

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN GASTRITIS
DENGAN NYERI AKUT DI RUANG DAHLIA II
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
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 :

**AGUS SURIADI
AKX.16.004**



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

SURAT PERNYATAAN

Dengan ini saya,

Nama : Agus Suriadi
NPM : AKX.16.004
Program Studi : D-III Keperawatan Konsentrasi Anestesi dan Gawat Darurat Medik
Judul Karya Tulis : Asuhan Keperawatan Pada Klien Gastritis Dengan Nyeri Akut Di Ruang Dahlia II RSUD Ciamis

Menyatakan :

1. Tugas akhir saya ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk memperoleh gelar professional 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 saya 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, April 2019

Yang Membuat Pernyataan


METERAI
PEMPEL
No. METERAI FB21422783
6000
ENAM RIBU RUPIAH
Agus Suriadi

**LEMBAR PERSETUJUAN
KARYA TULIS ILMIAH**

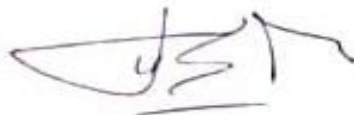
**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN GASTRITIS
DENGAN NYERI AKUT DI RUANG DAHLIA II
RSUD CIAMIS**

**OLEH
AGUS SURIADI
AKX.16.004**

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui oleh Panitia Penguji pada tanggal 7 April
2019

Menyetujui,

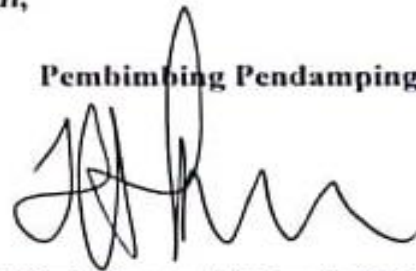
Pembimbing Utama



Sri Sulami, S.Kep., MM

NIP. 10115176

Pembimbing Pendamping



Fikri Mourly Wahyudi, S.Kep

Mengetahui,

Ketua Prodi DIII Keperawatan



Tuti Suprapti, S.Kp., M.Kep

NIP. 1011603

LEMBAR PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN GASTRITIS
DENGAN NYERI AKUT DI RUANG DAHLIA II
RSUD CIAMIS**

**OLEH
AGUS SURIADI
AKX.16.004**

Telah berhasil dipertahankan dan diuji dihadapan Panitia Penguji dan diterima sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan pada Program Studi Diploma III Keperawatan Konsentrasi Anestesi Dan Gawat Darurat Medik STIKes Bhakti Kencana Bandung Pada Tanggal 12 April 2019

PANITIA PENGUJI

Ketua : Sri Sulami, S.Kep., MM

Anggota :

- 1. A. Aep Indarna, S.Pd., S.Kep., Ners, M.Pd**
- 2. Drs. H. Rachwan Herawan, Bsc.An., M.Kes**
- 3. Fikri Mourly Wahyudi, S.Kep**



Three handwritten signatures are shown, each on a dotted line. The first signature is for Sri Sulami, the second for A. Aep Indarna, and the third for Fikri Mourly Wahyudi.

**Mengetahui,
STIKes Bhakti Kencana Bandung
Ketua,**



**R. Sri Jundiah, S.Kep., 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 kesehatan, 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. R. 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. Sri Sulami, S.Kep., MM selaku Pembimbing utama yang telah membimbing dan memotivasi selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
5. Fikri Mourly Wahyudi, S.Kep 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 Ruang Dahlia II yang telah memberikan bimbingan, arahan dan motivasi dalam melakukan kegiatan selama praktek keperawatan di RSUD Ciamis.
8. Miradi dan Juriah selaku orang tua, Rina Ridiawati dan Mira Astriani selaku kakak yang selalu memberikan motivasi, support dan berdo'a untuk kelancaran dalam membuat karya tulis ilmiah ini.
9. Sahabat yang selalu membantu, memotivasi, memberikan support dan selalu ada saat suka maupun duka dalam membuat karya tulis ilmiah ini.
10. Teman-teman seperjuangan anestesi angkatan XII 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, 7 April 2019

PENULIS

ABSTRAK

Latar Belakang : WHO mengatakan insiden gastritis di dunia sekitar 1,8-2,1 juta dari jumlah penduduk setiap tahun. Di Indonesia sendiri insiden terjadinya gastritis cukup tinggi dengan prevalensi 274,396 kasus dari 238,452,952 jiwa penduduk. Gastritis adalah inflamasi pada lambung yang disebabkan oleh iritasi mukosa lambung sehingga akan membuat nyeri pada ulu hati atau perut bagian atas. Gastritis biasanya disebabkan oleh faktor individu seperti pola makan tidak teratur yang akan membuat mukosa pada lambung teriritasi. Selain itu bisa disebabkan karena terlalu sering mengkonsumsi kopi dan alkohol dan makanan yang terkontaminasi kuman. Tipe paling umum dari gastritis adalah gastritis akut yang ditandai dengan nafsu makan menurun, mual, muntah sampai nyeri ulu hati bahkan bisa menyebabkan distress lambung. Keluhan utama yang muncul pada penderita gastritis yaitu nyeri pada daerah perut atas atau ulu hati. Masalah lain yang mungkin muncul pada klien gastritis yaitu ketidakseimbangan nutrisi, kekurangan volume cairan dan defisiensi pengetahuan. Untuk mengatasi nyeri terdapat 2 cara yaitu farmakologi dan non farmakologi. Teknik non farmakologi sendiri bisa dilakukan dengan berbagai cara, salah satunya yaitu teknik relaksasi nafas dalam. **Metode :** Studi kasus yang mengeksplorasi suatu masalah keperawatan dengan batasan terperinci, memiliki pengambilan data yang mendalam dan menyertakan berbagai sumber informasi. Studi kasus ini dilakukan pada 2 pasien gastritis yang mempunyai masalah keperawatan nyeri akut. **Hasil :** Setelah dilakukan asuhan keperawatan dengan intervensi teknik relaksasi nafas dalam, nyeri akut pada kedua klien sama-sama teratasi pada hari ketiga. **Diskusi :** Klien gastritis dengan masalah keperawatan nyeri akut dapat diberikan intervensi dengan teknik relaksasi nafas dalam. Teknik tersebut efektif untuk menurunkan nyeri pada klien gastritis.

