

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN GASTRITIS
DENGAN NYERI AKUT DI RUANG AGATE ATAS
RSUD DR. SLAMET GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Ahli Madya Keperawatan (A.Md.Kep) di Prodi D-III
Keperawatan STIKes Bhakti
Kencana Bandung**

Oleh :

REFINA AGUSTIYAH

AKX.16.103



**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
STIKES BHAKTI KENCANA
BANDUNG
2019**

LEMBAR PERNYATAAN

Saya yang bertanda tanda tangan dibawah ini :

Nama : Refina Agustiyah

NIM : AKX.16.103

Institusi : Diploma III Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Klien Gastritis Dengan Nyeri Akut di Ruang Agate Atas RSUD dr. Slamet Garut

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan dari pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya, kecuali secara tertulis diacu dalam naskah ini dan disebutkan dalam daftar pustaka. Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan Karya Tulis Ilmiah ini hasil plagiat/ jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Bandung, 08 April 2019

Yang Membuat Pernyataan

METERAI
TEMPEL
AB02EAF870234524
6000
ENAM RIBURUPIAH
Refina Agustiyah
AKX.16.103

**LEMBAR PERSETUJUAN
KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN GASTRITIS
DENGAN NYERI AKUT DI RUANG AGATE ATAS
RSUD DR. SLAMET GARUT**

**OLEH
REFINA AGUSTIYAH
AKX.16.103**

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui oleh Panitia Penguji pada tanggal
08 April 2019

Menyetujui,

Pembimbing Utama

Pembimbing Pendamping



**A.Aep Indarna, S.Pd., S.Kep., Ners., M.Pd
NIK : 0409127702**



**Ade Tika Herawati, S.Kep., Ners., M.Kep
NIK : 10107069**

**Mengetahui,
Ketua Prodi D III Keperawatan**



**Tuti Suprapti, S.Kp., M.Kep
NIK : 1011603**

**LEMBAR PENGESAHAN
KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN GASTRITIS
DENGAN NYERI AKUT DI RUANG AGATE ATAS
RSUD DR. SLAMET GARUT**

**OLEH
REFINA AGUSTIYAH
AKX.16.103**

Telah berhasil dipertahankan dan diuji dihadapan Panitia Penguji dan diterima sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan pada Program Studi Diploma III Keperawatan STIKes Bhakti Kencana, Pada Tanggal 15 April 2019

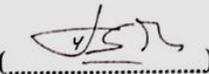
PANITIA PENGUJI

**Ketua : A.Aep Indarna, S.Pd., S.Kep., Ners., M.Pd
(Pembimbing Utama)**

()

Anggota:

**1. Hj. Sri Sulami, S. Kep., MM
(Penguji I)**

()

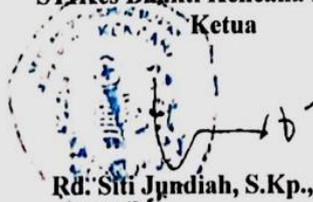
**2. Vina Vitniawati, S.Kep., Ners., M.Kep
(Penguji II)**

()

**3. Ade Tika Herawati, S.Kep., Ners., M.Kep
(Pemimbing Pendamping)**

()

**Mengetahui,
STIKes Bhakti Kencana Bandung
Ketua**

()

**Rd. Siti Jundiah, S.Kp., M.Kep
NIK : 101070641**

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan ke hadirat Allah SWT, karena atas berkat rahmat dan karunia-Nya penulis masih diberi kekuatan dan pikiran sehingga dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini yang berjudul **“Asuhan Keperawatan Pada Klien Gastritis Dengan Nyeri Akut di Ruang Agate Atas RSUD dr. Slamet Garut”** dengan sebaik-baiknya.

Maksud dan tujuan penyusunan karya tulis ilmiah ini adalah untuk memenuhi salah satu tugas akhir dalam menyelesaikan Program Studi Diploma III Keperawatan 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 Kencana Bandung.
2. Rd. Siti Jundiah, S.Kp., M.Kep, 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. A.Aep Indarna, S.Pd.,S.Kep.,Ners, selaku pembimbing utama yang telah membimbing dan memotivasi penulis selama menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
5. Ade Tika Herawati, S.Kep., Ners., M.Kep, selaku pembimbing pendamping yang telah membimbing dan memotivasi penulis selama menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
6. Hj. Sri Sulami, S.Kep., MM, selaku penguji pertama yang telah menyempatkan waktu disela kesibukan untuk memberikan masukan di sidang.
7. Vina Vitniawati, S.Kep., Ners., M.Kep., , selaku penguji kedua yang telah menyempatkan waktu disela kesibukan untuk memberikan masukan di sidang.
8. Staf dosen dan karyawan program studi DIII Keperawatan Konsentrasi Anestesi dan Gawat Darurat Medik.

9. dr. H. Maskut Farid MM, selaku direktur utama Rumah Sakit Umum Daerah dr. Slamet Garut yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menjalankan tugas akhir ini.
10. Wita Juwita S.Kep., Ners, selaku CI Ruang Agate Atas yang telah memberikan bimbingan, arahan dan motivasi dalam melakukan kegiatan selama praktek keperawatan di RSUD dr. Slamet Garut.
11. Kedua orang tua saya tercinta, Ayahanda Jasmin dan Ibunda Warningsih, serta Adik saya Wening Pratiwi yang tidak henti-hentinya memberikan dukungan, doa, dan motivasi dalam melakukan kegiatan selama praktek dan penulisan karya tulis ilmiah ini.
12. Sahabat-sahabat saya Agnina Friandani Fadlin, Yunalia Farida, Kintan Reizani, Feri Widya Rahayu, Nisrina Nur Naufal dan Nindi Putri Pandeuri yang selalu memberikan semangat, support, dan tawa canda disela kesibukan kegiatan praktek dan penulisan kasus.
13. Teman-teman sejawat seperjuangan Anestesi angkatan XII yang juga selalu memberikan semangat, support, dan tawa canda disela kesibukan kegiatan praktek dan penulisan kasus.
14. Sahabat-sahabat dan teman-teman penulis yang ada di Bandung dan di luar Bandung yang selalu memberikan motivasi kepada penulis dalam hal pembuatan karya tulis ilmiah ini.
15. Semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini yang tidak dapat penulis sebutkan satu per satu.

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

Bandung, 08 April 2019

PENULIS

ABSTRAK

Latar Belakang : Gastritis merupakan suatu peradangan mukosa lambung yang bersifat akut, kronik difus atau lokal yang disertai adanya kerusakan pada mukosa yang akan menimbulkan anoreksia, rasa tidak nyaman pada epigastrium, mual dan muntah, yang disebabkan oleh makanan pedas atau asam, alkohol, obat-obatan, racun, virus, dan bakteri *Helicobacter pylori*. Angka kejadian gastritis di Ruang Agate Atas RSUD dr. Slamet Garut pada tahun 2017 sebanyak 11 kasus dengan persentasi 0,32 %. Gastritis dapat menimbulkan dampak nyeri yang dapat mengganggu aktivitas. Nyeri di bagi menjadi dua nyeri akut dan nyeri kronik. **Metode :** Studi kasus yaitu mengeksplorasi suatu masalah/ 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 yaitu mengkaji skala nyeri, mengobservasi tanda-tanda vital, memberikan terapi farmakologi dan memberikan terapi non farmakologi yaitu teknik relaksasi autogenik, nyeri akut pada klien 1 dan klien 2 dapat diatasi pada hari ke empat. **Diskusi :** Pada kedua klien ditemukan masalah keperawatan dengan nyeri akut dikarenakan adanya iritasi mukosa lambung yang diakibatkan pada klien 1 dari stress dan pada klien 2 dari makanan atau minuman yang bersifat iritasi. Tidak terdapat perbedaan hasil evaluasi antara kedua klien setelah diberikan intervensi, karena nyeri akut pada kedua klien dapat diatasi pada hari keempat. Penulis menyarankan kepada pihak rumah sakit agar meningkatkan sarana dan prasarana dalam pemeriksaan fisik. Pada pihak institusi pendidikan diharapkan mampu memenuhi ketersediaan literatur terbitan baru.

Kata kunci : Asuhan Keperawatan, Gastritis, Nyeri Akut,

Daftar Pustaka : 15 Buku, 2 Jurnal, 16 Tabel, 3 Gambar

ABSTRACT

Background : Gastritis is inflammation on the gastric mucosa which is acute, difus chronic, or local accompanied by existence a damage on mucosa that will cause anorexia, discomfort in the epigastrium, nausea and vomiting, caused by spicy foods or acid s, alcohol, drugs, toxins, viruses and *Helicobacter pylori*. Prevalence gastritis in Agate Atas Room, dr Slamet Garut Hospitals in year 2017a total of 11 cases with percentage 0,32 %. Gastritis can cause the impact pain can interfere with the activity. Pain is divided into two is acute pain and chronic pain. **Methods :** A case study that is exploring problems/ phenomenon with detailed restrictions, has deep data retrieval and include a variety of information sources. This case study was conducted on two gastritis patients with the nursing problem is acute pain. **Results :** After doing the nursing care by giving the nursing intervention that is examining the scale of pain, the observing the vital sign, provide pharmacology therapy and non pharmacology therapy that is autogenic relaxation technique, acute pain on client 1 and 2 can be addressed on day four. **Discussion :** On both the clients found the nursing problem with acute pain due to the presence of gastric mucosa irritation caused on the client 1 from stress and on client 2 from the irritating food or drink. There is no difference between the evaluation of the results of the clients, after being given intervention because the acute pain for two clients can be solved in fourth days. The author suggests to the hospital to improve facilities and infrastructure in physical examination. For the educational institution are expected to fulling availability of the new issue literature.

Keywords : Acute Pain, Gastritis, The Nursing Care.

Bibliography : 15 Books, 2 Journals, 16 Tables, 3 Pictures

DAFTAR ISI

Halaman Judul.....	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
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Batasan Masalah.....	4
1.3 Tujuan Penelitian	4
1.3.1 Tujuan Umum	4
1.3.2 Tujuan Khusus	4
1.4 Manfaat Penelitian	5
1.4.1 Teoritis	5
1.4.2 Praktisi	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	6
2.1 Konsep Penyakit	6
2.1.1 Definisi Gastritis	6
2.1.2 Anatomi Fisiologi	7
2.1.3 Manifestasi Klinik.....	14
2.1.4 Etiologi dan Faktor Predisposisi	15
2.1.5 Patofisiologi	17
2.1.6 Klasifikasi	21
2.1.7 Pemeriksaan Diagnostik.....	21

2.1.8 Penatalaksanaan	23
2.2 Konsep Nyeri	24
2.2.1 Definisi Nyeri.....	24
2.2.2 Klasifikasi Nyeri	24
2.2.3 Mekanisme Nyeri.....	25
2.2.4 Respon Tubuh Terhadap Nyeri	26
2.2.5 Penilaian Nyeri.....	29
2.2.6 Penatalaksanaan Nyeri	30
2.3 Konsep Asuhan Keperawatan	35
2.3.1 Pengkajian.....	35
2.3.2 Diagnosa Keperawatan	40
2.3.3 Intervensi Keperawatan	41
2.3.4 Implementasi Keperawatan	46
2.3.5 Evaluasi Keperawatan	48
BAB III METODE PENELITIAN KTI.....	49
3.1 Desain.....	49
3.2 Batasan Istilah	49
3.2.1 Gatritis.....	50
3.2.2 Nyeri Akut.....	50
3.3 Partisipan/ Responden/ Subyek Penelitian.....	50
3.4 Lokasi Dan Waktu Penelitian	51
3.4.1 Lokasi Penelitian.....	51
3.4.2 Waktu Penelitian	51
3.5 Pengumpulan Data	51
3.6 Uji Keabsahan Data.....	53
3.7 Analisa Data	54
3.8 Etik Penulisan	55
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	60
4.1 Hasil	60
4.1.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data.....	60
4.1.2 Asuhan Keperawatan	61

