



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. S DAN Ny. M GASTRITIS
DENGAN MASALAH KEPERAWATAN NYERI
AKUT DI RUANG MELATI RSUD
dr. HARYOTO LUMAJANG
TAHUN 2018**

LAPORAN TUGAS AKHIR

Oleh
Siti Mahmudah
NIM 152303101004

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
2018**

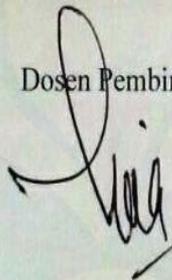
PERSETUJUAN

Laporan Tugas Akhir berjudul "Asuhan Keperawatan Ny. S dan Ny. M Gastritis dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang Tahun 2018" telah disetujui pada:

hari, tanggal : 20 Maret 2018

tempat : Prodi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang

Dosen Pembimbing



Laili Nur Azizah, S.Kep., Ners., M.Kep.
NIP 19751004 200801 2 016



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. S DAN Ny. M GASTRITIS
DENGAN MASALAH KEPERAWATAN NYERI
AKUT DI RUANG MELATI RSUD
dr. HARYOTO LUMAJANG
TAHUN 2018**

LAPORAN TUGAS AKHIR

diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat
untuk menyelesaikan Program Studi Keperawatan (D3)
dan mencapai gelar Ahli Madya Keperawatan

Oleh
Siti Mahmudah
NIM 152303101004

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
2018**

PERSEMBAHAN

Laporan Tugas Akhir ini saya persembahkan untuk:

1. Kedua orang tua (Ayah Ibu) yang saya sayangi dan cintai serta keluarga besar yang selalu mendoakan, memberikan dukungan, dan motivasi kepada penulis, sehingga penulis dapat menyusun Laporan Tugas Akhir ini sampai selesai dengan tepat waktu.
2. Guru-guruku sejak taman kanak-kanak sampai dengan perguruan tinggi yang saya sayangi dan tidak dapat ku sebutkan satu persatu yang telah sabar mendidik dan mengamalkan ilmunya.
3. Dosen pembimbing akademik ku sekaligus pembimbing Laporan Tugas Akhir ku Ibu Laili Nur Azizah., S.Kep., Ns., M.Kep yang saya sayangi dan banggakan. Beliau adalah seseorang yang selalu memberiku dukungan dan motivasi selama di perguruan tinggi, beliau juga orang yang sabar dalam menghadapi mahasiswanya, termasuk saya.
4. Teman-teman angkatan 18 atau 1 D3 Keperawatan Unej Kampus Lumajang dan sahabat tercinta “keluarga baru” (Masquro, Risa Wulansari, Dian Anjarsari), serta sahabat lamaku yang selalu setia mendukungku sampai selama ini (Siti Maisaroh, Siti Khotimah, Sulis Puji Rohmah, Rimadhona Sayyidah, dan Nofia). Tak lupa juga teman-teman kelompok PKK 3 (Awalia Permatasari Syafi’I, Yeni Dwi Trisnaningati, dan Dedy Muhammad) yang selalu memberi kesan kekompakkan dan juga selalu memberi motivasi kepada penulis dalam pengerjaan laporan tugas akhir. Serta sahabatku yang lain yang tidak dapat ku sebutkan satu persatu.
5. Keluarga besar Hidayatus Syakirin yang selalu memberikan nasihat dan doa kepada penulis.

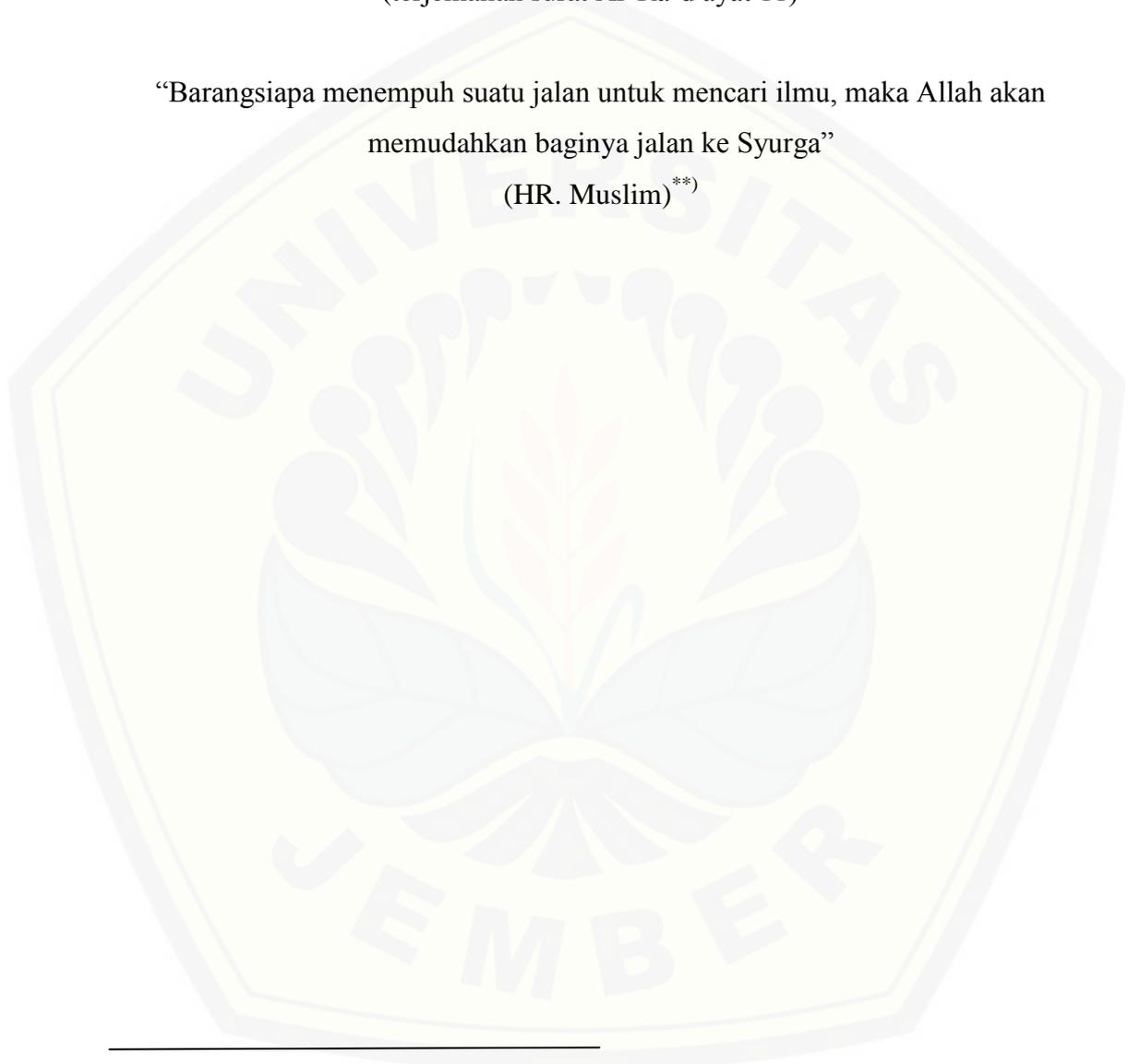
MOTO

“Sesungguhnya Allah tidak mengubah keadaan sesuatu kaum sehingga mereka
mengubah keadaan yang ada pada diri mereka sendiri”

(terjemahan surat Ar-Ra'd ayat 11)*)

“Barangsiapa menempuh suatu jalan untuk mencari ilmu, maka Allah akan
memudahkan baginya jalan ke Syurga”

(HR. Muslim)**)



*) Departemen Agama RI. 2004. *Al-Qur'an dan Terjemahnya*. Bandung: CV Penerbit J-ART.

***) Basyiron, Abdul Basith. Tanpa Tahun. *Mutiara Hadis Budi Luhur*. Surabaya: Penerbit Bintang Terang 99.

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

nama : Siti Mahmudah

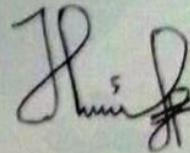
NIM : 152303101004

menyatakan dengan sesungguhnya bahwa Laporan Tugas Akhir yang berjudul "Asuhan Keperawatan pada Ny. S dan Ny. M Gastritis dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang Tahun 2018" adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali kutipan yang sudah saya sebutkan sumbernya, belum pernah diajukan pada institusi mana pun, dan bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan sikap ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa ada tekanan dan paksaan dari pihak mana pun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika ternyata di kemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Lumajang, 20 Maret 2018

Yang menyatakan,



Siti Mahmudah
NIM 152303101004

LAPORAN TUGAS AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. S DAN Ny. M GASTRITIS
DENGAN MASALAH KEPERAWATAN NYERI
AKUT DI RUANG MELATI RSUD
dr. HARYOTO LUMAJANG
TAHUN 2018**

Oleh

Siti Mahmudah
NIM 152303101004

Pembimbing:

Laili Nur Azizah., S.Kep., Ns., M.Kep
NIP 19751004 200801 2 016

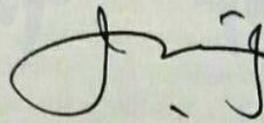
PENGESAHAN

Laporan Tugas Akhir berjudul "Asuhan Keperawatan pada Ny. S dan Ny. M Gastritis dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut di Ruang Melati RSUD dr.Haryoto Lumajang Tahun 2018" karya Siti Mahmudah telah diuji dan disahkan pada:

hari, tanggal : Senin, 02 April 2018

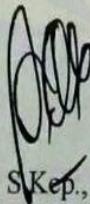
tempat : Prodi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang

Ketua Penguji,



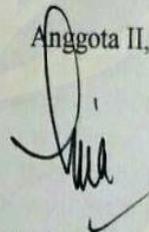
Indriana Noor L., S.Kep., Ners., M.Kep.
NIP. 19720519 199703 2 003

Anggota I,



Rizeki Dwi F., S.Kep., Ners., M.Kep.
NRP. 760017247

Anggota II,



Laili Nur A., S.Kep., Ners., M.Kep.
NIP. 19751004 200801 2 016

Mengesahkan,

Koordinator Program Studi

D3 Keperawatan Universitas Jember

Kampus Lumajang



Nurul Hayati, S.Kep., Ners., MM.
NIP. 19650629 198703 2 008

RINGKASAN

Asuhan Keperawatan pada Ny. S dan Ny. M Gastritis dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut Di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang Tahun 2018; Siti Mahmudah, 152303101004; 2018: 104 halaman; Program Studi D3 Keperawatan Unej Kampus Lumajang.

Gastritis merupakan salah satu penyakit yang terjadi karena inflamasi pada lapisan lambung. Gastritis bila tidak diatasi menyebabkan perdarahan, tukak lambung, kanker lambung, hingga dapat menyebabkan kematian. Gastritis bisa disebabkan oleh makanan, stress, zat kimia maupun bakteri, yang menjadikan sering merasa nyeri pada bagian perut. Nyeri salah satu tanda dan gejala dari penyakit gastritis, yang dapat menimbulkan masalah keperawatan nyeri akut.

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui efektivitas penggunaan tehnik relaksasi (nafas dalam) dan tehnik distraksi (distraksi pendengaran) dalam menurunkan nyeri pada klien gastritis. Desain penelitian yang digunakan yaitu laporan kasus. Penelitian ini melibatkan dua partisipan gastritis yang memiliki masalah keperawatan nyeri akut di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang. Metode pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini yaitu wawancara, observasi, dan studi dokumen.

Intervensi yang dilakukan yaitu manajemen nyeri dengan tehnik relaksasi (nafas dalam) dan tehnik distraksi (distraksi pendengaran). Setelah dilakukan tindakan selama 3 hari didapatkan pada Ny. S dan Ny. M skala nyeri menjadi turun perlahan-lahan, yang awalnya hari pertama skala nyeri 4 turun menjadi 2 pada hari kedua, dan 0 pada hari ketiga perawatan.

Dari hasil diatas bagi peneliti selanjutnya yang mengambil masalah keperawatan yang sama yaitu nyeri akut diharapkan peneliti dapat memilih waktu yang tepat ketika mau mengajarkan manajemen nyeri tehnik relaksasi (nafas dalam) dan tehnik distraksi (distraksi pendengaran), serta diharapkan juga dalam penelitian selanjutnya dalam mengajarkan tehnik tersebut minimal dilakukan 3x/hari. Bagi perawat diharapkan dapat mengaplikasikan tindakan keperawatan manajemen nyeri tersebut untuk menurunkan nyeri yang terjadi pada klien. Sedangkan bagi klien dan keluarga disarankan untuk dapat menghindari faktor pencetus timbulnya gastritis. Namun, jika terjadi nyeri berulang akibat kambuhnya gastritis diharapkan klien dan keluarga dapat melakukan manajemen nyeri dengan tehnik relaksasi (nafas dalam) dan tehnik distraksi (distraksi pendengaran) tersebut untuk mengurangi rasa nyeri yang timbul.

SUMMARY

Nursing Care for Gastritis towards Mrs. S and Mrs. M Gastritis with Nursing Problem of Acute Pain In Ruang Melati of RSUD dr. Haryoto Lumajang 2018; Siti Mahmudah, 152303101004; 2018: 104 pages; D3 Nursing Study Program University of Jember.

Gastritis is one of the diseases that occurs due to inflammation in the stomach lining. If it is not treated well, gastritis can cause bleeding, peptic ulcers, stomach cancer, even causes death. Gastritis can be caused by food, stress, chemicals and bacteria, which often causes pain in the abdomen. Pain one of the indications and symptoms of gastritis disease, which can cause acute pain nursing problems.

The purpose of this study was to determine the effectiveness of the use of relaxation technique (deep breath exercise) and distraction technique (distraction test of hearing) in reducing pain to the client's gastritis. The research design used is case report. This study involved two gastritis patients who had acute pain nursing problems in Ruang Melati of RSUD dr. Haryoto Lumajang. Data collection methods used in this study are interviews, observation, and document studies.

The intervention done that is pain management with relaxation techniques (deep breath exercise) and distraction techniques (distraction test of hearing). After doing the treatment for 3 days, it was obtained that Mrs. S and Mrs. M's pain scale decreased slowly, on the first day pain scale of 4 had decreased up to 2 on the second day, and 0 on the third day of nursing care.

From the results above, for the fellow researchers who study about the same nursing problem of acute pain are expected to consider the right time to give a treatment of pain relaxation techniques (deep breath exercise) and distraction techniques (distraction test of hearing), as well as expected to do the techniques 3 times day at minimum. For the nurses are expected to be able to apply pain management in order to decrease the pain to the patients. Meanwhile, to the clients and families are expected to avoid factors causing gastritis. However, if the pain occurs repeatedly caused by gastritis, the patients and families could do pain management with relaxation techniques (deep breath exercise) and distraction techniques (distraction test of hearing) to reduce the pain.

PRAKATA

Puji syukur atas kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya, sehingga Laporan Tugas Akhir yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada Ny S dan Ny. M Gastritis dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang Tahun 2018” dapat terselesaikan tepat waktu. Laporan Tugas Akhir ini disusun sebagai syarat menyelesaikan pendidikan Ahli Madya Keperawatan.

Dalam pembuatan Laporan Tugas Akhir ini saya sampaikan terima kasih kepada pihak yang telah membantu baik secara langsung maupun tidak langsung:

1. Ibu Nurul Hayati, S.Kep., Ns., MM. Selaku koordinator Prodi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang yang memberikan dukungan dalam penelitian.
2. Ibu Laili Nur Azizah, S.Kep., M.Kep. Selaku pembimbing yang telah memberikan masukan dan bimbingan kepada penulis.
3. Direktur RSUD dr. Haryoto Lumajang yang telah memberikan tempat bagi peneliti untuk melakukan penelitian.
4. Karyawan perpustakaan D3 Keperawatan Unej Kampus Lumajang yang telah banyak membantu menyediakan berbagai bahan literatur.

Semoga pihak yang telah memberi dukungan dan bantuan kepada penulis dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir ini mendapat imbalan yang sepatuhnyanya dari Allah SWT.

Penulis menyadari bahwa Laporan Tugas Akhir ini masih jauh dari kata sempurna. Oleh karena itu, penulis mengharap saran dan kritik yang bersifat membangun untuk penyempurnaan Laporan Tugas Akhir dimasa yang akan mendatang dan penulis juga berharap semoga Laporan Tugas Akhir ini dapat bermanfaat bagi pembaca.

Lumajang, 20 Maret 2018

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN	ii
HALAMAN JUDUL	iii
HALAMAN PERSEMBAHAN	iv
HALAMAN MOTO	v
HALAMAN PERNYATAAN	vi
HALAMAN PEMBIMBINGAN	vii
HALAMAN PENGESAHAN	viii
RINGKASAN	ix
SUMMARY	x
PRAKATA	xi
DAFTAR ISI	xii
DAFTAR TABEL	xiv
DAFTAR GAMBAR	xv
DAFTAR LAMPIRAN	xvi
BAB 1. PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan	5
1.4 Manfaat	5
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep Gastritis	6
2.1.1 Definisi	6
2.1.2 Klasifikasi	6
2.1.3 Etiologi	7
2.1.4 Patofisiologi.....	11
2.1.5 Manifestasi Klinik	14
2.1.6 Pemeriksaan Diagnostik	15
2.1.7 Penatalaksanaan.....	16
2.1.8 Komplikasi.....	17
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan	17
2.2.1 Pengkajian Keperawatan	17
2.2.2 Diagnosis Keperawatan	20
2.2.3 Intervensi Keperawatan	21
2.2.4 Implementasi Keperawatan	24
2.2.5 Evaluasi Keperawatan	25
BAB 3. METODE PENULISAN	
3.1 Desain (Rancangan Penulisan)	26
3.2 Batasan Istilah	26
3.3 Partisipan	27
3.4 Lokasi dan Waktu	27

3.5 Pengumpulan Data.....	27
3.6 Uji Keabsahan Data	28
3.7 Analisis Data	29
3.8 Etika Penulisan.....	30
BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN	
4.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data.....	32
4.2 Pengkajian	32
4.3 Analisa Data.....	47
4.4 Diagnosa	48
4.5 Intervensi	49
4.6 Implementasi	52
4.7 Evaluasi	57
BAB 5. PENUTUP	
5.1 Kesimpulan	60
5.2 Saran	61
DAFTAR PUSTAKA	63
DAFTAR LAMPIRAN	66

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 2.1 Manifestasi Klinis Gastritis.....	14
Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan Nyeri Akut	23
Tabel 4.1 Identitas Klien	32
Tabel 4.2 Riwayat Penyakit Klien	33
Tabel 4.3 Pola Persepsi, Tata Laksana Kesehatan, Nutrisi dan Eliminasi.....	35
Tabel 4.4 Pola Tidur, Aktivitas, Sensori dan Pengetahuan.....	37
Tabel 4.5 Pola Hubungan Interpersonal, Reproduksi dan Seksual	39
Tabel 4.6 Pola Penanggulangan Stress, Tata Nilai dan Kepercayaan.....	40
Tabel 4.7 Keadaan Umum dan Tanda Vital.....	41
Tabel 4.8 Pemeriksaan Fisik Kepala, Rambut, Wajah, Mata, Hidung, dst.....	42
Tabel 4.9 Sistem Pernafasan, Kardiovaskuler, Integumen dan Kuku.....	43
Tabel 4.10 Pemeriksaan Fisik Sistem Pencernaan	44
Tabel 4.11 Sistem Muskuloskeletal, Neurologi, Endokrin	44
Tabel 4.12 Hasil Laboratorium	45
Tabel 4.13 Diagnosa Medis dan Terapi	46
Tabel 4.14 Analisa Data Utama Klien 1 dan 2 dengan Nyeri Akut.....	47
Tabel 4.15 Rumusan Diagnosa Keperawatan Klien 1 dan 2 Nyeri Akut.....	48
Tabel 4.16 Intervensi Keperawatan Klien 1 dan 2 dengan Nyeri Akut	49
Tabel 4.17 Implementasi Keperawatan Klien 1 dan 2 dengan Nyeri Akut	52
Tabel 4.18 Evaluasi Keperawatan Klien 1 dan 2 dengan Nyeri Akut	57

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1 Patofisiologi Gastritis dengan Masalah Keperawatan Nyeri.....	13



DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 3.1 Jadwal Penelitian	66
Lampiran 3.2 Prosedur Pengumpulan Data	67
Lampiran 3.3 <i>Informed Consent</i>	71
Lampiran 4.1 Analisa Data Lain	73
Lampiran 4.2 Intervensi Keperawatan Diagnosa 2	74
Lampiran 4.3 Intervensi Keperawatan Diagnosa 3	75
Lampiran 4.4 Implementasi Keperawatan Diagnosa 2 dan 3	76
Lampiran 4.5 Evaluasi Keperawatan Diagnosa 2 dan 3	84
Lampiran 4.6 SAP (Gastritis).....	87
Lampiran 4.7 Log Book Penyusunan Laporan Tugas Akhir	99

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pembangunan kesehatan di Indonesia saat ini dihadapkan pada dua masalah, di satu pihak penyakit penular masih merupakan masalah kesehatan masyarakat yang belum banyak tertangani, di lain pihak telah terjadi peningkatan kasus penyakit-penyakit tidak menular (PTM) yang banyak disebabkan oleh gaya hidup karena urbanisasi, modernisasi, dan globalisasi. Gastritis merupakan salah satu masalah kesehatan saluran pencernaan yang paling sering terjadi (Gustin, 2011). Penyakit gastritis terjadi karena inflamasi pada lapisan lambung yang menjadikan sering merasa nyeri pada bagian perut. Secara histopatologi dapat dibuktikan dengan adanya infiltrasi sel-sel radang pada daerah tersebut (Shulfany, 2011; Megawati, 2014). Penyakit gastritis bila tidak diatasi dengan cepat maka dapat menimbulkan perdarahan (hemorrhagic gastritis) sehingga banyak darah yang keluar dan berkumpul di lambung. Selain itu penyakit gastritis jika dibiarkan terus menerus akan merusak fungsi lambung dan dapat meningkatkan risiko untuk terkena kanker lambung hingga menyebabkan kematian (Rondonuwu, 2014).

