

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil

1. Gambaran Lokasi Penelitian

Penelitian studi kasus ini dilaksanakan diruang rawat inap melati yang mana ialah ruang rawat inap khusus anak di RSUD Abdoel Wahab Sjahranie Samarinda yang lokasinya ada di Jalan Palang Merah No.1, Sidodadi, Kec. Samarinda Ulu, Kota Samarinda, Kalimantan Timur.

2. Pengkajian

a. Identitas pasien

Pasien dengan nama An. M dengan jenis kelamin perempuan, lahir pada tanggal 10 Mei 2018, beragama islam, belum sekolah, nomor RM 01.30.45.55 dengan diagnosa medik gastritis. Merupakan anak dari Tn. S usia 38 tahun, agama islam, pekerjaan swasta dan Ny. L usia 35 tahun, agama islam, pekerjaan IRT.

b. Hasil pengkajian

Dari hasil anamnesa yang dilakukan pada tanggal 22 November 2022 terhadap pasien dan keluarga pasien didapatkan identitas pasien dengan nama An. M berusia 4 tahun 6 bulan, serta jenis kelamin perempuan, masuk rumah sakit di tanggal 22 November 2022 dengan diagnosa medis gastritis.

Dalam mengkaji riwayat kesehatan, keluhan utama pasien yang didapatkan yaitu nyeri ulu hati, demam, mual dan muntah, sulit

BAB, terdapat keluhan nafsu makan berkurang. Sedangkan pada pengkajian riwayat penyakit terdahulu ditemukan pasien mengalami diare dan tidak ada riwayat penyakit keluarga.

c. Keluhan utama

1) Saat masuk rumah sakit :

Demam mulai kemaren, merasa mual, muntah total 10 kali dalam sehari, merasakan nyeri pada perut.

2) Saat dikaji :

Pada tanggal 22 November pasien mengeluh demam dengan suhu 38,2°C, kulit wajah memerah, perut kembung, merasa mual dan muntah berkurang, tidak nafsu makan akibat merasa mual, dan sulit BAB. Pasien mengeluh nyeri saat terlambat makan, nyeri terasa panas dan seperti terbakar, skala nyeri 4. nyeri tekan di ulu hati, dan nyeri dirasakan hilang timbul.

3) Riwayat penyakit sekarang :

Sebelum ke rumah sakit pasien demam tapi tidak dibawa ke rumah sakit. Keesokan harinya pasien mengeluh nyeri di perut bagian atas sehingga orang tua pasien membawa pasien ke IGD. Pasien datang ke IGD pada tanggal 22 November dengan keluhan demam mulai kemaren, nyeri ulu hati, mual, muntah total 10x hingga akhirnya pasien dipindahkan ke ruang rawat inap melati.

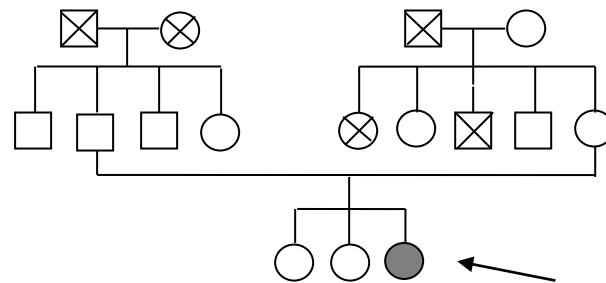
4) Riwayat penyakit keluarga :

Tidak ada

5) Riwayat penyakit terdahulu :

Pasien memiliki riwayat penyakit diare, pasien belum pernah mengalami gastritis sebelumnya.

d. Genogram :



Ket : □ Laki-laki ✕ Meninggal dunia
 ○ Perempuan | Garis keturunan
 ● Pasien — Garis perkawinan

e. Imunisasi

- 1) BCG (1 kali) : Lengkap
- 2) DPT (3 kali) : Lengkap
- 3) Polio (4 kali) : Lengkap
- 4) Hepatitis B (3 kali) : Lengkap
- 5) Campak (1 kali) : Lengkap

f. Riwayat aktivitas/kebutuhan sehari-hari

- 1) Nutrisi/hidrasi

Ibu pasien mengatakan jika di rumah pasien makan 3 kali sehari dengan porsi yang banyak. Tidak ada jenis pantangan makanan maupun minuman. Di rumah pasien kurang makan sayur dan buah. Saat di rumah sakit nafsu makan anak berkurang karena merasa mual dan muntah sehingga frekuensi makannya berkurang. Porsi makan yang dihabiskan pun hanya $\frac{1}{4}$ porsi dari yang disediakan rumah sakit.

2) Istirahat dan tidur

Ibu pasien mengatakan tidak ada perbedaan jam tidur saat pasien berada di rumah maupun di rumah sakit, rata-rata jam tidur pasien 8-10 jam sehari. Saat di rumah pasien bermain dengan teman di sekitar rumahnya sedangkan di rumah sakit pasien hanya menonton youtube menggunakan handphone.

3) Kebersihan

Ibu pasien mengungkapkan di rumah pasien rajin mandi satu hari sebanyak 2x dan keramas 2-3x seminggu. Saat di rumah sakit pasien hanya diseka-seka setiap paginya. Kuku bersih dan terpotong pendek. Keadaan genetalia bersih.

