

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN GASTRITIS  
DENGAN MASALAH KEPERAWATAN  
NYERI AKUT DI RSUD CIAMIS**

**KARYA TULIS ILMIAH**

Diajukan sebagai salah satu syarat mendapatkan gelar Ahli Madya Keperawatan  
(A.Md.Kep) Pada Prodi D-III Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan  
Bhakti Kencana Bandung

Oleh

**AWALLUDIN PRAYUDI**

**AKX.15.017**



**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN  
STIKES BHAKTI KENCANA BANDUNG**

**2018**

## SURAT PERNYATAAN

Dengan ini saya,

Nama : Awalludin Prayudi

NPM : AKX.15.017

Program Studi : D-III Keperawatan Konsentrasi Anestesi dan Gawat Darurat Medik

Judul Karya Tulis : Asuhan Keperawatan Pada Klien Gastritis Dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut Di RSUD Ciamis

Menyatakan :

1. Tugas akhir saya ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk memperoleh gelar profesional Ahli Madya (Amd) di Program Studi DIII Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung maupun di perguruan tinggi lainnya.
2. Tugas akhir saya ini adalah karya tulis yang murni dan bukan hasil plagiat/jiplakan, serta asli dari ide dan gagasan saya sendiri tanpa bantuan pihak lain kecuali arahan dari pembimbing.

Demikian pernyataan ini dibuat dengan sebenar-benarnya dan apabila kemudian hari terdapat penyimpangan yang tidak etis, maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar yang saya peroleh serta sanksi lainnya sesuai dengan norma yang berlaku di perguruan tinggi.

Bandung, Mei 2018

Yang Membuat Pernyataan



Awalludin Prayudi

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN GASTRITIS  
DENGAN MASALAH KEPERAWATAN  
NYERI AKUT DI RSUD CIAMIS**

**AWALLUDIN PRAYUDI**

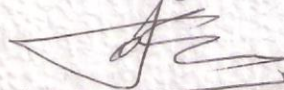
**AKX.15.017**

**KARYA TULIS INI TELAH DISETUJUI**

**TANGGAL 20 APRIL 2018**

Oleh


**Pembimbing Ketua**



**Sri Sulami, S.Kep., MM**

**NIP. 10115176**

**Pembimbing Pendamping**



**Fikri Moutly, Amd. An**

**Mengetahui**

**Prodi DIII Keperawatan**

**Ketua,**



**Tuti Suprapti, S.Kp., M.Kep**

**NIP. 1011603**



**LEMBAR PENGESAHAN**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN GASTRITIS  
DENGAN MASALAH KEPERAWATAN  
NYERI AKUT DI RSUD CIAMIS**

Oleh :

Awalludin Prayudi

AKX.15.017


Telah diuji

Pada tanggal, 25 April 2018

Panitia Penguji

Ketua : Sri Sulami, S.Kep., MM

(Pembimbing Utama)



.....

Anggota :

1. Vina Vitniawati, S.Kep., Ners

(Penguji I)

2. Anggi Jamiyanti, S.Kep., Ners

(Penguji II)

3. Fikri Mourly Amd. An

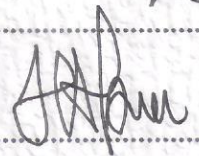
(Pembimbing Pendamping)



.....



.....



.....

Mengetahui

STIKes Bhakti Kencana Bandung

Ketua,



Rd. Siti Jundiah, S.Kp., M.Kep

NIP. 10107064

## **KATA PENGANTAR**

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat rahmat dan karunia-Nya penulis masih diberi kekuatan dan pikiran sehingga dapat menyelesaikan karya tulis ini yang berjudul “ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN GASTRITIS DENGAN MASALAH KEPERAWATAN NYERI AKUT DI RSUD CIAMIS” dengan sebaik-baiknya.

Maksud dan tujuan penyusunan karya tulis ini adalah untuk memenuhi salah satu tugas akhir dalam menyelesaikan Program Studi Diploma III Keperawatan di STIKes Bhakti Kencana Bandung.

Penulis mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan karya tulis ini, terutama kepada :

1. H. Mulyana, SH, M,Pd, MH. Kes, selaku Ketua Yayasan Adhi Guna Bhakti Kencana Bandung.
2. Rd. Siti Jundiah, S,Kp.,MKep, selaku Ketua STIKes Bhakti Kencana Bandung.
3. Tuti Suprapti, S,Kp.,M.Kep, selaku Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung.
4. Sri Sulami, S.Kep., MM selaku Pembimbing utama yang telah membimbing dan memotivasi selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
5. Fikri Mourly, Amd. An selaku Pembimbing Pendamping yang telah membimbing dan memotivasi selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.

6. dr. H. Aceng Solahudin Ahmad, M.Kes selaku Direktur Rumah Sakit Umum RSUD Ciamis yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menjalankan tugas akhir perkuliahan ini.
7. Elis Kurniasih S.Kep., Ners selaku CI Ruangan Kenanga yang telah memberikan bimbingan, arahan dan motivasi dalam melakukan kegiatan selama praktek keperawatan di RSUD Ciamis.
8. Komarudin dan Julianti selaku orang tua, H. Arip selaku kakek, Alm. A Gusti M Ridho selaku kakak dan Arifian Nuriansyah selaku adik yang tidak henti-hentinya memberikan dukungan, doa, dan motivasi dalam melakukan kegiatan selama praktek dan penulis
9. Teman-teman seperjuangan anestesi angkatan XI yang selalu memberi semangat, support, dan tawa canda di sela kesibukan kegiatan praktek dan penulisan kasus ini tanpa kalian saya bukan apa-apa.

Penulis menyadari dalam penyusunan karya tulis ini masih banyak kekurangan sehingga penulis sangat mengharapkan segala masukan dan saran yang sifatnya membangun guna penulisan karya tulis yang lebih baik.

Bandung, April 2018

PENULIS

## ABSTRAK

**Background :** Gastritis is an inflammatory wall of the stomach, caused by irritation of the gastric mucosa. Gastritis can be caused by various factors such as aspirin, alcohol, caffeine, or foods that are contaminated by certain bacteria. The most common type of acute gastritis gastritis is usually benign and self-limiting associated with ingestion. Acute gastritis manifestations may acquire from asymptomatic to mild heartburn to severe gastric distress, vomiting and haemorrhage with hematemesis (vomiting). WHO's health research agency states the incidence of 1.8 to 2.1 million of the population each year. The incidence in Asia is about 583,635 cases each year. In Indonesia the number of incidents reached 274.396 cases of the total lives of the population. The main complaint that usually appears in cases of gastritis is abdominal pain. How to overcome the pain is divided into 2, namely pharmacology and non-pharmacology. Non-pharmacological techniques alone there are many ways one of them relaxation. In addition to easy, relaxation requires no tools and the technique chosen is progressive muscle relaxation. This technique is very effective in lowering the level of pain. **Methods :** case studies that explore problems or phenomena with detailed constraints, have deep data retrieval and include multiple sources of information. This case study was practiced in two gastritis patients with acute pain nursing problems. **Results :** After treatment with intervention of progressive muscle nursing intervention, acute pain on client 1 can be completed on the third day and on client 2 also completed on the third day. **Discussion :** patients with acute pain nursing problems with gastritis diagnosis may be given progressive muscle relaxation measures. The action is effective to reduce the scale of pain.

Keyword: Gastritis, acute pain, progressive muscle relaxation, nursing care

Bibliography: 7 Books (2008-2018), 2 Journals (2016), 3 Websites (2012-2015)

**Latar Belakang :** Gastritis adalah suatu inflamasi dinding lambung, yang disebabkan oleh iritasi pada mukosa lambung. Gastritis dapat disebabkan oleh bermacam-macam faktor seperti aspirin, alkohol, kafein, atau makanan yang terkontaminasi oleh bakteri tertentu. Tipe paling umum dari gastritis adalah gastritis akut yang biasanya bersifat benigna dan dapat sembuh sendiri terkait dengan ingesti. Manifestasi gastritis akut dapat berkisar dari asimtomatik sampai nyeri ulu hati ringan bahkan sampai distress lambung yang hebat, muntah dan perdarahan disertai hematemesis (muntah darah). Badan penelitian kesehatan WHO mengatakan insiden 1,8-2,1 juta dari jumlah penduduk setiap tahun. Insiden di Asia sendiri sekitar 583.635 kasus setiap tahun. Di Indonesia sendiri angka kejadian mencapai 274,396 kasus dari total jiwa penduduk. Keluhan utama yang biasanya muncul pada kasus gastritis yaitu nyeri daerah perut. Cara mengatasi nyeri terbagi menjadi 2 yaitu farmakologi dan non farmakologi. Teknik non farmakologi sendiri terdapat banyak cara salah satunya relaksasi. Selain mudah dilakukan relaksasi tidak memerlukan alat dan teknik yang dipilih adalah relaksasi otot progresif. Teknik ini sangat efektif dalam menurunkan tingkat nyeri. **Metode :** studi kasus yaitu mengeksplorasi suatu masalah atau fenomena dengan batasan terperinci, memiliki pengambilan data yang mendalam dan menyertakan berbagai sumber informasi. Studi kasus ini dilakukan pada dua orang pasien gastritis dengan masalah keperawatan nyeri akut. **Hasil** Setelah dilakukan asuhan keperawatan dengan memberikan intervensi keperawatan relaksasi otot progresif, nyeri akut pada klien 1 dapat teratasi dihari ketiga dan pada klien 2 juga teratasi pada hari ketiga. **Diskusi :** pasien dengan masalah keperawatan nyeri akut dengan diagnosa gastritis dapat diberikan tindakan relaksasi otot progresif. Tindakan tersebut efektif untuk menurunkan skala nyeri.

