

BAB IV

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

1.1 Hasil Studi Kasus

1.1.1 Hasil Pengkajian

Pasien bernama Tn. H berusia 28 tahun beralamatkan di Bumi Priangan Persada, Blok D52, Desa Baros, Kecamatan Arjasari, Kabupaten Bandung, pasien beragama Islam dengan pendidikan S1, sehari-hari bekerja sebagai karyawan swasta. Pasien di rumah sakit ditemani oleh Ibu mertuanya, yaitu Ny. I yang berusia 58 tahun.

Pengkajian pada pasien dilakukan pada tanggal 11 April 2023 pukul 10.00 WIB. Pasien Tn. H didiagnosa Gastritis mengatakan selalu muntah setiap dirinya makan sejak 3 hari sebelum masuk rumah sakit, selain itu pasien juga mengeluh nyeri dibagian ulu hati seperti ditekan dengan skala 3 dari 0-10, nyerinya tidak menyebar dan dirasakan hilang timbul serta mengalami mual. Sebelumnya pasien tidak pernah mengalami kondisi seperti ini.

Pengkajian pada pola nutrisi pasien sebelum sakit, pasien makan teratur 3x/hari, habis 1 porsi, pasien mempunyai kebiasaan meminum kopi, dan seorang perokok aktif. Pola istirahat pasien sebelum sakit tidak pernah tidur siang. Pada pola kebersihan pasien tidak ada hambata/keluhan. Namun, pada pola nutrisi pasien setelah sakit, pasien hanya dapat menghabiskan ½ porsi dari yang diberikan karena ada keluhan mual dan muntah, pola istirahat tidur pasien juga terganggu.

Pada pemeriksaan fisik kesadaran Tn. H composmentis dengan GCS 15 (E4V5M6). Pada pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan hasil tekanan darah 112/73 mmHg, suhu 37,3°C, nadi 65x/menit, respirasi 20x/menit, dan SpO₂ 99%. Pemeriksaan antropometri pasien menunjukkan data berat badan sebelum sakit yaitu 71 kg dengan tinggi badan 177 cm dengan nilai IMT 22,6 dalam kategori normal, sedangkan setelah sakit berat badan pasien menurun menjadi 68 kg dengan tinggi badan 177 cm dan nilai IMT 21,7 dalam kategori normal. Dalam pemeriksaan fisik didapat hasil pasien tampak lemas, mukosa bibir pasien kering dan pucat, terdapat nyeri tekan pada ulu hati, saat pemeriksaan auskultasi terdengar bising usus 31x/menit dan terjadi distensi abdomen. Warna urin pasien kuning, turgor kulit kembali > 2 detik.

Pemeriksaan psikososial dan spiritual didapatkan bahwa pasien dapat mengatur dengan baik emosinya, pasien tampak sedikit cemas karena baru mengalami kondisi seperti ini, koping serta pola komunikasinya baik, pasien dapat menerima dirinya dalam segala peran baik sebagai suami, ayah, dan seorang kakak bagi adiknya. Pasien senantiasa bersyukur, sabar, dan ikhlas atas apa yang dirinya alami sekarang meskipun sedang sakit, pasien juga mengatakan kondisinya sekarang merupakan cobaan dari Allah SWT agar senantiasa sabar dan ikhlas. Pasien yakin atas kesembuhan dirinya dengan selalu berdoa, berdzikir, dan beribadah 5 waktu.

Pemeriksaan laboratorium dilakukan 2 kali. Pemeriksaan pada tanggal 10 April 2023 menyatakan bahwa hasil Hematologi Darah Rutin yaitu Hemoglobin 15,7 g/dL, Leukosit 14340 sel/ μ L, Eritrosit 5,17 juta/ μ L, Hematokrit 46,7%, dan

Trombosit 230000 sel/ μ L. Hasil kimia klinik yaitu pemeriksaan Glukosa Darah Sewaktu dengan hasil 157 mg/dL. Pemeriksaan Imunologi Rapid Antigen Covid-19 dengan hasil negatif. Pemeriksaan pada tanggal 13 April 2023 menyatakan bahwa hasil Hematologi Darah Rutin Hemoglobin 15,0 g/dL, Leukosit 6230 sel/ μ L, Eritrosit 5,89 juta/ μ L, Hematokrit 44,6%, dan Trombosit 218000 sel/ μ L, serta Tes widal dengan hasil negatif. Pasien diberikan terapi Ondansetron 3 x 4 mg, Pantoprazole 2 x 40 mg, Levofloxacin 1 x 500 ml, Sukralfat 3 x 500 mg, Braxidin 3 x 5 mg, dan Infus RL 20 TPM.

