

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### A. Konsep Teori Penyakit

##### 1. Pengertian

Dispepsia adalah rasa nyeri atau tidak nyaman di bagian ulu hati. Kondisi ini dianggap gangguan di dalam tubuh yang diakibatkan reaksi tubuh terhadap lingkungan sekeliling. Reaksi ini menimbulkan gangguan ketidakseimbangan metabolisme, dan sering kali menyerang individu usia produktif, yakni usia 30-50 tahun (Arif&Sari,2011).

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 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 sebagai berikut :

- 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, duodenum, tetapi pada pemeriksaan tidak ditemukan tanda-tanda tukak.
- 3) Refluks gastroesofagus. Gejala ini berupa rasa panas didada dan regurgitasi terutama setelah makan
- 4) Penyakit saluran empedu. Keluhan berupa nyeri 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 tidak bisa makan, 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 skapula kanan, penurunan berat badan, dan anoreksia
- e) Obat – obatan. Golongan *non sterod inflammatory drug* (NSID) dengan keluhan berupa rasa pahit atau tidak enak didaerah ulu hati, disertai mual, muntah.

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 pada kenaikan produksi asam lambung dan hal tersebut menimbulkan nyeri.
- 2) Kelainan psikis, stress, dan faktor lingkungan. Stress dan faktor lingkungan diduga berperan pada kelainan fungsional saluran cerna, menimbulkan gangguan sirkulasi dan motilitas.
- 3) Penyebab – penyebab lainnya seperti adanya kuman *Helicobacterpylori*, gangguan motilitas atau gerak mukosa lambung, konsumsi banyak makanan berlemak, kopi, alcohol, rokok, perubahan pola makan, dan pengaruh obat-obatan yang dimakan secara berlebihan dan dalam waktu yang lama (Arif & Sari, 2011).

### 3. Etiologi

#### a. Penyebab medis

- 1) Kolelitiasis. Dispepsia dapat terjadi pada batu empedu biasanya sesudah makan makanan berlemak. Kolik bariasis, gejala umum batu empedu, biasanya menyebabkan sakit akut yang menyebar ke punggung bahu dan dada. Pasien juga mengalami takikardia, menggigil, demam derajat rendah, petikie, urine berwarna gelap dan tinja berwarna dempul.
- 2) Sirosis. Pada sirosis, dispepsia bisa sembuh dengan konsumsi antacid. Efeknya adalah mual, muntah, buang angina, sembelit, diare, begah perut, dan sakit perut kuadran atas kanan. Penurunan berat badan, asites dan kelemahan otot juga umum.
- 3) Tukak dudonum. Sebagai gejala primer dari tukak duodenum, dispepsia berkisar dari rasa kembung atau tertekan yang samara atau sensasi berdenyut atau dibor dibagian tengah atau kanan epigastrium. Biasanya terjadi 1,5 – 3 jam setelah makan, dan bisa diredakan dengan konsumsi antasid.
- 4) Dilatasi lambung (akut). Rasa kenyang epigastrik adalah gejala awal dari dilatasi lambung, suatu kelainan yang membahayakan jiwa. Selain dispepsia, juga terjadi mual dan muntah, begah perut bagian atas, dan apatis. Pasien

menunjukkan tanda gejala seperti turgor kulit menurun, membran mukosa kering, dan lemah otot.

- 5) Tukak lambung. Tipikal dispepsia nyeri ulu hati sesudah makan terjadi awal pada tukak lambung gejala awal adalah sakit epigastrik yang terjadi bersama muntah, rasa kenyang dan begah perut. Penurunan berat badan dan perdarahan GI juga menjadi karakteristiknya.
- 6) Kanker GI. Kanker GI biasanya menimbulkan dispepsia kronis. Ciri lain mencakup anoreksia, lelah, ikterus, melena, hematemesis, sembelit, dan sakit perut.
- 7) Hiatus hernia. Dispepsia adalah akibat naiknya bagian bawah esofagus dan bagian atas lambung ke dada saat tekanan lambung meningkat
- 8) Tuberculosis paru. Dispepsia samar dapat terjadi bersama anoreksia, lemas dan penurunan berat badan.

