**BAB IV**

**PEMBAHASAN**

 Pada bab ini penulis akan membandingkan dan menganalisa antar teori dengan kasus yang telah dibahas pada bab III mengenai Asuhan Keperawatan Pada Tn. I dengan Kasus Gangguan Sistem Pencernaan: Gastritis di Ruang III RS.Angkatan Laut Komang Makes Belawan. Adapun yang akan dibahas dalam bab ini meliputi kesamaan, kesenjangan antara teori dan kasus yang ditemukan pada klien Tn. I terjadinya penyakit hingga memunculkan diagnosa keperawatan pada pasien Gastritis Asuhan keperawatan yang dilakukan selama 3 (tiga) hari yaitu terhitung mulai tanggal 17 Juni 2019 – 19 Juni 2019.

 Prinsip dari pembahasan ini dengan memfokuskan kebutuhan dasar manusia di dalam asuhan keperawatan. Ruang lingkup pembahasan ini meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi.

**4.1. Pengkajian.**

 Pengkajian adalah proses pengumpulan data secara sistematis yang bertujuan untuk menentukan status kesehatan dan fungsional klien pada saat ini dan waktu sebelumnya, serta untuk menentukan pola respon klien saat ini dan waktu sebelumnya (Potter dan Perry, 2009). Dari pengkajian Tn. I ditemukan hasil yaitu keluhan utama Klien mengatakan nyeri abdomen bagian kiri atas. Dengan riwayat keluhan utama Klien mengatakan sudah merasakan nyeri abdomen sejak satu hari yang lalu sebelum di rawat di RS yaitu klien mengatakan nyeri terjadi saat telat makan dan yang pedis, nyeri seperti ditusuk-tusuk dan hilang timbul, pada daerah perut kiri atas, dengan skala nyeri 5 (sedang), klien mengatakan tidak paham penyakit apa yeng di deritanya saat ini. Upaya yang dilakukan klien untuk mengurangi rasa nyeri mengurangi bergerak dan minum air, namun hanya berefek sementara saja. Dari hasil pemeriksaan dokter, Tn. I di diagnosa gastritis.

 Disamping itu, ditemukan juga pada data psikologis klien mengatakan tidak paham tentang penyakit penyakitnya saat ini, klien terilhat bingung dan gelisah serta selalu bertanya tentang kondisinya. Klien mengatakan tidak mengerti cara pengobatan yang diberikan untuk penyembuhan penyakitnya dan klien mengatakan berharap bias cepat sembuh dan bisa beraktivitas seperti biasanya. Hal ini tidak ada kesenjangan yang didapatkan oleh penulis antara data yang didapatkan melalui hasil pengkajian dengan teori tentang gejala dan tanda pada klien dengan gastritis akut. dikarenakan dalam setiap perjalanan penyakit akan berdampak pada fisik maupun psikologis klien.

 Tanda dan gejala gastritis akut pada anamnesis biasanya didapatkan keluhan abdomen yang tidak jelas seperti mual, muntah dan anoreksia sehingga menyebabkan pemenuhan kebutuhan nutrisi harian berkurang, intake nutrisi tidak adekuat, kehilangan cairan dan elektrolit. Pada beberapa orang didapat keluhan yang lebih berat seperti nyeri epigastrium, muntah, perdarahan dan hematemesis yang menimbulkan manifestasi kecemasan secara individu (Muttaqin, 2011).

 Pemeriksaan fisik adalah mengukur tanda-tanda vital dan *head to toe.* Pemeriksaan fisik *head to toe* yaitu menggunakan tekhnik inspeksi(menggunakan indra penglihatan) memerlukan bantuan pencahayaan yang baik dan pengamatan yang teliti. Palpasi menggunakan serabut saraf sensoris di permukaan tangan untuk mengetahui kelembaban, suhu, tekstur, adanya masa dan penonjolan, lokasi dan ukuran organ serta pembengkakan. Perkusi, pemeriksaan ini menggunakan prinsip vibrasi dan getaran udara dilakukan dengan mengetuk permukaan tubuh dengan tangan pemeriksa. Auskultasi, menggunakan indra pendengaran bisa menggunakan alat bantu stetoskop ataupun tidak (Debora, 2011). Dari hasil pengkajian yang didapatkan penulis saat dilakukan pemeriksaan fisik keadaan umum Tn. I Keadaan umum lemah Tingkat kesadaran *composmentis*, TTV : TD 100/70 mmHg, N 88x/menit, S 37ºC, P 20x/menit, Berat badan 55 kg dan tinggi badan 157 cm.