Keyword : Gastritis, nyeri akut, relaksasi otot progresif, asuhan keperawatan

Daftar Pustaka : 7 Buku (2008-2018), 2 Jurnal (2016), 3 Website (2012-2015)

## DAFTAR ISI

Halaman Judul dan Prasyarat Gelar .....	i
Lembar Pernyataan.....	ii
Lembar Persetujuan.....	iii
Lembar Pengesahan.....	iv
Kata Pengantar.....	v
Abstrak.....	vii
Daftar isi.....	viii
Daftar Gambar.....	xi
Daftar Tabel.....	xii
Daftar Bagan.....	xiii
Daftar Lampiran.....	xiv
Daftar Singkatan.....	xv
<b>BAB I PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	4
C. Tujuan Penelitian.....	4
1. Tujuan Umum.....	4
2. Tujuan Khusus.....	4
D. Manfaat.....	5
1. Teoritis.....	5
2. Praktis.....	5
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....</b>	<b>6</b>
A. Konsep Penyakit Gastritis.....	6
1. Definisi Gastritis.....	6
2. Anatomi Fisiologi.....	6
3. Klasifikasi.....	23
4. Patofisiologi.....	24
5. Manifestasi Klinis.....	26



6. Pemeriksaan Penunjang.....	26
7. Penatalaksanaan.....	27
B. Konsep Nyeri.....	30
1. Definisi.....	30
2. Tanda.....	30
3. Penatalaksanaan.....	30
C. Konsep Dasar Keperawatan.....	31
1. Pengkajian.....	31
2. Analisa Data dan Diagnosa.....	34
3. Perencanaan.....	35
4. Penatalaksanaan.....	36
5. Evaluasi.....	36
<b>BAB III METODE PENULISAN KTI.....</b>	<b>38</b>
A. Desain.....	38
B. Batasan Istilah.....	38
C. Partisipan/Responden/Subyek Penelitian.....	39
D. Lokasi dan Waktu.....	39
E. Pengumpulan Data.....	40
F. Uji Keabsahan Data.....	42
G. Analisis Data.....	42
H. Etik Penulisan KTI.....	43
<b>BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN.....</b>	<b>46</b>
A. Hasil.....	46
1. Gambaran Lokasi Pengambilan Data.....	46
2. Pengkajian.....	47
3. Analisa Data.....	55
4. Diagnosa Keperawatan.....	56
5. Perencanaan.....	59
6. Pelaksanaan.....	61
7. Evaluasi.....	64

B. Pembahasan.....	66
1. Pengkajian.....	67
2. Diagnosis.....	68
3. Perencanaan.....	70
4. Pelaksanaan.....	71
5. Evaluasi.....	72
<b>BAB V KESIMPULAN DAN SARAN.....</b>	<b>73</b>
A. Kesimpulan.....	73
1. Tahap Pengkajian.....	73
2. Diagnosa Keperawatan.....	73
3. Tahap Perencanaan.....	74
4. Tahap Pelaksanaan.....	74
5. Evaluasi.....	75
B. Saran.....	75
1. Rumah Sakit.....	75
2. Institusi Pendidikan.....	76

## **DAFTAR PUSTAKA**

## **LAMPIRAN**

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Sistem Pencernaan.....	7
Gambar 2.2	Rongga Mulut.....	8
Gambar 2.3	Proses Menelan.....	13
Gambar 2.4	Lambung.....	14
Gambar 2.5	Dinding Lambung.....	15
Gambar 2.6	Usus.....	17

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Intervensi Keperawatan Gastritis.....	35
Tabel 4.1	Identitas Klien.....	47
Tabel 4.2	Riwayat Kesehatan.....	47
Tabel 4.3	Aktivitas Sehari-hari.....	48
Tabel 4.4	Pemeriksaan Fisik.....	49
Tabel 4.5	Pemeriksaan Psikologi.....	53
Tabel 4.6	Pemeriksaan Diagnostik.....	54
Tabel 4.7	Therapy.....	54
Tabel 4.8	Analisa Data.....	55
Tabel 4.9	Diagnosa Keperawatan.....	56
Tabel 4.10	Perencanaan.....	59
Tabel 4.11	Pelaksanaan.....	61
Tabel 4.12	Evaluasi.....	64



## DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1	Patofisiologi.....	25
-----------	--------------------	----

## **DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran I	Lembar Justifikasi
Lampiran II	Lembar Persetujuan Menjadi Responden
Lampiran III	SOP Relaksasi Otot Progresif
Lampiran IV	Lembar Observasi
Lampiran V	Lembar Konsultasi KTI
Lampiran VI	Jurnal Penelitian I
Lampiran VII	Jurnal Penelitian II
Lampiran VIII	Riwayat Hidup

## DAFTAR SINGKATAN

BB	: Berat Badan
TB	: Tinggi Badan
TD	: Tekanan Darah
N	: Nadi
S	: Suhu
R	: Respirasi
EBP	: Evidance Base Practice
WHO	: World Health Organization
TTV	: Tanda – Tanda Vital

# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Gastritis adalah suatu inflamasi dinding lambung, yang disebabkan oleh iritasi pada mukosa lambung. Gastritis biasa terjadi, dapat disebabkan oleh bermacam-macam faktor. Tipe paling umum dari gastritis adalah gastritis akut yang biasanya bersifat benigna dan dapat sembuh sendiri terkait dengan ingesti iritan lambung seperti aspirin, alkohol, kafein, atau makanan yang terkontaminasi oleh bakteri tertentu. Manifestasi gastritis akut dapat berkisar dari asimtomatik sampai nyeri ulu hati ringan bahkan sampai distress lambung yang hebat, muntah dan perdarahan disertai hematemesis (muntah darah). Gastritis kronis adalah kelompok penyakit terpisah yang dicirikan dengan perubahan yang bersifat progresif dan ireversibel pada mukosa lambung (Porth & Marfin, 2009).

Badan penelitian kesehatan dunia *World Health Organization* tahun 2014 mengadakan tinjauan terhadap beberapa negara dan mendapatkan hasil persentase dari angka kejadian gastritis dunia, diantaranya Inggris 22%, China 31%, Jepang 14,5%, Kanada 35% dan Perancis 29,5%. Di dunia, insiden gastritis sekitar 1,8-2,1 juta dari jumlah penduduk setiap tahun (Kurnia dan Rahmi, 2014).

Insiden terjadinya gastritis di Asia Tenggara pada tahun 2014 sekitar 583.635 dari jumlah penduduk setiap tahunnya. Prevalensi gastritis yang dikonfirmasi melalui endoskopi pada populasi sekitar 17,2%. Gastritis untuk



sebagian orang hanya penyakit yang ringan namun nyatanya menjadi awal suatu penyakit yang akan sulit ditangani apabila kurang dalam hal pengobatan (Kurnia dan Rahmi, 2014).

Persentase dari angka kejadian gastritis di Indonesia tahun 2014 menurut *World Health Organization* adalah 40,8%. Angka kejadian gastritis pada beberapa daerah di Indonesia cukup tinggi dengan prevalensi 274,396 kasus dari 238,452,952 jiwa penduduk. Sedangkan di Indonesia sudah pernah dilakukan penelitian kuman *Helicobacter pylori* tetapi belum dalam skala besar pada pasien gastritis yang dapat menimbulkan ulkus lambung namun dari pemeriksaan yang dilakukan pada pasien gastritis sekitar 60-70% ditemukan kuman (Kurnia dan Rahmi, 2014).

Dari penelitian Kemenkes sendiri di Provinsi Jawa Barat tahun 2015 angka kejadian penderita gastritis mencapai 31,2%. Banyak faktor yang mempengaruhi terjadinya gastritis diantaranya yaitu pola makan, jenis makanan, stres, makanan pedas, panas asam terutama alkohol, jika dari faktor tersebut dapat dikonsumsi secara terus menerus (Kemenkes, 2015).

Angka kejadian penyakit di Ruang Dahlia Lantai II RSUD Ciamis sebanyak 3.224 kasus. Sedangkan, untuk kasus Gastritis sendiri selama setahun terakhir menempati posisi ke-11 dengan jumlah 57 kasus atau persentasenya 1,76%.