Menurut WHO, insiden gastritis di dunia sekitar 1,8-2,1 juta dari jumlah penduduk setiap tahunnya, di Inggris (22%), China (31%), Jepang (14,5%), Kanada (35%), dan Perancis (29,5%). Di Asia Tenggara sekitar 583.635 dari jumlah penduduk setiap tahunnya. Gastritis biasanya dianggap sebagai suatu hal yang remeh namun gastritis merupakan awal dari sebuah penyakit yang dapat menyusahakan seseorang. Presentase dari angka kejadian gastritis di Indonesia menurut WHO adalah 40,8% dan angka kejadian gastritis di beberapa daerah di Indonesia cukup tinggi dengan prevalensi 274.396 kasus dari 238.452.952 jiwa penduduk (Gustin, 2011).

Berdasarkan profil kesehatan Indonesia tahun 2011, gastritis merupakan salah satu dari 10 penyakit terbanyak pada klien inap di rumah sakit di Indonesia dengan jumlah 30.154 kasus (4,9%) (Depkes, 2012). Di Jawa Timur pada tahun 2011 prevalensi gastritis mencapai 44,5% yaitu dengan jumlah 58.116 kejadian (Hidayanti, 2014). Dari hasil studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti di

Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang tercatat bahwa pada tahun 2016 terdapat 95 klien gastritis. Sedangkan pada tahun 2017 terhitung bulan Januari – April terdapat 12 klien gastritis yang dirawat inap di Ruang Melati tersebut. Kejadian gastritis dengan masalah nyeri memiliki prevalensi yang tinggi dibanding masalah lainnya seperti mual, muntah, dll. Seperti yang dijelaskan dalam data *medical record* Rumah Sakit Daerah Madani Provinsi Sulawesi Tengah pada tahun 2015 jumlah klien gastritis yang rawat jalan sebanyak 300 orang, jumlah klien gastritis rawat inap sebanyak 230 orang, dari kasus tersebut semua klien merasakan nyeri ulu hati (Supetran, 2016). Data *medical record* Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang tahun 2017 dari 12 klien gastritis yang dirawat inap di Ruang Melati 100% klien datang mengalami nyeri.

Gastritis merupakan suatu peradangan mukosa lambung yang dapat bersifat akut, kronik, difus, atau lokal (Silvia A. Price dkk, 1994:376; Priyanto, 2009). Secara patofisiologi, ada beberapa faktor yang dapat menyebabkan kerusakan mukosa lambung, meliputi: (1) kerusakan *Mucosal barrier*, yang menyebabkan difusi balik ion H^+ meningkat; (2) perfusi mukosa lambung yang terganggu; dan (3) jumlah asam lambung yang tinggi (Wehbi, 2009; Muttaqin & Sari, 2013). Faktor-faktor tersebut biasanya tidak berdiri sendiri, contohnya, stres fisik akan menyebabkan perfusi mukosa lambung terganggu sehingga timbul daerah-daerah infark kecil; selain itu sekresi asam lambung juga terpacu. *Mucosal barrier* pada pasien stres fisik biasanya tidak terganggu. Hal tersebut yang membedakannya dengan gastritis erosif karena bahan kimia atau obat. Pada gastritis refluks, gastritis karena bahan kimia dan obat menyebabkan *Mucosal barrier* rusak sehingga difusi balik ion H^+ meninggi. Suasana asam yang terdapat pada lumen lambung akan mempercepat kerusakan *Mucosal barrier* oleh cairan usus (Lewis, 2000; Muttaqin & Sari, 2013). Selain stres fisik, faktor penyebab lain yaitu makanan yang pedas, panas, dan asam yang dapat menyebabkan penurunan produksi mucus oleh sel kolumnar yang menimbulkan vasodilatasi sel mukosa lambung (peningkatan produksi HCl) dan pengelupasan sel mukosa lambung (erosi) (Muttaqin, 2011, Price & Wilson, 2000, Smeltzer & Bare, 2001; Hartono, 2012). Sedangkan pada kondisi di mana pasien mengonsumsi alkohol bersamaan

dengan aspirin, efeknya akan lebih merusak dibandingkan dengan efek samping masing-masing agen tersebut secara terpisah. Gastritis erosif hemoragik difus biasanya terjadi pada peminum alkohol berat dan pengguna aspirin, kondisi tersebut dapat menyebabkan perlunya dilakukan reseksi lambung. Penyakit yang serius ini akan dianggap sebagai ulkus akibat stress, karena keduanya memiliki banyak persamaan (Lewis, 2000; Muttaqin & Sari, 2013). Gastritis erosif akut (disebut juga gastritis reaktif) dapat terjadi karena pajanan beberapa faktor atau agen termasuk OAINS, kokain, refluks garam empedu, iskemia, radiasi yang mengakibatkan kondisi hemoragi, erosi, dan ulkus. Akibat pengaruh gravitasi, agen ini akan berada pada bagian terbesar kurvatura lambung dan memberikan manifestasi terjadinya gastritis pada bagian distal atau yang terdekat dengan area akumulasi agen. Mekanisme utama dan injuri adalah penurunan sintesis prostaglandin yang bertanggung jawab memproteksi mukosa dari pengaruh asam lambung. Pengaruh pada kondisi lama akan menyebabkan terjadinya fibrosis dan striktur pada bagian distal (Wehbi, 2009; Muttaqin & Sari, 2013). Infeksi bakteri merupakan penyebab lain yang dapat meningkatkan peradangan pada mukosa lambung (Harris, 2007; Muttaqin & Sari, 2013).

Dalam kondisi tersebut terjadi respons saraf lokal dari iritasi mukosa yang menimbulkan masalah keperawatan nyeri (Muttaqin & Sari, 2013). Rasa nyeri merupakan mekanisme pertahanan tubuh, timbul bila ada jaringan rusak dan hal ini akan menyebabkan individu bereaksi memindahkan stimulus nyeri. Nyeri adalah pengalaman sensori dan emosional yang terlokalisasi pada suatu bagian tubuh sering kali dijelaskan dalam istilah proses destruktif, jaringan seperti ditusuk-tusuk, panas yang terbakar, melilit seperti emosi perasaan kaku, mual dan takut (Judha, 2012; Megawati, 2014).

Dalam 1-3 hari pada umumnya lambung dapat memperbaiki mukosa yang rusak secara mandiri (Diyono & Mulyanti, 2013). Untuk memperkecil makin parahnya iritasi lambung, menghentikan asupan makanan yang merangsang lambung, seperti makanan pedas, asam dan mengandung gas dianjurkan. Hal ini dikarenakan makanan yang merangsang dapat mengiritasi mukosa lambung dan menimbulkan nyeri. Selain itu menganjurkan klien melakukan tehnik relaksasi

(nafas dalam, mendengarkan musik, nonton tv, membaca, dll) dan tehnik distraksi itu sangat dianjurkan. Hal tersebut dilakukan untuk mengurangi nyeri yang terjadi (Lusianah, 2010).

Penelitian sebelumnya tentang relaksasi nafas dalam untuk mengurangi nyeri dilakukan oleh Putri (2017) yang hasilnya menunjukkan ada hubungan signifikan antara upaya penurunan nyeri dan cemas (dengan relaksasi nafas dalam dan guided imagery) untuk mencegah nyeri tidak timbul pada klien gastritis. Hasil penelitian lainnya yang dilakukan oleh Supetran (2016) pada klien gastritis dengan nyeri dari total 12 responden yang mengalami nyeri sebanyak 12 responden (100%), setelah diberikan tindakan tehnik relaksasi otot progresif klien gastritis yang mengalami nyeri sebanyak 3 responden (25%) dan yang tidak mengalami nyeri sebanyak 9 responden (75%). Hasil test statistik menunjukkan tehnik relaksasi otot progresif sangat efektif dalam menurunkan tingkat nyeri klien gastritis. Klien gastritis sebelum diberikan relaksasi otot progresif semuanya mengalami nyeri, sedangkan setelah diberikan relaksasi otot progresif sebagian besar tidak mengalami nyeri. Sedangkan obat-obat untuk menetralkan asam lambung seperti aluminun hidroksida atau antacid dibutuhkan bila penyebab gastritis sangat iritatif (Diyono & Mulyanti, 2013). Ranitidin dapat diberikan untuk menghambat pembentukan asam lambung dan kemudian menurunkan iritasi lambung (Hartono, 2012).

Peran perawat dalam asuhan keperawatan pasien gastritis dengan masalah keperawatan nyeri akut yaitu melakukan manajemen nyeri dengan mengajarkan klien tehnik relaksasi (nafas dalam) dan tehnik distraksi (distraksi pendengaran). Berdasarkan latar belakang di atas, maka peneliti tertarik untuk melaksanakan penelitian tentang asuhan keperawatan pada Ny. S dan Ny. M gastritis dengan masalah keperawatan nyeri akut di RSUD dr. Haryoto Lumajang Tahun 2018.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana asuhan keperawatan pada Ny. S dan Ny. M gastritis dengan masalah keperawatan nyeri akut di RSUD dr. Haryoto Lumajang tahun 2018?

1.3 Tujuan

Untuk mengeksplorasi asuhan keperawatan pada Ny. S dan Ny. M gastritis dengan masalah keperawatan nyeri akut di RSUD dr. Haryoto Lumajang tahun 2018.

1.4 Manfaat

1.4.1 Bagi Peneliti

Dapat menambah pengalaman dan wawasan pengetahuan mengenai asuhan keperawatan pada Ny. S dan Ny. M gastritis dengan masalah keperawatan nyeri akut.

1.4.2 Bagi Pasien

Dapat meningkatkan pengetahuan klien mengenai gastritis dengan masalah keperawatan nyeri akut, sehingga mencegah kekambuhan ulang.

1.4.3 Bagi Instansi Terkait (RSUD dr. Haryoto Lumajang)

Dapat dijadikan sebagai bahan masukan dan evaluasi dalam meningkatkan kualitas pemberian asuhan keperawatan pada Ny. S dan Ny. M gastritis dengan masalah keperawatan nyeri akut.

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab ini dijelaskan mengenai landasan teori tentang penyakit gastritis, yang dimulai dari definisi, klasifikasi, etiologi, patofisiologi, manifestasi klinik, pemeriksaan diagnostik, penatalaksanaan, komplikasi, dan sampai konsep asuhan keperawatan (terutama dengan masalah keperawatan nyeri akut). Dari landasan teori yang ditampilkan dikutip dari beberapa buku, jurnal, tesis, dsb.

2.1 Konsep Gastritis

2.1.1 Definisi Gastritis

Gastritis adalah proses inflamasi pada mukosa dan submukosa lambung. Gastritis merupakan gangguan kesehatan yang paling sering dijumpai di klinik, karena diagnosis nya sering hanya berdasarkan gejala klinis bukan pemeriksaan histopatologi (Hirlan; Sudoyo, Setiyohadi, Alwi, K, & Setiati, 2009).

Gastritis adalah inflamasi dari mukosa lambung. Gambaran klinis yang ditemukan berupa dispepsia atau indigesti (Mansjoer, 2001; Hartono 2012).

Gastritis adalah proses inflamasi pada lapisan mukosa dan submukosa lambung sebagai mekanisme proteksi mukosa apabila terdapat akumulasi bakteri atau bahan iritan lain. Proses inflamasi dapat bersifat akut, kronis, difus, atau lokal.

2.1.2 Klasifikasi

a. Klasifikasi menurut Sudoyo, Setiyohadi, Alwi, K, & Setiati (2009)

1) Gastritis Akut

Gastritis akut merupakan penyakit yang sering ditemukan, biasanya bersifat jinak dan sembuh sempurna. Gastritis akut terjadi akibat respons mukosa lambung terhadap berbagai iritan lokal. Inflamasi akut mukosa lambung pada sebagian besar kasus merupakan penyakit yang ringan.

2) Gastritis Kronik

Gastritis kronis didefinisikan secara histologis sebagai peningkatan jumlah limfosit dan sel plasma pada mukosa lambung. Derajat paling ringan gastritis

kronis adalah gastritis superfisial kronis, yang mengenai bagian sub epitel di sekitar cekungan lambung. Kasus yang lebih parah juga mengenai kelenjar-kelenjar pada mukosa yang lebih dalam, hal ini biasanya berhubungan dengan atrofi kelenjar (gastritis atrofi kronis) dan *metaplasia intestinal*.

b. Klasifikasi menurut Nuari (2015)

1) Gastritis Akut

Gastritis (inflamasi mukosa lambung) paling sering diakibatkan oleh pola diet, misalnya makan terlalu banyak, terlalu cepat, makan-makanan yang terlalu banyak bumbu atau makanan yang terinfeksi. Penyebab lain termasuk alkohol, aspirin, refluks empedu dan terapi radiasi. Gastritis dapat juga menjadi tanda pertama infeksi sistemik akut. Bentuk gastritis akut yang lebih parah disebabkan oleh asam kuat atau alkali, yang dapat menyebabkan mukosa menjadi gangren atau perforasi.

2) Gastritis Kronis

Inflamasi yang berkepanjangan yang disebabkan baik oleh ulkus lambung jinak maupun ganas, oleh bakteri *H. Pylori*. Gastritis kronis mungkin diklasifikasikan sebagai Tipe A atau Tipe B. Tipe A ini terjadi pada fundus atau korpus lambung. Tipe B (*H. Pylori*) mengenai antrum dan pylorus. Mungkin berkaitan dengan bakteri *H. Pylori*. Faktor diet seperti minuman panas, bumbu penyedap, penggunaan obat, alkohol, merokok atau refluks isi usus ke dalam lambung.

2.1.3 Etiologi

Infeksi kuman *Helicobacter pylori* merupakan kausa gastritis yang amat penting. Di negara berkembang prevalensi infeksi *Helicobacter pylori* pada orang dewasa mendekati 90%. Sedangkan pada anak-anak prevalensi infeksi *Helicobacter pylori* lebih tinggi lagi. Hal ini menunjukkan pentingnya infeksi pada masa balita. Di Indonesia, prevalensi infeksi kuman *Helicobacter pylori* yang dinilai dengan *urea breath test* pada pasien dispepsi dewasa, menunjukkan tendensi menurun. Di negara maju, prevalensi infeksi kuman *Helicobacter pylori* pada anak sangat rendah. Diantara orang dewasa prevalensi infeksi kuman

Helicobacter pylori lebih tinggi dari pada anak-anak tetapi lebih rendah dari pada di Negara berkembang yakni sekitar 30% (Hirlan; Sudoyo, Setiyohadi, Alwi, K, & Setiati, 2009).

Penggunaan antibiotika, terutama untuk infeksi paru dicurigai mempengaruhi penularan kuman dikomunitas karena antibiotika tersebut mampu mengeradikasi infeksi *Helicobacter pylori*, walaupun presentase keberhasilannya rendah. Pada awal infeksi oleh kuman *Helicobacter pylori* mukosa lambung akan menunjukkan respons inflamasi akut. Secara endoskopik sering tampak sebagai erosi dan tukak multipel antrum atau lesi hemorogik. Gastritis akut akibat *Helicobacter pylori* sering diabaikan oleh pasien sehingga penyakitnya berlanjut menjadi kronik (Hirlan; Sudoyo, Setiyohadi, Alwi, K, & Setiati, 2009).

Gangguan fungsi sistem imun dihubungkan dengan gastritis kronik setelah ditemukan autoantibodi terhadap terhadap faktor intristik dan terhadap *secretory canalicular structure* sel parietal pada pasien dengan anemia pernisiiosa. Antibodi terhadap sel parietal mempunyai korelasi yang lebih baik dengan gastritis kronik korpus dalam berbagai gradasi, dibandingkan dengan antibodi terhadap faktor intristik. Pasien gastritis kronik yang mengandung antibodi sel parietal dalam serumnya dan menderita anemia pernisiiosa, mempunyai ciri-ciri khusus sebagai berikut: menderita gastritis kronik yang secara histologik menunjukkan gambaran gastritis kronik atropik, predominasi korpus dan pada pemeriksaan darah menunjukkan hipergastrinemia. Pasien-pasien tersebut sering juga menderita penyakit lain yang diakibatkan oleh gangguan fungsi sistem imun. Masih harus dibuktikan bahwa infeksi kuman *Helicobacter pylori* dapat menjadi pemacu reaksi imunologis tersebut. Kecurigaan terhadap peran infeksi *Helicobacter pylori* diawali dengan kenyataan bahwa pasien yang terinfeksi oleh kuman *Helicobacter pylori* mempunyai antibodi terhadap *secretory canalicular structure* sel parietal jauh lebih tinggi dari pada mereka yang tidak terinfeksi (Hirlan; Sudoyo, Setiyohadi, Alwi, K, & Setiati, 2009).

Terdapat beberapa jenis virus yang dapat menginfeksi mukosa lambung misalnya *enteric rotavirus* dan *calicivirus*. Kedua jenis virus tersebut dapat menimbulkan gastroenteritis, tetapi secara histopatologi tidak spesifik. Hanya

cytomegalovirus yang dapat menimbulkan gambaran histopatologi yang khas infeksi *cytomegalovirus* pada gaster biasanya merupakan bagian dari infeksi pada banyak organ lain, terutama pada organ muda dan *immunocompromized* (Hirlan; Sudoyo, Setiyohadi, Alwi, K, & Setiati, 2009).

Jamur *Candida species*, *Histoplasma capsulatum* dan *Mukonaceae* dapat menginfeksi mukosa gaster hanya pada pasien *immunocompromized*. Pasien yang sistem imunnya baik biasanya tidak dapat terinfeksi oleh jamur. (Hirlan; Sudoyo, Setiyohadi, Alwi, K, & Setiati, 2009).

Obat anti-inflamasi nonsteroid merupakan penyebab gastropati yang amat penting. Gastropati akibat OAINS bervariasi sangat luas, dari hanya berupa keluhan nyeri uluhati sampai pada tukak peptik dengan komplikasi perdarahan saluran cerna bagian atas (Hirlan; Sudoyo, Setiyohadi, Alwi, K, & Setiati, 2009).

