

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Teori Pemenuhan Kebutuhan Rasa Nyaman pada Pasien Gastritis

1. Pengertian Kenyamanan

Kenyamanan merupakan suatu keadaan seseorang merasa sejahtera atau nyaman baik secara mental, fisik maupun sosial (Keliat, Windarwati, Pawirowiyono, & Subu, 2015).

Kenyamanan menurut (Keliat dkk., 2015) dapat dibagi menjadi tiga yaitu:

- a. Kenyamanan fisik; merupakan rasa sejahtera atau nyaman secara fisik.
- b. Kenyamanan lingkungan; merupakan rasa sejahtera atau rasa nyaman yang dirasakan didalam atau dengan lingkungannya
- c. Kenyamanan sosial; merupakan keadaan rasa sejahtera atau rasa nyaman dengan situasi sosialnya.

2. Pemenuhan Kebutuhan Rasa Nyaman

Menurut Potter & Perry (2006) yang dikutip dalam buku (Iqbal Mubarak, Indrawati, & Susanto, 2015) rasa nyaman merupakan merupakan keadaan terpenuhinya kebutuhan dasar manusia yaitu kebutuhan ketentraman (kepuasan yang dapat meningkatkan penampilan sehari-hari), kelegaan (kebutuhan yang telah terpenuhi), dan transenden. Kenyamanan seharusnya dipandang secara holistic yang mencakup empat aspek yaitu:

- a. Fisik, berhubungan dengan sensasi tubuh
- b. Sosial, berhubungan dengan interpersonal, keluarga, dan sosial
- c. Psikospiritual, berhubungan dengan kewaspadaan internal dalam diri seorang yang meliputi harga diri, seksualitas dan makna kehidupan

- d. Lingkungan, berhubungan dengan latar belakang pengalaman eksternal manusia seperti cahaya, bunyi, temperature, warna, dan unsur ilmiah lainnya. Meningkatkan kebutuhan rasa nyaman dapat diartikan perawat telah memberikan kekuatan, harapan, hiburan, dukungan, dorongan, dan bantuan.

3. Pengertian Gangguan Rasa Nyaman

Gangguan rasa nyaman adalah perasaan seseorang merasa kurang nyaman dan sempurna dalam kondisi fisik, psikospiritual, lingkungan, budaya dan sosialnya (Keliat dkk., 2015).

Menurut (Keliat dkk., 2015) gangguan rasa nyaman mempunyai batasan karakteristik yaitu: ansietas, berkeleuh kesah, gangguan pola tidur, gatal, gejala distress, gelisah, iritabilitas, ketidakmampuan untuk relasks, kurang puas dengan keadaan, menangis, merasa dingin, merasa kurang senang dengan situasi, merasa hangat, merasa lapar, merasa tidak nyaman, merintih, dan takut.

Gangguan rasa nyaman merupakan suatu gangguan dimana perasaan kurang senang, kurang lega, dan kurang sempurna dalam dimensi fisik, psikospiritual, lingkungan serta sosial pada diri yang biasanya mempunyai gejala dan tanda minor mengeluh mual (PPNI, 2016).

4. Jenis Gangguan Rasa Nyaman

Menurut (Mardella, Ester, Riskiyah, & Mulyaningrum, 2013) Gangguan rasa nyaman dapat dibagi menjadi 3 yaitu:

- a. Nyeri Akut

Nyeri akut merupakan keadaan seseorang mengeluh ketidaknyamanan dan merasakan sensasi yang tidak nyaman, tidak menyenangkan selama 1 detik sampai dengan kurang dari enam bulan.

b. Nyeri Kronis

Nyeri kronis adalah keadaan individu mengeluh tidak nyaman dengan adanya sensasi nyeri yang dirasakan dalam kurun waktu yang lebih dari enam bulan.

c. Mual

Mual merupakan keadaan pada saat individu mengalami sensai yang tidak nyaman pada bagian belakang tenggorokan, area epigastrium atau pada seluruh bagian perut yang bisa saja menimbulkan muntah atau tidak.