Penderita gastritis mempunyai keluhan antara lain, nyeri, mual, muntah dan sebagainya. Keluhan utama dari klien Gastritis yaitu nyeri pada perut, nyeri ini diakibatkan oleh erosi mukosa lambung sehingga menimbulkan perih pada lambung. Hal ini dapat mengganggu kenyamanan penderita bahkan dapat

menyebabkan kematian. Nyeri sendiri bisa diatasi dengan cara farmakologi dan non farmakologi. Farmakologi yaitu dengan cara pemberian terapi obat-obatan baik oral ataupun intravena untuk mengurangi rasa nyeri, sedangkan cara non farmakologi antara lain imajinasi terbimbing, distraksi, dan relaksasi. Teknik relaksasi dapat dilakukan dengan berbagai cara salah satunya yaitu relaksasi otot progresif.

Relaksasi otot progresif adalah teknik relaksasi yang menggunakan otot-otot untuk mengurangi intensitas nyeri. Menurut jurnal penelitian berjudul “Efektivitas penggunaan teknik relaksasi otot progresif dalam menurunkan tingkat nyeri gastritis” bahwa hasil penelitian relaksasi otot progresif sangat efektif dalam menurunkan tingkat nyeri pasien gastritis.

Peranan perawat dalam melakukan penanganan nyeri secara non farmakologi sangat dimungkinkan saat ini karena tidak menimbulkan efek samping. Latihan relaksasi otot progresif dapat memberikan pemijatan halus berbagai kelenjar-kelenjar pada tubuh, mengembalikan pengeluaran hormon sehingga memberi keseimbangan emosi dan ketenangan pikiran.

Berdasarkan data yang menunjukkan tingginya prevalensi gastritis, besarnya masalah yang dapat timbul, dan pentingnya peran perawat dalam melakukan teknik relaksasi otot progresif, maka penulis mengangkat kasus dengan judul “asuhan keperawatan pada klien yang mengalami gastritis dengan nyeri akut di Rumah Sakit Umum Daerah Ciamis”.

## **B. Rumusan Masalah**

Yang menjadi permasalahan dalam studi kasus ini adalah “Bagaimanakah asuhan keperawatan pada klien gastritis dengan masalah keperawatan nyeri akut di Rumah Sakit Umum Daerah Ciamis ?”

## **C. Tujuan Penelitian**

### **1. Tujuan Umum**

Melaksanakan asuhan keperawatan yang komprehensif dengan pendekatan biopsikososial spiritual pada klien gastritis dengan masalah keperawatan nyeri akut di RSUD Ciamis.

### **2. Tujuan Khusus**

- a) Melakukan pengkajian keperawatan pada klien Gastritis dengan masalah keperawatan nyeri akut di RSUD Ciamis.
- b) Menetapkan diagnosis keperawatan pada klien Gastritis dengan masalah keperawatan nyeri akut di RSUD Ciamis.
- c) Menyusun perencanaan keperawatan pada klien Gastritis dengan masalah keperawatan nyeri akut di RSUD Ciamis.
- d) Melaksanakan tindakan keperawatan pada klien Gastritis dengan masalah keperawatan nyeri akut di RSUD Ciamis.
- e) Melakukan evaluasi pada klien Gastritis dengan masalah keperawatan nyeri akut di RSUD Ciamis
- f) Melakukan dokumentasi pada klien Gastritis dengan masalah keperawatan nyeri akut di RSUD Ciamis.

## **D. Manfaat**

### **1. Teoritis**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat bagi dunia keperawatan khususnya pada keperawatan penyakit dalam sebagai informasi dalam melakukan tindakan relaksasi otot progresif untuk menurunkan nyeri akut.

### **2. Praktis**

#### **a) Bagi Rumah Sakit**

Sebagai bahan masukan bagi pihak Rumah Sakit dalam meningkatkan pelayanan kesehatan pasien, khususnya tentang penyakit gastritis.

#### **b) Bagi Perawat**

Sebagai bahan masukan bagi perawatan dalam meningkatkan pelayanan asuhan keperawatan bagi pasien terutama penyakit gastritis.



## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Penyakit Gastritis**

##### **1. Definisi Gastritis**

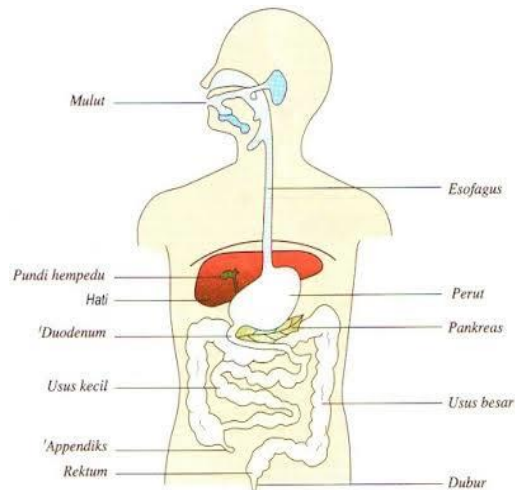
Gastritis merupakan suatu keadaan peradangan atau perdarahan mukosa lambung yang dapat bersifat akut, kronis, difus, atau lokal. Dua jenis gastritis yang sering terjadi adalah gastritis superficial akut dan gastritis atrofik kronis (Price & Wilson, 2006 dalam NANDA 2015). Menurut Williams (2008) gastritis adalah sebuah gangguan sistem pencernaan yaitu berupa peradangan mukosa lambung. Gastritis adalah segala radang mukosa lambung (Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah, Edisi Kelima, 2012)

Dari definisi gastritis sesuai ahli dapat disimpulkan bahwa gastritis adalah suatu penyakit yang diakibatkan oleh inflamasi dinding lambung karena adanya iritasi pada mukosa lambung

##### **2. Anatomi Fisiologi**

Sistem pencernaan terbagi atas organ utama dan organ aksesoris atau tambahan. Organ utama sistem pencernaan terdiri atas rongga mulut yang didalamnya terdapat palatum, pipi dan bibir, lidah gigi, kelenjar ludah, faring, esofagus (kerongkongan), lambung (gaster), duodenum (usus halus), jejunum, ileum, kolon yang terdiri atas kolon asenden,

transverdum, desenden dan rektum. Sedangkan organ aksesorisnya terdiri dari atas kelenjar-kelenjar ludah (glandula saliva), dimana terdapat kelenjar parotis, kelenjar sublingualis, dan kelenjar submandibularis. Organ aksesoris lain yaitu hati/hepar dan pankreas.

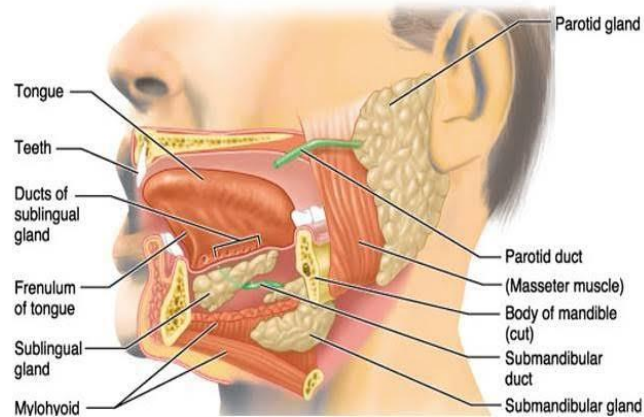


**Gambar 2.1 Sistem Pencernaan**  
 Sumber : <https://hedisasrawan.blogspot.com>

#### a. Rongga Mulut

Rongga mulut adalah pintu masuk saluran pencernaan. Rongga mulut memiliki fungsi :

- 1) Memberi makan.
- 2) Mengerjakan pencernaan pertama dengan jalan mengunyah.
- 3) Untuk berbicara.
- 4) Bilamana perlu, digunakan untuk bernafas.



**Gambar 2.2 Rongga Mulut**  
**Sumber : <https://furryzebra.blogspot.com>**

Dinding rongga mulut disebelah dalam dilapisi oleh selaput lendir. Dibawah selaput lendir ini terdapat jaringan ikat, misalnya pada bagian palatum mole. Dibawah selaput lendir ini pula terdapat banyak kelenjar-kelenjar yang mengeluarkan lendir yang penting artinya bagi pencernaan makanan.

Didalam rongga tersebut terdapat :

1) Pipi dan bibir

Mengandung otot-otot yang diperlukan dalam proses mengunyah dan bicara. Dibagian luar, pipi, dan bibir diselubungi oleh kulit.

