

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN GASTRITIS  
DENGAN NYERI AKUT DI RUANG DAHLIA II  
RSUD CIAMIS**

**KARYA TULIS ILMIAH**

Diajukan sebagai salah satu syarat mendapat gelar Ahli Madya Keperawatan  
(A.Md.Kep) Pada DIII Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bhakti  
Kencana Bandung

**Oleh :**

**RAKHMAT ALDY AKBAR**  
**AKX.16.100**



**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN  
STIKES BHAKTI KENCANA  
2019**

**SURAT PERNYATAAN**

Dengan ini saya,

Nama : Rakhmat Aldy Akbar  
NPM : AKX.16.100  
Program Studi : DIII Keperawatan Konsentrasi Anestesi dan Gawat Darurat Medik  
Judul Karya Tulis : Asuhan Keperawatan Pada Klien Gastritis Dengan Masalah Keperawatan Nyeri akut Di Ruang Dahlia II RSUD Ciamis

Menyatakan :

1. Tugas akhir saya ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk memperoleh gelar professional Ahli Madya (Amd) di Program Studi DIII Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung maupun di perguruan tinggi lainnya.
2. Tugas akhir saya ini adalah karya tulis murni dan bukan hasil plagiat/jiplakan, serta asli dari ide dan gagasan saya sendiri tanpa bantuan pihak lain kecuali arahan dari pembimbing.

Demikian pernyataan ini dibuat dengan sebenar-benarnya dan apabila kemudian hari terdapat penyimpangan yang tidak etis, maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar yang saya peroleh serta sanksi lainnya sesuai dengan norma yang berlaku di perguruan Tinggi.

Bandung, 12 April 2019

Yang Membuat Pernyataan



Rakhmat Aldy Akbar

**LEMBAR PERSETUJUAN**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN GASTRITIS  
DENGAN MASALAH KEPERAWATAN NYERI AKUT DI RUANG  
DAHLIA II RSUD CIAMIS**

**OLEH :**

**RAKHMAT ALDY AKBAR  
AKX.16.100**

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui oleh Panitia Penguji pada tanggal  
seperti tertera dibawah ini

**Menyetujui,**

**Pembimbing Utama**



**A. Aep Indarna, S.Pd,S.Kep.Ners.M.Pd**  
NIP : 0409127702

**Pembimbing Pendamping**



**Fikri Mourly, Amd.An,S.Kep**  
NIP : -

**Mengetahui  
Prodi DIII Keperawatan  
Ketua,**



**Tuti Suprapti, S.Kp.,M.Kep**  
NIK : 1011603

**LEMBAR PENGESAHAN**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN GANGGUAN SISTEM  
PENCERNAAN : GASTRITIS DENGAN MASALAH KEPERAWATAN  
NYERI AKUT DI RUANG DAHLIA II  
RSUD CIAMIS**

**Oleh**


**RAKHMAT ALDY AKBAR**

**AKX.16.100**


Telah Diuji

Pada Tanggal, 12 April 2019


**Panitia Penguji**

**Ketua : A. Aep Indarna, S. Pd., S.kep., Ners, M.Pd** 

**Anggota :**

**1. Ade Tika Herawati, S.Kep.,Ners.,M.Kep** 

**2. Drs. H. Rachwan Herawan, Bsc.An., M.Kes** 

**3. Fikri Mourly Wahyudi, S.Kep** 

**Mengetahui**

**STIKes Bhakti Kencana Bandung**



**Rd. Siti Jundiah, S.Kp., M.Kep**

**NIK:10107064**

## ABSTRAK

**Latar Belakang :** Menurut WHO hasil persentase angka kejadian gastritis dunia, yaitu negara Inggris 22%, China 31%, Jepang 14,5%, Kanada 35% dan Perancis 29,5%. Insiden di Asia sendiri sekitar 583.635 kasus setiap tahun. Angka kejadian gastritis di Indonesia tahun 2014 adalah 40,8%. Gastritis adalah suatu peradangan mukosa lambung yang bersifat akut, kronis difus, atau lokal. Manifestasi gastritis akut dapat berkisar dari asimtomatik sampai nyeri ulu hati ringan bahkan sampai distress lambung yang hebat, muntah dan perdarahan disertai hematemesis (muntah darah). Nyeri sendiri bisa diatasi dengan cara farmakologi dan non farmakologi Teknik non farmakologi sendiri terdapat banyak cara salah satunya relaksasi. Relaksasi. Teknik ini sangat efektif dalam menurunkan tingkat nyeri. **Metode :** mengeksplorasi suatu masalah atau fenomena dengan batasan terperinci, memiliki pengambilan data yang mendalam dan menyertakan berbagai sumber informasi. Studi kasus ini dilakukan pada dua orang pasien gastritis dengan masalah keperawatan nyeri akut. **Hasil :** Setelah dilakukan asuhan keperawatan dengan memberikan intervensi keperawatan relaksasi otot progresif, nyeri akut pada kedua klien teratasi pada hari ketiga. **Diskusi :** pasien dengan masalah keperawatan nyeri akut tidak selalu memiliki respon yang sama pada setiap pasien Gastritis. Untuk itu disarankan pada pasien dengan gastritis untuk melakukan teknik relaksasi otot progresif untuk mengurangi nyeri. Hal ini dipengaruhi oleh kondisi atau status kesehatan klien sebelumnya, sehingga perawat harus melakukan asuhan yang komprehensif untuk menangani masalah keperawatan pada setiap pasien.

Kata kunci : Gastritis, nyeri akut, relaksasi otot progresif, asuhan keperawatan

Daftar Pustaka : 6 Buku (2009-2019), 2 Jurnal (2016)

## ABSTRACT

**Background :** According to WHO the percentage of the incidence of world gastritis, is Britain (22%), China (31%), Japan (14,5%), Canada (35%), And France (29,5%). The incidence in Asia is about 583,635 cases each year. The incidence of gastritis in Indonesia in 2014 is 40,8%. Gastritis is an inflammation of the gastric mucosa that is either acute, chronic diffuse, or local. Acute gastritis manifestations may acquire from asymptomatic to mild heartburn to severe gastric distress, vomiting and haemorrhage with hematemesis (vomiting). The pain itself can be treated pharmacologically and non pharmacologically. Non-pharmacologically techniques have many ways, one of them is relaxation. This technique is very effective in lowering the level of pain. **Methods :** exploring problems or phenomena with detailed constraints, have deep data retrieval and include multiple sources of information. This case study was practiced in two gastritis patients with acute pain nursing problems. **Results :** After treatment with intervention of progressive muscle relaxation nursing intervention, acute pain on both client overcame on the third day. **Discussion :** patients with acute pain nursing problems do not always have the same response in each gastritis patient. It is recommended for patients with gastritis to use progressive muscle relaxation techniques to reduce pain. This is influenced by the previous condition or health status of the client, so the nurse must conduct comprehensive care to handle nursing problems in each patient.

Keyword: Gastritis, acute pain, progressive muscle relaxation, nursing care

Bibliography: 6 Books (2009-2019), 2 Journals (2016)

## DAFTAR ISI

Halaman Judul dan Prasyarat Gelar .....	i
Lembar Pernyataan .....	ii
Lembar Persetujuan .....	iii
Lembar Pengesahan .....	iv
Kata Pengantar .....	v
Abstrak .....	vii
Daftar isi .....	viii
Daftar Gambar .....	x
Daftar Tabel .....	xi
Daftar Bagan .....	xii
Daftar Lampiran .....	xii
<b>BAB I PENDAHULUAN</b> .....	<b>1</b>
1.1. Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	4
1.3 Tujuan Penelitian .....	4
1.3.1 Tujuan Umum .....	4
1.3.2 Tujuan Khusus .....	4
1.4 Manfaat .....	5
1.4.1 Teoritis .....	5
1.4.2 Praktis .....	5
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	<b>7</b>
2.1 Konsep Penyakit Gastritis .....	7
2.1.1 Definisi Gastritis .....	7
2.1.2 Anatomi Fisiologi Lambung .....	7
2.1.3 Klasifikasi .....	11
2.1.4 Etiologi .....	12
2.1.5 Pathofisiologi .....	13
2.1.6 Manifestasi Klinis .....	16
2.1.7 Penatalaksanaan .....	16
2.1.8 Pemeriksaan Diagnostik .....	17
2.2 Konsep Nyeri .....	18
2.2.1 Definisi .....	18
2.2.2 Fisiologi .....	20
2.2.3 Klasifikasi .....	23
2.2.4 Faktor .....	28
2.3 Konsep Relaksasi Otot Progresif .....	30
2.3.1 Definisi .....	30
2.3.2 SOP/Langkah kerja .....	31
2.3.3 Jurnal Penelitian .....	32
2.4 Konsep Dasar Keperawatan .....	35
2.4.1 Pengkajian .....	35

2.4.2 Analisa Data dan Diagnosa .....	37
2.4.3 Perencanaan .....	38
2.4.4 Implementasi .....	41
2.4.5 Evaluasi .....	42
<b>BAB III METODE PENULISAN KTI .....</b>	<b>44</b>
3.1 Desain .....	44
3.2 Batasan Istilah .....	44
3.3 Partisipan/Responden/Subyek Penelitian .....	45
3.4 Lokasi dan Waktu .....	45
3.5 Pengumpulan Data .....	45
3.6 Uji Keabsahan Data .....	48
3.7 Analisis Data .....	49
3.8 Etik Penulisan KTI .....	50
<b>BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN .....</b>	<b>54</b>
4.1 Hasil .....	54
4.1.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data .....	54
4.1.2 Pengkajian .....	55
4.1.3 Analisa Data .....	66
4.1.4 Diagnosa Keperawatan .....	68
4.1.5 Intervensi .....	69
4.1.6 Implementasi .....	72
4.1.7 Evaluasi .....	77
4.2 Pembahasan .....	78
4.2.1 Pengkajian .....	79
4.2.2 Diagnosis .....	80
4.2.3 Perencanaan .....	82
4.2.4 Pelaksanaan .....	83
4.2.5 Evaluasi .....	85
<b>BAB V KESIMPULAN DAN SARAN .....</b>	<b>86</b>
5.1 Kesimpulan .....	86
1. Tahap Pengkajian .....	86
2. Diagnosa Keperawatan .....	87
3. Tahap Perencanaan .....	87
4. Tahap Pelaksanaan .....	88
5. Evaluasi .....	89
5.2 Saran .....	89
5.2.1 Rumah Sakit .....	89
5.2.2 Institusi Pendidikan .....	89
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	
<b>LAMPIRAN</b>	

## KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat rahmat dan karunia-Nya penulis masih diberi kekuatan dan pikiran sehingga dapat menyelesaikan karya tulis ini yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Gangguan Sistem Pencernaan : Gastritis dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut di Ruang Dahlia II RSUD Ciamis” dengan sebaik-baiknya.

