

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Gastritis merupakan peradangan pada mukosa lambung ditandai dengan tidak nyaman diperut bagian atas, rasa mual, muntah, nafsu makan menurun, dan sakit kepala. Gastritis terjadi ketika mekanisme perlindungan dalam lambung mulai berkurang sehingga menimbulkan peradangan (inflamasi). Gastritis jika tidak ditangani dengan benar dapat menimbulkan komplikasi, seperti gangguan dan penyerapan zat besi, gangguan penyerapan vitamin B1, sehingga menyebabkan anemia perniciosa (Ratu & Adwan, 2013).

Pasien yang menderita *gastritis* biasanya akan mengeluh nyeri perut, mual, perih (kembung dan sesak) pada bagian atas perut (ulu hati). Biasanya nafsu makan menurun secara drastis, wajah pucat, suhu badan naik, keluar keringat dingin, dan sering bersendawa terutama dalam keadaan lapar (Nian, 2015).

Penyakit *Gastritis* jika dibiarkan terus menerus akan merusak fungsi lambung dan klien *Gastritis* jika tidak dilakukan tindakan dapat menimbulkan perdarahan (*hemorrhagic gastritis*) sehingga banyak darah yang keluar dan berkumpul di lambung, selain itu juga menimbulkan tukak lambung dan kanker lambung (Supetran, 2016).

Untuk mencegah penyakit *gastritis* sebaiknya pasien memilih makanan yang seimbang sesuai kebutuhan dan jadwal makan yang teratur, memilih makan yang lunak, mudah dicerna, makan dalam porsi kecil tapi sering,

hindari stress dan tekanan emosi yang berlebihan serta menghindari makanan yang menaikan asam lambung (Muttaqin, 2011). *Gastritis* merupakan penyakit yang menjadi perhatian karena angka kejadian *gastritis* tinggi di setiap negara.

Prevelensi awal penyakit ini menurut *World Health Organization*(WHO) (2014) tinjauan terhadap beberapa Negara di dunia dan mendapatkan hasil persentase dari angka kejadian gastritis di dunia, diantaranya Inggris 22%, China 31%, Jepang 14,5%, Kanada 35%, dan Perancis 29,5%. Di dunia, insiden gastritis sekitar 1,8-2,1 juta dari jumlah penduduk setiap tahun. Insiden terjadinya gastritis di Asia Tenggara sekitar 583.635 dari jumlah penduduk setiap tahunnya. Persentase dari angka kejadian gastritis di Indonesia adalah 40,8%.

Angka kejadian gastritis pada beberapa daerah di Indonesia cukup tinggi dengan prevalensi 274,396 kasus dari 238,452,952 jiwa penduduk. Berdasarkan hasil data dari Departemen Kesehatan RI, angka kejadian *gastritis* di beberapa kota di Indonesia ada yang mencapai 91,6% yaitu di kota Medan, lalu di beberapa kota lainnya seperti Surabaya 31,2%, Denpasar 46%, Jakarta 50%, Bandung 32,5 %, Palembang 35%, Aceh 31,7%, dan Pontianak 31,2 %. Hal tersebut disebabkan oleh pola makan yang kurang sehat (Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, 2013).

Sedangkan di provinsi riau, pada setiap tahunnya penyakit *gastritis* masuk kedalam 10 penyakit terbesar. Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Provinsi Riau, penyakit *gastritis* pada tahun 2015 menduduki peringkat ke 6 dari 10 penyakit terbesar dengan jumlah 13.471 kasus (Dinkes Pekanbaru 2015).

Di Kabupaten Kampar pada Tahun 2018, Gastritis merupakan urutan ke-5 dari 10 penyakit terbesar yaitu sebesar 9959 kasus. Berdasarkan data yang di dapat dari Dinas Kesehatan Kabupaten Kampar 2018, bisa dilihat pada tabel 1.1 dibawah :

Tabel 1.1: 10 Penyakit terbesar Dinas Kesehatan Kabupaten Kampar

NO	Golongan Sebab Sakit	Jumlah	Persentase (%)
1	Nasafarigitis akut (common cold)	69732	23%
2	Hipertensi esensial (primer)	36546	12%
3	Artritis rheumatoid	20680	7%
4	Dispepsia	19436	6%
5	Gastritis	9959	3%
6	Infeksi kulit dan jaringan subkutan/pioderma	8909	3%
7	Gastroenteritis (termasuk kolera, giardiadis)	8588	3%
8	Diabetes Melitus tidak tergantung insulin (tipe II)	7562	2%
9	Penyakit jaringan pulpa dan peria pikal	7201	2%
10	Faringitis akut	6862	2%

Sumber: Dinas Kesehatan Kabupaten Kampar tahun 2018

Berdasarkan tabel 1.1 diatas dapat diketahui Penyakit gastritis ini sendiri termasuk kedalam 10 penyakit terbesar, dari hasil data Dinas Kesehatan Kabupaten Kampar tahun 2018. Dimana penyakit ini menempati urutan ke 5 dengan jumlah 9959 jiwa dengan prevalensi (3%). Data Kabupaten Kampar terdapat beberapa puskesmas. Di puskesmas Bangkinang angka kejadian gastritis sebanyak 177 kasus.

Kasus-kasus gastritis akut dan kronis dirawat di rumah kecuali komplikasi berkembang. Intruksikan klien dengan *gastritis* untuk mengunjungi penyedia layanan kesehatan dengan teratur. Hal ini penting dilakukan khususnya jika diagnosis nya adalah infeksi *H.pylory* dan *gastritis atrofi*, karena masalah ini dekat hubungannya dengan kanker lambung. Ajari klien untuk menggunakan obat

dengan benar, menjaga nutrisi adekuat, dan memantau faktor-faktor resiko yang berkontribusi terhadap *gastritis* (Black,2014).

Oleh karena itu di butuhkan asuhan keperawatan untuk memecahkan masalah kesehatan pasien dengan menggunakan pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, perumusan diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi.