4) Eliminasi

Ibu pasien mengatakan pasien di rumah BAB hingga 1-3x seminggu dan BAK 3-4x sehari. Selama di rumah sakit frekuensi BAK tetap sama. Semenjak sehari sebelum masuk

rumah sakit pasien tidak ada BAB, sulit saat BAB dan perut terasa kembung.

g. Hasil observasi dan pemeriksaan fisik

1) Keadaan umum : Lemah

a) Kesadaran : Compos mentis

b) Tanda-tanda vital

TD : 96/72 mmHg

N : 133 x/mnt

P : 24 x/mnt

S : 38,2°C

2) Antropometri

BB : 11 kg

TB/PB : 98 cm

Lingkar perut : 44 cm

Lingkar lengan atas: 12 cm

Lingkar dada : 45 cm

3) Pemeriksaan Head to Toe

a) Kepala

Bentuk kepala oval, kepala bersih tidak ada luka, wajah memerah.

b) Rambut

Distribusi rambut merata, tekstur rambut halus tidak bercabang dan tidak ada ketombe.

c) Mata

Posisi mata normal, jarak kontus simetris, conjungtiva ananemis, sklera tidak aterik, kelopak mata normal, bulu mata lentik dan sedikit, lipatan epikantus normal.

d) Telinga

Daun telinga bersih, bentuk cuping telinga kecil, posisi telinga normal dan simetris, pendengaran baik.

e) Mulut

Mukosa bibir lembab, berwarna merah sehat, palatum berwarna pucat, lidah berwarna merah muda, keluaran saliva normal.

f) Hidung

Hidung simetris, terpasang tindakan invasif seperti NGT dan oksigen.

g) Leher

Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid.

h) Dada

Bentuk dada normal, gerakan dada simetris, tidak ada retraksi dinding dada, bunyi seluruh lapang paru sonor, suara nafas bronchovesikuler.

i) Abdomen

Abdomen simetris 4 kuadran, tidak ada bekas luka, tidak ada benjolan, bising usus 3x/menit, 4 kuadran abdomen

berbunyi tympani, terdapat nyeri skala 4 di kuadran kanan atas. Nyeri tekan di area epigastrium.

j) Anus

Tidak terdapat lecet/kemerahan.

k) Kulit/kuku

Warna kulit tidak pucat, turgor kembali dalam <2 detik, tekstur kulit halus, kuku/CRT <2 detik, kuku pendek dan bersih.

l) Urogenitalia

Urine berbau khas dan berwarna kuning, tidak terdapat tand-tanda infeksi.

m) Ekstremitas/Muskuloskeletal

Anak terpasang infuse cairan d5 ½ ns 10tpm, kekuatan otot

5	5
5	5

h. Hasil pemeriksaan diagnostik

Pemeriksaan laboratorium tanggal 23 November 2022

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Nilai Normal
Natrium	131	135-155 mmol/L
Kalium	4.1	3.6-5.5 mmol/L
Chloride	111	98-108 mmol/L
Ketone	+3	Negatif (-)
Warna	Kuning	Kuning
Kejernihan	Agak keruh	Jernih
pH	6.0	4.8-7.8
Leukosit	2-4	0-1
Eritrosit	0-1	0-1

3. Analisa Data dan Diagnosa Keperawatan

No.	Tanggal ditemukan	Data	Etiologi	Masalah
1.	22-11-2022	DS : Ibu pasien mengatakan anaknya mengeluh nyeri di perut P : nyeri saat terlambat makan Q : nyeri terasa panas dan seperti terbakar R : nyeri terasa di ulu hati S : skala nyeri 4 (nyeri sedang) T : nyeri hilang timbul DO : Pasien terus menekan bagian ulu hatinya Pasien terkadang meringis Pasien mengeluh sakit nyeri	Agen pencedera fisiologis	Nyeri akut
2.	22-11-2022	DS : Ibu pasien mengatakan anaknya muntah Pasien mengeluh mual Ibu pasien mengatakan nafsu makan pasien berkurang DO : Pasien tampak mual Perut kembung Pasien tampak berkeringat	Distensi lambung	Nausea
3.	22-11-2022	DS : Ibu pasien mengatakan anaknya tidak nafsu makan karena merasa mual	Ketidakmampuan mencerna makanan	Risiko defisit nutrisi

		DO : Porsi makan tidak habis a : BB = 11 kg, TB = 98 cm b : Hb = 12,1 g/dL, Ht = 37,1% c : pasien mual muntah d: diit makan bubur		
4.	22-11-2022	DS : Ibu pasien mengatakan pasien tidak ada BAB sudah 2 hari Ibu pasien mengatakan pasien kurang makan buah dan sayur DO : Perut kembung	Ketidacukupan asupan serat	Risiko konstipasi
5.	22-11-2022	DS : Ibu pasien mengatakan anaknya demam DO : N : 133x/mnt P : 24x/mnt S : 38,2°C Wajah memerah	Proses penyakit	Hipertermia

Tabel 4. 1 Analisa Data

Prioritas diagnosa keperawatan :

1. Nyeri akut berkaitan dengan agen pencedera fisiologis (D.0077)
 2. Nausea berkaitan dengan distensi lambung (D.0076)
 3. Hipertermia berkaitan dengan proses penyakit (D.0130)
 4. Risiko defisit nutrisi ditandai dengan ketidakmampuan mencerna makanan (D.0032)
 5. Risiko konstipasi ditandai dengan ketidakcukupan asupan serat (D.0052)
4. Perencanaan, Pelaksanaan dan Evaluasi
- a. Intervensi

Inisial klien : An. M

Dx. Medis : Gastritis

No. RM : 01.30.45.55

No.	Dx Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
1.	Nyeri Akut (D.0077) Definisi : Pengalaman sensorik ataupun emosional yang berhubungan pada rusaknya jaringan actual ataupun fungsional, dengan onset mendadak ataupun lambat serta memiliki intensitas ringan sampai berat yang	Tingkat Nyeri (L.08066) Setelah dilaksanakan intervensi keperawatan 3x24jam maka adanya penurunan nyeri dengan kategori hasil : 1. Keluhan nyeri dari skala 1 jadi skala 5 2. Meringis dari skala 1 jadi skala 5 3. Muntah dari skala 1 jadi	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi : 1.1 Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 1.2 Identifikasi skala nyeri 1.3 Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Terapeutik : 1.4 Berikan teknik nonfarmakologis agar berkurangnya rasa nyeri