2) Lidah

Lidah mengandung 2 jenis otot, yaitu : otot ekstrinsik yang berorigo diluar lidah, insersi lidah dan otot intrinsik yang berorigo dan insersi di dalam lidah. Lidah memiliki fungsi sebagai berikut :

- a) Untuk membersihkan gigi serta rongga mulut antara pipi dan gigi.
  - b) Mencampur makanan dengan ludah.
  - c) Untuk menolak makanan dan minuman ke belakang.
  - d) Untuk berbicara.
  - e) Untuk mengecap manis, asin dan pahit.
  - f) Untuk merasakan dingin dan panas.
- 3) Gigi

Gigi dibedakan menjadi 4 macam : gigi seri (*Dens Incisivus*) terdapat 8 buah, gigi taring (*Dens Caninus*) terdapat 4 buah, gigi geraham depan (*Dens Premolaris*). *Dens Premolaris* I berjumlah 4 buah dan *Dens Premolaris* II berjumlah 4 buah. gigi geraham belakang (*Dens Molaris*) yang terdiri atas *Dens Molaris* I berjumlah 4 buah, *Dens Molaris* II berjumlah 4 buah dan *Dens Molaris* III berjumlah 4 buah.

#### Kelenjar ludah

Terdapat tiga kelenjar ludah yang menghasilkan air ludah, yaitu :

- a) Kelenjar Parotis, terletak disebelah bawah dengan daun telinga diantara otot pengunyah dengan kulit pipih. Cairan ludah hasil sekresinya dikeluarkan melalui duktus stenson ke dalam rongga mulut melalui satu lubang dihadapan gigi molar kedua atas. Saliva yang dieksresikan sebanyak 25-35%.

- b) Kelenjar Sublingualis, terletak dibawah salurannya menuju lantai rongga mulut. Saliva yang dieksresikan sebanyak 3-5%.
- c) Kelenjar submandibularis, terletak lebih kebelakang dan kesamping dari kelenjar sublingualis. Salurannya menuju kelantai rongga mulut belakang gigi seri pertama. Saliva yang diekskresikan sebanyak 60-70%.

Selaput lendir rongga mulut mengandung kelenjar kecil lainnya disebut kelenjar bukal. Semua kelenjar diatas menghasilkan air ludah (saliva) untuk membasahi rongga mulut dan makanan. Kira-kira 1 liter saliva yang disekresikan setiap hari. Lebih dari 99% saliva terdiri dari air, sisanya garam, urea, lendir, bikarbonat, lisozim (enzim penghancur bakteri, dan amilase pthyalin). Saliva yang ditelan akan absorpsi kembali, seseorang yang kekurangan air di dalam tubuh akan mengurangi sekresi air ludah sehingga rongga mulut mengering dan akan terasa haus.

Ada 2 jenis pencernaan di dalam rongga mulut :

- a) Pencernaan mekanik, yaitu pengunyahan dengan gigi, pergerakan otot-otot lidah, dan pipi untuk mencampur makanan dengan sir ludah sehingga terbentuklah suatu bolus yang bulat untuk ditelan.

b) Pencernaan kimiawi yaitu pemecahan zat pati (amilum) oleh ptyalin (suatu amilase) menjadi amltosa. Suatu bukti ialah bila kita mengunyah nasi (zat pati), lama-kelamaan akan sedikit terasa manis. Ptyalin bekerja di dalam rongga mulut (pH 6,3 – 6,8) dan masih bekerja di dalam lambung untuk mencernakan zat pati kira-kira 15 menit sampai asam lambung menurunkan pH sehingga ptyalin tidak bekerja lagi

#### **b. Esophagus**

Esophagus adalah lubang yang menghubungkan rongga mulut dengan lambung, yang letaknya dibelakang trakea yang berukuran panjang  $\pm$  20-25 cm dan lebar 2 cm. Fungsi dari esophagus adalah menghantarkan bahan yang dimakan dari faring ke lambung. Tiap-tiap ujung esophagus dilindungi oleh suatu sphincter yang berperan sebagai barier terhadap reflek isi lambung kedalam esophagus. Dinding esophagus terdiri atas beberapa bagian :

- 1) Lapisan mukosa, terletak dibagian dalam yang bentuk oleh epitel berlapis gepeng dan diteruskan ke faring bagian atas serta mengalami perubahan yang mencolok pada perbatasan esophagus lambung menjadi epitel selapis lotaks pada lambung.
- 2) Lapisan submukosa, mengandung sel-sel sekretoris yang menghasilkan mucus untuk mempermudah jalannya makanan

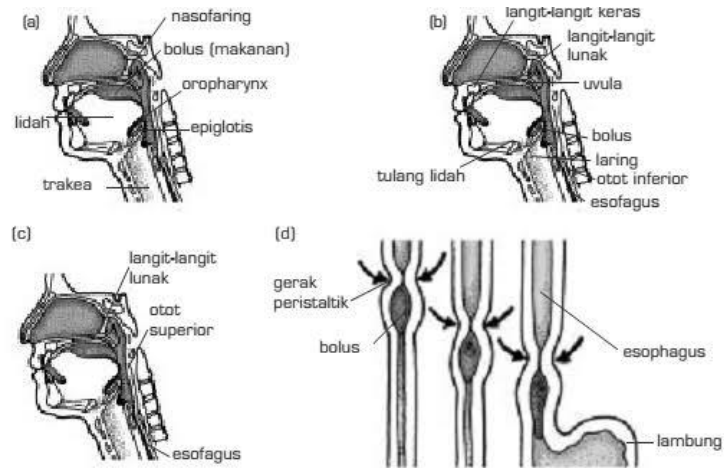
waktu menelan dan melindungi mukosa dari cedera pencernaan secara kimiawi.

- 3) Lapisan otot, terdiri dari dua lapisan serabut otot yang satu berjalan longitudinal, dan yang lainnya sirkulasi.

Mekanisme menelan dilakukan setelah mengunyah :

- 1) Gerakan membentuk makanan menjadi sebuah bolus dengan bantuan lidah dan pipi melalui bagian belakang mulut masuk ke dalam faring.
- 2) Setelah makanan masuk ke dalam faring maka palatum lunak naik untuk menutup nares posterior, glotis menutup oleh kontraksi otot-otot dan otot konstriktor faring menangkap makanan dan pada saat ini pernafasan berhenti. Gerakan menelan pada bagian ini merupakan gerakan refleks.
- 3) Makanan berjalan dalam esophagus karena kerja peristaltik yang mengantarkan bola makanan ke dalam lambung.

Mukosa esophagus dalam keadaan normal bersifat alkali dan tidak tahan terhadap isi lambung yang sangat asam.



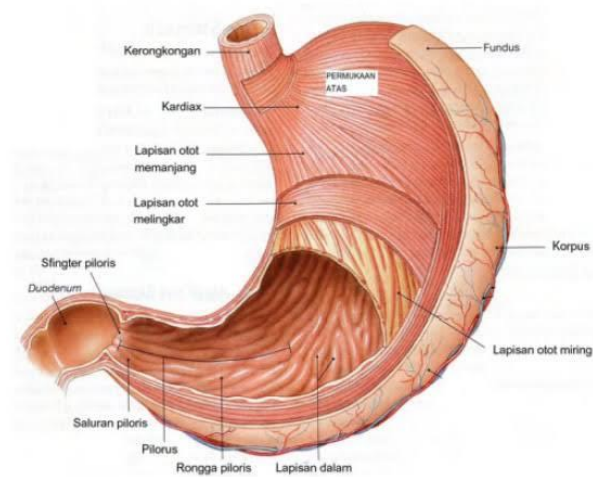
**Gambar 2.3 Proses Menelan**  
**Sumber : <https://artikelsains.com>**

### c. Lambung

Secara anatomis lambung memiliki bagian-bagian :

- 1) Fundus ventrikuli, bagian menonjol keatas terletak sebelah kiri osteum kardium dan biasanya penuh berisi gas.
- 2) Korpus ventrikuli, setinggi osteum kardium suatu lekukan pada bagian bawah kurvatura minor.
- 3) Antrum pylorus, terbentuk tabung yang mempunyai otot yang tebal membentuk sphingter pylorus.
- 4) Kurvatura minor, terdapat di sebelah kanan lambung terbentang dari sisi kiri osteum kardiakum melalui fundus. Ventrikuli menuju ke kanan sampai pilorus interior, ligamentum gastro lienalis terbentang dari bagian atas kurvatura mayor.
- 5) Osteum kardiakum, terdapat dimana esophagus bagian abdomen masuk ke lambung orifisum pilorik.