Pengkajian mencakup pengumpulan informasi subjektif dan objektif (tanda vital, wawancara pasien/keluarga, pemeriksaan fisik) dan peninjauan informasi riwayat pasien yang diberikan oleh pasien/keluarga, atau ditemukan dalam rekam medik. Perawat juga mengumpulkan informasi tentang kekuatan pasien/keluarga (untuk mengidentifikasi peluang promosi kesehatan) dan resiko (untuk mencegah atau menunda potensi masalah) (NANDA-I,2017).

Diagnosa keperawatan yang sering muncul pada pasien *gastritis* adalah Nyeri Akut/ Kronis b/d Agens Injuri (Biologis, kimia, fisik, psikologis), Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang dari Kebutuhan tubuh b/d ketidakmampuan pemasukan atau mencerna makanan, Devisit volume cairan b/d kehilangan volume cairan secara aktif, Intoleransi aktifitas b/d kelemahan fisik, Kecemasan b/d perubahan status kesehatan, Defisiensi pengetahuan b/d Keterbatasan kognitif

Intervensi didefenisikan sebagai “berbagai perawatan, berdasarkan penilaian klinis dan pengetahuan yang dilakukan oleh seorang perawat untuk meningkatkan hasil klien/pasien”. Dengan menggunakan pengetahuan keperawatan, perawat melakukan dua intervensi yaitu mandiri/independen dan *kolaborasi/interdisipliner* (NANDA-1,2017).

Implementasi keperawatan merupakan serangkaian tindakan yang dilakukan oleh perawat maupun tenaga medis lain untuk membantu pasien dalam proses penyembuhan dan perawatan serta masalah kesehatan yang di hadapi pasien yang sebelumnya disusun dalam rencana keperawatan (Nursalam ,2011).

Evaluasi keperawatan terdiri dari dua jenis yaitu evaluasi formatif, evaluasi ini disebut juga evaluasi berjalan dimana evaluasi dilakukan sampai dengan tujuan tercapai dan evaluasi somatif, merupakan evaluasi akhir dimana dalam metode evaluasi ini menggunakan SOAP (Nursalam,2011).

Berdasarkan berbagai data dan informasi di atas maka penulis tertarik untuk melakukan studi kasus dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Ny. N Dengan Gastritis di desa Pulau Rona Wilayah Kerja Puskesmas Bangkinang Kabupaten Kampar Tahun 2020”.

B. Batasan Masalah

Masalah studi kasus ini dibatasi pada Asuhan keperawatan pada Ny. N Dengan *Gastritis* di desa Pulau Rona Wilayah Kerja Puskesmas Bangkinang Kabupaten Kampar Tahun 2020.

C. Rumusan Masalah

Bagaimana Asuhan Keperawatan pada Ny. N Dengan *Gastritis* di desa Pulau Rona Wilayah Kerja Puskesmas Bangkinang Kabupaten Kampar Tahun 2020 ?

D. Tujuan

1. Tujuan Umum

Memberikan asuhan keperawatan pada klien *Gastritis*

2. Tujuan Khusus

- a. Melakukan pengkajian kepada Ny. N yang mengalami *Gastritis di desa Pulau Rona* Wilayah Kerja Puskesmas Bangkinang Kabupaten Kampar Tahun 2020.
- b. Menetapkan diagnosis keperawatan pada Ny. N yang mengalami *Gastritis*
- c. Menyusun intervensi keperawatan pada Ny. N yang mengalami *Gastritis*
- d. Melaksanakan implementasi keperawatan pada Ny. N yang mengalami *Gastritis*
- e. Melakukan evaluasi pada Ny. N yang mengalami *Gastritis*

E. Manfaat

1. Manfaat teoritis

Dapat memberi manfaat keilmuan untuk meningkatkan pengetahuan dan memberi masukan informasi tentang asuhan keperawatan pada klien *gastritis*.

2. Manfaat praktis

- a. Bagi klien dan keluarga

Memberi tambahan informasi bagi klien dan keluarga untuk memahami keadaan sehingga dapat mengambil keputusan sesuai dengan masalah serta memperhatikan dan melaksanakan tindakan yang diberi perawat.

b. Bagi perawat

Dapat dijadikan informasi tambahan bagi perawat di rumah sakit dalam melakukan tindakan asuhan keperawatan untuk meningkatkan mutu pelayanan yang baik khususnya pada klien *gastritis*.

c. Bagi Universitas Pahlawan Tuanku Tambusai

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai tambahan dan referensi untuk meningkatkan kualitas pendidikan keperawatan pada klien *gastritis*.

d. Bagi peneliti selanjutnya

Asuhan Keperawatan ini dapat dijadikan dasar informasi dan pertimbangan peneliti selanjutnya untuk menambah pengetahuan tentang asuhan keperawatan *gastritis*.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar *Gastritis*

1. Defenisi *Gastritis*

Gastritis adalah inflamasi mukosa lambung. *Gastritis akut* berlangsung selama beberapa jam sampai beberapa hari dan sering kali disebabkan oleh diet yang tidak bijaksana memakan makanan yang mengiritasi dan sangat berbumbu atau makanan yang terinfeksi. *Gastritis kronis* adalah inflamasi lambung yang berkepanjangan yang mungkin disebabkan oleh ulkus lambung jinak atau ganas atau disebabkan oleh penyakit *autoimun* seperti *Helicobacter pylori* (Brunner & Suddarth,2012).

Gastritis merupakan masalah saluran pencernaan yang paling sering ditemukan. *Gastritis* dapat bersifat akut yang datang mendadak dalam beberapa jam atau beberapa hari dan dapat juga bersifat kronis sampai berbulan-bulan atau bertahun-tahun (Diyono, 2013).

2. Etiologi *Gastritis*

Gastritis akut biasanya disebabkan karena pola makan yang kurang tepat, baik dalam frekuensi maupun waktu yang tidak teratur selain karena factor isi atau jenis makanan yang iritatif terhadap mukosa lambung. Makanan yang terkontaminasi dengan mikroorganismenya juga dapat menyebabkan kondisi ini. Selain itu, *gastritis akut* juga sering disebabkan karena penggunaan obat analgetik seperti aspirin termasuk obat anti-inflamasi nonsteroid (NSAID).