4.2 Pembahasan.....	94
4.2.1 Pengkajian	95
4.2.2 Diagnosa Keperawatan.....	97
4.2.3 Intervensi Keperawatan.....	100
4.2.4 Implementasi Keperawatan	101
4.2.5 Evaluasi Keperawatan.....	103
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN.....	105
5.1 Kesimpulan	105
5.2 Saran.....	107
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Organ Sistem Pencernaan	7
Gambar 2.2 Lambung.....	9
Gambar 2.3 <i>Visual Analogue Scale</i>	30

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Penyebab dan Rasional Gastritis.....	16
Tabel 2.2 Intervensi Nyeri Akut.....	42
Tabel 2.3 Intervensi Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang dari Kebutuhan Tubuh	48
Tabel 2.4 Intervensi Kekurangan Volume Cairan.....	50
Tabel 4.1 Identitas Klien	61
Tabel 4.2 Riwayat Kesehatan.....	61
Tabel 4.3 Aktivitas Sehari-hari	65
Tabel 4.4 Pemeriksaan Fisik	65
Tabel 4.5 Data Psikologis	71
Tabel 4.6 Pemeriksaan Diagnostik.....	73
Tabel 4.7 Teraphy	76
Tabel 4.8 Analisa Data.....	76
Tabel 4.9 Diagnosa Keperawatan	79
Tabel 4.10 Intervensi Keperawatan.....	83
Tabel 4.11 Implementasi Keperawatan.....	86
Tabel 4.12 Evaluasi Keperawatan.....	94

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Patofisiologi	20
Bagan 2.2 Skala Nyeri.....	30

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Lembar Konsultasi KTI
- Lampiran 2 Lembar Persetujuan Responden
- Lampiran 3 Lembar Observasi
- Lampiran 4 Lembar Justifikasi
- Lampiran 5 Format *Review* Artikel
- Lampiran 6 Jurnal
- Lampiran 7 SAP
- Lampiran 8 Leaflet
- Lampiran 9 Daftar Riwayat Hidup

DAFTAR LAMBANG, SINGKATAN DAN ISTILAH

LAMBANG

±	: Kurang lebih
&	: Dan
%	: Persen
>	: Lebih dari
<	: Kurang dari
-	: Sampai
/	: Atau
/	: Per
°C	: Derajat Celcius
x	: Kali

SINGKATAN

ADH	: Hormon Anti Diuretik (<i>Anti Diuretic Hormone</i>)
ACTH	: Hormon Adrenokortikotropik (<i>Adenokortikotropik Hormone</i>)
GH	: Hormon Pertumbuhan (<i>Growth Hormone</i>)
BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Buang Air Kecil
BB	: Berat Badan
cc	: <i>Cubic Centimeter</i>
cm	: <i>Centi Meter</i>
GCS	: <i>Glasgow Coma Scale</i>
gr atau g	: Gram
HCl	: Asam Klorida
ICS	: <i>Intercostal Space</i>
IGD	: Instalasi Gawat Darurat
IV	: Intravena
Kemenkes	: Kementrian Kesehatan
Kg	: Kilo gram
L	: Liter
m	: meter
m ²	: Meter kubik
ml	: <i>Mili Liter</i>
mmHg	: <i>Mili Meter</i> air raksa
Na	: Natrium
No.	: Nomor
NGT	: <i>Naso Gastric Tube</i>
RL	: Ringer Laktat
Rt	: Rukun Tetangga
Rw	: Rukun warga

SLTP	: Sekolah Lanjutan Tingkat Pertama
SMA	: Sekolah Menengah Atas
TD	: Tekanan Darah
tts	: Tetes
WHO	: <i>World Health Organization</i>
WIB	: Waktu Indonesia Barat

Istilah

<i>Justifikasi</i>	: Putusan (alasan, pertimbangan) berdasarkan hati nurani (KBBI)
Klien	: Orang yang memperoleh pelayanan kesehatan secara tetap (KBBI)
Simetris	: Sama kedua belah bagiannya (KBBI)

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Gastritis merupakan suatu peradangan mukosa lambung yang bersifat akut, kronik difus, atau lokal. Karakteristik dari peradangan dengan ini antara lain anoreksia, rasa penuh atau tidak nyaman pada epigastrium, mual, dan muntah (Suratun, 2010). Peradangan lokal pada mukosa lambung ini akan berkembang bila mekanisme protektif mukosa dipenuhi dengan bakteri atau bahan iritan lain. Gastritis memegang peranan penting sebagai faktor penyebab terjadinya ulkus dan karsinoma pada lambung, penyakit yang paling sering diderita dan penyakit kronis yang serius saat ini (Rogayah, 2017).

Berdasarkan *World Health Organization*, angka kejadian gastritis di dunia, diantaranya Kanada 35,0%, China 31,0%, Perancis 29,5%, Inggris 22,0%, dan Jepang 14,5%. Di dunia, insiden gastritis rata-rata sekitar 1,8-2,1 juta dari jumlah penduduk setiap tahun. Insiden terjadinya gastritis di Asia Tenggara sekitar 583.635 dari jumlah penduduk setiap tahunnya. Prevalensi gastritis yang dikonfirmasi melalui endoskopi pada populasi di Shanghai sekitar 17,2% yang secara substantial lebih tinggi daripada populasi di barat yang berkisar 4,1% dan bersifat asimtomatik (WHO, 2014). Angka kejadian gastritis pada beberapa daerah di Indonesia cukup tinggi dengan prevalensi 274.396 kasus dari 238.452.952 jiwa penduduk atau sebesar 40,8%, angka kejadian gastritis di beberapa kota di Indonesia ada yang tinggi mencapai 91,6% yaitu dikota

Medan, Surabaya 31,2 %, Denpasar 46%, Jakarta 50 %, Bandung 32,5%, Palembang 35,35 %, Aceh 31,77 % dan Pontianak 31,2 % (DepKes RI, 2014). Angka kejadian penderita gastritis di Jawa Barat mencapai 31,2 % (Kemenkes, 2015).

Angka kejadian seluruh penyakit pada tahun 2017 di RSUD dr. Slamet Garut berdasarkan jumlah pasien rawat inap yaitu 39.388. Untuk angka kejadian gastritis sendiri di RSUD dr. Slamet Garut sebanyak 126 pasien atau 0.32% dengan pasien usia 15-24 tahun sebanyak 10.32%, 45-64 tahun sebanyak 38.9% dan lansia >65 tahun sebanyak 0.2%. Angka kejadian penyakit di Ruang Agate Atas RSUD dr. Slamet Garut pada tahun 2017-April 2018 yaitu 3.462. Sedangkan untuk kasus gastritis sendiri yaitu terdapat 11 pasien atau sebesar 0.32%. Gastritis sendiri menjadi urutan ke – 31 dari 40 penyakit di Ruang Agate Atas (*Medical record* RSUD dr. Slamet Garut, 2018).

Gastritis menimbulkan beberapa dampak bagi tubuh, diantaranya yaitu nyeri, mual, muntah dan sebagainya. Dampak negatif yang relatif muncul dari penderita gastritis yaitu nyeri pada perut, nyeri ini diakibatkan karena adanya erosi yang terjadi pada mukosa lambung (Kurnia & Rahmi, 2014). Gastritis yang dibiarkan akan mengalami kekambuhan dan memberikan efek negatif pada kondisi individu. Nyeri yang terjadi sebagai gejala kekambuhan gastritis dan akan mengganggu aktivitas sehari-hari individu (Rogayah, 2017). Selain itu terdapat masalah keperawatan pada penderita gastritis, yaitu nyeri akut, ketidakseimbangan nutrisi, kecemasan, kekurangan volume cairan, dan defisiensi pengetahuan (Nurarif & Kusuma, 2015).

Nyeri akut adalah pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan akibat kerusakan jaringan yang actual dan potensial dan biasanya kurang dari 6 bulan (Nair & Peate, 2015). Dampak dari nyeri pada tubuh yaitu akan menurunkan cadangan dan daya tahan tubuh, dan dapat meningkatkan morbiditas dan mortalitas (Ketut & Senapathi, 2010). Terdapat management nyeri untuk membantu meringankan dan menghilangkan nyeri pada pasien yaitu pendekatan farmalogikal (termasuk *pain* modifiers), non farmalogikal dan psikologikal (Syamsiah & Muslihat, 2015).

Salah satu teknik non-farmakologi yaitu berupa teknik relaksasi autogenik yaitu memfokuskan pikiran untuk tetap merasakan kehangatan tubuh, sehingga nyeri akan terdistraksi dengan sendirinya. Teknik relaksasi autogenik menjadi alternatif pada pasien untuk mengurangi nyeri (Syamsiah & Muslihat, 2015).

Peranan perawat diharapkan mampu mengelola setiap masalah yang timbul secara komprehensif terdiri dari biologis, psikologis, sosial, spiritual terutama dalam penanganan gastritis dengan masalah nyeri, dalam melakukan penanganan nyeri di dapat dari pendokumentasian melalui asuhan keperawatan. Asuhan keperawatan tersebut dilakukan dengan melakukan proses keperawatan yaitu pengkajian, merumuskan masalah yang muncul, menyusun rencana penatalaksanaan dan mengevaluasiya (Dermawan, 2012).

Berdasarkan fenomena yang menunjukkan terdapat penderita gastritis, besarnya masalah yang timbul, dan pentingnya peran perawat untuk menangani kasus gastritis, maka penulis mengangkat kasus dengan judul “Asuhan Keperawatan

pada Penderita Gastritis dengan Nyeri Akut di Ruang Agate Atas Di RSUD dr. Slamet Garut”.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas maka rumusan masalah pada karya tulis ilmiah ini mengenai Bagaimanakah “Asuhan Keperawatan Pada Penderita Gastritis Dengan Nyeri Akut di Ruang Agate Atas RSUD dr. Slamet Garut”?.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mahasiswa mampu melaksanakan “Asuhan Keperawatan Pada Penderita Gastritis dengan Nyeri Akut di Ruang Agate Atas RSUD dr. Slamet Garut”.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian keperawatan kepada penderita gastritis dengan nyeri akut di RSUD dr. Slamet Garut
2. Menetapkan masalah keperawatan kepada penderita gastritis dengan nyeri akut di RSUD dr. Slamet Garut
3. Menyusun perencanaan keperawatan kepada penderita gastritis dengan nyeri akut di RSUD dr. Slamet Garut
4. Melaksanakan tindakan keperawatan kepada penderita gastritis dengan nyeri akut di RSUD dr. Slamet Garut
5. Melakukan evaluasi keperawatan kepada penderita gastritis dengan nyeri akut di RSUD dr. Slamet Garut.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi dan pengetahuan bagi pembaca dalam hal dunia keperawatan, terutama pada “Asuhan Keperawatan pada Penderita Gastritis dengan Nyeri Akut”.

1.4.2 Praktis

1. Bagi Pendidikan

Sebagai bahan pengetahuan yang dapat memberikan manfaat bagi pendidikan dan mahasiswa dalam meningkatkan pembelajaran, khususnya pada “Asuhan Keperawatan pada Penderita Gastritis dengan Nyeri Akut”.

2. Bagi Rumah Sakit

Sebagai bahan informasi dan bahan masukan yang dapat memberikan manfaat bagi Rumah Sakit dalam meningkatkan pelayanan kesehatan kepada pasien, khususnya pada “Asuhan Keperawatan pada Penderita Gastritis dengan Nyeri Akut”.

3. Bagi Perawat

Sebagai bahan informasi dan bahan masukan yang dapat memberikan manfaat bagi keperawatan dalam meningkatkan pelayanan kesehatan kepada pasien, khususnya pada “Asuhan Keperawatan pada Penderita Gastritis dengan Nyeri Akut”.