	berjalan hampir 3 bulan.	<p>skala 5</p> <p>4. Mual dari skala 1 jadi skala 5</p> <p>Ket :</p> <p>1 meningkat</p> <p>2 cukup meningkat</p> <p>3 sedang</p> <p>4 cukup menurun</p> <p>5 menurun</p>	<p>1.5 Fasilitas istirahat serta tidur</p> <p>Edukasi :</p> <p>1.6 Jelaskan penyebab, periode, serta pemicu nyeri</p> <p>1.7 Ajarkan teknik nonfarmakologis agar berkurangnya rasa nyeri</p> <p>Kolaborasi :</p> <p>1.8 Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p>
2.	<p>Nausea (D.0076)</p> <p>Definisi : Perasaan tidak nyaman dibagian belakang tenggorok ataupun lambung yang bisa mengakibatkan muntah.</p>	<p>Tingkat Nausea (L.08065)</p> <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan 3x24 jam maka tingkat nausea menurun dengan kriteria hasil:</p> <p>1. Keluhan mual dari skala 1 jadi skala 5</p> <p>2. Perasaan ingin muntah dari skala 1 jadi skala 5</p> <p>Ket :</p> <p>1 meningkat</p> <p>2 cukup meningkat</p> <p>3 sedang</p> <p>4 cukup menurun</p> <p>5 menurun</p>	<p>Manajemen Mual (I.03117)</p> <p>Observasi :</p> <p>2.1 Identifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup</p> <p>2.2 Monitor mual</p> <p>Terapeutik :</p> <p>2.3 Kendalikan faktor lingkungan penyebab mual</p> <p>2.4 Mengurangi ataupun menghilangkan keadaan yang menyebabkan mual</p> <p>Edukasi :</p> <p>2.5 Dianjurkan beristirahat maupun tidur yang cukup</p> <p>2.6 Dianjurkan memakan makanan dengan karbohidrat yang tinggi serta lemak yang rendah</p> <p>Kolaborasi :</p>

			2.7 Kolaborasi pemberian antiemetik, jika perlu
3.	Hipertermia (D.0130) Definisi: Peningkatan suhu tubuh diatas batas normal	Termoregulasi (L.141342) Sesudah dilaksanakan intervensi keperawatan 3x24 jam maka termoregulasi membaik dengan kategori hasil : 1. Menggigil dari skala 1 jadi skala 5 2. Kulit merah dari skala 1 jadi skala 5 Ket : 1 meningkat 2 cukup meningkat 3 sedang 4 cukup menurun 5 menurun	Manajemen Hipertermia (I.15506) Observasi : 3.1 Monitor suhu tubuh 3.2 Monitor kadar elektrolit 3.3 Monitor haluaran urine Terapeutik : 3.4 Berikan cairan oral Edukasi : 3.5 Anjurkan tirah baring Kolaborasi : 3.6 Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu
4.	Risiko defisit nutrisi (D.0032) Definisi : Berisiko mengalami asupan nutrisi kurang dalam terpenuhinya kebutuhan metabolisme	Status Nutrisi (L.03030) Setelah dilaksanakan intervensi keperawatan 3x24jam maka status nutrisi menjadi baik dengan kategori hasil: 1. Porsi makan yang dihabiskan dari skala1 jadi skala 5 Ket : 1 menurun 2 cukup menurun	Manajemen Nutrisi (I.03119) Observasi : 4.1 Identifikasi alergi serta intoleransi makanan 4.2 Monitor asupan makanan Terapeutik : 4.3 Beri makanan dengan kandungan serat yang tinggi agar konstipasi dapat dicegah Edukasi : 4.4 Dianjurkan lebih baik duduk Kolaborasi : 4.5 Kolaborasi dengan

		3 sedang 4 cukup meningkat 5 meningkat	ahli gizi dalam penentuan jumlah kalori serta jenis nutrien yang diperlukan
5.	Risiko konstipasi (D.0052) Definisi : Berisiko mengalami frekuensi normal defekasi yang menurun beserta sultinya bahkan tidak lengkap mengeluarkan feses.	Eliminasi Fekal (L.04033) Sesudah dilaksanakan intervensi keperawatan 3x24 jam maka eliminasi fekal membaik dengan kategori hasil: 1. Kontrol pengeluaran feses dari skala 1 jadi skala 5 Ket : 1 menurun 2 cukup menurun 3 sedang 4 cukup meningkat 5 meningkat 2. Keluhan defekasi lama dan sulit dari skala 1 jadi skala 5 Ket : 1 meningkat 2 cukup meningkat 3 sedang 4 cukup menurun 5 menurun	Manajemen Konstipasi (I.04155) Observasi : 5.1 Periksa tanda serta gejala konstipasi 5.2 Periksa pergerakan usus, karakteristik feses (konsistensi, bentuk, volume, dan warna) Terapeutik : 5.3 Anjurkan diet tinggi serat Edukasi : 5.4 Jelaskan etiologi masalah dan alasan tindakan Kolaborasi : 5.5 Kolaborasi menggunakan obat pencahat, apabila diperlukan

Tabel 4. 2 Intervensi Keperawatan

b. Implementasi

Inisial klien : An. M

Dx. Medis : Gastritis

No. RM : 01.30.45.55

Tanggal/Jam	Implementasi	Evaluasi Respon	Paraf
Selasa, 22 November 2022 11.16	1.1 Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri	DS : P : nyeri saat terlambat makan Q : terasa panas dan terbakar R : nyeri di ulu hati S : skala nyeri 4 (nyeri sedang) T : nyeri hilang timbul DO : KU pasien lemah Pasien terlihat meringis saat nyerinya muncul	Suci
11.20			
11.30	2.1 Mengidentifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup	DS : Ibu klien mengatakan pasien kehilangan nafsu makan akibat mual DO : Porsi makan pasien tidak habis	Suci
	2.2 Memonitor mual	DS : Klien mengatakan rasa mual hilang timbul tanpa ada pemicu Ibu klien mengatakan rasa mual terjadi sekitar lima menit DO : -	Suci
11.35	4.1 Mengidentifikasi alergi dan intoleransi makanan	DS : Ibu klien mengatakan tidak ada alergi makanan Ibu klien	Suci