Kebiasaan mengonsumsi alkohol, kafein, reflukbilier, dan terapi radiasi juga dapat menjadi penyebab gastritis (Diyono,2013).

Gastritis kronis merupakan kelanjutan dari gastritis akut yang terjadi karena factor-faktor di atas juga karena peran dari bakteri *Helicobacter pylori* yang bahkan sering menyebabkan keganasan atau kanker lambung. Factor auto imun dan anemia juga ikut andil dalam proses ini (Diyono,2013).

3. Manifestasi Klinis Gastritis

Manifestasi Klinis Gastritis adalah nyeri epigastrium, mual, muntah dan perdarahan terselubung maupun nyata. Dengan endoskopi terlihat mukosa lambung hyperemia dan udem, mungkin juga ditemukan erosi dan perdarahan aktif. Gastritis kronis ialah kebanyakan gastritis asimptomatik, keluhan lebih berkaitan dengan komplikasi gastritis atrofik, seperti tukak lambung, defisiensi zat besi (Sjamsuhidajat,2015).

Menurut (Diyono,2013) Manifestasiklinis gastritis adalah nyeri lambung atau epigastrik pain merupakan gejala klinis yang paling sering umum di temukan pada gastritis akut. Gejala klinis lain meliputi mual, muntah, pusing, malaise, anoreksia dan hiccup (ceguen). Pada gastritis kronis kadang tidak menimbulkan gejala yang begitu berat. Gastritis kronis biasanya di tandai dengan penurunan berat badan, perdarahan, dan anemia pernisiiosa sebagai akibat menurunnya absorbs Vitamin B karena hilangnya factor intrinsic lambung. Kondisi hypochlorhydria dan anchlorhydria sering di temukan pada kondisi ini.

4. Komplikasi Gastritis

Manifestasi klinis klien dengan gastritis kronis dapat meliputi komplikasi seperti perdarahan, anemia pernisiiosa, dan kanker lambung. Perdarahan dapat menjadi komplikasi gastritis khususnya ketika mukosa lambung menjadi gundul atau terkikis. Perdarahan adalah umum pada klien yang mengonsumsi alkohol, aspirin, atau NSAID. Klien harus melakukan pemeriksaan endoskopi untuk menentukan perdarahan. Komplikasi lain yang mungkin dari gastritis atrofi adalah hilangnya kemampuan lambung untuk mengeluarkan faktor intrinsik, mengakibatkan malabsorpsi vitamin B12, yang dipastikan dengan tes schilling. Kanker lambung mungkin di curigai pada klien yang gastritisnya tidak sembuh dengan terapi (Black,2014).

5. Patofisiologi Gastritis

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 hidrogen klorida (HCL) dan pepsin. Bila mukosa lambung rusak maka terjadi difusi HCL ke mukosa HCL akan merusak mukosa. (Suratum,2010)

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

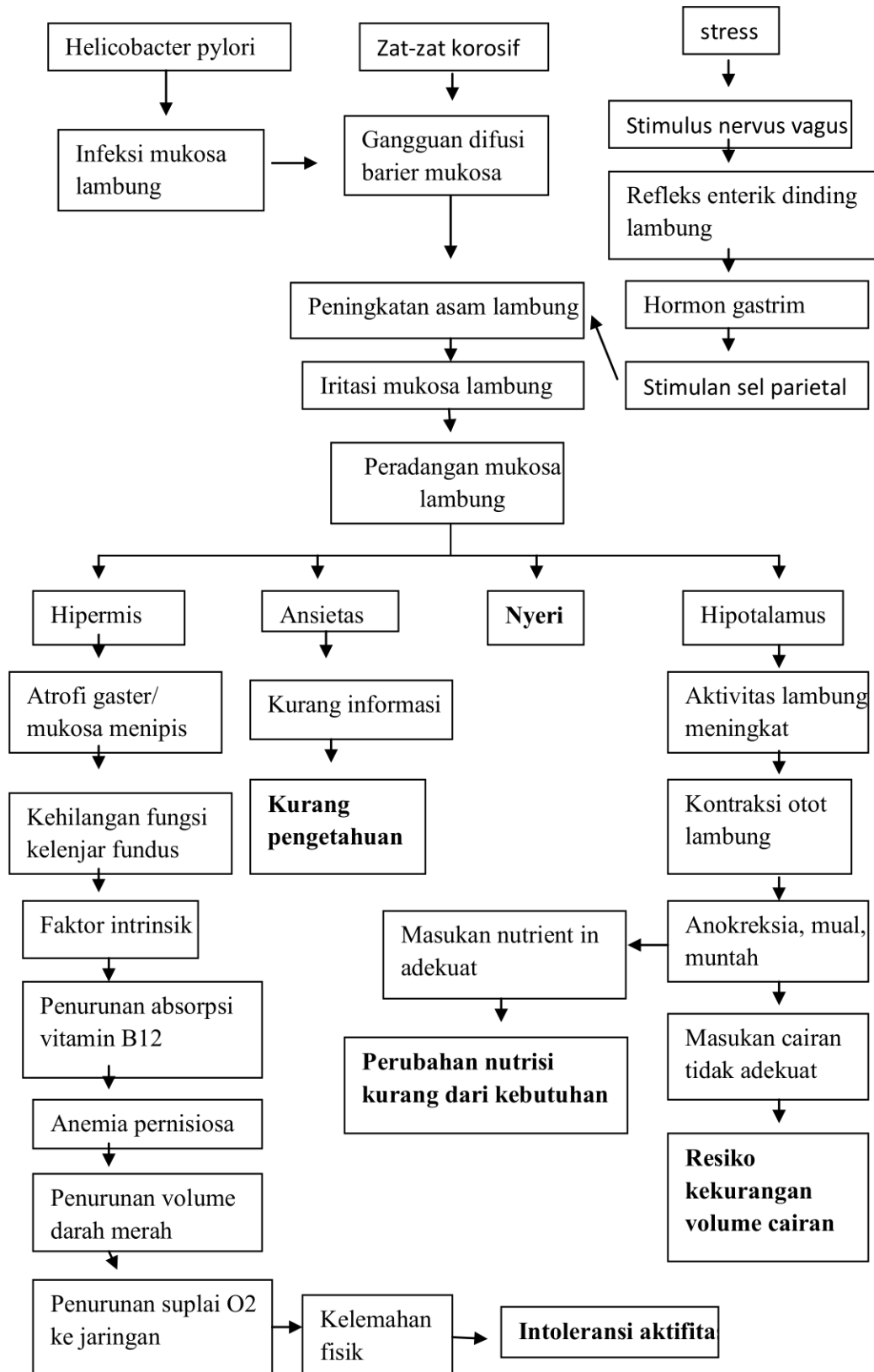
pertumbuhan dan maturasi sel darah merah. Pada akhirnya penderita gastritis dapat mengalami anemia atau mengalami penipisan dinding lambung, sehingga rentan terhadap perforasi lambung dan perdarahan (Suratum,2010).

