

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA BP. D DENGAN
GASTRITIS EROSIF DI RST dr. SOEDJONO MAGELANG
JAWA TENGAH**



Oleh :

**Dwi Siswandana
NIM : P07120117045**

**PRODI D-III KEPERAWATAN
JURUSAN RPL KEPERAWATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN
YOGYAKARTA
2018**

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA BP. D DENGAN
GASTRITIS EROSIF DI RST dr. SOEDJONO MAGELANG
JAWA TENGAH**

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar

Ahli Madya Keperawatan



Oleh :

Dwi Siswandana
NIM : P07120117045

**PRODI D-III KEPERAWATAN
JURUSAN RPL KEPERAWATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN
YOGYAKARTA
2018**

PERSETUJUAN PEMBIMBING

Laporan Karya Tulis Ilmiah

“ASUHAN KEPERAWATAN BP.D DENGAN GASTRITIS
EROSIF DI RUANG BOUGENVIL RUMAH SAKIT
TK. II DR. SOEDJONO MAGELANG”

Disusun oleh :

Dwi Siswandana
P07120117045

Telah disetujui oleh pembimbing

pada tanggal : 20 Juli 2018

Mengetahui,

Pembimbing I,

Atik Badi'ah, S.Pd., S.Kp., M.Kes
NIP. 19651230198803.2.001

Pembimbing II,

Sugeng, S. Kep., Ns., M.Sc
NIP. 19690815199303.1.002

Yogyakarta, 20 Juli 2018

Ketua Jurusan,



Bondan Palestin, SKM., M.Kep., Sp.Kom
NIP. 19720716199403.1.005

HALAMAN PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

**“ASUHAN KEPERAWATAN PADA BP. D DENGAN GASTRITIS
EROSIF DI RST dr. SOEDJONO MAGELANG
JAWA TENGAH”**

Disusun oleh

Dwi Siswandana
NIM : P07120117045

Telah dipertahankan di depan Dewan Penguji

Pada tanggal : 24 Juli 2018



Ketua,
Sri Hendarsih, S.Kp, M. Kes
NIP. 195507271980022001

(.....)

Anggota,
Atik Badi'ah, SPd., S.Kp., M.Kes
NIP. 19651230 198803 2 001

(.....)

Anggota,
Sugeng S.Kep.Ns, M.Sc
NIP. 196908151993031002

(.....)

Yogyakarta, 24 Juli 2018
Ketua Jurusan Keperawatan
Bondan Palestin, SKM. M.Kep, Sp.Kom
NIP. 19720716 199403 1 005



HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Karya Tulis Ilmiah ini adalah hasil karya penulis sendiri, dan semua sumber yang dikutip maupun dirujuk telah penulis nyatakan dengan benar.

Nama : Dwi Siswandana

NIM : P07120117045

Tanda Tangan :

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Dwi Siswandana', written over a horizontal line.

Tanggal :

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
KARYA TULIS ILMIAH UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai civitas akademik Poltekkes Kemenkes Yogyakarta, saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Dwi Siswandana
NIM : P07120117045
Program Studi : D III RPL Keperawatan
Jurusan : Keperawatan

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada poltekekkes Kemenkes Yogyakarta **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (Non- exclusive Royalty- Free right)** atas Karya Tulis Ilmiah saya yang berjudul : “Asuhan Keperawatan Pada Bp. D Dengan Gastritis Erosif Di RST dr. Soedjono Magelang Jawa Tengah”.

Beserta perangkat yang ada. Dengan hak bebas Royalti Noneksklusif ini poltekekkes Kemenkes Yogyakarta berhak menyimpan, menyalin media/formatkan mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai Hak Cipta.

Demikian Pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Yogyakarta

Pada Tanggal : 03 Juli 2018

Yang menyatakan



(Dwi Siswandana)

HALAMAN MOTTO

“Kita tidak pernah menjadi sempurna. Kita tidak diciptakan sempurna.. Kita diciptakan untuk membutuhkan bantuan, kemurahan hati dan ampunan Allah.. Nafsu sering kali berusaha meyakinkan kita bahwa kita harus sempurna... Jika kita mengikuti bujukan nafsu, ia menang namun sesungguhnya tidak akan pernah mencapai kesempurnaan... Semestinya kita tidak merasa takut dengan apa yang bisa kita lakukan, tetapi bersyukur atas apa yang bisa kita kerjakan. Kemudian, mintalah ampunan kepada Allah atas segala kekurangan.”

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan karunia-Nya, penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah (KTI/TA) ini. Penulis KTI/TA ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Ahli Madya keperawatan pada Program Studi Keperawatan Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta. Karya Tulis Ilmiah ini terwujud atas bimbingan dan pengarahan dan bantuan dari berbagai pihak yang tidak bias penulis sebutkan satu persatu dan pada kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terima kasih kepada yang terhormat :

1. Joko Susilo, SKM, M.Kes, selaku Direktur Poltekkes Kemenkes Yogyakarta yang sudah memberikan fasilitas berupa perpustakaan beserta literatur buku, jurnal dan hasil penelitian untuk dijadikan sebagai referensi untuk Karya Tulis Ilmiah Ini.
2. Kolonel ckm. Dr. Rahmat Saptono, Sp.OG, selaku Karumkit RST dr. Soedjono Kabupaten Magelang yang telah memberikan ijin untuk studi kasus.
3. Bondan Palestin, SKM, M.Kep, Sp.Kom, selaku Ketua Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta yang telah memberikan ijin dari kampus untuk melakukan studi kasus.
4. Abdul Majid S Kep. Na. M. Kep, selaku ketua prodi DIII Keperawatan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta yang telah memberikan informasi terkait dengan pembuatan Karya Tulis Ilmiah

5. Atik Badi'ah, SPd., S.Kp., M.Kes, selaku dosen pembimbing I yang telah meluangkan waktunya untuk memberikan bimbingan, arahan serta kritik dan sarannya dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
6. Sugeng S.Kep,Ns,Msc, selaku dosen pembimbing II yang telah meluangkan waktunya untuk memberikan bimbingan, arahan serta kritik dan sarannya dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
7. Orang tua dan keluarga penulis yang memberikan bantuan dukungan materi dan moral,
8. Rina Yuliana sahabat yang telah membantu penulis menyelesaikan Tugas akhir ini.
9. Teman- teman D III RPL Keperawatan atas bantuan dan kerjasamannya yang memberikan dukungan dan bantuan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan laporan ini masih banyak terdapat kekurangan, Oleh karena itu penulis mengharapkan saran dan kritik yang bersifat membangun untuk menyempurnakan Karya Tulis Ilmiah ini.

Yogyakarta, 03 Juli 2016

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERSETUJUAN.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	v
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA TULIS ILMIAH UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS	vi
HALAMAN MOTTO	vii
KATA PENGANTAR	viii
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiii
ABSTRACT.....	xiv
INTISARI.....	xv
BAB I. PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan	3
C. Manfaat Penulisan	4
D. Sistematika Penulisan.....	4
BAB II. TINJAUAN PUSTAKA	
A. Konsep Dasar Medis	6
B. Konsep Keperawatan.....	13
C. Dokumentasi Keperawatan.....	20
BAB III. KASUS DAN PEMBAHASAN	
A. Kasus	21
B. Pembahasan.....	60
C. Keterbatasan Kasus	69
BAB IV. KESIMPULAN DAN SARAN	
A. Kesimpulan.....	70
B. Saran.....	71
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1 Rencana Asuhan Keperawatan.....	15
Tabel 2 Pola Aktivitas – Tidur Sebelum Sakit.....	27
Tabel 3 Pola Aktivitas Selama Sakit.....	28
Tabel 4 Skala ketergantungan	30
Tabel 5 Resiko Jatuh	32
Tabel 6 Pengkajian Luka Decubitus	34
Tabel 7 Diagnosis test	40
Tabel 8 Program Pengobatan	41
Tabel 9 Analisa Data.....	43
Tabel 10 Diagnosa Keperawatan	45
Tabel 11 Renacana Keperawatan	47
Tabel 12 Catatan Perkembangan.....	53

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 1. Anatomi Lambung	8

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Satuan Acara Penyuluhan

Lampiran 2. Leaflet

“ASUHAN KEPERAWATAN PADA BP. D DENGAN GASTRITIS
EROSIF DI RST dr. SOEDJONO MAGELANG
JAWA TENGAH”

Dwi siswandana¹, xAtik Badi'ah², Sugeng³
Dwi Siswandana

ABSTRACT

Introduction: Nursing Services performed in an attempt to increase serajat health, prevent disease, healing, recovery and health maintenance with an emphasis on health care efforts to achieve healthy living. Application of nursing process in nursing care in the nursing care for clients is one manifestation of the nurse's responsibility towards the client. Application of nursing process this will improve the quality of service to clients with optimal keperawatn.

Purpose: the real experience Acquired in performing nursing care in patients with erosif gastritis diagnosis

Methods: assessment, nursing diagnosis, determination of the keparawatan plan, implementation, and evaluation of nursing actions.

Conclusion: there is a similar diagnosis on the theory and case studies

Keywords: Nursing Care Of Gastritis Erosif

Description

- 1) Student Nursing Poltekkes Kemenkes Yogyakarta
- 2) Nursing Lecturer Poltekkes Kemenkes Yogyakarta
- 3) Lecturer Nursing Poltekkes Kemenkes Yogyakarta

**“ASUHAN KEPERAWATAN PADA BP. D DENGAN GASTRITIS
EROSIF DI RST dr. SOEDJONO MAGELANG
JAWA TENGAH”**

Dwi siswandana¹, xAtik Badi'ah², Sugeng³
Dwi Siswandana

ABSTRAK

Pendahuluan : Pelayanan Keperawatan dilakukan dalam upaya peningkatan serajat kesehatan, mencegah penyakit, penyembuhan, pemulihan serta pemeliharaan kesehatan dengan penekanan pada upaya pelayanan kesehatan untuk mencapai hidup sehat. Penerapan proses keperawatan dalam asuhan keperawatan dalam asuhan keperawatan untuk klien merupakan salah satu wujud tanggung jawab perawat terhadap klien. Penerapan proses keperawatan ini akan meningkatkan kualitas pelayanan keperawatn kepada klien dengan optimal.

Tujuan : Diperoleh pengalaman nyata dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa gastritis erosif

Metode : pengkajian, diagnosis keperawatan, penentuan rencana keparawatan, implementasi tindakan keperawatan, serta evaluasi.

Hasil : Asuhan Keperawatan pasien dengan penyakit gastritis erosive keperawatan mendapatkan diagnosa keperawatan yang muncul yaitu Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis (iritasi lambung), ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan menurunnya nafsu makan mual,muntah, Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi, Resiko infeksi dengan faktor resiko tindakan infasif.

Kesimpulan : Terdapat diagnosa yang sama pada teori maupun pada studi kasus

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan Gastritis Erosif

Keterangan

- 1) Mahasiswa Keperawatan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta
- 2) Dosen Keperawatan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta
- 3) Dosen Keperawatan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pelayanan Keperawatan dilakukan dalam upaya peningkatan serajat kesehatan, mencegah penyakit, penyembuhan, pemulihan serta pemeliharaan kesehatan dengan penekanan pada upaya pelayanan kesehatan untuk mencapai hidup sehat. Penerapan proses keperawatan dalam asuhan keperawatan dalam asuhan kepaerawatan untuk klien merupakan salah satu wujud tanggung jawab perawat terhadap klien. Penerapan proses keperawatan ini akan meningkatkan kualitas pelayanan keperawatn kepada klien dengan optimal.

Dalam melakukan asuhan keperawatan , perawat menggunakan pendekatan proses keperawatan. Proses keperawatan adalah suatu metode yang sistematis dan ilmiah yang digunakan perawat melalui tahap pengkajian, diagnosis keperawatan, penentuan rencana keparawatan, implementasi tindakan keperawatan, serta evaluasi (Asmadi, 2008).

Tubuh manusia banyak terdapat system yang saling kerja sama dalam mempertahankan kehidupan. Sistem pencernaan merupakan salah satu system yang penting dalam tubuh karena hasilnya nanti berupa energi yang sangat penting dalam proses metabolisme dan kelangsungan hidu setiap sel di tubuh. Dalam system pencernaan banyak organ-organ yang penting, salah satunya adalah lambung. Lambung nantinya terjadi pemecahan dan penyerapan

karbohidrat dan lapisan ukosa lambung menghasilkan asam lambung (HCL) yang dalam kadar normalnya fungsinya sangat penting. Lambung (gaster) bisa mengalami kelainan seperti peradangan pada dinding lambung (gastritis) jika pola hidup seperti pola makan dan diet yang tidak normal atau mengonsumsi jenis obat-obatan bisa mengakibatkan gastritis atau maag.

Gastritis merupakan salah satu penyakit yang paling banyak dijumpai diklinik Penyakit Dalam Gastritis merupakan penyakit yang sering ditemukan biasanya jinak dan dapat sembuh sendiri dan $\pm 80 - 90\%$ yang dirawat di ICU menderita gastritis akut. Perawat merupakan salah satu tenaga kesehatan harus memahami dan memberikan peran dan asuhan yang tepat karena komplikasi dari gastritis ini cukup berbahaya dan bisa mengakibatkan kematian. Peradangan ini (gastritis) sering kali adalah hasil dari infeksi bakteri *Helicobacter Pylori* yang menyebabkan radang perut yang paling sering ditemukan. Di negara berkembang prevalensi infeksi *Helicobacter Pylori* pada orang dewasa mendekati angka 90%. Sedangkan pada anak-anak prevalensinya lebih tinggi lagi. Di Indonesia, prevalensi kuman ini menggunakan urea breath test. Penelitian serologis yang dilakukan secara cross sectional bertambahnya prevalensi penyakit ini sesuai dengan pertambahan usia. Penyebab penyakit ini adalah gram negative, basil yang berbentuk kurva dan batang.

Dalam Ujian akhir program penulis berkesempatan untuk mengelola pasien dengan Gastritis Erosif

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Diperoleh pengalaman nyata dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada Bp. D di RS dr Soedjono Magelang Jawa Tengah.