Sedangkan penyebab gastritis menurut Nuari (2015) adalah sebagai berikut:

a. Infeksi bakteri

Sebagian besar populasi di dunia terinfeksi oleh bakteri *H. Pylori* yang hidup di bagian dalam lapisan mukosa yang melapisi dinding lambung. Walaupun tidak sepenuhnya dimengerti bagaimana bakteri tersebut dapat ditularkan, namun diperkirakan penularan tersebut terjadi melalui jalur oral atau akibat memakan makanan atau minuman yang terkontaminasi oleh bakteri ini. Infeksi *H. Pylori* sering terjadi pada masa kanak-kanak dan dapat bertahan seumur hidup jika tidak dilakukan perawatan. Infeksi *H. Pylori* ini sekarang diketahui sebagai penyebab utama terjadinya peptic ulcer dan penyebab tersering terjadinya gastritis. Infeksi dalam jangka waktu yang lama akan menyebabkan peradangan menyebar yang kemudian mengakibatkan perubahan pada lapisan pelindung dinding lambung. Salah satu perubahan itu adalah atrophic gastritis, sebuah keadaan dimana kelenjar-kelenjar penghasil asam lambung secara perlahan rusak.

b. Pemakaian obat penghilang nyeri secara terus-menerus

Obat analgesik anti inflamasi nonsteroid (AINS) seperti aspirin, ibuprofen dan naproxen dapat menyebabkan peradangan pada lambung dengan cara mengurangi prostaglandin yang bertugas melindungi dinding lambung. Jika

pemakaian obat-obat tersebut hanya sesekali maka kemungkinan terjadinya masalah lambung kan kecil. Tapi jika pemakaiannya dilakukan secara terus menerus atau pemakaian yang berlebihan dapat mengakibatkan gastritis dan peptic ulcer.

c. Penggunaan alkohol secara berlebihan

Alkohol dapat mengiritasi dan mengikis mukosa pada dinding lambung dan membuat dinding lambung lebih rentan terhadap asam lambung walaupun pada kondisi normal.

d. Penggunaan kokain

Kokain dapat merusak lambung dan menyebabkan pendarahan dan gastritis.

e. Stress fisik

Stress fisik akibat pembedahan besar, luka trauma, luka bakar atau infeksi berat dapat menyebabkan gastritis dan juga borok serta pendarahan pada lambung.

f. Kelainan autoimmune

Autoimmune atrophic gastritis terjadi ketika sistem kekebalan tubuh menyerang sel-sel sehat yang berada dalam dinding lambung. Hal ini mengakibatkan peradangan dan secara bertahap menipiskan dinding lambung, menghancurkan kelenjar-kelenjar penghasil asam lambung dan mengganggu produksi faktor intrinsic (yaitu sebuah zat yang membantu tubuh mengabsorpsi vitamin B-12). Kekurangan B-12, akhirnya dapat mengakibatkan pernicious anemia, sebuah kondisi serius yang jika tidak dirawat dapat mempengaruhi seluruh sistem dalam tubuh. *Autoimmune atrophic gastritis* terjadi terutama pada orang tua.

g. *Crohn's disease*

Walaupun penyakit ini biasanya menyebabkan peradangan kronis pada dinding saluran cerna, namun kadang-kadang dapat juga menyebabkan peradangan pada dinding lambung. Ketika lambung terkena penyakit ini, gejala-gejala dari *Crohn's disease* (yaitu sakit perut dan diare dalam bentuk cairan) tampak lebih menyolok dari pada gejala-gejala gastritis.

h. Radiasi and kemoterapi

Perawatan terhadap kanker seperti kemoterapi dan radiasi dapat mengakibatkan peradangan pada dinding lambung yang selanjutnya dapat berkembang menjadi gastritis dan peptic ulcer. Ketika tubuh terkena sejumlah kecil radiasi, kerusakan yang terjadi biasanya sementara, tapi dalam dosis besar akan mengakibatkan kerusakan tersebut menjadi permanen dan dapat mengikis dinding lambung serta merusak kelenjar-kelenjar penghasil asam lambung.

i. Penyakit bile reflux

Bila (empedu) adalah cairan yang membantu mencerna lemak-lemak dalam tubuh. Cairan ini diproduksi oleh hati. Ketika dilepaskan, empedu akan melewati serangkaian saluran kecil dan menuju ke usus kecil. Dalam kondisi normal, sebuah otot sphincter yang berbentuk seperti cincin (*pyloric valve*) akan mencegah empedu mengalir balik ke dalam lambung. Tapi jika katup ini tidak bekerja dengan benar, maka empedu akan masuk ke dalam lambung dan mengakibatkan peradangan dan gastritis.

j. Faktor-faktor lain

Gastritis sering juga dikaitkan dengan kondisi kesehatan lainnya seperti HIV/AIDS, infeksi oleh parasit, dan gagal hati atau ginjal.

2.1.4 Patofisiologi

a. Gastritis Akut

Gastritis akut dicirikan dengan kerusakan sawar mukosa oleh iritan lokal. Kerusakan ini memungkinkan asam hidroklorat dan pepsin mengalami kontak dengan jaringan lambung, yang menyebabkan iritasi, inflamasi, dan erosi superfisial. Mukosa lambung dengan cepat beregenerasi untuk memulihkan kondisi mukosa sehingga gastritis akut mereda sendiri, dengan penyembuhan yang biasanya muncul dalam beberapa hari.

Minum aspirin atau agens NSAID, kortikosteroid, alkohol, dan kafein biasanya dikaitkan dengan terjadinya gastritis akut. Ingesti alkali korosif tak sengaja atau yang disengaja (seperti amonia, lye (larutan alkali/air sabun), lysol, dan agens pembersih lain) atau asam yang menyebabkan peradangan berat dan

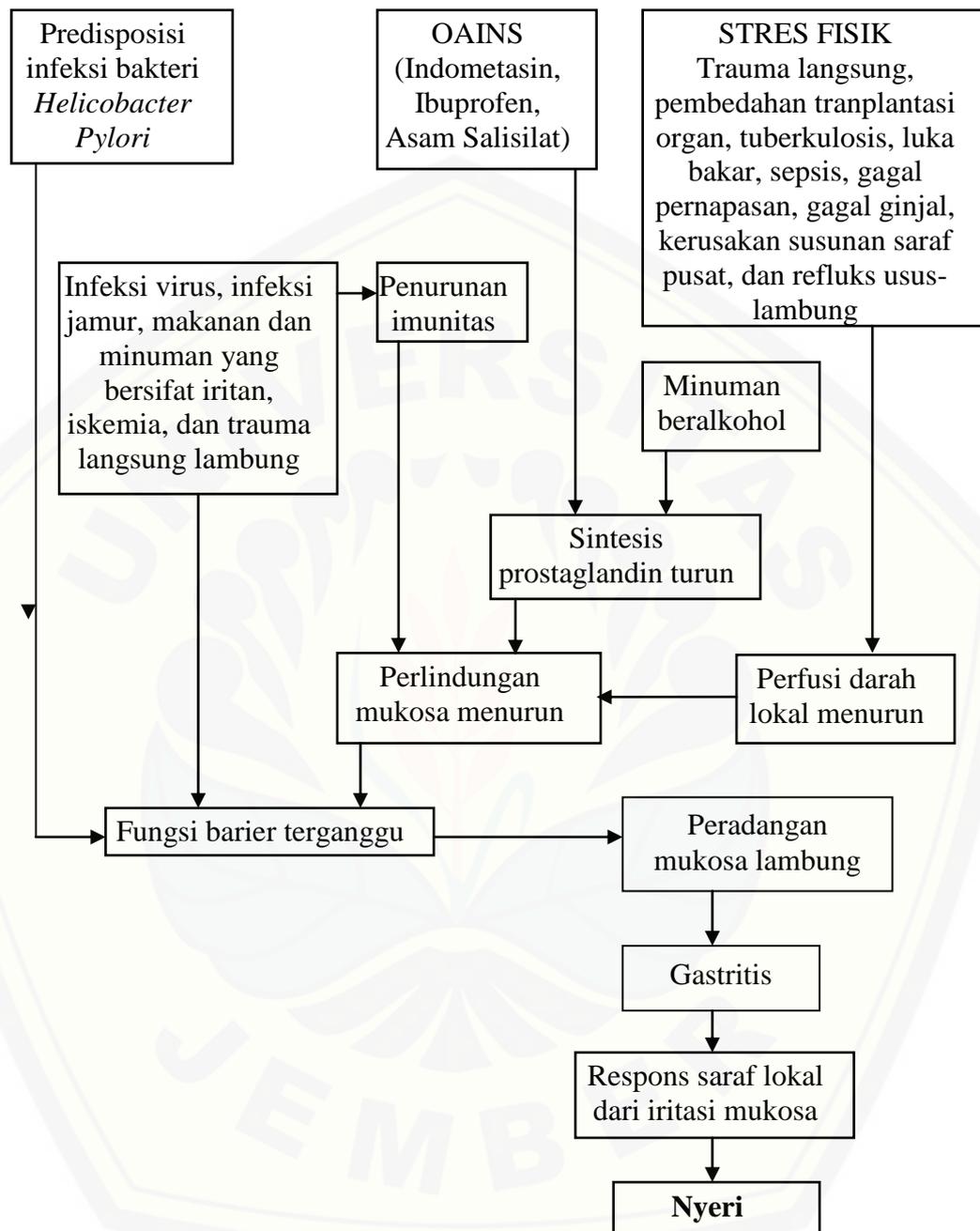
kemungkinan nekrosis lambung. Perforasi lambung, hemoragi, dan peritonitis dapat terjadi. Penyebab iatrogenik dari gastritis akut meliputi terapi radiasi dan pemberian agens kemoterapeutik lain.

b. Gastritis Erosif

Bentuk parah dari gastritis akut, gastritis erosif (yang diinduksi oleh stres) terjadi sebagai komplikasi dari kondisi yang mengancam hidup seperti syok, trauma berat, pembedahan mayor, sepsis, luka bakar, atau cedera kepala. Jika erosi ini terjadi setelah mengalami luka bakar, erosi ini disebut dengan ulkus *Curling* (yang ditemukan oleh Thomas Curling seorang dokter Inggris pada tahun 1842). Jika ulkus stres terjadi setelah mengalami cedera kepala atau pembedahan SSP, ulkus ini disebut *ulkus Cushing* (yang ditemukan oleh Harvey Cushing, seorang dokter bedah AS).

Mekanisme utama yang mengarah pada gastritis erosif muncul dalam bentuk iskemia mukosa lambung yang diakibatkan oleh vasokonstriksi simpatis, dan cedera jaringan karena asam lambung. Akibatnya, erosi superfisial multipel dari mukosa lambung pun muncul. Dengan mempertahankan pH lambung lebih dari 3,5 dan menghambat sekresi asam lambung melalui terapi, gastritis erosif dapat dicegah.

(Lemone, Burke & Bauldoff, 2015).



Gambar 2.1 Patofisiologi Gastritis dengan Masalah Keperawatan Nyeri

2.1.5 Manifestasi Klinik

a. Manifestasi Klinik menurut Mansjoer dkk (2001)

Nyeri epigastrium, mual, muntah, kembung, merupakan salah satu keluhan yang sering muncul. Ditemukan pula perdarahan saluran cerna berupa hematemesis dan melena, kemudian disusul dengan tanda-tanda anemia pasca perdarahan. Biasanya jika dilakukan anamnesis lebih dalam, terdapat riwayat penggunaan obat-obatan bahan kimia tertentu. Sedangkan untuk gastritis kronik, kebanyakan pasien tidak mempunyai keluhan. Hanya sebagian kecil mengeluh nyeri ulu hati, anoreksia, dan pada pemeriksaan fisik tidak dijumpai kelainan.

Tabel 2.1 Manifestasi Klinik Gastritis menurut Hurst (2015)

Tanda dan Gejala	Rasional
Nyeri atau ketidaknyamanan	Terjadi karena inflamasi atau nekrosis mukosa lambung
Dispepsia (nyeri ulu hati)	Disebabkan oleh erosi lapisan lambung
Gangguan atau rasa terbakar di abdomen bagian atas	Disebabkan oleh inflamasi
Mual dan muntah	Disebabkan oleh inflamasi dan erosi
Kehilangan nafsu makan	Asupan makanan dapat memperburuk gejala
Kembung, bersendawa	Disebabkan oleh peningkatan produksi asam
Penurunan berat badan	Disebabkan oleh anoreksia
Perdarahan	Disebabkan oleh iritasi akut atau memanjang pada dinding lambung

b. Manifestasi Klinik menurut Brunner & Suddarth (2013)

1) Gastritis Akut

Awitan gejala mungkin berlangsung cepat: ketidaknyamanan abdomen, sakit kepala, kelesuan, mual, anoreksia, muntah, dan cegukan.

2) Gastritis Kronis

a) Mungkin tidak bergejala.

b) Keluhan anoreksia, nyeri ulu hati setelah makan, bersendawa, rasa asam di mulut, atau mual dan muntah.

c) Pasien gastritis kronis akibat defisiensi vitamin biasanya diketahui mengalami malabsorpsi vitamin B₁₂.

2.1.6 Pemeriksaan Diagnostik

a. Pemeriksaan Diagnostik menurut Abidin dkk (2014)

- 1) Darah rutin.
- 2) Untuk mengetahui infeksi *Helicobacter pylori*: pemeriksaan *Urea breath test* dan feses.
- 3) Rontgen dengan barium enema.
- 4) Endoskopi.

b. Pemeriksaan Diagnostik menurut Nuari (2015)

1) 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 perdarahan lambung akibat gastritis.

2) Pemeriksaan feces

Tes ini memeriksa apakah terdapat *H. Pylori* dalam feces atau tidak. Hasil yang positif dapat mengindikasikan terjadinya infeksi. Pemeriksaan juga dilakukan terhadap adanya darah dalam feces. Hal ini menunjukkan adanya pendarahan pada lambung.

3) Endoskopi saluran cerna bagian atas

Dengan tes ini dapat terlihat adanya ketidaknormalan pada saluran cerna bagian atas yang mungkin tidak terlihat dari sinar-X. Tes ini dilakukan dengan cara memasukkan sebuah selang kecil yang fleksibel (endoskop) melalui mulut dan masuk ke dalam esophagus, lambung dan bagian atas usus kecil. Tenggorokan akan terlebih dahulu dimati-rasakan (anestesi) sebelum endoskop dimasukkan untuk memastikan pasien merasa nyaman menjalani tes ini. Jika ada jaringan dalam saluran cerna yang terlihat mencurigakan, dokter akan mengambil sedikit sampel (biopsy) dari jaringan tersebut. Sampel itu kemudian akan dibawa ke laboratorium untuk diperiksa. Tes ini memakan waktu kurang lebih 20 sampai 30 menit. Pasien biasanya tidak langsung disuruh pulang ketika tes ini selesai, tetapi harus menunggu sampai efek dari anestesi menghilang, kurang lebih satu atau dua

jam. Hampir tidak ada risiko akibat tes ini. Komplikasi yang sering terjadi adalah rasa tidak nyaman pada tenggorokan akibat menelan endoskop.

4) 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 ketika di rontgen.

2.1.7 Penatalaksanaan

a. Penatalaksanaan menurut Abidin dkk (2014)

Terapi diberikan per oral dengan obat, antara lain: H2 Bloker 2x/hari (Ranitidin 150 mg/kali, Famotidin 20 mg/kali, Simetidin 400-800 mg/kali), PPI 2x/hari (Omeprazol 20 mg/kali, Lansoprazol 30 mg/kali), serta Antasida dosis 3 x 500-1000 mg/hari.

b. Penatalaksanaan menurut Brunner & Suddarth (2013)

1) Gastritis Akut

Mukosa lambung mampu memperbaiki dirinya sendiri setelah episode gastritis. Biasanya, pasien pulih dalam 1 hari, meskipun nafsu makan mungkin hilang selama 2 atau 3 hari. Pasien tidak boleh mengonsumsi alkohol dan makan sampai gejala reda. Kemudian diet pasien dapat dilanjutkan menjadi diet noniritatif. Jika gejala menetap, cairan intravena mungkin diperlukan. Jika perdarahan terus terjadi, penatalaksanaannya serupa dengan penatalaksanaan untuk hemoragi saluran GI atas.

Jika gastritis disebabkan oleh menelan asam atau alkali yang kuat, encerkan dan netralkan asam dengan antasid yang umum (mis, aluminum hidroksida); netralkan alkali dengan jus lemon encer atau cuka encer. Jika korosi luas atau berat, hindari emetik dan lavase karena terdapat bahaya perforasi. Terapi suportif dapat mencakup intubasi nasogastrik, agens analgesik dan sedatif, antasid, dan cairan IV. Endoskopi fiberoptik mungkin diperlukan; pembedahan darurat mungkin diperlukan untuk mengangkat jaringan gangren atau jaringan yang

mengalami perforasi; reseksi lambung (gastrojejunostomi) mungkin diperlukan untuk mengatasi obstruksi pilorik.

2) Gastritis Kronis

Modifikasi diet, istirahat, kurangi stres, hindari alkohol, dan NSAID, dan farmakoterapi adalah tindakan terapi inti. Gastritis yang disebabkan oleh *H. Pylori* ditangani dengan kombinasi obat tertentu.

2.1.8 Komplikasi

a. Komplikasi menurut Abidin dkk (2014)

- 1) Perdarahan saluran cerna bagian atas
- 2) Ulkus peptikum
- 3) Perforasi lambung
- 4) Anemia

b. Komplikasi menurut Muttaqin & Sari (2013)

- 1) Gastritis Akut
 - a) Perdarahan saluran cerna bagian atas, yang merupakan kedaruratan medis; terkadang perdarahan yang terjadi cukup banyak sehingga dapat menyebabkan kematian
 - b) Ulkus, jika prosesnya hebat
 - c) Gangguan cairan dan elektrolit pada kondisi muntah hebat
- 2) Gastritis Kronis
 - a) Anemia pernisiiosa
 - b) Ulkus peptikum
 - c) Keganasan lambung

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan pada Klien Gastritis

2.2.1 Pengkajian Keperawatan

a. Anamnesis

1) Biodata

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, tempat tinggal, dan status perkawinan. Menurut Yuliarti (2003) data umur perlu dikaji

karena biasanya pada usia di atas 40 tahun, perubahan pada organ tubuh sudah mulai terjadi, sebaiknya pemeriksaan kesehatan dilakukan secara rutin setiap tahunnya untuk mengantisipasi sejak dini kelainan-kelainan yang terjadi khususnya pada penyakit pencernaan.

2) Keluhan Utama

Perawat menanyakan tentang tanda dan gejala pada pasien, seperti kaji apakah pasien mengalami nyeri ulu hati, tidak dapat makan, mual atau muntah (Ardiansyah, 2012). Sedangkan menurut Muttaqin & Sari (2013) pada anamnesis biasanya didapatkan keluhan abdomen yang tidak jelas seperti mual dan muntah atau anoreksia sehingga menyebabkan pemenuhan kebutuhan nutrisi harian pasien berkurang. Pada beberapa pasien didapatkan keluhan yang lebih berat seperti nyeri epigastrium, muntah, perdarahan, dan hematemesis yang menimbulkan manifestasi kecemasan secara individu.

3) Riwayat Kesehatan Sekarang

Kaji apakah gejala terjadi pada waktu-waktu tertentu saja, seperti sebelum atau sesudah makan, setelah mencerna makanan pedas atau pengiritasi, atau setelah mencerna obat tertentu atau alkohol (Ardiansyah, 2012). Perawat perlu juga mengkaji faktor predisposisi dan penyebab, seperti kebiasaan mengonsumsi makanan berbumbu, serta minuman yang mengandung kafein dan alkohol (merupakan agen-agen penyebab iritasi mukosa lambung). Makanan dan minuman yang dikonsumsi dalam 24 jam terakhir harus didokumentasikan, khususnya pada pasien yang mengonsumsi aspirin dan alkohol (Muttaqin & Sari, 2013).

4) Riwayat Kesehatan Dahulu

Kaji apakah gejala berhubungan dengan ansietas, stress, alergi, makan atau minum terlalu banyak, atau makan terlalu cepat? Kaji riwayat penyakit lambung sebelumnya atau pembedahan lambung? (Ardiansyah, 2012). Sedangkan menurut Muttaqin & Sari (2013) riwayat kesehatan dahulu perlu dikaji mengenai riwayat penggunaan obat-obat sebelumnya, khususnya pada pasien yang menderita penyakit peradangan sendi yang menggunakan OAINS dan pasca-intervensi kemoterapi. Riwayat penurunan imunitas seperti kanker, luka bakar, sepsis,

trauma, pembedahan, gagal napas, gagal ginjal, dan kerusakan susunan saraf pusat bisa menjadi faktor penyebab gastritis akut.