4. Bagi Klien

Sebagai bahan informasi dan bahan masukan yang dapat memberikan manfaat bagi penderita dalam proses penyembuhan gastritis.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Penyakit

2.1.1 Definisi Gastritis

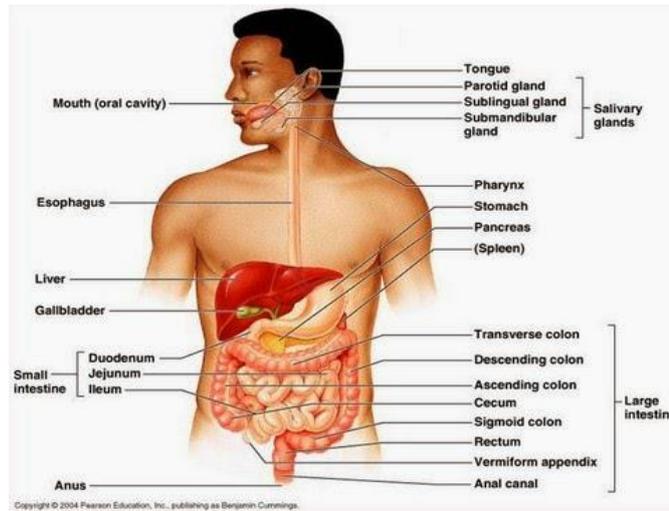
Gastritis adalah suatu peradangan mukosa lambung yang bersifat akut, kronik, difus, atau lokal. Karakteristik dari peradangan ini antara lain anoreksia, rasa penuh atau tidak nyaman pada epigastrium, mual dan muntah (Suratun, 2010). Gastritis adalah inflamasi pada mukosa lambung yang disertai kerusakan atau erosi pada mukosa (Diyono & Mulyanti, 2013)

Radang dinding lambung (Gastritis) adalah istilah umum terjadinya peradangan pada mukosa yang melapisi dinding lambung. Radang dinding lambung ini bisa disebabkan oleh makanan yang terlalu pedas atau asam, alkohol, obat-obatan (misalnya aspirin), racun, virus, dan bakteri tertentu misalnya *Helicobacter pylori* (Surya & Mariana, 2016).

Berdasarkan beberapa pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa, gastritis adalah adanya peradangan atau inflamasi pada mukosa lambung yang melapisi dinding lambung yang bersifat akut, kronik, difuss, atau lokal yang disertai adanya kerusakan atau erosi pada mukosa yang akan menimbulkan anoreksia, rasa penuh atau tidak nyaman pada epigastrium, mual dan muntah dan biasanya disebabkan oleh makanan yang terlalu pedas atau asam, alkohol, obat-obatan, racun, virus, dan bakteri *Helicobacter pylori*.

2.1.2 Anatomi Fisiologi

Sistem organ pencernaan adalah sistem organ yang menerima makanan, mencerna untuk dijadikan energi dan nutrisi, serta mengeluarkan sisa proses tersebut (Syarifudin, 2016).



Gambar 2.1 Organ Sistem Pencernaan (Syarifudin, 2016)

Saluran pencernaan merupakan suatu saluran yang mirip tabung dengan panjang sekitar 9 m (30 kaki), yang memanjang dari wajah sampai anus. Jaringan tersusun atas empat lapisan dari dalam ke luar, yaitu mukosa, submukosa, otot, dan serosa. Secara umum, struktur organ sistem pencernaan dibedakan menjadi dua kategori, yaitu (Diyono & Mulyanti, 2013) :

1. *Alimentari canal* (organ utama) : terdiri atas mulut, esofagus, lambung, usus.
2. *Accessories organ* : Merupakan organ diluar saluran pencernaan tetapi mempunyai peran yang penting dalam sistem pencernaan makanan. *Accessories organ* terdiri atas hati, pankreas dan kandung empedu.

Susunan saluran cerna terdiri dari *oris* (mulut); faring (tekak); esofagus (kerongkong); *ventrikulus* (lambung); *intestinum minor* (usus halus) yang terbagi

menjadi *duodenum* (usus 12 jari), *ileum* (usus penyerapan), *jejunum*; *intestinum mayor* (usus besar) yang terbagi menjadi kolon *acendens* (usus besar yang naik), kolon *tranversum* (usus besar mendatar), kolon *decendens* (usus besar turun), kolon *sigmoid*; *rectum*; dan anus (dubur). Organ yang menghasilkan getah cerna meliputi kelenjar ludah, kelenjar getah bening, kelenjar hati dan kelenjar pankreas (Syarifudin, 2016).

Fungsi utama sistem pencernaan adalah menyediakan zat nutrisi yang sudah dicerna secara berkesinambungan, untuk didistribusikan ke dalam sel melalui sirkulasi dengan unsur-unsur (air, elektrolit, dan zat gizi) (Syarifudin, 2016).

Peristiwa yang terjadi dalam sistem pencernaan (Syarifudin, 2016) :

1. Pergerakan makanan : Gerakan mencampur, mengaduk, dan mendorong isi lumen akibat kontraksi otot polos dinding saluran pencernaan. Gerakan mendorong isi lumen ke depan dengan kecepatan yang tidak sama mencampur makanan dengan liur dan membantu absorpsi dengan cara mendekatkan seluruh isi lumen ke permukaan saluran pencernaan.
2. Sekresi (getah cerna) : Mulai dari mulut sampai ke ileum dilakukan oleh kelenjar-kelenjar yang menyekresi air, elektrolit, dan bahan-bahan tertentu seperti enzim atau liur empedu (*mucus*).
3. Pencernaan : Proses pemecahan secara mekanik dan kimia, molekul-molekul besar yang masuk saluran pencernaan menjadi molekul yang lebih kecil sehingga dapat diserap oleh dinding saluran pencernaan.
4. Absorpsi : Makanan yang telah mengalami perubahan dalam proses penyerapan hasil pencernaan dari lumen menembus lapisan epitel masuk

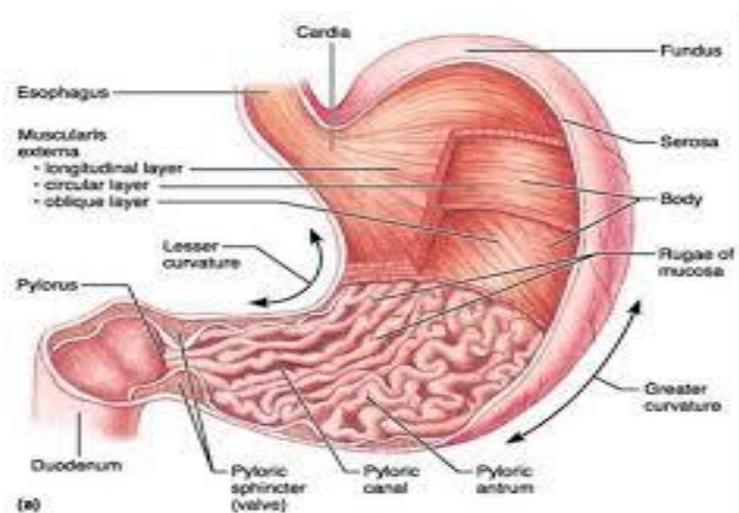
kedalam darah atau cairan limfe. Permukaan saluran pencernaan biasanya tidak rata, tetapi berlekuk-lekuk sehingga menambah luas permukaan yang tersedia untuk absorpsi.

5. Eliminasi : Proses pengeluaran sisa makanan yang tidak diabsorpsi melalui mekanisme defekasi atau berak (BAB).

Bagian-bagian sistem pencernaan, salah satunya terdapat lambung, yaitu (Syarifudin, 2016):

1. Lambung

Lambung (ventrikulus) merupakan sebuah kantong muskuler yang letaknya antara esofagus dan usus halus, sebelah kiri abdomen, dibawah diafragma bagian depan pankreas dan limpa. Lambung merupakan saluran yang dapat mengembang karena adanya gerakan peristaltik terutama didaerah epigaster. Variasi dari bentuk lambung sesuai dengan jumlah makanan yang masuk, adanya gelombang peristaltik tekanan organ lain, postur tubuh (Syarifudin, 2016).



Gambar 2.2 Lambung (Syarifudin, 2016)

Bagian-bagian dari lambung (Syarifudin, 2016) :

- a. *Fundus ventrikuli* : Bagian yang menonjol ke atas, terletak sebelah kiri osteum kardiak, biasanya berisi gas. Pada batas dengan esofagus terdapat katup sfingter kardiak.
- b. *Korpus ventrikuli* : Merupakan segitiga osteum kardia yaitu suatu lekukan pada bagian bawah *kurvatura minor*, merupakan bagian utama dari lambung.
- c. *Antrum pylorus* : Bagian lambung berbentuk tabung, mempunyai otot yang tebal membentuk *sfingter pylorus*, merupakan muara bagian distal, berlanjut ke duodenum.
- d. *Kurvatura minor* : Sebelah kanan lambung terbentang dari osteum kardia sampai ke *pylorus*. *Kurvatura minor* dihubungkan ke hepar oleh *omentum minor*, lipatan ganda dari peritoneum.
- e. *Kurvatura mayor* : Terbentang pada sebelah kiri osteum kardia melalui fundus ventrikuli menuju ke kanan sampai ke *pylorus inferior*, lebih panjang dari *kurvatura minor*, dihubungkan dengan kolon transversum oleh *omentum mayor* lipatan ganda dari peritoneum.
- f. *Osteum kardia* : Merupakan tempat esofagus bagian abdomen masuk ke lambung. Pada bagian ini terdapat *orifisium pylorus*, tidak mempunyai *sfingter* khusus hanya berbentuk cincin membuka dan menutup. Dengan kontraksi dan relaksasi, osteum dapat tertutup oleh lipatan membran mukosa dan serat otot pada dasar esofagus.

Lapisan lambung dari dalam keluar yaitu (Syarifudin, 2016) :

- a. Lapisan selaput lendir (mukosa), apabila lambung dikosongkan lapisan ini berlipat-lipat yang disebut rugae.
- b. Lapisan otot melingkar (muskulus aurikularis), merupakan jaringan otot yang kuat.
- c. Lapisan otot miring (muskulus obliq), mempunyai otot bergaris miring.
- d. Lapisan otot panjang (muskulus longitudinal), susunan lapisan otot lambung yang panjang.
- e. Jaringan ikat (peritoneum) atau serosa, melapisi lambung bagian luar.

Fungsi lambung (Syarifudin, 2016) :

- a. Fungsi penampung makanan yang masuk melalui esofagus, menghancurkan makanan dan menghaluskan makanan dengan gerakan peristaltik lambung dan getah lambung.
 - 1) *Mekanis* : Menyimpan, mencampur dengan sekret lambung, dan mengeluarkan kimus kedalam usus. Pendorongan makanan terjadi secara gerakan peristaltik setiap 20 detik.
 - 2) *Kimiawi* : Bolus dalam lambung akan dicampur dengan asam lambung dan enzim-enzim bergantung jenis makanan enzim yang dihasilkan antara lain :
 - a) *Pepsin* : Memecah putih telur menjadi asam amino (albumin dan pepton) agar dapat diabsorpsi di intestinum minor.
 - b) *Asam garam (HCl)* : Mengasamkan makanan sebagai antiseptik dan desinfektan yang masuk kedalam makanan.

Disamping itu mengubah pepsinogen menjadi pepsin dalam suasana asam.

c) *Renin* : Sebagai ragi yang membekukan susu; membentuk kasein dan kasinogen dari protein.

d) *Lapisan lambung* : Memecah lemak menjadi asam lemak untuk merangsang sekresi getah lambung.

3) Fungsi bakterisid : Oleh asam lambung.