Kata Kunci : Gastritis, Nyeri Akut, Relaksasi nafas dalam, Asuhan Keperawatan

Daftar Pustaka : 11 buku (2009-2019), 2 Jurnal (2017-2018), 3 Website (2014-2017)

ABSTRACT

Background : WHO says the incidence of gastritis in the world is around 1.8-2.1 million of the population every year. In Indonesia alone the incidence of gastritis is quite high with a prevalence of 274,396 cases from 238,452,952 populations. Gastritis is inflammation of the stomach caused by irritation of the gastric mucosa which will cause pain in the stomach or upper abdomen. Gastritis usually caused by individual factors such as irregular eating patterns that will irritate the stomach mucosa. In addition, it can be caused by consuming too much coffee and alcohol and foods contaminated with germs. The most common type of gastritis is acute gastritis characterized by decreased appetite, nausea, vomiting until heartburn and also causing gastric distress. The main complaint that arises in patients with gastritis is pain in the upper abdominal area or solar plexus. Other problems that may arise in clients of gastritis are nutritional imbalances, lack of fluid volume and lack of knowledge. To overcome pain there are 2 ways, namely pharmacology and non-pharmacology. Non-pharmacological techniques themselves can be done in various ways, one of the example is the deep breathing relaxation technique. **Method :** Case studies that explore a nursing problem with detailed limits, have in-depth data collection and include various sources of information. This case study was conducted in 2 gastritis patients who had acute pain nursing problems. **Results :** After nursing care with intervention in deep breathing techniques, acute pain in both clients was resolved on the third day. **Discussion :** Clients of gastritis with acute pain nursing problems can be given intervention with deep breathing relaxation techniques. The technique is effective for reducing pain in gastritis clients.

Keyword: Gastritis, Acute Pain, Deep breath relaxation, Nursing care

Bibliography: 11 books (2009-2019), 2 Journals (2017-2018), 3 Website (2014-2017)

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
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Rumusan Masalah	4
1.3. Tujuan Penelitian	5
1.3.1. Tujuan Umum	5
1.3.2. Tujuan Khusus	5
1.4. Manfaat	5
1.4.1. Teoritis	5
1.4.2. Praktis	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	7
2.1. Konsep Penyakit Gastritis	7
2.1.1. Definisi Gastritis	7
2.1.2. Anatomi Fisiologi	7
2.1.3. Klasifikasi	12
2.1.4. Etiologi	12
2.1.5. Patofisiologi	13

2.1.6. Manifestasi Klinis.....	15
2.1.7. Pemeriksaan Penunjang.....	15
2.1.8. Penatalaksanaan Medis.....	16
2.2. Konsep Nyeri.....	19
2.2.1. Definisi Nyeri.....	19
2.2.2. Fisiologi Nyeri.....	19
2.2.3. Klasifikasi Nyeri.....	20
2.2.4. Penatalaksanaan.....	21
2.3. Konsep Asuhan Keperawatan.....	25
2.3.1. Pengkajian.....	25
2.3.2. Analisa Data dan Diagnosa Keperawatan.....	27
2.3.3. Perencanaan.....	28
2.3.4. Implementasi.....	31
2.3.5. Evaluasi.....	32
BAB III METODE PENULISAN KTI.....	33
3.1. Desain.....	33
3.2. Batasan Istilah.....	33
3.3. Partisipan/Responden/Subyek Penelitian.....	34
3.4. Lokasi dan Waktu.....	35
3.5. Pengumpulan Data.....	35
3.6. Uji Keabsahan Data.....	36
3.7. Analisis Data.....	36
3.8. Etik Penulisan KTI.....	38
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN.....	41
4.1. Hasil.....	41
4.1.1. Gambaran Lokasi Pengambilan Data.....	41
4.1.2. Asuhan Keperawatan.....	42
4.1.2.1. pengkajian.....	42
4.1.2.2. Diagnosa Keperawatan.....	56
4.1.2.3. Intervensi.....	60
4.1.2.4. Implementasi.....	63

4.1.2.5. Evaluasi.....	67
4.2. Pembahasan.....	69
4.2.1. Pengkajian.....	70
4.2.2. Diagnosa Keperawatan.....	73
4.2.3. Perencanaan.....	75
4.2.4. Tindakan.....	77
4.2.5. Evaluasi.....	79
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN.....	80
5.1. Kesimpulan.....	80
5.1.1. Tahap Pengkajian.....	80
5.1.2. Diagnosa Keperawatan.....	81
5.1.3. Tahap Perencanaan.....	81
5.1.4. Tahap Pelaksanaan.....	82
5.1.5. Evaluasi.....	82
5.2. Saran.....	83
5.2.1. Rumah Sakit.....	83
5.2.2. Institusi Pendidikan.....	83
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Anatomi Lambung.....	8
Gambar 2.2	Dinding Lambung.....	10

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Intervensi Keperawatan Gastritis.....	28
Tabel 4.1	Identitas Klien.....	42
Tabel 4.2	Riwayat Kesehatan.....	42
Tabel 4.3	Aktivitas Sehari-hari.....	44
Tabel 4.4	Pemeriksaan Fisik.....	45
Tabel 4.5	Pemeriksaan Psikologi.....	51
Tabel 4.6	Pemeriksaan Diagnostik.....	53
Tabel 4.7	Therapy.....	53
Tabel 4.8	Analisa Data.....	54
Tabel 4.9	Diagnosa Keperawatan.....	56
Tabel 4.10	Intervensi.....	60
Tabel 4.11	Implementasi.....	63
Tabel 4.12	Evaluasi.....	67

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1	Patofisiologi Gastritis.....	14
Bagan 2.2	Patofisiologi Hipertensi.....	15

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran I	Lembar Justifikasi
Lampiran II	Lembar Persetujuan Menjadi Responden
Lampiran III	Skala Nyeri
Lampiran IV	SOP Relaksasi Nafas Dalam
Lampiran V	Lembar SAP Gastritis
Lampiran VI	Leaflet Gastritis
Lampiran VII	Lembar Observasi
Lampiran VIII	Lembar Konsultasi KTI
Lampiran IX	Review Artikel
Lampiran X	Jurnal Penelitian I
Lampiran XI	Jurnal Penelitian II
Lampiran XI	Riwayat Hidup

DAFTAR SINGKATAN

BB	: Berat Badan
TB	: Tinggi Badan
TD	: Tekanan Darah
N	: Nadi
S	: Suhu
R	: Respirasi
IMT	: Indeks Masa Tubuh
GCS	: <i>Glasgow Coma Scale</i>
EBP	: <i>Evidence Base Practice</i>
WHO	: <i>World Health Organization</i>
TTV	: Tanda – Tanda Vital
NIC	: <i>Nurse Intervention Clacification</i>
NOC	: <i>Nurse Outcome Clasification</i>