Maksud dan tujuan penyusunan karya tulis ini adalah untuk memenuhi salah satu tugas akhir dalam menyelesaikan Program Studi Diploma III Keperawatan di STIKes Bhakti Kencana Bandung.

Penulis mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan karya tulis ini, terutama kepada :

1. H. Mulyana, SH., M.Pd., M.Kep, selaku Ketua Yayasan Adhi Guna Kencana Bandung.
2. R. Siti Jundiah, S.Kep., Ners., M.Kep, selaku Ketua STIKes Bhakti Kencana Bandung.
3. Tuti Suprapti, S.Kp., M.Kep, selaku Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung.
4. A. Aep Indarna, S.Pd, S.Kep, Ners. selaku Pembimbing Utama yang telah membimbing dan memotivasi selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
5. Fikri Mourly, Amd. An, S, Kep, selaku Pembimbing Pendamping yang telah membimbing dan memotivasi selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
6. dr. H. Aceng Solahudin Ahmad, M.Kes., selaku Direktur Utama Rumah Sakit Umum Daerah Ciamis yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menjalankan tugas akhir perkuliahan ini.



7. Elis Kurniasari, S.Kep., Ners., selaku CI Ruangan Dahlia II yang telah memberikan bimbingan, arahan dan motivasi dalam melakukan kegiatan selama praktek keperawatan di RSUD Ciamis.
8. Kepada mereka yang selalu menjadi panutan demi keberhasilan penulis, yaitu ayahanda Ace Herlina, dan ibunda Runrun Rukoyah sebagai orang tua, Amran Firmansyah, Muhamad Restu Yuliana S.Pd, Putrifani Yuliana S.E sebagai kakak, serta seluruh keluarga besar yang selalu memberikan semangat, motivasi, dukungan dan selalu mendoakan demi keberhasilan penulis.
9. Teman satu kos M. Wahyu Pradana, Agus Suriadi, Asep Agung Yusuf. M, seluruh teman seperjuangan angkatan XII 2016, senior, dan adik-adik tingkat yang telah memberikan semangat, motivasi dan dukungan serta membantu dalam penyelesaian penyusunan karya tulis ini.

Penulis menyadari dalam penyusunan karya tulis ini masih banyak kekurangan sehingga penulis sangat mengharapkan segala masukan dan saran yang sifatnya membangun guna penulisan karya tulis yang lebih baik.

Bandung, April 2019

Penulis

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Lambung .....	8
Gambar 2.2	Dinding lambung.....	10

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Jenis stimulus nyeri .....	20
Tabel 2.2	Perbedaan saraf A-Delta dan saraf C.....	22
Tabel 2.3	Perbedaan nyeri akut dan nyeri kronik.....	25
Tabel 2.4	Perbedaan nyeri kutaneus dan nyeri somatis .....	26
Tabel 2.5	Karakteristik nyeri visceral.....	27
Tabel 2.6	Intervensi Keperawatan gastritis.....	38
Tabel 4.1	Identitas klien.....	55
Tabel 4.2	Riwayat Penyakit.....	55
Tabel 4.3	Aktivitas sehari-hari.....	56
Tabel 4.4	Pemeriksaan fisik.....	57
Tabel 4.5	Pemeriksaan psikologi.....	63
Tabel 4.6	Pemeriksaan Diagnostik.....	65
Tabel 4.7	Therapy.....	66
Tabel 4.8	Analisa Data .....	66
Tabel 4.9	Diagnosa Keperawatan .....	68
Tabel 4.10	Intervensi .....	69
Tabel 4.11	Implementasi .....	72
Tabel 4.12	Evaluasi .....	77

## DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1	Patofisiologi.....	15
-----------	--------------------	----

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran I	Lembar Justifikasi
Lampiran II	Lembar Konsultasi KTI
Lampiran III	Jurnal Penelitian I
Lampiran IV	Jurnal Penelitian II
Lampiran V	Format Review Artikel
Lampiran VI	Lembar Persetujuan Responden
Lampiran VII	Lembar Observasi
Lampiran VIII	SAP Gastritis
Lampiran IX	Leaflet Gastritis
Lampiran X	Riwayat Hidup

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1. Latar Belakang**

Gastritis merupakan suatu peradangan mukosa lambung yang bersifat akut, kronis difus, atau lokal. Karakteristik dari peradangan ini antara lain anoreksia, rasa penuh pada epigastrium, serta mual muntah. (Mardalena, 2015). Manifestasi gastritis akut dapat berkisar dari asimtomatik, nyeri abdomen yang ringan hingga nyeri abdomen akut dengan hematemesis. Gastritis disebabkan oleh infeksi kuman *Helicobacter pylory* dan pada awal infeksi mukosa lambung menunjukkan respon inflamasi akut dan jika diabaikan akan menjadi kronik (Nurarif & Kusuma, 2015).

Badan penelitian kesehatan dunia *World Health Organization* (WHO) di tahun 2014 mengadakan tinjauan terhadap beberapa negara tentang gastritis dan mendapatkan hasil persentase dari angka kejadian gastritis dunia, diantaranya negara Inggris 22%, China 31%, Jepang 14,5%, Kanada 35% dan Perancis 29,5%. Di dunia, insiden gastritis rata-rata sekitar 1,8-2,1 juta dari jumlah penduduk setiap tahun (Kurnia dan Rahmi, 2014).

Insiden terjadinya gastritis di Asia Tenggara pada tahun 2014 sekitar 583.635 dari jumlah penduduk setiap tahunnya. Prevalensi gastritis yang dikonfirmasi melalui endoskopi pada populasi sekitar 17,2%. Gastritis untuk sebagian orang hanya penyakit yang ringan namun nyatanya menjadi awal suatu penyakit yang akan sulit ditangani apabila kurang baik penanganannya (Kurnia dan Rahmi, 2014).

Menurut WHO angka kejadian gastritis di Indonesia tahun 2014 adalah 40,8%. Angka kejadian gastritis pada beberapa daerah di Indonesia cukup tinggi dengan prevalensi 274,396 kasus dari 238,452,952 jiwa penduduk. Indonesia juga pernah melakukan penelitian kuman *Helicobacter pylory* tetapi belum dalam skala besar pada pasien gastritis yang dapat menimbulkan ulkus lambung, namun dari pemeriksaan yang dilakukan pada pasien gastritis sekitar 60-70% ditemukan kuman (Kurnia dan Rahmi, 2014).

Angka kejadian gastritis di Provinsi Jawa Barat tahun 2015 mencapai 31,2%. Banyak faktor yang mempengaruhi terjadinya gastritis diantaranya yaitu pola makan, jenis makanan, stres, makanan pedas, panas asam terutama alkohol, jika dari faktor tersebut dapat dikonsumsi secara terus menerus (Kemenkes, 2015), berdasarkan Rekam Medik di Ruang Dahlia Lantai II RSUD Ciamis dari bulan Januari sampai bulan Juni 2018 didapatkan sebanyak 1.241 kasus selama enam bulan terakhir. Sedangkan untuk kasus Gastritis sendiri selama enam bulan terakhir menempati posisi ke-12 dengan jumlah 10 kasus atau persentase kejadiannya 0,8%. Gastritis memerlukan penanganan yang komprehensif meskipun penyakit ini adalah penyakit yang ringan, demi mencegah terjadinya tahap penyakit yang lebih lanjut bahkan kematian.

Penderita gastritis mempunyai keluhan berupa nyeri, mual, muntah dan sebagainya. Keluhan utama dari klien Gastritis yaitu nyeri pada perut bagian atas, nyeri ini diakibatkan oleh erosi mukosa lambung sehingga menimbulkan perih pada lambung. Hal ini dapat mengganggu kenyamanan penderita bahkan dapat menyebabkan kematian. Nyeri sendiri bisa diatasi dengan cara farmakologi dan

non farmakologi. Farmakologi yaitu dengan cara pemberian terapi obat-obatan baik oral ataupun intravena untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasakan klien, oba yang digunakan dalam penatalaksanaan nyeri yaitu obat analgetik. Sedangkan cara non farmakologi antara lain imajinasi terbimbing, distraksi, dan relaksasi. Teknik yang digunakan adalah relaksasi. Relaksasi dapat dilakukan dengan berbagai cara salah satunya yaitu relaksasi otot progresif.

Relaksasi merupakan teknik yang digunakan untuk membuat mental dan fisik seseorang bebas dari ketegangan dan stress, sehingga dapat mengurangi nyeri yang dirasakan dan meningkatkan toleransi terhadap nyeri. Berbagai metode relaksasi digunakan untuk menurunkan kecemasan dan ketegangan otot sehingga ditandai dengan penurunan denyut jantung, penurunan respirasi dan penurunan ketegangan otot jantung. Latihan relaksasi progresif merupakan kombinasi latihan pernapasan dan rangkaian kontraksi serta relaksasi kelompok otot saat klien melakukan relaksasi pernapasan dalam dengan diafragma dengan teratur. Menurut jurnal penelitian berjudul “Efektifitas Penggunaan Teknik Relaksasi Otot Progresif dalam Menurunkan Tingkat Nyeri Pasien Gastritis di Rumah Sakit daerah Madani Palu” didapatkan hasil penelitian bahwa relaksasi otot progresif sangat efektif dalam menurunkan tingkat nyeri pasien gastritis.

Peranan perawat dalam melakukan tindakan keperawatan untuk menangani nyeri secara non farmakologi sangat diperlukan saat ini karena tidak menimbulkan efek samping bagi klien. Penderita gastritis mempunyai keluhan berupa nyeri, mual, muntah dan sebagainya. Keluhan utama dari klien Gastritis yaitu nyeri pada perut bagian atas, nyeri ini diakibatkan oleh erosi mukosa lambung sehingga



menimbulkan perih pada lambung. Latihan relaksasi otot progresif dapat memberikan pemijatan halus berbagai kelenjar-kelenjar pada tubuh, mengembalikan pengeluaran hormon sehingga memberi keseimbangan emosi dan ketenangan pikiran bagi klien.