		menyampaikan pasien tak mempunyai pantangan pada jenis makanan tertentu DO : Pasien tak mempunyai Riwayat alergi	
11.40	4.2 Memonitor asupan makanan	DS : Ibu pasien menyampaikan memberi makan sesuai yang diberikan rumah sakit Ibu pasien menyampaikan klien masih tak memiliki nafsu makan DO : Pasien diit bubur	Suci
11.45	5.1 Memeriksa tanda dan gejala konstipasi	DS : Ibu klien mengatakan tidak ada BAB dari kemaren	Suci
11.50	5.3 Menganjurkan diet tinggi serat	DO : Perut teraba kembung Bising usus 3x/mnt DS : Keluarga mengungkapkan akan melaksanakan apa yang disarankan oleh perawat DO : Meminta keluarga untuk rajin memberikan klien buah dan membantu klien agar mau makan sayur	Suci
12.05	3.1 Memonitor suhu tubuh	DS : Ibu klien	Suci

		mengungkapkan anaknya demam DO : Suhu tubuh 38,2°C Pasien menggigil	
Rabu, 23 November 2022 08.52	1.6 Memberi penjelasan penyebab, periode, serta pemicu nyeri	DS : Keluarga pasien mengungkapkan mengerti apa yang sudah diberi tahu DO : Keluarga pasien terlihat menyimak dengan baik Keluarga banyak bertanya	Suci
09.10	1.8 Berkolaborasi dalam pemberian analgetic	DS : Ibu klien bertanya kegunaan obat analgetic yang diberikan DO : Memberikan injeksi ranitidine 10gr 2x1	Suci
09.21	2.1 Mengidentifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup	DS : Ibu klien mengatakan mual anaknya telah berkurang dan keinginan untuk makan	Suci
09.31	2.4 Mengurangi atau menghilangkan keadaan penyebab mual	Bertambah DO : Klien mencoba menghabiskan makanannya secara perlahan DS : Ibu pasien mengungkapkan tau apa saja makanan yang dapat meningkatkan asam lambung Ibu pasien mengatakan akan	Suci

10.03	4.2 Memonitor asupan makanan	<p>menghindari memberi makan yang dapat meningkatkan asam lambung</p> <p>DO : Memberikan penkes tentang jenis makanan yang dilarang untuk penderita gastritis</p> <p>DS :</p>	Suci
10.06	4.4 Dianjurkan lebih baik dengan posisi duduk	<p>Ibu pasien menyampaikan pasien mulai ada nafsu makan</p> <p>Pasien menyampaikan tadi memakan bubur dan buah</p> <p>DO : Porsi makan habis $\frac{3}{4}$ dari yang disiapkan</p> <p>DS : Ibu klien mengatakan anaknya mampu untuk duduk</p> <p>DO : Ibu klien membantu memposisikan klien Klien mampu makan dengan posisi duduk</p> <p>DS :</p>	Suci
10.15	5.2 Periksa pergerakan usus, karakteristik feses	<p>Ibu klien mengatakan sudah 3 hari pasien belum ada BAB</p> <p>DO : Bising usus 3x/menit</p> <p>DS :</p>	Suci
10.20	5.3 Menganjurkan diet tinggi serat	<p>Ibu klien mengatakan sudah memberikan anaknya buah dan sayur</p>	Suci

11.50	3.1 Memonitor suhu tubuh	DO : Terdapat beberapa macam buah di meja nakes klien DS : Ibu klien mengatakan rajin mengompres tubuh pasien DO : Suhu tubuh 37,4°C	Suci
11.52	3.3 Memonitor haluaran urine	Klien terlihat lemah DS : Ibu klien mengatakan anaknya BAK bisa sampai 4x dalam sehari DO : Output urine 600cc	Suci
Kamis, 24 November 2022 08.15	1.7 Mengajarkan teknik nonfarmakologis agar berkurangnya rasa nyeri	DS : Ibu pasien mengungkapkan akan melaksanakan apa yang sudah diajarkan DO : Mengajarkan kompres hangat kepada ibu klien Ibu klien tampak serius saat diajarkan Ibu klien menyimak dengan baik	Suci
08.20	1.2 Mengidentifikasi skala nyeri	DO : KU pasien baik Klien tampak lebih aktif Gelisah berkurang Wajah tidak lagi meringis	Suci
08.25	2.2 Memonitor mual	DS : Ibu klien menyampaikan klien telah tak lagi mual DO : Keluhan mual tidak	Suci

08.27	2.5 Menganjurkan istirahat dan tidur yang cukup	ada DS : Ibu klien menyampaikan klien memiliki jam tidur dan istirahat yang baik DO : Keluhan nyeri dan mual telah hilang sehingga	Suci
08.36	4.2 Memonitor asupan makanan	klien terlihat lebih rileks dan nyaman DS : Ibu klien menyampaikan makan bubur Ibu klien menyampaikan anaknya mulai mau makan DO: Porsi makan habis a : BB = 12 kg, TB = 98 cm, Lila = 12 cm, LD = 45 cm, LP = 44 cm b : Hb = 13,8 g/dL c : pasien mual muntah konstipasi d : diit makan bubur	Suci
09.11	5.1 Memeriksa tanda dan gejala konstipasi	DS : Ibu klien menyampaikan klien telah BAB tadi malam DO : Perut kembung(-)	Suci
09.23	3.1 Memonitor suhu tubuh	DS : Ibu klien menyampaikan suhu tubuh anaknya tidak sepanas kemaren Ibu klien meyanpaikan menggigil berkurang	Suci