**Gambar 2.4 Lambung**  
**Sumber : <https://dosenbiologi.com>**

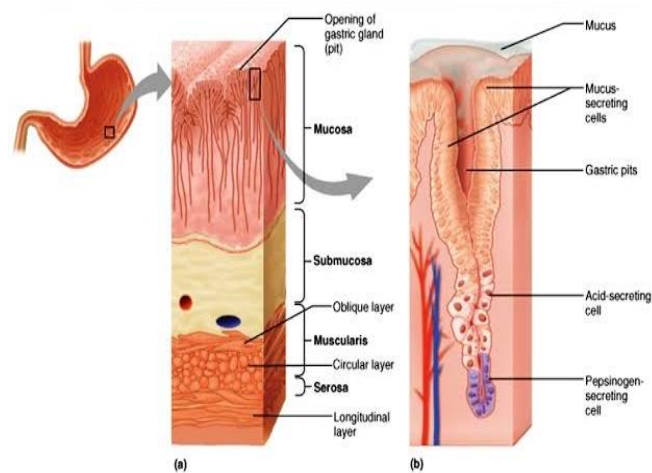
Lambung memiliki fungsi :

- 1) Menampung makanan, menghancurkan dan menghaluskan makanan oleh peristaltik lambung dan getah lambung.
- 2) Menghasilkan getah cerna. Getah cerna ini dihasilkan oleh sel yang berbeda-beda pada lambung.

Jenis-jenis sel pada mukosa lambung :

- 1) Sel permukaan mukosa menghasilkan sekret yang bersifat alkalis untuk melindungi lambung dari pepsin dan keasaman yang tinggi dari cairan lambung. Mukus ini juga mencegah terjadinya ulserasi dinding lambung. Disebut juga sel pengasuh karena melindungi sel-sel muda yang baru tumbuh.
- 2) Sel Leher (*Neck*) mukosa menghasilkan mukus yang bersifat netral. Sel ini berperan untuk mengganti sel-sel yang hilang di permukaan.

- 3) Sel parietal/sel oxyntic menghasilkan HCl yang akan membantu pepsinogen berubah menjadi pepsin. Sel ini juga menghasilkan faktor intrinsik yang dibutuhkan untuk absorpsi vitamin B12.
- 4) *Chief cells* atau disebut juga *peptic cell* atau *zymogenic cell*, mensekresikan pepsinogen yang merupakan enzim prekursor pepsin (enzim pemecah protein).
- 5) Sel enteroendokrin menghasilkan hormon-hormon seperti gastrin, sekretin, kolesistokinin dan motilin.
- 6) *Lindifferentiated cells* berfungsi menggantikan sel-sel lain yang mengalami kerusakan atau kematian.



Copyright © 2001 Benjamin Cummings, an imprint of Addison Wesley Longman, Inc.

Figure 14.7  
Slide 14.9A

**Gambar 2.5 Dinding Lambung**  
Sumber : <https://hmkuliah.wordpress.com>

Pencernaan mekanisme pada lambung :

Pencernaan mekanis disebabkan oleh otot-otot dinding lambung, dinding lambung terdiri atas otot polos yang berbentuk

memanjang (Transversal), melingkar (sirkular) dan serong (oblique). Kontraksi otot lambung tersebut mengakibatkan bolus yang masuk ke dalam lambung diaduk dan diremas-remas sehingga menjadi lembut.

Pencernaan kimiawi pada lambung :

Kelenjar lambung mengeluarkan sekret yaitu cairan pencernaan penting, getah lambung, getah ini adalah cairan asam lambung tak berwarna mengandung 0,4 % asam klorida (HCl) yang mengasamkan semua makanan dan bekerja sekaligus zat antiseptik dan desinfektan dan menyediakan lingkungan untuk pencernaan makanan.

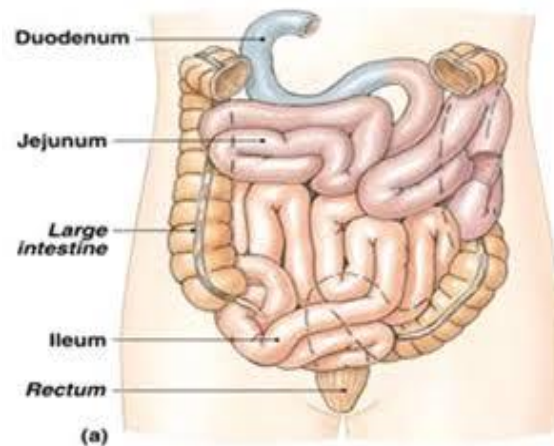
Enzim pencernaan yang terdapat dalam getah lambung :

- 1) Pepsin yang bersumber dari *Chief cells* lambung yang memecahkan protein menghasilkan proteosa, pepton dengan pH optimal 1,5-2,5 dengan volume sekresi 2-4 liter/hari.
- 2) Lipase lambung yang memecahkan lemak.

#### **d. Usus Halus**

Adalah tempat berlangsung sebagian besar pencernaan dan penyerapan. Setelah meninggalkan usus halus tidak terjadi lagi pencernaan walaupun usus besar dapat menyerap sejumlah kecil garam dan air. Dengan panjang sekitar 6,3 m (21 kaki) diameternya

kecil yaitu 2,5 cm/1 inch, bergulung di dalam rongga abdomen dan terlentang dari lambung sampai usus besar.



**Gambar 2.6 Usus**  
 Sumber : <https://pintarbiologi.com>

Usus halus terdiri dari 3 bagian, yaitu :

- 1) Duodenum (20 cm/8 inch), duodenum disebut juga usus dua belas jari, merupakan bagian pertama usus halus yang berbentuk sepatu kuda. Pada duodenum bermuara dua saluran yaitu saluran getah pankreas dan saluran empedu yang masuk pada suatu lubang yang disebut ampula *hepatopankreatikal ampula vateri*.
- 2) Jejunum (2,5 m/8 kaki), menempati 2/5 sebelah atas dari usus halus, terjadi pencernaan secara kimiawi, menghasilkan enzim pencernaan.
- 3) Ileum (3,6 m/ 12 kaki), ileum disebut juga usus penyerapan, menempati 3/5 usus halus dan berperan sebagai penyerapan sari-sari makanan.

Terdapat tiga kategori enzim di usus halus, yaitu :

- 1) *Enterokinase* yang mengubah enzim pankreas tripsinogen menjadi bentuk aktifnya tripsin untuk memecah peptida menjadi asam amino.
- 2) *Dissakaridae* (sukrase, maltase dan laktase), sukrase memecah sukrosa menjadi gula dan fruktosa, maltase memecah maltosa menjadi glukosa dan laktase memecah laktosa menjadi glukosa dan galaktosa.
- 3) *Aminopeptidase* membantu enterokinase dalam memecah peptida menjadi asam amino.

Fungsi usus halus

Fungsi utama usus halus adalah pencernaan dan absorpsi zat makanan. Hal tersebut dimungkinkan oleh pergerakan otot di usus halus dan oleh enzim-enzim pencernaan yang dihasilkan. Enzim-enzim di usus halus tidak hanya berasal dari usus halus tetapi juga berasal dari pankreas.

Terdapat dua macam gerakan pada usus halus yaitu pergerakan segmental dan kontraksi peristaltik. Gerakan segmental dihasilkan dari gerakan otot sirkular. Gerakan segmental distimulasi oleh syaraf parasimpatis dan ditekan oleh syaraf simpatis. Gerakan peristaltik mendorong kimus ke arah depan. Pengaturan gerak peristaltik ini diatur oleh hormon motilin.

Absorpsi di usus halus.

- 1) Karbohidrat. Monosakarida siap diabsorpsi melalui mikrofilia dan memasuki pembuluh darah. Proses absorpsi melalui transport aktif dan membutuhkan energi.
- 2) Protein. Sama halnya dengan karbohidrat, protein telah siap diabsorpsi dan menggunakan transport aktif.
- 3) Lemak. Proses absorpsi lemak lebih kompleks, dengan beberapa tahapan sebagai berikut :
  - a) Lemak memasuki usus halus dalam bentuk *water insoluble triglyceride droplets* (tidak larut dalam air).
  - b) Lipase pankreas mulai memecah trigliserida tersebut menjadi asam lemak bebas, gliserol dan monogliserida.
  - c) Garam empedu mempercepat proses pemecahan trigliserida dengan mengemulsi lemak menjadi bentuk yang lebih kecil.
  - d) Garam empedu juga menyebabkan asam lemak, fosfolipid dan gliserol menjadi larut dalam air (*water-soluble particle*) yang disebut misell.
  - e) Misell dapat dengan mudah diabsorpsi.
  - f) Produk pecahan trigliserida tersebut setelah diabsorpsi, memasuki sel villi memasuki retikulum endoplasma dan di sintesa kembali menjadi trigliserida.
  - g) Trigliserida bersama fosfolipid, kolesterol, dan asam lemak bebas berikatan dengan protein yang disebut dengan kilomikron.
  - h) Kilomikron dilepaskan dari sel dan masuk ke dalam lacteal.

- i) Dari lacteal, lemak bergerak ke pembuluh darah limfatik yang lebih besar dan dibawa ke duktus thorasikus untuk dimasukkan ke dalam vena subklavia.