5. Penyebab Gangguan Rasa Nyaman

Dalam buku Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (PPNI, 2016) penyebab Gangguan Rasa Nyaman adalah:

- a. Gejala penyakit.
- b. Kurang pengendalian situasional atau lingkungan.
- c. Ketidakadekuatan sumber daya (misalnya dukungan finansial, sosial dan pengetahuan).
- d. Kurangnya privasi.
- e. Gangguan stimulasi lingkungan.
- f. Efek samping terapi (misalnya, medikasi, radiasi dan kemoterapi).
- g. Gangguan adaptasi kehamilan.

6. Gejala Dan Tanda Gangguan Rasa Nyaman

Gejala dan tanda gangguan rasa nyaman (mual) dapat dibagi menjadi 2 (dua) yaitu sebagai berikut (PPNI, 2016):

a. Gejala dan tanda mayor:

Data subjektif:

- 1) Mengeluh tidak nyaman
- 2) Mengeluh mual
- 3) Mengeluh ingin muntah
- 4) Tidak berminat makan

Data objektif:

(tidak tersedia)

b. Gejala dan tanda minor

Data subjektif:

- 1) Merasa asam di mulut
- 2) Sensasi panas/dingin
- 3) Sering menelan

Data objektif:

- 1) Saliva meningkat
- 2) Pucat
- 3) Diaphoresis
- 4) Takikardi
- 5) Pupil dilatasi

7. Gangguan Pemenuhan Rasa Nyaman pada pasien Gastritis

Gangguan pemenuhan rasa nyaman pada pasien gastritis disebabkan oleh adanya faktor dari lingkungan seperti virus dan bakteri yang dinamakan *Helicobacter pylori*. Selain hal tersebut dikarenakan mengonsumsi makanan yang sembarangan atau minuman seperti kafein serta obat-obatan (NISAD, aspirin, sulfanomida steroid, digitalis). Hal tersebut dapat memicu adanya penghancuran pada lapisan dinding lambung serta mengganggu pembentukan sawat mukosa lambung. Karena adanya pengikisan atau penghancuran tersebut, dinding lambung akan menipis yang dapat menyebabkan adanya difusi asam lambung dan pepsin. Peristiwa peningkatan asam lambung akan menimbulkan adanya inflamasi atau peradangan pada mukosa lambung yang bisa menimbulkan adanya rasa panas seperti terbakar. Spasme lambung juga akan mengalami peningkatan yang menyebabkan fungsi otot dan peristaltik lambung mengalami penurunan. Selain itu akan timbul gangguan pada spinkter esophagus sehingga terjadilah rasa mual yang mengakibatkan adanya gangguan rasa nyaman (Nurarif & Kusuma, 2015). Pada umumnya pemenuhan kebutuhan rasa nyaman yaitu membantu rasa nyaman terpenuhi. Kriteria kenyamanan dapat diukur menggunakan skala ordinal dengan kategori 76-100%: nyaman, 56-75%: cukup nyaman, <56%: kurang nyaman. Yang menggunakan rumus presentase = $\frac{\text{jumlah pernyataan (nilai pernyataan 0,5)}}{\text{jumlah soal}} \times 100\%$ (Nursalam, 2016). Indikator 1 pasien dinyatakan nyaman dengan presentase 76-100% apabila pasien tampak tenang, tidak ada keluhan mual, tidak ada keluhan muntah, mulut tampak tetap lembab, tidak mengeluh nyeri dibagian perut, tidak mengeluh nyeri dibagian ulu hati, tidak mengeluh pahit di mulut, mampu untuk rileks. Indikator 2 pasien dinyatakan cukup

nyaman dengan presentase 56-75% apabila pasien tampak lemas, tampak mual tidak sampai muntah, tampak bersendawa, mulut tampak kering, berkeringat dingin, mengeluh pahit di lidah, tidak mampu untuk rileks.

Indikator 3 pasien dinyatakan kurang nyaman dengan presentase <56% apabila pasien tampak gelisah, tampak mual dan muntah, tampak bersendawa, tampak bersikap protektif (waspada posisi menghindari nyeri), mulut kering, mengeluh pahit di lidah.