		DO : Suhu tubuh klien 36,7°C Klien tampak riang	
--	--	--	--

Tabel 4. 3 Implementasi Keperawatan

c. Evaluasi

Inisial klien : An. M

Dx. Medis : Gastritis

No. RM : 01.30.45.55

Hari/Tanggal/Jam	No . Dx	Evaluasi	Paraf								
Kamis, 24 November 2022	1	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu klien menyampaikan akan melaksanakan apa yang sudah dianjurkan - Klien menyampaikan rasa nyeri tak lagi terasa <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengajarkan kompres hangat kepada ibu klien - Ibu klien tampak serius saat diajarkan - Ibu klien menyimak dengan baik - KU pasien baik - Klien tampak lebih aktif - Gelisah berkurang - Wajah tidak lagi meringis <p>A :</p> <p>Masalah nyeri akut menurun</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Awal</th> <th>Target</th> <th>Hasil</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tingkat nyeri</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>P :</p> <p>Intervensi dihentikan</p>	Kriteria Hasil	Awal	Target	Hasil	Tingkat nyeri	4	5	5	
Kriteria Hasil	Awal	Target	Hasil								
Tingkat nyeri	4	5	5								
	2	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu klien menyampaikan klien telah tak lagi mual - Ibu klien menyampaikan klien memiliki jam tidur dan istirahat yang baik 									

		<p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluhan mual tidak ada - Keluhan nyeri dan mual telah hilang sehingga klien terlihat lebih rileks dan nyaman <p>A :</p> <p>Masalah nausea menurun</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Awal</th> <th>Target</th> <th>Hasil</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tingkat nausea</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>P :</p> <p>Intervensi dihentikan</p>	Kriteria Hasil	Awal	Target	Hasil	Tingkat nausea	2	5	5	
Kriteria Hasil	Awal	Target	Hasil								
Tingkat nausea	2	5	5								
	3	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu klien menyampaikan suhu tubuh anaknya tidak sepanas kemaren - Ibu klien menyampaikan menggigil berkurang <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suhu tubuh klien 36,7°C - Klien tampak riang <p>A : Masalah hipertermia menurun</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Awal</th> <th>Target</th> <th>Hasil</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Termoregulasi</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>P :</p> <p>Intervensi dihentikan</p>	Kriteria Hasil	Awal	Target	Hasil	Termoregulasi	2	5	5	
Kriteria Hasil	Awal	Target	Hasil								
Termoregulasi	2	5	5								
	4	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu klien menyampaikan makan bubur - Ibu klien menyampaikan anaknya mulai mau makan <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Porsi makan habis - a : BB = 12 kg, TB = 98 cm, Lila = 12 cm, LD = 45 cm, LP = 44 cm - b : Hb = 13,8 g/dL - c : pasien mual muntah konstipasi - d : diit makan bubur <p>A :</p> <p>Masalah risiko defisit nutrisi cukup meningkat</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>Awal</th> <th>Target</th> <th>Hasil</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Kriteria hasil	Awal	Target	Hasil					
Kriteria hasil	Awal	Target	Hasil								

		<table border="1"> <tr> <td>Status nutrisi</td> <td>1</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> </table>	Status nutrisi	1	5	4					
Status nutrisi	1	5	4								
		P : Lanjutkan intervensi									
	5	S : - Ibu klien mengatakan klien telah BAB tadi malam O : - Perut kembung(-) A : Masalah risiko konstipasi cukup meningkat <table border="1"> <tr> <td>Kriteria Hasil</td> <td>Awa 1</td> <td>Targe t 5</td> <td>Hasi 1 4</td> </tr> <tr> <td>Eliminasi fekal</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> </table>	Kriteria Hasil	Awa 1	Targe t 5	Hasi 1 4	Eliminasi fekal	2	5	4	
Kriteria Hasil	Awa 1	Targe t 5	Hasi 1 4								
Eliminasi fekal	2	5	4								
		P : Lanjutkan intervensi									

Tabel 4. 4 Evaluasi Keperawatan

B. Pembahasan

1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan ialah proses mengumpulkan, menguji, menganalisa, serta menjelaskan data mengenai pasien (Hutagalung, 2019). Menurut (Bakhri, 2022) seseorang yang mengalami gastritis akut memiliki keluhan-keluhan seperti: anoreksia, nyeri di bagian atas perut, rasa tidak nyaman dengan keinginan untuk muntah, keluarnya darah dari saluran pencernaan, kekurangan darah, rasa tekanan yang ringan di daerah atas perut, perasaan bengkak dan sesak, berkeringat dingin, penurunan nafsu makan, peningkatan suhu tubuh, sensasi pusing, kulit pucat, dan kelemahan.

Pengkajian dilakukan pada hari Kamis, 22 November 2023 di Ruang Melati RSUD Abdoel Wahab Sjahranie Samarinda, dari hasil

pengkajian pasien bernama An. M, umur 4 tahun 6 bulan, pasien belum bersekolah, dan memiliki riwayat penyakit diare. Pasien memasuki rumah sakit sebab terdiagnosa medis gastritis dengan keluhan yang dirasakannya seperti nyeri ulu hati dberskala 4, hilang timbulnya nyeri yang dirasa, dan mual dan beberapa kali muntah.

Berdasarkan data objektif yang diperoleh ialah pasien kondisi umum pasien tampak lemah. Pertanda vital yang diperoleh berupa tekanan darah 96/72 mmHg, nadi 133x/menit, pernafasan 24x/menit dan suhu 38,2°C. Pemeriksaan antropometri diperoleh berat badan 11 kg, tinggi badan 98 cm, lingkar dada = 45 cm, lingkar perut 44 cm, dan lingkar lengan atas = 12 cm. Individu yang mengalami gastritis sering menghadapi rasa sakit karena adanya peningkatan produksi asam lambung atau mengalami peningkatan intensitas nyeri ketika terjadi luka pada dinding lambung.