Pengkajian riwayat sanitasi lingkungan, penggunaan air minum dan cara pengolahan makanan perlu ditanyakan untuk mengkaji kemungkinan infeksi H. Pylori.

5) Riwayat Kesehatan Keluarga

Kaji riwayat keluarga yang mengonsumsi alkohol, mengidap gastritis, kelebihan diet, atau diet sembarangan. Riwayat diet, ditambah jenis diet yang baru dimakan selama 72 jam, juga akan membantu dalam melakukan diagnosis (Ardiansyah, 2012).

b. Pemeriksaan Fisik pada Klien Gastritis menurut Ardiansyah (2012) meliputi:

1) Kesadaran:

CM (compos mentis)

2) Respirasi (Pernafasan):

Tidak mengalami gangguan

3) Kardiovaskuler:

Hipotensi, takikardia, disritmia, nadi perifer lemah, pengisian kapiler lambat (vasokonstriksi), warna kulit pucat, sianosis, dan kulit/membran mukosa berkeriat.

4) Persarafan:

Sakit kepala, kelemahan, tingkat kesadaran dapat terganggu, disorientasi/bingung, dan nyeri epigastrium.

5) Pencernaan:

Anoreksia, mual, muntah oleh karena luka duodenal, nyeri pada ulu hati, tidak toleran terhadap makanan, dan membran mukosa bibir kering. Menurut Priyanto & Lestari (2009) hasil pengkajian pada pasien gastritis, meliputi:

a) Inspeksi : Tampak distensi (ketegangan) abdomen

b) Auskultasi : Peningkatan bising usus

c) Perkusi : -

d) Palpasi : Nyeri tekan abdominal (epigastrium)

2.2.2 Diagnosis Keperawatan: Nyeri Akut

a. Definisi Nyeri Akut

Pengalaman sensori dan emosi yang tidak menyenangkan akibat adanya kerusakan jaringan yang aktual atau potensial, atau digambarkan dengan istilah seperti (International Association for the Study of Pain); awitan yang tiba-tiba atau perlahan dengan intensitas ringan sampai berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau dapat diramalkan dan durasinya kurang dari enam bulan (Wilkinson & Ahern, 2011).

Pengalaman sensori dan emosional tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan actual atau potensial atau yang digambarkan sebagai kerusakan (International Association for the Study of Pain); awitan yang tiba-tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi (Herdman, 2015).

b. Batasan Karakteristik

1) Subjektif

Mengungkapkan secara verbal atau melaporkan (nyeri) dengan isyarat.

2) Obyektif

- a) Posisi untuk menghindari nyeri.
- b) Perubahan tonus otot (dengan rentang dari lemas tidak bertenaga sampai kaku).
- c) Respons autonomik (misalnya, diaforesis, perubahan tekanan darah, pernapasan, atau nadi; dilatasi pupi).
- d) Perubahan selera makan.
- e) Perilaku distraksi (misalnya, mondar-mandir, mencari orang dan atau aktivitas lain, aktivitas berulang).
- f) Perilaku ekspresif (misalnya, gelisah, merintih, menangis, kewaspadaan berlebihan, peka terhadap rangsang, dan menghela napas panjang).
- g) Wajah topeng (nyeri).
- h) Perilaku menjaga atau sikap melindungi.

- i) Fokus menyempit (misalnya, gangguan persepsi waktu, gangguan proses pikir, interaksi dengan orang lain atau lingkungan menurun).
- j) Bukti nyeri yang dapat diamati.
- k) Berfokus pada diri sendiri.
- l) Gangguan tidur (mata terlihat kuyu, gerakan tidak teratur atau tidak menentu, dan menyeringai).

(Wilkinson & Ahern, 2011)

c. Batasan Karakteristik Lain (non-NANDA International)

- 1) Mengomunikasikan deskriptor nyeri (misalnya, rasa tidak nyaman, mual, berkeringat malam hari, kram otot, gatal kulit, mati rasa, dan kesemutan pada ekstremitas).
- 2) Menyeringai.
- 3) Rentang perhatian terbatas.
- 4) Pucat.
- 5) Menarik diri.

(Wilkinson & Ahern, 2011)

d. Faktor yang Berhubungan

Agens-agens penyebab cedera (misalnya, biologis, kimia, fisik, dan psikologis)
(Wilkinson & Ahern, 2011).

2.2.3 Intervensi Keperawatan

a. Intervensi Keperawatan Nyeri menurut Moorhead, dkk (2016) dan Bulechek, dkk (2016)

1) Kriteria Hasil (NOC) menurut Moorhead, dkk (2016)

a) Tingkat Nyeri

- (1) Nyeri yang dilaporkan ringan atau tidak ada
- (2) Tidak terdapat ekspresi nyeri pada wajah
- (3) Tampak tidak mengerang dan menangis
- (4) Tidak terjadi ketegangan otot

b) Status Kenyamanan

- (1) Mampu mengontrol terhadap gejala nyeri yang muncul
- (2) Status lingkungan nyaman
- (3) Mampu mengkomunikasikan kebutuhan

c) Pengetahuan: Manajemen Nyeri

- (1) Mampu mengenali tanda dan gejala nyeri
- (2) Mampu mengontrol nyeri

2) Intervensi (NIC) menurut Bulechek, dkk (2016)

a) Manajemen Nyeri

- (1) Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, onset/durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri dan faktor pencetus
- (2) Observasi adanya petunjuk nonverbal mengenai ketidaknyaman terutama pada mereka yang tidak dapat berkomunikasi secara efektif
- (3) Gali pengetahuan dan kepercayaan pasien mengenai nyeri
- (4) Berikan informasi mengenai nyeri, seperti penyebab nyeri, dsb
- (5) Kendalikan faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi respon pasien terhadap ketidaknyamanan (missal suhu ruangan, dsb)
- (6) Ajarkan prinsip-prinsip manajemen nyeri
- (7) Dorong pasien untuk memonitor nyeri dan menangani nyeri dengan tepat
- (8) Ajarkan penggunaan teknik non farmakologi (seperti relaksasi, terapi music, terapi aktivitas, dsb)
- (9) Dukung istirahat/tidur yang adekuat untuk membantu penurunan nyeri
- (10) Monitor kepuasan pasien terhadap manajemen nyeri dalam interval yang spesifik

b) Pemberian Analgetik

- (1) Tentukan lokasi, karakteristik, kualitas, dan keparahan nyeri sebelum mengobati pasien
- (2) Cek perintah pengobatan meliputi obat, dosis, dan frekuensi obat analgesik yang diresepkan

- (3) Cek adanya riwayat alergi obat
- (4) Tentukan pilihan obat analgetik berdasarkan tipe dan keparahan nyeri
- (5) Monitor tanda vital sebelum dan setelah memberikan analgetik
- (6) Kolaborasikan dengan dokter mengenai obat, dosis, rute pemberian, atau perubahan interval dibutuhkan, buat rekomendasi khusus berdasarkan prinsip analgetik

b. Intervensi Keperawatan Gastritis dengan Masalah Keperawatan Nyeri menurut Nuari (2015), ada dalam tabel berikut:

Diagnosis Keperawatan: Nyeri akut b.d iritasi mukosa lambung, perforasi mukosa, kerusakan jaringan lunak pasca operasi.

Tujuan: Dalam waktu 1 x 24 jam terjadi penurunan skala nyeri.

Kriteria Hasil:

1. Skala nyeri berkurang.
2. Lesi berkurang dan berangsur sembuh.
3. Membran mukosa oral lembab.
4. Tidak bengkak dan hiperemi.
5. Suhu badan normal.

Intervensi	Rasional
Kaji nyeri dengan PQRST	Untuk mengidentifikasi penyebab, penyebaran, derajat keparahan dan waktu terjadinya nyeri.
Kaji kemampuan klien mengontrol nyeri	Banyak faktor fisiologi (motivasi, afektif, kognitif dan emosional) yang mempengaruhi persepsi nyeri.
Lakukan manajemen nyeri:	
1.) Istirahatkan pasien.	1) Istirahat dapat menurunkan kebutuhan oksigen yang diperlukan untuk memenuhi kebutuhan metabolisme basal.
2.) Ajarkan teknik relaksasi pernafasan pada saat nyeri muncul.	2) Relaksasi untuk meningkatkan intake oksigen.
3.) Ajarkan teknik distraksi saat nyeri timbul.	3) Distraksi dapat menurunkan stimulasi nyeri.
Anjurkan klien untuk memperbanyak mengkonsumsi buah dan sayuran terutama vitamin B12, vitamin C dan zat besi.	Sayuran B12, vitamin C, dan zat besi dapat mencegah terjadinya sariawan dan nutrisi yang meningkat akan mempercepat proses penyembuhan.
Beri penjelasan keluarga terhadap pentingnya kebersihan oral.	Keluarga pasien mengetahui akan pentingnya kebersihan oral sehingga tidak terjadi stomatitis terjadi kembali.
Kolaborasi dengan dokter: Pemberian analgetik.	Analgetik memblokir lintasan nyeri sehingga nyeri berkurang

2.2.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan yang dilakukan meliputi tindakan mandiri dan kolaborasi perawat (Nuari, 2015). Pada laporan kasus ini implementasi keperawatan yang dapat dilakukan untuk mengurangi nyeri menurut Lusianah (2010) yaitu menganjurkan klien melakukan tehnik relaksasi (nafas dalam, mendengarkan musik, nonton tv, membaca, dll) dan tehnik distraksi.

a. Tehnik Relaksasi (Nafas Dalam)

1) Perencanaan Keperawatan

a) Hasil yang diharapkan selama prosedur:

- (1) Klien dan keluarga kooperatif dalam tindakan
- (2) Klien dan keluarga memahami tujuan dari tindakan yang diberikan
- (3) Klien mengikuti arahan yang diajarkan oleh perawat
- (4) Klien dapat melakukan tindakan secara mandiri pada sesi latihan berikutnya

b) Persiapan alat

- (1) Bed multi fungsi
- (2) Handscoen dan masker wajah untuk proteksi
- (3) Stetoskop

2) Implementasi keperawatan

- a) Mengucapkan salam terapeutik dan memperkenalkan diri
- b) Menjelaskan prosedur kepada klien dan meminta klien berpartisipasi
- c) Tetap mempertahankan komunikasi terapeutik dengan klien selama menyiapkan prosedur.
- d) Mencuci tangan dengan cara 6 langkah
- e) Menjaga privasi klien
- f) Menggunakan handscoen dan masker wajah (bila perlu) untuk proteksi
- g) Mengatur posisi klien sesuai dengan kebutuhan (semi fowler/high fowler)
- h) Meletakkan salah satu telapak tangan pada kurva iga anterior dan salah satunya pada abdomen
- i) Memberi instruksi kepada klien bila perlu dengan contoh

- j) Menganjurkan klien untuk menghirup nafas secara maksimal melalui hidung ± 4 detik sampai dada dan abdomen terasa terangkat maksimal. Anjurkan klien tetap menutup mulut selama inspirasi
- k) Menganjurkan klien untuk menahan nafas selama ± 2 detik
- l) Menganjurkan klien untuk menghembuskan nafas melalui bibir yang dirapatkan dan sedikit terbuka (seperti bersiul) sambil mengencangkan (mengkontraksi) otot-otot abdomen dalam waktu ± 4 detik
- m) Menganjurkan klien untuk melakukan pengulangan selama ± 1 menit dengan jeda ± 2 detik. Setiap pengulangan diikuti periode istirahat selama ± 2 menit. Setiap latihan nafas dalam dilakukan dalam lima siklus selama ± 15 menit
- n) Merapikan klien, membuka sketsel, pintu, jendela, serta membereskan alat
- o) Melepas handschoen dan masker lalu mencuci tangan dengan cara 6 langkah

2.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan pada pasien dengan gatsritis meliputi evaluasi/catatan perkembangan yang dialami oleh pasien setelah diberikan implementasi keperawatan (Nuari, 2015).

BAB 3. METODE PENULISAN

Pada bab ini akan membahas tentang metode penulisan (Desain atau rancangan penulisan, batasan istilah, partisipan atau subyek penelitian, lokasi dan waktu, pengumpulan data, uji keabsahan data, analisis data, dan etika penelitian) yang digunakan peneliti dalam laporan kasus yang diambil pada pasien gastritis dengan masalah keperawatan nyeri akut di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang.

3.1 Desain (Rancangan Penulisan)

Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini yaitu berupa laporan kasus. Dimana laporan kasus dalam tugas akhir ini adalah asuhan keperawatan pada klien gastritis dengan masalah keperawatan nyeri akut di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang tahun 2018.

3.2 Batasan Istilah

3.2.1 Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan adalah serangkaian asuhan yang dilakukan mulai pengkajian sampai evaluasi pada kedua klien dengan gastritis di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang.

3.2.2 Gastritis

Pada laporan kasus ini yang dimaksud 2 klien gastritis adalah 2 klien yang di rekam medis terdiagnosa penyakit gastritis akut.

3.2.3 Nyeri Akut

Nyeri akut yang dimaksud pada laporan kasus ini adalah 2 klien yang mengalami nyeri dengan adanya batasan karakteristik dua atau tiga, yang terdiri dari ungkapan secara verbal atau laporan (nyeri) dengan isyarat, bukti nyeri yang dapat diamati, perilaku ekspresif (misalnya gelisah, merintih), wajah topeng (nyeri).

3.3 Partisipan (Subyek Penelitian)

Partisipan dalam penyusunan laporan kasus ini adalah dua klien yang memenuhi kriteria berikut:

- 3.3.1 Klien dengan diagnosa medis gastritis dan mengalami masalah keperawatan nyeri
- 3.3.2 Dirawat di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang
- 3.3.3 Kesadaran compos mentis
- 3.3.4 Usia 21-70 tahun
- 3.3.5 Bersedia menjadi partisipan dengan menandatangani lembar informed consent

3.4 Lokasi dan Waktu

3.4.1 Lokasi

Penelitian ini dilaksanakan di ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang.

3.4.2 Waktu

- a. Pengambilan data pada klien Ny. S dilakukan selama tiga hari, yaitu mulai tanggal 17 Agustus - 19 Agustus 2017.
- b. Pengambilan data pada klien Ny. M dilakukan selama tiga hari, yaitu mulai tanggal 02 Januari – 04 Januari 2018.

3.5 Pengumpulan Data

3.5.1 Prosedur Pengumpulan Data

Setelah mendapatkan izin dilakukan tugas akhir dari Kepala Program Studi (KAPRODI) kemudian dilanjut ke Badan Kesatuan Bangsa dan Politik (BAKESBANGPOL) untuk menyerahkan surat izin pengambilan data atau kasus dan juga bukti proposal untuk pengambilan kasus. Setelah dari BAKESBANGPOL dilanjutkan ke direktur RSUD dr. Haryoto Lumajang untuk menyerahkan surat yang diberikan oleh BAKESBANGPOL sebagai izin pengambilan data atau kasus ke ruangan yang dituju yaitu ruangan Melati. Langkah akhir selanjutnya yang dilakukan yaitu menyerahkan surat ke kepala

ruangan Melati yang diberikan oleh bagian direktur RSUD dr. Haryoto Lumajang sebagai bukti diperizinkan untuk pengambilan kasus di ruangan Melati tersebut.

3.5.2 Teknik Pengumpulan Data

a. Wawancara

Dari hasil wawancara (anamnesis) yang didapatkan dari klien dan keluarga klien yaitu berupa identitas klien, keluhan utama, riwayat penyakit (riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit dahulu, dan riwayat keluarga), dan perubahan pola kesehatan (pola persepsi dan tata laksana kesehatan, pola nutrisi dan metabolik, pola eliminasi, pola tidur dan istirahat, pola aktivitas dan istirahat, pola sensori dan pengetahuan, pola hubungan interpersonal dan peran, pola persepsi dan konsep diri, pola reproduksi dan seksual, pola penanggulangan stress, serta pola tata nilai dan kepercayaan)

b. Observasi

Data yang diobservasi yaitu meliputi keadaan umum klien dengan gastritis. Pemeriksaan fisik yang dilakukan yaitu pemeriksaan fisik bagian sistem pencernaan (fokus), seperti penilaian kuadran bagian abdomen yang mengalami nyeri.

c. Studi Dokumen

Data yang didapat dari studi dokumen ini adalah berupa diagnosa medis klien, daftar nama obat klien sesuai order dokter, dan hasil pemeriksaan laboratorium.

3.6 Uji Keabsahan Data

Berikut di bawah ini penjelasan macam keabsahan data pada penelitian kualitatif:

3.6.1 Kredibilitas (Keterpercayaan) Data

Kredibilitas data atau ketepatan dan keakurasian suatu data dapat diperoleh dengan cara penulis melakukan wawancara (anamnesis) pada klien kemudian memvalidasikan data yang diperoleh dari klien kepada keluarga klien (orang yang terdekat dengan klien). Selain itu dapat divalidasi lagi dengan cara observasi pada klien dan melihat hasil pemeriksaan penunjang (hasil laboratorium, dsb).

3.6.2 Transferabilitas atau Keteralihan Data (Applicability, Fittingness)

Transferabilitas yang dilakukan oleh penulis yaitu dengan cara validasi ulang pada klien, namun dilakukan pada keadaan atau konteks lain yaitu pada bagian evaluasi dengan mengkaji secara subjektif mengenai keadaan atau keluhan klien setelah diberikan tindakan keperawatan pada klien.

3.6.3 Dependabilitas (Ketergantungan)

Untuk memperoleh nilai dependabilitas atau reliabilitas yang dapat dilakukan penulis yaitu dengan cara melakukan pengkajian keperawatan, penentuan diagnosa keperawatan, dan penyusunan intervensi keperawatan. Setelah intervensi keperawatan disusun baru penulis dapat menetapkan implementasi keperawatan yang akan dilakukan pada klien gastritis dengan masalah keperawatan nyeri akut. Implementasi keperawatan tersebut dilakukan secara berulang-ulang sampai implementasi tersebut menghasilkan keputusan menyelesaikan masalah.

3.6.4 Konfirmabilitas

Konfirmabilitas (confirmability) menggantikan aspek objektivitas pada penelitian kuantitatif, namun tidak persis sama arti dari keduanya. Yaitu kesediaan peneliti untuk mengungkap secara terbuka proses dan elemen-elemen penelitiannya. Cara penelitian menginterpretasikan, mengimplikasikan, dan menyimpulkan konfirmabilitas temuannya dapat melalui audit trial dan menggunakan teknik pengambilan sampel yang ideal. Untuk memperoleh hasil penelitian yang objektif, peneliti perlu menggunakan teknik pengambilan sampel dengan cara memaksimalkan variasi sampelnya, cara ini dapat mengurangi bias hasil penelitian (Creswell, 2013; Afiyanti & Rachmawati, 2014).

3.7 Analisis Data

Popularitas pendekatan studi kasus adalah suatu studi yang memiliki cara pengumpulan data dan cara analisis data yang fleksibel. Analisis data pada studi kasus memiliki berbagai cara tergantung pada jenis studi kasus yang digunakan.

Yin (2009) menganalisis studi kasus dengan lima teknik yaitu memasang pola (*pattern matching*), menghubungkan data dengan proposisi (*linking data to*

propositions), membangun penjelasan (*explanation building*), analisis berdasarkan kronologi (*time-series analysis*), model logis (*logic models*), dan sintesis silang kasus (*cross-case synthesis*).

Berikut ini cara analisis studi kasus secara umum:

3.7.1 Pengumpulan Data

Data dikumpulkan dari hasil wawancara, observasi, dan studi dokumen. Hasil pengumpulan data dapat berupa transkrip wawancara, hasil observasi, catatan lapangan, dan dokumen.

3.7.2 Mereduksi Data

Dari hasil wawancara yang terkumpul dalam bentuk catatan lapangan di jadikan satu dalam bentuk transkrip dan di kelompokkan menjadi data subjektif dan objektif, dianalisis berdasarkan hasil pemeriksaan diagnostic kemudian di bandingkan nilai normal.

3.7.3 Penyajian Data

Penyajian data dapat dilakukan dalam bentuk table, gambar, bagan dan teks naratif. Kerahasiaan klien di jaga dengan cara mengaburkan identitas dari klien.

