

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep penyakit**

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

Gastritis adalah suatu penyakit akibat proses inflamasi pada lapisan mukosa dan sub mukosa lambung, penyakit gastritis bisa menyebabkan ulkus pada lambung, gastritis merupakan penyakit yang cenderung mengalami kekambuhan dengan gejala seperti nyeri ulu hati, mual dan muntah. Gastritis adalah penyakit yang menyerang pada sistem pencernaan yang terjadi akibat suatu peradangan atau perdarahan pada bagian mukosa lambung (Putri & Setiadi, 2017).

Gastritis atau yang secara umum dikenal dengan istilah sakit “maag” atau sakit ulu hati ialah peradangan pada dinding lambung terutama pada selaput lendir lambung. Gastritis merupakan gangguan yang paling sering ditemui di klinik karena diagnosisanya hanya berdasarkan gejala klinis. Keadaan ini dapat diakibatkan makanan yang mengiritasi mukosa lambung, pengeluaran mukosa lambung yang berlebihan oleh secret lambung sendiri dan kadang-kadang karena peradangan bakteri (Afiska, 2015).

Gastritis pada lansia adalah suatu peradangan mukosa lambung yang bersifat kronis, difus atau lokal yang sering terjadi pada lansia: dua jenis gastritis yang paling sering terjadi: gastritis superfisial akut dan gastritis atropok kronik (Aspiani, 2014).

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

Menurut Sugano (2015) penyebab gastritis yang paling umum adalah infeksi bakteri *Helicobacter pylori*. Gastritis yang disebabkan oleh infeksi *H. pylori* menjadi faktor resiko penting timbulnya ulkus peptikum beserta komplikasinya dan kanker lambung, karena *H. pylori* dapat menyebabkan kerusakan progresif pada mukosa lambung.

Beberapa faktor lainnya yang dapat menyebabkan gastritis adalah konsumsi minuman alkohol, pola diet yang tidak baik, merokok. Penyakit sistemik non-infeksius seperti *Crohn's disease*, vaskulitis, alergi, dan eosinophilia dapat memengaruhi terjadinya gastritis (miftahussurur & rezkitha, 2021).

Jenis makanan yang dapat beresiko terhadap gastritis adalah makanan yang dapat meningkatkan produksi asam lambung seperti sering mengkonsumsi makanan yang tinggi lemak jenuh: santan, makanan pedas, makanan asam, makanan olahan atau makanan instan, makanan atau minuman yang bergas atau bersoda (Khafid, 2019).

Jenis kelamin merupakan salah satu pengaruh terjadinya gastritis, perempuan lebih mudah menderita gastritis dibandingkan pria dikarenakan tingkat kejadian stress pada perempuan cenderung lebih tinggi dan perempuan mengalami depresi dua kali lebih banyak dibanding pada laki-laki (Arikah, 2015).

Umur merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi terjadinya gastritis, masa remaja adalah masa mencari identitas diri, adanya keinginan untuk dapat diterima oleh teman sebaya, dan mulai tertarik pada lawan jenis yang menyebabkan remaja sangat menjaga penampilan. Remaja takut menjadi gemuk sehingga menghindari sarapan dan makan siang atau hanya makan sehari sekali yang memicu terjadinya gastritis (Oktaviani, 2016).

### 3. Klasifikasi

Secara perspektif klinis dan patologis menurut Kumar (2018) gastritis dibagi sebagai gastritis akut dan kronis:

#### a. Gastritis akut

Gastritis akut yaitu anorexia, mual, muntah, nyeri epigastrium, perdarahan saluran cerna pada hematemesis melena, tanda lebih lanjut yaitu anemia.