2. Tujuan Khusus

Mendapatkan pengalaman menerapkan asuhan keperawatan dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan, meliputi :

- a. Melakukan pengkajian keperawatan pada pasien dengan gastritis erosif di RS dr Soedjono Magelang Jawa Tengah.
- b. Menganalisa data dari hasil pengkajian dan menentukan prioritas diagnosa keperawatan pasien dengan gastritis erosif di RS dr Soedjono Magelang Jawa Tengah.
- c. Menentukan diagnosa keperawatan pada pasien dengan gastritis erosif di RS dr Soedjono Magelang Jawa Tengah.
- d. Menentukan perencanaan keperawatan pada pasien dengan gastritis erosif di RS dr Soedjono Magelang Jawa Tengah.
- e. Melakukan implementasi keperawatan pada pasien dengan gastritis erosif di RS dr Soedjono Magelang Jawa Tengah.
- f. Melakukan evaluasi keperawatan pada pasien dengan gastritis erosif di RS dr Soedjono Magelang Jawa Tengah.
- g. Melakukan dokumentasi keperawatan pada pasien dengan gastritis erosif di RS dr Soedjono Magelang Jawa Tengah.

- h. Mengidentifikasi faktor pendukung dan penghambat dalam pelaksanaan asuhan keperawatan.

C. Manfaat Penulisan

Studi kasus ini diharapkan memberi manfaat bagi :

- a. Masyarakat

Mengenal masalah atau penyakit gastritis erosif yang berada dilingkungan tempat tinggalnya.

- b. Pengembang Ilmu Keperawatan

Menambah keluasan ilmu terapan bidang keperawatan dalam memberi dan menjelaskan penyakit gastritis erosif.

- c. Penulis

Memperoleh Pengalaman dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien gastritis erosif.

D. Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan ini terdiri dari 3 bagian yang tersusun secara sistematis yaitu : bagian awal, inti, dan akhir.

Bagian awal berisi antara lain : halaman judul, halaman pengesahan, kata pengantar, daftar isi, daftar lampiran, daftar tabel, daftar gambar.

Bagian inti terdiri atas :

BAB I : Pendahuluan yang terdiri dari latar belakang, tujuan penulisan yang terdiri dari tujuan umum dan khusus, serta sistematika penulisan yaitu penjabaran isi laporan secara naratif.

BAB II : Landasan teori terbagi atas (1) Konsep dasar medis, yaitu : pengertian, etiologi, anatomi fisiologi, patofisiologi, tanda dan gejala, pemeriksaan diagnostik, penatalaksanaan medik, komplikasi; (2) konsep keperawatan meliputi pengkajian (sesuai teori yang ada) , diagnosa keperawatan, rencana kepaerawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi.

BAB III : Pengelolaan kasus meliputi pengkajian yang menyangkut semua aspek yang muncul pada waktu pengkajian, meliputi bio-psiko-sosial-kultural dan spiritual, Diagnosa keperawatan, Rencana keperawatan, catatan perkembangan, dokumentasi keperawatan, pembahasan, keterbatasan studi kasus.

BAB IV : Kesimpulan dan saran

Bagian akhir berisi daftar pustaka dan lampiran

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Medis

1. Pengertian

Gastritis akut erosif adalah suatu peradangan permukaan mukosa lambung yang akut dengan kerusakan-kerusakan erosi. Disebabkan oleh kuman-kuman (misalnya pada pneumonia), virus (influenza, variola, morbili dan lain-lain) atau karena makanan-minuman (bahan-bahan kimia, arsen, plumbum, obat-obat yang mengandung salisilat, asam-basa kuat, KMnO₄ dan lain-lain). Terjadinya radang difus di mukosa lambung, dengan erosi-erosi yang mungkin berdarah. Sering kali nyeri epigastrium tiba-tiba dan hematemesis. Disebut erosif akibat kerusakan yang terjadi tidak lebih dalam dari pada mukosa muskularis. Suatu peradangan permukaan mukosa lambung yang akut dengan kerusakan erosi. Erosif karena perlukaan hanya pada bagian mukosa. bentuk berat dari gastritis ini adalah gastritis erosive atau gastritis hemoragik. Perdarahan mukosa lambung dalam berbagai derajat dan terjadi erosi yang berarti hilangnya kontinuitas mukosa lambung pada beberapa tempat. Penyakit ini dijumpai di klinik, sebagai akibat samping pemakaian obat, sebagai penyakit-penyakit lain atau karena sebab yang tidak diketahui. Perjalanan penyakitnya biasanya ringan, walaupun demikian kadang-kadang menyebabkan kedaruratan medis, yakni perdarahan saluran cerna bagian atas. Penderita gastritis akut erosif yang tidak mengalami perdarahan sering

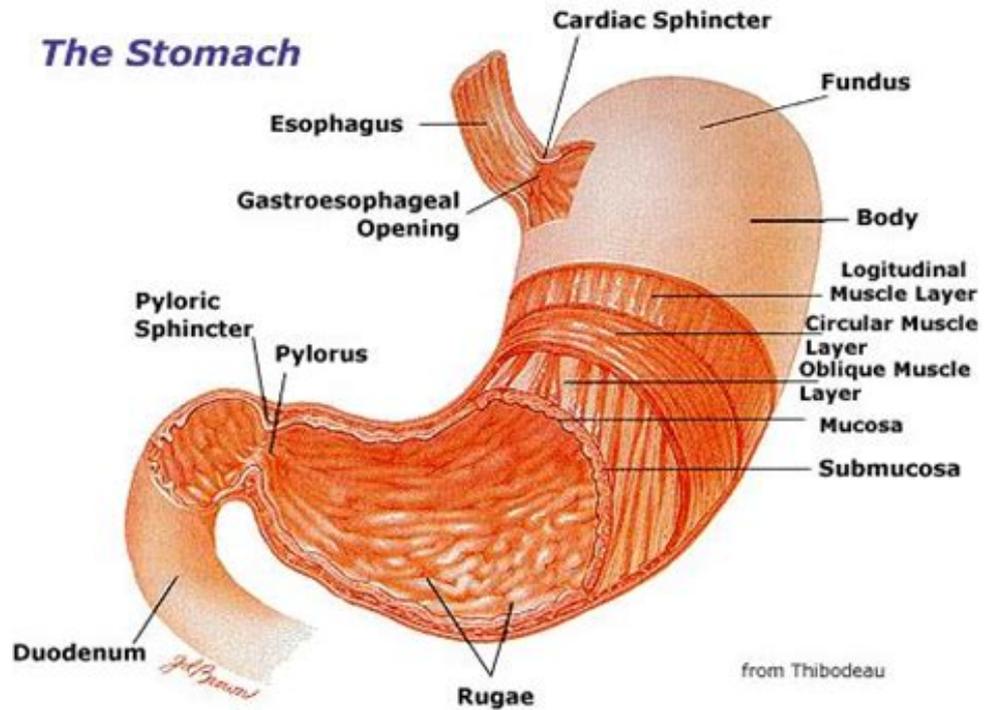
diagnosisnya tidak tercapai. Untuk menegakkan diagnosa tersebut diperlukan pemeriksaan khusus yang sering dirasakan tidak sesuai dengan keluhan penderita yang ringan saja.(Asmadi,2008)

2. Etiologi

Gastritis akut erosif dapat timbul tanpa diketahui sebabnya. Penyebab yang sering dijumpai ialah :

- a. Obat analgesik-antiinflamasi, terutama aspirin. Aspirin dalam dosis rendah sudah dapat menyebabkan erosi mukosa lambung.
- b. Bahan kimia misalnya lisol
- c. Merokok
- d. Alkohol
- e. Stres fisis yang disebabkan oleh luka bakar, sepsis, trauma, pembedahan, gagal pernafasan, gagal ginjal, kerusakan susunan saraf pusat.
- f. Refluks usus lambung
- g. Endotoksin .(Asmadi,2008)

3. Anatomi Fisiologi



Gambar 1. Anatomi Fisiologi

Lambung

Merupakan organ otot berongga yang besar dan berbentuk seperti kantung keledai.

Terdiri dari 3 bagian, yaitu :

- a. Kardia.
- b. Fundus.
- c. Antrum.

Makanan masuk ke dalam lambung dari kerongkongan melalui otot berbentuk cincin (sfinter), yang bisa membuka dan menutup. Dalam keadaan normal, sfinter menghalangi masuknya kembali isi lambung ke dalam kerongkongan.

Lambung berfungsi sebagai gudang makanan, yang berkontraksi secara ritmik untuk mencampur makanan dengan enzim-enzim. Sel-sel yang melapisi lambung menghasilkan 3 zat penting :

a. Lendir

Lendir melindungi sel-sel lambung dari kerusakan oleh asam lambung.

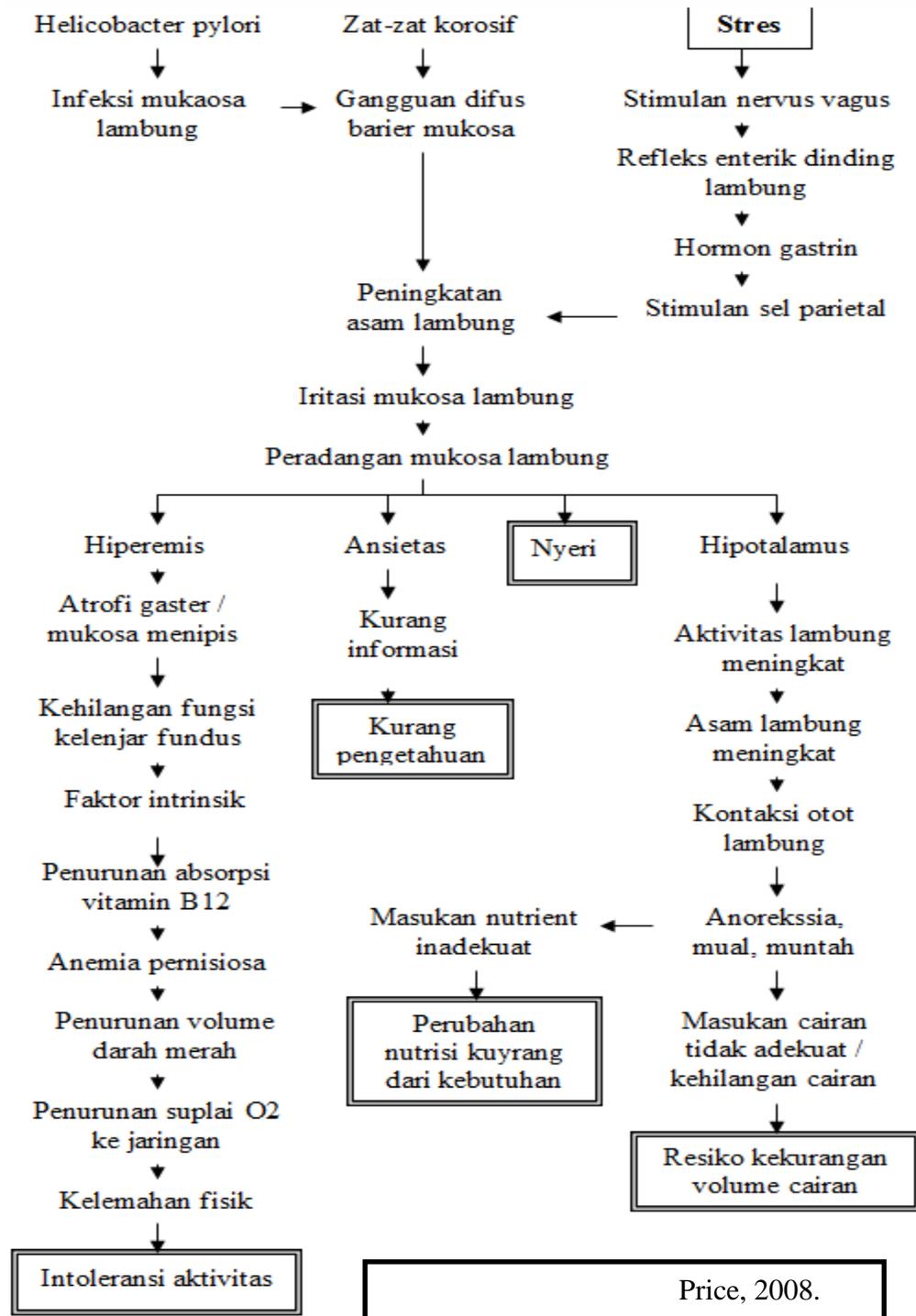
Setiap kelainan pada lapisan lendir ini, bisa menyebabkan kerusakan yang mengarah kepada terbentuknya tukak lambung.

b. Asam klorida (HCl)

Asam klorida menciptakan suasana yang sangat asam, yang diperlukan oleh pepsin guna memecah protein. Keasaman lambung yang tinggi juga berperan sebagai penghalang terhadap infeksi dengan cara membunuh berbagai bakteri.

c. Prekursor pepsin (enzim yang memecahkan protein) .(Asmadi,2008)

4. Patofisiologi



5. Tanda dan Gejala

Gambaran klinis gastritis akut erosif sangat bervariasi, mulai dari yang sangat ringan asimtomatik sampai sangat berat yang dapat membawa kematian. Manifestasi tersebut adalah:

- a. Muntah darah
- b. Nyeri epigastrium
- c. Neusa dan rasa ingin vomitus
- d. Nyeri tekan yang ringan pada epigastrium Pada pemeriksaan fisik biasanya tidak ditemukan kelainan, kecuali mereka yang mengalami perdarahan hebat hingga menimbulkan gangguan hemodinamik yang nyata seperti hipotensi, pucat, keringat dingin, takikardi sampai gangguan kesadaran.(Asmadi,2008)

6. Pemeriksaan Diagnostik

- a. Endoskopi, khususnya gastroduodenoskopi. Hasil pemeriksaan akan ditemukan gambaran mukosa sembab, merah, mudah berdarah atau terdapat perdarahan spontan, erosi mukosa yang bervariasi.

- b. Histopatologi.