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa adalah evaluasi klinis terhadap bagaimana pasien merespon terhadap permasalahan kesehatan yang dihadapinya, baik kejadian yang berlangsung ataupun yang memiliki potensi terjadi (PPNI, 2017). Menurut Ida, (2016) diagnose keperawatan yang dapat diangkat pada pasien gastritis diantaranya :

- a. Nyeri akut berkaitan dengan agen pencedera fisiologis
- b. Hipovolemia berkaitan pada hilangnya cairan aktif

- c. Deficit nutrisi berkaitan dengan tidak mampunya mengabsorbsi nutrient
- d. Defisit pengetahuan berkaitan dengan kurang terpapar informasi
- e. Nausea berkaitan dengan iritasi lambung
- f. Gangguan pola tidur berkaitan pada lingkungan yang terhambat

Dari teori diagnosa menurut Ida, (2016) diatas dapat dijabarkan :

Sesuai pada tanda-tanda klinis dan informasi hasil pengkajian yang ditemukan pada An. M, penulis menetapkan sebagai prioritas diagnosa keperawatan yang pertama yaitu Nyeri Akut yang terhubung dengan agen pencedera fisiologis. Penekanan pada diagnosa ini dipilih karena nyeri yang dialami An. M diakibatkan oleh pola makan yang buruk, seringnya mengonsumsi makanan di luar rumah, dan konsumsi makanan asam. Oleh karena itu, dengan asupan nutrisi yang mencukupi, diharapkan nyeri dapat berkurang. Menurut (Arfian, 2015), inflamasi merangsang sel saraf aferen sehingga hipotalamus neurotransmitter menuju saraf aferen mengakibatkan nyeri persepsikan dan muncul lah masalah keperawatan nyeri akut.

Diagnosa kedua ialah Nausea berkaitan dengan distensi lambung. Peneliti memilih diagnose ini sebab adanya keluhan mual muntah yang dikeluhkan oleh klien dan keluarga klien. Diagnosa ini pun harus diangkat dan diatasi karena akibat dari mual yang dirasakan mengakibatkan nafsu makan yang berkurang sehingga menimbulkan diagnosa yang lain. Menurut (Arfian, 2015), gastritis menyebabkan

penurunan barrier lambung pada asan serta pepsin yang mengakibatkan terjadinya iritasi pada lambung sehingga timbullah masalah keperawatan nausea.

Diagnose yang ketida ialah Hipertermia berkaitan pada proses penyakit. Peneliti memilih diagnose ini sebab suhu tubuh klien lebih dari normal sebesar 38,2°C yang didapatkan saat pengkajian, badan menggigil serta wajah klien tampak merah, sehingga masalah ini perlu diselesaikan agar klien tidak kejang. Menurut (Rusen, 2019), gastritis mengakibatkan luka pada mukosa gaster dan menyebabkan pelepasan mediator kimie, hal ini membuat vasodilatasi dan P permeabilitas kapiler terjadi peningkatan yang mana suhu tubuh juga terjadi peningkatan serta timbullah masalah keperawatan hipertemia.

Diagnosa keempat adalah Risiko Defisit Nutrisi yang berkaitan dengan faktor psikologis. Penulis memilih diagnosa ini setelah mempertimbangkan asupan nutrisi, dimana klien terlihat hanya mengonsumsi sekitar seperempat dari porsi makanan yang disediakan di rumah sakit. Selain itu, ibu klien juga melaporkan bahwa klien kurang berminat untuk makan karena merasa mual dan mengalami kembung perut. Oleh karena itu, penyelesaian masalah ini dianggap penting untuk meningkatkan nafsu makan klien. Menurut (Nurafif & Kusuma, 2015) inflamasi lambung dapat menyebabkan menurunnya sensori untuk makan lalu timbul anoreksia yang menimbulkan masalah keperawatan defisit nutrisi. Selain itu, erosi mukosa lambung membuat meningkatnya tonus

serta peristaltik lambung sehingga refluk isi duodenum kelambung yang mengakibatkan mual dan muntah, hal ini dapat menimbulkan masalah keperawatan defisit nutrisi.

Diagnosa yang kelima yaitu Risiko Konstipasi berkaitan dengan ketidakcukupan asupan serat. Peneliti memilih diagnosa ini sebab keluhan perut kembung dan tidak ada frekuensi BAB, menurut pengakuan ibu klien, klien jarang makan buah dan sayur sehingga kebutuhan serat tidak terpenuhi yang bisa menyebabkan kesulitan dalam BAB.

Dari uraian diatas terdapat enam diagnose yang ada pada teori sedangkan empat di antaranya tidak ditemui di lapangan dan terdapat tiga diagnosa baru yang ditemukan di luar teori. Situasi ini muncul karena setiap individu memiliki respon fisiologis yang unik terhadap suatu penyakit, dan tidak ada data yang sesuai atau spesifik yang dapat ditemukan. Oleh karena itu, tidak semua informasi yang terdapat dalam teori dapat dianggap sebagai diagnosa yang dapat dianalisis.

3. Perencanaan

Perencanaan ataupun intervensi keperawatan ialah suatu tindakan keperawatan yang mencakup penyusunan rencana terkait dengan tujuan, langkah-langkah, dan penilaian pelayanan keperawatan kepada pasien. Rencana tersebut dibuat berdasarkan analisis hasil pengkajian, dengan tujuan untuk mengatasi masalah kesehatan dan keperawatan pasien (Barnbing, 2020).

Perencanaan yang disusun untuk kasus An. M didasarkan pada diagnosa yang telah ditentukan dahulu dan berdasarkan pada panduan SDKI. Rencana keperawatan tersebut dicatat berdasarkan pada rencana serta kategori hasil didasarkan pedoman Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI).