b. Penyebab lain

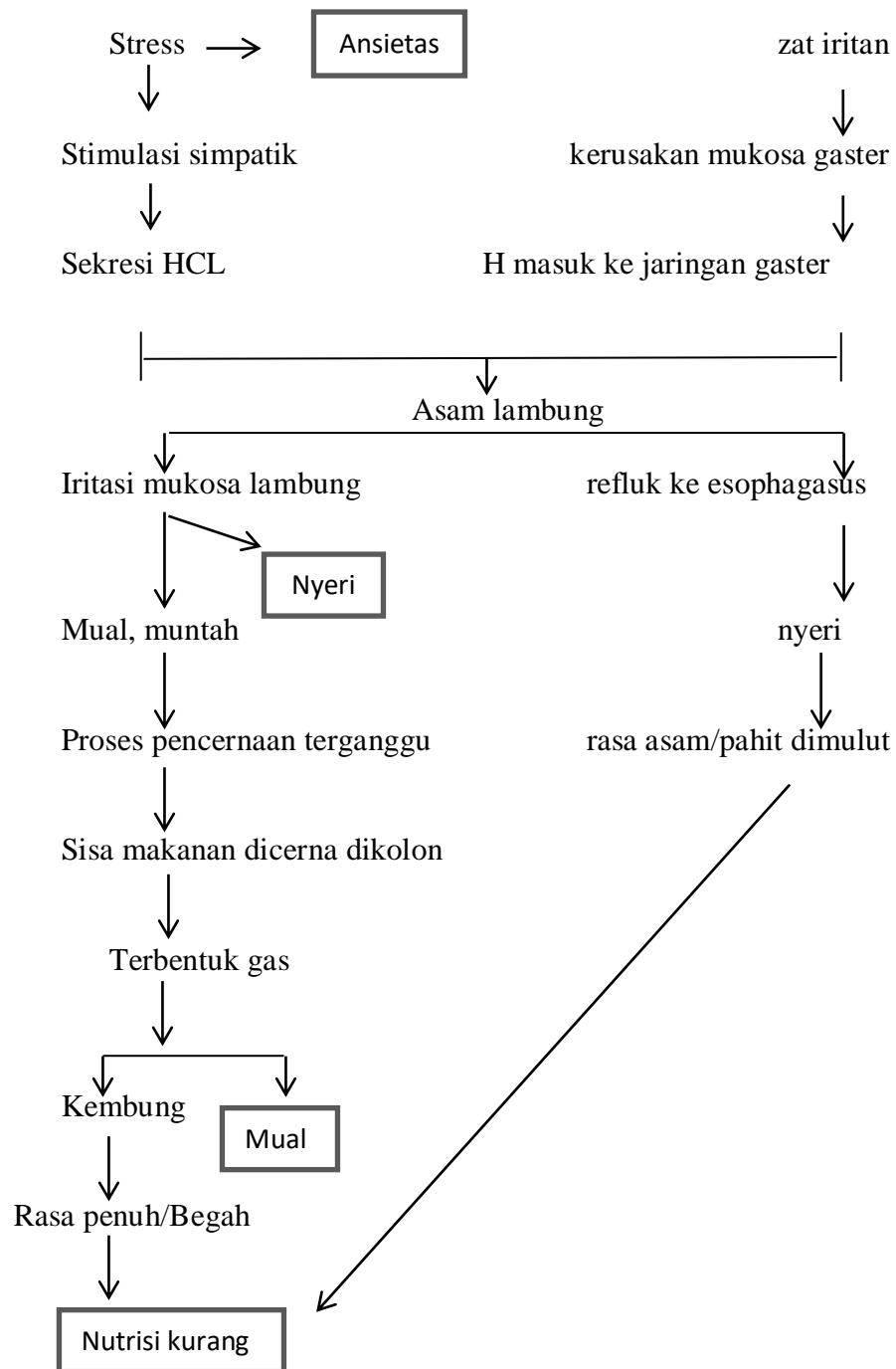
- 1) Obat. Obat anti peradangan nonsteroid, khususnya aspirin, umumnya menyebabkan dispepsia, diuretik, antibiotik, antihipertensi, kortikosteroid juga dapat menyebabkan dispepsia, tergantung pada toleransi pasien terhadap dosisnya.