 Pemeriksaan *body system*: Pernafasan (B1: *Breathing*) Klien mengatakan tidak ada keluahan pada pernafasan. Cardiovaskuler (B2: *Bleeding*) Tidak ada nyeri tekan ictus cordis teraba jelas tiga jari dibawah putting susu. Perkusi dada redup. Suara jantung : normal S1 dan S2 tunggal regular. Klien mengatakan tidak ada keluahan pada jantung. Persyarafan (B3: *Brain*) *Glasgow Coma Scale* (GCS) 15 (E : 4, V : 5, M : 6), Klien nampak meringis, fungsi pendengaran normal, fungsi penciuman normal, fungsi pengecapan normal, fungsi penglihatan normal. Perkemihan-Eliminasi (B4: *Bladder*) Klien mengatakan tidak ada gangguan pada pola eliminasi urine. Pencernaan-Eliminasi (B5: *Bowel*) nyeri pada abdomen kuadran kiri atas, klien mengatakan kurang nafsu makan, klien mengatakan mual dan muntah. Tulang-Otot-Integumen (B6: *Bone*) Pergerakan sendi klien terbatas dengan kekuatan otot kiri dan kakan 5/5, tonus ototnya baik. Klien mengatakan kesulitan untuk bergerak karena merasakan nyeri pada abdomen, klien mengatakan nyeri abdomen saat bergerak.

* 1. **Diagnosa Keperawatan**

 Diagnosa keperawatan adalah pernyataan yang menguraikan respon aktual atau potensial pasien terhadap masalah kesehatan yang perawat mempunyai izin dan berkompeten untuk mengatasinya. Respon aktual dan potensial pasien didapatkan dari data dasar pengkajian, tinjauan literatur yang berkaitan, catatan medis pasien masa lalu dan konsultasi dengan profesional lain (Nurarif .A.H, 2015). Diagnosa keperawatan pada gastritis meliputi :

* + 1. Nyeri akut berhubungan dengan Agen injuri (biologi, kimia, fisik, psikologis), kerusakan jaringan.
		2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh Berhubungan dengan : Ketidakmampuan untuk memasukkan atau mencerna nutrisi oleh karena faktor biologis, psikologis atau ekonomi.
		3. Devisit volume cairan berhubungan dengan: kehilangan volume cairan secara aktif kegagalan mekanisme pengaturan.
		4. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan tirah baring atau imobilisasi kelemahan menyeluruh, ketidakseimbangan antara suplei oksigen dengan kebutuhan, gaya hidup yang dipertahankan.
		5. Ansietas/Kecemasan berhubungan dengan Faktor keturunan, Krisis situasional, Stress, perubahan status kesehatan, ancaman kematian, perubahan konsep diri, kurang pengetahuan dan hospitalisasi
		6. Dervisiensi pengetahuan berhubungan dengan keterbatasan kognitif, interpretasi terhadap informasi yang salah, kurangnya keinginan untuk mencari informasi, tidak mengetahui sumber-sumber informasi.

 Berdasarkan data hasil pengkajian pada Tn. I dengan keluhan utama Klien mengatakan nyeri abdomen bagian kiri atas,mual dan muntah maka di tegakkan diagnosa utama yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen injuri, nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, adanya keluhan pada data psikologis klien mengatakan tidak paham tentang penyakit penyakitnya saat ini, klien mengatakan tidak mengerti cara pengobatan yang diberikan untuk penyembuhan penyakitnya dan klien mengatakan berharap bisa cepat sembuh dan bisa beraktivitas seperti biasanya sehingga di tegakkan pula diangnosa keperawatan Dervisiensi pengetahuan berhubungan dengan keterbatasan kognitif dan kurangnya keinginan untuk mencari informasi.