Pada pemeriksaan histopatologi kerusakan mukosa karena erosi tidak pernah melewati mukosa muskularis. Ciri khas gastritis erosif ialah sembuh sempurna dan terjadi dalam waktu yang relatif singkat. Oleh karena itu pemeriksaan endoskopi, sebaiknya dilakukan seawal mungkin.

c. Radiologi dengan kontras ganda, meskipun kadang dilakukan tapi tidak maksimal

d. Laboratorium

Pemeriksaan laboratorium tidak terlalu spesifik untuk penderita gastritis, tetapi dapat dilakukan untuk melihat adanya anemia bila terjadi perdarahan. Batas serum gastrin biasanya menurun atau normal. Serum vitamin B 12 dapat dikaji untuk melihat kekurangan vitamin B 12. (Asmadi,2008)

7. Penatalaksanaan Medis

a. Istirahat baring

b. Diet makanan cair, setelah hari ketiga boleh makan makanan lunak.

Hindari bahan-bahan yang merangsang.

c. Bila mual muntah, dapat diberikan antiemetik seperti dimenhidrinat 50 – 100 mg per-os atau klorpromazin 10-20 mg per-os. Bila disebabkan oleh kuman-kuman, berikan antibiotika yang sesuai.

d. Bila nyeri tidak hilang dengan antasida, berikan oksitosin tablet 15 menit sebelum makan.

e. Berikan obat antikolinergik bila asam lambung berlebihan.

(Asmadi,2008)

8. Komplikasi

Komplikasi yang penting adalah :

- a. Perdarahan saluran cerna bagian atas yang merupakan kedaruratan medis. Kadang-kadang perdarahannya cukup banyak sehingga dapat menyebabkan kematian.
- b. Terjadinya ulkus, kalau prosesnya hebat.
- c. Jarang terjadi perforasi.(Asmadi,2008)

B. Konsep Dasar Keperawatan

1. Pengkajian

- a. Data biografi di dapat melalui wawancara meliputi identitas pasien (umur ,jenis kelamin) dan penanggung jawab, pengumpulan data seperti keluhan utama yang dirasakan pasien, pola makan (diet), perokok, alkoholik, minum kopi, penggunaan obat-obatan tertentu.
- b. Riwayat kesehatan meliputi riwayat kesehatan keluarga adanya penyakit keturunan atau tidak, riwayat penyakit sekarang riwayat penyakit yang dialami saat ini adanya alergi obat atau makanan.
- c. Riwayat penyakit dahulu meliputi apakah pasien tersebut pernah opname atau tidak sebelumnya penyakit apa yang pernah diderita sebelumnya.
- d. Riwayat psikososial pasien : biasanya ada rasa stress , kecemasan yang sangat tinggi yang dialami pasien mengenai kegawatan pada saat krisis.
- e. Pola fungsi kesehatan
 - 1) Pola nutrisi makan, minum, porsi , keluhan
Gejala : Nafsu makan menurun, adanya penurunan berat badan, mual, muntah.

2) Pola eliminasi seperti buang air kecil, buang air besar yang meliputi frekuensi, warna, konsisten dan keluhan yang dirasakan.

Gejala : BAB berwarna hitam ,lembek

f. Pola kebersihan diri

Pola ini membahas tentang kebersihan kulit, kebersihan rambut, telinga, mata, mulut, kuku.

g. Pola pemeriksaan dan pemeliharaan kesehatan

h. Pola kognitif- persepsi sensori

Keadaan mental yang di alami, berbicara, bahasa, ansietas, pendengaran, penglihatan normal atau tidak.

i. Pola konsep diri meliputi identitas diri, ideal diri, harga diri, gambaran diri.

j. Pola koping dan nilai keyakinan

2. Pengkajian Fisik

a. Keadaan umum klien

b. Tingkah laku klien

c. Berat badan (mengalami penurunan berat badan) dan tinggi badan klien

d. Pengkajian fisik: Secara subyektif dijumpai keluhan pasien berupa : nyeri epigastrium, perut lembek, kram, ketidakmampuan mencerna, mual, muntah. Sedangkan secara obyektif dijumpai :tanda-tanda yang membahayakan, meringis, kegelisahan, atau merintih, perubahan tanda-tanda vital, kelembekan daerah epigastrium, dan penurunan peristaltik, erythema palmer, mukosa kulit basah tanda-tanda dehidrasi.

e. Pemeriksaan diagnostik

- 1) Pemeriksaan darah
- 2) Radiologi
- 3) Endoskopi
- 4) Histopatologi

3. Diagnosa keperawatan

- a. Nyeri sehubungan dengan iritasi gastrium atau pengecilan kelenjar gastric
Ansietas berhubungan dengan krisis situasional
- b. Kekurangan volume cairan sehubungan dengan pemasukan cairan dan elektrolit yang kurang, muntah, perdarahan. Aktivitas intolerance berhubungan dengan kelemahan fisik.
- c. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan intake yang tidak adekuat.
- d. Resiko infeksi dengan faktor resiko tindakan infasif
- e. Defisit Pengetahuan berhubungan dengan kurang pengetahuan (proses penyakit) (Doengoes, 2000).

4. Rencana keperawatan.

Tabel 1 Rencana Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
Nyeri berhubungan dengan iritasi gastrium	Pain control Setelah di lakukan tindakan kepeawatan	Pain menegent 1. Observasi tingkat nyeri klien secara	1. Mengidentifikasi nyeri untuk melakukan intervensi

	<p>selama... jam diharapkan nyeri berkurang atau hilang dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan rasa nyeri berkurang atau hilang 2. Tekanan darah 90/60-140/90 mmHg 3. Nadi 60-100x/menit 4. Respirasi 16-24x/menit 5. Nyeri ringan 2-3 6. Wajah klien tidak menyeringai 	<p>konferhensif baik meliputi frekuensi, lokasi, intensitas, reaksi.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Observasi tanda- tanda vital 3. Ajarkan teknik relaksasi nafas dalam 4. Edukasi keluarga untuk terlibat dalam asuhan keperawatan 5. Jelaskan sebab - sebab nyeri kepada klien 6. Kolaborasi pemberian analgesik 	<ol style="list-style-type: none"> 2. mengetahui perkembangan kondisi klien 3. mengurangi rasa nyeri yang di rasakan 4. membantu menjaga klien dan mengambil keputusan 5. memberikan informasi kepada klien tentang nyeri yang di rasakan 6. Membantu mengurangi nyeri yang di rasakan
<p>Kekurangan Volume cairan berhubungan dengan pemasukan elektrolit yang kurang , mual, muntah</p>	<p>Setelah di lakukan tindakan kepeawatan selama... jam diharapkan klien dapat menunjukkan pemasukan elektrolit yang kuat dengan kriteria hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak ada penurunan berat badan 2. Tidak ada mual muntah 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Awasi masukan dan haluaran, karakter dan frekuensi muntah. 2. Kaji tanda- tanda vital. 3. Ukur berat badan tiap hari. 4. Kolaborasi pemberian antiemetik pada keadaan akut. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan informasi tentang keseimbangan cairan. 2. Menunjukkan kehilangan cairan berlebihan atau dehidrasi. 3. Indikator cairan status nutrisi. 4. Mengontrol mual dan muntah pada keadaan akut.

Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan intake yang tidak adekuat	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama... jam diharapkan klien dapat menunjukkan tidak adanya tanda-tanda ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan dengan kriteria : <ol style="list-style-type: none"> 1. Nafsu makan baik 2. Porsi makan dihabiskan 3. Berat badan normal, sesuai dengan tinggi badan. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji nafsu makan.klien. 2. Kaji hal-hal yang menyebabkan klien malas makan 3. Anjurkan klien untuk makan porsi sedikit tapi sering. 4. Anjurkan dan ajarkan melakukan kebersihan mulut sebelum makan. 5. Kolaborasi dengan tim gizi dalam pemberian TKTP. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui sejauhmana terjadinya perubahan pola makan dan sebagai bahan untuk melaksanakan intervensi. 2. Mendeteksi secara diri dan tepat agar mencari intervensi yang cepat dan tepat untuk penanggulangannya. 3. Porsi yang sedikit tapi sering membantu menjaga pemasukan dan rangsangan mual/muntah. 4. Menimbulkan rasa segar, mengurangi rasa tidak nyaman, sehingga berefek meningkatkan nafsu makan. 5. Makanan Tinggi Kalori Tinggi Protein dapat mengganti kalori, protein
Resiko infeksi dengan factor resiko agen cedera fisik (Tindakan infasif)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...jam diharapkan klien tidak mengalami adanya tanda	<ol style="list-style-type: none"> 1. Observasi keadaan umum pasien 2. Observasi tanda tanda infeksius 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui keadaan umum pasien 2. Mengetahui perkembangan pasien

	<p>tanda infeksi dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien bebas dari tanda dan gejala infeksi 2. Mendeskripsikan proses penularan serta penatalaksananya 3. Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi 4. Jumlah leukosit dalam batas normal 5. Menunjukkan perilaku hidup sehat 	<p>secara komprehensif</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Awasi tanda vital, perhatikan demam, menggigil, berkeringat, perubahan mental, meningkatkan nyeri abdomen 4. Lakukan pencucian tangan dengan baik sebelum kontak dengan klien 5. Lakukan prinsip septic dan antiseptik setiap tindakan 6. Berikan informasi yang tepat, jujur pada pasien/orang terdekat 7. Kolaborasi terhadap dokter untuk obat antibiotik sesuai indikasi 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Dugaan adanya infeksi terjadinya sepsis, abses, peritonitis 4. Menurunkan risiko penyebaran bakteri 5. Meminimalkan transisi mikroorganisme 6. Pengetahuan tentang kemajuan situasi memberikan dukungan emosi, membantu menurunkan ansietas 7. Menurunkan jumlah mikroorganisme, menurunkan penyebaran dan pertumbuhannya
--	--	--	--

<p>Defisit pengetahuan berhubungan dengan Kurang pengetahuan (Proses penyakit)</p>	<p>Setelah di lakukan tindakan keperawatan selama jam diharapkan deficit pengetahuan teratasi dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien dan keluarga mampu menyatakan pemahaman tentang penyakit, kondisi, prognosis dan program pengobatan serta program diit 2. Klien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan oleh perawat 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Observasi kemampuan klien dalam pemahaman tentang penyakitnya 2. Bantu klien dalam memilih diit yang tepat ketika kembali dirumah 3. Pendidikan kesehatan tentang gastritis erosif 4. Libatkan keluarga untuk hidup sehat 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui kemampuan pasien dalam memenuhi kemampuan terhadap penyakitnya 2. Membantu pasien dalam memenuhi kebutuhan dirinya 3. Memberikan informasi tentang penyakit yang dialami 4. Membantu pasien dalam memenuhi kebutuhan dirinya 5. Membantu pasien dalam memenuhi kebutuhan dirinya
--	--	---	--

6. Pelaksanaan

Tindakan yang dilakukan oleh penulis dalam melakukan keperawatan yang sesuai dengan masalah yang muncul dan rencana keperawatan sesuai dengan standar prosedur operasional perawat untuk memenuhi kebutuhan manusia.

7. Evaluasi

Hasil akhir dari tindakan keperawatan yang diperoleh dari subjektif dan obyektif yang dapat ditarik kesimpulan untuk tindakan yang akan dilakukan untuk memberikan tindakan keperawatan selanjutnya oleh pasien untuk memenuhi kebutuhan manusia.

C. Dokumentasi keperawatan

Pendokumentasi yang digunakan dalam kasus ini adalah model dokumentasi POR (Problem Oriented record), menggunakan SOAPIE (Subjek, Obyektif, Analisa, Planing, Implemntasi, Evaluasi). Dalam setiap diagnosa keperawatan penulisan melakukan tindakan keperawatan kemudian penulis mendokumentasikan yaitu dalam memberikan tanda tangan, waktu dan tanggal. Jika ada kesalahan dicoret dan diberikan paraf oleh penulis.

BAB III

KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Laporan Kasus

Hari / Tanggal : Senin 02 Juli 2018

Jam : 09.30 WIB

Oleh : Dwi Siswandana

Sumber Data : Pasien dan Keluarga

Metode : Wawancara dan Pemeriksaan fisik

1) Pengkajian

1. Identitas

a. Pasien

- 1) Nama : Bp. D
- 2) Tempat tanggal lahir : Magelang 09 – 07- 1939
- 3) Jenis Kelamin : Laki - Laki
- 4) Agama : Islam
- 5) Pendidikan : PG. A
- 6) Pekerjaan : Pensiunan Guru
- 7) Status Perkawinan : Kawin
- 8) Suku / bangsa : Jawa
- 9) Alamat : Pabelan Rt 04 RW 08 Pancuran mos secang
Magelang

- 10) Diagnosa Medis : Gastritis
- 11) No RM : 01-94-xx
- 12) Tgl masuk RS : 01 Juli 2018

b. Keluarga / penanggung jawab

- 1) Nama : Ny. M
- 2) Umur : 47 tahun
- 3) Pendidikan : S1 (Pendidikan)
- 4) Pekerjaan : Guru tidak tetap
- 5) Alamat : Pabelan Rt 04 RW 08 Pancuran mos secang
Magelang
- 6) Hubungan dengan pasien : Putrinya
- 7) Status perkawinan : Kawin

2. Riwayat Kesehatan

a. Kesehatan pasien

1) Keluhan utama saat dikaji

Pasien mengatakan nyeri pada daerah ulu hati dan perut bagian kiri bawah

O (*onset*) : pasien mengatakan nyeri di rasakan sekarang dan mulai timbul sejak 6 jam sebelum masuk RS

P (*provocative*) : pasien mengatakan nyeri dirasakan terus menerus

Q (*Quality*) : pasien mengatakan nyeri terasa seperti diremas-remas

R (*Region*) : Pasien mengatakan nyeri di rasakan pada ulun hati dan perut kiri bawah

S (*Scale*) : Pasien mengatakan skala 4

T (*Treatment*) : Klien berusaha mengurangi gerakan agar nyeri terasa lebih ringan

U (*Understanding*) : Klien mengatakan paham nyeri yang dirasakan

V (*Value*) : Klien berharap nyeri cepat hilang dan lekas sembuh

2) Keluhan tambahan saat dikaji

Pasien mengatakan badannya lemas, perut terasa mual, muntah bab cair bercampur dengan darah dan berwarna hitam.