8. Pengertian Mual

Mual merupakan suatu keadaan perasaan tidak nyaman pada bagian lambung serta bagian belakang tenggorokan yang dapat mengakibatkan muntah. Penyebab dari mual ini bisa disebabkan karena adanya gangguan biokimia, gangguan pada esophagus, distensi lambung, iritasi lambung, gangguan pankreas dan lain sebagainya (PPNI, 2016).

Mual adalah suatu keadaan subyektif mengenai rasa kurang nyaman pada bagian belakang tenggorokan serta lambung, yang dapat mengakibatkan muntah. Mual memiliki batasan karakteristik diantaranya: keengganan terhadap makanan, mual, peningkatan menelan, peningkatan saliva, rasa asam di dalam mulut dan sensasi muntah (Keliat dkk., 2015).

9. Pengertian Gastritis

Gastritis adalah peradangan pada mukosa lambung yang sifatnya akut serta kronis difusi atau lokal, yang mempunyai karakteristik seperti anoreksia, perasaan penuh diperut, serta tidak nyaman pada daerah epigastrium, mual serta muntah (Ardiansyah, 2012).

10. Penyebab Gastritis

Menurut (Ardiansyah, 2012) penyebab dari gastritis yaitu:

- a. Mengonsumsi obat-obatan kimia digitalis (asetaminofen atau aspirin, steroid kosteroid). Asetaminofen dan kortikosteroid juga dapat menimbulkan iritasi terhadap mukosa lambung.
- b. Mengonsumsi alkohol bisa menimbulkan kerusakan pada mukosa gaster.
- c. Terapi radiasi, reflux empedu, zat-zat korosif (cuka, lada) bisa menimbulkan kerusakan pada mukosa gaster dan menyebabkan edema dan pendarahan
- d. Kondisi stress dan tertekan (trauma, luka bakar, kemoterapi, serta kerusakan susunan saraf pusat) dapat merangsang peningkatan produksi HCl lambung.
- e. Infeksi adanya bakteri *Helicobacter pylori*, *Escheria coli*, *Salmonella*, dan lain-lain.
- f. Penggunaan antibiotik, terutama untuk infeksi pada paru-paru, dicurigai bisa mempengaruhi penularan kuman di komunitas, karena antibiotic tersebut mampu meradikasi infeksi *Helicobacter pylori*, walaupun presentase keberhasilannya tergolong sangat rendah.
- g. Jamur yang berasal dari spesies *Candida*, seperti *Histoplasma* bisa menyebabkan infeksi pada mukosa lambung hanya pada immunocompromized. Pada pasien yang mempunyai system imun yang baik biasanya tidak terinfeksi jamur. Sama halnya dengan jamur, mukosa gaster bukan tempat yang mudah terkena infeksi parasit.

11. Penatalaksanaan Gastritis

Menurut (Ardiansyah, 2012) penatalaksanaan gastritis dapat dibagi menjadi dua yaitu:

a. Penatalaksanaan secara farmakologi

Pemberian antirematik dan pasang infus tujuannya yaitu untuk mempertahankan cairan tubuh pasien. Antasida untuk mengurangi adanya perasaan begah atau penuh serta tidak enak di abdomen dan untuk menetralsir lambung. Antagonis H₂ (seperti rantin ataupun ranitidine, simetidin) mampu menurunkan sekresi asam lambung. Antibiotik diberikan jika dicurigai adanya infeksi oleh kuman *Helicobacter pylori*.

b. Penatalaksanaan secara Nonfarmakologi

Dapat diatasi dengan memodifikasi diet klien, yaitu diet makan lunak yang diberikan dalam porsi sedikit tapi lebih sering. Untuk menetralsir alkali, disarankan menggunakan jus lemo encer atau cuka encer. Dan intruksikan pasien untuk menghindari alkohol.