3.7.4 Kesimpulan

Dari data yang disajikan, kemudian data di bahas dan dibandingkan dengan hasil penulisan terdahulu yang secara teoritis dengan perilaku kesehatan. Penarikan kesimpulan dilakukan dengan cara induksi. Data yang dikumpulkan terkait dengan data pengkajian diagnosis perencanaan, tindakan dan evaluasi.

3.8 Etika Penelitian

3.8.1 Persetujuan Setelah Penjelasan (*Informed Consent*)

Pendekatan kualitatif pada umumnya menggunakan manusia sebagai subjek penelitian yang diteliti. Proses pendekatan itu sendiri akan menyentuh aspek etik yang berkembang sebagai dampak dari proses penelitian yang dilakukan. Integritas manusia sebagai subjek yang dipelajari perlu dihormati dan dihargai hak-haknya.

Terdapat dua tahapan pada proses PSP, yaitu: memberi penjelasan berkenaan dengan proses penelitian dan memperoleh pernyataan persetujuan dari

partisipan untuk mengikuti proses penelitian. Apabila subjek dikategorikan sebagai subjek yang rentan (*vulnerable people*), misalnya ibu hamil, anak, lansia, penderita penyakit terminal, penderita cacat fisik dan mental, maka proses PSP dilakukan terhadap wakil partisipan, misalnya orang tua untuk partisipan anak. Apabila partisipan setuju mengikuti kegiatan penelitian yang dilakukan, peneliti menyediakan lembar pernyataan persetujuan (*informed consent form*) yang menyatakan kesediaan partisipan untuk berpartisipasi dalam penelitian yang dilakukan (Streubert & Carpenter, 2011).

Pernyataan persetujuan diberikan para partisipan setelah memperoleh berbagai informasi berupa tujuan penelitian, prosedur penelitian, durasi keterlibatan partisipan, hak-hak partisipan dan bentuk partisipasinya dalam penelitian yang dilakukan dari peneliti. Bentuk pernyataan persetujuan partisipan dengan memberikan tanda tangan atau bentuk lainnya, seperti cap jari pada lembar persetujuan tersebut pada partisipan yang tidak memiliki kemampuan baca tulis.

3.8.2 Tanpa Nama (*Anonymity*)

Masalah etika yang memberikan jaminan dalam penggunaan subjek penelitian dengan cara tidak memberikan dan mencantumkan nama responden pada lembar pengumpulan data atau hasil penelitian yang akan disajikan.

3.8.3 Kerahasiaan (*Confidentiality*) Data

Peneliti wajib menjaga kerahasiaan berbagai informasi yang diberikan oleh para partisipannya dengan sebaik-baiknya. Untuk menjamin kerahasiaan (*confidentiality*) data, peneliti wajib menyimpan seluruh dokumen hasil pengumpulan data berupa lembar persetujuan mengikuti penelitian, biodata, hasil rekaman dan transkrip wawancara dalam tempat khusus yang hanya bisa diakses oleh peneliti.

BAB 5. PENUTUP

5.1 Kesimpulan

5.1.1 Pengkajian

Dari hasil pengkajian pada kedua klien didapatkan klien berjenis kelamin perempuan. Kedua klien berada pada rentang usia diatas 40 tahun, yang rentan terkena penyakit pencernaan. Kedua klien memiliki keluhan utama yang sama yaitu mengeluh nyeri perut. Kedua klien sebelumnya sama-sama memiliki riwayat penyakit maag, Ny. S mempunyai riwayat penyakit maag sejak \pm 3 bulan, sedangkan Ny. M sejak \pm 2 tahun. Di keluarga Ny. M ada yang memiliki riwayat penyakit yang sama dengan klien, sedangkan pada keluarga Ny. S tidak ada yang menderita penyakit yang sama dengan klien.

5.1.2 Diagnosa

Dari hasil pengkajian yang telah dilakukan pada kedua klien didapatkan diagnosa keperawatan prioritas yaitu nyeri akut. Batasan karakteristik yang terdapat pada kedua klien sesuai teori Wilkinson (2011). Selain itu terdapat diagnosa keperawatan lain yang muncul pada kedua klien yaitu ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh dan ansietas. Kedua diagnosa keperawatan tersebut merupakan dua diagnosa keparawatan yang muncul sama pada kedua klien.

5.1.3 Intervensi

Pada dasarnya dalam merencanakan tindakan keperawatan tidak ada perbedaan antara teori dan kasus, akan tetapi perencanaan yang direncanakan pada kasus tetap disesuaikan dengan kondisi klien. Intervensi yang difokuskan oleh peneliti pada klien dengan masalah keperawatan nyeri akut yaitu manajemen nyeri dengan mengajarkan tehnik relaksasi (nafas dalam) dan tehnik distraksi (distraksi pendengaran) sesuai teori yang terdapat dalam buku Nuari (2015). Intervensi yang lain juga tetap direncanakan sesuai kondisi klien.

5.1.4 Implementasi

Tindakan keperawatan dilakukan pada kedua klien selama tiga hari. Tindakan keperawatan yang dilakukan sesuai dengan diagnosa keperawatan yang muncul dan sesuai intervensi yang disusun sebelumnya. Pada dasarnya tindakan keperawatan yang penting dan harus dilakukan oleh peneliti yaitu manajemen nyeri dengan mengajarkan tehnik relaksasi (nafas dalam) dan tehnik distraksi (distraksi pendengaran), yang diimplementasikan oleh peneliti selama tiga hari.

5.1.5 Evaluasi

Dalam melakukan evaluasi pada kedua klien ditetapkan berdasarkan kriteria hasil yang telah disusun pada intervensi oleh peneliti. Pada kedua klien setelah tiga hari dirawat dan dilakukan tindakan keperawatan diagnosa keperawatan nyeri akut (diagnosa keperawatan prioritas) dapat teratasi, pada diagnosa ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh masalah hanya teratasi sebagian, baik pada Ny. S maupun Ny. M. Sedangkan pada diagnosa ansietas masalah dapat teratasi.

5.2 Saran

5.2.1 Bagi Klien dan Keluarga

Bagi klien dan keluarga disarankan untuk dapat menghindari faktor pencetus timbulnya gastritis. Namun, jika terjadi nyeri berulang akibat kambuhnya gastritis diharapkan klien dan keluarga dapat melakukan manajemen nyeri dengan tehnik relaksasi (nafas dalam) dan tehnik distraksi (distraksi pendengaran) untuk mengurangi rasa nyeri yang timbul.

5.2.2 Bagi Peneliti Selanjutnya

Diharapkan peneliti dapat memilih waktu yang tepat ketika mau mengajarkan manajemen nyeri tehnik relaksasi (nafas dalam) dan tehnik distraksi (distraksi pendengaran), serta diharapkan juga dalam penelitian selanjutnya dalam mengajarkan tehnik tersebut minimal dilakukan 3x/hari.

5.2.3 Bagi Perawat

Diharapkan perawat dapat mengaplikasikan tindakan keperawatan manajemen nyeri dengan mengajarkan tehnik relaksasi (nafas dalam) dan

teknik distraksi (distraksi pendengaran) untuk menurunkan nyeri yang terjadi pada klien, khususnya pada klien gastritis dengan masalah keperawatan nyeri akut, karena berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh penulis pada kedua klien tindakan manajemen nyeri tersebut berhasil menurunkan nyeri.



DAFTAR PUSTAKA

- Abidin, Z., dkk. (2014). *Panduan Praktik Klinis Bagi Dokter Di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer*. Jakarta: IDI (Ikatan Dokter Indonesia).
- Afiyanti, Y., & Rachmawati, I. N. (2014). *Metodologi Penelitian Kualitatif dalam Riset Keperawatan*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Akoso, B. T., & Akoso, G. H. (2009). *Bebas Stres*. Yogyakarta: Kanisius.
- Almatsier, S. (2010). *Prinsip Dasar Ilmu Gizi*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.
- Ardiansyah, M. (2012). *Medikal Bedah untuk Mahasiswa*. Jogjakarta: Diva Press.
- Baliwati, Y., A., K., & C. M. (2004). *Pengantar Pangan dan Gizi*. Jakarta: PT Penebar Swadaya.
- Brunner, & Suddarth. (2013). *Keperawatan Medikal-Bedah Brunner & Suddarth*. Jakarta: EGC.
- Davey, P. (2005). *At a Glance Medicine*. Jakarta: Erlangga.
- Diyono, & Mulyanti, S. (2013). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah: Sistem Pencernaan (Dilengkapi Contoh Studi Kasus dengan Aplikasi NNN (NANDA NOC NIC))*. Jakarta: Kencana.
- Gunawan, S. G. (2007). *Farmakologi dan Terapi* . Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia (FKUI).
- Gustin, R. K. (2011). Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Gastritis pada Pasien yang Berobat Jalan Di Puskesmas Gulai Bancah Kota Bukit Tinggi Tahun 2011. *Artikel Penelitian* , 1-12.

- Hartono, H. (2012). Asuhan Keperawatan pada Ny. M dengan Gastritis Di Ruang Flamboyan RSUD Dr. H. Soewondo Kendal. *Universitas Muhammadiyah Semarang*, 1-27.
- Herdman, T. H. (2015). *Diagnosis Keperawatan Definisi & Klasifikasi 2015-2017*. Jakarta: EGC.
- Hidayanti, R. A. (2014). *Tingkat Pengetahuan Pasien Gastritis Tentang Makanan yang dapat Menaikan Asam Lambung di Poli Penyakit Dalam RSUD Dr. Harjono Ponorogo*. Ponorogo: Universitas Muhammadiyah Ponorogo.
- Hurst, M. (2015). *Belajar Mudah Keperawatan Medikal Bedah, Vol. 2*. Jakarta: EGC.
- Hutama, T. A. (2016). *Evaluasi Drug Related Problems (DRPs) Potensial pada Pasien Hipertensi Di Instalasi Rawat Inap RS "Y" Periode Tahun 2015*. Surakarta: Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Lemone, P., Burke, K. M., & Bauldoff, G. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta: EGC.
- Lusianah, & Suratun. (2010). *Asuhan Keperawatan Klien Gangguan Sistem Gastrointestinal*. Jakarta: CV. Trans Info Media.
- Mansjoer, A., dkk. (2001). *Kapita Selekta Kedokteran Jilid I*. Jakarta: FKUI.
- Megawati, A., & Nosi, H. (2014). Beberapa Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Gastritis. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Diagnosis Volume 4 Nomor 6*, 709-715.
- Misnadiarly. (2009). *Mengenal Penyakit Organ Cerna: Gastritis (Dyspepsia atau Maag)*. Jakarta: Pustaka Populer OBDA.
- Murjayanah, H. (2011). *Faktor-Faktor Risiko yang Berhubungan dengan Kejadian Gastritis*. Semarang: Universitas Negeri Semarang.

- Muttaqin, A., & Sari, K. (2013). *Gangguan Gastrointestinal: Aplikasi Asuhan Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nuari, N. A. (2015). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan pada Gangguan Sistem Gastrointestinal*. Jakarta: CV. Trans Info Media.
- Okviani, W. (2011). *Hubungan Pola Makan dengan Gastritis pada Mahasiswa S1 Keperawatan Program A Fikes UPN Veteran*. Jakarta: FKIK UPN Veteran.
- Potter, P. A., & Perry, A. G. (2005). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan; Konsep, Proses, dan Praktik*. Jakarta: EGC.
- Priyanto, A., & Lestari, S. (2009). *Endoskopi Gastrointestinal*. Jakarta: Salemba Medika.
- Sudoyo, A. W., dkk. (2009). *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam Jilid I*. Jakarta: Interna Publishing.
- Sukarmin. (2012). *Keperawatan pada Sistem Pencernaan*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Supetran, I. (2016). Efektivitas Penggunaan Teknik Relaksasi Otot Progresif dalam Menurunkan Tingkat Nyeri Pasien Gastritis Di Rumah Sakit Daerah Madani Palu. *Promotif, Vol.6 No.1* , 01-08.
- Widodo, G. G., & Purwaningsih, P. (2013). Pengaruh Meditasi Terhadap Kualitas Hidup Lansia Menderita Hipertensi Di Unit Rehabilitasi Sosial Wening Wardoyo Ungaran Kabupaten Semarang. *Jurnal Keperawatan Medikal Bedah Volume 1 No.2* , 111-118.
- Wilkinson, J. M., & Ahern, N. R. (2011). *Buku Saku Diagnosis Keperawatan: Diagnosis NANDA, Intervensi NIC, Kriteria Hasil NOC*. Jakarta: EGC.
- Yuliarti, N. (2003). *Konsep Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.

Lampiran 3.1 Jadwal Penyelenggaraan Proposal dan Karya Tulis Ilmiah : Laporan Kasus

KETERANGAN	TAHUN AKADEMIK 2017/2018																																			
	FEB				MARET				APRIL				MEI				JUNI-JULI				AGUSTUS-JAN				FEB				MARET-MEI				JUNI			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Konfirmasi Judul	■	■																																		
Penyusunan Proposal Laporan Kasus			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■																								
Sidang Proposal													■																							
Revisi Proposal														■	■																					
Pengambilan Data																					■	■	■	■												
Penyusunan Laporan KTI Bab 4 Pembahasan dan Bab 5 Penutup																									■	■	■	■								
Sidang KTI																													■	■	■	■				
Revisi KTI																													■	■	■	■				
Pengumpulan Laporan Kasus (KTI)																																				■

Lampiran 3.2 Prosedur Pengumpulan Data

SURAT PERMOHONAN IJIN PENGAMBILAN DATA

Lumajang, 19 Juli 2017

Yth. Direktur
Akper Pemkab Lumajang
- Lumajang

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya, mahasiswa Akper Pemkab Lumajang :

Nama : Siti Mahmudah
NIM : 15.004
Prodi : D3 Keperawatan
Tempat/ Tgl lahir : Lumajang, 26 Mei 1997
Alamat : Dusun Karang Anyar RT:001 RW:004, Desa Kalibendo -
Kecamatan Pasirian - Kabupaten Lumajang

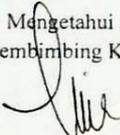
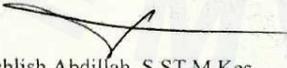
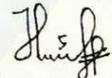
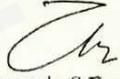
Telah mendapatkan ijin menyusun Karya Tulis Ilmiah dengan judul :
“Studi Kasus Asuhan Keperawatan pada Pasien Gastritis dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang Tahun 2017”

Guna menyelesaikan tugas tersebut, saya perlu melakukan pengambilan data ke Institusi/ Lembaga dan waktu penyusunan Karya Tulis Ilmiah (KTI) sbb :

Nama Instansi/ : RSUD dr.Haryoto Lumajang
Lembaga tujuan
Alamat : Jalan Basuki Rahmat Nomor 5 Kecamatan Lumajang - Kabupaten Lumajang - Provinsi Jawa Timur
Waktu penelitian : Juli 2017 - Desember 2017

Sehubungan dengan hal tersebut kami mohon perkenan Direktur memberikan surat pengantar dan permohonan ijin untuk melakukan penelitian di institusi tersebut. Terlampir berkas persyaratan yakni Proposal KTI.

Atas terpenuhinya permohonan ini, saya haturkan terimakasih

<p>Mengetahui : Pembimbing KTI</p> <p style="text-align: center;"></p> <p><u>Laili Nur Azizah., S.Kep.,Ns., M.Kep</u> NIP. 19751004 200801 2 016</p> <p style="text-align: center;">Wakil Direktur I,</p> <p style="text-align: center;"></p> <p><u>Achlish Abdillah, S.ST.M.Kes</u> NIP. 19720323 200003 1 003</p>	<p>Hormat kami, Pemohon,</p> <p style="text-align: center;"></p> <p><u>Siti Mahmudah</u> NPM 15.004</p> <p style="text-align: center;">Koordinator KTI</p> <p style="text-align: center;"></p> <p><u>Arista Maisyaroh, S.Kep., Ners., M.Kep</u> NIP. 19820528 201101 2 013</p>
---	--



PEMERINTAH KABUPATEN LUMAJANG
DINAS KESEHATAN
AKADEMI KEPERAWATAN
JL. BRIGJEN KATAMSO TELP. (0334) 882262.885920 FAX.(0334) 882262
LUMAJANG

**KEPUTUSAN DIREKTUR AKADEMI KEPERAWATAN
PEMERINTAH KABUPATEN LUMAJANG**

Nomor : 188.4/ 610 /427.55.28/2017

TENTANG

IJIN PENYUSUNAN KARYA TULIS ILMIAH

Direktur Akademi Keperawatan Pemerintah Kabupaten Lumajang, setelah menimbang pedoman menyusun Karya Tulis Ilmiah Akademi Keperawatan Pemerintah Kabupaten Lumajang, Nomor: 188.4/72/427.35.28/2017 Tanggal 20 Agustus 2017, dengan persetujuan pembimbing tanggal 3 Mei 2017.

MEMUTUSKAN

Menetapkan kepada mahasiswa tersebut dibawah ini :

Nama : Siti Mahmudah
Nomor Induk Mahasiswa : 15.004
Tempat, Tanggal Lahir : Lumajang, 26 Mei 1997
Prodi : D3 Keperawatan
Tingkat / Semester : II/IV
Alamat : Dusun Karang Anyar RT:001 RW:004, Desa Kalibendo -
Kecamatan Pasirian - Kabupaten Lumajang

dijijinkan memulai menyusun Karya Tulis Ilmiah dengan judul yang telah dirumuskan sebagai berikut :

“Studi Kasus Asuhan Keperawatan pada Pasien Gastritis dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang Tahun 2017”

Dengan pembimbing :

1. Laili Nur Azizah., S.Kep., Ns., M.Kep

Surat Keputusan ini mulai berlaku sejak ditetapkan dan akan ditinjau kembali jika dikemudian hari ternyata terdapat kekeliruan.

Ditetapkan di : Lumajang
pada Tanggal : 19 Juli 2017



Nurul Hayati, S.Kep.Ners.MM
NIP. 19650629 198703 2 008

Tembusan :

Yth. Bpk/Ibu Pembimbing mohon dilaksanakan sebagaimana mestinya.



**PEMERINTAH KABUPATEN LUMAJANG
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK**

Jalan Arif Rahman Hakim No. 1 Telp./Fax (0334) 881586 e-mail kesbangpol@lumajang.go.id
LUMAJANG - 67313

SURAT PEMBERITAHUAN UNTUK MELAKUKAN PENELITIAN/SURVEY/KKN/PKL/KEGIATAN

Nomor : 072/1017/427.75/2017

- Dasar** :
1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011 tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi Penelitian, sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 7 Tahun 2014 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011 ;
 2. Peraturan Daerah Kabupaten Lumajang Nomor 20 Tahun 2007 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Lumajang.
- Menimbang** : Surat Direktur Akademi Keperawatan Lumajang, Nomor : 422/611/427.55.28/2017, Tanggal 19 Juli 2017, perihal Permohonan Ijin Pengambilan Data atas nama SITI MAHMUDAH.

Atas nama Bupati Lumajang, memberikan rekomendasi kepada :

1. Nama : SITI MAHMUDAH
2. Alamat : Dsn Karang Anyar 001/004 Ds. Kalibendo Kec. Pasirian Kab. Lumajang
3. Pekerjaan/Jabatan : Mahasiswa
4. Instansi/NIM : Akademi Keperawatan / 14 004
5. Kebangsaan : Indonesia

Untuk melakukan Penelitian/Survey/KKN/PKL/Kegiatan :

1. Judul Proposal : Studi Kasus Asuhan Keperawatan pada Pasien Gastritis dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang Tahun 2017
2. Tujuan : Pengambilan Data/ Penelitian
3. Bidang Penelitian : Keperawatan
4. Penanggung jawab : Nurul Hayati, S.Kep., Ners., MM
5. Anggota/Peserta : -
6. Waktu Penelitian : 1 Agustus s/d 31 Desember 2017
7. Lokasi Penelitian : RSUD dr. Haryoto Lumajang

- Dengan ketentuan** :
1. Berkewajiban menghormati dan mentaati peraturan dan tata tertib di daerah setempat/lokasi penelitian/survey/KKN/PKL/Kegiatan;
 2. Pelaksanaan penelitian/survey/KKN/PKL/Kegiatan agar tidak disalahgunakan untuk tujuan tertentu yang dapat mengganggu kestabilan keamanan dan ketertiban di daerah/lokasi setempat;
 3. Wajib melaporkan hasil penelitian/survey/KKN/PKL/Kegiatan dan sejenisnya kepada Bupati Lumajang melalui Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kab. Lumajang setelah melaksanakan penelitian/survey/KKN/PKL/Kegiatan;
 4. Surat Pemberitahuan ini akan dicabut dan dinyatakan tidak syah/tidak berlaku lagi apabila ternyata pemegang Surat Pemberitahuan ini tidak mematuhi ketentuan tersebut di atas.