#### b. Gastritis kronik

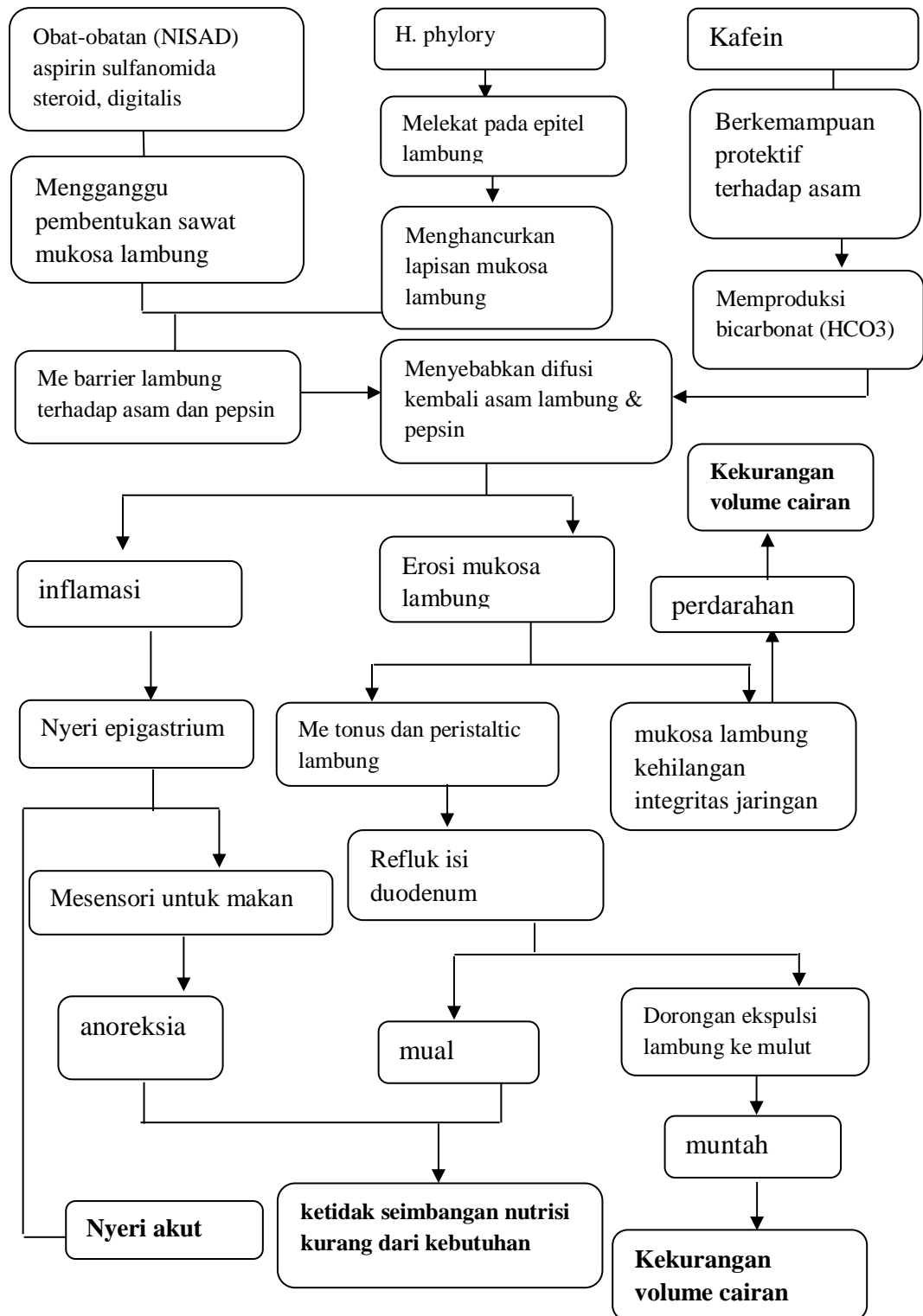
Gastritis kronik kebanyakan klien tidak mempunyai keluhan, hanya sebagian kecil mengeluh nyeri ulu hati, anorexia, nausea, dan keluhan anemia dan pemeriksaan fisik tidak dijumpai kelainan.

#### 4. Patofisiologi

Obat-obatan, alkohol, garam empedu dan enzim-enzim pankreas dapat merusak mukosa lambung, mengganggu pertahanan mukosa lambung dan memungkinkan difusi kembali, asam dan pepsin ke dalam jaringan lambung, hal ini menimbulkan peradangan respons mukosa terhadap penyebab iritasi tersebut dengan regenerasi mukosa, karena itu gangguan tersebut seringkali menghilang dengan sendirinya. Dengan iritasi yang terus menerus, jaringan menjadi meradang dan dapat terjadi perdarahan.

Masuknya zat-zat seperti asam dan basa yang bersifat korosif mengakibatkan peradangan dan nekrosis pada dinding lambung. Gastritis kronis dapat menimbulkan keadaan dengan atrofi kelenjar-kelenjar lambung dan keadaan mukosa terhadap bercak-bercak penebalan warna abu-abu. Hilangnya mukosa lambung akhirnya akan berakibat kurangnya sekresi lambung dan timbulnya anemia pemiosa. Mukosa lambung dengan bantuan prostaglandin melindungi muskular seluruh dari arodigestive bila pertahanan gagal terjadi gastritis. Setelah pertahanan saraf kolioergik, HCl berfungsi kedalam mukosa dan menyebabkan luka pada pembuluh darah kecil dan menyebabkan oedem. Perdarahan dan erosi pada dinding gastrik karena perkembangan penyakit, dinding gastrik menjadi tipis dan atrofi (Aspiani, 2014)