Selain dengan hal tersebut penatalaksaan penyakit gastritis secara non farmakologi dapat di atasi dengan mengonsumsi obat herbal. Obat herbal merupakan obat-obatan yang dibuat dari bahan alami seperti dari tumbuhan, selain itu obat herbal juga bisa berasal dari sumber hewani, mineral serta gabungan antara ketiganya (Purwanto, 2013). Dalam hal ini obat herbal yang digunakan untuk mengatasi penyakit gastritis yaitu jamu kunyit yang banyak mengandung zat bermanfaat lainnya seperti minyak atsiri, lemak, karbohidrat, protein, vitamin C, kalsium, fosfor dan juga zat besi. Membuat jamu kunyit, pertama bahan yang harus disediakan adalah: sediakan tiga sampai empat rimpang kunyit atau sekitar 20 gram,

sediakan 2 (dua gelas air). Cara membuatnya ialah bersihkan kunyit tersebut, bisa disikat atau dikupas, parut kunyit yang sudah dikupas, lalu rebus dengan air dan biarkan sampai mendidih hingga airnya berkurang 1 (satu gelas). Terakhir peras dengan kain atau alat pemeras.

Terapi komplementer (akupresure) juga dapat mengurangi gejala gastritis. Akupresure merupakan pemijatan yang dilakukan pada titik atau lokasi tertentu di bagian tubuh yang sudah ditentukan (Alia Putri, 2015). Pemijatan ini dilakukan 20-30 kali putaran. Pemijatan pertama dilakukan pada bagian ST36 empat jari dibawah tempurung lutut sebelah luar tulanag kering, K11 lokasinya pada telapak kaki bagian depan sejajar dengan jari tengah, ,RN13 lokasinya digaris tengah perut antara pusar dan tulang dada atau lima jari diatas umbilicus, kemuadian titik ,RN11 terletak tiga jari diatas umbilicus, ST12 terletak dua jari disamping RN11, PC6 lokasinya tiga jari diatas pergelangan tangan dan PC8 garis telapak tangan antara metacarpal.

B. Konsep Asuhan Keperawatan pada Pasien Gastritis dalam Pemenuhan Kebutuhan Rasa Nyaman

1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan merupakan tahap awal dari proses keperawatan, pengkajian keperawatan ini bertujuan untuk menggali atau mendapatkan data utama tentang kesehatan pasien baik itu fisik, psikologis, maupun emosional (Debora, 2013).

Menurut (Ardiansyah, 2012) yang harus dikaji pada klien yang mengalami penyakit gastritis adalah:

a. Pengkajian (Anamnesis)

1) Biodata

Pada biodata, bisa diperoleh data tentang identitas pasien meliputi nama pasien, tempat tanggal lahir, alamat, umur pasien, jenis kelamin pasien, pekerjaan pasien, pendidikan pasien, status kawin pasien, agama dan asuransi kesehatan. Selain itu juga dilakukan pengkajian tentang orang terdekat pasien.

2) Keluhan utama

Selama pengumpulan riwayat kesehatan, perawat menanyakan kepada pasien tentang tanda dan gejala yang dialami oleh pasien. Setiap keluhan harus ditanyakan dengan detail kepada pasien disamping itu diperlukan juga pengkajian mengenai keluhan yang dirasakan meliputi lama timbulnya.

3) Riwayat Penyakit Sekarang

Pada riwayat penyakit sekarang, perawat mengkaji apakah gejala terjadi pada waktu yang tertentu saja, seperti sebelum atau sesudah makan, ataupun setelah mencerna makanan pedas dan pengiritasi dan setelah mencerna obat tertentu atau setelah mengkonsumsi alkohol.

4) Riwayat penyakit dahulu

Untuk mengkaji riwayat penyakit dahulu atau riwayat penyakit sebelumnya, perawat harus mengkaji apakah gejala yang berhubungan dengan ansietas, stress, alergi, makan atau minum terlalu banyak, atau makan terlalu cepat. Selain itu perawat juga harus mengkaji adakah riwayat penyakit lambung sebelumnya atau pembedahan lambung

5) Riwayat kesehatan keluarga

Dalam riwayat kesehatan keluarga perawat mengkaji riwayat keluarga yang mengkonsumsi alkohol, mengidap gastritis, kelebihan diet, serta diet sembarangan.