Melihat tingginya prevalensi kejadian gastritis, besarnya masalah yang dapat timbul, dan berdasarkan fenomenas diatas, maka penulis tertarik untuk mengangkat kasus dengan judul “Asuhan Keperawatan pada klien yang mengalami gastritis dengan nyeri akut di Rumah Sakit Umum Daerah Ciamis”.

## **1.2. Rumusan Masalah**

“Bagaimanakah asuhan keperawatan pada klien gastritis dengan masalah keperawatan nyeri akut di Rumah Sakit Umum Daerah Ciamis ?”

## **1.3. Tujuan Penelitian**

### **1.3.1. Tujuan Umum**

Melaksanakan asuhan keperawatan yang komprehensif dengan pendekatan biopsikososial spiritual pada klien gastritis dengan masalah keperawatan nyeri akut di RSUD Ciamis.

### **1.3.2. Tujuan Khusus**

- 1) Melakukan pengkajian keperawatan pada klien Gastritis dengan masalah keperawatan nyeri akut di RSUD Ciamis.

- 2) Menetapkan diagnosis keperawatan pada klien Gastritis dengan masalah keperawatan nyeri akut di RSUD Ciamis.
- 3) Menyusun perencanaan keperawatan pada klien Gastritis dengan masalah keperawatan nyeri akut di RSUD Ciamis.
- 4) Melaksanakan tindakan keperawatan pada klien Gastritis dengan masalah keperawatan nyeri akut di RSUD Ciamis.
- 5) Melakukan evaluasi pada klien Gastritis dengan masalah keperawatan nyeri akut di RSUD Ciamis

#### **1.4. Manfaat**

##### **1.4.1. Teoritis**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat bagi dunia keperawatan khususnya pada keperawatan penyakit dalam sebagai informasi dalam melakukan tindakan relaksasi otot progresif dalam untuk menurunkan nyeri akut pada gastritis.

##### **1.4.2. Praktis**

###### **1) Bagi Rumah Sakit**

Sebagai bahan masukan bagi pihak Rumah Sakit dalam meningkatkan dan memudahkan pelayanan kesehatan untuk pasien, khususnya tentang penyakit gastritis.

## 2) Bagi Perawat

Sebagai bahan masukan bagi perawatan dalam meningkatkan pelayanan asuhan keperawatan bagi semua pasien terutama penyakit gastritis.

## 3) Bagi Institusi Pendidikan

Dapat digunakan sebagai referensi bagi institusi pendidikan untuk mengembangkan ilmu tentang asuhan keperawatan dengan gangguan sistem pencernaan Gastritis Erosiva.

## 4) Bagi Klien dan Keluarga

Supaya klien dan keluarga dapat mengetahui gambaran umum tentang gangguan sistem pencernaan Gastritis Erosiva beserta perawatan yang benar bagi klien agar klien mendapat perawatan yang benar dalam keluarganya.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Penyakit**

##### **2.1.1. Definisi Gastritis**

Gastritis adalah suatu peradangan mukosa lambung yang bersifat akut, kronik, difus, atau lokal. Karakteristik dari peradangan ini antara lain anoreksia, rasa penuh atau tidak nyaman pada epigastrium, mual, dan muntah (Mardalena, 2015).

Peradangan local pada mukosa lambung ini akan berkembang bila mekanisme protektif mukosa dipenuhi dengan bakteri atau bahan iritan lain. Gastritis merupakan suatu keadaan peradangan atau perdarahan mukosa lambung yang dapat bersifat akut, kronis, difus, atau lokal. Dua jenis gastritis yang sering terjadi adalah gastritis superfisial akut dan gastritis atrofik kronis (Nurarif & Kusuma, 2015).

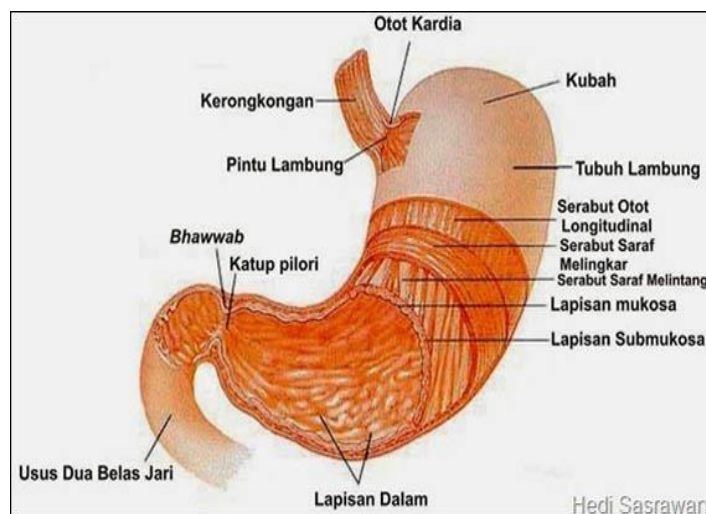
Berdasarkan kedua definisi diatas,dapat disimpulkan bahwa Gastritis adalah Suatu keadaan peradangan pada lambung yang disebabkan oleh bakteri *Helicobacteri Pylori* yang bersifat kronik, akut, difus, atau lokal.

##### **2.1.2. Anatomi Fisiologi Lambung**

Menurut Setiadi (2013), bagian-bagian dari lambung adalah :

- 1) Fundus ventrikuli, bagian menonjol keatas terletak sebelah kiri ostium kardiium dan biasanya penuh berisi gas.

- 2) Korpus ventrikuli, setinggi osteum kardium suatu lekukan pada bagian bawah kurvatura minor.
- 3) Antrum pylorus, terbentuk tabung yang mempunyai otot yang tebal membentuk sphingter pylorus.
- 4) Kurvatura minor, terdapat di sebelah kanan lambung terbentang dari sisi kiri osteum kardiakum melalui fundus. Ventrikuli menuju ke kanan sampai pilorus interior, ligamentum gastro lienalis terbentang dari bagian atas kurvatura mayor.
- 5) Osteum kardiakum, terdapat dimana esophagus bagian abdomen masuk ke lambung orifisum pilorik.



**Gambar 2.1 Lambung (Setiadi, 2013)**

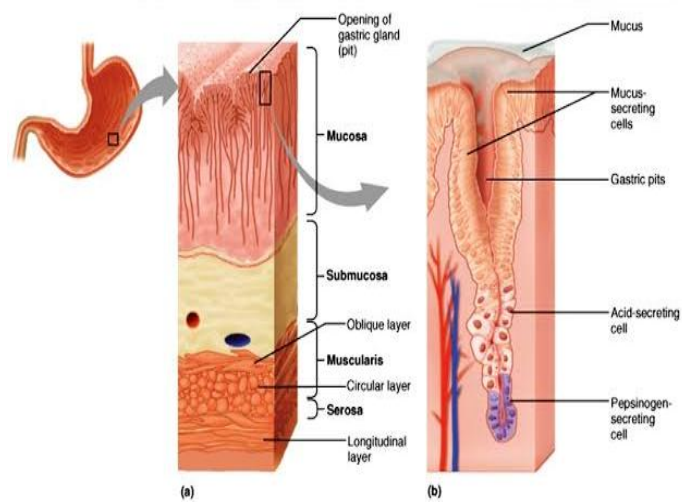
Secara Fisiologis, lambung memiliki beberapa fungsi yaitu :

- 1) Menampung makanan, menghancurkan dan menghaluskan makanan oleh peristaltik lambung dan getah lambung.

2) Menghasilkan getah cerna. Getah cerna ini dihasilkan oleh sel yang berbeda-beda pada lambung.

Jenis-jenis sel pada mukosa lambung yaitu :

- 1) Sel permukaan mukosa menghasilkan sekret yang bersifat alkalis untuk melindungi lambung dari pepsin dan keasaman yang tinggi dari cairan lambung. Mukus ini juga mencegah terjadinya ulserasi dinding lambung. Disebut juga sel pengasuh karena melindungi sel-sel muda yang baru tumbuh.
- 2) Sel Leher (*Neck*) mukosa menghasilkan mukus yang bersifat netral. Sel ini berperan untuk mengganti sel-sel yang hilang di permukaan.
- 3) Sel parietal/sel oxyntic menghasilkan HCl yang akan membantu pepsinogen berubah menjadi pepsin. Sel ini juga menghasilkan faktor intrinsik yang dibutuhkan untuk absorpsi vitamin B12.
- 4) *Chief cells* atau disebut juga *peptic cell* atau *zymogenic cell*, mensekresikan pepsinogen yang merupakan enzim prekursor pepsin (enzim pemecah protein).
- 5) Sel enteroendokrin menghasilkan hormon-hormon seperti gastrin, sekretin, kolesistokinin dan motilin.
- 6) *Lindifferentiated cells* berfungsi menggantikan sel-sel lain yang mengalami kerusakan atau kematian.



Copyright © 2001 Benjamin Cummings, an imprint of Addison Wesley Longman, Inc.

Figure 14.7  
Slide 14.9A

**Gambar 2.2 Dinding Lambung (Setiadi, 2013)**

Pencernaan mekanisme pada lambung : Pencernaan mekanis disebabkan oleh otot-otot dinding lambung, dinding lambung terdiri atas otot polos yang berbentuk memanjang (Transversal), melingkar (sirkular) dan serong (oblique). Kontraksi otot lambung tersebut mengakibatkan bolus yang masuk ke dalam lambung diaduk dan diremas-remas sehingga menjadi lembut.

Pencernaan kimiawi pada lambung : Kelenjar lambung mengeluarkan sekret yaitu cairan pencerna penting, getah lambung, getah ini adalah cairan asam lambung tak berwarna mengandung 0,4 % asam klorida (HCl) yang mengasamkan semua makanan dan bekerja sekaligus zat antiseptik dan desinfektan dan menyediakan lingkungan untuk pencernaan makanan.

Enzim pencernaan yang terdapat dalam getah lambung yaitu :

- 1) Pepsin yang bersumber dari *Chief cells* lambung yang memecahkan protein menghasilkan proteosa, pepton dengan pH optimal 1,5-2,5 dengan volume sekresi 2-4 liter/hari.
- 2) Lipase lambung yang memecahkan lemak.