6. Penatalaksanaan Gastritis

Dalam 1-3 hari pada umumnya lambung dapat memperbaiki mukosa yang rusak secara mandiri. Tindakan keperawatan untuk mendukung proses ini adalah dengan menghentikan asupan makanan iritatif seperti rokok, alkohol, kopi dan sejenisnya. Bila ada perdarahan maka sebaiknya pasien di puasakan. Obat-obat untuk menetralkan asam lambung seperti alumunium hidroksida atau antacid di butuhkan bila penyebab gastritis sangat iritatif. Terapi suportif seperti pemasangan NGT analgetik sedatif, antacid dan terapi intravena perlu dilakukan bila ada indikasi terjadi kondisi yang lebih buruk seperti dehidrasi, perdarahan hebat dan syok.

Pada gastritis kronis modifikasi gaya hidup yang kurang sehat adalah hal utama. Menghentikan kebiasaan minum alcohol, merokok, kopi sangat penting di lakukan selain juga mengatur diet dan mencukupi kebutuhan istirahat. Bila ditemukan adanya kontaminasi oleh bakteri *Helicobakterpylory* maka dapat dilakukan eradikasi dengan pemberian antibiotic (seperti tetracycline atau amoxicillin, dikombinasi clarithromycin) dan proton pump inhibitor (sepertilansoprazole, garam bismuth (pepto-bismol) (Diyono,2013).

7. Pathway Gastritis



B. Konsep Asuhan Keperawatan Gastritis

1. Pengkajian

- a. Data biografi di dapat melalui wawancara meliputi identitas pasien (umur, jenis kelamin) dan penanggung jawab, pengumpulan data seperti keluhan utama yang dirasakan pasien, pola makan (diet), perokok, alkoholik, minum kopi, penggunaan obat-obatan tertentu.
- b. Riwayat kesehatan :
 - 1) Riwayat kesehatan keluarga : Adanya penyakit keturunan/tidak.
 - 2) Riwayat penyakit sekarang : Riwayat penyakit yang dialami saat ini adanya alergi obat atau makanan.
 - 3) Riwayat penyakit dahulu : Apakah pasien tersebut pernah opname atau tidak sebelumnya penyakit apa yang pernah diderita sebelumnya.
 - 4) Riwayat psikososial pasien : Biasanya ada rasa stress , kecemasan yang sangat tinggi yang dialami pasien mengenai kegawatan pada saat krisis.
- c. Pola fungsi kesehatan
 - 1) Pola makanan/cairan : Anoreksia, mual, muntah,
 - 2) Pola aktivitas : Biasanya klien mengalami kelelahan, kelemahan dan hperventilasi
 - 3) Pola eliminasi seperti buang air kecil, buang air besar yang meliputi frekuensi, warna, konsisisten dan keluhan yang dirasakan. Gejala : BAB berwarna hitam ,lembek

- 4) Pola kebersihan diri : Pola ini membahas tentang kebersihan kulit, kebersihan rambut, telinga, mata, mulut, kuku.
- 5) Pola kognitif- persepsi sensori : Keadaan mental yang di alami, berbicara, bahasa, ansietas, pendengaran, penglihatan normal atau tidak.
- 6) Pola konsep diri meliputi identitas diri, ideal diri, harga diri, gambaran diri.
- 7) Pola koping dan nilai keyakinan : Bagaimana keyakinan klien pada agamanya dan bagaimana cara klien mendekati diri dengan Tuhan selama sakit.

d. Pengkajian Fisik

- 1) Keadaan umum klien : Tampak kesakitan dari pemeriksaan fisik terdapat nyeri tekan di kuadran epigastrik
- 2) Berat badan (mengalami penurunan berat badan) dan tinggi badan klien
- 3) B1 (breath) = takhipnea
- 4) B2 (blood = takikardi, hipotensi, distimia, nadipriver lemah, pengisian perifer, warna kulit pucat.
- 5) B3 (brain) = Sakit kepala, kelemahan, tingkat kesadaran terganggu, bisorientasi, nyeri epigastrium.
- 6) B4 (bladder) = Oliguria (gangguan keseimbangan cairan)
- 7) B5 (bowel) = Anemia, anorexia, mual, muntah, nyeri ulu hati, tidak toleran makanan pedas.
- 8) B6 (bone) = Kelelahan, kelemahan.

- e. Data subyektif : Di jumpai keluhan pasien berupa, nyeri epigastrium, perut lembek, kram, ketidakmampuan mencerna, mual, muntah.
- f. Data obyektif : Dijumpai tanda-tanda yang membahayakan, meringis, kegelisahan, atau merintih, perubahan tandatanda vital, kelembekan daerah epigastrium, dan penurunan peristaltik, erythema palmer, mukosa kulit basah tanda-tanda dehidrasi.
- g. Pemeriksaan diagnostik
 - 1) Pemeriksaan darah : Tes ini digunakan untuk memeriksa apakah terdapat H. Pylori.
 - 2) Endoskopi : Tes ini dapat terlihat adanya ketidak normalan pada saluran cerna bagian atas yang mungkin tidak terlihat dari sinar-X.
 - 3) Rontgen saluran cerna bagian atas : Tes ini akan melihat adanya tanda-tanda gastritis atau penyakit pencernaan lainnya.