Selain itu perawat juga menanyakan tentang penyakit yang pernah dialami oleh keluarga.

Selain pengkajian riwayat harus bisa diseimbangkan sesuai dengan kebutuhan seorang pasien. Setiap pola merupakan suatu rangkaian perilaku yang membantu perawat dalam mengumpulkan suatu data (Wijaya & Putri, 2013).

b. Pengkajian pola-pola fungsi Gordon adalah:

1) Pola Persepsi Kesehatan

Persepsi terhadap adanya arti kesehatan, penatalaksanaan kesehatan serta pengetahuan tentang praktek kesehatan.

2) Pola nutrisi

Mengidentifikasi masukan nutrisi dalam tubuh, balance cairan serta elektrolit. Pengkajian meliputi: nafsu makan, pola makan, diet, kesulitan menelan, mual, muntah, kebutuhan jumlah zat gizi.

3) Pola eliminasi

Menjelaskan tentang pola fungsi ekskresi serta kandung kenih dan kulit. Pengkajian yang dilakukan meliputi: kebiasaan defekasi, ada tidaknya masalah defekasi, masalah miksi (oliguria, disuri), frekuensi defekasi dan miksi. Karakteristik urine dan feses, pola input cairan, masalah bau badan.

4) Pola latihan-aktivitas

Menggambarkan tentang pola latihan, aktivitas, fungsi pernapasan. Pentingnya latihan atau gerak dalam keadaan sehat maupun sakit, gerak tubuh dan kesehatan berhubungan dengan satu sama lain. Kemampuan klien dalam menata dirinya sendiri apabila tingkat kemampuannya:

0: mandiri, 1: dengan alat bantu, 2: dibantu orang lain, 3: dibantu orang lain dan alat, 4: tergantung dalam melakukan ADL, kekuatan otot dan ROM, riwayat penyakit jantung, frekuensi, irama dan kedalaman napas, bunyi napas, riwayat penyakit paru.

5) Pola kognitif perseptual

Menjelaskan tentang persepsi sensorial dan kognitif. Pola ini meliputi pengkajian fungsi penglihatan, pendengaran, perasaan, pembau dan kompensasinya terhadap tubuh. Dan pola kognitif memuat kemampuan daya ingat klien terhadap peristiwa peristiwa yang telah lama atau baru terjadi.

6) Pola istirahat dan tidur

Menggambarkan pola tidur serta istirahat pasien. Pengkajian yang dilakukan pada pola ini meliputi: jam tidur siang dan malam pasien, masalah selama tidur, insomnia atau mimpi uruk, penggunaan obat serta mengalah letih.

7) Pola konsep diri-persepsi diri

Menggambarkan sikap tentang diri sendiri serta persepsi terhadap kemampuan diri sendiri dan kemampuan konsep diri yang meliputi: gambaran diri, harga diri, peran, identitas dan ide diri sendiri.

8) Pola peran dan hubungan

Menggambarkan serta mengetahui hubungan pasien serta peran pasien terhadap anggota keluarga serta dengan masyarakat yang berada dalam lingkungan sekitar tempat tinggalnya.

9) Pola reproduksi atau seksual

Menggambarkan tentang kepuasan yang dirasakan atau masalah yang dirasakan dengan seksualitas. Selain itu dilakukan juga pengkajian yang meliputi: dampak

sakit terhadap seksualitas, riwayat haid, pemeriksaan payudara sendiri, riwayat penyakit hubungan seks, serta pemeriksaan genetalia.

10) Pola koping dan Toleransi Stres

Menggambarkan tentang pola cara menangani stress, yang meliputi dengan cara: interaksi dengan orang terdekat menangis, dan lain sebagainya.

