan karena bahaya perforasi.
  - c) Terapi pendukung mencakup intubasi analgetik dan antasida, sedatif, serta cairan intravena.
- 3) Penatalaksanaan secara keperawatan meliputi :
- a) Tirah baring
  - b) Mengurangi stress
  - c) Diet

f. Komplikasi

Komplikasi yang mungkin dapat terjadi pada gastritis adalah (Price & Wilson, 2011):

- 1) Pendarahan saluran cerna bagian atas .
- 2) Ulkus peptikum, perforasi dan anemia karena gangguan absorpsi vitamin B12 .

B. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

Abraham Maslow mengungkapkan teori hierarki yang meliputi lima kebutuhan dasar manusia (Ineke Ptrisia & Juhdeliena, 2020). :

1. Kebutuhan Fisiologi merupakan tingkat paling dasar mencakup kebutuhan fisiologi seperti oksigen /udara, cairan, nutrisi, tidur dan istirahat suhu tubuh, eliminasi dan seksual semua komponen kecuali seks harus terpenuhi agar kehidupan manusia dapat dipertahankan. Pemenuhan kebutuhan seksual diperoleh untuk kelangsungan hidup umat manusia kebutuhan fisiologi dasar harus terpenuhi sebelum ke tingkat yang lebih tinggi.
2. Kebutuhan aman dan nyaman merupakan tingkat kedua meliputi kebutuhan aman dan nyaman, baik fisik ( misalnya perlindungan diri dari cedera tubuh, nyeri kronis maupun akut pada bagian tubuh ) dan psikologis (misalnya kegelisahan, keamanan, meringis dan stabilisasi ) serta kebutuhan akan tempat tinggal dan bebas diri dari bahaya.
3. Kebutuhan cinta dan kepemilikan merupakan tingkat ketiga berisi tentang kebutuhan akan cinta dan kepemilikan termasuk persahabatan, hubungan sosial dan cinta manusia memiliki kebutuhan bawaan untuk menjadi bagian dari kelompok dan merasa diterima oleh orang lain.
4. Kebutuhan harga diri merupakan Tingkat keempat mencakup tentang kebutuhan harga diri yang melibatkan kepercayaan diri, kegunaan, prestasi dan harga diri individu perlu merasakan dirinya dihargai dan berharga. Kebutuhan harga diri dicapai saat sukses dalam pekerjaan dan aktivitas

lainnya serta ada pengakuan dari orang lain. Harga diri yang positif adalah sebuah aspirasi atas nilai pribadi seseorang.

5. Kebutuhan aktualisasi diri merupakan Tingkat terahir adalah kebutuhan untuk aktualisasi diri keadaan untuk mencapai kondisi optimal dan memiliki kemampuan untuk memecahkan dan mengatasi masalah secara realistis. Maslow mengatakan bahwa banyak orang yang sangat sibuk untuk kebutuhan fisiologi dan keselamatan dan keamanan. Orang cenderung memberi sedikit waktu dan energy untuk memenuhi kebutuhan cinta dan kepemilikan harga diri dan kebutuhan aktualisasi diri sehingga banyak orang yang merasa kurang puas ditingkat hierarki lebih tinggi.

seorang merasa nyaman untuk hidup dan memenuhi kebutuhan lainnya setelah merasa aman dan terjamin baik secara fisik, maupun psikologis serta merasa bebas dari bahaya dan ketakutan. Perawat dapat membantu menghilangkan ancaman terhadap rasa aman, termasuk menggunakan teknik mencuci tangan yang benar, menggunakan teknik dan balutan steril untuk mencegah infeksi pada luka dengan menggunakan pembalut steril, perawat dapat memberikan rasa aman pada klien dengan menjelaskan prosedur bedah sebelum operasi, termasuk juga tentang perawatan atau pengobatan lain pemberian dan penjelasan dapat membantu proses pemulihan paska operasi klien juga harus bebas dari pelecehan dan kekerasan (Ineke Ptrisia & Juhdeliena , 2020)