1.1.2 Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian tersebut dilakukan analisa data sehingga dapat diambil 4 diagnosa keperawatan yang akan diatasi, yaitu risiko defisit nutrisi d.d ketidakmampuan menelan makan, hipovolemi b,d kehilangan cairan aktif d.d muntah, nyeri akut b,d agen pencedera fisiologis: inflamasi d.d mengeluh nyeri ulu hati, dan gangguan pola tidur b.d nyeri d.d mengeluh sering terjaga.

1.1.3 Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan difokuskan untuk mengatasi diagnosa risiko defisit nutrisi, yaitu mengkaji status nutrisi dan pola makan pasien, timbang berat badan, beri makan per oral secara bertahap dimuali dari makanan lembek seperti bubur, edukasi untuk menghindari minuman yang mengandung kafein, serta kolaborasi pemberian terapi farmakologis. Selain intervensi untuk mengatasi risiko defisit nutrisi, penulis juga melakukan perencanaan untuk mengatasi diagnosa hypovolemia diantaranya yaitu monitor status cairan, kaji sumber kehilangan

cairan, hitung kebutuhan cairan, beri asupan cairan oral, anjurkan untuk memperbanyak asupan cairan oral, serta kolaborasi pemberian cairan secara IV (Infus RL 20 TPM). Diagnosa terakhir yaitu Nyeri dengan perencanaan diantaranya monitor TTV, kaji keluhan nyeri, beri makanan sedikit tapi sering, atur posisi yang nyaman, edukasi agar menghindari makanan yang merangsang lambung seperti pedas, asam, dan mengandung gas, anjurkan melakukan teknik relaksasi, dan kolaborasi terapi farmakologis. Untuk diagnose gangguan pola tidur, intervensi difokuskan pada faktor penyebab gangguan tidur dimana pada pasien faktor itu adalah rasa nyeri.

1.1.4 Pelaksanaan Keperawatan

Pelaksanaan keperawatan sesuai dengan intervensi keperawatan yang telah direncanakan. Perawatan berfokus pada risiko defisit nutrisi yang dilakukan selama 5 hari di rumah sakit. Selain perawatan yang terfokus pada risiko defisit nutrisi, penulis juga melaksanakan intervensi yang disusun untuk mengatasi masalah hipovolemi dan nyeri akut yang dialami pasien.

Implementasi yang dilakukan di hari pertama berfokus pada risiko defisit nutrisi yaitu dengan menimbang berat badan pasien dimana didapatkan hasil 68 kg, mengkaji status nutrisi pasien dengan hasil IMT 21,7 (normal), melakukan tindakan terapeutik berupa makan sedikit tapi sering secara bertahap dimulai dari makanan dengan tekstur yang lembek seperti bubur dengan hasil pasien dapat menghabiskan $\frac{1}{2}$ porsi makan dari yang disediakan oleh rumah sakit secara perlahan-lahan, serta mengedukasi pasien untuk menghindari makanan dan minuman yang dapat memicu kerja lambung, seperti makanan pedas, asam, mengandung gas, serta minuman