3) Riwayat Kesehatan sekarang

a) Alasan utama masuk Rumah Sakit

Pasien mengatakan badannya panas dingin, mulai habis asyur pada tanggal 01 Juli 2018 pukul 15.30 wib , Kemudian pukul 16.00 Wib pasien melakukan kerokan , pasien mengatakan perut terasa mual muntah kemudian pasien datang ke Rumah sakit dr SOEJONO Magelang pada pukul 22.00 wib, masuk di ruang IGD mendapatkan tindakan keperawatan antara lain TD : 100/70 mmHg, Respirasi 24x/menit , Nadi 88 x/menit , Suhu 37⁰C Terpasang infus RL 500 20 tpm, kemudian dipindahkan ke ruang Bougenvil untuk dirawat inap.

b) Riwayat Kesehatan Pasien

Pasien mengatakan kontrol rutin ke poli penyakit syarat dengan penyakit Hipertensi. Pasien pernah opname hernia pada tahun 2011

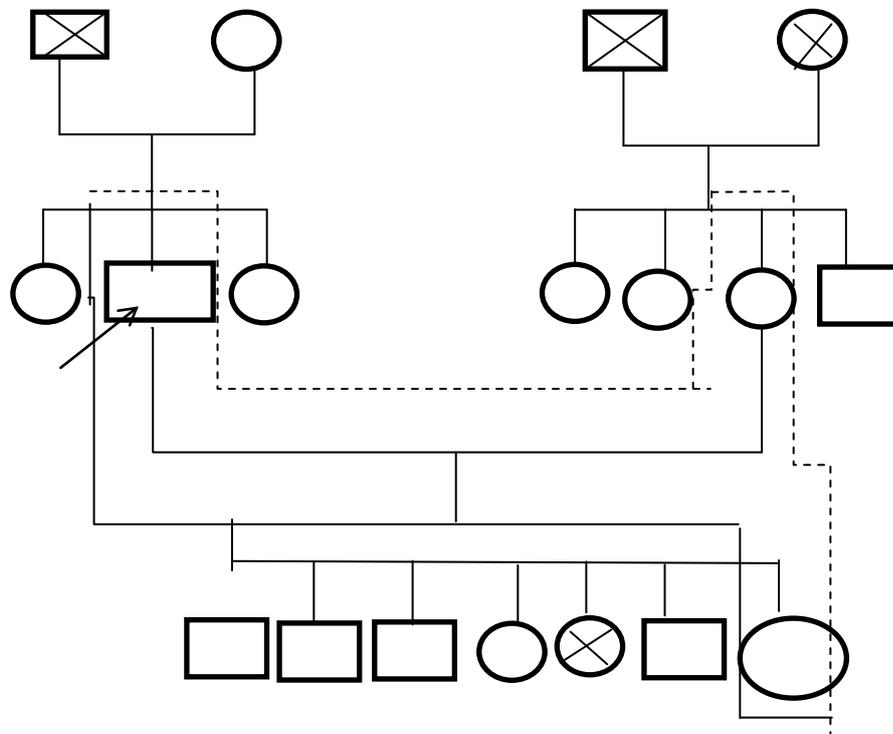
c) Riwayat Kesehatan Dahulu : Hipertensi, Post Op Hernia tahun 2011

d) Alergi : pasien mengatakan tidak ada alergi obat maupun makanan.

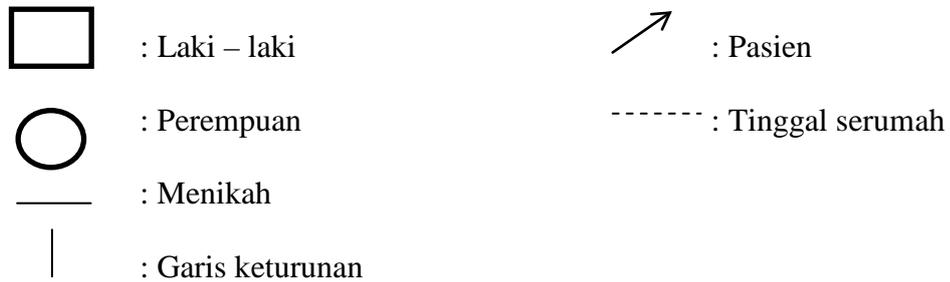
e) Riwayat minum obat analgesic asam mefenamat

b. Riwayat Kesehatan keluarga

1) Genogram



Keterangan :



Penjelasan : pasien berumur 80 tahun merupakan anak kedua dari tiga bersaudara. Pasien sudah tidak mempunyai ayah dan ibu, pasien menikah tinggal bersama istri nya dan mempunyai anak 7, pasien tinggal bersama anak terakhir didalam keluarga ada riwayat penyakit keturunan hipertensi dan diabetes mellitus .

2) Riwayat kesehatan keluarga : Riwayat Hipertensi dan Diabetes mellitus

3. Kesehatan Fungsional

a. Aspek fisik- Biologis

1) Nutrisi

a) Sebelum sakit

Frekuensi makan : 3x sehari

Jenis makanan : nasi, lauk, sayur

Porsi yang dihabiskan : 1 porsi

Nafsu makan : baik

Jenis minuman : air putih dan teh manis

Banyaknya minum : ± 2 liter/ hari

b) Selama sakit :

Jenis makanan : susu sereal
Frekuensi makan : 3x sehari
Nafsu makan : Menurun
Porsi yang dihabiskan : 200cc
Banyak minum dalam sehari : $\pm 1,5$ liter/ hari (1500cc)
Keluhan saat makan : mual, muntah

2) Pola Eliminasi

a) Sebelum sakit

Buang air besar (BAB)

Frekuensi : 1x sehari

Waktu : biasanya di pagi hari

Warna : coklat kekuningan

Konsistensi : lembek

Keluhan : tidak ada keluhan saat BAB

Buang air kecil (BAK)

Frekuensi : 5x sehari

Jumlah : ± 1500 cc/ hari

Warna : kuning

Bau : khas urine

Keluhan : tidak ada keluhan saat BAK

b) Selama sakit

BAB : pasien mengatakan bab 2x berwarna hitam kental

bau khas feses amis

Keluhan saat bab perut terasa perih

Buang air kecil

Frekuensi : 5x sehari

Jumlah : \pm 1500cc/ hari

Warna : kuning

Bau : khas urine

3) Pola Aktivitas Tidur

a) Sebelum sakit

1) Keadaan aktivitas sehari – hari

Pasien mengatakan rutin jalan kaki dengan lintasan kerikil kurang lebih 15 menit

Tabel. 2 Pola Aktivitas

Aktivitas	0	1	2	3	4
Mandi	√				
Berpakaian/ berpindah	√				
Eliminasi	√				
Mobilisasi	√				
Pindah	√				
Ambulasi	√				
Naik tangga	√				
Merapikan rumah	√				

Keterangan

0 : Mandiri

1 : Dibantu sebagian

2 : Perlu bantuan orang lain

3 : Perlu bantuan orang lain dan alat

4 : Tergantung total

2) Keadaan pernafasan

Pernafasan normal, Respirasi 24x/menit ,nafas perut tidak ada wheezing tidak ada ronchi

3) Keadaan kardiovaskuler

Tekanan darah 100/70 mmHg diukur pada tangan kiri dengan posisi terlentang manset dewasa.

Nadi 88x/menit, dihitung ditangan kiri reguler di vena radialis

b) Selama sakit

1) Keadaan aktivitas

Tabel.3 Keadaan aktifitas

Kemampuan merawat diri	0	1	2	3	4
Makan atau minum	√				
Mandi		√			
Toileting	√				
Mobilisasi	√				
Berpindah	√				
Ambulasi / ROM		√			

Keterangan

0 : Mandiri

1 : Dibantu sebagian

2 : Perlu bantuan orang lain

3 : Perlu bantuan orang lain dan alat

4 : Tergantung total

2) Keadaan pernafasan

Nafas normal, pernafasan perut frekuensi 24x/menit , tidak terdengar wheezing ataupun ronchi

3) Keadaan kardiovaskuler

Tekanan darah 100/70 mmHg diukur pada tangan kiri dengan posisi terlentang manset dewasa.

Nadi 88x/menit, dihitung ditangan kiri reguler di vena radialis

Akral teraba hangat

4) Skala ketergantungan

Penilaian Status Fungsional (Barthel Index)

Pasien Bp D di Ruang Bougenfil Rumah sakit dr Soejono

tanggal 02 juli 2018

Tabel 4 Skala Ketergantungan

No	Fungsi	Skor	Uraian	Nilai Skor		
				Hari I	Hari II	Hari III
1	Mengendalikan rangsang defekasi (BAB)	0	Takterkendali/tak teratur (perlu pencahar)	0	0	0
		1	Kadang – kadang terkendali Mandiri			
		2				
2	Mengendalikan rangsang berkemih	0	Takterkendali/ pakai kateter			
		1	Kadang – kadang tak terkendali (1x24jam)			
		2	Mandiri	2	2	2
3	Membersihkan diri (cuci muka, sisir rambut, sikat gigi)	0	Butuh pertolongan orang lain			
		1	Mandiri	1	1	1
4	Penggunaan jamban, masuk dan keluar (melepaskan , memakai celana, membersihkan, menyiram)	0	Tergantung pertolongan orang lain			
		1	Perlu pertolongan pada beberapa kegiatan tetapi dapat mengerjakan	1	1	1
		2	sendiri kegiatan yang lain Mandiri			
5	Makan	0	Tidak mampu			
		1	Perlu ditolong makanan	1	1	1
		2	Mandiri			
6	Berubah sikap dari berbaring	0	Tidak mampu			
		1	Perlu banyak			

5) Tabel Resiko Jatuh

Pengkajian Resiko Jatuh

Pasien Bp D di Ruang Bougenfil Rumah sakit dr Soejono

tanggal 02 juli 2018

Tabel 5 Resiko Jatuh

No	Risiko	Skala	Skoring 1 tgl2/7/1 8	Skoring 2 tgl3/7/1 8	Skoring 3 tgl 4/7/18
1	Riwayat jatuh, yang baru atau dalam 3 bulan terakhr	Tidak 0	0		
		Ya 25			
2	Diagnosa medis sekunder >1	Tidak 0			
		Ya 15			
3	Alat bantu jalan : Bed rest/dibantu perawat	0			
	Penopang/tongkat /walker	15	15		
	Furniture	30			
4	Menggunakan infus	Tidak 0			
		Ya 25	25		
5	Cara berjalan/ berpindah: Normal/ bedt rest/imobilisasi	0			
	Lemah	15	15		
	Terganggu	30			
6	Status mental :Orientasi sesuai kemampuan	0	0		
	Lupa keterbatasan	15			
Jumlah skor			45		
Tingkat Resiko Jatuh			Resiko Rendah		
Paraf & Nama perawat					

Tingkat Risiko :

1. **Tidak berisiko** bila skor 0-24 → Lakukan perawatan yang baik
 2. **Risiko Rendah** bila skor 25-50 → lakukan **intervensi jatuh standar (Lanjutkan formulir pencegahan)**
 3. **Risiko Tinggi** bila skor >51 lakukan **intervensi jatuh resiko tinggi** (lanjutkan dengan pencegahan jatuh pasien dewasa)
- 6) Tabel pengkajian Resiko Luka Dekubitus

Tabel Resiko Luka Dekubitus (Skala Norton)

Pasien Bp D di Ruang c 5 Bougenfil Rumah sakit dr

Soejono tanggal 02 juli 2018

Tabel 6 Pengkajian Resiko Luka Dekubitus

Tanggal	Penilaian	4	3	2	1
	Kondisi fisik	Baik	Sedang	Buruk	Sangat buruk
	Status mental	Sadar	Apatis	binggung	stupor
	Aktifitas	Jalan sendiri	Jalan dengan bantuan	Kursi roda	Ditempa t tidur
	Mobilitas	Bebas bergerak	Agak terbats	Sangat terbatas	Tidak mampu bergerak
	Inkontensia	Kontinen	Kadang kadang intkontinesia	Selalu inkontien sia	intokenti nesia
Skor		4	4	4	4
Total skor		16			
Paraf & Nama perawat		Dwi . S			
	Kondisi fisik	Baik	Sedang	Buruk	Sangat buruk
	Status mental	Sadar	Apatis	binggung	stupor
	Aktifitas	Jalan sendiri	Jalan dengan bantuan	Kursi roda	Ditempa t tidur
	Mobilitas	Bebas bergerak	Agak terbats	Sangat terbatas	Tidak mampu bergerak
	Inkontensia	Kontinen	Kadang kadang intkontinesia	Selalu inkontien sia	intokenti nesia
Skor		4	4	4	4
Total skor		16			
Paraf & Nama perawat		Dwi . S			
	Kondisi fisik	Baik	Sedang	Buruk	Sangat buruk
	Status mental	Sadar	Apatis	binggung	stupor
	Aktifitas	Jalan sendiri	Jalan dengan bantuan	Kursi roda	Ditempa t tidur
	Mobilitas	Bebas bergerak	Agak terbats	Sangat terbatas	Tidak mampu bergerak
	Inkontensia	Kontinen	Kadang kadang intkontinesia	Selalu inkontien sia	intokenti nesia
Skor		4	4	4	4
Total skor		16			
Paraf & Nama perawat		Dwi . S			

KETERANGAN :

16-20 : Risiko rendah terjadi dekubitus

12-15 :Risiko sedang terjadi dekubitus

<12 : Risiko Tinggi terjadi dekubitu

7) Kebutuhanistirahat- tidur

a) Sebelum sakit

Pasien tidur 21.00 – 04.00 wib

Tidur siang antara 1- 2 jam

b) Selama sakit

Saat dirawat pasien mengatakan lebih sering tiduran

b. Aspek psiko – sosiasal – spiritual

1) Pemeliharaan dan pengetahuan terhadap kesehatan

Klien berusaha memelihara kesehatannya, bila sakit selalu periksa ke rumah sakit

2) Pola hubungan

Pasien merupakan pensiunan guru agama, sering terlibat dalam kegiatan pengajian dan mujadahan, tapi sekarang mulai mengurangi kegiatan karena keterbatasan fisik.