- 2) Operasi. Sesudah operasi GI atau operasi lain, gastritis pasca operasi dapat menyebabkan dispepsia, yang biasanya hilang dalam beberapa minggu.

#### 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 ( Rudi Haryono, 2012).

Gambar 2.1  
Pathway Dispepsia



Sumber: Taufan Nugroho (2011)

## 5. Tanda dan gejala

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

## 6. Tes diagnostik

Dikutip dari buku Ida Mardalena, (2018). Pemeriksaan dilakukan untuk mengetahui adanya kuman *Helicobacter Pylori* dapat dilakukan melalui beberapa cara, antara lain :

### a. Pemeriksaan Noninvasif

Pemeriksaan ini dilakukan melalui pemeriksaan serum darah. Hasil positif menunjukkan hasil adanya infeksi oleh *Helicobacterpylori*.

### b. Pemeriksaan Invasif

Berupa pemeriksaan histologi atau patologi anatomi serta pemeriksaan CLO (*Campylobacter-like Organism*). Pemeriksaan ini dilakukan dengan cara percampuran 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 sistem PCR (*polymerase Chain Reaction*)



Pemeriksaan dilakukan dengan cara penyedotan cairan perut melalui selang yang dimasukkan lewat lubang hidung, kemudian cairan tersebut diperiksa menggunakan mikroskop. Jika penderita terinfeksi kuman, maka akan tampak kuman tersebut.

d. Endoskopi

Untuk mengetahui ada tidaknya luka diorofaring, warna mukosa menentukan ada tidaknya refluk esophagitis.

e. USG

Bila diduga ada kelainan di pancreas, kelainan otot tyroid dan tumor.

7. Komplikasi

Dikutip dari buku Ida Mardalena (2018), komplikasi yang mungkin muncul pada dispepsia antara lain perdarahan gastrointestinal, stenosis pylorus, dan perforasi (Corwin, 2000).

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 atau minuman yang mengandung alkohol. Gunakan obat secara wajar dan tidak mengganggu fungsi lambung.

## 9. Pengobatan

- a. Suportif, pengobatan ditujukan terhadap perubahan pola kebiasaan terutama mengenai jenis makanan yang berpengaruh
- b. Farmakologis, beberapa terapi obat yang diberikan misalnya antibiotic (jenis *ceftriaxone*, *cefoperazone*, *ampicillin*, *ceftaridine*), *anatagonis reseptor H<sub>2</sub>*, *antasida (omeprazole)*, dan *prokinetik* ( Arif & Sari, 2011).

## B. Konsep Kebutuhan Dasar

### 1. Konsep kebutuhan dasar

Setiap manusia memiliki kebutuhan dasar yang harus dipenuhi agar kehidupan dapat berjalan dengan baik. Menurut Abraham Maslow (1960) kebutuhan dasar manusia ada lima tingkatan atau hieraki dan disebut dengan istilah hierarki kebutuhan Dasar Maslow. Berikut merupakan hierarki yang meliputi lima kategori kebutuhan dasar :

#### a. Kebutuhan Fisiologis

Kebutuhan fisiologis merupakan kebutuhan paling dasar dan memiliki prioritas tertinggi dalam kebutuhan Maslow. Kebutuhan fisiologis merupakan hal yang mutlak harus terpenuhi oleh manusia untuk bertahan hidup. Contoh kebutuhan fisiologis adalah kebutuhan akan oksigen, cairan,

nutrisi, keseimbangan suhu, eliminasi, aktivitas, istirahat dan tidur serta kebutuhan seksual.