dengan kafein. Disamping itu, dilakukan pula implementasi untuk diagnosa hipovolemi berupa memonitor TTV dengan hasil suhu 37,3°C, nadi 65x/menit, respirasi 20x/menit, tekanan darah 112/73 mmHg, dan SpO₂ 99%, memonitor status cairan dan intake output dengan hasil turgor kulit masih > 2 detik, mukosa bibir kering dan pucat, intake 700 ml dan output 600 ml sehingga didapat hasil IWL (+) 100, menghitung kebutuhan cairan berdasarkan berat badan yaitu 68 kg aka didapatkan kebutuhan cairan perhari pasien adalah 2460 ml, lalu mengkaji sumber kehilangan cairan yaitu karena muntah. Selain dengan infus, pasien mengganti cairan yang terbuang dengan memperbanyak asupan cairan oral. Diagnosa nyeri diatasi dengan beberapa implementasi yang dilakukan di hari pertama, yaitu diantaranya mengkaji keluhan nyeri pasien dan didapat hasil skala nyeri pasien adalah 3 dari 0-10, tidak menyebar, dirasakan seperti ditekan, dan nyeri dirasakan hilang timbul, selain itu juga pasien dianjurkan untuk melakukan teknik nonfarmakologis yaitu teknik relaksasi disamping terapi farmakologis yang diberikan. Terapi farmakologis yang diberikan kepada pasien di hari pertama pada pukul 13.00 WIB yaitu Sukralfat 1 x 500 mg.

Implementasi yang dilakukan pada hari kedua tidak berbeda jauh dengan hari pertama, pada saat memonitor tanda-tanda vital, didapat hasil suhu 38°C, nadi 68x/menit, respirasi 20x/menit, tekanan darah 124/80 mmHg dan SpO₂ 99%. Pada perawatan untuk mengatasi masalah risiko defisit nutrisi, implementasi tindakan terapeutik memberikan makanan peroral secara bertahap dimulai dari makanan dengan tekstur yang lembek seperti bubur pasien dapat menghabiskan ½ porsi dari makanan yang disediakan dengan muntah yang tidak begitu banyak dibanding hari

sebelumnya, serta pasien dapat mengendalikannya ketika makan. Ketika memonitor status cairan dan intake output pun didapatkan hasil turgor kulit masih > 2 detik, mukosa bibir kering dan pucat, intake 700 ml dan output 400 ml sehingga didapat hasil IWL (+) 300. Saat mengidentifikasi pola tidur, pasien mengatakan bahwa tidurnya tidak nyenyak, saat diidentifikasi penyebabnya pasien mengatakan sering terbangun karena nyeri. Setelah diberi terapi farmakologis dan diajarkan teknik relaksasi, pasien mengatakan keluhan nyerinya sedikit membaik dan tidak terlalu sering muncul. Terapi farmakologis yang diberikan kepada pasien di hari pertama pada pukul 18.00 WIB yaitu Ondansetron 1 x 4 mg, Pantoprazole 1 x 40 mg, Sukralfat 1 x 500 mg, Braxidin 1 x 5 mg.

Implementasi pada hari ketiga melakukan monitor tanda-tanda vital dengan hasil suhu 36,8°C, nadi 68x/menit, respirasi 20x/menit, tekanan darah 119/81 mmHg dan SpO₂ 98%. Pada hari ketiga, didapatkan peningkatan dimana pasien dapat menghabiskan 1 porsi dari makanan yang disediakan walaupun waktu untuk menghabiskannya cukup lama, ketika ditimbang pun berat badan pasien naik menjadi 68,2 kg. Ketika memonitor status cairan dan intake output pun didapatkan hasil turgor kulit sudah < 2 detik, mukosa bibir sudah tidak kering mau pun pucat, intake 800 ml dan output 400 ml sehingga didapat hasil IWL (+) 400. Setelah diberi terapi farmakologis dan diajarkan teknik relaksasi, pasien mengatakan keluhan nyerinya sedikit membaik dengan skala 1 dari 0-10. Terapi farmakologis yang diberikan kepada pasien di hari pertama pada pukul 18.00 WIB yaitu Ondansetron 1 x 4 mg, Pantoprazole 1 x 40 mg, Sukralfat 1 x 500 mg, Braxidin 1 x 5 mg.