4) Membantu proses pembentukan eritrosit : Lambung menghasilkan zat faktor intrinsik bersama dengan faktor ekstrinsik dari makanan, membentuk zat yang disebut anti-anemik yang berguna untuk pertukaran eritrosit yang disimpan dalam hati.

b. Sekresi Getah Lambung

Sekresi getah lambung mulai terjadi pada awal proses makan. Ketika melihat, mencium, dan merasakan makanan, sekresi lambung akan terangsang karena pengaruh saraf sehingga menimbulkan rangsangan kimiawi yang menyebabkan dinding lambung melepaskan hormon yang disebut sekresi getah lambung (Syarifudin, 2016).

Sekresi getah lambung mengalami tiga fase (Syarifudin, 2016) :

1) Fase serebral : Antisipasi dari makanan menyebabkan stimulus merambat dari otak ke nervus vagus sampai ke lambung tempat kelenjar terstimulasi untuk menyekresi gastrin, hormon yang disekresi oleh membran mukosa kanalis *pylorus* lambung untuk menghasilkan getah lambung.

- 2) Fase gastrik : lebih banyak gastrin diproduksi dengan kombinasi tiga peristiwa regangan mekanik lambung oleh makanan dan produk protein dalam lambung.
- 3) Fase intestinal : Masuknya darah ke dalam intestinum menyebabkan sekresi getah lambung membentuk lebih banyak gastrin.

Pengaturan sekresi getah lambung (Syarifudin, 2016) :

- 1) Mekanisme saraf : Refleks pendek atau lokal. Refleks panjang nervus vagus melibatkan neuron kolinergik yang merangsang sekresi HCl pepsin, dan mukus.
- 2) Mekanisme hormonal : Gastrin merangsang sekresi HCl pepsin dan pertumbuhan mukosa lambung. Perangsangan nervus vagus menimbulkan sekresi gastrin dengan perantara *gastrin releasing peptida*.

c. Gerakan Lambung

Gerakan yang terjadi pada lambung, apabila makanan ditelan, otot polos difundus dan korpus lambung secara refleks melemah sebelum makanan sampai di lambung, sehingga volume lambung meningkat sebesar 1,5 liter tanpa peningkatan tekanan yang nyata. Reseptif relaksasi berlangsung melalui perantara nervus vagus dan dikoordinasikan oleh pusat menelan.

Setelah lambung terisi penuh, kontraksi mulai melemah di daerah fundus dan korpus menekan isi lambung. Kontraksi ini untuk beberapa waktu tidak menimbulkan pencampuran isi lambung dengan getah lambung. Kontraksi akan meningkatkan tonus lambung menyebar ke daerah korpus. Karena

belum dapat melewati *pylorus* yang hanya dapat dilewati oleh partikel berukuran kecil (1 mm).

Keaktifan antrum mencampur dan mengaduk isi lambung secara cepat dan saksama dengan sekresi lambung membelah makanan menjadi partikel yang lebih kecil dan mencurahkan isi lambung yang sudah dalam bentuk kimus (setengah cair) pelan-pelan masuk ke duodenum karena pompaan antrum *pylorus*. *Sfingter pylorus* mengendalikan pengosongan lambung walaupun *pylorus* tetap terbuka. Kontraksi antrum akan diikuti oleh kontraksi *pylorus* dan duodenum. Apabila suatu gelombang peristaltik kuat sampai di antrum maka tekanan isi antrum naik diikuti oleh kontraksi *pylorus* sehingga mendorong kembali sebagian besar isi antrum yang masih bersifat padat ke korpus lambung, hanya sejumlah kecil yang masuk ke duodenum pada setiap kontraksi (Syarifudin, 2016).

2.1.3 Manifestasi Klinis

Nyeri lambung atau *epigastric pain* merupakan gejala klinis yang paling sering umum ditemukan pada gastritis akut. Gejala klinis lain meliputi mual, muntah, pusing, malaise, anoreksia dan *hiccup* (cegukan). Pada gastritis kronis kadang tidak menimbulkan gejala yang begitu berat. Gastritis kronis biasanya ditandai dengan penurunan berat badan, perdarahan, dan anemia pernisiiosa sebagai akibat menurunnya absorpsi vitamin B karena hilangnya faktor instrinsik lambung. Kondisi *hypochlorhydria* dan *achlorhydria* sering ditemukan pada kondisi ini (Diyono & Mulyati, 2013).

Manifestasi klinis pada pasien dengan gastritis adalah sebagai berikut (Robins, 2009) :

1. Gastritis Akut. Gambaran klinis gastritis akut berkisar dari keadaan asimtomatik, nyeri abdomen yang ringan hingga nyeri abdomen akut dengan hematemesis.
2. Gastritis Kronis. Gastritis kronis biasanya asimtomatik, kendati gejala nausea, vomitus atau keluhan tidak nyaman pada abdomen atas dapat terjadi. Kadang-kadang terjadi anemia pernisiiosa. Hasil : laboratorium meliputi hipoklorhidria lambung dan hipergastrinemia serum. Resiko terjadinya kanker untuk jangka panjang adalah 2-4 %.

2.1.4 Etiologi dan Faktor Predisposisi

Ada beberapa penyebab yang dapat mengakibatkan seseorang menderita gastritis antara lain mengkonsumsi obat-obatan kimia seperti asetaminofen, aspirin, dan steroid kortikosteroid (Suratun, 2010). Asetaminofen dan kortikosteroid dapat mengakibatkan iritasi pada mukosa lambung, sedangkan NSAID (*Nonsteroids Inflammation Drugs*) dan kortikosteroid menghambat sintesis prostaglandin sehingga sekresi HCl meningkat dan menyebabkan suasana lambung menjadi sangat asam. Kondisi asam ini menimbulkan iritasi mukosa lambung (Suratun, 2010).

Penyebab lain adalah konsumsi alkohol. Alkohol dapat menyebabkan kerusakan gaster. Terapi radiasi, refluk empedu, zat-zat korosif (cuka, lada) dapat menyebabkan kerusakan mukosa gaster dan menimbulkan edema dan perdarahan. Kondisi yang *stressfull* seperti trauma, luka bakar, kemoterapi dan kerusakan

susunan saraf pusat akan merangsang peningkatan produksi HCl lambung. Selain itu, infeksi oleh bakteri seperti *Helicobacter pylori*, *Eschericia coli*, *Salmonella* lain-lain juga dianggap sebagai pemicu (Mardalena, 2018).

Penyebab dari gastritis dibedakan menjadi dua berdasarkan klasifikasi, yaitu (Diyono & Mulyati, 2013) :

1. Gastritis Akut. Biasanya disebabkan karena pola makan yang kurang tepat, baik dalam frekuensi maupun waktu yang tidak teratur selain karena faktor isi atau jenis makanan yang iritatif terhadap mukosa lambung. Makanan yang terkontaminasi dengan mikroorganisme juga dapat menyebabkan kondisi ini. Selain itu, gastritis akut juga sering disebabkan karena penggunaan obat analgetik seperti aspirin termasuk obat anti inflamasi nonsteroid (*Non Steroid Anti Inflammation Drugs/ NSAID*). Kebiasaan mengkonsumsi alkohol, kafein, refleksi *bilier*, dan terapi radiasi juga dapat menjadi penyebab gastritis.
2. Gastritis Kronis. Merupakan kelanjutan dari gastritis akut yang terjadi karena faktor-faktor diatas, juga karena peran dari bakteri *Helicobacter Phylori* yang bahkan sering menyebabkan kaganasan atau kanker lambung. Faktor auto-imun dan anemia juga ikut andil dalam proses ini.

Tabel 2.1 Penyebab dan Rasional Gastritis (Hurst, 2016)

Penyebab	Rasional
Infeksi	<i>Helicobacter pylori</i> menyebabkan inflamasi lapisan lambung sehingga klien yang mengalami penurunan fungsi imun dapat mengalami gastritis yang disebabkan oleh virus atau jamur.
Iritasi (medikasi, alkohol, makanan, zat korosif)	Aspirin, kortikosteroid, OAINS, konsumsi alkohol berlebihan, makanan pedas, konsumsi zat korosif atau zat kimia.
Stress	Menyebabkan hipersekresi asam lambung
Radiasi	Menyebabkan iritasi lapisan lambung
Gastrektomi	Inflamasi dapat terjadi ditempat insisi

2.1.5 Patofisiologi

Secara patofisiologi, ada beberapa faktor yang dapat menyebabkan kerusakan mukosa lambung, meliputi : (1) kerusakan *mucosal barrier*, yang menyebabkan difusi balik ion H^+ meningkat, (2) perfusi mukosa lambung (Wehbi, 2009).

Faktor-faktor tersebut biasanya tidak berdiri sendiri, contohnya : stress fisik akan menyebabkan perfusi mukosa lambung terganggu sehingga timbul daerah-daerah infark kecil; selain itu sekresi asam lambung juga terpacu. *Mucosal barrier* pada pasien stress fisik biasanya tidak terganggu. Hal tersebut yang membedakannya dengan gastritis erosif karena bahan kimia atau obat menyebabkan *mucosal barrier* rusak sehingga difusi balik ion H^+ meninggi. Suasana asam yang terdapat pada lumen lambung akan mempercepat kerusakan *mucosal barrier* oleh cairan usus (Muttaqin & Sari, 2013).

Pada kondisi dimana pasien mengonsumsi alkohol bersamaan dengan aspirin, efeknya akan lebih merusak dibandingkan dengan efek masing-masing agen tersebut secara terpisah. Gastritis erosif hemorragik difus biasanya terjadi pada peminum alkohol berat dan pengguna aspirin, kondisi tersebut dapat menyebabkan perlunya dilakukan reseksi lambung. Penyakit yang serius ini akan dianggap sebagai ulkus akibat stress, karena keduanya memiliki banyak persamaan (Muttaqin & Sari, 2013).

Gastritis erosif akut (disebut juga gastritis relatif) dapat terjadi karena pajanan beberapa faktor atau agen termasuk OAINS, kokain, refleksi garam empedu, iskemia, radiasi yang mengakibatkan kondisi hemorragik, erosi, dan ulkus. Akibat pengaruh gravitasi, agen ini akan berada pada bagian distal atau yang terdekat

dengan area akulasi agen. Mekanisme utama dari *injury* adalah penurunan intesis prostaglandin yang bertanggung jawab memproteksi mukosa dari pengaruh asam lambung. Pengaruh pada kondisi lama akan menyebabkan terjadinya fibrosis dan struktur pada bagian distal (Wehbi, 2009).

Infeksi bakteri merupakan penyebab lain yang dapat meningkatkan peradangan pada mukosa lambung. *Helicobacter pylori* merupakan bakteri utama yang paling sering menyebabkan gastritis akut. Prevalensi terjadinya infeksi oleh *Helicobacter pylori* pada individu tergantung dari faktor usia, sosioekonomi, dan ras. Pada beberapa studi di Amerika Serikat, didapatkan infeksi *Helicobacter pylori* pada anak-anak sebesar 20%, pada usia 40 tahunan sebesar 50 %, dan pada usia lanjut sebesar 60 %. Hal ini menggambarkan bahwa semakin meningkatnya usia, maka akan semakin meningkat rasio mengalami infeksi *Helicobacter pylori*. Proses bagaimana bakteri ini melakukan transmisi pada manusia masih belum diketahui secara pasti, tetapi pada beberapa studi dipercaya bahwa transmisi bakteri antara individu satu ke idividu yang lain dapat terjadi melalui rute oral-fekal, selain itu dapat juga karena mengonsumsi air atau makanan yang terkontaminasi. Kondisi ini sering terjadi pada pasien dengan golongan ekonomi rendah, akibat buruknya sanitasi dan buruknya status *hygiene* nutrisi (Weck, 2009).