### 2.1.3. Klasifikasi Gastritis

Gastritis adalah proses inflamasi pada lapisan mukosa dan submukosa lambung. Secara histopatologi dapat dibuktikan dengan adanya infiltrasi sel-sel radang di daerah tersebut. Secara umum, gastritis yang merupakan salah satu jenis penyakit dalam, dapat dibagi menjadi beberapa macam:

#### 1. Gastritis Akut

Gastritis akut adalah peradangan parah pada permukaan mukosa lambung dengan kerusakan-kerusakan erosi (Mardalena, 2015). Gastritis akut merupakan proses inflamasi bersifat akut dan biasanya terjadi sepiintas pada mukosa lambung. Keadaan ini paling sering berkaitan dengan penggunaan obat-obatan anti inflamasi non steroid (khususnya aspirin) dosis tinggi dan dalam jangka waktu lama, konsumsi alkohol yang berlebihan, dan kebiasaan merokok.

Disamping itu, stress berat seperti luka bakar dan pembedahan, iskemia dan syok juga dapat menyebabkan gastritis akut. Demikian pula halnya dengan kemoterapi, uremia, infeksi sistemik, tertelan zat asam atau alkali, iritasi lambung, trauma mekanik, dan gasrektomi distal (Mardalena, 2015).



## 2. Gastritis Kronis

Gastritis kronis adalah inflamasi lambung dalam jangka waktu lama dan dapat disebabkan oleh ulkus benigna atau maligna dari lambung, atau oleh bakteri *Helicobacter pylori* (Mardalena, 2015).

Gastritis kronis merupakan keadaan terjaidnya perubahan inflamatorik yang kronis pada mukosa lambung sehingga akhirnya terjadi atrofi mukosa dan metaplasia epitel. Keadaan ini menjadi latar belakang munculnya *dyplasia* dan karsinoma (Mardalena, 2015).

### 2.1.4. Etiologi

Gastritis disebabkan oleh infeksi kuman *Helicobacter pylori* dan pada awal infeksi mukosa lambung menunjukkan respon inflamasi akut dan jika diabaikan akan menjadi kronik (Nurarif & Kusuma, 2015). Klasifikasi gastritis adalah :

#### 1. Gastritis akut

- a. Gastritis akut tanpa perdarahan.
- b. Gastritis akut dengan perdarahan (gastritis hemoragik atau gastritis erosiva).

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

#### 2. Gastritis kronik

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

### 3. Gastritis bakterial

Gastritis bakterial disebut juga gastritis infektiosa, disebabkan oleh refluks dari duodenum

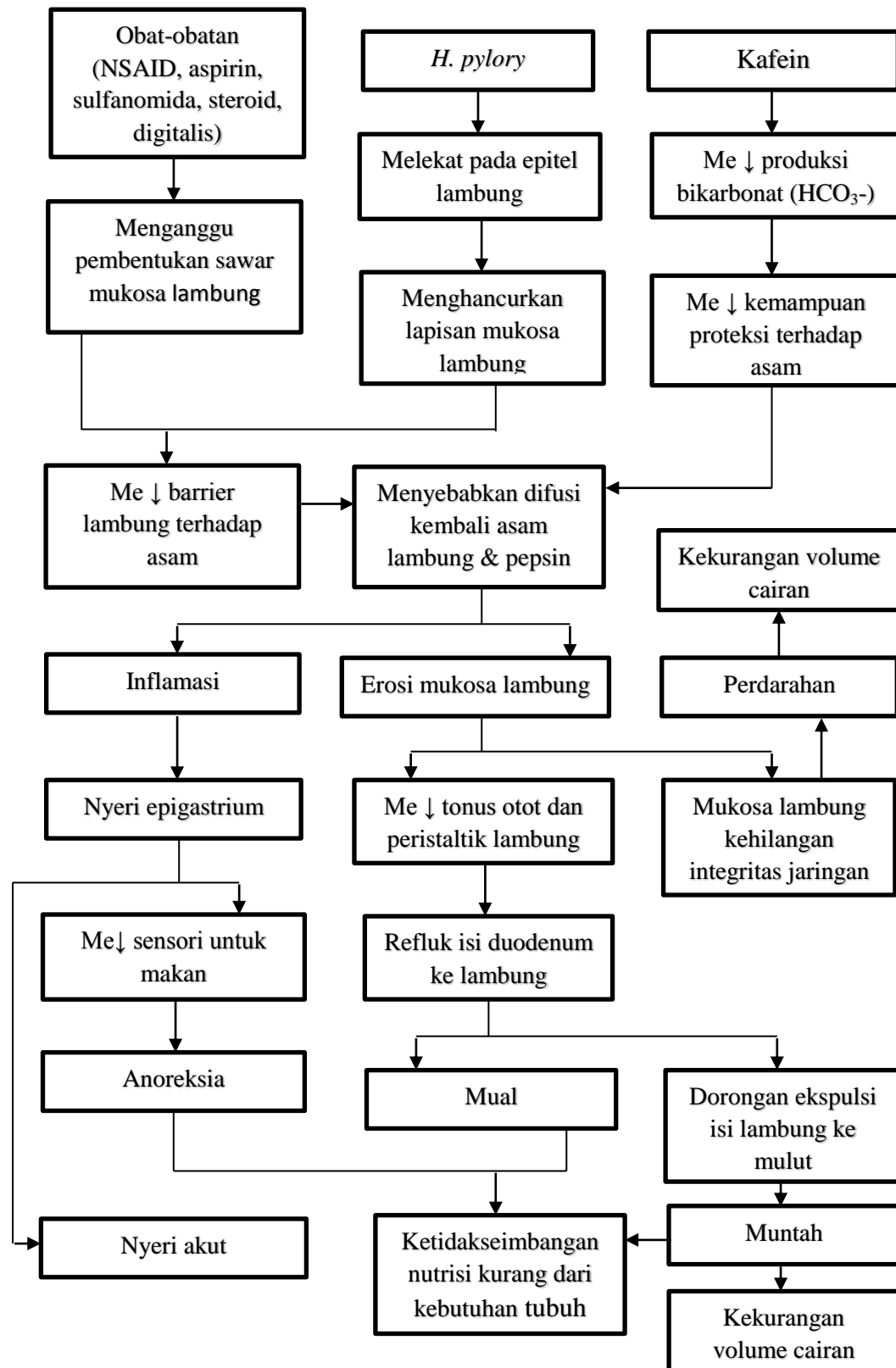
#### 2.1.5. Patofisiologi

Obat-obatan, alkohol, garam empedu, dan zat iritan lain dapat merusak mukosa lambung (*gastritis erosive*). Mukosa lambung berperan penting dalam melindungi lambung dari autodigesti oleh asam hydrogen klorida (HCl) dan pepsin. Bila mukosa lambung rusak maka terjadi difusi HCl ke mukosa dan HCl akan merusak mukosa.

Kehadiran HCl di mukosa lambung menstimulasi perubahan pepsinogen menjadi pepsin. Pepsin merangsang pelepasan histamine dari sel mast. Histamine akan menyebabkan peningkatan permeabilitas kapiler sehingga terjadi perpindahan cairan dari intra sel ke ekstra sel dan menyebabkan edema dan kerusakan kapiler sehingga timbul pendarahan pada lambung. Biasanya lambung dapat melakukan regenerasi mukosa oleh karena itu, gangguan tersebut menghilang dengan sendirinya (Mardalena, 2015).

Disisi lain, bila lambung sering terpapar dengan zat iritan maka inflamasi akan terjadi terus menerus. Jaringan yang meradang akan diisi oleh jaringan fibrin sehingga lapisan mukosa *lambung* dapat hilang dan terjadi atropi sel mukosa lambung. Faktor instrinsik yang dihasilkan oleh sel mukosa lambung akan menurun atau menghilang sehingga *cobalamin* (Vitamin B12) tidak dapat diserap di usus halus padahal vitamin tersebut berperan penting dalam pertumbuhan dan

maturasi sel darah merah. Pada akhirnya, penderita gastritis dapat mengalami anemia atau mengalami penipisan dinding lambung sehingga rentan terhadap perforasi lambung dan pendarahan ( Mardalena, 2015).



**Bagan 2.1 Patofisiologi (NANDA NIC-NOC oleh Nurarif & Kusuma, 2015)**

### **2.1.6. Manifestasi Klinis**

Berdasarkan buku Asuhan keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Sistem Pencernaan yang disusun oleh Mardalena (2015), manifestasi klinis pada pasien dengan gastritis adalah sebagai berikut :

1. Gastritis akut : Gambaran klinis gastritis akut berikisar dari asimtomatik, nyeri abdomen yang ringan hingga nyeri abdomen akut dengan hematemesis.
2. Gastritis Kronis : Gastritis kronis biasanya asimtomatik, kendati gejala nausea, vomitus atau keluhan tidak nyaman pada abdomen atas dapat terjadi. Kadang-kadang terjadi anemia pernisiiosa. Hasil laboratorium meliputi hipoklorhidria lambung dan hipergastrinemia serum. Resiko terjadinya kanker untuk jangka panjang adalah 2-4 %.

### **2.1.7. Penatalaksanaan**

Berdasarkan buku Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Sistem Pencernaan yang disusun oleh Mardalena (2015), penatalaksanaan medis pada pasien gastritis, baik gastritis akut maupun gastritis kronis ialah sebagai berikut:

1. Gastritis akut
  - a. Pantang minum alkohol dan makan sampai gejala-gejala menghilang, ubah menjadi diit yang tidak mengiritasi.
  - b. Jika gejala menetap, mungkin di perlukan cairan IV.
  - c. Jika terdapat pendarahan, penatalaksanaannya serupa dengan hemoragi yang terjadi pada saluran gastrointestinal bagian atas.

- d. Jika gastritis terjadi akibat menelan asam kuat atau alkali, encerkan dan netralkan asam dengan antasida umum, misalnya aluminium hidroksida.
- e. Jika korosi parah, hindari muntah dan bilas lambung untuk menghindari bahaya perforasi.

## 2. Gastritis Kronik

- a. Modifikasi diet, istirahat, reduksi stress, farmakoterapi.
- b. *Helicobacter pylori* mungkin diatasi dengan antibiotik (misalnya tetrasiklin atau amoksisilin) dan garam bismuth (pepto bismol).

### 2.1.8. Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan penunjang pada gastritis menurut buku NANDA yang disusun oleh Nurarif & Kusuma (2015) adalah:

- a. Pemeriksaan darah. Tes ini digunakan untuk memeriksa adanya antibodi *H. pylori* dalam darah. Hasil tes yang positif menunjukkan bahwa pasien pernah kontak dengan bakteri pada suatu waktu dalam hidupnya, tapi itu tidak menunjukkan bahwa pasien tersebut terkena infeksi. Tes darah dapat juga dilakukan untuk memeriksa anemia, yang terjadi akibat pendarahan lambung akibat gastritis.
- b. Pemeriksaan pernafasan. Tes ini dapat menentukan apakah pasien terinfeksi oleh bakteri *H. pylori* atau tidak.
- c. Pemeriksaan feces. Tes ini memeriksa apakah terdapat *H. pylori* dalam feces atau tidak. Hasil yang positif dapat mengindikasikan terjadinya infeksi.