 Dari data pengkajian dan penegakkan diagnosa keperawatan tersebut tidak terdapat kesenjangan antara kasus dan teori dimana diagnosa keperawatan yang telah ditemukan pada kasus Tn. I terdapat dalam teori namun tidak memuat diagnosa keperawatan secara keseluruhan seperti: Devisit volume cairan berhubungan dengan: kehilangan volume cairan secara aktif kegagalan mekanisme pengaturan. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan tirah baring atau imobilisasi kelemahan menyeluruh, ketidakseimbangan antara suplei oksigen dengan kebutuhan, gaya hidup yang dipertahankan. Ansietas/Kecemasan berhubungan dengan faktor keturunan, Krisis situasional, Stress, perubahan status kesehatan, ancaman kematian, perubahan konsep diri, kurang pengetahuan dan hospitalisasi. Hal ini terjadi karena tidak ada data pendukung saat pengkajian untuk menegakan diagnosa kepearawatan tersebut. Setiap klien mempunyai daya presepsi pemahaman tentang kesehatan dan penyakit yang berbeda-beda dan juga dipengaruhi kemampuan tubuh untuk merespon penyebab suatu penyakit yang dialami pasien (Nikmatur rohmah, 2009).

# Intervensi Keperawatan

 Berdasarkan diagnosa keperawatan yang telah dirumuskan, penulis menyusun kriteria hasil yang berpedoman pada *SMART* yaitu S (*Specific*) dimana tujuan harus spesifik dan tidak menimbulkan arti ganda, M (*Measurable*) dimana tujuan keperawatan harus dapat diukur khususnya tentang perilaku pasien (dapat dilihat, didengar, diraba, dirasakan), A (*Achievable*) dimana harus dapat dicapai, R (*Reasonable*) dimana tujuan harus dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah, T (*Time*) dimana mempunyai batasan waktu yang jelas (Nursalam, 2008).

 Perencanaan keperawatan adalah sesuatu yang telah dipertimbangkan secara mendalam, tahap yang sistematis dari proses keperawatan meliputi kegiatan pembuatan keputusan dan pemecahan masalah dalam perencanaan keperawatan. Dalam perawat menetapkannya berdasarkan hasil pengumpulan data dan rumusan masalah keperawatan yang merupakan petunjuk dalam membuat tujuan dan asuhan keperawatan untuk mencegah, menurunkan atau mengeliminasi masalah kesehatan klien (Nurarif .A.H, 2015).

 Intervensi keperawatan adalah panduan untuk perilaku spesifik yang diharapkan dari klien atau tindakan yang harus dilakukan oleh perawat. Intervensi dilakukan dengan ONEC yaitu (*Observasi*) adalah rencana tindakan mengkaji atau melaksanakan observasi terhadap kemajuan klien untuk memantau secara langsung yang dilakukan secara kontinue, (*Nursing*) adalah rencana tindakan yang dilakukan untuk mengurangi, memperbaiki dan mencegah perluasan masalah, (*Education*) adalah rencana tindakan yang berbentuk pendidikan kesehatan, dan (*Colaboration*) adalah tindakan medis yang dilimpahkan pada perawat (Rohman, 2012).

 Rencana keperawatan yang dilakukan oleh penulis berdasarkan *Nursing Outcome Classification* (NOC) dan *Nursing Intervention Clasification* (NIC) antara lain pada diagnosa utama yaitu nyeri akut berhubungan dengan Agen injuri, dengan tujuan: *pain level, pain control, comfort level*, dan kriteria hasil: Keadaan umum baik, mampu mengontrol nyeri, skala nyeri ringan (0-2). Intervensi yang dilakukan adalah : lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi, observasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan, gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien, kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan, ajarkan tentang teknik non farmakologi, berikan analgetik untuk mengurangi nyeri, evaluasi keefektifan kontrol nyeri,tingkatkan istirahat, kolaborasikan dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil.

 Rencana keperawatan yang dilakukan penulis pada diagnosa keperawatan kedua yaitu 1. Diskusikan bersama pasien mengenai hubungan antara intake makanan, latihan, peningkatan BB dan penurunan BB, 2. diskusikan bersama pasien mengani kondisi medis yang dapat mempengaruhi BB, 3. Diskusikan bersama pasien mengenai kebiasaan, gaya hidup dan factor herediter yang dapat mempengaruhi BB, Diskusikan bersama pasien mengenai risiko yang berhubungan dengan BB berlebih dan penurunan BB, Berikan makanan yang terpilih ( sudah dikonsultasikan dengan ahli gizi).