Gastritis akut akibat *Helicobacter pylori* biasanya bersifat asimtomatik. Bakteri yang masuk akan memproteksi dirinya dengan lapisan *mucus*. Proteksi lapisan ini akan menutupi mukosa lambung dan melindungi dari asam lambung. Penetrasi atau daya tembus bakteri ke lapisan mukosa menyebabkan terjadinya

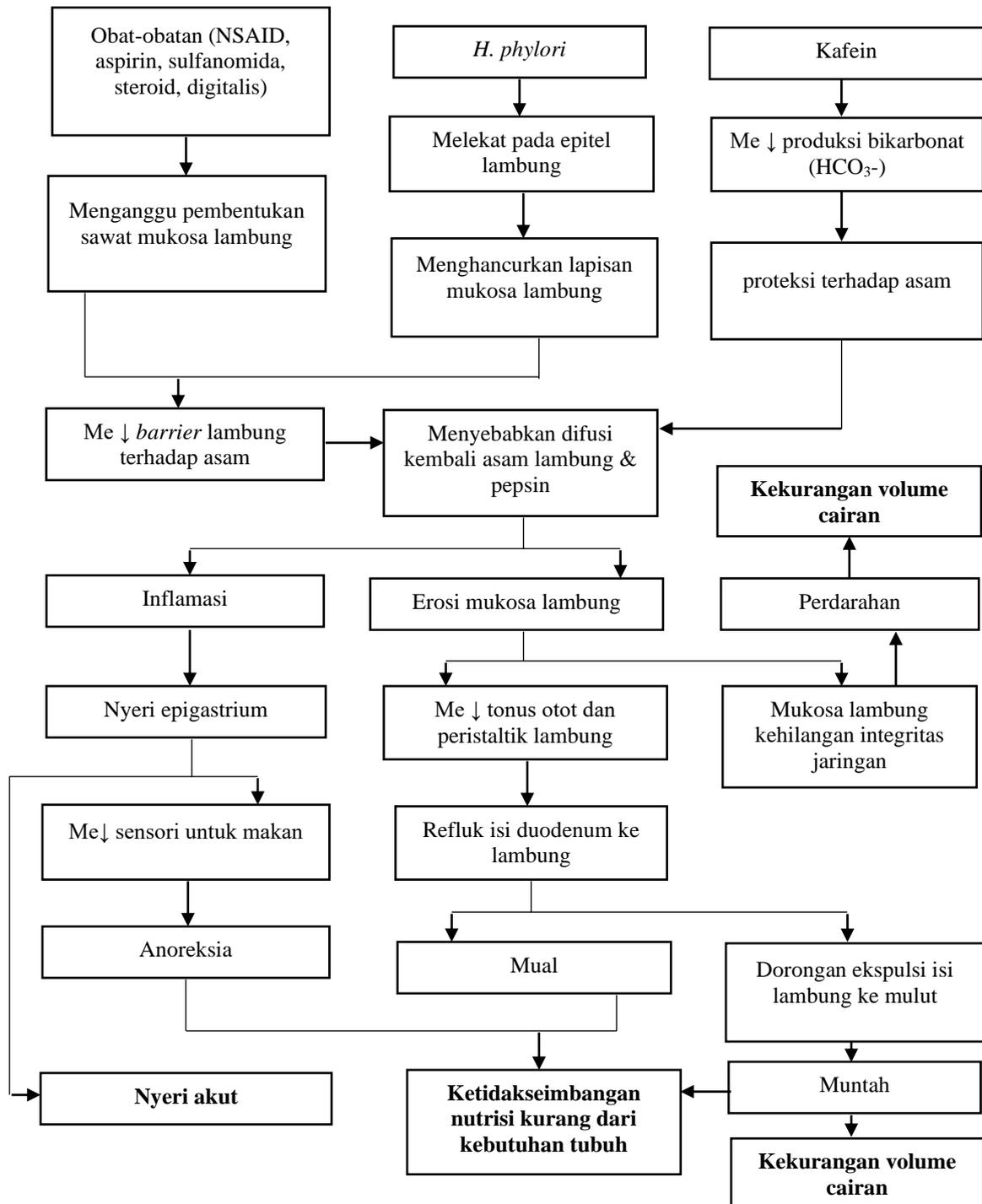
kontak dengan sel-sel epitelial lambung dan terjadi adhesi (perlengketan) sehingga menghasilkan respon peradangan melalui pengaktifan enzim untuk mengaktifkan IL-8. Hal tersebut menyebabkan fungsi *barrier* lambung terganggu dan terjadilah gastritis akut (Muttaqin & Sari, 2013).

Gastritis pada tuberkulosa berhubungan dengan adanya penurunan fungsi imun dan akibat umum dari gangguan sistem pernapasan. Infeksi virus dan *sitomegalo virus* atau infeksi jamur terjadi pada beberapa pasien dengan penurunan imunitas seperti kanker, pasca transplantasi organ, dan AIDS. Kondisi-kondisi tersebut meningkatkan resiko terjadinya gastritis kronis (Wehbi, 2009).

Kondisi tersebut akan menimbulkan respon peradangan lokal, dimana mukosa memerah, edematosa dan ditutupi oleh *mucus* yang mendekat, erosi kecil, serta perdarahan (sering timbul). Derajat peradangan sangat bervariasi dan menimbulkan berbagai masalah keperawatan pada pasien (Muttaqin & Sari, 2013).

Pathways

Bagan 2.1 Patofisiologi (Nurarif & Kusuma, 2015)



2.1.6 Klasifikasi

Gastritis adalah proses inflamasi pada lapisan mukosa dan submukosa lambung. Secara hispatologi dapat dibuktikan dengan adanya infiltrasi sel-sel radang didaerah tersebut. Secara umum, gastritis yang merupakan salah satu jenis penyakit dalam, dapat dibagi menjadi beberapa macam (Mardalena, 2018) :

1. Gastritis Akut

Gastritis akut merupakan proses inflamasi bersifat akut dan biasanya terjadi sepiantas pada mukosa lambung. Keadaan ini paling sering berkaitan dengan penggunaan obat-obatan anti inflamasi *nonsteroid* (khususnya aspirin) dosis tinggi dan dalam jangka waktu lama, konsumsi alkohol yang berlebihan, dan kebiasaan merokok.

Disamping itu, stress berat seperti luka bakar dan pembedahan, iskemia dan syok juga dapat menyebabkan gastritis akut. Demikian pula halnya dengan kemoterapi, uremia, infeksi sistemik, tertelan zat asam atau alkali, iradiasi lambung, trauma mekanik, dan gastrektomi distal (Robbins, 2009).

2. Gastritis Kronis

Gastritis kronis merupakan keadaan terjadinya perubahan inflamatorik yang kronis pada mukosa lambung sehingga akhirnya atrofi mukosa dan metaplasia epitel. Keadaan ini menjadi latar belakang munculnya *dysplasia* dan karsinoma (Robbins, 2009).

2.1.7 Pemeriksaan Diagnostik

Perawat dalam menegakkan diagnosis keperawatan perlu mempertimbangkan hasil analisis pemeriksaan penunjang atau prosedur diagnostik. Ada dua

kompetensi perawat dalam hal pemeriksaan diagnostik ini, yaitu bertanggung jawab dalam pengelolaan persiapan pasien sampai pasca-pemeriksaan dan mempertimbangkan hasil pemeriksaan dalam menyusun diagnosis keperawatan serta merencanakan intervensi keperawatan. Beberapa jenis pemeriksaan diagnostik yang lazim atau sering dilakukan pada pasien dengan gastritis yaitu (Diyono & Mulyanti, 2013) :

1. Pemeriksaan Hematologi

Pemeriksaan hematologi bertujuan untuk mengetahui profil darah. Dengan pemeriksaan ini dapat diketahui beberapa kelainan seperti infeksi, anemia, malnutrisi, dan alergi. Secara umum pemeriksaan dibedakan menjadi pemeriksaan darah rutin seperti leukosit, trombosit, hematokrit, serta pemeriksaan darah lengkap dengan ditambah pemeriksaan hitung jenis leukosit atau pemeriksaan khusus seperti kimia darah, seroimunologi, dan sebagainya

2. Pemeriksaan Radiologi

a. *Barium Meal*

Barium meal adalah cara pengambilan gambar kontras pada gaster meliputi ukuran, bentuk, dan letaknya, sehingga dapat diketahui kelainan-kelainan yang terjadi pada gaster.

Dari pemeriksaan ini dapat diperoleh gambaran adanya kelainan, seperti peradangan mukosa pada lambung (gastritis), atau justru adanya stenosis *pylorus*, benda asing, polip, divertikuli, tumor, sindrom malabsorpsi, ulserasi.

b. *Ultrasonografi (USG)*

USG adalah prosedur noninvasif yang menggunakan gelombang suara untuk melihat struktur jaringan tubuh.

c. *Pemeriksaan Endoskopi*

Suatu cara untuk melihat secara langsung (visualisasi) organ-organ dalam tubuh, sehingga dapat dilihat sejelas-jelasnya setiap kelainan yang ada pada organ yang diperiksa. Endoskopi dapat bersifat diagnostik dan terapi.

d. *Pemeriksaan Analisis Cairan Lambung*

Merupakan suatu tindakan untuk mengeluarkan isi atau cairan lambung untuk mengkaji tingkat keasaman lambung dalam keadaan puasa dan dengan perangsangan (stimulasi).

2.1.8 Penatalaksanaan

Dalam 1-3 hari pada umumnya lambung dapat memperbaiki mukosa yang rusak secara mandiri. Tindakan keperawatan untuk mendukung proses ini adalah dengan menghentikan asupan makanan iritatif seperti rokok, alkohol, kopi, dan sejenisnya. Bila ada perdarahan maka sebaiknya pasien dipuasakan. Obat-obat untuk menetralkan asam lambung seperti aluminium hidroksida atau antasid dibutuhkan bila penyebab gastritis sangat iritatif. Terapi suportif seperti pemasangan NGT, analgetik sedatif, antasid dan terapi intravena perlu dilakukan bila ada indikasi terjadi kondisi yang lebih buruk seperti dehidrasi, perdarahan hebat, dan syok (Diyono & Mulyanti, 2013).

Pada gastritis kronis modifikasi gaya hidup yang kurang sehat adalah hal utama. Menghentikan kebiasaan minum alkohol, merokok, kopi sangat penting dilakukan selain juga mengatur diet dan mencukupi kebutuhan istirahat. Bila ditemukan adanya kontaminasi oleh bakteri *Helicobacter pylori* maka dapat dilakukan eradikasi dengan pemberian antibiotik (seperti *tetracycline* atau *amoxicillin*, dikombinasi *clarithromycin* dan proton *pump* inhibitor (seperti *lansoprazole*, garam *bismuth* (Pepto-Bismol) (Diyono & Mulyanti, 2013).

2.2 Konsep Nyeri

2.2.1 Definisi Nyeri

Nyeri adalah bentuk pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan yang berhubungan dengan adanya kerusakan jaringan atau cenderung akan terjadi kerusakan jaringan (Ketut & Senapathi, 2010).

2.2.2 Klasifikasi Nyeri

Terdapat dua klasifikasi nyeri (Ketut & Senapathi, 2010) :

Pertama, bahwa persepsi nyeri merupakan sensasi yang tidak menyenangkan, berkaitan dengan pengalaman emosional menyusul adanya kerusakan jaringan yang nyata ("*pain with nociception*"). Keadaan nyeri ini disebut nyeri akut,

Kedua, bahwa perasaan yang sama dapat juga terjadi tanpa disertai dengan kerusakan jaringan yang nyata ("*pain without nociception*"). Keadaan nyeri ini disebut sebagai nyeri kronis.