- d. Pemeriksaan endoskopi saluran cerna bagian atas. Dengan tes ini dapat terlihat adanya ketidaknormalan pada saluran cerna bagian atas yang mungkin tidak terlihat dari sinar-x.
- e. Rontgen 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 rontgen. Cairan ini akan melapisi saluran cerna dan akan terlihat lebih jelas ketika di rontgen.

## **2.2. Konsep Nyeri**

### **2.2.1. Definisi Nyeri**

#### **2.2.1.1. Definisi Secara Medis**

Menurut Mouncastle dalam buku Prasetyo (2010) mendefinisikan Nyeri sebagai pengalaman sensori yang dibawa oleh stimulus sebagai akibat adanya ancaman atau kerusakan jaringan, dapat disimpulkan bahwa nyeri adalah ketika seseorang terluka.

*International Association for Study of pain* dalam buku Prasetyo (2010) mendefinisikan nyeri sebagai suatu sensori subjektif dan pengalaman emosional yang tidak menyenangkan berkaitan dengan kerusakan jaringan yang bersifat actual atau potensial atau yang dirasakan dalam kejadian-kejadian dimana terjadi kerusakan.

Menurut Arthur C. Curton dalam buku Prasetyo (2010) mengatakan bahwa nyeri merupakan suatu mekanisme produksi bagi tubuh, timbul ketika jaringan

sedang rusak, dan menyebabkan individu tersebut bereaksi untuk menghilangkan rasa nyeri.

#### **2.2.1.2. Definisi Secara Psikologis**

Menurut *Sternbach* dalam buku *Konsep dan Proses Keperawatan Nyeri* yang di susun oleh Prasetyo (2010) mengartikan nyeri sebagai sesuatu yang abstrak, dimana nyeri terdapat pada :

- a. *Personality*, dimana sensasi terhadap nyeri yang dirasakan individu bersifat pribadi (Subjektif), artinya antara individu satu dengan yang lainnya mengalami sensasi nyeri yang berbeda.
- b. Adanya stimulus yang merugikan sebagai peringatan yang terhadap kerusakan jaringan.
- c. Pola respon dari individu terhadap nyeri, sebagai alat proteksi untuk melindungi dirinya dari kerugian yang ditimbulkan oleh nyeri.

Sedangkan menurut McMahan dalam buku *Konsep dan Proses Keperawatan Nyeri* yang di susun oleh Prasetyo (2010) menemukan 4 atribusi pasti untuk pengalaman nyeri, yaitu : Nyeri bersifat individu, tidak menyenangkan, merupakan sesuatu kekuatan yang mendominasi, dan bersifat tidak berkesudahan.

#### **2.2.1.3. Definisi Nyeri Secara Keperawatan**

Menurut McCaffery dalam buku *Konsep dan Proses Keperawatan Nyeri* yang di susun oleh Prasetyo (2010) menyatakan bahwa nyeri adalah segala sesuatu yang dikatakan seseorang tentang nyeri tersebut dan terjadi kapan saja saat



seseorang mengatakan merasakan nyeri. Definisi ini menempatkan seorang pasien sebagai *expert* ( ahli) dibidang nyeri, karena pasien lah yang tahu tentang nyeri yang ia rasakan. Bahkan nyeri adalah sesuatu yang sangat subjektif, tidak ada ukuran yang objektif padanya, sehingga hanyalah orang yang merasakannya yang paling akurat dan tepat dalam mendefinisikan nyeri.

Berdasarkan definisi diatas, dapat disimpulkan bahwa nyeri adalah sesuatu yang tidak menyenangkan yang hanya dapat diungkapkan oleh individu yang mengalaminya (bersifat subjektif) dan persepsinya berbeda antara satu orang dengan yang lainnya.

## 2.2.2 Fisiologi Nyeri

### 2.2.2.1. Stimulus

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

Dalam buku Konsep dan Proses Keperawatan Nyeri yang disusun oleh Prasetyo (2010), Terdapat beberapa jenis stimulus Nyeri, diantaranya :

**Tabel 2.1 Jenis Stimuus Nyeri (Prasetyo, 2010)**

<b>Faktor Penyebab</b>	<b>Contoh</b>
Mikroorganisme (Virus, bakteri, jamur, dan lain-lain).	Meningitis
Kimia	Tersiram air keras
Tumor	CA mamae
Iskemia jaringan	Jaringan miokard yang mengalami iskemi karena gangguan aliran darah padaa arteri

---

Listrik	koronaria.
Spasme	Terkena sengatan listrik
Obstruksi	Spasme otot
Panas	Batu ginjal, batu ureter, obstruksi usus.
Fraktur	Luka bakar
Salah urat	Fraktur femur
Radiasi	Keseleo, terpelintir
Psikologis	Radiasi untuk pengobatan kanker
	Berduka, konflik, dan lain-lain.

---

### 2.2.2.2. Reseptor Nyeri

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

#### 1. Extroreseptor

Yaitu reseptor yang berpengaruh terhadap perubahan pada lingkungan eksternal, antara lain :

- a. Corpusculum miessineri : untuk merasakan stimulus taktil (sentuh/rabaan).
- b. Corpusculum Krausse : untuk merasakan rasa dingin.
- c. Corpusculum Ruffini : untuk merasakan rangsang panas, merupakan ujung saraf bebas yang terletak di dermis dan sub kutis.

#### 2. Telereseptor

Merupakan resepto yang sensitif terhadap stimulus yang jauh.

#### 3. Propioseptor

Merupakan reseptor yang menerima impuls primer dari organ otot, spindle dan tendon gigi.

#### 4. Interoreseptor

Merupakan reseptor yang sensitif terhadap perubahan pada organ-organ visceral dan pembuluh darah.

Beberapa penggolongan lain dari reseptor sensori, yaitu :

1. termoreseptor : reseptor yang menerima sensasi suhu (panas atau dingin).
2. Mekanoreseptor : reseptor yang menerima stimulus-stimulus mekanik.
3. Nosisseptor : reseptor yang menerima stimulus-stimulus nyeri.
4. Kemoreseptor : reseptor yang menerima stimulus kimiawi.

#### 2.2.2.3. Pathway Nyeri

Rangkaian proses terjadinya nyeri diawali dengan tahap *tranduksi*, dimana hal ini terjadi ketika noniseptor yang terletak pada bagian perifer tubuh distimulasi oleh berbagai stimulus, seperti faktor biologis, mekanis, listrik, thermal, radiasi dan lain-lain.

*Fast pain* dicetuskan oleh reseptor tipe mekanis atau thermal (yaitu serabut saraf A-Delta), sedangkan *slow pain* (nyeri lambat) biasanya dicetuskan oleh serabut saraf C. Serabut saraf A-Delta mempunyai karakteristik menghantarkan nyeri dengan cepat serta bermielinasi, dan serabut saraf C yang tidak bermielinasi, berukuran sangat kecil dan bersifat lambat dalam menghantarkan nyeri.

Dalam buku Konsep dan Proses Keperawatan Nyeri yang disusun oleh Prasetyo tahun 2010 terdapat perbedaan serabut saraf A-Delta dan saraf C, yaitu :

**Tabel 2.2 Perbedaan saraf A-Delta dan saraf C (Prasetyo, 2010)**

Serabut Saraf A-Delta	Serabut C
Bermielinasi	Tidak bermielinasi
Diameter 2-5 Mikrometer	Diameter 0.4-12.2 mikrometer
Kecepatan hantar 12-30 m/detik	Kecepatan hantar 0.5-2 m/detik
Menyalurkan impuls nyeri yang bersifat tajam, menusuk, terlokalisasi, dan jelas.	Menyalurkan impuls nyeri yang bersifat tidak terlokalisasi, visceral dan terus menerus.

Tahap selanjutnya adalah *transmisi*, dimana impuls nyeri kemudian ditransmisikan serat afferent (A-Delta dan C) ke medulla spinalis melalui dorsal horn, dimana disini impuls akan bersinapsis di substansia gelatinosa (lamina II dan III). Impuls kemudian menyebrang keatas melewati traktus spinothalamus anterior dan lateral. Beberapa impuls yang melewati traktus spinothalamus lateral diteruskan langsung ke thalamus tanpa singgah di formation retikularis membawa impuls *fast pain*. Dibagian thalamus dan korteks serebri inilah individu kemudian dapat mempersepsikan, menggambarkan, melokalisasi, menginterpretasi, dan mulai berespon terhadap nyeri.

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

### 2.2.3 Klasifikasi Nyeri

Ada banyak jalan untuk memulai mendiskusikan tentang tipe-tipe nyeri, antara lain melihat nyeri dari segi :

- a. Durasi nyeri, seperti nyeri akut dan nyeri kronis
- b. Tingkat keparahan dan intensitas, seperti nyeri berat atau nyeri ringan
- c. Model transmisi, seperti *reffered pain* (nyeri yang menjalar)
- d. Lokasi nyeri, superfisial atau dari dalam
- e. Kausatif, dari penyebab nyeri itu sendiri.

#### 2.2.3.1. Nyeri Akut

Nyeri akut terjadi setelah terjadinya cedera akut, penyakit, atau intervensi bedah dan memiliki awitan yang cepat dengan intensitas yang bervariasi (ringan sampai berat) dan berlangsung untuk waktu singkat (Prasetyo, 2010).

Nyeri akut berdurasi singkat (kurang dari 6 bulan), memiliki onset yang tiba-tiba, dan terlokalisir. Nyeri ini biasanya disebabkan oleh trauma, bedah, atau inflamasi.

*Reccurent Accute Pain* diidentifikasi dengan nyeri yang mempunyai periode berulang-ulang dan dirasakan sepanjang hidup klien. Contohnya seperti Migrain, *sikle cell pain*, nyeri angina pectoris yang berhubungan dengan hipoksia pada miokardium.

### 2.2.3.2. Nyeri Kronik

Nyeri kronik berlangsung lebih lama dari nyeri akut, intensitasnya bervariasi (ringan sampai berat) dan biasanya berlangsung selama 6 bulan.

*Chronic acute pain* dapat dirasakan oleh klien hampir setiap harinya dalam satu periode yang panjang (beberapa bulan atau tahun), akan tetapi *Chronic acute pain* juga mempunyai probabilitas yang tinggi untuk berakhir.