3) Koping atau toleransi stress

Dalam pengambialan keputusan klien dibantu keluarga disaat mengalami masalah dengan mencari pertolongan

4) Kognitif dan persepsi tentang penyakitnya

Pasien tidak mengetahui akan penyakitnya , tampak bingung

5) Konsep diri

- a) Gambaran Diri : Pasien menggambarkan dirinya bahwa dia seorang yang sedang sakit dan bermasalah dengan lambungnya dan membutuhkan pengobatan agar cepat sembuh
- b) Ideal diri : Pasien beranggapan harus menjadi seorang anak yang sehat untuk tidak merepotkan keluarga.
- c) Peran diri : Pasien mengatakan sekarang dia tau bahwa dia seorang pasien yang dirawat di RS
- d) Ideal diri : Pasien beranggapan harus menjadi seorang ayah yang sehat untuk tidak merepotkan keluarga.
- e) Identitas diri : Pasien mengatakan seorang ayah usia 80 th alamat pabelan

6) Seksual dan menstruasi

Tidak terkaji

7) Nilai

Sebelum sakit : pasien beragama islam, klien sholat, mengaji

Selama sakit : Keluarga sholat dan mendoakan

8) Koping

Dalam pengambilan keputusan klien dibantu dengan keluarga, hal yang dilakukan saat mempunyai masalah yaitu dengan diperiksakan ke dokter.

9) Pola Peran Hubungan

Pasien mengatakan sebagai kepala rumah tangga, pasien di masyarakat mengikuti perkumpulan, ada sistem pendukung dalam lingkungan maupun keluarga selama masuk RS. Selama sakit hubungan dengan keluarga baik.

10) Aspek Lingkungan fisik

Suasana mendukung kesembuhan pasien, tidak berpotensi menyebabkan cedera.

4. Pemeriksaan Fisik

1. Kesadaran : Composmentis E : 4 V: 5 M: 6 = 15

2. Tinggi badan : 155 cm

Berat Badan : 50 kg

$$\text{IMT} = \frac{\text{BB}}{\text{TB(m)}^2} = \frac{50}{155^2} = 20,8 \text{ Normal}$$

3. Tanda – tanda vital

a. Tekanan darah : 110/70 mmHg diukur pada tangan kiri dengan posisi terlentang manset dewasa.

b. Nadi : 88 X/ menit dihitung ditangan kiri reguler di vena radialis

c. Suhu : 37°C diukur di aksila sinistra

d. Respirasi : 24X/ menit reguler

e. Nyeri : Terdapat nyeri tekan pada ulu hati dan perut bawah kiri

4. Keadaan umum : pasien dengan keadaan baik.

5. Pemeriksaan fisik

a. Integument : warna kulit coklat , kulit teraba hangat tidak ada luka, tidak ada gatal – gatal,turgor kulit elastis

b. Kepala : Bentuk kepala bulat, rambut berwarna hitam dan putih beruban, lebat, rambut bersih tidak ada ketombe, tidak ada nyeri tekan, wajah bentuk lonjong.

c. Mata : Konjungtiva berwarna merah muda, tidak anemis, mata bersih, refleks +, tidak menggunakan kaca mata.

d. Telinga : Fungsi pendengaran sedikit ada penurunan pendengaran , tidak ada cairan yang keluar, telinga bersih tidak menggunakan alat bantu dengar.

e. Mulut dan tenggorokan

Kemampuan bicara baik, mukosa bibir kering, tidak menggunakan gigi palsu, warna lidah putih, klien dapat makan dan menelan yang baik, nafas bau.

f. Leher

Bentuk simetris, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan kelenjar limfa serta getah bening, tidak ada massa

g. Tengukuk : Normal, tidak ada pembengkakan, tidak ada massa atau kelainan bentuk

h. Dada

- 1) Inspeksi : warna coklat, tidak ada luka, tidak ada benjolan
- 2) Palpasi : ada nyeri tekan pada daerah perut bawah kiri
- 3) Perkusi : pengembangan paru kanan dan kiri simetris.
- 4) Auskultasi : suara paru regular, tidak terdengar wheezing atau ronchi

i. Payu dara : Tidak terkaji

j. Abdomen

- 1) Inspeksi : warna coklat , tidak ada bekas luka, tidak terdapat bekas luka, tidak ada benjolan
- 2) Auskultasi : suara usus peristaltik 12X/ menit
- 3) Perkusi : terdengar suara timpati
- 4) Palpasi : terdapat nyeri tekan pada perut bawah kanan skala 4

k. Punggung

- 1) Inspeksi : warna coklat, tidak ada lesi, bentuk simetris
- 2) Palpasi : tidak ada nyeri tekan
- 3) Perkusi : tidak terkaji
- 4) Auskultasi : tidak terkaji

l. Anus dan Rectum

Tidak ada benjolan, atau tanda hemoroid, tidak ada fistula

m. Genetalia

pada genetalia, alat kelamin laki – laki , tidak terpasang kateter

n. Ekstermitas

1) Atas : anggota gerak lengkap tidak ada kelainan

Terpasang infus RL 20 tpm

5	5	
5	5	

2) Bawah : anggota gerak lengkap tidak ada kelainan

5. Diagnostik Test

a. Pemeriksaan laboratorium 01- 07-2018

Tabel.7 Diagnostik test

Tanggal pemeriksaan	Jenis Pemeriksaan	Hasil (satuan)	Nilai Rujukan
01-07-2018	GDS	109	70-170 mg/dc
	Ureum	29	0-40mg/dl
	Kreatinin	1,10	0,5-n1,2 mg/dl
	SGOT	48	L <50 p<35 u/l 37c
	SGPT	72	L <50 p<35 u/l 37c
02-07-2018	WBC 10,3	3,6	11,0
	LYM	0,5	3,0
	LYM %18,3	15,0	50,0 – 70,0
	MID 0,7	0,1	1,5
	MID 5,9	20,0	8,0
	Gra 7,8	35,0	16,0
	HGB 11,7	12,0	11,7- 15,5
	MCH 28,8	26,0	27-31
	MCHC 33,8	31,0	32-36
	RBC 11,08	3,90	3,0-8,0
	MCV 34,7	80,0	80,0-94
	RDWA 61,1	35,0	100,0-400,0
	RDW 13,7	30,0	11,5 – 14,5
	PLT 229	11,0	150,0 – 400,0
	MPV 8,1	15,0	7,2- 11,1
	PDW 11,4	0,1	9,0 – 13,0
PCT 0,18	0,01	11,0	
LPCR 15,6	0,1	999	

b. Pemeriksaan thoraks pada tanggal 02- 07-2018

Hasil pemeriksaan

EKG : dalam batas normal

6. Program Pengobatan

Pemberian terapi pasien bp D di ruang Bougenfil Rumah sakit RST

Tabel.8 Program pengobatan

Hari / tanggal	Obat	Dosis dan Satuan	Rute
01 / 07/2018	1. Injeksi Lanzoprazole 30mg	2x1	Intra Vena
	2. Injeksi Plasminex 5 ml	3x1	Intra Vena
	3. Injeksi cendontron 4mg	3x1	Intra Vena
	4. Imediamer 40mg	3x1	Oral
	5. Antasida syrup	3x1 cth	Oral
	6. Injeksi amoxicillin 1 gram	3x1	Intra Vena
	7. Sukralfat syrup	2x2 sendok	Oral
02/ 07/2018	1. Salofak	3x1	Oral
	2. Injeksi Vit K 1ml / 8 jam	3x1	Intra Vena
	3. Vitamin A 10mg		
	4. Curcuma 120ml 3x1 sendok makan	2x1 3x1	Oral Oral

7. Program Pengobatan

Pemberian obat : Injeksi Lanzoprazole 1 ampul

- | | |
|-------------------------------|-----------------------------|
| a. Injeksi Plasminex 30mg | i. Vitamin A 10mg |
| b. Injeksi cendontron 5ml | j. Curcuma 3x1 sendok makan |
| c. Imediamer b tab 40mg | |
| d. Antasida syrup | |
| e. Injeksi amoxicillin 1 gram | |
| f. Sukralfat syrup | |

- g. Salofak
- h. Injeksi Vit K 1 ml / 8 jam

8. RENCANA PULANG

Tempat tinggal klien bersama keluarganya yaitu istri dan anaknya. Pasien pulang menggunakan mobil pribadi, pasien ingin cepat pulang, pelayanan kesehatan yang digunakan adalah Rumah Sakit.

Kontrol 1 minggu setelah tanggal pemulangan

Obat – obat yang dibawa pulang amoxicillin, curcuma, Sukralfat syrup

Diet : makanan cair setelah itu boleh makan – makanan lunak hindari makanan yang merangsang menaikinya kadar asam lambung.

B. ANALISA DATA

Tabel.9 Analisa data

No	Data	Masalah	Penyebab
1.	<p>DS : Pasien mengatakan nyeri pada daerah ulu hati dan perut kiri bawah</p> <p>O (<i>onset</i>) :pasien mengatakan nyeri di rasakan sekarang dan mulai 6 jam sebelum masuk RS</p> <p>P(<i>provocative</i>):pasien mengatakan nyeri dirasakan terus menerus</p> <p>Q (<i>Quality</i>) : pasien mengatakan nyeri terasa seperti diremas-remas</p> <p>R (<i>Region</i>) : Pasien mengatakan nyeri di rasakan ulu hati dan perut bagian bawah kiri</p> <p>S (<i>Scale</i>) : Pasien mengatakan skala 4</p> <p>T (<i>Tretment</i>) : Klien berusaha mengurangi gerakan agar nyeri tidak terasa</p> <p>U (<i>Understanding</i>) : Klien</p>	Nyeri akut	Agen biologis (iritasi mukosa lambung)

	<p>mengatakan paham nyeri yang dirasakan</p> <p>V (<i>Value</i>) : Klien berharap nyeri cepat hilang dan lekas sembuh</p> <p>DO : Pasien tampak gelisah dan tidak nyaman Klien wajahnya menyeringai</p>		
2.	<p>DS :</p> <p>Pasien mengatakan lemas, mual, muntah Pasien mengatakan hanya minum susu cerelak dan air putih</p> <p>DO :</p> <p>Pasien terlihat lemas Diet Cair (3x200cc) Pasien terpasang Biocemical Hb : 12 Albumin : - Clinical : Psien terlihat lemas Diet : cair 3x200cc</p>	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh	Menurunnya nafsu makan mual, muntah
3.	<p>DS :</p> <p>Psien mengatakan kurang mngerti tentang penyakitnya</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak bingung - Pasien kurang mengerti tentang penyakitnya 	Defisit pengetahuan	Kurang pengetahuan (Proses penyakit)

4.	DS : - DO : - Terpasang infus RI 20tpm di tangan kanan	Resiko infeksi	Agen cedera fisik tindakan infasif
----	--	----------------	--

C. DAFTAR DIAGNOSA KEPERAWATAN

Tabel.10 Daftar diagnosa

No	Diagnosa
1.	<p>Nyeri akut berhubungan dengan Agen cedera biologis (iritasi mukosa lambung) di tandai dengan</p> <p>DS:</p> <p>Pasien mengatakan nyeri pada daerah ulu hati dan bagian perut kiri bawah</p> <p>O (<i>onset</i>) : pasien mengatakan nyeri di rasakan sekarang dan mulai timbul sejak 6 jam sebelum masuk RS</p> <p>P (<i>provocative</i>) : pasien mengatakan nyeri dirasakan terus menerus</p> <p>Q (<i>Quality</i>) : pasien mengatakan nyeri terasa seperti diremas- remas</p> <p>R (<i>Region</i>) : Pasien mengatakan nyeri di rasakan pada ulun hati dan perut kiri bawah</p> <p>S (<i>Scale</i>) : Pasien mengatakan skala 4</p> <p>T (<i>Tretment</i>) : Klien berusaha mengurangi gerakan agar nyeri tidak terasa nyeri</p> <p>U (<i>Understanding</i>) : Klien mengatakan paham nyeri yang dirasakan</p> <p>V (<i>Value</i>) : Klien berharap nyeri cepat hilang dan lekas sembuh</p> <p>DO : Pasien tampak gelisah dan tidak nyaman Klien wajahnya menyeringai</p>
2.	<p>Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan Menurunnya nafsu makan mual, muntah di tandai dengan</p>

	<p>DS : Pasi�n mengatakan lemas, mual, muntah Pasi�n mengatakan hanya minum susu cerelak dan air putih</p> <p>DO : Pasi�n terlihat lemas Diet Cair (3x200cc) Pasi�n terpasang Biocemical Hb : 12 Albumin : - Clinical : Pasi�n terlihat lemas Diet : cair 3x200cc</p> <p>Defisit pengetahuan berhubungan dengan Kurang pengetahuan (Proses penyakit) di tandai dengan</p> <p>3. DS : Pasi�n mengatakan kurang mngerti tentang penyakitnya</p> <p>DO : - Pasi�n tampak bingung - Pasi�n kurang mengerti penyakitnya</p> <p>4. Resiko infeksi dengan faktor resiko agen cedera fisik (Tindakan infasif) di tandai dengan DS : - DO : - Terpasang infus R1 20tpm di tangan kanan</p>
--	---

Yogyakarta 03 Juli 2016

Dwi Siswandana

D. RENCANA KEPERAWATAN

Nama Pasien / No RM : Bp D / 0194xx

Ruangan : Ruang Bougenfil

Tanggal : 02 Juli 2018

Nama Mahasiswa : Dwi Siswandana

Tabel 2.11 Rencana keperawatan

No	Diagnosa keperawatan	Tindakan Keperawatan		Rasional
		Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	
1.	<p>Tanggal 02 Juli 2018 Jam 10.00 WIB</p> <p>Nyeri akut berhubungan dengan Agen cedera biologis (iritasi mukosa lambung) di tandai dengan DS: Pasien mengatakan</p>	<p>Tanggal 02 Juli 2018 Jam 10.00 WIB</p> <p><i>Pain control</i> Setelah di lakukan tindakan kepeawatan selama 4 x 24 jam diharapkan nyeri berkurang atau hilang dengan kriteria hasil : 1. Klien mengatakan rasa</p>	<p>Tanggal 02 Juli 2018 Jam 10.00 WIB</p> <p>Pain menegent 1. Observasi tingkat nyeri klien secara konferhensif baik meliputi frekuensi, lokasi, intensitas, reaksi. 2. Observasi tanda- tanda vital 3. Ajarkan teknik relaksasi nafas dalam</p>	<p>Tanggal 02 Juli 2018 Jam 10.00 WIB</p> <p>1.Mengidentifikasi nyeri untuk melakukan intervensi 2.mengetahui perkembangan kondisi klien 3.mengurangi rasa nyeri yang di rasakan 4.membantu menjaga klien dan mengambil keputusan</p>