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Gastritis adalah inflamasi pada lambung yang disebabkan oleh iritasi mukosa lambung sehingga akan membuat nyeri pada ulu hati atau perut bagian atas. Gastritis biasanya disebabkan oleh faktor individu sendiri karena dari pola makan yang tidak teratur, yang akan membuat mukosa pada lambung teriritasi. Selain itu sering mengkonsumsi alkohol dan kafein, banyak masyarakat yang sering mengkonsumsi kopi sebelum sarapan. Sehingga hal sekecil ini jika dibiarkan akan memicu terjadinya gastritis. Tipe paling umum dari gastritis adalah gastritis akut yang biasanya dapat sembuh sendiri terkait dengan ingesti iritan lambung seperti aspirin, alkohol, kafein, atau makanan yang terkontaminasi oleh bakteri tertentu. Manifestasi gastritis akut diantaranya yaitu nafsu makan menurun, mual, muntah sampai nyeri ulu hati ringan bahkan bisa menyebabkan distress lambung yang hebat. Gastritis disebabkan oleh infeksi kuman *Helicobacter pylori* dan pada awal infeksi mukosa lambung menunjukkan respon inflamasi akut dan jika diabaikan akan menjadi kronik (Sudoyo Aru, dkk 2009 dalam buku Nurarif & Kusuma, 2015).

World Health Organization yang merupakan badan penelitian kesehatan dunia melakukan tinjauan pada tahun 2014 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).

Di Asia Tenggara pada tahun 2014 insiden terjadinya gastritis sekitar 583.635 dari jumlah penduduk setiap tahunnya. Prevalensi gastritis yang dikonfirmasi melalui endoskopi pada populasi sekitar 17,2%. Gastritis pada sebagian orang hanya penyakit yang ringan namun nyatanya menjadi awal suatu penyakit yang akan sulit ditangani apabila diabaikan dan kurang dalam hal pengobatan (Kurnia dan Rahmi, 2014).

World Health Organization melakukan pendataan pada penderita gastritis di Indonesia pada tahun 2014 dengan hasil 40,8%. Angka kejadian gastritis pada beberapa daerah di Indonesia cukup tinggi dengan prevalensi 274,396 kasus dari 238,452,952 jiwa penduduk. Di Indonesia dilakukan penelitian kuman *Helicobacter pylory* tetapi belum dilakukan dalam skala besar. Dari pemeriksaan yang dilakukan pada pasien gastritis sekitar 60-70% ditemukan adanya kuman (Kurnia dan Rahmi, 2014).

Kementrian Kesehatan Republik Indonesia melakukan penelitian pada tahun 2015 di Provinsi Jawa Barat mengenai angka kejadian penderita gastritis, didapatkan hasil yaitu mencapai 31,2%. Banyak faktor yang mempengaruhi terjadinya gastritis diantaranya yaitu pola makan, jenis makanan, stres, makanan pedas, mengkonsumsi alkohol, jika dari faktor tersebut dapat dikonsumsi secara terus menerus, maka resiko mengalami gastritis lebih besar (Kemenkes RI, 2015).

Berdasarkan Rekam Medik dari bulan Januari sampai bulan Juni 2018 di Ruang Dahlia Lantai II RSUD Ciamis didapatkan sebanyak 1.241 kasus selama enam bulan terakhir. Untuk kasus Gastritis sendiri selama enam bulan terakhir menempati posisi ke-12 dengan jumlah 10 kasus atau persentase kejadiannya 0,8%.

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 nafas dalam.

Relaksasi nafas dalam tujuannya adalah untuk mencapai ventilasi yang lebih terkontrol dan efisien serta untuk mengurangi kerja bernafas, meningkatkan inflasi alveolar maksimal. Menurut jurnal penelitian oleh Thahir dan Nurlaela, 2018 berjudul “Pengaruh relaksasi napas dalam terhadap penurunan intensitas nyeri pada pasien gastritis di ruang rawat inap RSUD Haji Makassar” dan jurnal penelitian oleh Waluyo dan Suminar, 2017 berjudul “pengaruh teknik relaksasi nafas dalam terhadap perubahan skala nyeri sedang pada pasien gastritis di klinik mboga sukoharjo” bahwa

hasil penelitian relaksasi nafas dalam 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 yang membahayakan pada klien. Salah satunya yaitu latihan relaksasi nafas dalam dapat memberikan pemijatan halus pada bagian kelenjar-kelenjar pada tubuh, mengembalikan pengeluaran hormon sehingga memberikan keseimbangan emosi dan ketenangan pikiran sehingga klien lebih nyaman dan dapat mengurangi nyeri yang dirasakannya.

Berdasarkan data yang menunjukkan tingginya kejadian gastritis, besarnya masalah yang dapat timbul pada penderita gastritis, dan pentingnya peran perawat dalam melakukan teknik relaksasi nafas dalam untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasakan pada klien gastritis, sehingga penulis mengangkat kasus dengan judul “Asuhan Keperawatan pada klien gastritis dengan masalah keperawatan nyeri akut di Rumah Sakit Umum Daerah Ciamis”.

1.2. 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 ?”

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan Umum

Melaksanakan asuhan keperawatan yang komprehensif dengan pendekatan bio, psiko, sosial spiritual pada klien gastritis dengan masalah keperawatan nyeri akut di RSUD Ciamis.

1.3.2. Tujuan Khusus

- 1) Melakukan asuhan keperawatan pada klien Gastritis dengan masalah keperawatan nyeri akut di RSUD Ciamis.
- 2) Menetapkan diagnosa keperawatan pada klien Gastritis dengan masalah keperawatan nyeri akut di RSUD Ciamis.
- 3) Menyusun perencanaan keperawatan pada klien Gastritis dengan masalah keperawatan nyeri akut di RSUD Ciamis.
- 4) Melaksanakan tindakan keperawatan pada klien Gastritis dengan masalah keperawatan nyeri akut di RSUD Ciamis.
- 5) Melakukan evaluasi pada klien Gastritis dengan masalah keperawatan nyeri akut di RSUD Ciamis.

1.4. Manfaat

1.4.1. Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat bagi dunia keperawatan khususnya pada keperawatan penyakit dalam sebagai

informasi dalam melakukan tindakan relaksasi nafas dalam untuk menurunkan nyeri akut pada klien gastritis.

1.4.2. Praktis

1.4.2.1. Bagi Rumah Sakit

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

1.4.2.2. Bagi Perawat

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

1.4.2.3. Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai bahan acuan bagi Institusi Pendidikan dalam meningkatkan dan memudahkan mahasiswa dalam mencari buku sumber dalam membuat laporan, khususnya pada pasien gastritis.