2.2.3 Mekanisme Nyeri

Nyeri timbul akibat adanya rangsangan oleh zat-zat algesik pada reseptor nyeri yang banyak dijumpai pada lapisan *superficial* kulit dan pada beberapa jaringan didalam tubuh, seperti periosteum, permukaan sendi, otot rangka dan pulpa gigi. Reseptor nyeri merupakan ujung-ujung bebas serat saraf afesen A delta dan C. Reseptor-reseptor ini diaktifkan oleh adanya rangsang-rangsang dengan intensitas tinggi, misalnya berupa rangsang termal, mekanik, elektrik atau rangsang kimiawi (Ketut & Senapathi, 2010).

Zat-zat algesik yang akan mengaktifkan reseptor nyeri dalah ion K, H, asam laktat, serotonin, bradikinin, histamin dan prostaglandin. Selanjutnya setelah reseptor-reseptor nyeri diaktifkan oleh zat-zat algesik tersebut, impuls nyeri disalurkan ke sentral melalui beberapa saluran saraf (Ketut & Senapathi, 2010).

Rangkaian proses yang menyertai antara kerusakan jaringan (sebagai sumber stimuli nyeri) sampai dirasakannya persepsi nyeri adalah suatu proses elektro-fisiologik, yang disebut sebagai nosisepsi (*"nociception"*). Ada 4 (empat) proses yang jelas yang terjadi mengikuti suatu proses elektro-fisiologik nosepsi, yakni (Ketut & Senapathi, 2010) :

1. Transduksi (*"transduction"*), merupakan proses stimuli nyeri (*"noxious stimuli"*) yang diterjemahkan atau diubah menjadi suatu aktivitas listrik pada ujung-ujung saraf.
2. Transmisi (*"transmission"*), merupakan proses penyaluran impuls melalui saraf sensoris menyusul proses transduksi. Impuls ini akan disalurkan oleh

serabut saraf A delta dan serabut C sebagai neuron pertama dari perifer ke medulla spinalis.

3. Modulasi (*“modulation”*), adalah proses interaksi antara sistem analgesik endogen dengan impuls nyeri yang masuk ke kornu posterior medulla spinalis. Sistem analgesik endogen meliputi, enkefalin, endorfin, serotonin dan noradrenalin yang mempunyai efek menekan impuls nyeri pada kornu posterior medulla spinalis. Dengan demikian kornu posterior diibaratkan sebagai pintu gerbang nyeri yang bisa tertutup atau terbuka untuk menyalurkan impuls nyeri. Proses tertutupnya atau terbukanya pintu nyeri tersebut diperankan oleh sistem analgesik endogen tersebut diatas.
4. Persepsi (*“perception”*), adalah hasil akhir dari proses interaksi yang kompleks dan unik yang dimulai dari proses transduksi, transmisi, dan modulasi yang pada gilirannya menghasilkan suatu perasaan yang subyektif yang dikenal sebagai persepsi nyeri.

2.2.4 Respon Tubuh Terhadap Nyeri

Respon tubuh terhadap trauma atau nyeri adalah terjadinya reaksi endokrin berupa mobilisasi hormon-hormon katabolik dan terjadinya reaksi imunologik, yang secara umum disebut sebagai respon stress. Respon stress ini sangat merugikan pasien, karena selain akan menurunkan cadangan dan daya tahan tubuh, juga meningkatkan oksigen otot jantung, mengganggu fungsi respirasi dan segala konsekuensinya, serta akan mengundang resiko terjadinya tromboemboli, yang pada gilirannya meningkatkan morbiditas dan mortalitas (Ketut & Senapathi, 2010).

1. Respon Endokrin

Rangsang nosiseptif menyebabkan respon hormonal bifasik, artinya terjadi pelepasan *hormone katabolic* seperti katekolamin, kortisol, angiotensin II, ADH, ACTH, GH dan glukagon, sebaliknya terjadi penekanan sekresi hormon anabolik seperti insulin. Hormon katabolik akan menyebabkan hiperglikemia melalui mekanisme resistensi terhadap insulin dan proses glukoneogenesis, selanjutnya terjadi katabolisme protein dan lipolisis. Kejadian ini akan menimbulkan *balance* nitrogen negatif. Aldosteron, kortisol, ADH menyebabkan terjadinya resistensi Na dan air. Katekolamin merangsang reseptor nyeri sehingga intensitas nyeri bertambah. Dengan demikian terjadilah siklus vitrius (Ketut & Senapathi, 2010).

2. Efek Nyeri Terhadap Kardiovaskuler dan Respirasi

Pelepasan katekolamin, aldosteron, kortisol, ADH dan aktivasi angiotensin II akan menimbulkan efek pada kardiovaskuler. Hormon-hormon ini mempunyai efek langsung pada miokardium atau pembuluh darah dan meningkatkan retensi N dan air. Angiotensin II menimbulkan vasokonstriksi. Katekolamin menimbulkan takikardia, meningkatkan kontraktilitas otot jantung dan resistensi vaskuler perifer, sehingga terjadilah hipertensi. Takikardia serta disritmia dapat menimbulkan iskemia miokard. Ditambah dengan retensi Na dan air, maka timbulah resiko gagal jantung kongestif (Ketut & Senapathi, 2010).

Bertambahnya cairan ekstraseluler di paru-paru akan menimbulkan kelainan ventilasi perfusi. Nyeri didaerah dada atau abdomen akan menimbulkan

peningkatan tonus otot di daerah tersebut sehingga dapat muncul resiko hipoventilasi, kesulitan bernafas dalam dan mengeluarkan sputum, sehingga penderita mudah mengalami penyulit atelektasis dan hipoksemia (Ketut & Senapathi, 2010).

3. Efek Nyeri Terhadap Sistem Organ yang Lain

Peningkatan aktifitas simpatis akibat nyeri menimbulkan inhibisi fungsi saluran cerna. Gangguan pasase usus sering terjadi pada penderita nyeri. Terhadap fungsi imunologik nyeri akan menimbulkan limfopenia, dan leukositosis. Akibatnya resistensi terhadap kuman pathogen menurun. Kemudian terhadap fungsi koagulasi, nyeri akan menimbulkan perubahan viskositas darah. Pada fungsi platelet, terjadi peningkatan adhesivitas trombosit. Ditambah dengan efek katekolamin yang menimbulkan vasokonstriksi dan immobilisasi akibat nyeri, maka akan mudah terjadi komplikasi trombosis (Ketut & Senapathi, 2010).

4. Efek Nyeri Terhadap Mutu Kehidupan

Nyeri menyebabkan pasien sangat menderita, tidak mampu bergerak, tidak mampu bernafas dan batuk dengan baik, susah tidur, tidak enak makan dan minum, cemas, gelisah, perasaan tidak akan tertolong dan putus asa. Keadaan seperti ini sangat mengganggu kehidupan normal penderita sehari-hari. Mutu kehidupannya sangat rendah, bahkan sampai tidak mampu untuk hidup mandiri layaknya orang sehat. Oleh karena itu penatalaksanaan nyeri pada hakikatnya tidak saja tertuju kepada mengurangi atau memberantas rasa nyeri itu, melainkan bermaksud menjangkau peningkatan mutu kehidupan pasien,

sehingga ia dapat kembali menikmati kehidupan yang normal dalam keluarga maupun lingkungannya (Ketut & Senapathi, 2010).

2.2.5 Penilaian Nyeri

1. Derajat Nyeri

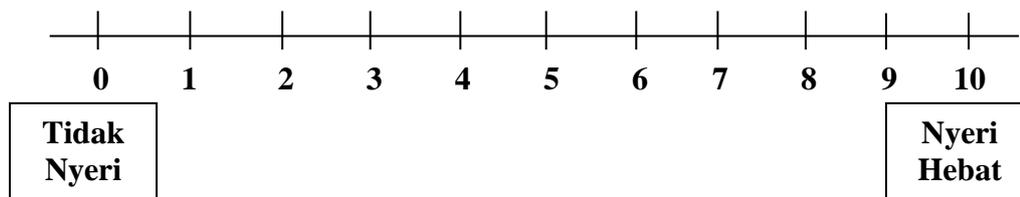
Berbagai cara dipakai untuk mengukur derajat nyeri, cara yang sederhana dengan menentukan derajat nyeri secara kualitatif sebagai berikut (Ketut & Senapathi, 2010) :

- a. Nyeri ringan adalah nyeri yang hilang timbul, terutama sewaktu melakukan aktivitas sehari-hari dan hilang pada waktu tidur.
- b. Nyeri sedang adalah nyeri terus menerus, aktivitas terganggu, yang hanya hilang apabila penderita tidur.
- c. Nyeri berat adalah nyeri yang berlangsung terus menerus sepanjang hari, penderita tidak dapat tidur atau sering terjaga oleh gangguan nyeri sewaktu tidur.

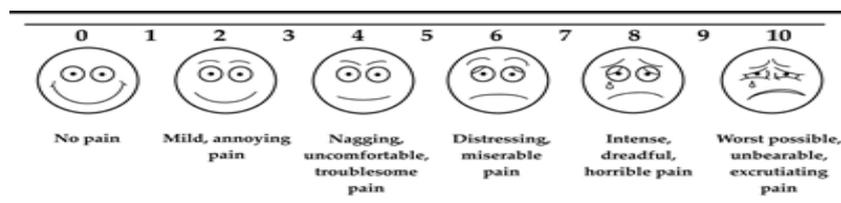
Pada saat ini banyak yang menentukan derajat nyeri secara semi-kuantitatif dengan menggunakan penggaris yang diberi angka pada skala 0 yang berarti tidak nyeri sampai 10 untuk nyeri yang maksimal. Cara ini populer disebut "*Numerical Rating Score*" (NRS). Disini secara subyektif penderita diberi penjelasan terlebih dahulu bahwa bila tidak ada nyeri diberi angka 0, sedang nyeri terhebat yang tak tertahankan lagi diberi angka 10. Kemudian penderita diminta menentukan derajat nyerinya dalam cakupan antara 0-10. Untuk mempermudah biasanya disodorkan gambar skala dari 0-10 pada penderita

untuk diminta menentukan tempat derajat nyeri yang dideritanya (Ketut & Senapathi, 2010).

Bagan 2.2 Skala Nyeri (Ketut & Senapathi, 2010)



Cara lain yang sudah populer terlebih dahulu adalah dengan mempergunakan “*Visual Analogue Scale*”.



Gambar 2.3 *Visual Analogue Scale* (Nair & Peate, 2015)

Walaupun menilai nyeri merupakan hal yang sangat subyektif, penderitaan nyeri pasien perlu dievaluasi secara berkala.

2.2.6 Penatalaksanaan Nyeri

Penatalaksanaan atau pengobatan nyeri dapat farmakologi atau non-farmakologi. Penatalaksanaan nyeri farmakologi melibatkan pemberian obat-obatan. Obat-obatan yang digunakan untuk pereda nyeri disebut analgesia atau analgesik. Ada dua jenis analgesia utama yaitu opioid dan non opioid. Selanjutnya non farmaklogi, sesuai dengan namanya penatalaksanaan nyeri non farmakologi tidak melibatkan obat apapun. Karena nyeri merupakan pengalaman mutlak, pereda nyeri yang efektif sering kali tercapai melalui kombinasi dari kedua pendekatan ini (Nair & Peate, 2015).

1. Opioid

Obat-obatan opioid digunakan untuk nyeri sedang hingga hebat. Obat ini bekerja dengan meniru opioid endogenosa dengan memikat reseptor opioid pada sistem saraf pusat. Reseptor opioid seperti μ , κ dan δ menghalangi kerja substansi P saat dirangsang. Namun demikian, berbeda dari opioid endogenosa seperti endorphen, opioid tidak dipecah dengan cepat oleh tubuh. Oleh sebab itu, efek analgesiknya sangat kuat dan tahan lama. Selain analgesia, stimulasi reseptor opioid menyebabkan banyak perubahan fisiologi lain, yang perlu diwaspadai oleh tenaga kesehatan profesional (Nair & Peate, 2015) :

- a. Depresi pernapasan,
- b. Konstipasi,
- c. Mual dan muntah,
- d. Mengantuk,
- e. Bradikardia,
- f. Hipotensi

Obat opioid diklasifikasikan sebagai lemah dan kuat. Berlawanan dengan namanya, opioid lemah adalah analgesik yang sangat efektif. Opioid lemah yang utama digunakan dalam kombinasi dengan analgesia non-opioid seperti paracetamol atau aspirin. Kombinasi seperti itu harus dengan resep, bukan obat-obatan terkontrol (Nair & Peate, 2015).