11) Pola keyakinan dan nilai

Menggambarkan tentang pola nilai dan keyakinan yang dianut. Menerangkan sikap serta keyakinan yang dianut oleh klien dalam melaksanakan agama atau kepercayaan yang dianut.

c. Pemeriksaan Fisik menurut (Ardiansyah, 2012) adalah:

- 1) Kesadaran: pada awalnya compos mentis, adalah perasaan tidak berdaya.
- 2) Respirasi: tidak mengalami gangguan.
- 3) Kardiovaskuler: hipotensi, takikardia, disritmia, nadi perifer lemah, pengisian kapiler lambat (vasokonstriksi), warna kulit pucat, sianosis, dan kulit/ membrane mukosa berkereringat (status shock, nyeri akut).
- 4) Persarafan: sakit kepala, kelemahan, tingkat kesadaran dapat terganggu, disorientasi/bingung, dan nyeri epigastrium.
- 5) Pencernaan: anoreksia, mual, muntah yang disebabkan karena adanya luka duodenal, nyeri pada ulu hati, tidak toleran terhadap adanya makanan seperti cokelat dan makanan pedas serta membran mukosa kering.

d. Faktor pencetus

Faktor-faktor pencetus dari gangguan ini menurut (Ardiansyah, 2012) yaitu:

- 1) Makanan, rokok, alkohol, obat-obatan, dan stresor (faktor-faktor pencetus stress).

- 2) Kondisi psikologis.
- 3) Musculoskeletal (ditunjukkan dengan adanya kelemahan dan kelelahan)
- 4) Integritas ego, yaitu faktor stress akut, kronis, dan perasaan tidak berdaya.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah suatu penilaian klinis terhadap adanya pengalaman dan respon individu, keluarga ataupun komunitas terhadap masalah kesehatan, pada risiko masalah kesehatan atau pada proses kehidupan. Diagnosis keperawatan adalah bagian vital dalam menentukan proses asuhan keperawatan yang sesuai dalam membantu pasien mencapai kesehatan yang optimal. Mengingat diagnosis keperawatan sangat penting maka dibutuhkan standar diagnose keperawatan yang bisa diterapkan secara nasional di Indonesia dengan mengacu pada standar diagnosa yang telah dibakukan sebelumnya (PPNI, 2016).

Diagnosa keperawatan menurut (PPNI, 2016) dalam buku Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia adalah Gangguan Rasa Nyaman berhubungan dengan gejala penyakit. Tanda dan gejala mayor, subjektif: mengeluh mual, merasa ingin muntah, tidak berminat makan. Gejala dan tanda minor, subjektif: merasa asam di mulut, sensasi panas/dingin, sering menelan, objektif: saliva meningkat, pucat.

Menurut (Nurarif & Kusuma, 2015) diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada penyakit gastritis adalah:

- a. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan masukan nutrient yang tidak adekuat
- b. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan masukan cairan tidak cukup dan kehilangan cairan berlebihan karena muntah
- c. Nyeri akut berhubungan dengan mukosa lambung teriritasi

- d. Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan penatalaksanaan diet dan proses penyakit

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah suatu tindakan yang dirancang oleh perawat, atau suatu perawatan yang dilakukan berdasarkan penilaian secara klinis dan pengetahuan perawat yang bertujuan untuk meningkatkan outcome pasien atau klien. Perencanaan keperawatan mencakup perawatan langsung serta perawatan tidak langsung. Kedua perawatan ini ditujukan kepada individu, keluarga, dan masyarakat dan orang-orang yang dirujuk oleh perawat, dirujuk oleh dokter maupun pemberian layanan kesehatan lainnya (PPNI, 2018).