Bagan 2.1 Pathway



(Nurarif &amp; Kusuma, 2015)

## 5. Manifestasi klinis

Menurut (Nuarif & Kusuma, 2015) gastritis terbagi menjadi dua, yaitu:

- a. Gastritis akut: nyeri epigastrium, mual, muntah dan perdarahan terselubung maupun nyata. Dengan endoskopi terlihat mukosa lambung hyperemia dan oedem, mungkin juga ditemukan erosi dan perdarahan aktif.
- b. Gastritis kronik: kebanyakan gastritis asimtomatik, keluhan lebih berkaitan dengan komplikasi gastritis atrifik, seperti tukak lambung, defisiensi zat besi, anemia permiosa, dan karsinoma lambung.

## 6. Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan diagnostik menurut Nurarif & Kusuma (2015) sebagai berikut:

### a. Pemeriksaan darah

Tes ini digunakan untuk memeriksa adanya antibody *H. Pylori* dalam darah. Hasil tes 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 pernafasan

Tes ini dapat menentukan apakah pasien terinfeksi oleh bakteri *H. pylori* atau tidak.

### c. Pemeriksaan feses

Tes ini memeriksa apakah terdapat *H. pylori* dalam fess atau tidak. Hasil yang positif dapat mengindikasikan terjadinya infeksi pemeriksaan.

### d. 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 barium terlebih dahulu sebelum dilakukan ronsen. Cairan ini akan melapisi saluran cerna dan akan terlihat lebih jelas ketika ronsen.

7. Penatalaksanaan

Menurut Ardiansyah (2012) penatalaksanaan gastritis dibagi menjadi 2 yaitu:

a. Penatalaksanaan farmakologi

- 1) Antasida doen yang berisi alumunium, karbonat kalsium dan magnesium, untuk mengurangi gejala yang berhubungan dengan kelebihan asam lambung, tukak lambung, gastritis, dan gejala mual, nyeri lambung, nyeri ulu hati dan perasaan penuh pada lambung.
- 2) Histamin (H2) blocker, seperti ranitidine, untuk pengobatan jangka pendek untuk menangani kelebihan asam lambung.
- 3) Inhibitor Pompa Proton (PPI), seperti omeprazole untuk pengobatan jangka pendek untuk menurunkan kadar asam lambung dan meredakan gejala gastritis.
- 4) Lanzoprazole, pengobatan jangka pendek untuk menurunkan produksi asam berlebih pada lambung (Sukarmin).

b. Penatalaksanaan non-farmakologi

- 1) Menghindari makanan yang dapat meningkatkan asam lambung.
- 2) Menghindari faktor resiko seperti alkohol, makanan yang pedas, obat-obatan yang berlebihan, nikotin, rokok dan stress.
- 3) Mengatur pola makan.
- 4) Istirahat yang cukup.

8. Komplikasi

Bila tidak ditangani dengan tepat dapat mengakibatkan komplikasi sebagai berikut: perdarahan saluran cerna, kanker lambung, muntah darah, ulkus peptikum, anemia (Black & Hawks).

## B. Konsep kebutuhan dasar manusia

Menurut Abraham Mashlow dalam Uliya (2020) kebutuhan dasar manusia dibagi menjadi lima macam yaitu sebagai berikut:

### a. Kebutuhan fisiologis

Merupakan kebutuhan yang sangat primer dan mutlak harus dipenuhi seperti oksigen, cairan, nutrisi, eliminasi, istirahat, tidur, terbebas dari rasa nyeri, pengaturan suhu tubuh, dan seksual.

### b. Kebutuhan keselamatan dan keamanan

Dibagi menjadi 2 yaitu:

- 1) Perlindungan fisik, seperti perlindungan atas ancaman terhadap tubuh atau hidup seseorang.
- 2) Perlindungan psikologi, seperti ancaman yang mengancam tubuh seseorang dan kehidupannya ancaman bisa nyata atau hanya imajinasi seperti penyakit, nyeri, cemas.

### c. Kebutuhan mencintai dan dicintai

Kebutuhan ini merupakan suatu dorongan dimana seseorang berkeinginan untuk menjalin hubungan yang bermakna secara efektif atau hubungan emosional dengan orang lain.

### d. Kebutuhan harga diri

Kebutuhan ini terkait dengan keinginan untuk mendapatkan kekuatan, mendapatkan semangat untuk meraih prestasi, rasa percaya diri.