Menurut teori sesuai Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (PPNI, 2018) terdapat 19 intervensi yang bisa dilakukan dalam mengatasi permasalahan keperawatan nyeri akut, 16 intervensi manajemen mual dalam mengatasi permasalahan keperawatan nausea, 15 intervensi manajemen hipertermia untuk mengatasi hipertermia, 19 intervensi manajemen nutrisi untuk mengatasi risiko defisit nutrisi, dan 14 intervensi manajemen konstipasi untuk mengatasi masalah keperawatan risiko konstipasi. Intervensi-intervensi tersebut merupakan gabungan dari tindakan observasi, terapeutik, edukasi, serta kolaborasi.

Tidak semua intervensi keperawatan yang ada pada teori peneliti gunakan untuk melakukan tindakan keperawatan dikarenakan menyesuaikan dengan keluhan dan kondisi tubuh klien. Peneliti hanya mengambil beberapa intervensi yang sekiranya pas untuk dilakukan agar tidak terjadinya kesalahan dalam melakukan perawatan.

Dalam situasi An.M, peneliti merancang suatu rencana tindakan keperawatan untuk periode 3x24 jam. Prioritas utama penanganan adalah menangani masalah nyeri, mengingat tingkat nyeri yang dialami

mencapai skala 4, dengan harapan mengurangi nyeri hingga mencapai skala 0-3 sesuai dengan kriteria hasil yang diinginkan.

Tidak adanya ketidaksesuaian antara rencana tindakan yang terdapat dalam teori dengan tindakan yang diimplementasikan dalam kasus ini. Rencana tindakan yang diterapkan untuk menangani nyeri melibatkan manajemen nyeri, yang mencakup identifikasi lokasi, karakteristik, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri. Selain itu, dilakukan identifikasi faktor yang memperburuk dan memperbaiki nyeri, penerapan teknik nonfarmakologis, istirahat serta tidur, penyampaian informasi tentang nyeri, pengajaran teknik nonfarmakologis agar rasa nyeri berkurang, serta kerja sama dalam pemberian analgetik.

Pada intervensi untuk diagnosa kedua, tidak ada perbedaan antara rencana tindakan yang terdapat dalam teori dengan tindakan yang dijalankan dalam kasus ini. Rencana tindakan yang diterapkan untuk menangani Nausea melibatkan manajemen mual, yang mencakup identifikasi dampak mual pada kualitas hidup, pemantauan mual, pengendalian faktor lingkungan yang dapat menyebabkan mual, membuat penyebab mual berkurang ataupun hilang, dianjurkan istirahat yang memadai, memberikan saran mengenai konsumsi makanan tinggi karbohidrat dan rendah lemak, serta kerjasama dalam pemberian obat antiemetik.

Dalam melakukan intervensi untuk diagnosa ketiga, rencana tindakan yang dijalankan pada Hipertermia melibatkan manajemen

kondisi hipertermia. Langkah-langkahnya mencakup pemantauan suhu tubuh, pemantauan kadar elektrolit, pemantauan jumlah urine yang dikeluarkan, pemberian cairan melalui mulut, saran untuk beristirahat di tempat tidur, dan kerjasama dalam memberikan cairan dan elektrolit melalui infus intravena.

Pada intervensi untuk diagnosa keempat, tidak ada perbedaan antara rencana tindakan yang terdapat dalam teori dengan tindakan yang dijalankan dalam kasus ini. Rencana tindakan yang diterapkan untuk mengatasi Risiko Defisit Nutrisi melibatkan manajemen nutrisi, termasuk identifikasi alergi dan intoleransi makanan, pemantauan asupan makanan, pemberian makanan berserat tinggi agar konstipasi dapat dicegah, anjuran posisi duduk, dan kerjasama dengan ahli gizi agar dapat ditentukan banyak kalorinya serta jenis nutrient yang diperlukan.

Dalam melakukan intervensi untuk diagnosa kelima, rencana tindakan yang diimplementasikan pada Risiko Konstipasi mencakup manajemen konstipasi. Langkah-langkahnya melibatkan pemeriksaan tanda dan gejala konstipasi, evaluasi pergerakan usus dan karakteristik tinja, saran untuk mengadopsi diet tinggi serat, penjelasan mengenai penyebab masalah dan alasan tindakan yang diambil, serta kerjasama dalam penggunaan obat pencahar.

4. Implementasi

Implementasi ialah langkah di mana perawat menerapkan tindakan keperawatan sebagai bentuk intervensi untuk mendukung pasien dalam

menggapai tujuan yang sudah ditetapkan ditahap sebelumnya dalam proses keperawatan (Anggraini, 2018)

Dari perencanaan yang dituliskan penulis melaksanakan tindakan keperawatan agar nyeri akut bisa teratasi. Tindakan yang dilaksanakan ialah memberikan teknik kompres hangat. Berdasarkan keluhan klien yang mengeluh nyeri skala 4, seperti terbakar, dan dirasakan hilang timbul, peneliti menyarankan kepada klien dan keluarga untuk melakukan teknik kompres hangat agar tingkat nyeri menurun. Peneliti juga mengajarkan cara memberikan kompres hangat yang tepat agar pemberian kompres hangat dapat bermanfaat dengan cepat dan tepat. Menurut penelitian RN Abdurakhman, dkk (2020) Pemberian kompres hangat memiliki efek meredakan spasme pada jaringan fibrosa, menyebabkan relaksasi otot, meningkatkan aliran darah, dan memberikan kenyamanan pada pasien. Selain itu, kompres hangat juga bermanfaat untuk mengurangi stres atau ketegangan psikologis, yang merupakan salah satu metode untuk mencegah serta mengurangi intensitas rasa nyeri.

Dari perencanaan yang telah tersusun, peneliti melaksanakan tindakan keperawatan agar mengatasi permasalahan hipertermia. Tindakan yang dilakukan berupa memonitor suhu tubuh. Menurut peneliti tindakan ini perlu dilakukan secara rutin dan berkala dikarenakan suhu yang tidak normal baik diatas maupun dibawah rentang normal dapat berakhir fatal bagi tubuh manusia sehingga perlu dilakukan

monitor suhu tubuh pada klien. Menurut penelitian (Immawati & Wanda, 2019) anak yang tingkat suhu tubuhnya naik akan merasa ketidaknyamanan sebab merasakan demam. Pengamatan demam yang tepat bisa dilaksanakan, termasuk dengan mengukur suhu tubuh menggunakan termometer yang bisa mencerminkan kenaikan suhu tubuh inti.