2. Obat-Obatan Non Opioid

Analgesia non opioid digunakan untuk nyeri ringan hingga sedang dan jarang efektif untuk nyeri akut atau pasca operasi. Namun demikian, obat ini

dapat meningkatkan efek obat opioid, dan ketika digunakan dalam kombinasi dengan opioid dapat menurunkan penggunaan opioid sebanyak 20-40 %. Obat non opioid paling umum adalah paracetamol (asetaminofen) (Nair & Peate, 2015).

3. Penatalaksanaan Nyeri Non Farmakologi

Ada banyak bentuk intervensi penatalaksanaan nyeri non farmakologi berbeda yang tersedia, yaitu (Nair & Peate, 2015) :

- a. Terapi perilaku kognitif,
- b. Stimulasi saraf listrik transkutaneus (TENS),
- c. Aplikasi substansi panas dan dingin,
- d. Akupunktur,
- e. Aromaterapi,
- f. Masase,
- g. Hipnosis,
- h. Homeopati,
- i. Meditasi,
- j. Relaksasi,

Salah satu teknik yang dapat meredakan nyeri yaitu relaksasi, berikut adalah teknik relaksasi autogenik (Rogayah, 2017 dan Muslihat & Syamsiah, 2015).

a. Teknik Relaksasi Autogenik

Teknik ini sangat efektif untuk menurunkan skala nyeri pada penderita gastritis (Rogayah, 2017 dan Muslihat & Syamsiah, 2015).

Relaksasi autogenik adalah relaksasi yang bersumber dari diri sendiri berupa kata-kata/ kalimat pendek ataupun pikiran yang bisa membuat pikiran tenang. Adapun tujuan dari teknik relaksasi autogenik ini, yaitu :

- 1) Memberikan perasaan nyaman.
- 2) Mengurangi stress, khususnya stress ringan/ sedang.
- 3) Mengurangi nyeri.
- 4) Memberikan ketenangan.
- 5) Mengurangi ketegangan.

Berikut merupakan prosedur yang dapat dilakukan :

1) Persiapan

a) Pasien/ klien

(1) Beritahu klien

(2) Atur posisi dalam posisi duduk atau berbaring

b) Alat

Tidak ada alat khusus yang dibutuhkan. Bila diinginkan, dapat dilakukan sambil mendengarkan musik ringan.

c) Lingkungan

Atur lingkungan nyaman dan tenang mungkin agar pasien/ klien mudah berkonsentrasi.

2) Pelaksanaan

a) Pilihlah satu kata/ kalimat yang dapat membuat kita tenang misalnya

“saya tidak merasa nyeri”. Jadikan kata-kata/ kalimat tersebut sebagai

“mantra” untuk mencapai kondisi rileks.

- b) Atur posisi klien senyaman mungkin.
- c) Tutup mata secara perlahan-lahan.
- d) Instruksikan klien untuk melemaskan seluruh anggota tubuh dari kepala, bahu, punggung, tangan sampai kaki secara perlahan-lahan.
- e) Instruksikan klien untuk menarik nafas secara perlahan
- f) Tarik nafas melalui hidung dan buang nafas melalui mulut.
- g) Pada saat menghembuskan nafas melalui mulut, ucapkan dalam hati “mantra” tersebut.
- h) Lakukan berulang selama kurang lebih 10 menit, bila tiba-tiba pikiran melayang, upayakan untuk memfokuskan kembali pada kata-kata “mantra” tadi.
- i) Bila dirasakan sudah nyaman atau rileks, tetap duduk tenang dengan mata masih tertutup untuk beberapa saat.
- j) Langkah terakhir, buka mata secara perlahan-lahan sambil rasakan kondisi rileks.

Perhatian :

- a) Untuk mencapai hasil yang optimal dibutuhkan konsentrasi penuh terhadap kata-kata “mantra” yang dapat membuat rileks.
- b) Lakukan prosedur ini sampai 2-3 kali agar mendapatkan hasil yang optimal.

3) Terminasi

- a) Mengeksplorasi perasaan klien.
- b) Mengkaji skala nyeri klien kembali.
- c) Melakukan kontak : topik, waktu, dan tempat untuk kegiatan selanjutnya.

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan

2.3.1 Pengkajian

Pengkajian keperawatan merupakan tahap krusial dalam proses keperawatan. Hasil pengkajian merupakan dasar dari penentuan masalah keperawatan dan penentuan intervensi keperawatan yang akan diberikan. Pengkajian membutuhkan keterampilan dan pengalaman yang mencukupi yang didasarkan pada penguasaan pengetahuan tentang sistem yang akan dikaji (Diyono & Mulyanti, 2013).

Pada dasarnya pengkajian atau pengumpulan data mempunyai empat metode, yaitu wawancara (anamnesis), observasi, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang (pemeriksaan diagnostik). Data-data pada pengkajian ini sangat penting karena sebagian besar masalah gastritis sangat berkaitan dengan faktor diet, psikososial, pola makan, sosial ekonomi individu dan keluarga (Diyono & Mulyanti, 2013).

1. Identitas

Meliputi nama klien, umur, pekerjaan, dan alamat. Alamat atau tempat tinggal sering dihubungkan dengan budaya atau adat didaerah domisili seseorang. Pekerjaan seseorang juga berpengaruh terhadap terjadinya stress, makan tidak teratur, sanitasi lingkungan yang tidak baik, yang semuanya dapat mencetuskan penyakit gastritis. Selain itu, pekerjaan juga memengaruhi pola makan atau diet seseorang dikaitkan dengan penghasilan atau status ekonomi. Tingkat ekonomi yang rendah sering dikaitkan dengan kejadian malnutrisi. Adapun tingkat ekonomi yang tinggi akan mengakibatkan pola makan yang

salah sehingga beresiko terjadi obesitas, hiperkolesterol dan sebagainya (Diyono & Mulyanti, 2013).

2. Riwayat Penyakit Sekarang

Menanyakan keluhan utama pasien secara kronologis, yaitu waktu, pencetus, durasi, manajemen keluarga dan penyebab dibawa kerumah sakit. Menanyakan keluhan utama yang kini dirasakan klien. Keluhan-keluhan utama yang sering dirasakan oleh klien yang mengalami gastritis yaitu mual, muntah, anoreksia, nyeri abdomen yang biasanya dirasakan didaerah uluhati atau abdomen kiri atas (Diyono & Mulyanti, 2013).

Pengkajian nyeri harus lengkap meliputi (Diyono & Mulyanti, 2013) :

P (Provokatif/ Paliatif) : yaitu faktor yang mencetuskan nyeri, biasanya karena jenis makanan pedas atau asam, pola makan tidak teratur atau adanya faktor stress berlebih.

Q (Quality) : yaitu kualitas nyeri yang biasanya dirasakan penderita gastritis seperti panas, tertekan, diremas-remas, dan tertusuk.

R (Region) : yaitu lokasi terjadinya nyeri, yang biasanya dirasakan didaerah ulu hati atau abdomen kiri atas.

S (Severity/ Scale) : yaitu intensitas atau skala nyeri.

T (Time) : yaitu kapan, berapa lama, durasi, frekuensi nyeri.

3. Riwayat Kesehatan Dahulu

Perlu dikaji adanya riwayat gastritis pada masa lalu. Tanyakan apakah klien pernah sampai dirawat dirumah sakit, berapa lama, dan pulang dengan status apa (sembuh, pulang paksa, dirujuk dan sebagainya). Riwayat pembedahan juga perlu dikaji baik pembedahan abdomen atau sistem yang lain. Selain itu juga perlu dikaji penggunaan obat-obatan. Apakah obat yang dikonsumsi berdasarkan resep dokter atau tidak. Sebagai contoh kebiasaan mengkonsumsi antasid yang berlebihan dapat menyebabkan kondisi lambung bersifat alkali dan mengganggu pencernaan makanan dan bahkan secara sistemik berbahaya. Termasuk disini adalah kebiasaan buruk seperti mengkonsumsi alkohol, kopi, dan arsen, merkuri, dan formalin yang banyak digunakan untuk pengawet makanan (Diyono & Mulyanti, 2013).

4. Riwayat Kesehatan Keluarga

Riwayat kesehatan keluarga perlu dikaji secara hati-hati namun *detail*, karena banyak penyakit gastritis terjadi akibat pola kebiasaan pada keluarga yang kurang baik seperti penyiapan dan penyimpanan makanan, pola diet keluarga, dan bahkan pola sanitasi keluarga yang kurang seperti cuci tangan, tempat BAB, dan pola memasak makanan (Diyono & Mulyanti, 2013).

5. Pola Aktivitas Sehari-hari

a. Pola Nutrisi

Kaji adanya pantangan dalam makan, kaji peningkatan berat badan (edema), penurunan berat badan (malnutrisi), kaji adanya rasa mual, muntah, anoreksia, dan nyeri ulu hati.

b. Pola Eliminasi

Kaji ada penurunan frekuensi urine, oliguria, anuria, abdomen kembung.

Kaji adanya konstipasi atau diare. Kaji adanya perubahan warna urine atau tidak.

c. Pola Aktivitas

Kaji adanya kelemahan otot, kehilangan tonus, dan biasanya terjadi penurunan rentang gerak.

d. Pola Istirahat Tidur

Kaji adanya gangguan pola tidur (insomnia/ gelisah atau somnolen), gelisah karena adanya nyeri panggul, sakit kepala dan kram otot kaki.

6. Pemeriksaan Fisik

Observasi yang biasa dilakukan biasanya yaitu pemeriksaan tanda-tanda vital, seperti tekanan darah, nadi, respirasi dan suhu tubuh (Sudarta, 2016).

Pemeriksaan fisik merupakan metode pengumpulan data dengan cara melakukan pengamatan pada bagian fisik dari klien, baik dengan alat maupun tidak. Pemeriksaan fisik difokuskan untuk mengetahui manifestasi fisik akibat gastritis yang meliputi (Diyono & Mulyanti, 2013) :

a. Keadaan Umum :

Meliputi aktivitas motorik, posisi tubuh, perubahan status nutrisi (antropometri).

b. Pemeriksaan Fisik :

Meliputi keadaan kulit meliputi muka, kepala, mata, telinga, hidung, mulut, leher, alat kelamin, dan anggota gerak. Pemeriksaan ini dilakukan

mulai dari ujung rambut hingga ujung kaki dengan menggunakan 4 teknik yaitu inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi. Sirkulasi meliputi turgor kulit elastis atau tidak, dan dehidrasi.

Pemeriksaan fisik pada gastritis berdasarkan sistem organ manusia, yaitu (Diyono & Mulyanti, 2013) :

1) Sistem Pernafasan

Cermati adanya nafas cuping hidung, takipneu. Dan cermati apakah terdapat bau napas.

2) Sistem Kardiovaskuler

Cermati adanya tanda-tanda anemia. Inspeksi adanya denyut yang terlihat. Dan apakah CRT < 3 detik.