b. Kebutuhan Rasa Aman dan Nyaman

Kebutuhan rasa aman dan nyaman yang dimaksud adalah aman pada berbagai aspek, baik fisiologis maupun psikologis. Perlindungan fisiologis contohnya adalah perlindungan diri dari udara dingin, panas, kecelakaan dan infeksi. Perlindungan psikologis contohnya adalah bebas dari rasa takut dan kecemasan serta bebas perasaan terancam

c. Kebutuhan Rasa Cinta dan Kasih Sayang

Kebutuhan rasa cinta dan kasih sayang merupakan kebutuhan untuk memiliki dan dimiliki, antara lain memberi dan menerima kasih sayang, kehangatan, persahabatan, mendapat tempat dalam keluarga, kelompok social dan sebagainya.

d. Kebutuhan Harga Diri

Kebutuhan ini meliputi perasaan tidak bergantung pada orang lain, kompeten, penghargaan terhadap diri sendiri dan orang lain.

e. Kebutuhan Aktualisasi Diri

Kebutuhan ini berupa kebutuhan untuk berkontribusi pada orang lain/lingkungan serta mencapai potensi diri sepenuhnya. Kebutuhan ini meliputi mengenal dan

memahami diri, belajar memenuhi kebutuhan sendiri, berdedikasi tinggi, tidak emosional, kreatif dan percaya diri.

Berdasarkan Teori Maslow, kasus dispepsia pada pasien kelolalaan mengalami gangguan kebutuhan dasar rasa aman dan nyaman yang disebabkan oleh nyeri akut. Kebutuhan rasa aman dan nyaman adalah suatu keadaan bebas dari cedera fisik dan psikologis manusia yang harus dipenuhi. Sementara perlindungan psikologis meliputi perlindungan atas ancaman dari pengalaman yang baru dan asing. Bebas dari nyeri atau rasa ketidaknyamanan (Saputra, 2013).

## 2. Konsep Dasar Nyeri

### a. Pengertian nyeri

Nyeri merupakan bentuk ketidaknyamanan yang dapat dialami oleh setiap orang. Rasa nyeri dapat menjadi peringatan terhadap adanya ancaman yang bersifat aktual maupun potensial. Namun, nyeri bersifat subjektif dan sangat individual. Respons seseorang terhadap nyeri dipengaruhi oleh faktor jenis kelamin, usia, budaya, dan lain sebagainya. Berbagai faktor tersebut harus menjadi bahan pertimbangan bagi perawat dalam melakukan penatalaksanaan terhadap nyeri (Andarmoyo, 2013). Nyeri adalah sensori subjektif dan emosional yang tidak

menyenangkan yang dapat terkait dengan kerusakan jaringan aktuan maupun potensial, atau menggambarkan kondisi terjadinya kerusakan (*International Association For Study Of Pain, 2011*).

b. Klasifikasi nyeri

Nyeri dapat dibedakan berdasarkan jenis dan bentuknya. Menurut jenisnya nyeri dibagi menjadi 3 yaitu nyeri perifer nyeri ini dibagi menjadi 3 yaitu nyeri superfisial, nyeri viseral, nyeri alih. Nyeri sentral adalah nyeri yang muncul akibat rangsangan pada medula spinalis, batang otak dan thalamus. Nyeri Psikogenik adalah nyeri yang penyebab fisiknya tidak diketahui, umumnya nyeri ini disebabkan oleh faktor psikologis.

Menurut bentuknya nyeri dibedakan menjadi 2 yaitu nyeri akut adalah nyeri yang timbul secara mendadak dan cepat menghilang. Nyeri kronis adalah nyeri yang berlangsung berkepanjangan, berulang atau menetap, selama lebih dari 6 bulan dan sumber nyeri tidak dapat diketahui.