1.4.2.4. Bagi Klien

Sebagai bahan pembelajaran untuk memudahkan klien dalam mengatasi masalah yang dihadapinya, khususnya pada klien gastritis dengan masalah keperawatan nyeri akut.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep Penyakit

2.1.1. Definisi Gastritis

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

Sesuai definisi gastritis dari beberapa ahli diatas dapat disimpulkan bahwa gastritis adalah suatu penyakit yang disebabkan oleh inflamasi pada dinding lambung karena adanya iritasi pada mukosa lambung.

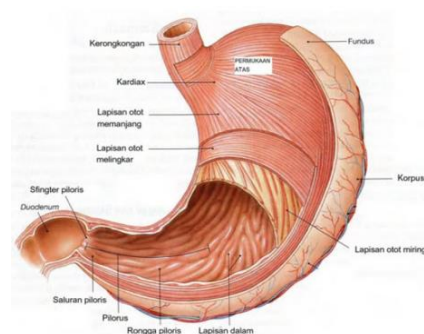
2.1.2. Anatomi Fisiologi

Lambung terletak pada oblik dari kiri ke kanan menyilang di abdomen atas tepat di bawah diafragma. Dalam keadaan kosong lambung berbentuk tabung J dan bila penuh berbentuk seperti buah alpukat raksasa. Kapasitas normal lambung 1 - 2 liter.

2.1.2.1. Bagian-bagian Lambung

Secara anatomis lambung mempunyai bagian-bagian, antara lain (Diyono, Mulyanti, 2013 dalam Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah) :

- 1) Fundus ventrikuli, bagian menonjol keatas berada di sebelah kiri osteum kardiium dan biasanya penuh berisi gas.
- 2) Korpus ventrikuli, setinggi osteum kardiium suatu lekukan pada bagian bawah kurvatura minor.
- 3) Antrum pylorus, berbentuk tabung yang mempunyai otot yang tebal membentuk sphingter pilorus.
- 4) Kurvatura minor, terdapat di sebelah kanan lambung terbentang dari sisi osteum kardiakum melalui fundus ventrikuli menuju ke kanan sampai pylorus interior, ligamentum gastro lienalis terbentang dari bagian atas kurvatura mayor.
- 5) Sphingter kardia atau sphingter esophagus bawah, mengalirkan makanan masuk dan mencegah refluks isi lambung memasuki esophagus kembali.



Gambar 2.1. Anatomi Lambung

Sumber : Diyono dan Mulyanti, 2013

2.1.2.2. Fungsi Lambung

Lambung memiliki fungsi yaitu :

- a) Fungsi motorik, diantaranya fungsi reservoir yaitu menyimpan makanan sampai makanan tersebut sedikit demi sedikit dicernakan dan bergerak pada saluran cerna. Fungsi mencampur yaitu memecahkan makanan menjadi partikel-partikel kecil dan mencampurnya dengan getah lambung melalui kontraksi otot yang mengelilingi lambung. Kontraksi peristaltic diatur oleh suatu irama listrik intrinsic dasar. Fungsi pengosongan lambung yaitu diatur oleh pembukaan sphingter pylorus yang dipengaruhi oleh viskositas, volume, keasaman, aktivitas osmotik, keadaan fisik, serta oleh emosi, obat – obatan, dan kerja. Pengosongan lambung diatur oleh faktor saraf dan hormonal.
- b) Fungsi pencernaan dan sekresi, diantaranya pencernaan protein oleh pepsin dan HCl dimulai di sini : pencernaan karbohidrat dan lemak oleh amylase dan lipase dalam lambung kecil peranannya. Sintesis dan pelepasan gastrin dipengaruhi oleh protein yang dimakan, peregangan antrum, alkalinasi antrum, dan rangsangan vagus. Sekresi faktor intrinsic memungkinkan absorpsi Vit. B12 dari usus halus bagian distal.

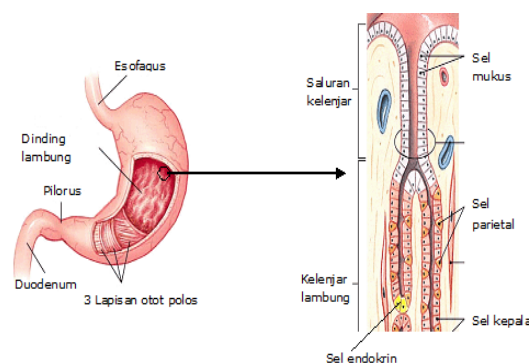
2.1.2.3. Jenis-jenis sel pada mukosa Lambung

Jenis sel pada mukosa lambung antara lain yaitu :

- 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.



Gambar 2.2. Dinding Lambung

Sumber : Haryani, 2009

2.1.2.4. Jenis Pencernaan pada Lambung

Jenis pencernaan terbagi 2 yaitu :

1) Pencernaan Mekanis

Pencernaan mekanis disebabkan oleh otot-otot dinding lambung yang 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 makanan yang masuk akan diproses menjadi lembut.

2) Pencernaan Kimiawai

Kelenjar lambung mengeluarkan sekret yaitu cairan pencerna 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.

2.1.2.5. Enzim pencernaan yang terdapat dalam getah Lambung

Enzim yang dimaksud yaitu :

- 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.

2.1.3. Klasifikasi Gastritis

Wim de jong (2005) dalam buku Nurarif dan Kusuma, 2015 mengklasifikasikan gastritis menjadi :

1. Gastritis Akut

- a) Gastritis akut tanpa pendarahan
- b) Gastritis akut dengan perdarahan

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.

2. Gastritis Kronik

Inflamasi lambung yang dialami selama lebih dari 6 bulan yang dapat disebabkan oleh ulkus benigna atau maligna dari lambung, atau oleh bakteri *Helicobacter pylory*. Selain itu karena terjadi perubahan inflamatorik yang kronis pada mukosa lambung sehingga terjadi atrofi mukosa dan metaplasia epitel.