3) Sistem Pencernaan

Inspeksi kondisi lidah, gigi dan mukosa bukal. Lalu inspeksi abdomen terhadap simetri, masa yang terlihat, dan denyutan yang terlihat. Denyut aorta normalnya terlihat pada daerah epigastrium. Bedakan dengan teliti antara ascites, kembung, distensi, kehamilan dan retensi urin. Apakah ada hematomegali dan splenomegali. Auskultasi bising usus yang normalnya 5-30 x/ menit. Palpasi adanya nyeri tekan atau tidak, biasanya pada gastritis terdapat nyeri tekan pada abdomen, dan terakhir dilakukan perkusi untuk mengetahui adanya suara abnormal pada abdomen seperti pekak/ redup pada asites, hipertimpani pada kondisi flatulensi. Sedangkan suara normal yaitu timpani.

4) Sistem Genitourinaria

Cermati apakah adanya retensi urin dan adanya lesi disekitar area genitalia.

5) Sistem Endokrin

Cermati adanya pembesaran kelenjar tiroid dan tiroiditis atau tidak.

6) Sistem Persyarafan

Cermati adanya kelainan saraf pada 12 saraf kranial.

7) Sistem Integumen

Cermati warna kulit, adanya ikterus, sianosis, edema, dan lihat juga tekstur kulit berkering, kering atau berminyak.

8) Sistem Muskuloskeletal

Cermati kelemahan otot, kehilangan tonus, dan biasanya terjadi penurunan rentang gerak. Dan cermati adanya lipatan kulit yang berlebihan (mengindikasikan otot yang lemah).

9) Sistem Penglihatan

Cermati warna dari konjungtiva, warna sklera apakah ada tanda-tanda anemia atau tidak dan mata yang cekung.

10) Wicara dan THT

Cermati adanya kelainan pada telinga klien.

2.3.2 Diagnosa Keperawatan

Suatu diagnosis keperawatan adalah penilaian klinis tentang respon manusia terhadap gangguan kesehatan/ proses kehidupan, atau kerentanan terhadap respon

tersebut dari seorang individu, keluarga, kelompok atau komunitas (NANDA, 2018).

Diagnosa keperawatan pada penyakit gastritis (Nurarif & Kusuma, 2015):

1. Nyeri Akut berhubungan dengan iritasi mukosa lambung.
2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan masukan *nutrient* yang tidak adekuat.
3. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan masukan cairan tidak cukup dan kehilangan cairan berlebihan karena muntah.

2.3.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan didefinisikan sebagai “berbagai perawatan, berdasarkan penilaian klinis dan pengetahuan, yang dilakukan oleh seorang perawat untuk meningkatkan hasil klien/ pasien (NANDA, 2018).

Intervensi pada gastritis, yaitu (Nurarif & Kusuma, 2015) :

1. Nyeri akut berhubungan dengan iritasi mukosa lambung

Tabel 2.2 Intervensi Nyeri Akut (Nurarif & Kusuma, 2015)

DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN DAN KRITERIA HASIL	INTERVENSI
Nyeri akut berhubungan dengan iritasi mukosa lambung.	NOC : 1. <i>Pain Level</i> 2. <i>Pain Control</i> 3. <i>Comfort Level</i>	NIC <i>Pain Management</i> - Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor predisposisi - Observasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan - Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri - Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri - Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau - Evaluasi bersama pasien dan tim kesehatan lain tentang ketidak efektifan kontrol nyeri masa lampau - Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan - Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan - Kurangi faktor presipitasi nyeri - Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, non farmakologi dan interpersonal) - Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan
Batasan karakteristik (NANDA, 2018):	Kriteri hasil (Nurarif & Kusuma, 2015):	
1. Perubahan selera makan	1. Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan	
2. Perubahan pada parameter fisiologis	Teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan)	
3. Diaforesis	2. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri	
4. Perilaku distraksi	3. Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri)	
5. Bukti nyeri dengan menggunakan standar daftar periksa nyeri untuk pasien yang tidak dapat mengungkapkan nya	4. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang	
6. Perilaku ekspresif		
7. Sikap tubuh melindungi		
8. Putus asa		
9. Fokus menyempit		
10. Sikap melindungi area nyeri		
11. Perilaku protektif		
12. Dilatasi pupil		
13. Fokus pada diri sendiri		
14. Keluhan tentang intensitas menggunakan standar skala nyeri		
15. Keluhan tentang karakteristik nyeri dengan menggunakan standar		

instrumen nyeri	intervensi
16. Gangguan tidur	<ul style="list-style-type: none">- Ajarkan teknik non farmakologi- Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri- Evaluasi keefektifan kontrol nyeri- Tingkatkan istirahat- Kolaborasikan dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil- Monitor penerimaan pasien tentang manajemen nyeri
	<i>Analgesik</i>
	<i>Administration</i>
	<ul style="list-style-type: none">- Tentukan lokasi, karakteristik, kualitas, dan derajat nyeri sebelum pemberian obat- Cek instruksi dokter tentang jenis obat, dosis, dan frekuensi- Cek riwayat alergi- Pilih analgesik yang diperlukan atau kombinasi dari analgesik ketika pemberian lebih dari satu- Tentukan pilihan analgesik tergantung tipe dan beratnya nyeri- Tentukan analgesik pilihan, rute pemberian, dan dosis optimal- Pilih rute pemberian secara IV, IM untuk pengobatan nyeri secara teratur- Monitor <i>vital sign</i>- Berikan analgesik tepat waktu terutama saat nyeri hebat- Evaluasi efektivitas analgesik, tanda dan gejala

2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan masukan *nutrient* yang tidak adekuat.

Tabel 2.3 Intervensi Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang dari Kebutuhan Tubuh (Nurarif & Kusuma, 2015)

DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN DAN KRITERIA HASIL	INTERVENSI
Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan masukan <i>nutrient</i> yang tidak adekuat.	NOC : 1. <i>Nutritional status</i> 2. <i>Nutritional status : Food and fluid</i> 3. <i>Intake</i> 4. <i>Nutritional status : nutrient intake</i> 5. <i>Weight control</i>	NIC : <i>Nutrition Management</i> - Kaji adanya alergi makanan - Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien
Batasan karakteristik (NANDA, 2018):	Kriteria hasil (Nurarif & Kusuma, 2015):	- Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake Fe
1. Kram abdomen	1. Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan.	- Anjurkan pasien untuk meningkatkan protein dan vitamin C
2. Nyeri abdomen	2. Berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan.	- Berikan substansi gula
3. Gangguan sensasi rasa	3. Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi.	- Yakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi
4. Berat badan 20% atau lebih dibawah rentang berat badan ideal	4. Tidak ada tanda-tanda malnutrisi.	- Berikan makanan yang terpilih (sudah dikonsultasikan dengan ahli gizi)
5. Kerapuhan kapiler	5. Menunjukkan peningkatan fungsi pengecapian dari menelan.	- Ajarkan pasien bagaimana membuat catatan makanan harian
6. Diare	6. Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti.	- Monitor jumlah nutrisi dan kandungan kalori
7. Kehilangan rambut berlebihan		- Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi
8. Enggan makan		- Kaji kemampuan pasien untuk
9. Asupan makanan kurang dan <i>recommended daily allowance</i> (RDA)		
10. Bising usus hiperaktif		
11. Kurang informasi		
12. Kurang minat pada makanan		
13. Tonus otot menurun		
14. Kesalahan informasi		

15. Kesalahan persepsi	mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan
16. Membran mukosa pucat	Nutrition Monitoring
17. Ketidakmampuan memakan makanan	- BB pasien dalam batas normal - Monitor adanya penurunan BB
18. Cepat kenyang setelah makan	- Monitor tipe dan jumlah aktivitas yang biasa dilakukan
19. Sariawan rongga mulut	- Monitor interaksi anak dan orangtua selama makan
20. Kelemahan otot pengunyah	- Monitor lingkungan selama makan
21. Kelemahan otot untuk menelan	- Jadwalkan pengobatan dan tindakan tidak selama jam makan
22. Penurunan berat badan dengan asupan makan adekuat	- Monitor kulit kering dan perubahan pigmental - Monitor turgor kulit - Monitor kulit kekeringan, rambut kusam, dan mudah patah - Monitor mual dan muntah - Monitor kadar albumin, total protein, Hb, dan kadar Ht - Monitor pertumbuhan dan perkembangan - Monitor pucat, kemerahan, dan kekeringan jaringan konjungtiva - Monitor kalori dan <i>intake</i> nutrisi - Catat adanya edema, hiperemik, hipertoni papilla lidah dan <i>cavitas</i>

	oral
	- Catat jika papila lidah berwarna magenta, dan <i>scarlet</i>

3. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan masukan cairan tidak cukup dan kehilangan cairan berlebihan karena muntah.

**Tabel 2.4 Intervensi Kekurangan Volume Cairan
(Nurarif & Kusuma, 2015)**

DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN DAN KRITERIA HASIL	INTERVENSI
Kekurangan volume cairan berhubungan dengan masukan cairan tidak cukup dan kehilangan cairan berlebihan karena muntah.	<p>NOC :</p> <ol style="list-style-type: none"> <i>Fluid balance</i> <i>Hydration</i> <i>Nutritional Status : Food and fluid</i> <i>Intake</i> <p>Kriteri hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> Mempertahankan urine <i>output</i> sesuai dengan usia dan BB, BJ urine normal, HT normal. Tekanan darah, nadi, suhu tubuh dalam batas normal, yaitu : TD : 110/70-140/90 mmHg Tidak ada tanda-tanda dehidrasi Elastisitas turgor kulit baik, membran mukosa lembab, tidak ada rasa haus yang berlebihan 	<p>NIC :</p> <p><i>Fluid Management</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Timbang popok/pembalut jika diperlukan Pertahankan catatan <i>intake</i> dan <i>output</i> yang akurat Monitor status hidrasi (kelembapan membran mukosa, nadi adekuat, tekanan darah ortostatik), jika diperlukan Monitor <i>vital sign</i> Monitor masukan makanan/ cairan dan hitung <i>intake</i> kalori harian Kolaborasikan pemberian cairan IV Monitor status nutrisi Berikan cairan IV pada suhu ruangan Dorong masukan oral Berikan penggantian nasogastrik sesuai <i>output</i> Dorong keluarga untuk membantu pasien makan
<p>Batasan karakteristik :</p> <ol style="list-style-type: none"> Perubahan status mental Penurunan tekanan darah Penurunan tekanan nadi Penurunan volume nadi Penurunan turgor kulit Penurunan haluaran urine Penurunan pengisian vena Membran mukosa kering Kulit kering Peningkatan Ht Peningkatan suhu tubuh Peningkatan frekuensi nadi Peningkatan konsentrasi urine Penurunan BB Haus Kelemahan 		

-
- Tawarkan *snack* (jus buah, buah segar)
 - Kolaborasikan dengan dokter jika tanda cairan berlebih muncul memburuk
 - Atur kemungkinan *transfuse*
 - Persiapan untuk transfuse

Hypovolemia Management

- Monitor status cairan termasuk *intake* dan *ouput* cairan
 - Pelihara IV *line*
 - Monitor tingkat Hb dan Ht
 - Monitor tanda vital
 - Monitor respon pasien terhadap penambahan cairan
 - Monitor BB
 - Dorong pasien untuk menambah *intake* oral
 - Pemberian cairan IV monitor adanya tanda dan gejala kelebihan volume cairan
 - Monitor adanya tanda gagal ginjal
-

2.3.4 Implementasi Keperawatan

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, 2010).

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.

2.3.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah stadium pada proses keperawatan dimana taraf keberhasilan dalam pencapaian tujuan keperawatan dinilai dan kebutuhan untuk memodifikasi tujuan atau intervensi keperawatan ditetapkan (Brooker, 2014).

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.

Hasil yang diharapkan pada pasien gastritis setelah mendapat intervensi keperawatan adalah sebagai berikut :

1. Nyeri epigastrium berkurang atau teradaptasi
2. Ketidakseimbangan nutrisi, cairan dan elektrolit tidak terjadi
3. Informasi terpenuhi
4. Tingkat kecemasan berkurang