### e. Kebutuhan aktualisasi diri

Kebutuhan aktualisasi diri berupa kebutuhan untuk berkontribusi pada orang lain serta mencapai potensi diri sepenuhnya.

Gangguan pemenuhan kebutuhan dasar pada kasus gastritis adalah gangguan rasa aman dan nyaman yaitu rasa nyeri, selain itu kebutuhan yang terganggu yaitu kebutuhan fisiologis meliputi gangguan nutrisi serta istirahat dan tidur.

### 1. Pengertian

Pada kasus gastritis salah satu gejala yang di alami adalah nyeri ulu hati. Nyeri menyebabkan gangguan rasa aman dan nyaman yang dapat mengganggu aktifitas sehari-hari. Setiap manusia mempunyai kebutuhan dasar sebagai syarat untuk keberlangsungan hidup.

### 2. Etiologi nyeri

Nyeri dapat disebabkan oleh beberapa hal yaitu trauma, mekanik, thermos, elektrik, neoplasma (jinak dan ganas), peradangan (inflamasi), gangguan sirkulasi darah dan kelainan pembuluh darah serta yang terakhir adalah trauma psikologis (Handayani, 2015).

### 3. Fisiologi nyeri

Fisiologis nyeri termasuk suatu rangkaian proses neurofisiologis kompleks yang disebut sebagai nosiseptif yang merefleksikan empat proses komponen yang nyata yaitu transduksi, tranmisi, modulasi dan persepsi, dimana terjadinya stimuli yang kuat diperifer sampai dirasakannya nyeri di susunan saraf pusat.

### 4. Stimulus nyeri

Seseorang dapat menoleransi, menahan nyeri (*pain threshold*), atau dapat mengenali jumlah stimulasi nyeri sebelum merasakan nyeri (*pain threshod*). Terdapat beberapa jenis stimulus nyeri, di antaranya sebagai berikut:

- a. Trauma pada jaringan tubuh, misalnya karena bedah akibat terjadinya kerusakan jaringan dan iritasi secaralangsung pada reseptor.
- b. Gangguan pada jaringan tubuh, misalnya karena edema akibat terjadinya penekanan pada reseptor nyeri.
- c. Tumor, dapat juga menekan pada reseptor nyeri.
- d. Iskemia pada jaringan, misalnya terjadi blokade pada arteri koronaria yang menstimulasi reseptor nyeri akibat tertumpuknya asam laktat.
- e. Spasme otot, dapat menstimulasi mekanik.



## 5. Klasifikasi nyeri

Menurut Handayani (2015) klasifikasi nyeri sebagai berikut:

### a. Berdasarkan lama keluhan dan waktu kejadian

#### 1) Nyeri akut

Nyeri akut adalah respon fisiologi normal yang diramalkan terhadap rangsangan kimiawi, panas atau mekanik menyusul suatu pembedahan, trauma, penyakit akut. Ciri khas akut adalah nyeri yang diakibatkan kerusakan jaringan yang nyata dan akan hilang seiring dengan proses penyembuhannya, terjadi dalam waktu singkat dari 1 detik sampai kurang dari 6 bulan.

#### 2) Nyeri kronis

Nyeri kronis sebagai nyeri yang menetap melampaui waktu penyembuhan normal yakni enam bulan. Nyeri kronis dibedakan menjadi dua, yaitu: nyeri non maligna (nyeri kronis persisten dan nyeri kronis intermiten) dan nyeri kronis maligna.

### b. Berdasarkan lokasi nyeri

#### 1) Nyeri somatic

Nyeri timbul karena gangguan bagian luar tubuh, nyeri ini dibagi menjadi dua:

##### a) Nyeri superfisial

Biasanya timbul di bagian permukaan tubuh akibat stimulasi kulit seperti leseasi, luka bakar. Nyeri ini memiliki durasi pendek, terlokalisasi dan memiliki sensasi yang tajam.

##### b) Nyeri somatic dalam

Nyeri somatic dalam adalah nyeri yang terjadi pada otot dan tulang serta struktur penyokong lainnya.

##### c) Nyeri viseral

Nyeri yang disebabkan oleh kerusakan organ internal.

#### 2) Nyeri pantom

Nyeri pada klien yang menjalani operasi pengangkatan ekstremitas (amputasi).

## 3) Nyeri menjalar

Sensai nyeri yang meluas dari tempat awal cedera kebagian tubuh lain.

## 4) Nyeri alih

Nyeri yang timbul akibat adanya nyeri visceral yang menjalar ke organ lain sehingga nyeri dirasakan pada beberapa tempat.