2.1.4. Etiologi

Terdapat beberapa penyebab yang mengakibatkan seseorang terkena gastritis antara lain mengkonsumsi obat-obat kimia seperti asetaminofen, aspirin, dan steroid kortikosteroid yang menyebabkan iritasi pada mukosa lambung sedangkan NSAIDs dan kortikosteroid menghambat sintesis

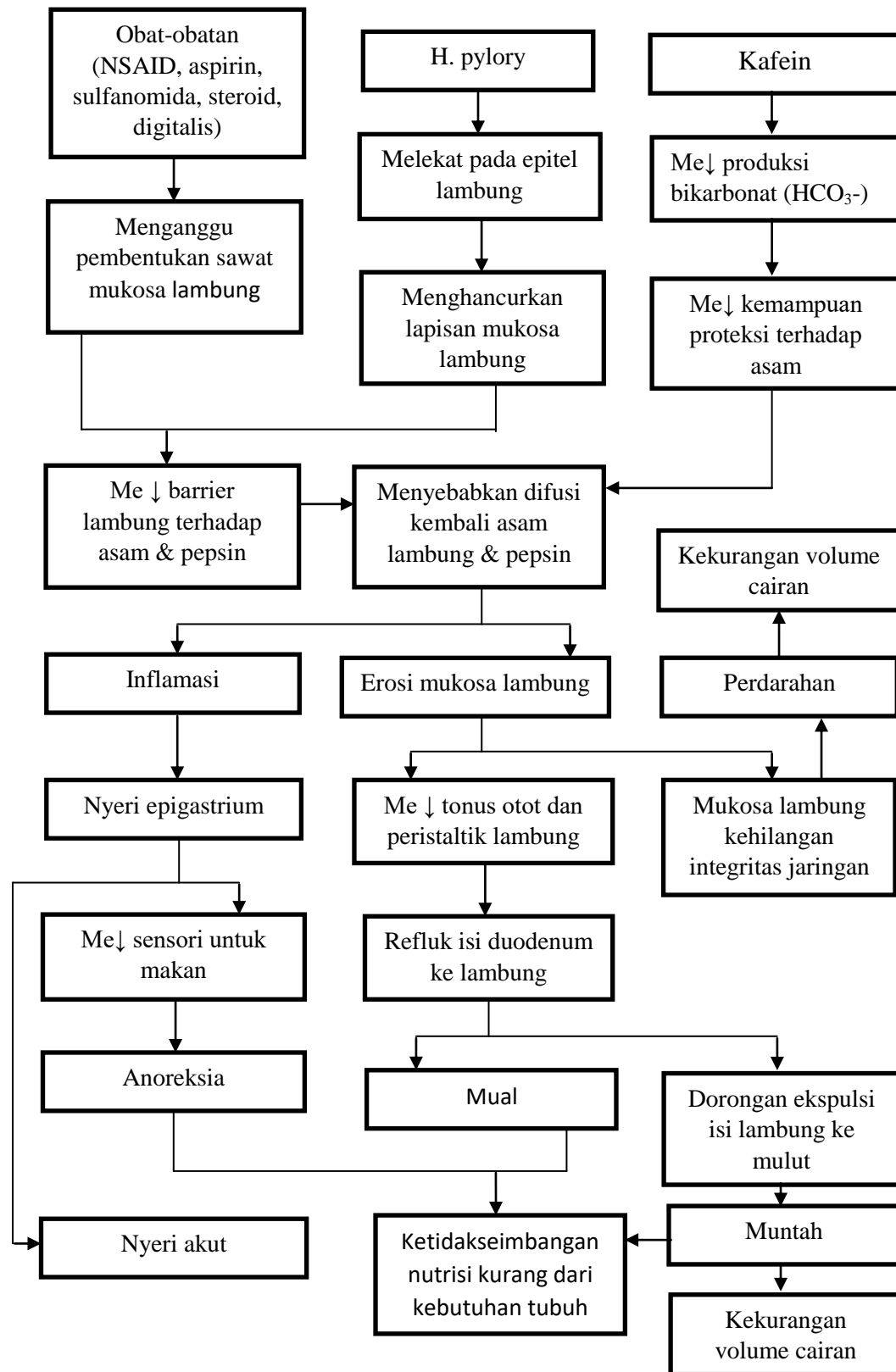
prostaglandin sehingga sekresi HCL meningkat sehingga menyebabkan suasana lambung menjadi sangat asam (Suratun, 2010).

Penyebab lain yaitu mengkonsumsi alkohol, karena dapat menyebabkan kerusakan gaster. Terapi radiasi, refluk empedu, zat-zat korosif (cuka, lada) dapat menyebabkan rusaknya mukosa lambung yang menimbulkan edema dan perdarahan. Selain itu, infeksi oleh bakteri *Helicobacter pylory* juga dapat sebagai pemicu.

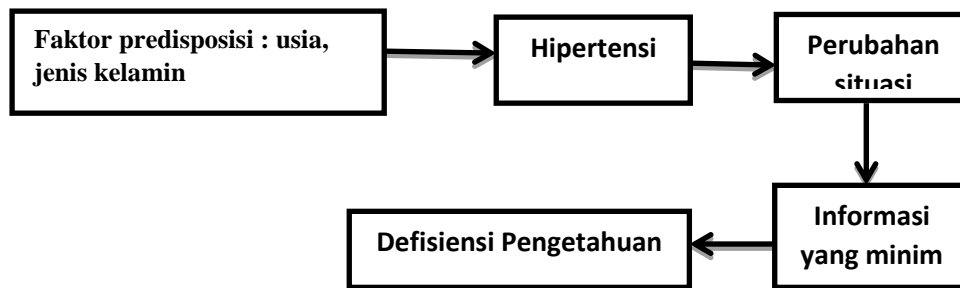
2.1.5. Patofisiologi

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 dalam buku Nurarif dan Kusuma, 2015).

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 Gastritis
Sumber : Nurarif dan Kusuma, 2015



Bagan 2.2 Patofisiologi Hipertensi
Sumber : Nurarif dan Kusuma, 2015

2.1.6. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis gastritis menurut buku Nurarif dan Kusuma, 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.

2.1.7. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang pada gastritis menurut buku Nurarif dan Kusuma, 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 feses. Tes ini memeriksa apakah terdapat *H. pylory* dalam feses atau tidak. Hasil yang positif dapat mengindikasikan terjadinya infeksi.
- c. 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.
- d. 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.

2.1.8. Penatalaksanaan Medis Gastritis

Penatalaksaannya antara lain (Nurarif dan Kusuma, 2015) :

1. 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 H₂, 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 H₂ 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*.

2. 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 (Altrofik atau Fundal) dan Tipe B (Antral).

Gastritis kronis tipe A disebut juga gastritis altrofik 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 pylory*. 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 pylory*. 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 farmakoterapi. *Helicobacter pylory* dapat diatasi dengan antibiotik (seperti *Tetrasiklin* atau *Amoxicillin*) dan garam bismuth (pepto bismol). Pasien dengan Gastritis Tipe A biasanya mengalami malabsorpsi vitamin B12.

2.2. Konsep Nyeri

2.2.1. Definisi Nyeri

Menurut Mouncastle nyeri adalah pengalaman sensorik yang dibawa oleh stimulus sebagai akibat adanya ancaman atau kerusakan jaringan (Prasetyo, 2010 dalam Buku Konsep dan Proses Keperawatan Nyeri). *International Association for the Study of Pain* mendefinisikan nyeri adalah pengalaman sensorik dan emosional tidak menyenangkan berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual dan potensial, atau yang digambarkan sebagai kerusakan.