Tempat tinggal yang berkurang memadai mungkin tidak selalu mengancam nyawa tetapi akan menghalangi kemampuan seseorang untuk maju menuju tingkat kebutuhan yang lebih tinggi tempat tinggal seorang harus dapat memberiakan kehangatan yang diperlukan untuk mempertahankan fungsi tubuh yang memadai dan membantu individu merasa aman (Ineke Ptrisia & Juhdeliena , 2020)

Nyeri merupakan rasa ketidaknyamanan yang bersifat individual walaupun merupakan salah satu gejala yang paling sering di bidang medis, nyeri merupakan salah satu yang paling sedikit di pahami. Individu yang merasakan nyeri merasa tertekan atau menderita dan mencari upaya untuk

menghilangkannya atau mengamburkan kenyamanan. Penelitian nyeri (*international association for the study of pain ,IASP*) mendefinisikan nyeri sebagai suatu sensori subjektif dan pengalaman emosional yang tidak menyenangkan berkaitan dengan kerusakan jaringan yang aktual atau potensial. Nyeri merupakan faktor utama yang menghambat kemampuan dan keinginan individu untuk dari suatu penyakit (Potter & Perry, 2005)

### C. Konsep asuhan keperawatan pada pasien gastritis

#### 1. Pengkajiaan

Asuhan keperawatan gastritis meliputi pengkajian (Ayu, 2021) :

##### a. Identitas diri klien

- 1) Pasien : nama, tempat/tgl, lahir, umur, jenis kelamin, alamat, status perkawinan, agama, suku bangsa, pendidikan, pekerjaan, tanggal masuk RS.
- 2) Penanggungjawab : sumber informasi, keluarga terdekat yang dapat dihubungi, pendidikan, pekerjaan, alamat.

##### b. Riwayat kesehatan

- 1) Keluhan utama biasanya ditemukan rasa nyeri pada uluh hati di mana nyeri muncul secara tiba-tiba
- 2) Riwayat penyakit sekarang yaitu tanda dan gejala yang menyertai keluhan utama.
- 3) Riwayat penyakit dahulu, yaitu apakah klien pernah menderita penyakit sama sebelumnya atau penyakit yang menyebabkan bertambahnya penyakit gastritis.
- 4) Riwayat penyakit keluarga yaitu apakah ada anggota keluarga yang menderita penyakit yang sama.

#### 2. Pengkajiaan kebutuhan dasar manusia

##### a. Pola pemeliharaan kesehatan

Mengambarkan persepsi pemeliharaan dan penanganan kesehatan persepsi terhadap arti kesehatan dan penatalaksanaan kesehatan,

kemampuan menyusun tujuan, pengetahuan tentang praktik kesehatan.

b. Pola nutrisi-metabolik

Mengambarkan masukan nutrisi balance cairan dan elektrolit, nafsu makan, pola makan, diet, kesulitan menelan, mual/muntah, makanan kesukaan. Klien mengeluh nyeri di perut seperti di tusuk tusuk lakukan cek palpasi infeksi, alkultasi, dan perkusi.

c. Pola eliminasi

Menjelaskan pola fungsi eksresi kadung kemih dan kulit. Kebiasaan defekasi, ada tidaknya masalah defekasi, masalah miksi (oliguria, siuria, dll) penggunaan kateter, frekuensi defekasi dan miksi, karakteristik urin, pola input cairan dan infeksi saluran kantung kemih dll.

d. Pola latihan-aktivitas

Mengambarkan pola latihan aktivitas, fungsi pernafasaan dan sirkulasi pentingnya latihan/gerak dalam keadaan sehat dan sakit, gerakan tubuh dan kesehatan berhubungan satu sama lain, range of motion (ROM), riwayat penyakit jantung, ferkuensi irama dan kedalaman nafas, bunyi nafas riwayat penyakit paru.

e. Pola kognitif perseptual

Menjelaskan persepsi sensori dan kognitif pola persepsi sensori meliputi pengkajiaan fungsi pengelihatn, pendegaran, perasa, pembau dan kompresasinya terhadap tubuh. Sedangkan pola kognitif didalamnya mengandung kemampuan daya ingat klien terhadap peristiwa yang lama terjadi dan atau baru terjadi dan kemampuan orientasi klien terhadap waktu, tempat dan nama (orang, atau benda yang lainnya ). Tingkat pendidikan, persepsi nyeri dan penagganan nyeri kemampuan untuk mmengikuti, menilai nyeri skala 0 -10 pemakaiaan alat bantu dengar, melihat, kehilangan bagian tubuh atau fungsinya, tingkat kesadaran, orientasi pasien.