Implementasi pada hari keempat dilakukan pengukuran tanda-tanda vital dengan hasil suhu 37,1°C, nadi 58x/menit, respirasi 20x/menit, tekanan darah 121/78 mmHg dan SpO₂ 98%. Pada hari ketiga, didapatkan peningkatan dimana pasien dapat menghabiskan 1 porsi dari makanan yang disediakan tanpa keluhan mual muntah, pasien mengatakan sudah jarang muntah. Ketika memonitor status cairan dan intake output pun didapatkan hasil turgor kulit masih < 2 detik, mukosa bibir lembab, intake 800 ml dan output 300 ml sehingga didapat hasil IWL (+) 500. Setelah diberi terapi farmakologis dan diajarkan teknik relaksasi, pasien mengatakan keluhan nyerinya sedikit membaik dengan skala 0 dari 0-10. Terapi farmakologis yang diberikan kepada pasien di hari pertama pada pukul 13.00 WIB yaitu Ondansetron 1 x 4 mg, Pantoprazole 1 x 40 mg, Sukralfat 1 x 500 mg, Braxidin 1 x 5 mg.

Implementasi pada hari kelima dilakukan pengukuran tanda-tanda vital dengan hasil suhu 36,7°C, nadi 63x/menit, respirasi 20x/menit, tekanan darah 120/78 mmHg dan SpO₂ 99%. Pada penimbangan berat badan pasien didapatkan hasil 68,4 kg, mengkaji status nutrisi pasien dengan hasil IMT 21,8 (normal), memonitor status cairan dan intake output dengan hasil turgor kulit < 2 detik, mukosa bibir lembab, intake 850 ml dan output 500 ml sehingga didapat hasil IWL (+) 350, mengkaji keluhan nyeri pasien dan didapat hasil skala nyeri pasien adalah 0 dari 0-10.

1.1.5 Evaluasi Keperawatan

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 5 hari, risiko defisit nutrisi dapat diatasi dengan hasil evaluasi pasien jauh membaik dan mengatakan sudah tidak muntah ketika makan atau minum, bising usus 16x/menit, makan habis 1 porsi, dan berat badan naik menjadi 68,4 kg. Diagnosa hipovolemi teratasi dengan hasil membran mukosa lembab, turgor kulit normal, intake dan output seimbang. Diagnosa nyeri teratasi dengan hasil pasien mengatakan nyeri sudah membaik dengan skala 0 dari 0-10, pasien tampak rileks dan lebih segar, nadi 66x/menit. Gangguan pola tidur pun teratasi dengan mencapai semua tujuannya dimana pasien sudah tidak mengeluh sering terbangun di malam hari, mau pun mengeluh tidurnya tidak nyenyak dan dapat memenuhi kebutuhan istirahat tidurnya. Jadi, dari keempat diagnosa keperawatan yang diambil, semua dapat teratasi dan intervensi dihentikan.

1.2 Pembahasan

1.2.1 Pengkajian

Berdasarkan hasil asuhan keperawatan yang telah dilakukan pada pasien Tn. H selama 5 hari berturut-turut di rumah sakit, implementasi telah dilakukan pada pasien sesuai intervensi yang sudah disusun. Sesuai dengan yang sudah dibahas sebelumnya bahwa hasil studi kasus ini bertujuan untuk mengetahui gambaran asuhan keperawatan pada pasien gastritis dengan risiko gangguan pemenuhan nutrisi: defisit nutrisi.

Hasil dari pengkajian yang dilakukan kepada Tn. H didapatkan bahwa keluhan utama pasien yaitu muntah setiap kali makan dan sudah dirasakan sejak 3 hari sebelum masuk rumah sakit. Hal ini menandakan bahwa Tn. H mengalami gastritis sesuai dengan teori menurut Suratun dan Lusianah pada tahun 2010, yaitu gastritis merupakan suatu peradangan yang terjadi di mukosa lambung yang bersifat akut, kronik difus, atau lokal dengan karakteristik anoreksia, rasa penuh, tidak enak pada epigastrium, mual dan muntah.