*Chronic non-malignant pain*, disebut juga dengan *chronic benign pain*, nyeri ini juga dirasakan klien hampir setiap hari nya selama periode lebih dari 6 bulan dengan intensitas nyeri ringan sampai berat. Menurut McCaffery dan Pasero dalam buku Prasetyo (2010), mengidentifikasi tiga karakteristik khusus pada nyeri *chronic non-malignant* :

- a. Nyeri ini berhubungan dengan penyebab-penyebab yang tidak mengancam kehidupan klien.
- b. *Chronic non-malignant pain* tidak begitu responsif terhadap metode-metode pembebasan nyeri.
- c. Dapat berlanjut pada sisa kehidupan klien.

Berdasarkan buku Konsep dan Proses Keperawatan Nyeri yang disusun oleh Prasetyo tahun 2010, terdapat perbedaan antara nyeri akut dan nyeri kronik, yaitu :

**Tabel 2.3 Perbedaan nyeri akut dan nyeri kronik (Prasetyo, 2010)**

Karakteristik	Nyeri akut	Nyeri Kronik
Tujuan	Memperingati klien terhadap adanya cedera/masalah	Memberikan alasan pada klien untuk mencari informasi berkaitan dengan perawatan dirinya.
Awitan	Mendadak	Terus menerus/ <i>intermittent</i>
Durasi	Durasi singkat (dari berapa detik	Durasi lama (6 bulan/lebih)

Intensitas	sampai 6 bulan)	Ringan sampai berat
Respon otonom	Ringan sampai berat a. Frekuensi jantung meningkat b. Volume sekuncup meningkat c. Tekanan darah meningkat d. Dilatasi pupil meningkat e. Tegangan otot meningkat f. Motilitas gastrointestinal menurun g. Aliran saliva menurun	a. Tidak terdapat respon otonom b. <i>Vital sign</i> dalam batas normal
Respon psikologis	Ansietas	Depresi Keputus asaan Mudah tersinggung/marah Menarik diri

### 2.2.3.3. Nyeri Kutaneus/Superfisial (*Cutaneus Pain*)

Ada dua macam bentuk nyeri *superfisial*, bentuk yang pertama adalah nyeri dengan onset yang tiba-tiba dan mempunyai kualitas yang tajam, dan bentuk kedua adalah nyeri dengan onset yang lambat disertai dengan rasa terbakar.

### 2.2.3.4. Nyeri Somatis Dalam (*Deep Somatic Pain*)

Nyeri somatic merupakan fenomena nyeri yang kompleks. Nyeri somatic dalam biasanya bersifat difus (menyebarkan) berbeda dengan nyeri superfisial yang mudah terlokalisir. Bagian yang mempunyai sensitivitas tinggi terhadap nyeri antara lain : tendon, fascia dalam, ligament, pembuluh darah, tulang periosteum dan nervus-nervus. Otot skeleton hanya sensitif terhadap iskemia dan peregangan. Tulang dan kartilago biasanya sensitive terhadap tekanan yang ekstrim atau stimulasi kimia.

Perbedaan antara nyeri kutaneus dengan nyeri somatis dalam, yaitu :

**Tabel 2.4 Perbedaan nyeri kutaneus dan nyeri somatic (Prasetyo, 2010)**

Karakteristik	Nyeri Kutaneus	Nyeri Somatis Dalam
Kualitas	Tajam, sensai terbakar	Biasanya bersifat tumpul, berdenyut
Durasi	Berdurasi pendek	Biasanya lebih lama dibandingkan nyeri kutaneus
Lokasi	Cenderung dapat terlokalisir, nyeri dapat dirasakan pada suatu titik area, pada permukaan.	Cenderung difus dan sulit terlokalisir
Tanda gejala yang menyertai	Rasa terbakar, gatal, hyperalgesia	Berhubungan dengan respon otonom : mual, muntah, berkeringat, muka pucat, bradikardi, penurunan tekanan darah, sinkop.

### 2.2.3.5. Nyeri Visceral

Istilah nyeri visceral mengacu pada bagian viscera abdomen, walaupun sebenarnya kata viscus (jamak dari viscera) berarti setiap organ tubuh bagian dalam yang lebar dan mempunyai ruang seperti cavitas tengkorak, cavitas thorak, cavitas abdominal, dan cavitas pelvis.

Penyebab nyeri visceral adalah semua rangsangan yang dapat menstimulasi ujung saraf nyeri di daerah visceral. Rangsang tersebut dapat berupa iskemi jaringan visceral, spasme suatu viscera berongga, rangsang kimiawi, dan distensi berlebihan suatu organ viscera.

Nyeri viscera cenderung bersifat difus (dirasakan menyebar), sulit untuk dilokalisir, samar-samar, dan bersifat tumpul. Contoh dari nyeri viscera antara lain apendiksitis akut, cholecystitis, penyakit kardiovaskular, renal, kolik uretra dan lain-lain.

Dalam buku Konsep dan Proses Keperawatan Nyeri yang disusun oleh Prasetyo tahun 2010, terdapat karakteristik nyeri visceral, yaitu :



**Tabel 2.5 Karakteristik nyeri visceral (Prasetyo, 2010)**

Karakteristik	Nyeri Visceral
Kualitas	Tajam, tumpul, nyeri terus, kejang
Menjalar	Ya
Stimulan	Distensi viscera berongga, iskemia, spasmus, iritasi kimiawi.
Reaksi otonom	Ya
Contoh	Angina pektoris, missal ulkus lambung, apendiksitis akut, cholecystitis

#### 2.2.3.6. *Reffered pain* (Nyeri dalam)

Nyeri dalam dapat diakibatkan dari gangguan organ visceral atau lesi pada bagian somatis dalam (misal : otot ligament, Vertebra). *Reffered pain* terkadang “áneh”, ini dikatakan ketika *refferd pain* dirasakan oleh klien dengan sangat, padahal mungkin pada titik nyeri sebenarnya hanya merupakan stimulus nyeri yang sangat ringan bahkan tidak ada.

#### 2.2.3.7. Nyeri Psikogenik

Nyeri psikogenik disebut juga *psychalgia* atau nyeri somatoform, adalah nyeri yang tidak diketahui secara fisik, nyeri ini biasanya timbul karena pengaruh psikologis, mental, emosional, atau faktor prilaku. Sakit kepala *back pain*, sakit perut adalah contoh sebagian dari nyeri psikogenik yang paling umum.

#### 2.2.4. Faktor yang Mempengaruhi Persepsi dan Reaksi Terhadap Nyeri

Menurut McCaffery dan Pasero dalam buku Prasetyo (2010) menyatakan bahwa hanya klienlah yang paling mengerti dan memahami tentang nyeri yang ia rasakan. Faktor Faktor yang mempengaruhi Nyeri antara lain :

### 1. Usia

Usia merupakan variable yang penting dalam mempengaruhi nyeri pada individu.

### 2. Jenis Kelamin

Secara umum pria dan wanita tidak berbeda secara signifikan dalam berespon terhadap nyeri. Hanya beberapa budaya yang menganggap bahwa seorang anak laki-laki harus lebih berani dan tidak boleh menangis dibandingkan dengan anak perempuan dalam situasi yang sama ketika merasakan nyeri. Akan tetapi dari penelitian terakhir memperlihatkan hormon seks pada mamalia berpengaruh pada terhadap tingkat toleransi terhadap nyeri. Hormon seks testosteron menaikkan ambang nyeri pada percoaan binatang, sedangkan estrogen meningkatkan pengenalan/sensitivitas terhadap nyeri.

### 3. Kebudayaan

Perawat terkadang seringkali berasumsi bahwa cara berespon pada setiap individu dalam masalah nyeri adalah sama, sehingga mereka mencoba mengira bagaimana pasien berespon terhadap nyeri.

### 4. Makna Nyeri

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

### 5. Lokasi dan Tingkat Keparahan Nyeri

Nyeri yang dirasakan bervariasi dalam intensitas dan tingkat keparahan pada masing-masing individu. Nyeri yang dirasakan mungkin terasa ringan, sedang atau bisa jadi merupakan nyeri yang berat.

#### 6. Perhatian

Tingkat perhatian terhadap nyeri akan mempengaruhi persepsi nyeri. Perhatian yang meningkat terhadap nyeri akan meningkatkan respon nyeri sedangkan upaya pengalihan (distraksi) dihubungkan dengan penurunan respon nyeri.

#### 7. ansietas (kecemasan)

Hubungan antara nyeri dan ansietas bersifat kompleks, ansietas yang dirasakan seseorang seringkali meningkatkan persepsi nyeri, akan tetapi nyeri juga dapat menimbulkan perasaan ansietas.

#### 8. Keletihan

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

#### 9. Pengalaman sebelumnya

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

#### 10. Dukungan keluarga dan sosial

Individu yang mengalami nyeri seringkali membutuhkan dukungan, bantuan, perlindungan dari anggota keluarga yang lain, atau teman terdekat. Walaupun nyeri masih dirasakan oleh klien, kehadiran orang terdekat akan meminimalkan kesepian atau ketakutan.

## **2.3 Konsep Relaksasi Otot Progresif**

### **2.3.1. Definisi Relaksasi otot Progresif**

Dalam buku Konsep dan Proses Keperawatan Nyeri yang disusun oleh Prasetyo tahun 2010, Relaksasi adalah suatu tindakan untuk “membebaskan” mental dan fisik dari ketegangan dan stress, sehingga dapat meningkatkan toleransi terhadap nyeri. Berbagai metode relaksasi digunakan untuk menurunkan kecemasan dan ketegangan otot sehingga didapatkan penurunan denyut jantung, penurunan respirasi serta penurunan ketegangan otot. Contoh tindakan relaksasi yang dapat dilakukan untuk menurunkan nyeri adalah napas dalam dan relaksasi otot.

### **2.3.2. SOP/Langkah kerja**

Berikut prosedur napas dalam dan relaksasi otot yang dapat diajarkan pada klien :

#### **1.Nafas Dalam**

- a. Anjurkan pasien untuk duduk relaks.
- b. Anjurkan klien untuk tarik nafas dalam dengan pelan
- c. Tahan beberapa detik, kemudian lepaskan (tiupkan lewat bibir)

Saat menghembuskan udara anjurkan klien untuk merasakan relaksasi.