	<p>nyeri pada daerah ulu hati dan perut kiri bawah</p> <p>O (<i>onset</i>) : pasien mengatakan nyeri di rasakan sekarang dan mulai timbul sejak 6 jam sebelum masuk rs</p> <p>P (<i>provocative</i>) : pasien mengatakan nyeri dirasakan terus menerus</p> <p>Q (<i>Quality</i>) : pasien mengatakan nyeri terasa seperti diremas- remas</p> <p>R (<i>Region</i>) : Pasien mengatakan nyeri di rasakan pada ulu hati dan perut kiri bawah.</p> <p>S (<i>Scale</i>) : Pasien mengatakan skala 3</p>	<p>nyeri berkurang atau hilang</p> <p>2. Tekanan darah 90/60-140/90 mmHg</p> <p>3. Nadi 60- 100x/menit</p> <p>4. Respirasi 16- 24x/menit</p> <p>5. Nyeri 0-2</p> <p>6. Wajah klien tidak menyeringai</p> <p>7. Klien merasakan nyaman</p>	<p>4. Edukasi keluarga untuk memberikan suasana nyaman</p> <p>5. Jelaskan sebab - sebab nyeri kepada klien</p> <p>6. Kelola obat analgesik diberikan pada pukul 08.00, 16.00, 24.00 WIB</p>	<p>5. memberikan informasi kepada klien tentang nyeri yang di rasakan</p> <p>6. Membantu mengurangi nyeri yang di rasakan</p>
--	--	---	---	---

	<p>T (<i>Treatment</i>) : Klien berusaha mengurangi gerakan agar nyeri tidak terasa</p> <p>U (<i>Understanding</i>) : Klien mengatakan paham nyeri yang dirasakan</p> <p>V (<i>Value</i>) : Klien berharap nyeri cepat hilang dan lekas sembuh</p> <p>DO : - Klien wajahnya menyeringai - Klien tampak gelisah dan tidak nyaman</p>			
2.	<p>Tanggal 02 Juli 2018 Jam 10.00 WIB</p> <p>Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan Menurunnya nafsu makan mual, muntah</p>	<p>Tanggal 02 Juli 2018 Jam 10.00 WIB</p> <p>Setelah di lakukan tindakan kepeerwatan selama 4 x 24 jam diharapkan diharapkan klien dapat</p>	<p>Tanggal 02 Juli 2018 Jam 10.00 WIB</p> <p>1. Observasi kebutuhan nutrisi pasien seperti makan dan minum 2. Kaji nafsu makan klien saat pemberian diit.</p>	<p>Tanggal 02 Juli 2018 Jam 10.00 WIB</p> <p>1. Mengetahui keadaan pasien sejauh mana nafsu makan pasien 2. Mengetahui sejauhmana</p>

	<p>di tandai dengan</p> <p>DS : Pasi�n mengatakan lemas, mual, muntah Pasi�n mengatakan hanya minum susu cerelak dan air putih</p> <p>DO : Pasi�n terlihat lemas Diet Cair (3x200cc) Pasi�n terpasang infus R1 20tpm Biochemical Hb : 12 Albumin : - Clinical : Pasi�n terlihat lemas Diet : cair 3x200cc</p>	<p>menunjukkan tidak adanya tanda-tanda ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan dengan kriteria :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nafsu makan baik 2. Porsi makan dihabiskan 3. Berat badan normal, sesuai dengan tinggi badan. 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Kaji hal-hal yang menyebabkan klien malas makan 4. Anjurkan klien untuk makan porsi sedikit tapi sering. 5. Anjurkan dan ajarkan melakukan kebersihan mulut sebelum makan. 6. Kolaborasi dengan tim gizi dalam pemberian TKTP. 	<p>terjadinya perubahan pola makan dan sebagai bahan untuk melaksanakan intervensi.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Mendeteksi secara diri dan tepat agar mencari intervensi yang cepat dan tepat untuk penanggulangannya. 4. Porsi yang sedikit tapi sering membantu menjaga pemasukan dan rangsangan mual/muntah. 5. Menimbulkan rasa segar, mengurangi rasa tidak nyaman, sehingga berefek meningkatkan nafsu makan. 6. Makanan Tinggi Kalori Tinggi Protein dapat
--	---	--	--	---

				mengganti kalori, protein
3.	<p>Tanggal 02 Juli 2018 Jam 10.00 WIB</p> <p>Defisit pengetahuan berhubungan dengan Kurang pengetahuan (Proses penyakit) di tandai dengan DS :</p> <p>Pasien mengatakan kurang mengerti tentang proses penyakitnya, penyebab, dan terapi diet</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak bingung - Pasien bertanya tentang penyakitnya 	<p>Tanggal 02 Juli 2018 Jam 10.00 WIB</p> <p><i>Diseaseprocces</i></p> <p>Setelah di lakukan tindakan kepeerwatan selama 4x 24 jam diharapkan deficit pengetahuan teratasi dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien dan keluarga mampu menyatakan pemahaman tentang penyakit, kondisi, prognosis dan program pengobatan serta program diit 2. Klien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan oleh perawat 	<p>Tanggal 02 Juli 2018 Jam 10.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Observasi kemampuan klien dalam pemahaman tentang penyakitnya 2. Bantu klien dalam memilih diit yang tepat ketika kembali dirumah 3. Pendidikan kesehatan tentang gastritis erosif 4. Libatkan keluarga untuk hidup sehat 	<p>Tanggal 02 Juli 2018 Jam 10.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui kemampuan pasien dalam memenuhi kemampuan terhadap penyakitnya 2. Membantu pasien dalam memenuhi kebutuhan dirinya 3. Memberikan informasi tentang penyakit yang dialami 4. Membantu pasien dalam memenuhi kebutuhan dirinya 5. Membantu pasien dalam memenuhi kebutuhan dirinya

4	<p>Tanggal 02 Juli 2018 Jam 10.00 WIB</p> <p>Resiko infeksi dengan factor resiko agen cedera fisik (Tindakan infasif) di tandai dengan DS : - DO : - Terpasang infus RI 20tpm</p>	<p>Tanggal 02 Juli 2018 Jam 10.00 WIB</p> <p><i>Infection control</i> <i>Riks control</i> Setelah di lakukan tindakan kepeawatan selama 5 x 24 jam diharapkan klien tidak mengalami adanya tanda tanda infeksi dengan kriteria hasil : 1. Klien bebas dari tanda tanda dan gejala infeski 2. Mendeskripsikan proses penularan serta penatalaksanannya 3. Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi 4. Jumlah leukosit dalam batas normal 5. Menunjukkan prilaku hidup sehat</p>	<p>Tanggal 02 Juli 2018 Jam 10.00 WIB</p> <p><i>Infection control</i> 1. Observasi keadaan umum pasien 2. Observasi tanda tanda infeksius secara konfrehensif 3. Awasi tanda vital, perhatikan demam, menggigil, berkeringat, perubahan mental, meningkatnya nyeri abdomen 4. Lakukan pencucian tangan dengan baik sebelum kontak dengan klien 5. Lakukan prinsip septik dan antiseptik setiap tindakan 6. Berikan informasi yang tepat, jujur pada pasien/orang terdekat 7. Berikan obat antibiotic melalui intra vena</p>	<p>Tanggal 02 Juli 2018 Jam 10.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui keadaan umum pasien 2. Mengetahui perkembangan pasien 3. Dugaan adanya infeksi terjadinya sepsis, abses, perfonitis 4. Menurunkan risiko penyebaran bakteri 5. Meminimalkan transisi mikroorganisme 6. Pengetahuan tentang kemajuan situasi memberikan dukungan emosi, memantu menurunkan ansietas 7. Menurunkan jumlah mikroorganisme, menurunkan penyebaran dan pertumbuhannya
---	--	--	---	--

L. CATATAN PERKEMBANGAN HARI I

Nama Pasien : Bp. D

Ruang : Bougenfil

Mahasiswa : Dwi Siswandana

Tanggal 02 Juli 2018

1. Nyeri akut berhubungan dengan Agen cedera biologis (iritasi mukosa lambung)

Tabel.12 Catatan Perkembangan

Tanggal / jam	Catatan perkembangan / Tindakan	Evaluasi	Tanda tangan
Tanggal Juli 2016	Tanggal 02 Juli 2018	Tanggal 02 Juli 2018	Dwi
09.40 WIB	I :	E :	
09.40 WIB	1. Mengukur tanda – tanda vital pasien	S : Pasien mengatakan nyeri berkurang skala nyeri 2	Dwi
	- TD : 100/70 mmHg	O : Pasien terlihat lebih tenang dan nyaman	
	- Nadi : 88x/menit	A : Masalah keperawatan nyeri teratasi	Dwi
10.00 WIB	- Respirasi : 24x/menit	P : pertahankan intervensi	Dwi
	- Suhu : 37,1°C		Dwi
	2. Memberikan lingkungan yang nyaman		
	- Pasien tersenyum		
10.30 WIB	3. Mengobservasi pasien secara non verbal		
	- Pasien tertidur		
11.00 WIB			

Tanggal 02 Juli 2018

2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan Menurunnya nafsu makan mual, muntah

Tanggal / jam	Catatan perkembangan / Tindakan	Evaluasi	Tanda tangan
Tanggal 02 Juli 2018	Tanggal 02 Juli 2018	Tanggal 02 Juli 2018	Dwi
09.40 WIB	I : 1. Mengobservasi keadaan umum pasien 2. Mengobservasi kebutuhan nutrisi pasien 3. Menganti cairan infus di tangan kiri dengan faktor tetesan 20 tetes/ menit menggunakan cairan infus RL 500cc	E : S : Pasien mengatakan lemas Pasien mengatakan perut terasa mual	Dwi
09.50 WIB	4. Membantu pasien untuk makan siang - Pasien mengatakan perut terasa mual	O : Pasien terlihat menahan sakit Pasien terlihat mengkerutkan dahi Pasien makan 200cc Minum 1 gelas	Dwi
10.00 WIB	5. Memberikan injeksi Lansoprzole 30mg pada pukul 09.00 melalui intravena	A : Masalah keperawatan resiko ketidakseimbangan nutrisi belum teratasi	Dwi
12.00 WIB	6. Memberikan obat oral Salofac 500 mg dan curcuma 10mg pada pukul 12.00 WIB	P : Lanjutkan Intervensi	Dwi

Tanggal 02 Juli 2018

3. Defisit pengetahuan berhubungan dengan Kurang pengetahuan (Proses penyakit)

Tanggal / jam	Catatan perkembangan / Tindakan	Evaluasi	Tanda tangan
Tanggal 02 Juli 2018	Tanggal 02 Juli 2018 I :	Tanggal 02 Juli 2018	Dwi
09.40 WIB	1. Mengobservasi keadaan umum pasien - Pasien tertidur	E : S : Pasien mengatakan sudah sedikit paham tentang penyakitnya	Dwi
09.50 WIB	2. Mengobservasi pasien tingkat pengetahuan terhadap penyakitnya	O : Pasien terlihat tersenyum	Dwi
	3. Memberikan pendidikan kesehatan kepada pasien tentang penyakitnya	A : Masalah keperawatan deficit pengetahuan belum teratasi	Dwi
10.00 WIB	4. Memberikan informasi kepada pasien untuk hidup sehat	P : Lanjutkan intervensi	Dwi
12.00 WIB			

Tanggal 02 Juli 2018

4. Resiko infeksi dengan factor resiko agen cedera fisik (Tindakan infasif)

Tanggal / jam	Catatan perkembangan / Tindakan	Evaluasi	Tanda tangan
Tanggal 02 Juli 2018	Tanggal 02 Juli 2018	Tanggal 02 Juli 2018	Dwi
10.00 WIB	I : 1. Mengoservasi keadaan umum pasien	E : S : Pasien mengatakan sakit saat obat dimasukkan	Dwi
10.15 WIB	2. Mengukur tanda – tanda vital - TD : 110 / 70 mmHg - Suhu : 36°C - Respirasi : 20 x/menit - Nadi : 78x/ menit	O : pasien terlihat mengerutkan dahi A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi	Dwi Dwi
11.00 WIB	3. Menganti hepavix pada tangan yang terpasang infus		Dwi
11.30 WIB	4. Memberikan obat injeksi amoxicillin 1 gram melalui intra vena pukul 11.00 WIB - Pasien mengeluh sakit saat obat dimasukkan		
13.00 WIB			
14.00 WIB			

12.00 WIB	- Respirasi : 20x/menit - Nadi : 80x/menit - Nyeri : 3		
15.00 WIB			

2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan Menurunnya nafsu makan mual, muntah

Tanggal / jam	Catatan perkembangan / Tindakan	Evaluasi	Tanda tangan
Tanggal 03 Juli 2018	Tanggal 12 Juli 2018	Tanggal 03 Juli 2018	Dwi
12.00 WIB	I : 1. Membantu pasien untuk makan dan minum - Makan habis 200cc 2. Memberikan obat cendantran 4mg melalui intra vena Pukul 12.00 WIB	E: S : Pasien mengatakan badanya segar O : Pasien terlihat lebih segar badannya A : masalah keperawatan ketidakseimbangan teratasi sebagian P : lanjutkan intervensi	Dwi
12.10 WIB	3. Memberikan obat oral salofac 500mg , curcuma 10mg, antasida syrup 5ml pukul 12.15 WIB		Dwi
12.15 WIB			Dwi
12.30 WIB			
14.00 WIB			

3. Defisit pengetahuan berhubungan dengan Kurang pengetahuan (Proses penyakit)

Tanggal / jam	Catatan perkembangan / Tindakan	Evaluasi	Tanda tangan
Tanggal 03 Juli 2018 07.00 WIB	Tanggal 03 Juli 2018 I :	Tanggal 03 Juli 2018 E:	Dwi
09.00 WIB	1. Mengobservasi pemahaman pengetahuan pasien tentang masalah penyakitnya	S : Pasien mengatakan paham tentang pengetahuan	Dwi
	2. Memberikan penyuluhan ulang untuk memastikan pasien agar memahami penyakitnya	O : pasien terlihat sudah memahami penyakitnya	Dwi
	3. Mengajarkan pasien hidup sehat	A : masalah ke defisit pengetahuan sudah teratasi	Dwi
		P : Lanjutkan intervensi	Dwi

4. Resiko infeksi dengan factor resiko agen cedera fisik (Tindakan infasif)

Tanggal / jam	Catatan perkembangan / Tindakan	Evaluasi	Tanda tangan
Tanggal 03 Juli 2018	Tanggal 03 Juli 2018 I :	Tanggal 03 Juli 2018 E :	Dwi
11.00 WIB	1. Mengobservasi tanda –tanda infeksi	S : Pasien mengatakan sudah lebih sehat	Dwi
	2. Memberikan posisi yang nyaman	O : pasien terlihat lebih tenang	Dwi
13.00 WIB	- Pasien terlihat lebih tenang	A: Masalah keparawatan resiko infeksi teratasi sebagian	Dwi
	3. Memberikan injeksi obat amoxicillin I gram melalui intavena 11.00 WIB	P : Lanjutkan intervensi	Dwi
	- pasien mengatakan tidak sakit saat obat dimasukan		Dwi
14.00 WIB	- obat dapat masuk seluruhnya		Dwi
	4. Mengobservasi keadaan umum pasien		Dwi

B. Pembahasan

Dalam bab ini berisi tentang analisa teori dengan kasus gastritis erosif kemudian dianalisa. Penulis melakukan perawatan selama dua hari dengan menggunakan proses keperawatan.