Hasil dari pemeriksaan fisik yang dilakukan pada Tn. H didapatkan suhu 37,3°C, nadi 65x/menit, RR 20x/menit, tekanan darah 112/73 mmHg, dan SpO₂ 99%. BB 68 kg, TB 177 cm dengan IMT 21,7 (normal), tampak lemas, tidak nafsu makan, serta mengalami nyeri pada ulu hati. Hal ini sesuai dengan teori dari Suratun dan Lusianah pada tahun 2010 bahwa tanda dan gejala gastritis diantaranya adalah mual muntah, nyeri pada epigastrium, dan tidak nafsu makan. Namun, ada data yang tidak sesuai pada pasien dimana menurut teori Sitorus tahun 1996 dalam Hanik Murjyanah, 2010 gastritis lebih umum terjadi pada wanita. Gastritis yang terjadi pada pasien disebabkan karena kebiasaan meminum kopi. Tekanan darah yang disebutkan pada teori menurun pun tidak terjadi pada pasien. Tekanan darah yang menurun berhubungan dengan terjadinya perdarahan yang mengakibatkan anemia pernisiiosa. Namun, pada pasien tidak terjadi anemia pernisiiosa sehingga pasien tidak mengalami tekanan darah yang menurun. Teori menyebutkan bahwa gastritis disebabkan oleh beberapa faktor pencetus seperti obat-obatan yang tergolong dalam OAINS, jumlah (berlebihan), jadwal (tidak teratur), dan jenis (pedas, asam, mengandung kafein, atau alkohol) makanan dan minuman yang

dikonsumsi, serta terpapar infeksi bakteri *H. pylori*. Pada kasus, faktor pencetus gastritis yang terjadi pada pasien sesuai dengan teori yaitu pasien mempunyai kebiasaan meminum kopi minimal 2 gelas per hari. Kopi mengandung kafein yang dapat menurunkan produksi asam bikarbonat. Asam bikarbonat berfungsi sebagai proteksi terhadap zat yang bersifat asam. Penurunan kemampuan proteksi terhadap asam menurun menyebabkan difusi kembali asam lambung dan pepsin sehingga mengakibatkan erosi atau peradangan pada mukosa lambung. Kebiasaan merokok pada pasien juga dapat menjadi pencetus terjadinya gastritis. Kandungan nikotin pada rokok dapat mengacaukan produksi asam bikarbonat, sehingga proteksi terhadap keadaan asam di lambung menurun menyebabkan mukosa lambung mudah meradang (Nurarif & Kusuma, 2015).

Hasil dari pemeriksaan laboratorium yang dilakukan Tn. H pada tanggal 10 April 2023 didapat data bahwa terjadi peningkatan jumlah leukosit yaitu 14340 sel/ μ L dengan nilai normal 3800- 10600 sel/ μ L. Hal ini sesuai dengan pemeriksaan penunjang yang dikemukakan oleh Dermawan dan Rahayuningsih pada tahun 2010 yaitu pemeriksaan darah lengkap dan juga sesuai dengan teori bahwa gastritis disebabkan oleh infeksi bakteri *H. Pylori* (Misnadiarly, 2016).

1.2.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien Tn. H sebagian besar sesuai dengan diagnosa yang terdapat pada buku SDKI (Tim Pokja DPP PPNI, 2017) yaitu risiko defisit nutrisi yang ditandai dengan ketidakmampuan menelan makanan, hipovolemi yang ditandai dengan muntah, dan nyeri akut yang ditandai

dengan keluhan pasien mengenai nyeri yang terasa di epigastrium. Namun, ada diagnosa yang tidak ada pada teori namun ada pada kasus, yaitu gangguan pola tidur. Diagnosa gangguan pola tidur muncul sebab nyeri yang dialami Tn. H merangsang *Reticular Activating System/RAS*. RAS terletak di medulla spinalis (batang otak) salah satu fungsinya adalah untuk mengontrol tidur. Jika RAS menerima rangsangan kejadian yang tidak menyenangkan, otomatis akan memengaruhi tidur pasien.