Tembusan Yth. :

1. Bpk. Bupati Lumajang (*set. agai laporan*).
2. Sdr. Kapolres Lumajang,
3. Sdr. Ka BAPPEDA Kab. Lumajang,
4. Sdr. Ka Dinas Kesehatan Kab. Lumajang,
5. Sdr. Direktur RSUD dr. Haryoto Lumajang,
6. Sdr. Direktur AKPER Lumajang,
7. Sdr. Yang Bersangkutan.

Lumajang, 1 Agustus 2017
a.n. KEPALA BADAN KESBANG DAN POLITIK
KABUPATEN LUMAJANG
Bidang Kerjasama Antar Lembaga



ACHMAD KOFRIL, SH
Kepala Tk. I
NIP. 19600106 198003 1 006



PEMERINTAH KABUPATEN LUMAJANG
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH dr. HARYOTO
JALAN BASUKI RAHMAT NO. 5 TELP (0334) 881666 FAX (0334) 887383
Email : rsdharyoto@yahoo.co.id
LUMAJANG - 67311

Lumajang, 07 Agustus 2017

Nomor : 445/1045/427.77/2017
Sifat : Biasa
Lampiran : -
Perihal : Pengambilan Data

Kepada
Yth. Ka. Ruang Melati
RSUD dr. Haryoto Kab. Lumajang
di
LUMAJANG

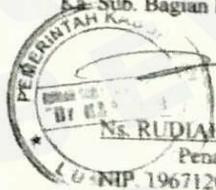
Sehubungan dengan surat Direktur Akper Pemkab Lumajang tanggal 19 Juli 2017 Nomor : 422/611/427.55.28/2017 dan Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik tanggal 01 Agustus 2017 Nomor : 072/1017/427.75/2017 perihal sebagaimana tersebut pada pokok surat, maka bersama ini kami sampaikan bahwa kami menyetujui kepada mahasiswa Akper Pemkab Lumajang untuk melakukan pengambilan data di ruang Saudara dan kami mohon bimbingannya kepada mahasiswa dimaksud, yaitu:

Nama : Siti Mahmudah

NIM : 15.004

Judul : Studi Kasus Asuhan Keperawatan pada Pasien Gastritis dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang Tahun 2017

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Ka. Sub. Bagian Diklat dan Penelitian

N^a. RUDIAH ANGGRAENI
Penata Tk. I
NIP. 19671209 199203 2 004

Lampiran 3.3 Informed Consent

**FORMULIR PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN
(INFORMED CONSENT)**

Surat Persetujuan Responden Penelitian:

Institusi : Akademi Keperawatan Pemkab Lumajang

Surat Persetujuan Peserta Penelitian

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Ny. E.....

Umur : 67.....

Jenis kelamin : perempuan.....

Alamat : BARAT ngesong 1 PADANG.....

Pekerjaan : KANI.....

Setelah mendapatkan keterangan secukupnya serta menyadari manfaat dan resiko penelitian tersebut di bawah ini yang berjudul:

“Studi Kasus Asuhan Keperawatan pada Pasien Gastritis dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut Di Rumah Sakit RSUD Dr. Haryoto Lumajang Tahun 2017”

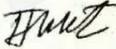
Dengan sukarela menyetujui keikutsertaan dalam penelitian di atas dengan catatan bila suatu waktu merasa dirugikan dalam bentuk apapun, berhak membatalkan persetujuan ini.

Lumajang,17. Agustus 2017

Mengetahui,
Penanggung Jawab Penelitian

Yang Menyetujui,
Peserta Penelitian


Siti Mahmudah
NPM. 15.004


(.....)

**FORMULIR PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN
(INFORMED CONSENT)**

Surat Persetujuan Responden Penelitian :

Nama Institusi : Akademi Keperawatan Pemkab Lumajang

Surat Persetujuan Peserta Penelitian

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Ny. M.....
Umur : 59.....
Jenis kelamin : PEREMPUAN.....
Alamat : Gedung JAJANG.....
Pekerjaan : LAIN.....

Setelah mendapatkan keterangan secukupnya serta menyadari manfaat dan resiko penelitian tersebut di bawah ini yang berjudul :

“Studi Kasus Asuhan Keperawatan Pada Pasien Gastritis Dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut Di Rumah Sakit RSUD Dr. Haryoto Lumajang Tahun 2017”

Dengan sukarela menyetujui keikutsertaan dalam penelitian di atas dengan catatan bila suatu waktu merasa dirugikan dalam bentuk apapun, berhak membatalkan persetujuan ini.

Lumajang, 02 Januari 2018.

Mengetahui,
Penanggung Jawab Penelitian



Siti Mahmudah
NIM. 15.004

Yang Menyetujui,
Peserta Penelitian



(.....)

Lampiran 4.1 Analisa Data Lain Partisipan di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang pada Bulan Agustus 2017 – Januari 2018

No	Data	Klien 1	Klien 2
2.	Data	<p>DS: Klien mengatakan malas makan karena terkadang perutnya sakit dan juga mual.</p> <p>DO: 1) Bising usus 8x/menit 2) BB saat pengkajian: 34 kg 3) Hemoglobin: 7,3 mg/dl 4) Membran mukosa pucat 5) Mual 6) 1x makan= 1/4 porsi dari Rumah Sakit 7) Kurang minat terhadap makanan</p>	<p>DS: Klien mengatakan merasa cepat kenyang setelah mengkonsumsi makanan, meskipun 2-3 sendok, serta terasa mual.</p> <p>DO: 1) Bising usus 14x/menit 2) BB awal sebelum sakit: 40 kg 3) BB saat pengkajian: 36 kg 4) TB: 147 cm 5) Hemoglobin: 9,4 mg/dl 6) Membran mukosa pucat 7) Mual 8) 1x makan= ± 2-3 sendok</p>
	Etiologi	Hilang Nafsu Makan, Mual	Nafsu Makan Menurun, Mual
	Problem	Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang dari Kebutuhan Tubuh	Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang dari Kebutuhan Tubuh
3.	Data	<p>DS: Klien mengatakan takut dan cemas karena klien pertama kalinya masuk rumah sakit.</p> <p>DO: 1) Tampak gelisah 2) Wajah tegang 3) Tampak nyeri (menyeringai) 4) Selalu bertanya mengenai sakitnya 5) TD=110/70 mmHg 6) N=92x/menit</p>	<p>DS: Klien mengatakan tidak pertama kalinya masuk rumah sakit ini dengan penyakit yang sama, tetapi klien masih bingung dan terus bertanya-tanya mengenai penyakitnya, seperti penyebab dan cara pencegahannya.</p> <p>DO: 1) Tampak gugup 2) Tampak nyeri (wajah tidak rileks) 3) Selalu bertanya mengenai penyebab penyakitnya dan cara pencegahannya 4) N=99x/menit 5) TD=140/90 mmHg</p>
	Etiologi	Ancaman atau Perubahan pada Status Kesehatan	Ancaman atau Perubahan pada Status Kesehatan
	Problem	Ansietas	Ansietas

Lampiran 4.2 Intervensi Keperawatan Diagnosa 2 Partisipan di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang pada Bulan Agustus 2017 – Januari 2018

Klien 1	Klien 2
<p>Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kebutuhan nutrisi klien dapat terpenuhi.</p> <p>Kriteria Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Input dan output pasien seimbang 2. BB Ideal (BBI) $\text{BBI} = (\text{TB}-100) \times 90\%$ $= (145-100) \times 90\%$ $= 45 \times 0,9$ $= 40,5 \text{ kg}$ 3. Tidak mual 4. Membran mukosa tidak pucat 5. Nafsu makan baik atau meningkat 6. Hemoglobin dalam batas normal Perempuan: 12-16 gr/dL <p>Intervensi: <i>Terapi Nutrisi:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji adanya mual 2. Observasi input dan output pasien secara rutin 3. Ukur atau timbang berat badan setiap hari 4. Beri perawatan mulut yang sering 5. Hindarkan makanan yang dapat mengiritasi lambung 6. Anjurkan makan sedikit tetapi sering 7. Berikan HE tentang: <ol style="list-style-type: none"> a. Makanan yang dianjurkan dan tidak dianjurkan b. Pencegahan terhadap penyakit gastritis agar tidak terjadi komplikasi lebih lanjut <p>Kolaborasi dengan dokter:</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Berikan obat antiemetic 	<p>Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kebutuhan nutrisi klien dapat terpenuhi.</p> <p>Kriteria Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Input dan output pasien seimbang 2. BB Ideal (BBI) $\text{BBI} = (\text{TB}-100) \times 90\%$ $= (147-100) \times 90\%$ $= 47 \times 0,9$ $= 42,3 \text{ kg}$ 3. Tidak mual 4. Membran mukosa tidak pucat 5. Nafsu makan baik atau meningkat 6. Hemoglobin dalam batas normal Perempuan: 12-16 gr/dL <p>Intervensi: <i>Terapi Nutrisi:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji adanya mual 2. Observasi input dan output pasien secara rutin 3. Ukur atau timbang berat badan setiap hari 4. Beri perawatan mulut yang sering 5. Hindarkan makanan yang dapat mengiritasi lambung 6. Anjurkan makan sedikit tetapi sering 7. Berikan HE tentang: <ol style="list-style-type: none"> a. Makanan yang dianjurkan dan tidak dianjurkan b. Pencegahan terhadap penyakit gastritis agar tidak terjadi komplikasi lebih lanjut <p>Kolaborasi dengan dokter:</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Berikan obat antiemetik

Lampiran 4.3 Intervensi Keperawatan Diagnosa 3 Partisipan di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang pada Bulan Agustus 2017– Januari 2018

Klien 1	Klien 2
<p>Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan klien tidak mengalami kecemasan.</p>	<p>Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan klien tidak mengalami kecemasan.</p>
<p>Kriteria Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kecemasan berkurang atau hilang 2. Tampak tidak gelisah 3. Wajah tidak tegang atau rileks 4. Mengerti tentang sakitnya 5. TTV dalam batas normal 	<p>Kriteria Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kecemasan berkurang atau hilang 2. Tampak tidak gelisah 3. Wajah tidak tegang atau rileks 4. Mengerti tentang sakitnya 5. TTV dalam batas normal
<p>Intervensi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji faktor penyebab kecemasan yang dialami klien 2. Observasi tanda verbal dan non verbal dari kecemasan klien 3. Observasi TTV klien 4. Kaji tingkat pengetahuan klien mengenai sakitnya 5. Beri kesempatan klien untuk mengungkapkan perasaannya atau mengenai kecemasan yang dialami pasien 6. Anjurkan keluarga untuk tetap mendampingi klien 7. Berikan <i>Health Education</i> mengenai sakitnya agar klien mengetahui dan mengerti 8. Kurangi kecemasan klien dengan anjurkan nafas dalam (relaksasi) 	<p>Intervensi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji faktor penyebab kecemasan yang dialami klien 2. Observasi tanda verbal dan non verbal dari kecemasan klien 3. Observasi TTV klien 4. Kaji tingkat pengetahuan klien mengenai sakitnya 5. Beri kesempatan klien untuk mengungkapkan perasaannya atau mengenai kecemasan yang dialami pasien 6. Anjurkan keluarga untuk tetap mendampingi klien 7. Berikan <i>Health Education</i> mengenai sakitnya agar klien mengetahui dan mengerti 8. Kurangi kecemasan klien dengan anjurkan nafas dalam (relaksasi)

Lampiran 4.4 Implementasi Keperawatan Diagnosa 2 dan 3 pada Klien 1 (Ny. S) dan Klien 2 (Ny. M) di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang pada Bulan Agustus 2017 – Januari 2018

Diagnosa Keperawatan	Hari ke 1	Hari ke 2	Hari ke 3			
Klien 1 (Ny. S)						
Diagnosa 2: Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang dari Kebutuhan Tubuh berhubungan dengan hilang nafsu makan, mual,	13.06	1. Menanyakan keluhan adanya mual pada klien (klien mengatakan mual ± 3 kali)	07.37	1. Menanyakan adanya keluhan mual pada klien (klien mengatakan mual hanya sesekali atau 1 kali)	09.10	1. Menanyakan adanya keluhan mual pada klien (klien mengatakan sudah tidak mual)
	13.09	2. Mengobservasi input dan output pasien secara rutin (input: klien makan ¼ porsi rumah sakit pada 1x makan, buah pir ¼ biji, minum ± 750 cc/hari, infus RL 1500 cc/24 jam, sedangkan outputnya: klien BAK ± 1000 cc/hari, tidak BAB, tidak muntah)	07.42	2. Mengobservasi input dan output pasien secara rutin (input: klien makan 1/2 porsi rumah sakit pada 1x makan, buah pir ¼ biji, minum ± 750 cc/hari, infus RL 1500 cc/24 jam, sedangkan outputnya: klien BAK ± 1000 cc/hari, tidak BAB, tidak muntah)	09.13	2. Mengobservasi input dan output pasien secara rutin (input: klien makan 3/4 porsi rumah sakit pada 1x makan, buah pir ¼ biji, minum ± 750 cc/hari + susu ± 150 cc dalam 24 jam, infus RL 1500 cc/24 jam, sedangkan outputnya: klien BAK ± 1000 cc/hari, tidak BAB, tidak muntah, nafsu makan meningkat dari sebelumnya)
	13.14	3. Mengukur atau menimbang berat badan klien setiap hari (BB= 34 kg)	07.48	3. Mengukur atau menimbang berat badan klien setiap hari (BB klien=34,5 kg)	09.16	3. Mengukur atau menimbang berat badan klien setiap hari (BB klien=34,8 kg)
	13.16	4. Memberi perawatan mulut yang sering (klien mau untuk berkumur dan dibersihkan mulutnya agar tidak kering serta tidak merasakan pahit ketika makan)	07.50	4. Memberi perawatan mulut yang sering (klien melakukan perawatan mulut ketika sekalian minum, ±8 x/hari, membran mukosa tidak pucat)	09.19	4. Memberi perawatan mulut yang sering (klien melakukan perawatan mulut ketika sekalian minum, ±10 x/hari)
	13.18	5. Menghindarkan makanan yang dapat mengiritasi lambung (klien sudah menghindari	07.52	5. Menghindarkan makanan yang dapat mengiritasi lambung (klien hanya memakan	09.22	5. Menghindarkan makanan yang dapat mengiritasi lambung (klien hanya memakan makanan

	makanan yang kasar dan juga makanan yang seperti pedas)		makanan yang dari rumah sakit, kecuali buah pir. Tetapi buah pir yang dimakan tidak asam)		yang dari rumah sakit, kecuali buah pir dan susu. Buah pir yang dimakan manis)
13.21	6. Menganjurkan klien makan sedikit tetapi sering (klien masih memakan makanan dari rumah sakit saja, itupun hanya ¼ porsi rumah sakit, BU: 8x/menit)	07.54	6. Menganjurkan klien makan sedikit tetapi sering (klien makannya agak lebih banyak dari pada hari sebelumnya, BU: 14 x/menit)	09.25	6. Menganjurkan klien makan sedikit tetapi sering (klien makannya agak lebih banyak dari pada hari sebelumnya serta rutin 3x/24 jam, BU: 15x/menit)
13.25	7. Memberikan HE tentang: a. Makanan yang dianjurkan dan tidak diajarkan (menjelaskan tentang makanan yang dianjurkan misalkan makanan yang lembut, tidak mengiritasi lambung seperti makanan yang tidak pedas dan juga tidak asam. Sedangkan yang tidak dianjurkan seperti tidak boleh minum kopi, dsb) b. Pencegahan terhadap penyakit gastritis agar tidak terjadi komplikasi lebih lanjut (konsumsi makanan yang lunak/lembut, hindari makanan yang mengiritasi lambung, jangan terlambat makan atau makan berlebihan, dsb)	09.00	7. Memberikan HE tentang: a. Makanan yang dianjurkan dan tidak diajarkan b. Pencegahan terhadap penyakit gastritis agar tidak terjadi komplikasi lebih lanjut (Klien dan keluarga kooperatif dengan apa yang dijelaskan, klien dan juga keluarga mengerti mengenai apa yang dijelaskan. Untuk menghindari lupa apa yang disampaikan, diberikan juga sebuah leaflet tentang apa yang dijelaskan)	09.35	7. Memberikan HE tentang: a. Makanan yang dianjurkan dan tidak diajarkan b. Pencegahan terhadap penyakit gastritis agar tidak terjadi komplikasi lebih lanjut (klien dan keluarga hanya di evaluasi mengenai penjelasan yang sebelumnya, klien dan keluarga mulai faham dan mengerti)
16.02	8. Kolaborasi pemberian obat	07.38	8. Kolaborasi pemberian obat	07.18	8. Kolaborasi pemberian obat