f. Pola istirahat tidur

Mengambarkan pola tidur, istirahat dan persepsi tentang energi, jumlah jam tidur pada siang dan malam, masalah tidur, insomnia atau mimpi buruk, penggunaan obat dan mengeluh letih.

g. Pola konsep persepsi diri

Mengambarkan sikap tentang diri sendiri dan persepsi terhadap kemampuan. Kemampuan konsep diri antara lain gambaran diri, harga diri, peran diri, identitas dan ide diri sendiri.

h. Pola peran dan hubungan

Mengambarkan dan mengetahui hubungan dan peran klien terhadap anggota keluarga dan masyarakat tempat tinggal, perkerjaan tempat tinggal, tidak punya rumah, tingkah laku yang passif /agresif terhadap orang lain masalah keuangan dll.

i. Pola reproduksi/ seksual

kepuasaan atau masalah aktual atau dirasakan dengan seksualitas dampak sakit terhadap seksualitas, riwayat haid, pemeriksaan mammae sendiri, riwayat penyakit hubungan seksual pemeriksaan genital.

j. Pola mekanisme koping

Mengambarkan kemampuan untuk menagani stress dan penggunaan sistem pendukung. Penggunaan obat untuk menagani stress, intraksi dengan orang terdekat, menagis, kontak mata, metode koping yang bisa digunakan, efek samping penyakit terhadap tingkat stress.

k. Pola keyakinan dan spiritual

Mengambarkan dan menjelaskan pola nilai keyakinan termasuk spritual. Menerapkan sikap dan keyakinan klien dalam melaksanakan agama yang dipeluk dan konsekuensinya. Agama kegiatan keagamaan dan budaya, bagi dengan orang lain bukti melaksanakan nilai dan kepercayaan mencari bantuan spiritual dan pantangan dalam agama selama sakit.

3. Diagnosa keperawatan

Adanya beberapa diagnosa keperawatan yang muncul pada penyakit ini antara lain : (Ayu, 2021)

- a. Nyeri kronis berhubungan dengan gangguan fungsi metabolik di tandai dengan mengeluh nyeri, tampak meringis, gelisah, bersikap protektif, pola tidur berubah, waspada, dan anoreksia. (PPNI, 2016)
  - b. Nausea berhubungan dengan iritasi lambung ditandai dengan mengeluh mual, merasa ingin muntah, tidak minat makan, merasa asam pada mulut, pucat. (PPNI, 2016)
  - c. Risiko difisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologi. (PPNI, 2016)
  - d. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencederaan fisiologi di tandai dengan mengeluh nyeri, tampak meringis, bersikap protektif, tekanan darah meningkat, nafsu makan berubah. (PPNI, 2016)
  - e. Difisit nutrisi berhubungan dengan kurangnya asupan makanan di tandai dengan nyeri abdomen, nafsu makan menurun, berat badan menurun minimal 10% di bawah rentang ideal, dan otot menguyah melemah. (PPNI, 2016)
  - f. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan di tandai dengan merasa tidak nyaman saat melakukan aktivitas, merasa lemah, mengeluh lemah. (PPNI, 2016)
4. Rencana keperawatan

Standar intervensi keperawatan Indonesia (SIKI) yang merupakan rangkaian standar pelayanan untuk penyelenggaraan praktik keperawatan di Indonesia. penyusunan standar intervensi keperawatan Indonesia tidak lain merupakan upaya persatuan perawatan nasional Indonesia (PPNI) menetapkan standar pemberian intervensi bagi klien dalam perencanaan asuhan keperawatan sebagai implementasi. (PPNI T. p., 2018)