## c. Berdasarkan etiologi nyeri:

## 1) Nyeri fisiologi atau nyeri organik

Nyeri yang disebabkan akibat adanya cedera, penyakit atau pembedahan salah satu atau beberapa organ.

## 2) Nyeri psikogenik

Nyeri ini terjadi karena efek-efek psikogenik seperti cemas dan takut yang dirasakan klien.

## 6. Pengukuran skala nyeri

## a. Numerical rating scale (NSR)

Merupakan pengukuran nyeri dimana kepada pasien dimintakan untuk memberikan angka 0 sampai 10. Nol diartikan sebagai tidak ada nyeri sedangkan 10 diartikan sebagai rasa nyeri yang hebat dan tidak tertahankan oleh pasien. Dimana angka-angka diletakkan dalam kotak berjajar serial. Dan pasien diminta untuk memberikan tanda silang pada intensitas nyeri yang dirasakan.

**Tabel 2.1 Numerical Rating Scale**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Keterangan:

0 = tidak nyeri, 1-3 = nyeri ringan, 4-6 = nyeri sedang, 7-9 = nyeri berat, 10 = nyeri sangat

(Handayani, 2015)

**Tabel 2.2 Keterangan Wong Baker Faces**

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 nyeridan tidak bisa dikontrol

Sedangkan menurut Handayani (2015) skala nyeri (McGill Scale) mengukur intensitas nyeri dengan menggunakan lima angka yaitu 0: tidak nyeri; 1: nyeri ringan; 2: nyeri sedang; 3: nyeri berat; 4: nyeri sangat berat; 5: nyeri hebat. Skala Wong Baker FACES Rating Scale yang ditunjukkan untuk klien yang tidak mampu berkomunikasi secara verbal dan lansia mengalami gangguan kognisi dan komunikasi.

### C. Konsep Asuhan Keperawatan

Pengkajian merupakan tahap awal dan dasar utama dari proses perawatan. Tahap pengkajian terdiri atas pengumpulan data. Data yang di kumpulkan meliputi data biologis, psikologis, sosial, dan spiritual.

#### 1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan. Pengkajian adalah proses pengumpulan semua data secara sistematis yang bertujuan untuk menentukan status kesehatan pasien saat ini.

Pengkajian pada pasien gastritis menurut Nuari (2015):

##### a. Penampilan umum

Pada pengkajian keperawatan perawat menghubungkan dengan keadaan psikologis dan patofisiologis pasien. Pasien diminta untuk menggambarkan apakah terasa nyeri, pucat, lemas. Pengkajian pada masalah nyeri secara umum yaitu pemicu nyeri, kualitas nyeri, lokasi nyeri, intensitas nyeri dan waktu serangan. Pengkajian PQRST antara lain:

- 1) P: *Provoking*, atau pemicu menimbulkan nyeri meningkat dan berkurang
  - 2) Q: *Quality*, atau kualitas nyeri misalnya rasa tajam atau tumpul
  - 3) R: *Region*, atau lokasi
  - 4) S: *Severity*, atau intensitas nyeri
  - 5) T: *Time* atau waktu, jangka waktu serangan atau frekuensi nyeri
- b. Pengumpulan data
- 1) Aktivitas atau istirahat  
Kelemahan, letih, nafas pendek, frekuensi jantung tinggi, takipnea, perubahan irama jantung.
  - 2) Integritas ego  
Berhubungan dengan faktor stres akut atau kronis dapat ditandai dengan ansietas, misalnya gelisah, pucat, berkeringat, perhatian menyempit, gemetar, suara gemetar.
  - 3) Makanan atau cairan  
Makanan yang menimbulkan gas, makanan pedas, anoreksia, mual, muntah, masalah menelan seperti cegukan, nyeri ulu hati, dan sendawa bau asam.
  - 4) Berat badan  
Mengalami penurunan berat badan.
  - 5) Neurosensori  
Pusing, sakit kepala, perubahan keterjagaan, gangguan penglihatan, respon motorik (penurunan kekuatan genggam tangan), penurunan retina optik.
  - 6) Pernapasan  
Dispepsia, takipnea, dispnea nocturnal paroksimal, ortopnea, riwayat merokok, bunyi nafas tambahan, sianosis, distres respirasi.
  - 7) Kepala dan muka  
Wajah pucat dan sayu (kekurangan nutrisi), wajah berkerut.

## 8) Rambut

Rambut kotor atau tidak, warna rambut hitam atau bewarna, ketombe ada atau tidak, apakah rambut bau atau tidak, mudah rontok atau tidak.