**e. Usus Besar**

Usus besar/kolon terdiri dari tiga bagian yaitu :

- 1) Asendens
- 2) Transversum
- 3) Desenden

Bagian akhir dari kolon desendens berbentuk huruf S, yaitu kolon sigmoid. Berdasarkan dengan usus halus terdapat sekum yang merupakan kantung kemih antara usus halus dan usus besar dikatup ileosekum. Diujung sekum terdapat appendiks yang berupa tonjolan kecil mirip jari. Appendiks merupakan jaringan limfoid yang mengandung limfosit. Dibagian ujung dari kolon/usus besar adalah rektum yang berbentuk lurus dan terdapat anus.

Fungsi utama usus besar adalah untuk menyimpan bahan ini sebelum defekasi dan bahan-bahan lain dalam makanan yang tidak dapat dicerna membentuk sebagian besar feses dan membantu mempertahankan pengeluaran secara teratur karena berperan menentukan volume isi kolon.

## Mekanisme Usus Besar

Sewaktu makanan masuk ke lambung, terjadi gerakan massa di kolon, yang terutama disebabkan oleh gastro kolon, yang dijadikan oleh gistrin dari lambung ke kolon oleh saraf otonom eksentrik. Reflek gastro kolon mendorong isi kolon ke dalam rektum dan memicu reflek defekasi.

Feses dikeluarkan oleh reflek defekasi

Sewaktu gerakan masa dikolon mendorong isi kolon ke dalam rektum dan terjadi peregangan kemudian merangsang reseptor regang di dinding rektum dan memicu refleksi defekasi. Reflek ini disebabkan oleh sfingter anus internus yang terdiri dari otot polos untuk melemas dan rektum serta kolon sigmoid untuk berkontraksi lebih kuat. Apabila sfingter anus eksternus (otot rangka) juga melemas, terjadi defekasi. Dan dibantu oleh gerakan mengejan volunteer yang melibatkan kontraksi simultan otot-otot abdomen dan ekspirasi paksa dengan glotis tertutup. Manuver ini menyebabkan penekanan tekanan intra abdomen yang membantu pengeluaran feses.

Sekresi usus besar bersifat proktetif alami

Sekresi kolon terdiri dari larutan alkalis ( $\text{HCO}_3$ ) yang berfungsi untuk melindungi mukosa usus besar dari cedera kimia dan mekanis. Serta memudahkan feses lewat (sebagai pelumas).



Usus besar menyerap Garam dan Air, mengubah isi lumen menjadi feses, sebagian penyerapan terjadi di usus besar/kolon. Kolon dalam keadaan normal menyerap sebagian garam dan H<sub>2</sub>O, Na<sup>+</sup> adalah zat yang paling aktif dicerna, Cl mengikuti secara pasif penurunan gradien listrik. H<sub>2</sub>O mengikuti secara osmosis. Melalui penyerapan garam dan H<sub>2</sub>O terbentuk masa feses yang padat. Produk-produk sisa utama yang diekresikan di feses adalah bilirubin.

Perjalanan makanan di usus besar

Di ileum air di absorpsi, diendapkan selama 4 jam di caecum, diendapkan di ascendens (gerakan naik) selama 2-8 jam dan selama 6-18 jam berada di sepanjang kolon transversum (gerakan turun), 9-20 jam berada di kolon desenden dan selama 12-24 jam memasuki kolon sigmoid dan rektum. Di caecum terjadi reabsorpsi selama 4-12 jam kemudian ada bakteri yang membusukkan dan memfermentasi makanan.

#### **f. Rektum dan Anus**

Rektum terletak di bawah kolon sigmoid yang menghubungkan usus besar dengan anus. Terletak dalam rongga pelvis di depan osakrum dan oskoksigis. Panjangnya 10 cm terbawah dari usus tebal. Anus adalah bagian dari saluran pencernaan yang menghubungkan rektum dengan dunia luar (udara luar). Anus ini

terletak di dasar pelvis, dindingnya diperkuat oleh tiga spingter, yaitu :

- 1) Spinter ani internus yang bekerja tidak menurut kehendak.
- 2) Spinter levator ani yang bekerja tidak menurut kehendak.
- 3) Spinter ani eksternus yang bekerja menurut kehendak.

### 3. Klasifikasi

Wim de jong (2005) dalam Nanda NIC-NOC (2015) mengklasifikasikan gastritis menjadi :

#### a. Gastritis Akut

- 1) Gastritis akut tanpa pendarahan
- 2) Gastritis akut dengan perdarahan (gastritis hemoragik atau gastritis erosiva)

Gastritis akut berasal dari makan terlalu banyak atau terlalu cepat, makan-makanan yang terlalu berbumbu atau yang mengandung mikroorganisme penyebab penyakit, iritasi bahan semacam alkohol, aspirin, NSAID, lisol, serta bahan korosif lain, refluks empedu atau cairan pankreas.

#### b. Gastritis Kronik

Inflamasi lambung yang lama dapat disebabkan oleh ulkus benigna atau maligna dari lambung, atau oleh bakteri *Helicobacter pylory*.

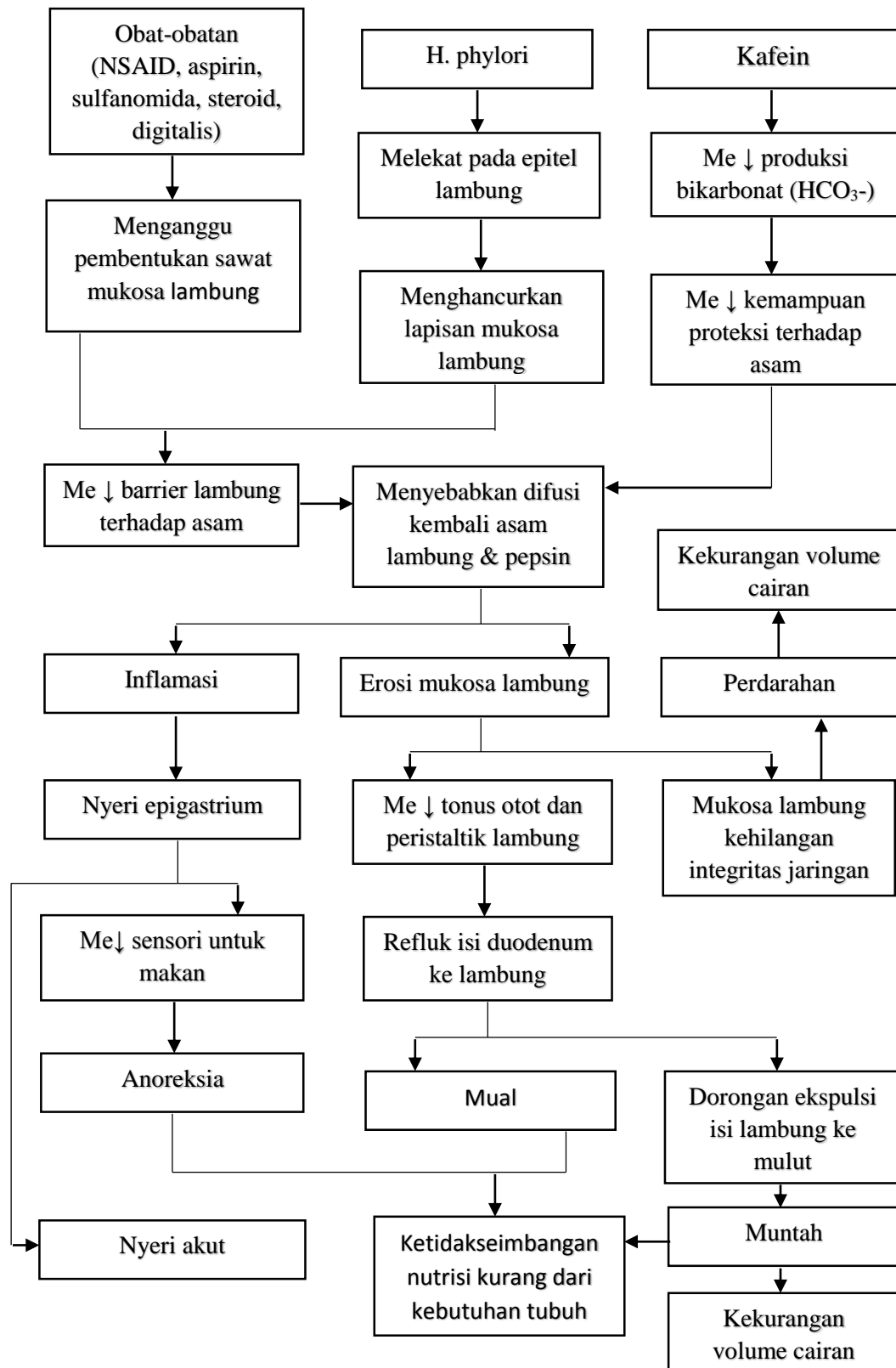
c. Gastritis Bacterial

Disebut juga gastritis infektiosa, disebabkan oleh refluks dari duodenum.

#### 4. Patofisiologi

Menurut buku NANDA NIC-NOC (2015) bahwa gastritis disebabkan oleh infeksi kuman *Helicobacter pylory* dan pada awal infeksi mukosa lambung menunjukkan respon inflamasi akut dan jika diabaikan akan menjadi kronik (Sudoyo Aru, dkk 2009).