1. Pengkajian

Pada tahap ini dilakukan dengan berbagai cara untuk memperoleh data. Data yang diperoleh dari wawancara yang bersumber dari pasien dan keluarga. Kemudian dilakukan analisa antara sumber dengan data yang diperoleh oleh penulis.

1. Keluhan Utama saat kaji

Tanda : Nyeri pada ulu hati dan perut bawah kiri

2. Pola Nutrsi (Makanan dan cairan)

Gejala: kehilangan nafsu makan, mual muntah adanya penurunan berat badan

3. Pola eliminasi seperti buang air kecil, buang air besar yang meliputi frekuensi, warna, konsisisten dan keluhan yang dirasakan.

Gejala : BAB berwarna hitam ,lembek

4. Riwayat Psikososial

Gejala : Adanya rasa cemas

5. Pemeriksaan

Gejala : adanya nyeri tekan pada daerah perut

Sedangkan data pengkajian kasus yang sama dengan pengkajian teori adalah :

1. Keluhan Utama saat kaji

Dalam pengkajian keperawatan penulis memperoleh data yang sama yaitu klien mengalami nyeri pada daerah abdomen yang terdapat

2. Pola Nutrsi (Makanan dan cairan)

Dalam pengkajian keperawatan penulis memperoleh data yang sama saat klien mengeluh nafsu makan menurun dan mengalami penurunan berat badan 1 Kg. Mual, muntah

3. Riwayat Psikososial

Dalam pengkajian keperawatan penulis memperoleh data yang sama saat klien adanya rasa cemas

4. Dalam pengkajian keperawatan penulis memperoleh data yang sama yaitu adanya nyeri tekan pada daerah perut kiri bawah

2. Diagnosa Keperawatan

Pengumpulan diagnosa dengan pernyataan yang menggambarkan respons manusia (keadaan sehat atau perubahan pola interaksi aktual atau potensial) dari individu atau kelompok tempat perawat secara legal mengidentifikasi dan perawat dapat memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga status kesehatan atau untuk mengurangi, menyingkirkan dan mencegah perubahan (Rohman & Walid, 2012).

Diagnosa yang muncul pada teori sebagai berikut :

1. Nyeri sehubungan dengan iritasi gastrium atau pengecilan kelenjar gastric
Ansietas berhubungan dengan krisis situasional
2. Kekurangan volume cairan sehubungan dengan pemasukan cairan dan elektrolit yang kurang, muntah, perdarahan. Aktivitas intolerance berhubungan dengan kelemahan fisik.
3. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan intake yang tidak adekuat

Diagnosa yang muncul pada Bp. D

1. Nyeri akut berhubungan dengan Agen cedera biologis (iritasi mukosa lambung)
2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan Menurunnya nafsu makan mual, muntah
3. Defisit pengetahuan berhubungan dengan Kurang pengetahuan (Proses penyakit)
4. Resiko infeksi dengan factor resiko agen cedera fisik (Tindakan infasif)

Diagnosa yang tidak muncul pada kasus Bp. D adalah sebagai berikut :

1. Kekurangan volume cairan sehubungan dengan pemasukan cairan dan elektrolit yang kurang, muntah, perdarahan. Aktivitas intolerance berhubungan dengan kelemahan fisik dikarenakan Bp. D masih mau minum air putih

Diagnosa yang muncul pada kasus Bp. D tapi tidak muncul pada teori

1. Defisit pengetahuan berhubungan dengan Kurang pengetahuan (Proses penyakit) dikarenakan pasien saat ditanya tentang penyakitnya belum memahami dan tidak tau cara pencegahannya
2. Resiko infeksi dengan factor resiko agen cedera fisik (Tindakan infasif) dilakukan tindakan pemasangan infus intra vena menggunakan abocat

22

3. Perencanaan

Intervensi yang di lakukan berdasarkan masing – masing diagnosa keperawatan yang ditemukan penulis selama mengasuh kasus kelolaan pada pasien Bp. D adalah :

1. Nyeri akut berhubungan dengan Agen cedera biologis (iritasi mukosa lambung)
 - a. Observasi tingkat nyeri klien secara konferhensif baik meliputi frekuensi, lokasi, intensitas, reaksi.
 - b. Observasi tanda- tanda vital
 - c. Ajarkan teknik relaksasi nafas dalam
 - d. Edukasi keluarga untuk terlibat dalam asuhan keperawatan
 - e. Jelaskan sebab - sebab nyeri kepada klien
 - f. Kolaborasi pemberian analgesik

Dari intervensi 1-6 dilakukan sesuai teori

Intervensi yang direncanakan antara kasus dengan teori sudah sesuai dengan teori adalah observasi tingkat nyeri pasien, observasi tanda –tanda vital, mengkaji tanda – tanda vital, mengajarkan teknik nafas dalam,

melibatkan keluarga dalam memberikan asuhan keperawatan, menjelaskan penyebab nyeri, dan kolaborasi dengan dokter untuk pemberian analgesic.

2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan Menurunnya nafsu makan mual, muntah
 - a. Observasi kebutuhan nutrisi pasien seperti makan dan minum
 - b. Kaji nafsu makan.klien.
 - c. Kaji hal-hal yang menyebabkan klien malas makan
 - d. Anjurkan klien untuk makan porsi sedikit tapi sering.
 - e. Anjurkan dan ajarkan melakukan kebersihan mulut sebelum makan.
 - f. Kolaborasi dengan tim gizi dalam pemberian TKTP.

Dari intervensi 1-6 dilakukan sesuai teori

Intervensi yang direncanakan antara kasus dengan teori sudah sesuai dengan teori adalah observasi kebutuhan nutrisi pasien, mengkaji nafsu makan pasien, mengkaji hal – hal yang menyebabkan klien malas makan, menganjurkan pasien untuk makan porsi sedikit tapi sering, mengedukasi pasien untuk menjaga kebersihan mulut sebelum makan dan sesudah makan, kolaborasi dengan tim gizi untuk memeberikan diit TKTP.

3. Defisit pengetahuan berhubungan dengan Kurang pengetahuan (Proses penyakit)
 - a. Observasi kemampuan klien dalam pemahaman tentang penyakitnya
 - b. Bantu klien dalam pembentukan diit yang tepat
 - c. Demontrasikan terhadap pasien tentang penyakitnya

- d. Beri informasi atau pengetahuan terhadap pasien untuk melakukan gaya hidup sehat
- e. Kolaborasi dengan keluarga untuk membantu klien hidup sehat

Dari intervensi 1-5 dilakukan sesuai teori

Intervensi yang direncanakan antara kasus dengan teori sudah sesuai dengan teori adalah observasi kemampuan klien tentang pemahaman tentang penyakitnya, bantu klien dalam membentuk diet yang tepat, memberikan pendidikan kesehatan tentang penyakit dan melakukan gaya hidup sehat, dan kolaborasi dengan keluarga untuk membantu klien hidup sehat.

4. Resiko infeksi dengan factor resiko agen cedera fisik (Tindakan infasif)
 - a. Observasi keadaan umum pasien
 - b. Observasi tanda tanda infeksius secara konprehensif
 - c. Awasi tanda vital, perhatikan demam, menggigil, berkeringat, perubahan mental, meningkatnya nyeri abdomen
 - d. Lakukan pencucian tangan dengan baik sebelum kontak dengan klien
 - e. Lakukan prinsip septik dan antiseptik setiap tindakan
 - f. Berikan informasi yang tepat, jujur pada pasien/orang terdekat
 - g. Kolaborasi terhadap dokter untuk obat antibiotik sesuai indikasi

Dari intervensi 1-7 dilakukan sesuai teori

Intervensi yang direncanakan antara kasus dengan teori sudah sesuai dengan teori adalah observasi keadaan umum pasien, observasi tanda – tanda infeksi, awasi tanda vital, mengkaji tanda – tanda vital , melakukan

pencucian tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien, lakukan prinsip antiseptik, memberikan informasi kepada keluarga pasien dengan jujur, dan kolaborasi dengan dokter untuk pemberian antibiotic.

4. Implementasi

Tujuan dari pelaksanaan adalah membantu klien dalam mencapai tujuan yang ditetapkan yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit dan pemulihan kesehatan. Dalam pelaksanaan penulis melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana yang telah disusun.

Diagnosa :

1. Nyeri akut berhubungan dengan Agen cedera biologis (iritasi mukosa lambung)
 - a. Mengukur tanda – tanda vital pasien
TD : 100/70 mmHg
Nadi : 88x/menit
Respirasi : 24x/menit
Suhu : 37,1°C
 - b. Memberikan lingkungan yang nyaman
 - c. Mengobservasi pasien secara non verbal
2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan Menurunnya nafsu makan mual, muntah
 - a. Mengobservasi keadaan umum pasien
 - b. Mengobservasi kebutuhan nutrisi pasien

- c. Menganti cairan infus di tangan kiri dengan faktor tetesan 20 tetes/ menit menggunakan cairan infus RL 500cc
 - d. Membantu pasien untuk makan siang
 - e. Memberikan injeksi Lansoprazole 30 mg melalui intravena
 - f. Memberikan obat oral Salofac dan curcuma
3. Defisit pengetahuan berhubungan dengan Kurang pengetahuan (Proses penyakit)
- a. Mengobservasi keadaan umum pasien
 - b. Mengobservasi pasien tingkat pengetahuan terhadap penyakitnya
 - c. Memberikan pendidikan kesehatan kepada pasien tentang penyakitnya
 - d. Memberikan informasi kepada pasien untuk hidup sehat
4. Resiko infeksi dengan factor resiko agen cedera fisik (Tindakan infasif)
- a. Mengobservasi keadaan umum pasien
 - b. Mengukur tanda – tanda vital
TD : 100 / 70 mmHg
Suhu : 37,1°C
Respirasi : 24 x/menit
Nadi : 88x/ menit
 - c. Menganti heparin pada tangan yang terpasang infus
 - d. Memberikan obat injeksi amoxicillin 1 gram melalui intra vena

5. Evaluasi

1. Nyeri akut berhubungan dengan Agen cedera biologis (iritasi mukosa lambung)

Dalam asuhan keperawatan yang dilakukan penulis selama 2 hari terdapat nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis (iritasi mukosa lambung) masalah ini teratasi sebagian dibuktikan dengan pasien merasakan nyeri perut berkurang.

2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan Menurunnya nafsu makan mual, muntah

Dalam asuhan keperawatan yang dilakukan penulis selama 2 hari terdapat ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan Menurunnya nafsu makan mual, muntah teratasi sebagian dibuktikan bahwa pasien saat makan sudah tidak mual lagi.

3. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang pengetahuan (Proses penyakit)

Dalam asuhan keperawatan yang dilakukan penulis selama 2 hari terdapat masalah defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang pengetahuan (proses penyakit) teratasi sebagian dibuktikan pada saat penulis melakukan pendidikan kesehatan pasien dapat memahami penyakitnya dengan menyebutkan penyebab penyakit yang dialaminya.

4. Resiko infeksi dengan factor resiko agen cedera fisik (Tindakan infasif)
Dalam asuhan keperawatan yang dilakukan penulis selama 2 hari terdapat masalah resiko infeksi belum teratasi dibuktikan dengan pasien masih terpasang infus intra vena.

3. Keterbatasan Studi Kasus

Pada studi kasus yang dilakukan oleh penulis selama 2 hari penulis menemukan hal – hal yang menghambat jalannya studi kasus yaitu jarak tempat praktek dan pasien masih belum memahami apa yang dijelaskan tentang penyakitnya

BAB IV

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Setelah melaksanakan Asuhan Keperawatan pada dengan pasien gastritis erosif selama 2 hari dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan yang terdiri dari: Pengkajian, diagnosa, perencanaan keperawatan, catatan perkembangan (pelaksanaan dan evaluasi) dan dokumentasi, maka penulis menarik kesimpulan bahwa kasus gastritis erosif dalam memberikan asuhan keperawatan perlu adanya intervensi. Adapun diagnosa yang muncul pada teori adalah :

1. Nyeri sehubungan dengan iritasi gastrium atau pengecilan kelenjar gastric Ansietas berhubungan dengan krisis situasional
2. Kekurangan volume cairan sehubungan dengan pemasukan cairan dan elektrolit yang kurang, muntah, perdarahan. Aktivitas intolerance berhubungan dengan kelemahan fisik.
3. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan intake yang tidak adekuat (Doengoes, 2000).

Diagnosa yang muncul saat studi kasus

1. Nyeri akut berhubungan dengan Agen cedera biologis (iritasi mukosa lambung)

2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan Menurunnya nafsu makan mual, muntah
3. Defisit pengetahuan berhubungan dengan Kurang pengetahuan (Proses penyakit)
4. Resiko infeksi dengan factor resiko agen cedera fisik (Tindakan infasif)
5. Setelah dilakukan tindakan keperawatan oleh Bp. D selama 2 hari dapat disimpulkan bahwa diagnosa yang muncul dalam teori dapat muncul pada saat tindakan keperawatan dan diagnose tambahan yang tidak muncul pada teori namun muncul pada saat melakukan tindakan keperawatan adalah Defisit pengetahuan berhubungan dengan Kurang pengetahuan (Proses penyakit) dengan adanya bukti bahawa pasien awalnya tidak memahami tentang penyakit yang dialaminya.