## 9) Wajah

Lihat kesimetrisan wajah jika muka kanan dan kiri berbeda itu menunjukkan ada parase, lihat bentuk wajah, wajah terlihat meringis menahan sakit atau tidak, wajah terlihat pucat atau tidak.

## 10) Mata

Lihat bentuk mata simetris atau tidak.

## 11) Hidung

Hidung simetris atau tidak, hidung kotor atau bersih, ada tidaknya sekret, apakah terpasang alat bantu nafas.

## 12) Telinga

Daun telinga bersih atau tidak, ukuran, bentuk, kebersihan.

## 13) Mulut

Mukosa bibir kering/ lembab, amati jumlah dan bentuk gigi, apakah ada bau/ tidak.

## 14) Leher

Kesimetrisan leher, amati adanya pembengkakan tiroid.

## 15) Abdomen

- a) Inspeksi: keadaan kulit, warna, elastisitas, kering, lembab, besar dan bentuk abdomen rata atau menonjol. Jika pasien melipat lutut sampai dada sering merubah posisi, menandakan nyeri.
- b) Auskultasi: ditensi bunyi usus sering hiperaktif selama peradangan, dan hipo aktif setelah peradangan. Bising usus normal 5-35 x/menit.
- c) Perkusi: pada penderita gastritis suara abdomen yang ditemukan hypertimpani

- d) Palpasi: pada pasien gastritis dinding abdomen tegang. Terdapat nyeri tekan pada region epigastik (terjadi karena distruksi lambung)

## 2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan pada kasus gastritis menurut Aspiani (2014)

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri (biologi, kimia, fisik, psikologis)
- b. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan tidak mampu dalam mencerna makanan
- c. Konstipasi berhubungan dengan kelemahan otot abdomen
- d. Risiko defisit nutrisi berhubungan dengan faktor fisiologis (keengganan untuk makan)

## 3. Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala bentuk terapi yang dikerjakan oleh perawat yang di dasarkan pada pengetahuan dan penilaian. Tujuan intervensi keperawatan untuk mencapai peningkatan, pencegahan dan pemulihan kesehatan klien individu, keluarga dan komunitas (PPNI, 2017). Intervensi keperawatan dengan gangguan penyait gastritis adalah sebagai berikut.

Tabel 2.3  
Rencana Keperawatan

NO	SDKI	SLKI	SIKI
1	2	3	4
1	<p>Nyeri Akut berhubungan dengan pencedera fisiologis (Inflamasi) ditandai dengan nyeri pada ulu hati</p> <p>DS: 1. Mengeluh nyeri</p> <p>DO: Mayor: 1. Tampak meringis 2. Bersikap protektif (mis, waspada posisi, menghindar nyeri) 3. Gelisah 4. Frekuensi nadi meningkat 5. Sulit tidur Minor: 1. Tekanan darah meningkat 2. Pola napas berubah 3. Nafsu makan berubah 4. Proses berpikir terganggu 5. Menarik diri 6. Berfokus pada diri sendiri 7. diaforesis</p>	<p>Tingkat Nyeri (L.08066)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat</li> <li>Keluhan nyeri menurun</li> <li>Meringis menurun</li> <li>Sikap protektif menurun</li> <li>Gelisah menurun</li> <li>Kesulitan tidur menurun</li> <li>Menarik diri menurun</li> <li>Berfokus pada diri sendiri menurun</li> <li>Diaforesis menurun</li> <li>Perasaan depresi (tertekan) menurun</li> <li>Perasaan takut mengalami cedera berulang menurun</li> <li>Anoreksia menurun</li> <li>Perineum terasa tertekan menurun</li> <li>Uterus teraba membulat menurun</li> <li>Ketegangan otot menurun</li> <li>Pupil dilatasi menurun</li> <li>Muntah menurun</li> <li>Mual menurun</li> <li>Frekuensi nadi membaik</li> <li>Pola napas membaik</li> </ol>	<p>Manajemen nyeri (I.08238)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>Identifikasi skala nyeri</li> <li>Identifikasi respons nyeri non verbal</li> <li>Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri</li> <li>Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</li> <li>Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</li> <li>Monitor efek samping penggunaan analgetik</li> </ol> <p>Teraupetik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri</li> <li>Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</li> <li>Fasilitasi istirahat dan tidur</li> </ol> <p>Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi mere</p> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</li> <li>Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</li> <li>Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat</li> </ol>