#### **2. Relaksasi otot**

- a. Anjurkan Pasien untuk mengepalkan tangan dan mintalah klien merasakan, biarkan ketegangan beberapa detik.
- b. Mintalah klien untuk melepaskan kepala, dan relaks

- c. Lanjutkan tindakan yang sama pada beberapa otot (lengan, bahu, muka, kaki)

Latihan relaksasi progresif merupakan kombinasi latihan pernapasan dan rangkaian kontraksi serta relaksasi kelompok otot. Saat klien melakukan relaksasi pernapasan dalam dengan diafragma dengan teratur, perawat mengarahkan klien untuk melokalisasi daerah yang mengalami ketegangan otot, merasakannya, menegangkan otot tersebut, kemudian mengendorkan dengan sepenuhnya.

### **2.3.3. Jurnal Penelitian tentang Penggunaan Relaksasi Otot Progresif pada Gastritis**

Menurut *Supetran* (2016), hasil dari “efektifitas penggunaan teknik relaksasi otot progresif dalam menurunkan tingkat nyeri pasien gastritis di Rumah Sakit daerah Madani Palu” yaitu :

1. Gambaran nyeri pasien gastritis sebelum diberikan teknik relaksasi otot progresif

Hasil dari penelitian menunjukkan sebelum diberikan teknik relaksasi otot progresif semuanya pasien mengalami nyeri. Rasa nyeri yang ditunjukkan merupakan akibat respon tubuh terhadap trauma atau akibat mukosa lambung mengalami kerusakan. Pasien dapat mengalami ketidaknyamanan, sakit kepala, mual dan anoreksia, malas, sering disertai muntah dan cegukan.

2. Gambaran nyeri pasien gastritis setelah diberikan tehnik relaksasi otot progresif

Hasil dari penelitian menunjukkan setelah diberikan relaksasi otot progresif sebagian besar pasien sudah tidak mengalami nyeri. Setelah diberikan relaksasi otot progresif pasien merasakan nyeri berkurang, karena gerakan-gerakan yang telah diberikan secara perlahan membantu merilekskan sinap-sinap saraf baik yang simpatis maupun parasimpatis. Sistem saraf yang bekerja yaitu saraf pusat dan saraf otonom, yakni saraf simpatis dan saraf parasimpatis. Adapun hormon yang bekerja antara lain adalah hormon gastrin, asetilkolin, dan histamin.

Terdapat tiga fase yang menyebabkan sekresi asam lambung, pertama fase sefalik, sekresi asam lambung terjadi meskipun makanan belum masuk lambung, akibat memikirkan atau merasakan makanan. Kedua fase gastrik, ketika makanan masuk lambung akan merangsang mekanisme sekresi asam lambung yang berlangsung selama beberapa jam, selama makanan masih berada didalam lambung. Ketiga fase intestinal, proses sekresi asam lambung terjadi ketika makanan mengenai mukosa usus.

3. Efektifitas penggunaan tehnik relaksasi otot progresif dalam menurunkan tingkat nyeri

Pasien gastritis di Ruang Jambu Rumah Sakit daerah Madani, peneliti ini membuktikan sebelum diberikan relaksasi otot progresif pasien gastritis yang mengalami nyeri dikarenakan oleh perhatian pasien masih

terfokuskan pada titik nyeri sehingga pasien merasakan nyeri yang sangat hebat. Sedangkan setelah diberikan relaksasi otot progresif pasien gastritis mengalami penurunan skala nyeri karena pasien sudah tidak terfokus lagi pada rasa sakitnya itu. Sehingga hipotalamus tidak mengaktifkan mediator nyeri.

Sedangkan menurut *Subekti* (2011), hasil dari “Metode Relaksasi untuk Menurunkan Tukak Lambung pada Penderita Tukak Lambung Kronis” yaitu :

Ketiga subjek dalam penelitian ini menunjukkan penurunan stress dan keluhan tukak lambung baik pada saat terapi, latihan mandiri maupun pada saat *follow up*. Adanya penurunan stress dan intensitas keluhan tukak lambung menunjukkan bahwa relaksasi yang diberikan sebagai terapi maupun sebagai latihan mandiri (*self help*) dapat menurunkan stress dan keluhan tukak lambung.

Hasil penelitian ini menguatkan penelitian sebelumnya bahwa relaksasi dapat menurunkan ketegangan, keluhan tukak lambung, menurunkan tekanan darah, dan efektif sebagai terapi komplementer pada penderita psikosomatis ringan. Keberhasilan terapi relaksasi dalam penelitian ini tampak pada penurunan skor stress dan keluhan tukak lambung.

Berdasarkan analisis visual dan pertimbangan faktor-faktor yang mempengaruhi hasil terapi baik faktor yang mendukung maupun menghambat, maka dapat disimpulkan bahwa diantara ketiga subjek yang mengalami penurunan stress dan keluhan tukak lambung paling besar adalah subjek 3. Subjek 3 melakukan relaksasi setiap hari sehingga frekuensinya memenuhi jumlah minimal yang diharapkan.

Berdasarkan hasil dari kedua penelitian diatas, dapat disimpulkan bahwa tehnik relaksasi otot progresif efektif untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasakan oleh penderita gastritis.

## **2.4 Konsep Dasar Keperawatan**

### **2.4.1 Pengkajian**

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan pasien (Nurarif & Kusuma, 2015).

Menurut Diyono (2013) dalam buku Mardalena (2015) menyatakan bahwa dalam proses ini dilakukan pengumpulan data dengan cara Wawancara, observasi mulai dari Identitas diri klien, riwayat penyakit, aktivitas sehari-hari, lihat hasil pemeriksaan penunjang klien dan pemeriksaan fisik baik secara *head to toe* maupun per sistem untuk menemukan data yang lebih akurat. Seperti dibawah ini:

#### **a. Anamnesa**

##### **1) Identitas Klien**

Lakukan pengkajian pada identitas klien dan isi identitasnya yang meliputi : nama, jenis kelamin, suku bangsa, tanggal lahir, alamat, agama, dan tanggal pengkajian.

##### **2) Keluhan utama**

Sering menjadi alasan klien untuk meminta pertolongan kesehatan adalah biasanya pasien mengeluh nyeri pada perut atau ulu hati.



### 3) Riwayat Kesehatan

#### (a) Riwayat penyakit sekarang

Pada pasien gastritis biasanya pasien mengeluh nyeri ulu hati/perut ,  
mual muntah dan lain-lain.

#### (b) Riwayat penyakit dahulu

Apakah pasien pernah dirawat dengan gejala yang sama di Rumah Sakit  
atau di tempat lain.

#### (c) Riwayat penyakit keluarga

Riwayat penyakit keluarga yang pernah menderita penyakit yang sama  
atau penyakit lain.

### b. Pemeriksaan Fisik

#### 1) Aktivitas/istirahat

Gejala : lemah

Tanda : Takikardia, takipnea/hiperventilasi

#### 2) Sirkulasi

Gejala : hipotensi, takikardia, disritmia (hipovolemia / hipoksemia),  
lemah/nadi perifer lemah, CRT lambat/perlahan, warna kulit  
terlihat pucat.

#### 3) Integritas ego

Gejala : faktor stress

Tanda : ansietas, gelisah/bingung, wajah pucat, berkeringat, suara gemetar.

#### 4) Eliminasi

Gejala : Perubahan pola defekasi/karakteristik feses.

Tanda :Nyeri tekan abdomen, nyeri ulu hati, distensi, bunyi usus,feses berdarah.

#### 5) Makanan

Gejala : Anoreksia serta mual muntah.

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

#### 6) Neurosensori

Gejala : rasa berdenyut, klien merasa pusing/sakit kepala, kelemahan status mental, tingkat kesadaran klien dapat terganggu.

#### 7) Nyeri/Ketidaknyamanan

Gejala : nyeri digambarkan sebagai tajam, dangkal, rasa terbakar, terasa perih, terasa ditusuk-tusuk.

Tanda : wajah berkerut, berhati-hati pada area yang terasa sakit, wajah pucat dan berkeringat.

### **2.4.2 Analisa Data dan Diagnosa**

Diagnosa keperawatan merupakan keputusan klinik tentang respon individu, keluarga dan masyarakat tentang masalah kesehatan aktual atau potensial, dimana berdasarkan pendidikan dan pengalamannya, perawat secara akuntabilitas dapat mengidentifikasi dan memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga, menurunkan, membatasi, mencegah dan merubah status kesehatan pasien (Nurarif & Kusuma, 2015).

Setelah dikumpulkan data dari pengkajian, dilakukan analisa dan mengelompokkan data sesuai masalah yang akan didapat, dari masalah tersebut terdapat etiologi atau penyebab masalah itu dapat muncul. Setelah terkumpul semuanya munculah diagnosa keperawatan. Diagnosa yang mungkin muncul pada pasien gastritis berdasarkan buku NANDA yang disusun oleh Nurarif & Kusuma (2015) adalah :

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

### 2.4.3 Perencanaan

Berdasarkan NANDA yang disusun oleh Nurarif & Kusuma (2015) intervensi keperawatan gastritis adalah :

**Tabel 2.6 Intervensi Keperawatan Gastritis (Nurarif & Kusuma, 2015)**

Nyeri akut	NOC	NIC	Rasional
Definisi : Pengalaman sesnsori dan emosional yang tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan aktual atau potensial	a. <i>Pain level</i> , b. <i>Pain Control</i> , c. <i>Comfort level</i> , Kriteria hasil : a. Mampu mengontrol nyeri	<b>Pain Management</b> a. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif b. Kurangi faktor presipitasi nyeri c. Pilih dan lakukan penanganan nyeri d. Evaluasi	a. Nyeri tidak selalu ada tetapi bila ada harus dibandingkan dengan gejala nyeri pasien sebelumnya dimana dapat membantu mendiagnosa etiologi perdarahan dan terjadinya komplikasi
Batasan Karakteristik : a. Perubahan selera makan	b. Melaporkan bahwa nyeri berkurang		b. Membantu dalam