	(Injeksi IV, diberikan ondancetrone 4mg/2ml)	(memberikan injeksi IV ondancetrone 4mg/2ml untuk mengurangi kualitasnya)	(memberikan injeksi IV ketorolax)	
Diagnosa 3: Ansietas berhubungan dengan ancaman atau perubahan pada status kesehatan	14.02	1. Menanyakan faktor penyebab kecemasan yang dialami klien (klien mengatakan cemas karena klien baru pertama kali masuk rumah sakit)	10.50	1. Menanyakan faktor penyebab kecemasan yang dialami klien (klien mengatakan sudah tidak cemas)
	14.04	2. Mengobservasi tanda verbal dan non verbal dari kecemasan klien (klien tampak gelisah dan tegang)	11.03	2. Mengobservasi tanda verbal dan non verbal dari kecemasan klien (klien tampak tidak gelisah dan juga tidak tegang)
	12.25	3. Mengobservasi TTV klien TD : 110/70 mmHg Nadi : 92 x/menit	11.14	3. Mengobservasi TTV klien TD=110/70 mmHg Nadi=91x/menit
	14.08	4. Menggali tingkat pengetahuan klien mengenai sakitnya (klien tidak begitu faham tentang penyakitnya)	11.18	4. Menanyakan tingkat pengetahuan klien mengenai sakitnya (klien sudah mulai mengetahui tentang sakitnya)
	14.12	5. Memberi kesempatan klien untuk mengungkapkan perasaannya atau mengenai kecemasan yang dialami klien (klien mengatakan takut terhadap petugas kesehatan yang ada, klien juga cemas karena baru pertama kali masuk rumah sakit)	11.27	5. Memberi kesempatan klien untuk mengungkapkan perasaannya atau mengenai kecemasan yang dialami pasien (klien merasa sudah tidak begitu cemas dan takut, karena klien juga sudah mulai bisa beradaptasi, terutama pada perawatnya)
	14.17	6. Menganjurkan keluarga untuk	11.35	6. Menganjurkan keluarga untuk

		tetap mendampingi klien (klien merasa agak tenang jika ada keluarga yang menunggunya)		tetap mendampingi klien (klien merasa lebih baik, meskipun tidak didampingi terus-terusan klien tidak merasa takut)		dengan menganjurkan nafas dalam (relaksasi) (klien sudah tidak merasakan cemas, tetapi klien terkadang juga melakukan nafas dalam agar merasa lebih nyaman)
	14.20	7. Memberikan Health Education mengenai sakitnya agar klien mengetahui dan mengerti (klien tidak begitu mengerti tentang penyakit yang dijelaskan)	12.25	7. Memberikan Health Education mengenai sakitnya agar klien mengetahui dan mengerti (klien mengetahui dan mengerti mengenai sakit yang diderita)		
	14.32	8. Mengurangi kecemasan klien dengan menganjurkan nafas dalam (relaksasi) (klien bisa mempaktekan nafas dalam tetapi masih kurang tepat, karena klien masih tampak merasakan nyeri pada perutnya atau wajah tidak rileks)	12.40	8. Mengurangi kecemasan klien dengan menganjurkan nafas dalam (relaksasi) (klien dapat melakukan nafas dalam meskipun dengan dipandu, klien merasa sedikit nyaman, namun klien masih agak cemas karena kefikiran cucu dirumah dan ingin pulang)		
Klien 2 (Ny. M)						
Diagnosa 2: Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan nafsu makan menurun, mual	14.02	1. Menanyakan keluhan adanya mual pada klien (klien mengatakan mual ± 2-3 kali/6 jam)	07.52	1. Menanyakan adanya keluhan mual pada klien (klien mengatakan mual hanya sesekali)	07.54	1. Menanyakan adanya keluhan mual pada klien (klien mengatakan sudah tidak mual sejak bangun tidur)
	14.06	2. Mengobservasi input dan output pasien secara rutin (input: klien makan 2-3 sendok pada 1x makan, minum ± 400 cc/hari, infus NS 1000 cc/24 jam, sedangkan outputnya:	08.00	2. Mengobservasi input dan output pasien secara rutin (input: klien makan 1/4 porsi rumah sakit pada 1x makan (± 5 sendok, pisang goreng 1 biji, minum ± 500 cc/hari, infus NS	09.58	2. Mengobservasi input dan output pasien secara rutin (input: klien makan 1/2 porsi rumah sakit pada 1x makan, minum ± 700 cc/hari, infus NS 1000 cc/24 jam, sedangkan

		klien BAK ± 300 cc/hari, tidak BAB, tidak muntah)			1000 cc/24 jam, sedangkan outputnya: klien BAK ± 400 cc/hari, tidak BAB, tidak muntah)			outputnya: klien BAK ± 600 cc/hari, tidak BAB, tidak muntah)
14.12	3.	Mengukur atau menimbang berat badan klien setiap hari (BB= 36 kg)	08.06	3.	Mengukur atau menimbang berat badan klien setiap hari (BB klien=36,2 kg)	10.03	3.	Mengukur atau menimbang berat badan klien setiap hari (BB klien=36,5 kg)
14.16	4.	Memberi perawatan mulut yang sering (klien mau untuk berkumur dan dibersihkan mulutnya agar tidak kering serta tidak merasakan pahit ketika makan)	08.09	4.	Memberi perawatan mulut yang sering (klien melakukan perawatan mulut ketika sekalian minum, ±4x/hari, membran mukosa tidak pucat)	10.08	4.	Memberi perawatan mulut yang sering (klien melakukan perawatan mulut ketika mau minum, ±3x/hari, membran mukosa tidak pucat)
14.19	5.	Menghindarkan makanan yang dapat mengiritasi lambung (klien sudah menghindari makanan yang kasar dan juga makanan yang seperti pedas)	08.12	5.	Menghindarkan makanan yang dapat mengiritasi lambung (klien hanya memakan makanan yang dari rumah sakit, kecuali pisang goreng)	10.11	5.	Menghindarkan makanan yang dapat mengiritasi lambung (klien hanya memakan makanan yang dari rumah sakit, kecuali roti)
14.22	6.	Menganjurkan klien makan sedikit tetapi sering (klien masih memakan makanan dari rumah sakit saja, itupun hanya 2-3 sendok untuk 1x makan, klien makan 3x/hari, BU: 14x/menit)	08.15	6.	Menganjurkan klien makan sedikit tetapi sering (klien makannya agak lebih banyak dari pada hari sebelumnya, BU: 15 x/menit)	10.20	6.	Menganjurkan klien makan sedikit tetapi sering (klien makannya agak lebih banyak dari pada hari sebelumnya, BU: 12 x/menit)
14.25	7.	Memberikan HE tentang: a. Makanan yang dianjurkan dan tidak dianjurkan (menjelaskan tentang makanan yang dianjurkan misalkan makanan yang lembut, tidak mengiritasi lambung seperti makanan yang tidak pedas dan juga	08.18	7.	Memberikan Health Education tentang: a. Makanan yang dianjurkan dan tidak dianjurkan b. Pencegahan terhadap penyakit gastritis agar tidak terjadi komplikasi lebih lanjut (Klien dan keluarga	10.24	7.	Memberikan HE tentang: a. Makanan yang dianjurkan dan tidak dianjurkan b. Pencegahan terhadap penyakit gastritis agar tidak terjadi komplikasi lebih lanjut (Klien dan keluarga kooperatif dengan apa yang dijelaskan, klien dan juga keluarga

		tidak asam. Sedangkan yang tidak dianjurkan seperti tidak boleh minum kopi, tidak boleh makan pedas, dsb)				koperatif dengan apa yang dijelaskan, klien dan juga keluarga mengerti mengenai apa yang dijelaskan. Untuk menghindari lupa apa yang disampaikan)		mengerti mengenai apa yang dijelaskan.)
		b. Pencegahan terhadap penyakit gastritis agar tidak terjadi komplikasi lebih lanjut (konsumsi makanan yang lunak/lembut, hindari makanan yang mengiritasi lambung, jangan terlambat makan atau makan berlebihan, dsb)						
	16.00	8. Kolaborasi dengan tim medis: pemberian obat antiemetik (Injeksi IV, diberikan ondancetrone 4mg/2ml)	07.32	8. Kolaborasi dengan tim medis: (memberikan obat antiemetik rute IV yaitu ondancetrone 4mg/2ml untuk mengurangi kualitasnya)	07.33	8. Kolaborasi dengan tim medis: (memberikan obat antiemetik rute IV yaitu ondancetrone 4mg/2ml untuk mengurangi kualitasnya)		
Diagnosa 3: Ansietas berhubungan dengan ancaman atau perubahan pada status kesehatan	15.02	1. Menanyakan factor penyebab kecemasan yang dialami klien (klien mengatakan bingung karena klien sudah tidak pertama kalinya masuk rumah sakit dengan penyakit yang sama, tetapi klien tidak tahu penyebabnya, sehingga klien terus bertanya-tanya mengenai penyakitnya)	10.02	1. Menanyakan faktor penyebab kecemasan yang dialami klien (klien mengatakan bingungnya mulai hilang, setelah diberikan pendidikan kesehatan kemarin, sehingga tidak bertanya-tanya lagi mengenai sakitnya)				
	15.05	2. Mengobservasi tanda verbal dan non verbal dari kecemasan klien (klien tampak gugup)	10.07	2. Mengobservasi tanda verbal dan non verbal dari kecemasan klien (klien mulai tenang dan tidak				

15.09	3. Mengobservasi TTV klien TD: 140/90 mmHg Nadi: 99x/menit	11.32	3. Mengobservasi TTV klien TD=130/70 mmHg Nadi=88x/menit
15.12	4. Menggali tingkat pengetahuan klien mengenai sakitnya (klien mengatakan hanya mengetahui nama penyakitnya saja yaitu maag, penyebab dan cara pencegahannya klien tidak tahu)	11.45	4. Menanyakan tingkat pengetahuan klien mengenai sakitnya (klien sudah mulai tahu mengenai penyebabnya dan cara pencegahannya, tetapi kurang mengerti sepenuhnya)
15.16	5. Memberi kesempatan klien untuk mengungkapkan perasaannya atau mengenai kecemasan yang dialami klien (klien mengatakan khawatir terhadap kondisinya, karena sering kambuh)	11.53	5. Memberi kesempatan klien untuk mengungkapkan perasaannya atau mengenai kecemasan yang dialami pasien (klien merasa sudah tidak bingung karena sudah tahu mengenai penyebab dan cara pencegahannya, sehingga suatu hari bisa menghindari factor pencetusnya yang membuat sakit)
15.20	6. Menganjurkan keluarga untuk tetap mendampingi klien (keluarga atau suami klien bersedia dan klien merasa sedikit tenang)	12.02	6. Memberikan Health Education mengenai sakitnya agar klien mengetahui dan mengerti (penyebab dan cara pencegahannya) (klien mulai mengerti sepenuhnya tentang penyebab dan cara pencegahannya, sehingga bingungnya sudah hilang, karena klien merasa jika bisa menghindari

-
- | | | | |
|-------|---|-------|--|
| 15.23 | 7. Memberikan Health Education mengenai sakitnya agar klien mengetahui dan mengerti (penyebab dan cara pencegahannya) (dijelaskan tentang penyebab gastritis dan cara pencegahannya, klien mendengar dengan baik apa yang di education kan, tetapi klien belum sepenuhnya mengerti semua) | 12.20 | 7. Mengurangi kecemasan klien dengan menganjurkan nafas dalam (relaksasi) (klien dapat melakukan nafas dalam dengan baik, karena sebelumnya klien sudah diajarkan sejak kemarin, hingga klien mulai merasa tenang dan tampak rileks) |
| 15.32 | 8. Mengurangi kecemasan klien dengan menganjurkan nafas dalam (relaksasi) (klien dapat melakukannya, tetapi belum sesuai tehnik, sehingga masih tampak kalau klien tidak rileks) | | |
-

Lampiran 4.5 Evaluasi Keperawatan Diagnosa 2 dan 3 pada Klien 1 (Ny. S) dan Klien 2 (Ny. M) di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang pada Bulan Agustus 2017 – Januari 2018

Evaluasi	Hari ke 1	Hari ke 2	Hari ke 3
Klien 1 (Ny. S)			
Diagnosa 2: Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang dari Kebutuhan Tubuh	Subjektif: Klien mengatakan masih malas makan karena terkadang perutnya sakit dan juga mual.	Subjektif: Klien mengatakan masih malas makan karena terkadang perutnya sakit dan juga mual.	Subjektif: Klien mengatakan nafsu makannya meningkat dari pada sebelumnya
1. Input dan output pasien seimbang	Objektif:	Objektif:	Objektif:
2. BB Ideal (BBI) BBI = $(TB-100) \times 90\%$	1) Bising usus 8x/menit 2) BB: 34 kg 3) Hemoglobin: 7,3 mg/dl	1) Bising usus 14x/menit 2) BB: 34,5 kg 3) Membran mukosa tidak pucat	1) Keadaan umum cukup 2) Bising usus 15x/menit 3) BB: 34,7 kg
3. Tidak mual	4) Membran mukosa pucat	4) Mual 1 kali	4) Membran mukosa tidak pucat
4. Membran mukosa tidak pucat	5) Mual ± 3 kali	5) 1x makan= 1/2 porsi dari Rumah Sakit	5) Tidak mual
5. Nafsu makan baik atau meningkat	6) 1x makan= 1/4 porsi dari Rumah Sakit 7) Kurang minat terhadap makanan	6) Sedikit minat terhadap makanan	6) 1x makan= 3/4 porsi dari Rumah Sakit 7) Sudah minat terhadap makanan
6. Hemoglobin dalam batas normal	Assesment: Tujuan Tidak Tercapai	Assesment: Tujuan Tercapai Sebagian	Assesment: Tujuan Tercapai Sebagian
Perempuan: 12-16 gr/dL	Planning: Lanjutkan Intervensi no.1-8	Planning: Lanjutkan Intervensi no.1-8	Planning: Hentikan Intervensi
Diagnosa 3: Ansietas	Subyektif: Klien mengatakan masih takut dan cemas karena klien pertama kalinya masuk rumah sakit	Subyektif: Klien mengatakan takut dan cemasnya mulai berkurang meskipun klien pertama kalinya masuk rumah sakit	Subyektif: Klien mengatakan sudah tidak takut dan cemas lagi.
1. Kecemasan berkurang atau hilang	Obyektif:	Obyektif:	Obyektif:
2. Tampak tidak gelisah	1) Tampak gelisah	1) Tampak sedikit gelisah (klien kefikiran cucu yang dirumah dan klien ingin pulang)	1) Tampak tidak gelisah
3. Wajah tidak tegang atau rileks	2) Wajah tegang 3) Tampak nyeri (wajah tidak rileks)		2) Wajah tidak tegang 3) Nyeri tidak ada

<p>4. Mengerti tentang sakitnya</p> <p>5. TTV dalam batas normal</p>	<p>4) Selalu bertanya mengenai penyakitnya</p> <p>5) TD: 110/70 mmHg</p> <p>6) Nadi: 92 x/menit</p> <p>Assesment: Tujuan Tidak Tercapai</p> <p>Planning: Lanjutkan Intervensi no.1-7</p>	<p>2) Wajah agak tegang</p> <p>3) Sedikit nyeri</p> <p>4) Sedikit nyeri abdomen</p> <p>5) TD: 110/70 mmHg</p> <p>6) Nadi: 91x/menit</p> <p>Assesment: Tujuan Tercapai Sebagian</p> <p>Planning: Lanjutkan Intervensi no.1,2, 3, 4, 7</p>	<p>4) Mengerti mengenai penyakitnya</p> <p>5) TD: 120/80 mmHg</p> <p>6) Nadi: 87x/menit</p> <p>Assesment: Tujuan Tercapai</p> <p>Planning: Hentikan Intervensi</p>
Klien 2 (Ny. M)			
<p>Diagnosa 2: Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang dari Kebutuhan Tubuh</p> <p>1. Input dan output pasien seimbang</p> <p>2. BB Ideal (BBI) BBI = (TB-100) x 90%</p> <p>3. Tidak mual</p> <p>4. Membran mukosa tidak pucat</p> <p>5. Nafsu makan baik atau meningkat</p> <p>6. Hemoglobin dalam batas normal</p> <p>Perempuan: 12-16 gr/dL</p>	<p>Subjektif: Klien mengatakan masih terasa penuh pada perut ketika makan, meskipun makan sedikit (2-3 sendok)</p> <p>Objektif: 1) Bising usus 14x/menit 2) BB: 36 kg 3) Hemoglobin: 9,4 mg/dl 4) Membran mukosa pucat 5) Mual ±2-3 kali 6) 1x makan= 2-3sendok 7) tampak kurang minat terhadap makanan</p> <p>Assesment: Tujuan Tidak Tercapai</p> <p>Planning: Lanjutkan Intervensi no.1-8</p>	<p>Subjektif: Klien mengatakan masih terasa penuh pada perutnya jika buat makan, tetapi sudah tidak begitu seperti sebelumnya.</p> <p>Objektif: 1) Bising usus 15x/menit 2) BB: 36,2 kg 3) Membran mukosa tidak pucat 4) Mual 1 kali 5) 1x makan= 1/4 porsi dari Rumah Sakit 6) Sedikit minat terhadap makanan</p> <p>Assesment: Tujuan Tercapai Sebagian</p> <p>Planning: Lanjutkan Intervensi no.1-8</p>	<p>Subjektif: Klien mengatakan terasa penuh pada perutnya sudah berkurang</p> <p>Objektif: 1) Bising usus 12x/menit 2) BB: 36,5 kg 3) Membran mukosa tidak pucat 4) Tidak terdapat mual 5) 1x makan= 1/2 porsi dari Rumah Sakit 6) Minat terhadap makanan (+)</p> <p>Assesment: Tujuan Tercapai Sebagian</p> <p>Planning: Hentikan Intervensi</p>
<p>Diagnosa 3: Ansietas</p> <p>1. Kecemasan berkurang atau</p>	<p>Subjektif: Klien mengatakan masih bingung karena klien sudah tidak pertama kalinya masuk rumah sakit dengan penyakit yang sama,</p>	<p>Subjektif: klien mengatakan bingungnya mulai hilang, setelah diberikan pendidikan kesehatan kemarin, sehingga tidak</p>	

hilang	tetapi klien tidak tahu penyebabnya,	bertanya-tanya lagi mengenai sakitnya
2. Tampak tidak gelisah	sehingga klien terus bertanya-tanya mengenai penyakitnya	
3. Wajah tidak tegang atau rileks	Obyektif:	Obyektif:
4. Mengerti tentang sakitnya	1) Tampak gugup	1) Tampak tidak gugup
5. TTV dalam batas normal	2) Tampak tidak rileks (nyeri)	2) Tampak rileks
	3) Terus bertanya-tanya mengenai penyakitnya	3) Tidak bertanya-tanya lagi mengenai penyakitnya
	4) TD: 140/90 mmHg	4) TD=130/70 mmHg
	5) Nadi: 99x/menit	5) Nadi=88x/menit
	Assesment: Tujuan Tercapai Sebagian	Assesment: Tujuan Tercapai
	Planning: Lanjutkan Intervensi no 1,2,3,4,5, dan 7	Planning: Hentikan Intervensi

Lampiran 4.6 SAP (Gastritis)

SATUAN ACARA PENYULUHAN
“CARA PENCEGAHAN
GASTRITIS”



Disusun oleh :
Siti Mahmudah
NIM 152303101004

PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
2018

SATUAN ACARA PENYULUHAN

Topik	: Gangguan Pencernaan (Gastritis)
Hari/Tanggal	: Jumat, 18 Agustus 2017
Waktu	: ± 15 menit
Tempat	: Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang
Sasaran	: Pasien dan keluarga pasien
Penyuluh	: Mahasiswa Program Studi D 3 Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Jember

A. ANALISA SITUASIONAL

1. Peserta
 - Pasien dan keluarga pasien
2. Ruangan
 - Agak sempit dengan jumlah pasien dua orang
 - Ventilasi baik dan disertai kipas angin
3. Penyuluh
 - Mahasiswa Program Studi D3 Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Jember
 - Mampu mengkomunikasikan materi penyuluhan dengan baik dan menggunakan metode yang sesuai

B. TUJUAN INSTRUKSIONAL

1. Tujuan Instruksional Umum

Setelah mengikuti kegiatan penyuluhan diharapkan pasien dan keluarga dapat memahami dan mengerti tentang konsep gastritis.
2. Tujuan Instruksional Khusus

Setelah mengikuti penyuluhan kesehatan tentang gastritis, keluarga pasien diharapkan dapat :

 - a. Menjelaskan pengertian gastritis
 - b. Menjelaskan penyebab gastritis

- c. Menjelaskan tanda dan gejala gastritis
- d. Menjelaskan cara pencegahan gastritis
- e. Menjelaskan penatalaksanaan gastritis
- f. Menjelaskan jenis-jenis makanan yang di anjurkan dan tidak dianjurkan bagi penderita gastritis
- g. Menjelaskan cara melakukan nafas dalam untuk menurunkan nyeri yang terjadi pada klien gastritis

C. MATERI PENYULUHAN

1. Pengertian penyakit gastritis
2. Penyebab penyakit gastritis
3. Tanda dan gejala penyakit gastritis
4. Cara pencegahan penyakit gastritis
5. Cara penatalaksanaan penyakit gastritis
6. Jenis-jenis makanan yang dianjurkan dan tidak dianjurkan bagi penderita gastritis
7. Cara melakukan nafas dalam untuk menurunkan nyeri yang terjadi pada klien gastritis

D. KEGIATAN PENYULUHAN

No	Tahap Pengkajian	Waktu	Kegiatan Penyuluhan	Sasaran
1	Pembukaan	2 menit	<ol style="list-style-type: none"> 1. Membuka acara dengan pembacaan do'a, mengucapkan salam dan perkenalan. 2. Menyampaikan topik dan tujuan penyuluhan kepada sasaran. 3. Kontrak waktu untuk kesepakatan penyuluhan dengan sasaran 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menjawab salam dan mendengarkan perkenalan. 2. Mendengarkan penyampaian topik dan tujuan. 3. Menyetujui kesepakatan pelaksanaan pendidikan kesehatan.
2	Kegiatan Inti	10 menit	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengkaji ulang tingkat pengetahuan sasaran. 2. Memberikan reinforcement positif. 3. Menjelaskan pengertian gastritis. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menjawab pertanyaan dari penyuluh 2. Mendengarkan

		<ol style="list-style-type: none"> 4. Menanyakan sasaran apakah mengerti atau tidak. 5. Memberikan kesempatan kepada sasaran untuk bertanya. 6. Menjelaskan tentang hal-hal yang belum dipahami sasaran. 7. Menjelaskan penyebab gastritis. 8. Menjelaskan tanda dan gejala gastritis. 9. Menanyakan sasaran apakah mengerti atau tidak. 10. Memberikan kesempatan kepada sasaran untuk bertanya. 11. Menjelaskan tentang hal-hal yang belum dipahami sasaran. 12. Menjelaskan cara penatalaksanaan gastritis. 13. Menjelaskan makanan yang dianjurkan dan tidak dianjurkan bagi pasien dengan penyakit gastritis. 14. Menanyakan sasaran apakah mengerti atau tidak. 15. Menjelaskan cara melakukan nafas dalam untuk menurunkan nyeri. 16. Memberikan kesempatan kepada sasaran untuk menanyakan hal-hal yang belum dipahami. 17. Menjelaskan tentang hal-hal yang belum dipahami. 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Menanyakan hal-hal yang belum dipahami
Evaluasi/ Penutup	3 menit	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan pertanyaan kepada sasaran tentang materi yang telah disampaikan oleh penyuluh. 2. Memberikan reinforcement positif. 3. Menyimpulkan materi. 4. Menutup acara dengan mengucapkan salam. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menjawab pertanyaan 2. Mendengarkan kesimpulan 3. Menjawab salam

E. MEDIA DAN ALAT PENYULUHAN

1. Leaflet

F. METODE PENYULUHAN

1. Ceramah
2. Tanya jawab

G. EVALUASI

1. Apa pengertian penyakit gastritis?
2. Apa penyebab dari penyakit gastritis?
3. Apa tanda dan gejala dari penyakit gastritis?
4. Bagaimana cara pencegahan penyakit gastritis?
5. Bagaimana cara penatalaksanaan yang baik pada penyakit gastritis?
6. Jenis-jenis makanan apa saja yang dianjurkan dan tidak dianjurkan bagi penderita gastritis?
7. Bagaimana cara melakukan nafas dalam untuk menurunkan nyeri yang terjadi pada klien gastritis?