1	2	3	4
		21. Tekanan darah membaik 22. Proses berfikir membaik 23. Fokus membaik 24. Fungsi berkemih membaik 25. Perilaku membaik 26. Nafsu makan membaik Pola tidur membaik	5. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri  Kolaborasi Kolaborasi pemberian nalgetik, jika perlu
2	Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan  DS: Minor: 1. Cepat kenyang setelah makan 2. Kram/ nyeri abdomen 3. Nafsu makan menurun  DO: Mayor: 1. Berat badan menurun 10% dibawah rentan ideal  Minor: 2. Bising usus hiperaktif 3. Otot pengunyah lemah 4. Membran mukosa pucat 5. Otot menelan lemah 6. Sariawan 7. Serum albumin menurun 8. Rambut rontok berlebihan 9. Diare	Status Nutrisi (L.03030)  1. Porsi makanan yang dihabiskan meningkat 2. Kekuatan otot pengunyah meningkat 3. Kekuatan otot menelan meningkat 4. Serum albumin meningkat 5. Verbalisasi keinginan untuk meningkatkan nutrisi 6. Pengetahuan tentang pilihan makanan yang sehat meningkat 7. Pengetahuan tentang pilihan minuman yang sehat meningkat 8. Pengetahuan tentang standar asupan nutrisi yang tepat meningkat 9. Penyiapan dari penyimpanan makanan aman meningkat 10. Penyiapan dan penyimpanan minuman yang aman meningkat	Manajemen nutrisi (I.03119)  Observasi 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Identifikasi makanan yang disukai 4. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrisi 5. Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik 6. Monitor asupan makanan 7. Monitor berat badan 8. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium  Teraupetik 1. Lakukan <i>oral hygiene</i> sebelum makan, jika perlu 2. Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. Piramida makanan) 3. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai 4. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi 5. Berikan makanan yang tinggi kalori dan tinggi protein 6. Berikan suplemen makanan, jika perlu 7. Hentikan pemberian makanan melalui selang nasogastrik jika asupan



1	2	3	4
		11. Sikap terhadap makanan/ minuman sesuaidengan tujuan kesehatan meningkat 12. Perasaan cepat kenyang menurun 13. Nyeri abdomen menurun 14. Sariawan menurun 15. Rambut rontok menurun 16. Diare menurun 17. Berat badan membaik 18. Indeks massa tubuh (IMT)membaik 19. Frekuensi makan membaik 20. Nafsu makan membaik 21. Bising usus membaik 22. Tebal lipatan kulit trisept membaik Membran mukosa membaik	asupan oral dapat ditoleransi  Edukasi 1. Anjurkan posisi duduk, jika mampu 2. Ajarkan diet yang diprogramkan  Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan(mis. Pereda nyeri, antimetik), jika perlu 2. Kolaborasikan dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu
3	Konstipasi berhubungan dengan kelemahan otot  DS: 1. Defekasi kurang dari 2 kali seminggu 2. Pengeluaran feses lama dan sulit 3. Mengejan saat defekasi  DO: 1. Feses keras 2. Peristaltik otot menurun 3. Distensi abdomen 4. Kelemahan umum	Eliminasi fekal (L.04033)  1. Kontrol pengeluaran feses meningkat 2. Keluhan defekasi lama dan sulit menurun 3. Mengejan saat defekasi menurun 4. Distensi abdomen menurun 5. Terasa masa pada rektal menurun 6. <i>Urgency</i> menurun 7. Nyeri abdomen menurun 8. Kram abdomen menurun	Manajemen eliminasi fekal (I.04151)  Observasi 1. Identifikasi masalah usus dan penggunaan obat pencahar 2. Identifikais pengobatan berfek pada kondisi gastrointestinal 3. Monitor buang air besar (mis. Warna, frekuensi, konsistensi, volume) 4. Monior tanda dan gejala diare konstipasi atau impaksi  Teraupetik 1. Berikan air hangat setelah makan

1	2	3	4
	5. Teraba massa pada rektal	9. Konsistensi feses membaik 10. Frekuensi defekasi membaik 11. Peristaltik usus membaik	2. Jadwalkan waktu defekasi bersama dengan pasien 3. Sediakan makanan tinggi serat  Edukasi 1. Jelaskan jenis makanan yang dapat membantu meningkatkan keteraturan peristaltik usus 2. Anjurkan mencatat warna, frekuensi, konsistensi 3. Anjurkan meningkatkan aktivitas fisik, sesuai toleransi 4. Anjurkan pengurangan asupan makanan yang meningkatkan pembentukan gas 5. Anjurkan mengonsumsi makanan yang mengandung tinggi serat 6. Anjurkan meningkatkan asupan cairan, jika perlu  Kolaborasi 1. Kolaborasikan pemberian obat supositoria anal, jika perlu
4	Risiko defisit nutrisi berhubungan dengan faktor fisiologis (keengganan untuk makan)	Status Nutrisi (L.03030)  Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 kali kunjungan rumah diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil: 1. Porsi makanan yang dihabiskan meningkat 2. Kekuatan otot mengunyah meningkat	Manajemen Nutrisi (I.03119) Observasi 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Identifikasi makanan yang disukai 4. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrisi 5. Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastritik 6. Monitor asupan makanan 7. Monitor berat badan