 Rencana keperawatan yang dilakukan penulis pada diagnosa ketiga yaitu defisiensi Pengetahuan berhubungan dengan keterbatasan kognitif dan kurangnya keinginan untuk mencari informasi, dengan Tujuan : *Kowlwdge : disease process, Kowledge : health Behavior*. Kriteria Hasil : pasien dan keluarga menyatakan pemahaman tentang penyakit, kondisi, prognosis dan program pengobatan, pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara benar. Intervensi yang dilakukan adalah Berikan penilaian tentang tingkat pengetahuan pasien tentang proses penyakit yang spesifik, Jelaskan patofisiologi dari penyakit dan bagaimana hal ini berhubungan dengan anatomi dan fisiologi, dengan cara yang tepat, Gambarkan tanda dan gejala yang biasa muncul pada penyakit, dengan cara yang tepat, Gambarkan proses penyakit, dengan cara yang tepat, Identifikasi kemungkinan penyebab, dengna cara yang tepat, Sediakan informasi pada pasien tentang kondisi, dengan cara yang tepat, Hindari harapan yang kosong, Sediakan bagi keluarga informasi tentang kemajuan pasien dengan cara yang tepat, diskusikan perubahan gaya hidup yang mungkin diperlukan untuk mencegah komplikasi di masa yang akan datang dan atau proses pengontrolan penyakit, Rujuk pasien pada grup atau agensi di komunitas lokal, dengan cara yang tepat.

# Implementasi Keperawatan

 Implementasi, yang merupakan komponen dari proses keperawatan, adalah kategori dari perilaku keperawatan dimana tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dan hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan dilakukan dan diselesaikan (Wijayaningsih, 2013).

 Implementasi keperawatan ini akan merumuskan repon terhadap implementasi yang diberikan kepada klien untuk melanjutkan proses keperawatan yang telah ada. Seperti ditemukan pada respon di hari pertama tindakan keperawatan pada Tn. I tanggal 17 Mei 2019 yang belum menunjukan perubahan dalam tindakan keperawatan sehingga intervensi keperawatan tetap dilaksanakan dan pada tanggal 17 Mei 2019 terjadi perubahan kesehatan pada klien dan implementasi keperawatan tetap dipertahankan

# Evaluasi

 Langkah evaluasi dari proses keperawatan mengukur respons klien terhadap tindakan keperawatan dan kemajuan klien kea rah pencapaian tujuan. Evaluasi terjadi kapan saja perawat berhubungan dengan klien. Penekanannya adalah pada hasil klien. Perawat mengevaluasi apakah perilaku klien mencerminkan suatu kemunduran atau kemajuan dalam diagnose keperawatan (Wijayaningsih, 2013). Pada saat akan melakukan pendokumentasian, menggunakan SOAP, yaitu :

S : Data subyektif merupakan masalah yang diutarakan klien

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

A : Analisis dan diagnosa.

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

 Evaluasi hasil Diagnosa utama nyeri akut dengan data *subyektif* : klien mengatakan nyeri mulai berkurang, klien mengatakan nyerinya hilang timbul perlahan berkurang. *Obyektif* : keadaan umum baik, klien nampak tenang, palpasi nyeri abdomen, skala nyeri 4 (sedang), TTV : TD : 110/70 mmHg, nadi : 84 kali/menit, pernapasan : 20 kali/menit, suhu : 370C. *Asesment* : masalah teratasi sebagian. *Planing* : intervensi dilanjutkan.

 Diagnosa kedua yaitu ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh. Klien mengatakan sudah tidak mual dan muntah, keadaan umum baik intervensi dilanjutkan dan untuk diagnosa ketiga devisiensi pengetahuan dengan data. *Subyektif* : klien mengatakan mengerti sedikit tentang penyakitnya, klien mengatakan berharap ingin cepat sembuh dan bisa pulang. *Obyektif* : keadaan umum baik, klien terlihat tenang, klien kooperatif dalam komunikasi, klien dapat menyebutkan tetang proses penyakitnya yang telah di berikan pendidikan kesehatan. *Asesment* : masalah teratasi sebagian. *Planing* : intervensi dilanjutkan.

 Pada teori maupun kasus dalam membuat evaluasi berdasarkan tujuan dan kriteria hasil yang dicapai. Dimana pada kasus penulis memerlukan evalusi dari tindakan keperawatan yang dilakukan selama 3 hari terhitung mulai tanggal 17 Juni – 19 Juni 2019 selama 3x24 jam.