B. Saran

1. Bagi masyarakat
Penulis berharap agar masyarakat atau pasien dapat memahami penyakit dan melakukan hidup sehat disekitar lingkungannya
2. Pengembang Ilmu Kperawatan
Hasil studi kasus ini diharapkan dapat menambah keluasan ilmu terapan bidang keperawatan dalam memberi dan menjelaskan penyakit gastritis erosif.

3. Penulis

Hasil studi kasus ini diharapkan dapat memperoleh Pengalaman dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien gastritis erosif.

4. Bagi RS

Dalam memberikan pelayanan kesehatan terhadap pasien hendaknya tetap meningkatkan dan mempertahankan mutu pelayanan kesehatan yang baik.

DAFTAR PUSTAKA

- Asmadi. (2008). *Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta: EGC
- Doenges E.Maryln. (2000). *Rencana Asuhan Keperawatan*. Jakarta: EGC
- Doengoes, Marilyn.E.dkk.2006.*Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. Jakarta: Pusat Penerbitan Departemen Ilmu Penyakit Dalam FKUI
- Dr. W Herdin Sibuea dkk (2009). *Ilmu Penyakit Dalam*. Rineka Cipta . Jakarta
- Misnadiarly. (2009). *Mengenal Penyakit Organ Cerna: Gastritis (Dyspepsia atau maag), Infeksi Mycobacteria pada Ulser Gastrointestinal*. Jakarta: Pustaka Populer Obor.
- Mutakin Arif, Kumala Sari. *Gangguan Gastrointestinal Aplikasi Asuhan Keperawatan Medikal Bedah*. Salemba Medika. Jakarta. 2011
- Novita. (2018). “*Pengaruh lep wrapping di RSud Muntilan*”.*Jurnal*. (dipublikasikan)
- Price, Sylvia Anderson.(2008).*Patofisiologi: Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit , Edisi 6*.Jakarta:EGC
- Rudi H., (2012). *Keperawatan Medikal Bedah Sistem Pencernaan*. Yogyakarta : Gosyen Publisng.
- Rohman & Walid. (2012). *Proses Keperawatan: Teori dan Aplikasi*. Yogyakarta: AR- RUZZ MEDIA
- Smeltzer, Suzanne C. (2001). *Buku Ajar Keperawatan Medikal-Bedah Brunner & Suddarth*, Ed.8, EGC, Jakarta.
- Sudoyo Aru. (2009). *Buku ajar ilmu penyakit Dalam, jilid 1,2,3, edisi keempat*. Jakarta
- Wilkison, Judith M. (2016). *Diagnosa Keperawatan : Diagnosis NANDA Intervensi NIC Hasil NOC*. Jakarta: EGC
- <http://bangsalsehat.com/2017/12/pendahuluan-gastritis-erosif-lengkap-pdf-dan-doc.html?m=1>

LAMPIRAN

SATUAN ACARA PENYULUHAN

Bidang studi	: Penyakit Dalam
Topik	: Gastritis Erosif
Sasaran	: Pasien Penyakit Gastritis Erosif
Hari/Tanggal	: Juli 2018
Jam	:
Waktu	: 30 menit
Tempat	:

A. Latar belakang masalah

Dalam tubuh manusia banyak terdapat system yang saling kerja sama dalam mempertahankan kehidupan. Sistem pencernaan merupakan salah satu system yang penting dalam tubuh karena hasilnya nanti berupa energi yang sangat penting dalam proses metabolisme dan kelangsungan hidup setiap sel di tubuh. Dalam system pencernaan banyak organ-organ yang penting, salah satunya adalah lambung. Lambung nantinya terjadi pemecahan dan penyerapan karbohidrat dan lapisan ukosa lambung menghasilkan asam lambung (HCL) yang dalam kadar normalnya fungsinya sangat penting. Lambung (gaster) bisa mengalami kelainan seperti peradangan pada dinding lambung (gastritis) jika pola hidup seperti pola makan dan diet yang tidak normal atau mengkonsumsi jenis obat-obatan bisa mengakibatkan gastritis atau maag

B. TUJUAN INSTRUKSIONAL UMUM (TIU)

Setelah mengikuti kegiatan penyuluhan diharapkan dapat menginformasikan dan mengetahui tentang penyakit Gastritis Erosif

C. TUJUAN INSTRUKSIONAL KHUSUS (TIM)

Setelah mengikuti kegiatan penyuluhan diharapkan Pasien dapat menjelaskan kembali :

1. Pengertian Gastritis Erosif
2. Tanda dan gejala Gastritis Erosif
3. Penyebab Gastritis Erosif
4. Pengobatan atau penanganan Gastritis Erosif

D. STRATEGI PELAKSANAAN

Strategi yang digunakan dalam penyampaian penyuluhan ini berupa

1. ceramah dan
2. Tanya jawab

E. DAFTAR RENCANA PROSES PELAKSANAAN

NO	Waktu	Kegiatan Penyuluhan	Kegiatan Peserta
1	2 Menit	Pembukaan : Memberi Salam Menjelaskan tujuan Pembelajaran Menyebutkan materi/pokok bahasan yang akan disampaikan	- Menjawab Salam - Mendengarkan dan Memperhatikan

2	10 Menit	Pelaksanaan : Menjelaskan materi penyuluhan secara berurutan dan teratur	- Menyimak dan memperhatikan
		Materi : 1. Pengertian Gastritis Erosif 2. Tanda dan gejala Gastritis Erosif 3. Penyebab Gastritis Erosif 4. Pengobatan atau penanganan Gastritis Erosif	-Menyimak dan memperhatikan
3	6 Menit	Evaluasi : -Meminta saudara menjelaskan atau menyebutkan kembali : Pengertian Gastritis erosif Tanda dan gejala Gastritis erosif -Memberikan pujian atas keberhasilan menjelaskan pertanyaan dan memperbaiki kesalahan,serta menyimpulkan.	-Bertanya,dan menjawab pertanyaan
4	2 Menit	Penutup : -Mengucapkan terimakasih dan mengucapkan salam	-Menjawab salam

F. MEDIA PENYULUHAN

Media Penyuluhan yang digunakan:

1. Materi SAP
2. Power Point Presentation

G. METODE EVALUASI

- a. Metode Evaluasi : Tanya jawab
- b. Jenis Evaluasi :Lisan

H. KRITERIA EVALUASI

1. Pasien mampu memahami Pengertian Gastritis Erosif
2. Pasien mampu memahami Tanda dan gejala Gastritis Erosif
3. Pasien mampu memahami Penyebab Gastritis Erosif
4. Pasien mampu memahami Pengobatan atau penanganan Gastritis Erosif

Materi

1. Pengertian

Gastritis akut erosif adalah suatu peradangan permukaan mukosa lambung yang akut dengan kerusakan-kerusakan erosi. Disebabkan oleh kuman-kuman (misalnya pada pneumonia), virus (influenza, variola, morbili dan lain-lain) atau karena makanan-minuman (bahan-bahan kimia, arsen, plumbum, obat-obat yang mengandung salisilat, asam-basa kuat, $KMnO_4$ dan lain-lain). Terjadinya radang difus di mukosa lambung, dengan erosi-erosi yang mungkin berdarah. Sering kali nyeri epigastrium tiba-tiba dan hematemesis. Disebut erosif akibat kerusakan yang terjadi tidak lebih dalam dari pada mukosa muskularis. Suatu peradangan permukaan mukosa lambung yang akut dengan kerusakan erosi. Erosif karena perlukaan hanya pada bagian mukosa. bentuk berat dari gastritis ini adalah gastritis erosive atau gastritis hemoragik. Perdarahan mukosa lambung dalam berbagai derajat dan terjadi erosi yang berarti hilangnya kontinuitas mukosa lambung pada beberapa tempat. Penyakit ini dijumpai di klinik, sebagai akibat samping pemakaian obat, sebagai

penyakit-penyakit lain atau karena sebab yang tidak diketahui. Perjalanan penyakitnya biasanya ringan, walaupun demikian kadang-kadang menyebabkan kedaruratan medis, yakni perdarahan saluran cerna bagian atas. Penderita gastritis akut erosif yang tidak mengalami perdarahan sering diagnosis tidak tercapai. Untuk menegakkan diagnosa tersebut diperlukan pemeriksaan khusus yang sering dirasakan tidak sesuai dengan keluhan penderita yang ringan saja.(Asmadi,2008)

2. Etiologi

Gastritis akut erosif dapat timbul tanpa diketahui sebabnya. Penyebab yang sering dijumpai ialah :

- a. Obat analgesik-antiinflamasi, terutama aspirin. Aspirin dalam dosis rendah sudah dapat menyebabkan erosi mukosa lambung.
- b. Bahan kimia misalnya lisol
- c. Merokok
- d. Alkohol
- e. Stres fisis yang disebabkan oleh luka bakar, sepsis, trauma, pembedahan, gagal pernafasan, gagal ginjal, kerusakan susunan saraf pusat.
- f. Refluks usus lambung
- g. Endotoksin .(Asmadi,2008)

3. Tanda dan Gejala

Gambaran klinis gastritis akut erosif sangat bervariasi, mulai dari yang sangat ringan asimtomatik sampai sangat berat yang dapat membawa kematian.

Manifestasi tersebut adalah:

- a. Muntah darah
- b. Nyeri epigastrium
- c. Neusa dan rasa ingin vomitus
- d. Nyeri tekan yang ringan pada epigastrium Pada pemeriksaan fisik biasanya tidak ditemukan kelainan, kecuali mereka yang mengalami perdarahan hebat hingga menimbulkan gangguan hemodinamik yang nyata seperti hipotensi, pucat, keringat dingin, takikardi sampai gangguan kesadaran.(Asmadi,2008)

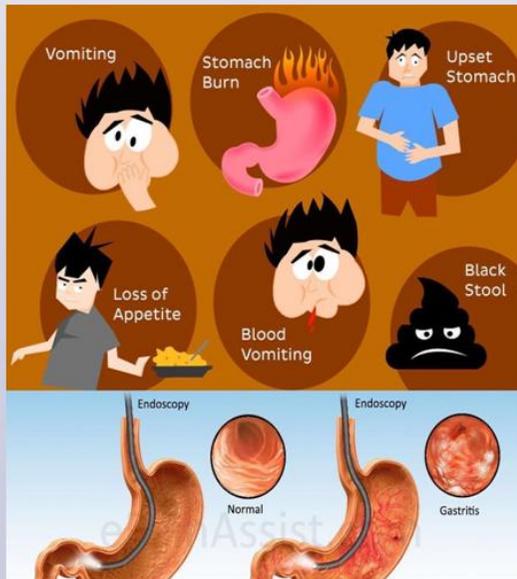
4. Penatalaksanaan Medis

- a. Istirahat baring
- b. Diet makanan cair, setelah hari ketiga boleh makan makanan lunak. Hindari bahan-bahan yang merangsang.
- c. Bila mual muntah, dapat diberikan antiemetik seperti dimenhidrinat 50 – 100 mg per-os atau klorpromazin 10-20 mg per-os. Bila disebabkan oleh kuman-kuman, berikan antibiotika yang sesuai.
- d. Bila nyeri tidak hilang dengan antasida, berikan oksitosin tablet 15 menit sebelum makan.
- e. Berikan obat antikolinergik bila asam lambung berlebihan. (Asmadi,2008)

Komplikasi

Komplikasi dari gastritis erosif :

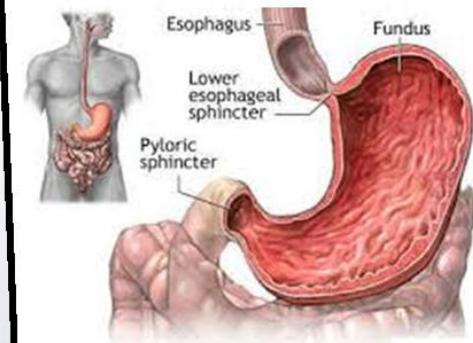
- 1. Perdarahan saluran cerna bagian atas yang merupakan kedaruratan medis. Kadang-kadang perdarahannya cukup banyak sehingga dapat menyebabkan kematian.**



CARA PENANGANAN

- 1. Istirahat baring**
- 2. Diet makanan cair, setelah hari ketiga boleh makan makanan lunak. Hindari bahan-bahan yang merangsang.**
- 3. Bila mual muntah, dapat diberikan antiemetik seperti dimenhidrinat 50 – 100 mg per-os atau klorpromazin 10-20 mg per-os. Bila disebabkan oleh kuman, berikan antibiotika yang sesuai.**
- 4. Bila nyeri tidak hilang denga**

Gastritis Erosif



Dwi Siswandana

P07120117045

DEPARTEMEN KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN

APA ITU GASTRITIS EROSIF????

Gastritis akut erosif adalah suatu peradangan permukaan mukosa lambung yang akut dengan kerusakan-kerusakan erosi. Disebabkan oleh kuman-kuman (misalnya pada pneumonia), virus (influenza, variola, morbili dan lain-lain) atau karena makanan-minuman bahan-bahan kimia,

PENYEBAB

1. Obat analgesik-antiinflamasi, terutama aspirin
2. Bahan kimia misalnya lisol
3. Merokok
4. Alkohol
5. Stres fisik
6. Refluks usus lam-



TANDA DAN GEJALA



1. Muntah darah
2. Nyeri epigastrium
3. Neusa dan rasa ingin vomitus
4. Nyeri tekan yang ringan pada epigastrium Pada pemeriksaan fisik biasanya tidak ditemukan kelainan, kecuali mereka yang mengalami perdarahan hebat hingga menimbulkan gangguan hemodinamik yang nyata

PENCEGAHAN

1. makan yang teratur
2. Hindari Alkohol
3. Makan dalam porsi kecil dan sering
4. Menghindari stress
5. Mengunyah makanan selama 32x
6. Menghindari untuk merokok