Dari beberapa definisi diatas dapat disimpulkan bahwa nyeri merupakan pengalaman sensorik yang tidak menyenangkan dan adanya ancaman atau kerusakan jaringan, kerusakan jaringan ini bisa berupa kerusakan jaringan aktual maupun kerusakan jaringan potensial. Respon nyeri pada setiap individu berbeda karena manusia itu unik sehingga untuk merespon nyeri pasti berbeda tergantung dari jenis, skala dan lokasi nyerinya.

2.2.2. Fisiologi Nyeri

Fisiologi nyeri terdiri dari beberapa bagian yaitu :

1. Stimulus

Nyeri selalu dikaitkan dengan adanya stimulus (rangsangan nyeri) dan reseptor. Reseptor yang dimaksud adalah nosiseptor, yaitu ujung-ujung saraf bebas pada kulit yang berespon terhadap stimulus yang kuat.

Munculnya nyeri dimulai dengan adanya stimulus nyeri diantara yaitu berupa biologis, zat kimia, panas, listrik serta mekanik.

2. Reseptor nyeri

Reseptor merupakan sel-sel khusus yang mendeteksi perubahan-perubahan particular disekitarnya, kaitannya dengan proses terjadinya nyeri maka reseptor-reseptor inilah yang menangkap stimulus-stimulus nyeri. Reseptor ini dapat terbagi menjadi :

- a) Exteroreseptor, berpengaruh terhadap perubahan pada lingkungan eksternal, antara lain yaitu : untuk merasakan stimulus taktil (sentuh/rabaan), untuk merasakan rangsangan dingin dan panas.
- b) Telereseptor, merupakan reseptor yang sensitif terhadap stimulus yang jauh.
- c) Propioseptor, merupakan reseptor yang menerima impuls primer dari organ, spindle dan tendon golgi.
- d) Introreseptor, merupakan reseptor yang sensitif terhadap perubahan organ-organ visceral dan pembuluh darah.

2.2.3. Klasifikasi Nyeri

Berdasarkan buku Konsep dan proses keperawatan nyeri, Prasetyo, 2010 klasifikasi nyeri antara lain :

1. Nyeri Akut

Nyeri akut terjadi setelah terjadinya cedera akut, penyakit, atau intervensi bedah dan memiliki awitan yang cepat dengan intensitas yang

bervariatif (ringan sampai berat) dan berlangsung untuk waktu singkat (Meinhart & McCaffery, 1983 dalam buku Konsep dan keperawatan nyeri, Prasetyo, 2010). Nyeri akut berdurasi singkat (kurang dari 6 bulan), memiliki onset yang tiba-tiba dan terlokalisir. Nyeri ini biasanya diakibatkan oleh trauma, bedah dan inflamasi.

2. Nyeri Kronis

Nyeri kronis berlangsung lebih lama daripada nyeri akut, intensitasnya bervariasi (ringan sampai berat) dan biasanya berlangsung lebih dari 6 bulan. Nyeri kronis biasanya terjadi pada penyakit kanker dan luka bakar. Jika penyebab nyeri tidak diatasi atau dikontrol maka bisa menyebabkan kematian. Sehingga dibutuhkan penanganan nyeri sesuai dengan jenis nyeri yang dialami. Tanda dan gejala yang tampak pada nyeri kronis sangat berbeda dengan yang diperlihatkan oleh nyeri akut. Tanda-tanda vital seringkali dalam batas normal dan timbulnya keputus asaan klien terhadap penyakitnya.

Chronic acute pain dapat dirasakan oleh klien hampir setiap harinya dalam suatu periode yang panjang (beberapa bulan bahkan tahunan).

2.2.4. Penatalaksanaan Nyeri

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

yang sangat memuaskan. Berdasarkan buku konsep dan keperawatan nyeri, prasetyo, 2010 penatalaksanaan nyeri antara lain :

a. Tindakan farmakologi, dibagi menjadi tiga kategori umum yaitu :

- 1) Anestesi lokal
- 2) Opioid
- 3) *Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs (NSAIDs)*

b. Tindakan nonfarmakologi, terbagi menjadi beberapa tindakan yaitu:

- 1) Membangun hubungan terapeutik perawat dan klien

Terciptanya hubungan terapeutik antara klien dan perawat akan memberikan pondasi dasar terlaksananya asuhan keperawatan yang efektif pada klien yang mengalami nyeri.

- 2) Bimbingan Antisipasi

Menghilangkan kecemasan klien sangatlah penting, terlebih apabila dengan timbulnya kecemasan akan meningkatkan persepsi nyeri. Bimbingan antisipasi hendaknya memberikan informasi yang jujur pada klien, serta memberikan instruksi tentang teknik menurunkan dan menghilangkan nyeri. Sehingga klien dapat mengatasi nyeri secara mandiri jika sewaktu-waktu nyeri datang.

- 3) Imajinasi terbimbing

adalah upaya untuk menciptakan kesan dalam pikiran klien, kemudian berkonsentrasi pada kesan tersebut sehingga secara bertahap dapat menurunkan persepsi klien terhadap nyeri.

4) Distraksi

Merupakan tindakan pengalihan perhatian pasien ke hal-hal yang di luar nyeri, yang dengan demikian diharapkan dapat menurunkan kewaspadaan pasien terhadap nyeri. Distraksi ini meliputi :

- (a) Distraksi visual, contohnya : menonton TV dan melihat pemandangan.
- (b) Distraksi auditory, contohnya : Mendengarkan suara/musik yang disukai.