C. Konsep Proses Keperawatan

Pengkajian merupakan tahap pertama dalam proses keperawatan. Tahap ini sangat penting dalam tahap-tahap selanjutnya, data yang komprehensif dan valid akan menentukan penetapan diagnosa keperawatan dengan tepat dan benar, selanjutnya akan berpengaruh

dalam perencanaan keperawatan. Tujuan dari pengkajian adalah didapatkan data yang komprehensif yang mencakup data biologis, psikologis, sosial, dan spiritual. Tahap pengkajian dari proses keperawatan merupakan suatu proses dinamis yang terorganisasi yang meliputi empat aktivitas dasar atau elemen dari pengkajian yaitu pengumpulan data secara sistematis (data subjektif: pengakuan dan keluhan dari pasien, data objektif: data sumber lain yang tampak), memvalidasi data, memilih data, mengatur data, dan mendokumentasikan data dalam bentuk suatu format (Dikutip dari buku Tarwotom dan Wartonah, *Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses Keperawatan*, 2015).

Pengkajian pada dispepsia menurut Doenges (1999), antara lain:

1. Aktivitas/istirahat

Gejala: kelemahan, kelelahan

Tanda: tachicardi, takipnea/hiperventilasi.

2. Sirkulasi

Gejala: hipotensi, tachicardi, nadi perifer lemah, warna kulit pucat/sianosis, kelembapan kulit/membran mukosa berkeringat (menunjukkan status syok, nyeri akut)

3. Integritas ego

Gejala: faktor stress akut atau kronik (keuangan, hubungan kerja dan perasaan tak berdaya)

Tanda: ansietas, gelisah, berkeringat, gemetar.

#### 4. Eliminasi

Gejala: riwayat perawatan dirumah sakit sebelumnya karena perdarahan, gastrointestinal atau masalah yang berhubungan dengan gastrointestinal.

Tanda: nyeri tekan abdomen, distensi.

#### 5. Makanan/cairan

Gejala: anoreksia, mual, kesulitan menelan, nyeri ulu hati, perubahan berat badan.

Tanda: muntah, membran mukosa kering, penurunan produksi mukosa, turgor kulit buruk.

#### 6. Neurologi

Gejala: rasa denyutan, pusing/sakit kepala, kelemahan.

#### 7. Nyeri atau kenyamanan

Gejala: nyeri digambarkan sebagai tajam, dangkal, rasa terbakar, perih, nyeri hebat, rasa ketidaknyamanan/distress samar-samar setelah makan banyak dan hilang dengan makan, nyeri epigastrium kiri sampai tengah atau menyebar kepinggang terjadi 1-2 jam setelah makan dan hilang dengan antasida.

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

#### 8. Keamanan

Gejala: alergi terhadap obat/sensitive

Tanda: peningkatan suhu

#### D. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan pernyataan yang jelas mengenai status kesehatan atau masalah aktual atau risiko dalam rangka mengidentifikasi dan menentukan intervensi keperawatan untuk mengurangi, menghilangkan, mencegah masalah kesehatan pasien yang ada pada tanggung jawabnya (Carpenito, 2009). Diagnosa keperawatan merupakan pernyataan klinis tentang respon individu, keluarga, dan masyarakat terhadap masalah kesehatan baik aktual maupun potensial.

Menurut Arif dan Sari (2011) diagnosa yang mungkin muncul pada kasus dispepsia yaitu :

1. Nyeri akut berhubungan dengan iritasi dan inflamasi pada lapisan mukosa, submukosa dan lapisan otot lambung.
2. Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan disfagia, esophagitis dan anorexia.
3. Ketidakseimbangan cairan berhubungan dengan gastroenteritis
4. Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi
5. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik

#### E. Rencana Keperawatan

Rencana keperawatan merupakan tugas lanjut dari perawatan setelah mengumpulkan data yang bertujuan untuk memenuhi kebutuhan ibu sesuai dengan pengkajian yang dilakukan (Amelia,2019). Rencana keperawatan pada kasus dispepsia yang



disusun berdasarkan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) terdapat pada table 2.1 dibawah ini :