# BAB V

**KESIMPULAN DAN SARAN**

* 1. **Kesimpulan**

 Setelah mempelajari teori-teori dari pengalaman langsung di lahan npraktek melalui studi kasus serta kesenjangan yang terjadi antara teori dan praktek tentang teori penyakit Gastritis pada Tn. I maka penulis dapat menarik kesimpulan sebagai berikut :

* + 1. Hasil pengkajian pada pada Tn. I pada tanggal 17 Mei 2019 di ruang III RS. Angkatan Laut Komang Makes dengan menganalisa data yang ditemukan antara lain, data subyektif: klien mengatakan nyeri abdomen bagian kiri atas, klien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk dan hilang timbul, klien mengatakan nyeri terjadi saat telat makan dan yang pedis, klien mengatakan nyeri terjadi pada daerah perut kiri atas, klien mengatakan tidak paham tentang penyakit penyakitnya saat ini, klien mengatakan tidak mengerti cara pengobatan yang diberikan untuk penyembuhan penyakitnya, klien mengatakan berharap bisa cepat sembuh dan bisa beraktivitas seperti biasanya. Data obyektif: keadaan umum lemah, klien nampak meringis, palpasi: nyeri pada abdomen kuadran kiri atas, klien nampak gelisah, klien selalu bertanya tentang kondisinya, klien terilhat bingung, skala nyeri 5 (sedang), TTV : TD : 100/70 mmHg, N: 88x/menit, S: 37ºC, P: 20x/menit
		2. Diagnosa keperawatan yang ditemukan saat dilakukan pengkajian dan menyimpulkan analisa data pada Tn. I adalah nyeri akut berhubungan dengan agen injur, ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh dan devisiensi pengetahuan berhubungan dengan keterbatasan kognitif dan kurangnya keinginan untuk mencari informasi.
		3. Perencanaan tindakan keperawatan dilakukan secara komprehensif terstruktur masalah keperawatan tersebut. Mulai kegiatan intervensi ini meliputi: memprioritaskan masalah, merumuskan tujuan, kriteria hasil serta tindakan keperawatan, pelaksanaan implementasi keperawatan yang akan dilaksanakan sesuai rencana intervensi keperawatan, dan tidak adanya kesenjangan antara teori dengan studi kasus untuk implementasi keperawatan dan pada tahap evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperaatan yang digunakan untuk menilai tingkat keberhasilan asuhan keperawatan atas tindakan yang diberikan
		4. Implementasi dan evaluasi keperawatan ini akan merumuskan repon terhadap implementasi yang diberikan kepada klien untuk melanjutkan proses keperawatan yang telah ada. Seperti ditemukan pada respon di hari pertama tindakan keperawatan pada Tn. I tanggal 17 Mei 2019 yang belum menunjukan perubahan dalam tindakan keperawatan sehingga intervensi keperawatan tetap dilaksanakan dan pada tanggal 17 Mei sampai 19 Mei 2019 terjadi perubahan kesehatan pada klien dan implementasi keperawatan tetap dipertahankan, Dimana pada kasus penulis memerlukan evalusi dari tindakan keperawatan yang dilakukan selama 3 hari terhitung mulai tanggal 17 Mei 2019 sampai 19 Mei 2019 selama 3x24 jam. Ke dua diagnosa keperawatan pada studi kasus taratasi sebagian dan intervensi tetap dipertahankan, selama studi kesus dilaksanakan klien dan keluarga sangat kooperatif serta adanya kerjasama yang baik dengan tim medis lain dan petugas ruangan.

# Saran

* + 1. **Bagi Penulis**

Diharapkan penulis dapat menggunakan atau memanfaatkan waktu seefektif mungkin sehingga dapat memberikan asuhan keperawatan pada pasien secara menyeluruh.

* + 1. **Bagi Masyarakat/Pasien**

Diharapkan pasien dan keluarga dapat meningkatkan pengetahuan tentang penyakit gastritis akut sehingga dapat dilakukan pencegahan lebih dini.

* + 1. **Bagi Institusi Pendidikan**

Merupakan proses pembelajaran bagi mahasiswa untuk mengembangkan ilmu pengetahuan dan keterampilannya melalui praktek klinik keperawatan.

* + 1. **Bagi Rumah Sakit**

Sebagai data tambahan bagi pihak rumah sakit khusunya dalam proses asuhan keperawatan pasien Gastritis serta agar lebih meningkatkan pendidikan dan penyuluhan kesehatan tentang penanganan Gastritis.