1.2.3 Perencanaan Keperawatan

Rencana tindakan pada masalah utama yang dialami pasien sesuai dengan intervensi keperawatan yang disusun oleh penulis terkait masalah pada penyakit gastritis. Intervensi yang telah disusun penulis dapat dilakukan pada pasien sesuai dengan buku SIKI (PPNI, 2018) dengan tujuan keperawatan selama 5 x 7 jam yang diharapkan risiko defisit nutrisi tidak terjadi. Salah satu perencanaan yaitu memuaskan pada fase akut untuk menurunkan rangsangan lambung tidak dilakukan pada pasien karena pasien perlu diberi makan secara teratur untuk menjaga keseimbangan asam lambung.

Rencana intervensi lain yang dilakukan untuk mengatasi masalah lain pada pasien yaitu hipovolemi seperti memonitor status cairan, mengkaji sumber kehilangan cairan, memonitor tanda-tanda vital, menghitung kebutuhan cairan, memberikan asupan cairan oral, menganjurkan memperbanyak asupan cairan oral, melakukan tindakan kolaborasi untuk mempertahankan pemberian cairan secara intravena dengan memberikan ringer laktat 20 TPM pada pasien. Intervensi lainnya

yang juga dilakukan untuk mengatasi nyeri akut diantaranya adalah mengkaji keluhan nyeri pasien, mengatur posisi yang nyaman bagi pasien, menjelaskan agar pasien menghindari makanan yang merangsang lambung, seperti makanan yang pedas, asam, dan mengandung gas, menganjurkan melakukan teknik relaksasi, dan melakukan kolaborasi pemberian terapi analgetik dan antasid yaitu pantoprazole 2 x 40 mg melalui IV yang diberikan kepada pasien. Intervensi yang dilakukan untuk mengatasi diagnose gangguan pola tidur diantaranya identifikasi pola tidur dan penyebab gangguan pola tidur, memodifikasi lingkungan, dan edukasi pentingnya istirahat tidur saat sakit.

1.2.4 Pelaksanaan keperawatan

Penulis telah melakukan implementasi keperawatan yang dimulai pada tanggal 11 April 2023 hingga 15 April 2023 untuk mengatasi masalah-masalah yang dialami pasien khususnya masalah risiko defisit nutrisi pada pasien gastritis dan masalah hipovolemi serta nyeri akut yang sudah direncanakan sesuai dengan apa yang telah dikatakan Meirisa pada tahun 2018 dimana kriteria hasil yang diinginkan tercapai yaitu kebutuhan nutrisi dan cairan terpenuhi. Indikator lainnya diantaranya adalah makan habis 1 porsi, BB stabil/meningkat dan status nutrisi membaik/stabil, membrane mukosa lembab, turgor kulit normal, pasien rileks, dan skala nyeri berkurang menjadi ringan (1-3). Namun, terdapat kendala kecil dalam implementasi pada pasien, dimana penulis tidak dapat menghitung secara akurat intake dan output pasien untuk memonitor status cairan. Pelaksanaan implementasi yang dilakukan pada pasien dilandasi oleh SOP yang disediakan Rumah Sakit.

1.2.5 Evaluasi Keperawatan

Berdasarkan tindakan keperawatan yang telah dilakukan, hasil yang diharapkan pada pasien gastritis dengan risiko gangguan kebutuhan nutrisi: defisit nutrisi tercapai sesuai dengan buku SLKI (PPNI, 2018) yaitu makan habis 1 porsi, BB stabil/meningkat, dan status nutrisi baik, selanjutnya hipovolemi dengan kriteria hasil membran mukosa lembab, turgor kulit normal, dan TTV dalam batas normal. Terakhir nyeri dengan kriteria hasil pasien rileks dan skala nyeri ringan (0-3). Maka dari itu, semua diagnosa keperawatan yang terjadi pada pasien teratasi sesuai dengan apa yang direncanakan.

1.3 Keterbatasan Studi Kasus

Keterbatasan yang dialami penulis selama melakukan studi kasus ini adalah keakuratan intake output pasien karena terkadang muntah yang dialami pasien tidak terukur secara akurat. Maka dari itu, penulis dibantu oleh keluarga pasien menyediakan gelas 200 ml agar lebih mudah dalam menghitung intake cairan per oral pasien dan output cairan berupa muntah yang dialami pasien.