2. Diagnosa Keperawatan

- a. Nyeri Akut b/d iritasi lambung
- b. Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang dari Kebutuhan tubuh b/d ketidakmampuan pemasukan atau mencerna makanan
- c. Devisit volume cairan b/d kehilangan volume cairan secara aktif
- d. Intoleransi aktifitas b/d kelemahan fisik
- e. Kecemasan b/d perubahan status kesehatan
- f. Kurang pengetahuan b/d Kurang Pengetahuan

3. Intervensi

Tabel 2.1 : Intervensi Keperawatan NIC NOC

Diagnosa Keperawatan	<i>Nursing Outcome Classification (NOC)</i>	<i>Nursing Intervention Classification (NIC)</i>
Nyeri Akut b/d iritasi lambung	<p>NOC</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Pain Level</i> 2. <i>Pain control</i> 3. <i>Comfort level</i> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan) 2. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri 3. Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri) 4. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang 5. Tanda vital dalam rentang normal 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi 2. Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan 3. Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien 4. Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri 5. Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau 6. Evaluasi bersama pasien dan tim kesehatan lain tentang ketidakefektifan kontrol nyeri masa lampau 7. Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan 8. Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan 9. Kurangi faktor presipitasi nyeri 10. Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, non farmakologi dan inter personal) 11. Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi 12. Ajarkan tentang teknik non farmakologi 13. Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri 14. Evaluasi keefektifan kontrol nyeri 15. Tingkatkan istirahat 16. Kolaborasikan dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil 17. Monitor penerimaan pasien tentang manajemen nyeri

<p>Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d ketidak mampuan pemasukan atau mencerna makanan</p>	<p>NOC :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nutritional Status : food and Fluid Intake 2. Nutritional Status : nutrient Intake 3. Weight control <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengerti faktor yang meningkatkan berat badan 2. Mengidentifikasi tingkah laku dibawah kontrol klien 3. Memodifikasi diet dalam waktu yang lama untuk mengontrol berat badan 4. Penurunan berat badan 1-2 pounds/mgg 5. Menggunakan energy untuk aktivitas sehari hari 	<p>Weight Management</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diskusikan bersama pasien mengenai hubungan antara intake makanan, latihan, peningkatan BB dan penurunan BB 2. Diskusikan bersama pasien mengenai kondisi medis yang dapat mempengaruhi BB 3. Diskusikan bersama pasien mengenai kebiasaan, gaya hidup dan factor herediter yang dapat mempengaruhi BB 4. Diskusikan bersama pasien mengenai risiko yang berhubungan dengan BB berlebih dan penurunan BB 5. Dorong pasien untuk merubah kebiasaan makan 6. Perkirakan BB badan ideal pasien <p>Nutrition Management</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji adanya alergi makanan 2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien 3. Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake Fe 4. Anjurkan pasien untuk meningkatkan protein dan vitamin C 5. Berikan substansi gula 6. Yakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi 7. Berikan makanan yang terpilih (sudah dikonsultasikan dengan ahli gizi) 8. Ajarkan pasien bagaimana membuat catatan makanan harian. 9. Monitor jumlah nutrisi dan kandungan kalori 10. Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi 11. Kaji kemampuan pasien untuk mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan
--	--	---

<p>Devisit volume cairan b/d kehilangan volume cairan secara aktif</p>	<p>NOC:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fluid balance 2. Hydration 3. Nutritional Status : Food and Fluid Intake <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mempertahankan urine output sesuai dengan usia dan BB, BJ urine normal, HT normal 2. Tekanan darah, nadi, suhu tubuh dalam batas normal 3. Tidak ada tanda tanda dehidrasi, Elastisitas turgor kulit baik, membran mukosa lembab, tidak ada rasa haus yang berlebihan 	<p>Fluid management</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Timbang popok/pembalut jika diperlukan 2. Pertahankan catatan intake dan output yang akurat 3. Monitor status hidrasi (kelembaban membran mukosa, nadi adekuat, tekanan darah ortostatik), jika diperlukan 4. Monitor hasil lab yang sesuai dengan retensi cairan (BUN , Hmt , osmolalitas urin) 5. Monitor vital sign 6. Monitor masukan makanan / cairan dan hitung intake kalori harian 7. Kolaborasi pemberian cairan IV 8. Monitor status nutrisi 9. Berikan cairan 10. Berikan diuretik sesuai interuksi 11. Berikan cairan IV pada suhu ruangan 12. Dorong masukan oral 13. Berikan penggantian nesogatrik sesuai output 14. Dorong keluarga untuk membantu pasien makan 15. Tawarkan snack (jus buah, buah segar) 16. Kolaborasi dokter jika tanda cairan berlebih muncul meburuk 17. Atur kemungkinan tranfusi 18. Persiapan untuk tranfusi
<p>Intoleransi aktivitas b/d kelemahan fisik</p>	<p>NOC :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Energy conservation 2. Self Care : ADLs <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berpartisipasi dalam aktivitas fisik tanpa disertai peningkatan tekanan darah, nadi dan RR 2. Mampu melakukan aktivitas sehari hari (ADLs) secara mandiri 	<p>Energy Management</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Observasi adanya pembatasan klien dalam melakukan aktivitas 2. Dorong anal untuk mengungkapkan perasaan terhadap keterbatasan 3. Kaji adanya faktor yang menyebabkan kelelahan 4. Monitor nutrisi dan sumber energi tangadkuat 5. Monitor pasien akan adanya kelelahan fisik dan emosi secara berlebihan