Tabel 1
Intervensi Keperawatan Pada Pasien Gastritis

| No | Diagnosa Keperawatan | Tujuan dan kriteria hasil (SLKI) | Intervensi Keperawatan (SIKI) |
|----|--|---|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1 | Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh: asupan nutrisi dalam tubuh tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme | SLKI: Status Nutrisi: a. Asupan gizi cukup b. Asupan makanan terpenuhi c. Asupan cairan terpenuhi d. Berat badan | SIKI: 1. Manajemen Nutrisi a. Monitor terjadinya b. kecenderungan penurunan dan kenaikan berat badan Monitor kalori dan asupan makanan |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|
| | | <p>meningkat</p> <p>e. Berat ideal sesuai dengan tinggi badan</p> | <p>c. Tentukan status gizi pasien dan kemampuan pasien untuk memenuhi kebutuhan gizi</p> <p>d. Tentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan</p> <p>e. Manajemen gangguan makan</p> <p>f. Monitor intake atau asupan cairan secara tepat</p> <p>g. Monitor berat badan sesuai secara rutin</p> <p>h. Berikan dukungan terhadap peningkatan berat badan dan perilaku yang meningkatkan berat badan</p> <p>i. Monitor lingkungan selama makan</p> <p>j. Ajarkan pasien tentang konsep nutrisi yang baik</p> <p>k. Kolaborasi untuk</p> |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|--|---|---|
| | | | <p>mengembangkan rencana perawatan dengan melibatkan klien dan orang-orang terdekat dengan tepat</p> |
| 2 | <p>Kekurangan volume cairan: penurunan volume cairan baik cairan intravaskuler, interstisial, dan intraseluler</p> | <p>SLKI:</p> <p>Keseimbangan Cairan:</p> <p>a. Berat badan stabil</p> <p>b. Intake dan output seimbang</p> <p>Turgor kulit normal</p> | <p>SIKI:</p> <p>1. Manajemen cairan</p> <p>a. Monitor status hidrasi</p> <p>Monitor makanan atau minuman yang dikonsumsi dan hitung asupan kalori harian</p> <p>b. Monitor status gizi</p> <p>c. Timbang berat badan setiap hari</p> <p>Dukung pasien dan membantu dalam pemberian makanan dengan baik</p> <p>d. Berikan cairan yang tepat</p> <p>2. Manajemen Muntah</p> |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|--|--|--|
| | | | <ul style="list-style-type: none"> a. Identifikasi faktor-faktor yang menyebabkan muntah b. Monitor keseimbangan cairan dan elektrolit c. Ajarkan pasien untuk menghilangkan factor-faktor yang memicu, dapat menyebabkan muntah d. Berikan informasi penggunaan teknik non farmakologi e. Ajarkan penggunaan tehnik non farmakologi untuk mengelola muntah (seperti, relaksasi, akupresur) |
| 3 | Nyeri akut: pengalaman yang berhubungan dengan kerusakan | SLKI: Kontrol Nyeri a. Mengenali kapan nyeri terjadi | SIKI: Managemen Nyeri |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|--|---|
| | <p>pada jarungan aktual maupun fungsional yang secara mendadak atau lambat dan berintensitas ringan sampai dengan berat yang berlangsung lebih dari tiga bulan.</p> | <p>b. Melaporkan nyeri berkurang dan terkontrol Melaporkan perubahan terhadap gejala nyeri</p> | <p>a. Lakukan pengkajian kembali tentang nyeri yang dirasakan</p> <p>b. Berikan info mengenai nyeri</p> <p>c. Berikan informasi yang akurat untuk meningkatkan pemahaman dan respon keluarga terhadap pengalaman nyeri</p> <p>d. Kolaborasi dengan pasien, orang terdekat, tim kesehatan untuk memilih tindakan penurun nyeri nonfarmakologi sesuai kebutuhan</p> <p>1. Pemberian Analgesik</p> <p>Tentukan lokasi, karakteristik, kualitas, keparahan nyeri</p> <p>a. Cek adanya riwayat alergi obat</p> |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|--|---|---|
| | | | <ul style="list-style-type: none"> b. Monitor tanda-tanda vital sebelum memberikan analgesic c. Berikan kebutuhan kenyamanan dan aktivitas lain yang dapat membantu reaksi untuk memfasilitasi penurunan nyeri d. Berikan analgesik sesuai waktu terutama pada saat nyeri memberat |