Lampiran Materi Penyuluhan

Gastritis

A. Pengertian Gastritis

Gastritis adalah suatu peradangan mukosa lambung yang bersifat akut, kronik difus, atau lokal dengan karakteristik anoreksia, rasa penuh, tidak enak pada epigastrium, mual dan muntah (Lusianah & Suratun, 2010).

Sedangkan menurut Nuari (2015) gastritis yang biasanya orang awam mengatakannya maag adalah peradangan yang terjadi dilambung akibat meningkatnya sekresi asam lambung mengakibatkan iritasi atau perlukaan pada lambung.

Secara alami lambung akan terus memproduksi asam lambung setiap waktu dalam jumlah yang kecil, setelah 4-6 jam sesudah makan biasanya kadar glukosa dalam darah telah banyak terserap dan terpakai sehingga tubuh akan merasakan lapar dan pada saat itu jumlah asam lambung terstimulasi. Bila seseorang telat makan sampai 2-3 jam, maka asam yang menumpuk dalam lambung akan semakin banyak dan berlebih. Hal ini dapat menyebabkan luka atau iritasi pada dinding lambung sehingga timbul rasa perih.

B. Penyebab Gastritis

Menurut Rendi (2012) dalam buku *Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Penyakit Dalam*, didapatkan penyebab dari gastritis diantaranya:

1. Stress
2. Usia
3. Pola makan yang tidak baik (misalnya terlambat makan, makan makanan yang pedas, asam yang dapat merangsang asam lambung contoh cabe, cuka, sambal, ketan dan lain-lain. Makan terlalu banyak atau cepat, dan makanan yang terinfeksi oleh bakteri helicobakter phylory.
4. Merokok
5. Mengonsumsi alcohol atau minuman berkafein

6. Mengonsumsi obat-obatan dalam dosis yang tinggi, contohnya aspirin dan antalgin. Aspirin dalam dosis rendah sudah dapat menyebabkan erosi mukosa lambung.

7. Keracunan makanan

C. Tanda dan Gejala

1. Anoreksia
2. Rasa penuh
3. Nyeri pada epigastrium
4. Mual dan muntah
5. Sendawa
6. Hematemesis

(Lusianah & Suratun, 2010)

D. Cara Pencegahan Penyakit Gastritis

Menurut Muttaqin (2011), dalam buku *Gangguan Gastrointestinal*, didapatkan cara pencegahan penyakit gastritis:

1. Jaga pola makan secara baik dan teratur. Hindari menunda waktu makan karena akan mengakibatkan produksi asam lambung meningkat.
2. Makan makanan yang bersih, sehat dan bergizi. Hindari makanan yang merangsang kerja lambung. Contohnya makanan pedas, asam, dan kopi.
3. Hindari stress yang berlebihan. Anda dapat mengalihkan rasa stress dengan berolahraga yang baik bagi tubuh.
4. Tidak merokok.
5. Tidak mengonsumsi alkohol.
6. Hindari penggunaan obat-obatan terutama yang mengiritasi lambung misalnya aspirin.

Sedangkan menurut Prof. H.M. Hembing Wijayakusuma (2011), cara pencegahan gastritis sebagai berikut:

1. Konsumsi makanan yang lunak/lembut.

2. Hindari makanan yang mengiritasi lambung, seperti pedas, asam, alkohol, kafein, rokok, dan aspirin.
3. Jangan terlambat makan atau makan berlebihan.
4. Makan sedikit-sedikit tapi sering.
5. Usahakan buang air besar secara teratur.

E. Penatalaksanaan Penyakit Gastritis

Menurut Muttaqin (2011), dalam buku *Gangguan Gastrointestinal* jika anda mengalami atau mempunyai riwayat gastritis, hal-hal yang dapat anda lakukan antara lain adalah:

1. Makan dengan porsi kecil tapi sering. Contoh makanan adalah snack atau makanan ringan.
2. Makan teratur dan tepat waktu
3. Dianjurkan minum air hangat jika terjadi mual dan muntah
4. Minumlah obat antasida (obat maag) jika gastritis kambuh
5. Istirahat yang cukup
6. Kalau merokok, hentikan merokok
7. Segera periksakan ke dokter jika nyeri tidak kunjung hilang

F. Jenis-Jenis Makanan yang Dianjurkan dan Tidak Dianjurkan

Menurut Muttaqin (2011), dalam buku *Gangguan Gastrointestinal*, didapatkan bahwa jenis-jenis makanan yang dianjurkan dan tidak dianjurkan diantaranya:

Makanan yang dianjurkan:

- a. Sumber hidrat arang atau karbohidrat: bubur, kentang rebus, biskuit dan tepung-tepungan yang dibuat bubur atau pudding.
- b. Sayur yang tak berserat dan tidak menimbulkan gas: labu kuning, labu siam, wortel, brokoli.
- c. Buah-buahan yang tidak asam dan tidak beralkohol : pisang, pepaya, tomat.

Makanan yang tidak dianjurkan:

- a. Makanan yang secara langsung merusak dinding lambung: nasi keras, ketan, jagung, ubi talas.

- b. Sumber Protein Hewani: daging yang berlemak, ikan asin, ikan pindang.
- c. Sayuran tertentu (sawi, kol, nangka muda, nanas).
- d. Buah-buahan tertentu (nangka, pisang ambon, durian).
- e. Minuman yang mengandung soda dan alkohol: soft drink, tape, susu, anggur putih dan kopi.
- f. Makanan yang secara langsung merusak dinding lambung yaitu makanan yang mengandung cuka dan pedas, merica.
- g. Makanan yang sulit dicerna yang dapat memperlambat pengosongan lambung. Karena hal ini dapat menyebabkan peningkatan peregangan di lambung yang akhirnya dapat meningkatkan asam lambung antara lain makanan berlemak, kue tart, coklat dan keju.

G. Cara Melakukan Nafas Dalam untuk Menurunkan Nyeri yang Terjadi pada Klien Gastritis

- a) Mengucapkan salam terapeutik dan memperkenalkan diri.
- b) Menjelaskan prosedur kepada klien dan meminta klien berpartisipasi.
- c) Tetap mempertahankan komunikasi terapeutik dengan klien selama menyiapkan prosedur.
- d) Mencuci tangan dengan cara 6 langkah.
- e) Menjaga privasi klien.
- f) Menggunakan handscoen dan masker wajah (bila perlu) untuk proteksi.
- g) Mengatur posisi klien sesuai dengan kebutuhan (semi fowler/high fowler).
- h) Meletakkan salah satu telapak tangan pada kurva iga anterior dan salah satunya pada abdomen.
 - i) Memberi instruksi kepada klien bila perlu dengan contoh.
 - j) Menganjurkan klien untuk menghirup nafas secara maksimal melalui hidung ± 4 detik sampai dada dan abdomen terasa terangkat maksimal. Anjurkan klien tetap menutup mulut selama inspirasi.
 - k) Menganjurkan klien untuk menahan nafas selama ± 2 detik.

l) Menganjurkan klien untuk menghembuskan nafas melalui bibir yang dirapatkan dan sedikit terbuka (seperti bersiul) sambil mengencangkan (mengkontraksi) otot-otot abdomen dalam waktu ± 4 detik.

m) Menganjurkan klien untuk melakukan pengulangan selama ± 1 menit dengan jeda ± 2 detik. Setiap pengulangan diikuti periode istirahat selama ± 2 menit. Setiap latihan nafas dalam dilakukan dalam lima siklus selama ± 15 menit.

n) Merapikan klien, membuka sketsel, pintu, jendela, serta membereskan alat.

o) Melepas handschoen dan masker lalu mencuci tangan dengan cara 6 langkah.



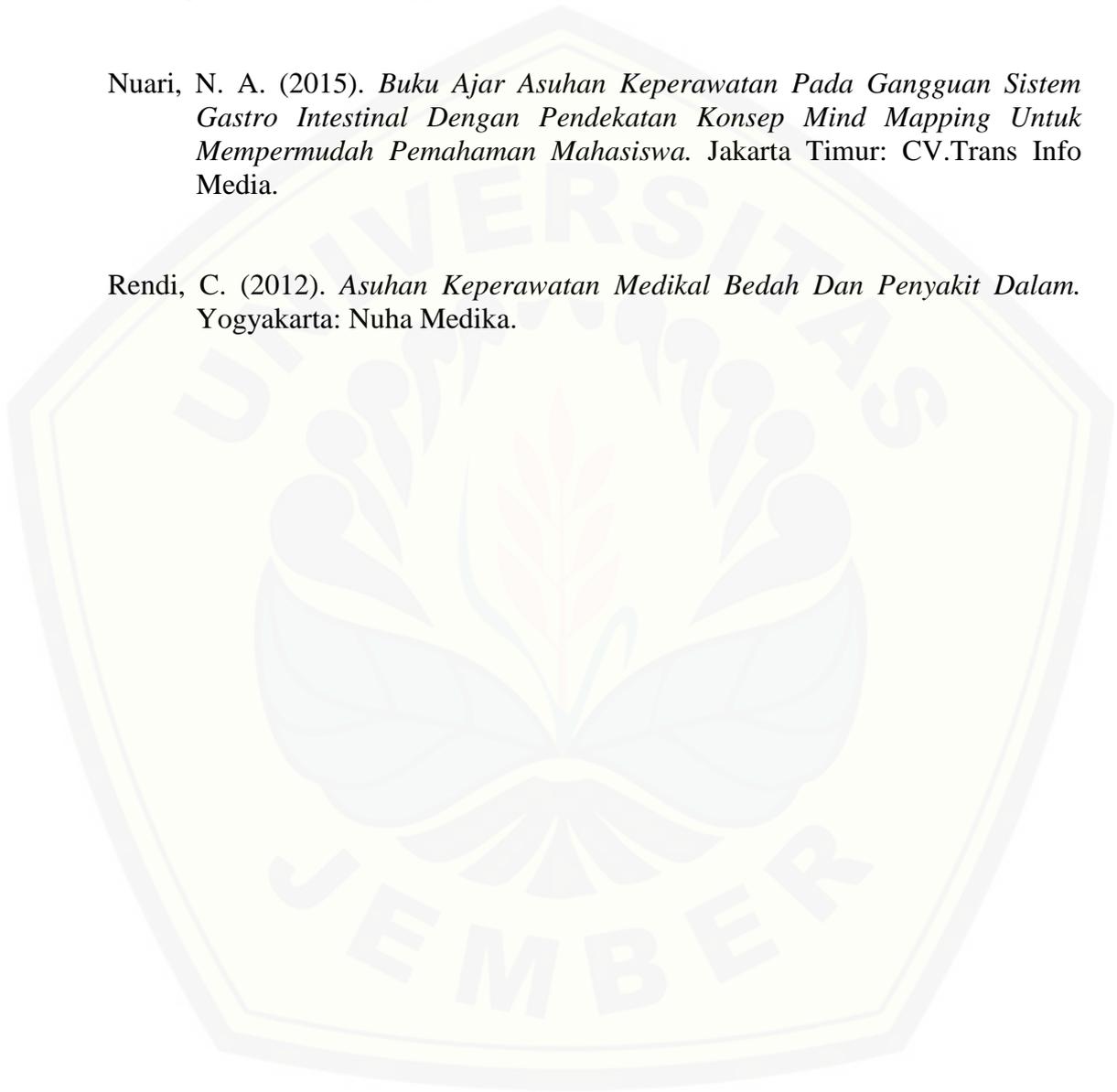
DAFTAR PUSTAKA (SAP)

Lusianah, & Suratun. (2010). *Asuhan Keperawatan Klien Gangguan Sistem Gastrointestinal*. Jakarta: CV. Trans Info Media.

Muttaqin, A. (2011). *Gangguan Gastrointestinal*. Jakarta: Salemba Medika.

Nuari, N. A. (2015). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Pada Gangguan Sistem Gastro Intestinal Dengan Pendekatan Konsep Mind Mapping Untuk Mempermudah Pemahaman Mahasiswa*. Jakarta Timur: CV. Trans Info Media.

Rendi, C. (2012). *Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Dan Penyakit Dalam*. Yogyakarta: Nuha Medika.



Cara Pencegahan GASTRITIS



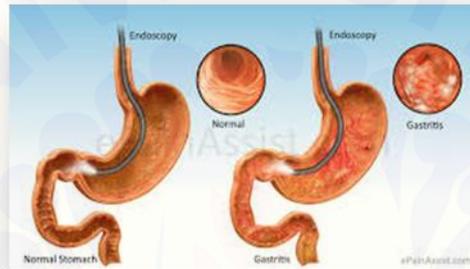
Disusun Oleh :

Siti Mahmudah
NIM 152303101004

**PROGRAM STUDI D3
KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
2018**

Pengertian Gastritis

Gastritis adalah suatu peradangan mukosa lambung yang bersifat akut, kronik, difus, atau lokal.



Penyebab

1. Infeksi bakteri
2. Pemakaian obat penghilang nyeri secara terus-menerus
3. Penggunaan alkohol secara berlebihan
4. Penggunaan kokain
5. Stress fisik
6. Kelainan autoimmune
7. *Crohn's disease*
8. Radiasi and kemoterapi
9. Faktor-faktor lain

Tanda/ Gejala Gastritis

1. Anoreksia
2. Rasa penuh
3. Nyeri pada epigastrium
4. Mual dan muntah
5. Sendawa
6. Hematemesis



Pencegahan Gastritis

1. Konsumsi makanan yang lunak/lembut.
2. Hindari makanan yang mengiritasi lambung, seperti pedas, asam, alkohol, kafein, rokok, dan aspirin.
3. Jangan terlambat makan atau makan berlebihan,
4. Makan sedikit-sedikit tapi sering
5. Usahakan buang air besar secara teratur

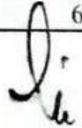
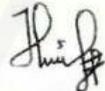
Lampiran 4.7 Log Book Penyusunan Laporan Tugas Akhir

	FORMULIR	No. Dok. :
	LOG BOOK PENYUSUNAN PROPOSAL MAHASISWA	Berlaku Sejak : Revisi :

LOG BOOK PENYUSUNAN PROPOSAL KTI
MAHASISWA D3 KEPERAWATAN UNIVERSITAS JEMBER

NAMA MAHASISWA : Siti Mahmudah
 N I M : 152303101004
 PROGRAM STUDI : D3 Keperawatan UHUEJ Kampus Lumajang
 JUDUL KARYA TULIS ILMIAH : Asuhan Keperawatan pada Pasien Gastritis dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang.

TAHAP PENULISAN PROPOSAL

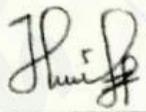
NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
1.	6-2-18	4.	- Pola nutrisi lengkap detailnya - Pem. Fisik fokus pencernaan.		
2.	7-2-18	Bab 4 (Pembahasan)	- Lanjutkan pembahasan diagnosa ke sga evaluasi kep.		

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
3.	8-02-2018	Bab 4 (Pembahasan)	Dirinci fakta, teori & opininya.		
4.	9-02-2018	Bab 4 (Pembahasan)	Mana ^{perubahan} diagnosis (kap 9/10) etimologi?		
5.	12-02-2018	Bab 4 (Pembahasan)	- Identitas: jelaskan sesuai teori tsj perub fisiologis pd mukosa lambung pd saat q emosional. - RPS: jelaskan scr teori mengapa nyeri? jelaskan juga mengapa bila pola makan tdk teratur srt mencehkan gastritis? - Pem. penunjang: probiotik?		
6.	13-02-2018	Bab 4 (Pembahasan)	- Analisis & diagnosis step: bgm murt teori?		
6.	13-2-18	4	Ace Bab 4. Lampir Bab 5, End print capchap. mulai cover & lampiran		
7.	14-02-2018	Bab 5 (Penutup)	Revisi saran.		

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
8	15-02-2018	Bab 5 (Penutup)	- Ace Bab 5 → Print out lengkap cover & lampiran		
9	21-02-18	KT1 Cover & lampiran	Ace siap sidang! konfirmasi ke dosen PAMK KT1		
10	25-02-18	Konsul mengenai sidang	- Persiapan sebelum sidang - Hal yang harus diperhatikan (Kasus)		
11	15-03-18	Konsul PPT	- Isi dalam PPT (Ringkas)		
12	20-03-18	PPT + KT1	- PPT (+) - Menyesuaikan URUEJ (KT1 → Cover)		
13	06-04-18	Konsul - Revisi KT1 (Bab 1)	- Cover (Pembetulan mengenai judul, dsb) - Persembahan → Dipersempit - Masalah "", - Ringkasan (IMRAD) (Bab 1)		
14	08-04-18	Revisi Sidang KT1 Bab 2 dan Bab 3	- Faktor Pencetus (Bab 2) → ditambahkan - Gambar/tabel → 3w - Desain Penelitian (Kasus) - Partisipan: Batasan Karakteristik		

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
		Bab 2 dan Bab 3	- Waktu askep → menyelesaikan kasus - Uji Keabsahan data → "		f
15.	08-04-2018	Revisi Sidang KTI Konsul Cover - Bab 3	- Ringkasan (IMRHD) - Jurnal (+) - Bab 1 Masalah (kurang) solusi (spesifik)	Juni	f
16.	10-04-2018	Bab 4 dan Bab 5	- Pengkajian → Faktor risiko makan/stress (+) dan - Implementasi smpai evaluasi	Juni	f
			Integrated note - Informed consent → initial - Evaluasi → FTO, - Dx: teori?		
17.	10-04-2018	Bab 2 dan Bab 3	- Konsep Pengkajian (+) dan dalam askep - Intervensi doc nic (+) dan - Desain penelitian, Keabsahan → Kasus	Juni	f
18.	15-04-2018	Revisi Bab 1	Masalah, kronologi, dan solusi (sesuaikan kasus)	Juni	f

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
19.	16-04-2018	Ringkasan	- IMRAD dalam ringkasan selesai. - ACC		
20.	19-04-2018	Bab 2 dan Bab 3	- Konsep Askep - Aplikasi dalam bab 3 } ACC ↳ ex Keabsahan. Abb.		
21.	01-05-2018	Bab 4 dan Bab 5	- FTO (sintronkan dalam Pembahasan) - (+) kan teori pengkajian pola**		
22.	04-05-2018	Bab 4 dan Bab 5	- Analisa data lain. Dx KEP. Intervensi sampai evaluasi → lampiran - implementasi - Penulisan # teori		
23.	07-05-2018	Bab 4	- Implementasi sampai evaluasi aplikasi kasus. } ACC ↳ Fokus MKC.		
24.	15-05-2018	Bab 5 dan Ringkasan	- Saran bagi Perawat dan Peneliti selanjutnya. (Aplikasi) - Ringkasan (+ kan tujuan Penelitian).		

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
25	21-05-2018	Bab 5 dan Ringkasan	Kesimpulan : Interaksi ↓ + (man teori)		
			Ringkasan : IMPAD ACC		