		<p>6. Monitor respon kardivaskuler terhadap aktivitas</p> <p>7. Monitor pola tidur dan lamanya tidur/istirahat pasien</p> <p><i>Activity Therapy</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi dengan Tenaga Rehabilitasi Medik dalam merencanakan program terapi yang tepat 2. Bantu klien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan 3. Bantu untuk memilih aktivitas konsisten yang sesuai dengan kemampuan fisik, psikologi dan sosial 4. Bantu untuk mengidentifikasi dan mendapatkan sumber yang diperlukan untuk aktivitas yang diinginkan 5. Bantu untuk mendapatkan alat bantuan aktivitas seperti kursi roda 6. Bantu untuk mengidentifikasi aktivitas yang disukai 7. Bantu klien untuk membuat jadwal latihan di waktu luang 8. Bantu pasien/keluarga untuk mengidentifikasi kekurangan dalam beraktivitas 9. Sediakan penguatan positif bagi yang aktif beraktivitas 10. Bantu pasien untuk mengembangkan motivasi diri dan penguatan 11. Monitor respon fisik, emosi, sosial dan spiritual
--	--	---

<p>Ansietas/Kecemasan b/d perubahan status kesehatan</p>	<p>NOC :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anxiety control 2. Coping <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mampu mengidentifikasi dan mengungkapkan gejala cemas 2. Mengidentifikasi, mengungkapkan dan menunjukkan tehnik untuk mengontrol cemas 3. Vital sign dalam batas normal 4. Postur tubuh, ekspresi wajah, bahasa tubuh dan tingkat aktivitas menunjukkan berkurangnya kecemasan 	<p>Anxiety Reduction (penurunan kecemasan)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gunakan pendekatan yang menenangkan 2. Nyatakan dengan jelas harapan terhadap perilaku pasien 3. Jelaskan semua prosedur dan apa yang dirasakan selama prosedur 4. Temani pasien untuk memberikan keamanan dan mengurangi takut 5. Berikan informasi faktual mengenai diagnosis, tindakan prognosis 6. Dorong keluarga untuk menemani anak 7. Lakukan back / neck rub 8. Dengarkan dengan penuh perhatian 9. Identifikasi tingkat kecemasan 10. Bantu pasien mengenal situasi yang menimbulkan kecemasan 11. Dorong pasien untuk mengungkapkan perasaan, ketakutan, persepsi 12. Instruksikan pasien menggunakan teknik relaksasi 13. Barikan obat untuk mengurangi kecemasan
--	---	---

<p>Kurang Pengetahuan b/d Kurang informasi</p>	<p>NOC :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kowlwdge : disease process 2. Kowledge : health Behavior <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien dan keluarga menyatakan pemahaman tentang penyakit, kondisi, prognosis dan program pengobatan 2. Pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara benar 3. Pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat/tim kesehatan lainnya 	<p>Teaching : disease Process</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan penilaian tentang tingkat pengetahuan pasien tentang proses penyakit yang spesifik 2. Jelaskan patofisiologi dari penyakit dan bagaimana hal ini berhubungan dengan anatomi dan fisiologi, dengan cara yang tepat. 3. Gambarkan tanda dan gejala yang biasa muncul pada penyakit, dengan cara yang tepat 4. Gambarkan proses penyakit, dengan cara yang tepat 5. Identifikasi kemungkinan penyebab, dengna cara yang tepat 6. Sediakan informasi pada pasien tentang kondisi, dengan cara yang tepat 7. Hindari harapan yang kosong 8. Sediakan bagi keluarga informasi tentang kemajuan pasien dengan cara yang tepat 9. Diskusikan perubahan gaya hidup yang mungkin diperlukan untuk mencegah komplikasi di masa yang akan datang dan atau proses pengontrolan penyakit 10. Diskusikan pilihan terapi atau penanganan 11. Dukung pasien untuk mengeksplorasi atau mendapatkan second opinion dengan cara yang tepat atau diindikasikan 12. Eksplorasi kemungkinan sumber atau dukungan, dengan cara yang tepat 13. Rujuk pasien pada grup atau agensi di komunitas lokal, dengan cara yang tepat 14. Instruksikan pasien mengenai tanda dan gejala untuk melaporkan pada pemberi perawatan kesehatan, dengan cara yang tepat
--	--	---

4. Implementasi

Implementasi adalah pemberian asuhan keperawatan secara nyata berupa serangkaian kegiatan sistematis berdasarkan perencanaan untuk mencapai hasil yang optimal. Pada tahap ini perawat menggunakan segala kemampuan yang dimiliki dalam melaksanakan tindakan keperawatan terhadap klien baik secara umum maupun secara khusus. Pada pelaksanaan ini perawat melakukan fungsinya secara independen, interdependen, dan dependen.

5. Evaluasi

Langkah evaluasi dari proses keperawatan mengukur respons klien terhadap tindakan keperawatan dan kemajuan klien kearah pencapaian tujuan. Evaluasi terjadi kapan saja perawat berhubungan dengan klien. Penekanannya adalah pada hasil klien. Perawat mengevaluasi apakah perilaku klien mencerminkan suatu kemunduran atau kemajuan dalam diagnose keperawatan (Wijayaningsih, 2013).

Pada saat akan melakukan pendokumentasian, menggunakan SOAP, yaitu :

S : Data subyektif merupakan masalah yang diutarakan klien

O : Data obyektif merupakan tanda klinik dan fakta yang berhubungan dengan diagnosa keperawatan.

A : Analisis dan diagnosa.

P : Perencanaan merupakan pengembangan rencana untuk yang akan datang dari intervensi.

BAB III METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Desain penelitian menggunakan metode studi kasus. Studi kasus merupakan rancangan penelitian yang mencakup pengkajian satu unit penelitian secara intensif. Sangat penting untuk mengetahui variabel yang berhubungan dengan masalah penelitian. Rancangan suatu studi kasus bergantung pada keadaan kasus namun tetap mempertimbangkan faktor penelitian waktu. Riwayat dan pola perilaku sebelumnya biasanya dikaji secara terperinci. Keuntungan yang paling besar dari rancangan ini adalah pengkajian secara terperinci meskipun jumlah respondenya sedikit, sehingga akan didapatkan gambaran satu unit subjek secara jelas (Nursalam, 2015).