| 4 | <p>Defisiensi pengetahuan: ketiadaan atau kurangnya suatu inforasi kognitif yang berhubungan dengan topik tertentu</p> | <p>SLKI:</p> <p>Pengetahuan: Proses Penyakit</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pasien mengetahui faktor penyebab b. Klien mengetahui tanda dan gejala komplikasi penyakit gastritis | <p>SIKI:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Pengajaran: Proses penyakit Berikan penilaian tentang tingkat pengetahuan pasien tentang proses penyakit yang spesifik a. Jelaskan patofisiologi dari penyakit |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|--|---|--|
| | | | <p>b. Gambarkan tanda dan gejala yang biasa muncul pada penyakit gastritis, dengan cara yang tepat</p> <p>Identifikasi kemungkinan penyebab penyakit gastritis</p> <p>c. Berikan informasi pada pasien tentang kondisi, dengan cara yang tepat</p> <p>d. Diskusikan pilihan terapi atau penanganan</p> <p>e. Instruksikan pasien mengenal tanda dan gejala untuk melaporkan pada pemberi perawatan kesehatan, dengan cara yang tepat</p> |
| 5 | Gangguan rasa nyaman: perasaan tidak nyaman, dalam dimensi | <p>SLKI:</p> <p>Status kenyamanan:</p> <p>a. Menyatakan rasa nyaman</p> | <p>SIKI:</p> <p>1. Manajemen Kenyamanan:</p> |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|-------------------------------|--|
| | <p>fisik, perasaan tidak nyaman yang dirasakan bisa berupa mual hingga muntah</p> | <p>b. Rasa mual berkurang</p> | <p>a. Ciptakan lingkungan yang tenang dan mendukung</p> <p>b. Tentukan tujuan pasien dalam mengelola lingkungan dan kenyamanan</p> <p>c. Berikan sumber-sumber edukasi yang relevan dan berguna mengenai manajemen penyakit</p> <p>2. Manajemen pengobatan:</p> <p>a. Berikan tindakan akupresur (tekanan atau pemijatan pada lokasi tubuh tertentu untuk menurunkan nyeri, menghasilkan relaksasi serta mencegah dan menurunkan mual. Pemijatan dilakukan pada titik ST36 lokasinya empat</p> |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|
| | | | <p>jari dibawah tempurung lutut sebelah luar tulang kering yang berfungsi untuk memperbaiki fungsi fungsi lambung, titik K11 lokasinya pada telapak kaki bagian depan sejajar dengan jari tengah, dan titik SP4 tentang tindakan komplementer yang diharapkan bagian dalam kaki dekat dengan garis jempol (kedua titik berfungsi secara kuat untuk menyeimbangkan energi dalam tubuh, meningkatkan aliran darah ke pusat tubuh sehingga membuat tubuh menjadi rileks)</p> <p>Titik RN13 lokasinya digaris tengah perut antara</p> |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|
| | | | <p>pusar dan tulang dada atau lima jari diatas umbilicus, kemudian titik RN11 terletak tiga jari diatas umbilicus, ST22 terletak dua jari disamping RN11. Titik PC6 lokasinya tiga jari diatas pergelangan tangan dan PC8 yang terletak pada garis telapak tangan antara metacarpal.</p> <p>b. Ajarkan pasien tentang tindakan komplementer yang diharapkan</p> <p>c. Berikan dan ajarkan tentang obat tradisional (obat herbal: jamu kunyit)</p> <p>d. Berikan informasi tentang penggunaan obat</p> |

Sumber: (PPNI, 2018).

3. Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan suatu proses keperawatan yang dilakukan setelah perencanaan keperawatan. Implementasi keperawatan adalah langkah keempat dari proses keperawatan yang telah direncanakan oleh perawat untuk membantu pasien yang bertujuan mencegah, mengurangi, dan menghilangkan dampak ataupun respon yang dapat ditimbulkan oleh adanya masalah keperawatan serta kesehatan. Implementasi keperawatan membutuhkan fleksibilitas dan kreativitas perawat (Debora, 2013).

4. Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap kelima atau proses keperawatan terakhir yang berupaya untuk membandingkan tindakan yang sudah dilakukan dengan kriteria hasil yang sudah ditentukan. Evaluasi keperawatan bertujuan menentukan apakah seluruh proses keperawatan sudah berjalan dengan baik dan tindakan berhasil dengan baik (Debora, 2013). Evaluasi yang diharapkan dapat dicapai pada pasien gastritis dalam pemenuhan kebutuhan rasa nyaman adalah dapat mengontrol terhadap adanya gejala, menyatakan rasa nyaman, tidak adanya mual.