Tabel 2.1

Rencana Asuhan Keperawatan Kasus Dispepsia

No	Diagnosa Keperawatan	Rencana Tujuan (SLKI)	Rencana Tindakan (SIKI)
1	2	3	4
1.	<p>Nyeri akut</p> <p><b>Definisi:</b> 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 tiga bulan.</p> <p><b>Penyebab:</b> Agen pencedera fisiologis, agen pencedera kimiawi, agen pencedera fisik.</p> <p><b>Tanda mayor :</b> Mengeluh</p>	<p><b>Tingkat Nyeri</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan nyeri cukup menurun</li> <li>2. Meringis menurun</li> <li>3. Sikap protektif menurun</li> <li>4. Gelisah menurun</li> <li>5. Kesulitan tidur menurun</li> <li>6. Menarik diri menurun</li> <li>7. Berfokus pada diri sendiri menurun</li> <li>8. Diaforesis menurun</li> <li>9. Perasaan depresi menurun</li> <li>10. Perasaan takut mengalami cedera berulang menurun</li> <li>11. Anoreksia menurun</li> <li>12. Frekuensi nadi membaik</li> </ol>	<p><b>Manajemen Nyeri</b></p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, frekuensi nyeri</li> <li>2. Identifikasi skala nyeri</li> <li>3. Identifikasi respons nyeri non verbal</li> <li>4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri</li> <li>6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri</li> <li>7. Identifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup</li> </ol>

1	2	3	4
	<p>nyeri, tampak meringis, gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur.</p> <p><b>Tanda minor:</b> pola nafas berubah, nafsu makan menurun, diaphoresis, berfokus pada diri sendiri.</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"> <li>1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri</li> <li>2. Kontrol lingkungan yang memperberat</li> <li>3. Fasilitasi istirahat dan tidur</li> <li>4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</li> <li>2. Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</li> </ol>

1	2	3	4
			<p>4 Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat</p> <p>5 Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri</p> <p>Kolaborasi</p> <p>Kolaborasi teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri</p>
2.	<p>Nausea</p> <p><b>Definisi:</b> perasaan tidak nyaman pada bagian belakang tenggorokan atau lambung yang dapat mengakibatkan muntah.</p> <p><b>Penyebab:</b> Gangguan pada esofagus, iritasi lambung, distensi lambung, rasa</p>	<p><b>Tingkat Nausea</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perasaan ingin muntah menurun</li> <li>2. Perasaan asam dimulut menurun</li> <li>3. Pucat menurun</li> <li>4. Sensasi panas menurun</li> <li>5. Sensasi dingin menurun</li> <li>6. Diaforesis menurun</li> <li>7. Takikardia menurun</li> <li>8. Frekuensi menelan menurun</li> </ol>	<p><b>Manajemen mual</b></p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi pengalaman mual</li> <li>2. Identifikasi isyarat nonverbal ketidaknyamanan</li> <li>3. Identifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup</li> <li>4. Identifikasi faktor penyebab mual</li> <li>5. Monitor mual</li> <li>6. Monitor asupan nutrisi dan kalori</li> </ol>

1	2	3	4
	<p>makanan/minuman yang tidak enak</p> <p><b>Tanda mayor:</b> Mengeluh mual, merasa ingin muntah, tidak berminat makan.</p> <p><b>Tanda minor:</b> Merasa asam di mulut, sering menelan, saliva meningkat, pucat.</p>		<p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan makanan dalam jumlah kecil dan menarik</li> <li>2. Kendalikan faktor lingkungan penyebab mual</li> <li>3. Kurangi atau hilangkan keadaan penyebab mual</li> <li>4. Berikan makanan dingin, cairan bening, tidak berbau dan tidak berwarna</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan istirahat dan tidur yang cukup</li> <li>2. Anjurkan membersihkan mulut</li> <li>3. Anjurkan makanan tinggi karbohidrat dan rendah lemak</li> <li>4. Ajarkan penggunaan teknik nonfarmakologis untuk mengatasi</li> </ol>