Tabel 2.2  
Rencana Keperawatan Kasus Gastritis

No	Diagnosa	Tujuan	Intervensi
1	2	3	4
1	Nyeri kronis berhubungan dengan gangguan fungsi metabolik	Setelah melakukan asuhan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: Tingkat nyeri ( 08066) 1. Klien mengeluh nyeri menurun 2. Klien meringis menurun 3. Pola tidur klien membaik	Manajemen nyeri (082338) 1. Identifikasi lokasi,karakteristik dan durasi nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 4. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknik nafas dalam ) 5. Jelaskan strategi meredakan nyeri 6. Pemeriksaan tanda – tanda vital 7. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu Edukasi teknik nafas (12451) 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Jelaskan tujuan dan manfaat teknik nafas 3. Jelaskan prosedur teknik nafas 4. Anjurkan memposisikan tubuh nyaman mungkin (mis. Duduk, baring ) 5. Ajarkan melakukan inspirasi dengan menghirup udara melalui hidung secara perlahan 6. Ajarkan melakukan ekspirasi dengan menghembuskan udara mulut mencucu secara perlahan 7. Demonstrasikan menarik nafas selama 4 detik , menahan

1	2	3	4
			nafas selama 2 detik dan menghembuskan nafas selama 8 detik
2	Nausea berhubungan dengan iritasi lambung	Setelah melakukan asuhan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan tingkat nausea menurun dengan kriteria hasil : Tingkat nausea (08065) 1. Klien merasa mual menurun 2. Klien merasa ingin muntah menurun 3. Nafsu makan klien membaik 4. Klien pucat membaik 5. Mulut terasa asam menurun	Manajemen mual ( 03117) 1. Identifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup ( mis. Nafsu makan ) 2. Monitor mual 3. Monitor asupan nutrisi dan kalori 4. Anjurkan sering membersihkan mulut, kecuali jika merangsang mual 5. Kolaborasi pemberian antiemetic, jika perlu pemberian obat (02062 ) 1. Identifikasi kemungkinan alergi, interaksi dan kontraindikasi obat 2. Monitor efek samping obat 3. Lakukan prinsip enam benar ( pasie, obat, dosis, rute, waktu dan dokumentasi )
3	Risiko difisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis ( keenganan untuk makan )	Setelah melakukan asuhan keperawatan 3 x24 jam diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil : Status nutrisi (03030) 1. porsi makan yang di habiskan meningkat 2. kekuatan otot menelan meningkat 3. nafsu makan membaik	Manajemen nutrisi ( 03119) 1. Monitor asupan makanan 2. Sajikan makanan secara menarik dan suhu sesuai 3. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah kontipasi 4. Ajurkan posisi duduk ,jika perlu 5. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan jika perlu edukasi nutrisi ( 12395 ) 1. Identifikasi kemampuan dan waktu yang tepat menerima informasi

<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
			<ol style="list-style-type: none"><li>2. Persiapkan materi dan media seperti jenis jenis nutrisi cara mengolah dan cara menakar makanan</li><li>3. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</li><li>4. Berikan kesempatan bertanya</li><li>5. Ajarkan pasien dan keluarga memantau kondisi kekurangan nutrisi</li></ol>

#### 5. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan melibatkan rencana asuhan keperawatan yang diperoleh selama fase perencanaan. Dalam implementasi perawat melaksanakan rencana asuhan keperawatan atau supervisi keperawatan dari perawat lain untuk melakukan intervensi keperawatan. Implementasi adalah melakukan perencanaan berdasarkan intervensi keperawatan untuk membantu klien mencapai suatu tujuan atau hasil yang diharapkan. (Sirega, Pakpaham, & Togatorop, 2021)

#### 6. Evaluasi

Dalam evaluasi keperawatan menentukan respon pasien terhadap intervensi keperawatan dan mengetahui sejauh mana tujuan telah tercapai, jika hasil terpenuhi, revisi mungkin diperlukan dalam pengkajian (pengumpulan data), diagnosa keperawatan, perencanaan atau implementasi. Evaluasi juga merupakan penilaian ulang dan menginterpretasikan dan baru yang berkelanjutan untuk menentukan apa tujuan tercapainya sepenuhnya sebagian atau tidak sama sekali. Evaluasi memastikan bahwa klien menerima perawatan yang tepat dan kebutuhan terpenuhi. (Sirega, Pakpaham, & Togatorop, 2021)