5) Teknik relaksasi

Relaksasi adalah suatu tindakan untuk “membebaskan” mental dan fisik dari ketegangan dan stress, sehingga dapat meningkatkan toleransi terhadap nyeri. Teknik relaksasi ada 2 yaitu :

(a) Teknik relaksasi nafas dalam

Salah satu tindakan mandiri yang dapat di laksanakan perawat untuk membantu klien yaitu dengan menggunakan Manajemen Nyeri untuk menghilangkan atau mengurangi nyeri dan meningkatkan rasa nyaman. Menggunakan komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien, cara mengurangi nyeri tersebut yaitu dengan menggunakan teknik distraksi dan relaksasi (Menggunakan napas dalam). Sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Thahir, Nurlaela, 2018 dalam jurnal “Pengaruh Relaksasi Napas Dalam Terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Pada Pasien Gastritis Di Ruang Rawat Inap RSUD Haji Makassar”. dan pada jurnal

Waluyo dan Suminar, 2017 yang berjudul “Pengaruh teknik relaksasi nafas dalam terhadap perubahan skala nyeri sedang pada pasien gastritis di klinik mboga sukoharjo”. Sesuai hasil penelitian tersebut, penurunan nyeri timbul karena adanya kemampuan sistem saraf untuk mengubah berbagai stimuli mekanik, kimia, termal dan elektris menjadi potensial aksi yang di jalarkan kesistem saraf pusat. Tujuan relaksasi nafas dalam adalah untuk mencapai ventilasi yang lebih terkontrol dan efisien serta untuk mengurangi kerja bernafas, meningkatkan inflasi alveolar maksimal, meningkatkan relaksasi otot, menghilangkan ansietas, menyingkirkan pola aktifitas otot-otot pernapasan yang tidak berguna, tidak terkoordinasi, melambatkan frekuensi pernapasan, mengurangi udara yang terperangkap serta mengurangi kerja bernapas. Sehingga nyeri yang dirasakan pada pasien gastritis akan berkurang. Prosedur napas dalam diantaranya yaitu, menganjurkan pasien duduk rileks, kemudian tarik nafas dalam dengan pelan, tahan beberapa detik, kemudian lepaskan (tiupkan melalui bibir). Saat menghembuskan udara anjurkan klien untuk merasakan relaksasi.

(b) Teknik relaksasi otot

Menganjurkan klien untuk mengepalkan tangan dan mintalah klien merasakan, biarkan ketegangan beberapa detik. Mintalah klien untuk melepaskan kepala dan rileks.

2.3. Konsep Asuhan Keperawatan

2.3.1. 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 klien (Budiono, 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 persistem 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 : Mual, 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 dan seperti disayat-sayat.

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

2.3.2. Analisa Data dan Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan penilaian klinik tentang respon individu, keluarga dan masyarakat terhadap masalah kesehatan aktual atau potensial sebagai dasar memberikan intervensi keperawatan secara pasti untuk menjaga, menurunkan, membatasi, mencegah dan merubah status kesehatan pasien dalam memenuhi tanggung jawab sebagai perawat (Budiono, 2015).

Setelah data dari pengkajian dikumpulkan, dilakukan analisa dan mengelompokkan data sesuai masalah yang didapatkan, dari masalah tersebut terdapat etiologi atau penyebab masalah itu dapat muncul. Setelah data terkumpul semuanya maka didapatkan diagnosa keperawatan. Diagnosa

yang mungkin muncul pada pasien gastritis dalam buku Nurarif dan Kusuma, 2015 adalah :

1. Nyeri akut berhubungan dengan mukosa lambung teriritasi.
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.
4. Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan penatalaksanaan diet dan proses penyakit.

2.3.3. Perencanaan

Berdasarkan buku Nurarif dan Kusuma, 2015 intervensi keperawatan gastritis dan rasional (Dongoes, 2012) adalah :

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan Gastritis

Nyeri akut	NOC	NIC	Rasional
<p>Definisi : Pengalaman sensorial dan emosional yang tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan aktual atau potensial</p> <p>Batasan Karakteristik :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Perubahan selera makan b. Perubahan tanda vital c. Perilaku distraksi d. Sikap melindungi nyeri e. Gangguan tidur 	<p>a. <i>Pain level,</i> b. <i>Pain Control,</i> c. <i>Comfort level,</i> Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Mampu mengontrol nyeri b. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri c. Mampu mengenali nyeri d. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang 	<p>Pain Management</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif b. Kurangi faktor presipitasi nyeri c. Pilih dan lakukan penanganan nyeri d. Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau e. Kontrol lingkungan yang dapat memengaruhi nyeri. f. Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri g. Tingkatkan istirahat <p>Analgesik Administration</p>	<p>a. Nyeri tidak selalu ada tetapi bila ada harus dibandingkan dengan gejala nyeri pasien sebelumnya dimana dapat membantu mendiagnosa etiologi perdarahan dan terjadinya komplikasi</p> <p>b. Membantu dalam menegakkan diagnosis dan menentukan jenis terapi.</p> <p>c. Isyarat nonverbal dapat berupa fisiologis dan psikologis serta dapat</p>

		<ul style="list-style-type: none"> a. Tentukan lokasi, kualitas, karakteristik, dan derajat nyeri sebelum pemberian obat. b. cek intruksi dokter tentang jenis obat, dosis dan frekuensi. c. Pilih analgesik yang diperlukan atau kombinasi dari analgesik ketika pemberian lebih dari satu. d. Tentukan pilihan anagesik sesuai tipe dan beratnya nyeri. e. Pilih rute pemberian secara IV, IM untuk pengobatan nyeri secara teratur. 	<p>digunakan untuk digabungkan dengan isyarat verbal untuk mengevaluasi perluasan dan keparahan masalah.</p> <ul style="list-style-type: none"> d. Mampu meredakan nyeri akut atau hebat. e. Dapat menurunkan ketidaknyamanan epigastrik secara cepat.
<p>Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh</p> <p>Definisi : Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolik</p> <p>Batasan Karakteristik :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Kram abdomen b. Nyeri abdomen c. Menghindari makanan d. Berat badan 20% atau lebih dibawah berat badan ideal e. Kerapuhan kapiler f. Diare g. Bising usus hiperaktif h. Kurang makanan 	<p>NOC</p> <ul style="list-style-type: none"> a. <i>Nutritional Status : food and fluid</i> b. <i>Nutritional Status : nutrient intake</i> c. <i>Weight Control</i> <p>Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan b. Berat badan ideal c. Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi d. Tidak ada tanda malnutrisi 	<p>NIC</p> <p>Nutrition Monitoring</p> <ul style="list-style-type: none"> a. BB pasien dalam batas normal b. Monitor mual muntah c. Monitor turgor kulit d. Monitor adanya penurunan berat badan e. Kaji adanya alergi makanan f. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien. <p>Nutrition Management</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Kaji adanya alergi makanan b. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien. c. Monitor jumlah nutrisi dan kandungan kalori d. Berikan informasi 	<p>Rasional</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Mengidentifikasi defisiensi dan kebutuhan untuk membantu dalam memilih intervensi. b. Kembalinya fungsi usus mengindikasikan kesiapan melanjutkan kembali asupan oral. c. Mengurangi insiden kram dan mual. d. Sensitivitas terhadap makanan tertentu, klien dapat mencoba makanan beberapa kali sebelum menentukan makanan yang dapat menimbulkan masalah. e. Dapat membantu mencegah gas dan