B. Batasan Istilah

Batasan istilah dalam kasus ini adalah Asuhan Keperawatan pada *Ny. N Dengan Gastritis di desa Pulau Rona Wilayah Kerja Puskesmas Bangkinang Kabupaten Kampar*, maka penyusun studi kasus harus menjabarkan tentang konsep *Gastritis*. Batasan istilah disusun secara naratif dan apabila diperlukan, ditambahkan informasi kualitatif sebagai ciri dari batasan yang dibuat oleh penulis.

C. Partisipan

Partisipan pada kasus ini adalah *klien Gastritis*

Dengan kriteria subjek:

1. Klien gastritis dengan keadaan sadar.
2. Klien yang kooperatif.

D. Lokasi dan Waktu Penelitian

1. Lokasi

Lokasi studi kasus dilaksanakan di desa Pulau Rona Wilayah Kerja Puskesmas Bangkinang Kabupaten Kampar.

2. Waktu Penelitian

Waktu studi kasus ini dilaksanakan tanggal 18-20 Juli 2020.

E. Pengumpulan Data

Pengumpulan data adalah suatu proses pendekatan kepada subyek dan proses pengumpulan karakteristik subjek yang diperlukan dalam suatu penelitian. Langkah-langkah pengumpulan data bergantung rancangan penelitian dan teknik instrumen yang digunakan. Selama proses pengumpulan data, peneliti memfokuskan pada penyediaan subjek, melatih tenaga pengumpul data (jika diperlukan), memperhatikan prinsip-prinsip validitas dan reliabilitas, serta menyelesaikan masalah-masalah yang terjadi agar data dapat terkumpul sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan (Nursalam, 2015).

1. Wawancara

Wawancara merupakan cara mengumpulkan informasi dari pasien. Wawancara ini juga dapat disebut sebagai riwayat keperawatan. Jika wawancara tidak dilakukan ketika pasien masuk keperawatan fasilitas kesehatan, wawancara ini dapat disebut sebagai wawancara saat masuk. Ketika seorang dokter mengumpulkan informasi ini maka disebut sebagai riwayat medis. Pada beberapa area, perawat terdaftar mengkaji riwayat keperawatan, dengan dibantu oleh mahasiswa keperawatan. Mengkaji data dan bekerja sama dengan tim untuk memformulasi diagnosis keperawatan dan merencanakan asuhan. Setiap fasilitas memiliki format kesehatannya sendiri untuk dilengkapi bersama dengan klien dan tim kesehatan lainnya. Format dapat disusun menurut kebutuhan khusus pasien atau sesuai dengan sistem tubuh. Asuhan jangka panjang, layanan kesehatan dirumah dapat menggunakan format sesuai dengan kebutuhan khusus klien. Menggunakan wawancara dan mendokumentasikan informasi kedalam catatan perkembangan keperawatan.

Selama wawancara berlangsung perawat dapat memandu percakapan dengan pertanyaan langsung. Untuk lebih efektif dan efisiensi yang maksimal, dapat direncanakan wawancara sebelum bertemu klien. Memberitahu klien bahwa tujuan wawancara adalah untuk merencanakan asuhan yang efektif yang akan memenuhi kebutuhan klien.

Ketika mengumpulkan informasi, semua metode komunikasi harus dilakukan. Pengumpulan data dan pengkajian adalah pertanyaan terbuka, pertanyaan terperinci, ketrampilan observasi dan taktil. Klien memiliki hak untuk menolak menjawab pertanyaan yang menurut mereka terlalu pribadi. Pada beberapa kasus, mungkin perlu dibicarakan dengan anggota keluarga karena kebanyakan dari pasien biasanya bingung untuk berespon. Harus melindungi kerahasiaan pasien, jangan pernah mengungkapkan informasi yang sebelumnya tidak diketahui anggota keluarga tanpa persetujuan dari klien sendiri.

Komponen riwayat keperawatan, riwayat kesehatan yang lengkap dapat membantu untuk mengembangkan rencana asuhan yang efektif untuk klien (Caroline dkk, 2014)

2. Observasi dan pemeriksaan fisik

a. Observasi

Observasi adalah perangkat pengkajian yang berstandar pada penggunaan lima indra (penglihatan, sentuhan, pendengaran, penciuman, dan pengecap) untuk mencari informasi mengenai klien (Caroline dkk, 2014)

1) Observasi visual

Penglihatan memberi banyak petunjuk yang harus diproses secara terus menerus ketika mengkaji klien. Beberapa contoh yang harus dipertimbangkan adalah gerakan tubuh, penampilan umum, tata krama, ekspresi wajah, gaya berpakaian,

komunikasi nonverbal, tampilan seta kebersihan. Untuk mengumpulkan data subjektif, seperti ketika memperhatikan ekspresi wajah dan bahasa tubuh klien. Observasi visual juga dapat mengumpulkan data objektif.

2) Observasi taktil

Sensasi sentuhan memberi informasi penting mengenai klien. Misalnya sentuhan atau palpasi.

3) Observasi Auditori

Mendengarkan klien dan keluarga secara aktif ketika sedang berinteraksi dengan perawat dan tim kesehatan lain. Perawat juga dapat mengumpulkan data dengan cara auskultasi.

4) Observasi Olfaktori atau Gustatori

Indra penciuman mengidentifikasi bau yang mungkin spesifik dengan kondisi atau status kesehatan klien. Observasi olfaktorius mencakup mencatat bau badan, nafas yang buruk atau asidosis metabolik.

b. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik adalah sarana yang digunakan oleh penyedia layanan kesehatan yang membedakan struktur dan fungsi tubuh yang normal dan abnormal. Pemeriksaan fisik dapat dilakukan dengan lima cara yaitu observasi, inspeksi, palpasi, auskultasi, dan perkusi. Hal itu dilakukan untuk menunjang dan memperoleh data objektif.

c. Studi dokumentasi

Dalam penelitian ini penulis menggunakan metode studi dokumentasi. Peneliti mengumpulkan data dengan cara mengambil data yang berasal dari dokumen asli. Dokumen asli tersebut dapat berupa gambar, tabel atau daftar periksa, hasil laboratorium, status pasien dan lembar observasi yang dibuat.