Lambung yang terkena oleh paparan baik oleh bakteri, obat-obatan anti nyeri yang berlebihan, infeksi bakteri atau virus, maka hal tersebut akan merusak epitel-epitel sawar pada lambung. Ketika asam berdifusi ke mukosa, dengan keadaan epitel sawar yang dihancurkan tadi akan terjadi penghancuran sel mukosa. Dengan sel ini mukosa yang hancur ini mengakibatkan fungsi dari mukosa tidak berfungsi yang akhirnya asam tidak bisa dikontrol sehingga terjadi peningkatan asam di lambung dan ketika mengenai dinding lambung akan menimbulkan perih karena dinding lambung yang inflamasi tersebut, masalah keperawatan yang muncul adalah nyeri akut.



**Bagan 2.1 Patofisiologi**  
**Sumber : NANDA NIC-NOC (2015)**

## 5. Manifestasi Klinis

Manifestasi menurut buku NANDA NIC-NOC (2015) adalah :

- a. Gastritis akut : nyeri epigastrium, mual, muntah, dan perdarahan terselubung maupun nyata. Dengan endoskopi terlihat mukosa lambung hyperemia dan udem, mungkin juga ditemukan erosi dan perdarahan aktif.
- b. Gastritis kronik : kebanyakan gastritis asimtomatik, keluhan lebih berkaitan dengan komplikasi gastritis atrofik, seperti tukak lambung, defisiensi zat besi, anemia pernisiiosa, dan karsinoma lambung.

## 6. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang pada gastritis menurut buku NANDA (2015) adalah :

- a. Pemeriksaan darah. Tes ini digunakan untuk memeriksa adanya antibodi *H. pylory* dalam darah. Hasil tes yang positif menunjukkan bahwa pasien pernah kontak dengan bakteri pada suatu waktu dalam hidupnya, tapi itu tidak menunjukkan bahwa pasien tersebut terkena infeksi. Tes darah dapat juga dilakukan untuk memeriksa anemia, yang terjadi akibat pendarahan lambung akibat gastritis.
- b. Pemeriksaan pernafasan. Tes ini dapat menentukan apakah pasien terinfeksi oleh bakteri *H. pylory* atau tidak.

- c. Pemeriksaan feces. Tes ini memeriksa apakah terdapat *H. pylori* dalam feses atau tidak. Hasil yang positif dapat mengindikasikan terjadinya infeksi.
- d. Pemeriksaan endoskopi saluran cerna bagian atas. Dengan tes ini dapat terlihat adanya ketidaknormalan pada saluran cerna bagian atas yang mungkin tidak terlihat dari sinar-x.
- e. Rontgen saluran cerna bagian atas. Tes ini akan melihat adanya tanda-tanda gastritis atau penyakit pencernaan lainnya. Biasanya akan diminta menelan cairan barium terlebih dahulu sebelum dilakukan rontgen. Cairan ini akan melapisi saluran cerna dan akan terlihat lebih jelas ketika di rontgen.

## **7. Penatalaksanaan**

### **a. Gastritis akut**

Faktor utama adalah dengan menghilangkan etiologinya, diet lambung dengan porsi kecil dan sering. Obat-obatan ditujukan untuk mengatur sekresi asam lambung berupa antagonis reseptor H<sub>2</sub>, inhibitor pompa proton, antikolinergik dan antasid juga ditujukan sebagai sifoprotektor berupa sukralfat dan prostaglandin.

Penatalaksanaan sebaiknya meliputi pencegahan terhadap setiap pasien dengan resiko tinggi, pengobatan terhadap penyakit yang mendasari dan menghentikan obat yang dapat menjadi penyebab, serta dengan pengobatan suportif.

Pencegahan dapat dilakukan dengan pemberian antasida dan antagonis H<sub>2</sub> sehingga mencapai Ph lambung 4. Meskipun hasilnya masih jadi perdebatan, tetapi pada umumnya tetap dianjurkan. Pencegahan ini terutama bagi pasien yang menderita penyakit dengan keadaan klinis yang berat. Untuk pengguna aspirin atau anti inflamasi nonsteroid pencegahan yang terbaik adalah dengan *Misaprostol*, atau *Derivat Prostaglandin*.

Penatalaksanaan medikal untuk gastritis akut dilakukan dengan menghindari alkohol dan makanan sampai gejala berkurang. Bila gejala menetap, diperlukan cairan intravena. Bila terdapat perdarahan, penatalaksanaan serupa dengan pada hemoragi saluran gastrointestinal atas. Bila gastritis terjadi karena alkali kuat, gunakan jus karena adanya bahaya *perforasi*.

#### **b. Gastritis kronis**

Faktor utama ditandai oleh kondisi progresif epitel kelenjar disertai sel parietal dan *chief cell*. Dinding lambung menjadi tipis dan mukosa mempunyai permukaan yang rata, gastritis kronis ini digolongkan menjadi dua kategori Tipe A (Atrofik atau Fundal) dan Tipe B (Antral).

Gastritis kronis tipe A disebut juga gastritis atrofik atau fundal, karena gastritis terjadi pada bagian fundus lambung. Gastritis kronis tipe A merupakan suatu penyakit autoimun yang disebabkan oleh adanya autoantibodi terhadap sel parietal kelenjar lambung dan

faktor intrinsik. Tidak adanya sel parietal dan *Chief cell* dapat menurunkan sekresi asam dan menyebabkan tingginya kadar gastrin.

Gastritis kronis tipe B disebut juga sebagai gastritis antral karena umumnya mengenai daerah atrium lambung dan lebih sering terjadi dibandingkan dengan gastritis kronis tipe A. Penyebab utama gastritis tipe B adalah infeksi kronis oleh *Helicobacter pylori*. Faktor etiologi gastritis kronis lainnya adalah asupan alkohol yang berlebihan, merokok, dan refluks yang dapat mencetuskan terjadinya ulkus peptikum dan karsinoma.

Pengobatan gastritis kronis bervariasi, tergantung pada penyakit yang dicurigai. Bila terdapat *ulkus duodenum*, dapat diberikan antibiotik untuk membatasi *Helicobacter pylori*. Namun demikian lesi tidak selalu muncul dengan gastritis kronis. Alkohol dan obat yang diketahui mengiritasi lambung harus dihindari. Bila terjadi anemia defisiensi besi (yang disebabkan oleh perdarahan kronis), maka penyakit ini harus diobati. Pada anemia pernisiiosa harus diberi pengobatan vitamin B12 dan terapi yang sesuai. Gastritis kronis diatasi dengan memodifikasi diet dan meningkatkan istirahat serta memulai diatasi dengan memodifikasi diet dan meningkatkan istirahat serta memulai farmakoterapi. *Helicobacter pylori* dapat diatasi dengan antibiotik (seperti *Tetrasiklin* atau *Amoxicillin*) dan garam bismuth (pepto bismol). Pasien dengan Gastritis Tipe A biasanya mengalami malabsorpsi vitamin B12.



## **B. Konsep Nyeri**

### **1. Definisi**

Corwin (2009) mengatakan bahwa nyeri merupakan sensasi yang tidak nyaman yang berakitan dengan kerusakan jaringan. Nyeri bersifat individual karena respons nyeri berbeda pada setiap individu.

### **2. Tanda**

Reaksi terhadap nyeri merupakan respon fisiologis dan perilaku yang terjadi setelah mempersepsikan nyeri. Seseorang dapat belajar menghadapi nyeri melalui aktivitas kognitif dan perilaku, seperti distraksi, *guided imagery* dan banyak tidur. Gerakan tubuh dan ekspresi wajah dapat mengindikasikan adanya nyeri seperti gigi mengatup, menutup mata dengan rapat, wajah meringis, dan immobilisasi tubuh (Kozier, 2009).

### **3. Penatalaksanaan**

Penatalaksanaan nyeri yang efektif tidak hanya memberikan obat yang tepat pada waktu yang tepat, penatalaksanaan nyeri yang efektif juga mengkombinasikan antara penatalaksanaan farmakologis dan nonfarmakologis. Kedua tindakan ini akan memberikan tingkat kenyamanan yang sangat memuaskan

a. Tindakan farmakologis dibagi menjadi tiga kategori umum yaitu :

- 1) Anestesi lokal
- 2) Opioid

### 3) *Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs (NSAIDs)*

- b. Tindakan nonfarmakologis terbagi menjadi beberapa tindakan yaitu:
- 1) Masase adalah tindakan kenyamanan yang dapat menurunkan ketegangan otot.
  - 2) Terapi es dapat menghambat proses inflamasi sedangkan terapi panas dapat meningkatkan aliran darah.
  - 3) Teknik relaksasi dapat menurunkan nyeri dengan merilekskan ketegangan otot yang menunjang nyeri, contohnya relaksasi otot progresif.
  - 4) Distraksi merupakan tindakan dengan memfokuskan perhatian pada sesuatu selain pada nyeri.
  - 5) Imajinasi terbimbing adalah menggunakan imajinasi seseorang dalam suatu cara yang dirancang khusus untuk mencapai efek positif tertentu

## **C. Konsep Dasar Keperawatan**

### **1. Pengkajian**

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan pasien (Nur Salam, 2001 dalam NANDA, 2015).