Dengan merujuk pada rencana yang telah dirancang, peneliti melaksanakan tindakan keperawatan untuk mengatasi risiko defisit nutrisi. Tindakan yang dilakukan berupa memonitor asupan makanan. Menurut peneliti penderita gastritis tidak boleh telat makan dan perlu memperhatikan makanannya. Klien dan keluarga perlu tahu jenis makanan yang mana saja yang boleh maupun tidaknya dikonsumsi oleh penderita gastritis tapi tetap perlu tercukupi kebutuhannya agar tidak terjadi defisit nutrisi. Apalagi akibat rasa mual yang timbul klien sampai kehilangan nafsu makannya sehingga rentan terjadinya defisit nutrisi. Oleh karena itu, memonitor asupan makanan sangat perlu untuk dilakukan agar tidak terjadi defisit nutrisi. Dengan hal ini, menurut penelitian Arifin, Yani, Lestari (2020) Tidak ada hubungan antara rata-rata konsumsi energi, karbohidrat, lemak, dan protein per hari dengan kemungkinan terjadinya gastritis.

Sesuai merujuk pada rencana yang telah disusun, peneliti melaksanakan tindakan keperawatan untuk mengatasi risiko konstipasi. Tindakan yang dilakukan berupa anjuran diet tinggi serat. Hal ini peneliti

ambil dikarenakan data subjektif yang didapat dari ibu klien yang mengatakan klien jarang makan buah dan sayur. Dimana kedua hal tersebut mengandung banyak serat yang mampu membantu melancarkan buang air besar tetapi klien jarang memakannya sehingga timbullah rasa sulit untuk buang air besar. Sehingga peneliti menganjurkan kepada keluarga pasien untuk rajin memberikan makanan tinggi serat seperti buah dan sayur. Menurut penelitian Claudina, Pangstuti, Kartini (2018), serat memiliki sifat mengikat air di dalam kolon yang menyebabkan peningkatan volume tinja dan merangsang saraf di rektum, memicu keinginan untuk buang air besar. Kurangnya asupan serat dapat mengakibatkan penurunan volume tinja dan kesulitan dalam melakukan buang air besar.

5. Evaluasi

Evaluasi adalah langkah terakhir yang bertujuan untuk mengevaluasi apakah tindakan keperawatan yang telah diimplementasikan berhasil atau tidak dalam menangani suatu masalah.

Setelah dilaksanakan tindakan keperawatan 3x24 jam dimana awal pelaksanaan intervensi keperawatan di tanggal 22 November 2022 dan berakhir pada tanggal 24 November 2023. Evaluasi yang diperoleh pada masalah keperawatan nyeri akut ialah pasien tidak lagi meringis, gelisah berkurang, pasien dan keluarga mampu meredakan nyeri sendirinya dengan teknik nonfarmakologis serta mengetahui cara mengatur nyeri. Evaluasi ini memenuhi standar hasil yang telah ditetapkan untuk

mengukur indikator tingkat nyeri sesuai dengan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI, 2018) pihak yang menentukan standar hasil mencakup penurunan keluhan nyeri, penurunan tingkat ekspresi meringis, penurunan frekuensi muntah, dan penurunan kejadian mual. Oleh karena itu, dapat disimpulkan bahwa masalah nyeri akut telah mengalami penurunan serta intervensi diberhentikan.

Dalam permasalahan keperawatan nausea evaluasi yang didapat berupa keluhan mual dan muntah tidak ada, pasien lebih rileks dan nyaman. Evaluasi ini memenuhi standar hasil yang telah ditetapkan untuk mengukur indikator tingkat mual sesuai dengan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI, 2018) yang menentukan klasifikasi hasil keluhan mual menjadi turun serta penurunan juga pada rasa ingin muntah. Dapat penulis simpulkan bahwa tingkat nausea sudah mencapai kriteria hasil yang diinginkan sehingga intervensi dihentikan.

Pada masalah keperawatan hipertermia evaluasi yang didapat berupa menggigil berkurang, suhu tubuh normal, kulit tubuh kembali normal. Evaluasi ini memenuhi kriteria hasil yang telah ditetapkan untuk mengukur indikator termoregulasi sesuai dengan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI, 2018) yang menentukan klasifikasi hasil menggigil menurun, dan kulit merah menurun. Dapat penulis simpulkan bahwa termoregulasi sudah mencapai kriteria hasil yang diinginkan yaitu membaik sehingga intervensi dihentikan.

Evaluasi pada masalah keperawatan risiko defisit nutrisi adalah pasien mulai memakan makanannya dan porsi yang dihabiskan $\frac{3}{4}$ porsi yang diberikan. Evaluasi ini memenuhi kriteria hasil yang telah ditetapkan untuk mengukur indikator termoregulasi sesuai dengan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI, 2018) yang menentukan kategori hasil porsi makan yang dihabiskan meningkat. Sehingga dapat penulis simpulkan bahwa masalah risiko defisit nutrisi cukup menurun dan intervensi perlu dilanjutkan.

Evaluasi yang didapatkan pada masalah keperawatan risiko konstipasi adalah pasien telah BAB tadi malam, perut kembung berkurang. Evaluasi ini belum memenuhi standar hasil yang telah ditetapkan untuk mengukur indikator eliminasi feses sesuai dengan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI, 2018) yang menentukan kategori hasil kontrol pengeluaran feses terjadi kenaikan dan keluhan defeksi lama serta penurunannya sulit. Sehingga dapat penulis simpulkan bahwa masalah risiko defisit nutrisi berada di skala cukup menurun dan intervensi perlu dilanjutkan.