			tentang kebutuhan nutrisi	bau
			e. Kaji kemampuan pasien untuk mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan.	
Kekurangan volume cairan	NOC	NIC		Rasional
Definisi : penurunan cairan intravaskular, interstitial, atau intraselular. Ini mengacu pada dehidrasi, kehilangan cairan tanpa perubahan pada natrium	<p>a. <i>Fluid balance</i></p> <p>b. <i>Hydration</i></p> <p>c. <i>Nutritional Status : Food and Fluid Intake</i></p> <p>Kriteria Hasil :</p> <p>a. Mempertahankan urine output sesuai dengan usia dan BB</p> <p>b. Tanda-tanda vital dalam batas normal</p> <p>c. Tidak ada tanda dehidrasi</p> <p>d. Elastisitas turgor kulit baik, membran mukosa lembab, tidak ada rasa haus yang berlebihan</p>	<p>Fluid Management</p> <p>a. Monitor status nutrisi</p> <p>b. Berikan cairan IV pada suhu ruangan</p> <p>c. Monitor intake dan output</p> <p>d. Monitor tanda vital</p> <p>e. Dorong pasien menambah intake oral</p> <p>f. Monitor berat badan.</p> <p>Hypovolemia Management</p> <p>a. Monitor status cairan termasuk intake dan output cairan.</p> <p>b. Pelihara IV line</p> <p>c. Monitor tingkat Hb dan Hematokrit.</p> <p>d. Monitor tanda vital.</p> <p>e. Dorong pasien untuk menambah intake oral.</p>	<p>a. Memberikan informasi tentang keseimbangan cairan keseluruhan, fungsi ginjal, dan kontrol penyakit usus juga sebagai panduan untuk penggantian cairan.</p> <p>b. Hipotensi, takikardi dan demam dapat mengindikasikan respon terhadap dampak kehilangan cairan.</p> <p>c. Mengindikasikan kehilangan cairan berlebihan dan dehidrasi yang diakibatkan.</p> <p>d. Indikator cairan keseluruhan dan status nutrisi.</p> <p>e. Menunjukkan ketidakseimbangan terkait dengan kehilangan cairan dan elektrolit melalui muntah dan dampak kehilangan cairan.</p>	
Batasan Karakteristik :				
<p>a. Perubahan status mental</p> <p>b. Penurunan tanda-tanda vital</p> <p>c. Penurunan turgor kulit</p> <p>d. Penurunan keluaran urine</p> <p>e. Membran mukosa kering</p> <p>f. Kulit kering</p> <p>g. Peningkatan suhu tubuh</p>				
Defisiensi pengetahuan	NOC	NIC		Rasional
Definisi : Ketiadaan atau defisiensi informasi kognitif yang berkaitan dengan topic tertentu.	<p>a. <i>Knowledge : disease process</i></p> <p>b. <i>Knowledge : health Behavior</i></p> <p>Kriteria Hasil :</p> <p>a. pasien dan keluarga menyatakan pemahaman tentang penyakit,</p>	<p>Teaching : disease process</p> <p>a. Berikan penilaian tentang tingkat pengetahuan pasien tentang proses penyakit yang spesifik</p> <p>b. Jelaskan patofisiologi dari penyakit dan bagaimana hal ini berhubungan dengan anatomi dan</p>	<p>a. Menentukan dasar pengetahuan dan memberikan beberapa pandangan mengenai bagaimana kebutuhan rencana penyuluhan dibuat untuk individu tersebut.</p>	
Batasan karakteristik :				
<p>a. Perilaku hiperbola</p> <p>b. ketidakakuratan</p>				

mengikuti perintah	kondisi, prognosis dan program pengobatan	fisiologi, dengan cara yang tepat.	b. Menyediakan dasar pengetahuan yang dapat dipilih klien setelah diberikan informasi dan keputusan tentang masa depan serta pengendalian masalah kesehatan.
c. ketidakakuratan melakukan tes	b. Pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara benar	c. Gambarkan tanda dan gejala yang bisa muncul pada penyakit, dengan cara yang tepat.	
d. perilaku tidak tepat (mis., hysteria, bermusuhan, agitasi, apatis)		d. Gambarkan proses penyakit, dengan cara yang tepat	
Faktor yang berhubungan :	c. Pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat/tim kesehatan lainnya	e. Identifikasi kemungkinan penyebab, dengan cara yang tepat	c. Membantu klien memahami alasan minum obat anti ulkus, serta gejala apa yang penting untuk dilaporkan kepada penyedia layanan kesehatan.
a. keterbatasan kognitif			d. Riwayat perdarahan dapat mempengaruhi pilihan terapi dan resep di masa depan.
b. salah intepretasi informasi			e. Evaluasi dan intervensi medis secara tepat dan cepat.
c. kurang pajanan			
d. kurang minat dalam belajar			
e. kurang dapat mengingat			
f. tidak familier dengan sumber informasi.			

2.3.4. Impelementasi

Komponen implementasi dalam proses keperawatan mencakup penerapan keterampilan yang diperlukan untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan (Carpenito, 2009 dalam Buku Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan gangguan sistem pencernaan, 2015).

Keterampilan dan pengetahuan yang diperlukan untuk implementasi biasanya berfokus pada :

1. Melakukan aktivitas untuk pasien atau membantu pasien.
2. Melakukan pengkajian keperawatan untuk mengidentifikasi masalah baru atau memantau status masalah yang telah ada.

3. Memberikan pendidikan kesehatan untuk membantu pasien mendapatkan pengetahuan yang baru tentang kesehatannya atau penatalaksanaan gangguan.
4. Membantu pasien membuat keputusan tentang layanan kesehatan sendiri.
5. Berkonsultasi dan membuat rujukan pada profesi kesehatan lainnya untuk mendapatkan pengarahan yang tepat.
6. Memberi tindakan yang spesifik untuk menghilangkan, mengurangi, atau menyelesaikan masalah kesehatan.
7. Membantu pasien melakukan aktivitasnya sendiri.
8. Membantu pasien mengidentifikasi risiko atau masalah dan menggali pilihan yang tersedia.

2.3.5. Evaluasi

Evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan yang merupakan perbandingan yang sistematis dan terencana antara hasil akhir yang teramati dan tujuan atau kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan (Asmadi, 2008 dalam Buku Asuhan Keperawatan pada pasien dengan gangguan sistem pencernaan, 2015). Evaluasi dilakukan secara bersinambungan dengan melibatkan pasien dan tenaga kesehatan lainnya. Jika hasil evaluasi menunjukkan tercapainya tujuan dan kriteria hasil, pasien bisa keluar dari siklus proses keperawatan. Jika evaluasi menunjukkan sebaliknya, maka perlu dilakukan kajian ulang (*reassessment*).