Menurut Diyono (2013) dalam proses ini dilakukan pengumpulan data dengan cara Wawancara, observasi mulai dari Identitas diri klien,

riwayat penyakit, aktivitas sehari-hari, lihat hasil pemeriksaan penunjang klien dan pemeriksaan fisik baik secara head to toe maupun per sistem untuk menemukan data yang lebih akurat. Seperti dibawah ini :

a. Anamnesa

1) Identitas Klien

Lakukan pengkajian pada identitas klien dan isi identitasnya yang meliputi : nama, jenis kelamin, suku bangsa, tanggal lahir, alamat, agama, dan tanggal pengkajian.

2) Keluhan utama

Sering menjadi alasan klien untuk meminta pertolongan kesehatan adalah biasanya pasien mengeluh nyeri pada perut atau ulu hati.

3) Riwayat Kesehatan

(a) Riwayat penyakit sekarang

Pada pasien gastritis biasanya pasien mengeluh nyeri ulu hati/perut , mual muntah dan lain-lain.

(b) Riwayat penyakit dahulu

Apakah pasien pernah dirawat dengan gejala yang sama di Rumah Sakit atau di tempat lain.

(c) Riwayat penyakit keluarga

Riwayat penyakit keluarga yang pernah menderita penyakit yang sama atau penyakit lain.

b. Pemeriksaan Fisik

1) Aktivitas/istirahat

Gejala : Kelemahan

Tanda : Takikardia, takipnea/hiperventilasi

2) Sirkulasi

Gejala : hipotensi, takikardia, disritmia (hipovolemia / hipoksemia), kelemahan/nadi perifer lemah, pengisian kapiler lambat/perlahan, warna kulit pucat.

3) Integritas ego

Gejala : faktor stres

Tanda : ansietas, gelisah, pucat, berkeringat, suara gemetar.

4) Eliminasi

Gejala : Perubahan pola defekasi/karakteristik feses.

Tanda : Nyeri tekan abdomen, distensi, bunyi usus, feses berdarah.

5) Makanan

Gejala : Anoreksia, mual muntah.

Tanda : muntah, membrane mukosa kering, penurunan produksi mukosa, turgor kulit buruk.

6) Neurosensori

Gejala : rasa berdenyut, pusing/sakit kepala karena sinar  
kelemahan status mental, tingkat kesadaran dapat terganggu.

### 7) Nyeri/Ketidaknyamanan

Gejala : nyeri digambarkan sebagai tajam, dangkal, rasa terbakar perih.

Tanda : wajah berkerut, berhati-hati pada area yang sakit, pucat berkeringat.

## 2. Analisa Data dan Diagnosa

Diagnosa keperawatan merupakan keputusan klinik tentang respon individu, keluarga dan masyarakat tentang masalah kesehatan aktual atau potensial, dimana berdasarkan pendidikan dan pengalamannya, perawat secara akuntabilitas dapat mengidentifikasi dan memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga, menurunkan, membatasi, mencegah dan merubah status kesehatan pasien (Carpenito, 2000 dalam NANDA, 2015).

Setelah dikumpulkan data dari pengkajian, dilakukan analisa dan mengelompokkan data sesuai masalah yang akan didapat, dari masalah tersebut terdapat etiologi atau penyebab masalah itu dapat muncul. Setelah terkumpul semuanya munculah diagnosa keperawatan. Diagnosa yang mungkin muncul pada pasien gastritis dalam NANDA (2015) adalah :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan mukosa lambung teriritasi.
- b. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan masukan nutrient yang tidak adekuat.

- c. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan masukan cairan tidak cukup dan kehilangan cairan berlebihan karena muntah.
- d. Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan penatalaksanaan diet dan proses penyakit.

### 3. Perencanaan

Berdasarkan NANDA (2015) intervensi keperawatan gastritis adalah :

**Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan Gastritis**

<p><b>Nyeri akut</b>  <b>Definisi</b> : Pengalaman sensorial dan emosional yang tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan aktual atau potensial  <b>Batasan Karakteristik</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Perubahan selera makan</li> <li>b. Perubahan tanda vital</li> <li>c. Perilaku distraksi</li> <li>d. Sikap melindungi nyeri</li> <li>e. Gangguan tidur</li> </ul>	<p><b>NOC</b>  <b>a.</b> <i>Pain level,</i>  <b>b.</b> <i>Pain Control,</i>  <b>c.</b> <i>Comfort level,</i>  <b>Kriteria hasil</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Mampu mengontrol nyeri</li> <li>b. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri</li> <li>c. Mampu mengenali nyeri</li> <li>d. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang</li> </ul>	<p><b>NIC</b>  <b>Pain Management</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif</li> <li>b. Kurangi faktor presipitasi nyeri</li> <li>c. Pilih dan lakukan penanganan nyeri</li> <li>d. Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau</li> <li>e. Kontrol lingkungan yang dapat memengaruhi nyeri.</li> <li>f. Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri</li> <li>g. Tingkatkan istirahat</li> </ul>
<p><b>Ketidakeimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh</b>  <b>Definisi</b> : Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolik  <b>Batasan Karakteristik</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Kram abdomen</li> <li>b. Nyeri abdomen</li> <li>c. Menghindari makanan</li> <li>d. Berat badan 20% atau lebih dibawah berat badan ideal</li> <li>e. Kerapuhan kapiler</li> <li>f. Diare</li> <li>g. Bising usus hiperaktif</li> <li>h. Kurang makanan</li> </ul>	<p><b>NOC</b>  <b>a.</b> <i>Nutritional Status : food and fluid</i>  <b>b.</b> <i>Nutritional Status : nutrient intake</i>  <b>c.</b> <i>Weight Control</i>  <b>Kriteria Hasil</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan</li> <li>b. Berat badan ideal</li> <li>c. Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi</li> <li>d. Tidak ada tanda malnutrisi</li> </ul>	<p><b>NIC</b>  <b>Nutrition Monitoring</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. BB pasien dalam batas normal</li> <li>b. Monitor mual muntah</li> <li>c. Monitor turgor kulit</li> <li>d. Monitor adanya penurunan berat badan</li> <li>e. Kaji adanya alergi makanan</li> <li>f. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien</li> </ul>
<p><b>Kekurangan volume cairan</b>  <b>Definisi</b> : penurunan cairan intravaskular, interstitial, atau intraselular. Ini mengacu pada</p>	<p><b>NOC</b>  <b>a.</b> <i>Fluid balance</i>  <b>b.</b> <i>Hydration</i></p>	<p><b>NIC</b>  <b>Fluid Management</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Monitor status nutrisi</li> </ul>

---

dehidrasi, kehilangan cairan tanpa perubahan pada natrium	<b>c.</b> <i>Nutritional Status : Food and Fluid</i>	b. Berikan cairan IV pada suhu ruangan
<b>Batasan Karakteristik :</b>	<b>d.</b> <i>Intake</i>	c. Monitor intake dan output
a. Perubahan status mental	<b>Kriteria Hasil :</b>	d. Monitor tanda vital
b. Penurunan tanda-tanda vital	a. Mempertahankan urine output sesuai dengan usia dan BB	e. Dorong pasien menambah intake oral
c. Penurunan turgor kulit	b. Tanda-tanda vital dalam batas normal	f. Monitor berat badan
d. Penurunan keluaran urine	c. Tidak ada tanda dehidrasi	
e. Membran mukosa kering	d. Elastisitas turgor kulit baik, membran mukosa lembab, tidak ada rasa haus yang berlebihan	
f. Kulit kering		
g. Peningkatan suhu tubuh		

---

#### 4. Penatalaksanaan

Implementasi adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Gordon, dalam Potter & Perry, 2008).

Lakukan tindakan keperawatan sesuai yang sudah direncanakan sebelumnya, lihat respon atau evaluasi formatif setelah dilakukan tindakannya tersebut, kaji respon klien sebelum maupun sesudah dilakukan tindakan.

#### 5. Evaluasi

Evaluasi adalah stadium pada proses keperawatan dimana taraf keberhasilan dalam pencapaian tujuan keperawatan dinilai dan kebutuhan untuk memodifikasi tujuan atau intervensi keperawatan ditetapkan (Brooker, 2008).

Setelah dilakukan tindakan selama sehari, lihat respon klien sesuaikan dengan diagnosa dan perencanaan yang ada, digunakan teknik SOAPIER, apabila klien keadaannya membaik atau sudah hilang masalah keperawatan yang ada hentikan intervensi.