1	2	3	4
			<p>mual</p> <p>Kolaborasi</p> <p>Kolaborasi pemberian antiemetic</p>
3.	<p>Ansietas</p> <p><b>Definisi:</b> Kondisi emosi dan pengalaman subjektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibatantisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman</p> <p><b>Penyebab:</b> Kebutuhan tidak terpenuhi, ancaman terhadap konsep diri, ancaman terhadap kematian dan kurang terpapar informasi.</p>	<p><b>Tingkat Ansietas</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Verbalisasi khawatir akibat kondisinya menurun</li> <li>2. Verbalisasi kebingungan menurun</li> <li>3. Kecemasan terhadap penyakitnya menurun</li> <li>4. Perilaku gelisah menurun</li> <li>5. Perilaku tegang menurun</li> <li>6. Pucat menurun</li> <li>7. Tremor menurun</li> <li>8. Konsentrasi membaik</li> <li>9. Tekanan darah membaik</li> </ol>	<p><b>Reduksi Ansietas</b></p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah</li> <li>2. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan</li> <li>3. Monitor tanda-tanda ansietas</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan</li> <li>2 Temani pasien untuk menguraikan kecemasan.</li> <li>3 Pahami situasi yang membuat ansietas</li> <li>4 Dengarkan dengan penuh perhatian</li> <li>5 Gunakan pendekatan yang tenang dan</li> </ol>

1	2	3	4
	<p><b>Tanda mayor :</b> Merasa bingung, merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dialami, sulit berkonsentrasi, tampak gelisah, tampak tegang, sulit tidur.</p> <p><b>Tanda minor :</b> Mengeluh pusing, frekuensi nafas, nadi, tekanan darah meningkat dan muka tampak pucat.</p>		<p>menyakinkan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan</li> <li>2 Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien</li> <li>2. Latih teknik relaksasi</li> </ol>
4.	<p>Defisit nutrisi <b>Definisi:</b> Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme</p> <p><b>Penyebab:</b> Kurangnya asupan makanan, ketidakmampuan menelan makanan</p>	<p><b>Status Nutrisi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Porsi makanan yang dihabiskan meningkat</li> <li>2. Berat badan membaik</li> <li>3. Nafsu makan membaik</li> </ol>	<p><b>Manajemen Nutrisi</b></p> <p>observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi status nutrisi</li> <li>2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan.</li> <li>3. Identifikasi makanan yang disukai</li> <li>4. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien</li> </ol>

1	2	3	4
	ketidakmampuan mencerna makanan, peningkatan kebutuhan metabolisme.		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor asupan makanan</li> <li>2. Monitor berat badan.</li> <li>3. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sajikan makanan yang menarik dan suhu yang sesuai.</li> <li>2. Lakukan oral hygiene sebelum makan.</li> <li>3. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi</li> <li>4. Berikan suplemen makanan</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan posisi duduk.</li> <li>2. Ajarkan diet yang diprogramkan</li> </ol> <p>Kolaborasi</p> <p>Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan</p>



1	2	3	4
5.	<p><b>Hipovolemia</b></p> <p><b>Definisi:</b> Penurunan volume cairan intravaskuler, interstisiel/intraseluler.</p> <p><b>Penyebab:</b> Kehilangan cairan aktif, kekurangan intake cairan</p> <p><b>Tanda mayor:</b> Frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan menyempit.</p> <p><b>Tanda minor:</b> Mengeluh haus, kulit kering, membran mukosa kering, penurunan berat badan.</p>	<p><b>Status Cairan</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kekuatan nadi meningkat</li> <li>2. Membran mukosa lembap meningkat</li> <li>3. Rasa haus menurun</li> <li>4. Berat badan menurun</li> <li>5. Konsentrasi urine menurun</li> <li>6. Tekanan darah membaik</li> <li>7. Turgor kulit membaik</li> </ol>	<p><b>Manajemen Hipovolemia</b></p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Periksa tanda dan gejala hipovolemia.</li> <li>2. Monitor intake dan output cairan.</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan asupan cairan oral.</li> <li>2. Hitung kebutuhan cairan</li> <li>3. Berikan posisi modified Trendelenburg</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral</li> <li>2. Anjurkan menghindari perubahan posisi mendadak.</li> </ol> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis</li> <li>2. Kolaborasi pemberian produk darah</li> </ol>

#### F. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah 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 (Suarni & Apriyani,2017).

#### G. 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).