F. Uji Keabsahan Data

Menurut Saryono dan Anggraeni (2010) dalam penelitian kualitatif ada 4 cara untuk mencapai keabsahan data, yaitu: *kreadibility* (kepercayaan); *dependility* (ketergantungan); *konfermability* (kepastian). Dalam penelitian kualitatif ini memakai 3 macam antara lain :

1. Kepercayaan (*kreadibility*)

Kreadibilitas data dimaksudkan untuk membuktikan data yang berhasil dikumpulkn sesuai dengan sebenarnya. Ada beberapa kegiatan yang dilakukan untuk mencapai kreadibilitas ialah:

- a. Memperpanjang cara observasi agar cukup waktu untuk mengenal respondens, lingkungan, kegiatan serta peristiwa-peristiwa yang terjadi. Hal ini sekaligus untuk mengecek informasi, guna untuk dapat diterima sebagai orang dalam.
- b. Pengamatan terus-menerus, agar penelitian dapat melihat sesuatu secara cermat, terinci dan mendalam sehingga dapat membedakan mana yang bermakna dan mana yang tidak bermakna.

- c. Triagulasi berupa pengumpulan data yang lebih dari satu sumber, yang menunjukkan informasi yang sama.
- d. *Peer debriefing* dengan cara membicarakan masalah penelitian dengan orang lain, dan tanya jawab dengan teman sejawat.

2. Ketergantungan (*dependility*)

Kriteria ini digunakan untuk menjaga kehati-hatian akan terjadinya kemungkinan kesalahan dalam mengumpulkan dan mengintrepretasikan data sehingga data dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah. Kesalahan sering dilakukan oleh manusia itu sendiri terutama peneliti karena keterbatasan pengalaman, waktu, pengetahuan. Cara untuk menetapkan bahwa proses penelitian dapat dipertanggungjawabkan melalui audit dipendability oleh ouditor independent oleh dosen pembimbing.

3. Kepastian (*konfermability*)

Kriteria ini digunakan untuk menilai hasil penelitian yang dilakukan dengan cara mengecek data dan informasi serta interpretasi hasil penelitian yang didukung oleh materi yang ada pelacakan audit.

G. Analisa Data

Analisis data dilakukan sejak peneliti dilapangan, sewaktu pengumpulan data sampai dengan semua data terkumpul. Analisis data dilakukan dengan cara mengemukakan fakta, selanjutnya membandingkan dengan teori yang ada dan selanjutnya dituangkan dalam opini pembahasan.

Teknik analisis yang digunakan dengan cara menarasikan jawaban-jawaban dari penelitian yang diperoleh dari hasil interpretasi wawancara mendalam yang dilakukan untuk menjawab rumusan masalah penelitian. Teknik analisis digunakan dengan cara observasi oleh peneliti dan studi dokumentasi yang menghasilkan data yang selanjutnya untuk diinterpretasikan oleh peneliti dibandingkan dengan teori yang ada sebagai bahan untuk memberikan rekomendasi dalam intervensi tersebut. Urutan dalam analisis adalah :

1. Pengumpulan Data

Pengumpulan data merupakan suatu proses pendekatan kepada subyek dan proses pengumpulan data tergantung dari desain penelitian. Langkah-langkah pengumpulan data tergantung dari desain dan tehnik instrumen yang digunakan (Nursalam, 2011). Proses pengumpulan data studi kasus ini terdapat tiga tahapan yaitu :

Data dikumpulkan dari hasil WOD (wawancara, observasi, dokumen). Data yang dikumpulkan terkait dengan data pengkajian, diagnosis, perencanaan, tindakan atau implementasi dan evaluasi.

2. Merekduksi Data

Data hasil wawancara yang terkumpul dalam bentuk catatan lapangan dijadikan satu dalam bentuk transkrip dan dikelompokkan menjadi data subyektif dan obyektif, dianalisis berdasarkan hasil pemeriksaan diagnostik kemudian dibandingkan nilai normal.

3. Penyajian Data

Penyajian data dapat dilakukan dengan tabel, gambar, bagan maupun teks naratif. Kerahasiaan dari klien dijamin dengan jalan mengaburkan identitas dari partisipan

4. Kesimpulan

Dari data yang disajikan, kemudian data dibahas dan dibandingkan dengan hasil-hasil penelitian terdahulu dan secara teoritis dengan perilaku kesehatan. Penarikan kesimpulan dilakukan dengan metode induksi. Data yang dikumpulkan terkait dengan data pengkajian, diagnosis, perencanaan, tindakan dan evaluasi.

H. Etik Penelitian

Menurut Nursalam (2015) menyatakan bahwa secara umum prinsip etika dalam penelitian atau pengumpulan data dapat dibedakan menjadi tiga bagian, yaitu prinsip manfaat, prinsip menghargai, hak-hak subjek, dan prinsip keadilan. Selanjutnya diuraikan sebagai berikut :

1. *Informed consent*

Subjek harus mendapatkan informasi secara lengkap tentang tujuan penelitian yang akan dilaksanakan, mempunyai hak untuk bebas berpartisipasi atau menolak menjadi responden. Pada informed consent juga perlu dicantumkan bahwa data yang diperoleh hanya akan dipergunakan untuk pengembangan ilmu.

2. Tanpa nama (*anonymity*)

Memberikan jaminan dalam penggunaan subyek penelitian dengan cara tidak memberikan atau mencantumkan nama responden pada lembar alat ukur dan hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data.

3. Kerahasiaan (*confidentiality*)

Semua informasi yang dikumpulkan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil riset. Peneliti menjaga semua informasi yang diberikan oleh responden dan tidak menggunakan informasi tersebut untuk kepentingan pribadi dan di luar kepentingan keilmuan.