<p>b. Perubahan tanda vital</p> <p>c. Perilaku distraksi</p> <p>d. Sikap melindungi nyeri</p> <p>e. Gangguan tidur</p>	<p>dengan menggunakan manajemen nyeri</p> <p>c. Mampu mengenali nyeri</p> <p>d. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang</p>	<p>pengalaman nyeri masa lampau</p> <p>e. Kontrol lingkungan yang dapat memengaruhi nyeri.</p> <p>f. Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri</p> <p>g. Tingkatkan istirahat</p> <p><b>Analgesik Administration</b></p> <p>a. Tentukan lokasi, kualitas, karakteristik, dan derajat nyeri sebelum pemberian obat.</p> <p>b. cek intruksi dokter tentang jenis obat, dosis dan frekuensi.</p> <p>c. Pilih analgesik yang diperlukan atau kombinasi dari analgesik ketika pemberian lebih dari satu.</p> <p>d. Tentukan pilihan anagesik sesuai tipe dan beratnya nyeri.</p> <p>e. Pilih rute pemberian secara IV, IM untuk pengobatan nyeri secara teratur.</p>	<p>menegakkan diagnosis dan menentukan jenis terapi.</p> <p>c. Isyarat nonverbal dapat berupa fisiologis dan psikologis serta dapat digunakan untuk digabungkan dengan isyarat verbal untuk mengevaluasi perluasan dan keparahan masalah.</p> <p>d. Mampu meredakan nyeri akut atau hebat.</p> <p>e. Dapat menurunkan ketidaknyamanan epigastrik secara cepat.</p>
<p><b>Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh</b></p> <p><b>Definisi :</b></p> <p>Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolik</p> <p><b>Batasan</b></p> <p><b>Karakteristik :</b></p> <p>a. Kram abdomen</p> <p>b. Nyeri abdomen</p> <p>c. Menghindari makanan</p> <p>d. Berat badan 20% atau lebih dibawah berat badan ideal</p> <p>e. Kerapuhan kapiler</p> <p>f. Diare</p> <p>g. Bising usus</p>	<p><b>NOC</b></p> <p>a. <i>Nutritional Status : food and fluid</i></p> <p>b. <i>Nutritional Status : nutrient intake</i></p> <p>c. <i>Weight Control</i></p> <p><b>Kriteria</b></p> <p><b>Hasil :</b></p> <p>a. Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan</p> <p>b. Berat badan ideal</p> <p>c. Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi</p> <p>d. Tidak ada tanda malnutrisi</p>	<p><b>NIC</b></p> <p><b>Nutrition Monitoring</b></p> <p>a. BB pasien dalam batas normal</p> <p>b. Monitor mual muntah</p> <p>c. Monitor turgor kulit</p> <p>d. Monitor adanya penurunan berat badan</p> <p>e. Kaji adanya alergi makanan</p> <p>f. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien.</p> <p><b>Nutrition Management</b></p> <p>a. Kaji adanya</p>	<p><b>Rasional</b></p> <p>a. Mengidentifikasi defisiensi dan kebutuhan untuk membantu dalam memilih intervensi.</p> <p>b. Kembalinya fungsi usus mengindikasikan kesiapan melanjutkan kembali asupan oral.</p> <p>c. Mengurangi insiden kram dan mual.</p> <p>d. Sensitivitas terhadap makanan tertentu, klien dapat mencoba makanan beberapa kali sebelum menentukan makanan yang dapat menimbulkan masalah.</p> <p>e. Dapat membantu mencegah gas dan bau</p>

hiperaktif			
h. Kurang makanan		alergi makanan	
		b. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien.	
		c. Monitor jumlah nutrisi dan kandungan kalori	
		d. Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi	
		e. Kaji kemampuan pasien untuk mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan.	
<b>Kekurangan</b>	<b>NOC</b>	<b>NIC</b>	<b>Rasional</b>
<b>volume cairan</b>	a. <i>Fluid balance</i>	<b>Fluid</b>	a. Memberikan informasi
<b>Definisi :</b>	b. <i>Hydration</i>	<b>Management</b>	tentang keseimbangan
<b>penurunan cairan</b>	c. <i>Nutritional Status : Food and Fluid</i>	a. Monitor status nutrisi	cairan keseluruhan,
<b>intravaskular, interstitial, atau intraselular. Ini mengacu pada dehidrasi, kehilangan cairan tanpa perubahan pada natrium</b>	d. <i>Intake</i>	b. Berikan cairan IV pada suhu ruangan	fungsi ginjal, dan kontrol penyakit usus juga sebagai panduan untuk penggantian cairan.
<b>Batasan</b>	<b>Kriteria</b>	c. Monitor intake dan output	b. Hipotensi, takikardi dan demam dapat mengindikasikan respon terhadap dampak kehilangan cairan.
<b>Karakteristik :</b>	<b>Hasil :</b>	d. Monitor tanda vital	c. Mengindikasikan kehilangan cairan berlebihan dan dehidrasi yang diakibatkan.
a. <b>Perubahan status mental</b>	a. Mempertahankan urine output sesuai dengan usia dan BB	e. Dorong pasien menambah intake oral	d. Indikator cairan keseluruhan dan status nutrisi.
b. <b>Penurunan tanda-tanda vital</b>	b. Tanda-tanda vital dalam batas normal	f. Monitor berat badan.	e. Menunjukkan ketidakseimbangan terkait dengan kehilangan cairan dan elektrolit melalui muntah dan dampak kehilangan cairan.
c. <b>Penurunan turgor kulit</b>	c. Tidak ada tanda dehidrasi	<b>Hypovolemia</b>	
d. <b>Penurunan keluaran urine</b>	d. Elastisitas turgor kulit baik, membran mukosa lembab, tidak ada rasa haus yang berlebihan	<b>Management</b>	
e. <b>Membran mukosa kering</b>		a. Monitor status cairan termasuk intake dan output cairan.	
f. <b>Kulit kering</b>		b. Pelihara IV	
g. <b>Peningkatan suhu tubuh</b>		c. Monitor tingkat Hb dan Hematokrit.	
		d. Monitor tanda vital.	
		e. Dorong pasien untuk menambah intake oral.	
<b>Defisiensi pengetahuan</b>	<b>NOC</b>	<b>NIC</b>	<b>Rasional</b>
<b>Definisi :</b>	a. <i>Knowledge : disease process</i>	<b>Teaching</b>	a. Menentukan dasar pengetahuan dan memberikan beberapa pandangan mengenai bagaimana kebutuhan rencana penyuluhan dibuat untuk individu tersebut.
<b>Ketiadaan atau defisiensi informasi kognitif yang berkaitan dengan topic tertentu.</b>	b. <i>Knowledge : health Behavior</i>	<b>disease process</b>	b. Menyediakan dasar
<b>Batasan</b>	<b>Kriteria</b>	a. Berikan penilaian tentang tingkat pengetahuan pasien tentang proses penyakit yang spesifik	
<b>karakteristik :</b>	<b>Hasil :</b>	b. Jelaskan patofisiologi dari penyakit dan	
a. <b>Perilaku</b>	a. pasien dan keluarga menyatakan pemahaman		

<b>hiperbola</b>	tentang penyakit,	bagaimana hal ini	pengetahuan yang
<b>b. ketidakakuratan mengikuti perintah</b>	kondisi, prognosis dan program	berhubungan dengan anatomi dan fisiologi,	dapat dipilih klien setelah diberikan informasi dan keputusan tentang masa depan serta pengendalian masalah kesehatan.
<b>c. ketidakakuratan melakukan tes</b>	pengobatan	dengan cara yang tepat.	informasi dan keputusan tentang masa depan serta pengendalian masalah kesehatan.
<b>d. perilaku tidak tepat (mis., hysteria, bermusuhan, agitasi, apatis)</b>	b. Pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara benar	c. Gambarkan tanda dan gejala yang bisa muncul pada penyakit, dengan cara yang tepat.	keputusan tentang masa depan serta pengendalian masalah kesehatan.
<b>Faktor yang berhubungan :</b>	c. Pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat/tim kesehatan lainnya	d. Gambarkan proses penyakit, dengan cara yang tepat	c. Membantu klien memahami alasan meminum obat anti ulkus, serta gejala apa yang penting untuk dilaporkan kepada penyedia layanan kesehatan.
<b>kognitif</b>		e. Identifikasi kemungkinan penyebab, dengan cara yang tepat	d. Riwayat perdarahan dapat mempengaruhi pilihan terapi dan resep di masa depan.
<b>intepretasi informasi</b>			e. Evaluasi dan intervensi medis secara tepat dan cepat.
<b>pajanan</b>			
<b>d. kurang minat dalam belajar</b>			
<b>e. kurang dapat mengingat</b>			
<b>f. tidak familier dengan sumber informasi.</b>			

#### 2.4.4 Implementasi

Komponen implementasi dalam proses keperawatan mencakup penerapan keterampilan yang diperlukan untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan (Mardalena, 2015).

Keterampilan dan pengetahuan yang diperlukan untuk implementasi biasanya berfokus pada:

- Melakukan aktivitas untuk pasien atau membantu pasien.
- Melakukan pengkajian keperawatan untuk mengidentifikasi masalah baru atau memantau status masalah yang telah ada.
- Memberikan pendidikan kesehatan untuk membantu pasien mendapatkan pengetahuan yang baru tentang kesehatannya atau penatalaksanaan gangguan.
- Membantu pasien membuat pasien keputusan tentang layanan kesehatannya sendiri.

- e. Berkonsultasi dan membuat rujukan pada profesi kesehatan lainnya untuk mendapatkan pengarahan yang tepat.
- f. Memberikan tindakan yang spesifik untuk menghilangkan, mengurangi, atau menyelesaikan masalah kesehatan.
- g. Membantu pasien melakukan aktivitas nya sendiri.
- h. Membantu pasien mengidentifikasi masalah atau resiko dan menggali pilihan yang tersedia.

#### **2.4.5 Evaluasi**

Menurut Asmadi (2008) dalam buku Mardalena (2015), Evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan yang merupakan perbandingan yang sistematis dan terencana antara hasil akhir yang teramati dan tujuan atau kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Evaluasi dilakukan secara berkesinambungan dengan melibatkan pasien dan tenaga kesehatan lainnya. Jika hasil evaluasi menunjukkan tercapainya tujuan dan kriteria hasil, pasien bisa keluar dari siklus proses keperawatan.

Jika evaluasi menunjukkan sebaliknya, maka perlu dilakukan kajian ulang (*reassessment*). Secara umum, evaluasi ditunjukkan untuk :

- a. Melihat dan menilai kemampuan pasien dalam mencapai tujuan.
- b. Menentukan apakah tujuan keperawatan telah tercapai atau belum.
- c. Mengkaji penyebab jika tujuan asuhan keperawatan belum tercapai.
- d. Mendapatkan umpan balik (*feedback*).

- e. Untuk menilai efektifitas, efesiensi, dan produktivitas dari tindakan keperawatan yang telah diberikan.
- f. Sebagai tanggung jawab dan tanggung gugat dalam pelaksanaan pelayanan keperawatan.