1	2		4
		<p>3. Kekuatan otot menelan meningkat</p> <p>4. Serum albumin meningkat</p> <p>5. Verbalisasi keinginan untuk meningkatkan nutrisi meningkat</p> <p>6. Pengetahuan tentang pilihan minuman yang sehat meningkat</p> <p>Pengetahuan tentang standar meningkat</p> <p>8. Penyiapan dan penyimpanan makanan yang aman meningkat</p> <p>9. Penyiapan dan penyimpanan minuman yang aman meningkat</p> <p>10. Sikap terhadap makanan/ minuman sesuai dengan tujuan kesehatan meningkat</p> <p>11. Perasaan cepat kenyang menurun</p> <p>12. Nyeri abdomen menurun</p> <p>13. Sariawan menurun</p> <p>14. Rambut rontok menurun</p> <p>15. Diare menurun</p> <p>16. Berat badan membaik</p> <p>17. Frekuensi makan membaik</p> <p>18. Nafsu makan membaik</p> <p>19. Bising usus membaik</p> <p>20. Tebal lipatan kulit membaik</p>	<p>7. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium</p> <p>Teraupetik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lakukan oral hygien sebelum makan, jika perlu</li> <li>2. Fasilitasi menentukan pedoman diet(mis. Piramida makanan)</li> <li>3. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai</li> <li>4. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi</li> <li>5. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein</li> <li>6. Berikan suplemen makanan, jika perlu</li> <li>7. Hentikan pemberian makan melalui selang nasogatrik jika asupan oral dapat ditoleransi</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan posisi duduk, jika mampu</li> <li>2. Ajarkan diet yang diprogramkan</li> </ol> <p>kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. Pereda nyeri, antiemetik)</li> <li>2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan.</li> </ol>

## 8. Implementasi

Komponen implementasi dalam proses keperawatan mencakup penerapan keterampilan yang diperlukan untuk mengimplementasi intervensi keperawatan. Keterampilan dan pengetahuan yang diperlukan untuk implementasi biasanya berfokus pada:

- a. Melakukan aktivitas untuk pasien atau membantu pasien.
- b. Melakukan pengkajian keperawatan untuk mengidentifikasi masalah baru
- c. Memberikan pendidikan kesehatan untuk membantu pasien mendapatkan pengetahuan yang baru tentang kesehatan atau penatalaksanaan gangguan.
- d. Membantu pasien membuat keputusan tentang layanan kesehatan sendiri.
- e. Berkonsultasi dan membuat rujukan pada profesi kesehatan lainnya untuk mendapatkan pengarahan yang tepat.
- f. Memberi tindakan yang spesifik untuk menghilangkan masalah kesehatan.
- g. Membantu pasien melakukan aktifitasnya sendiri
- h. Membantu pasien mengidentifikasi resiko atau masalah dan menggali pilihan yang tersedia.

Implementasi keperawatan yang dilakukan meliputi tindakan mandiri dan kolaborasi (Nuari ,2017)

## 9. Evaluasi

Menurut Suarni & Apriyani (2017) evaluasi adalah tahap akhir proses keperawatan yang merupakan perbandingan dari yang sistematis dan terencana anatar hasil akhir yang teramati dan tujuan atau kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Atau catatan perkembangan yang dialami oleh pasien setelah diberikan implementasi keperawatan. Untuk memudahkan perawat mengidentifikasi atau memantau perkembangan klien, digunakan komponen SOAP:

S: Data subjektif, data yang didapat dari keluhan klien langsung

O: Data objektif, data dari hasil observasi perawat secara langsung

- A: Analisis merupakan interpretasi dari subyektif dan obyektif. Analisa merupakan diagnosis keperawatan yang masih terjadi atau juga dapat dituliskan masalah akut dalam perubahan status kesehatan.
- P : Planning, perencanaan perawatan yang akan dilakukan, dilanjutkan, dimodifikasi, dari rencana tindakan yang telah ditentukan sebelumnya.