KARYA TULIS ILMIAH LAPORAN STUDI KASUS

ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. R DENGAN GASTRITIS DI RUANG POLI BP PUSKESMAS AIR HAJI KABUPATEN PESISIR SELATAN TAHUN 2018



OLEH:

BUSTAMI

NIM. 174401108

PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG TAHUN 2018

ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. R DENGAN GASTRITIS DI RUANG POLI BP PUSKESMAS AIR HAJI KABUPATEN PESISIR SELATAN TAHUN 2018

LAPORAN STUDI KASUS

Diajukan untuk memenuhi salah satu syarat dalam menyelesaikan Pendidikan Program Studi Diploma III Keperawatan Di STIKes Perintis Padang



OLEH:

<u>BUSTAMI</u> NIM. 174401108

PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG TAHUN 2018

LEMBAR PERSETUJUAN

Nama Mahasiswa : **BUSTAMI**

Nim : 1714401108

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Ny. R Dengan Gastritis Di

Poli BP Puskesmas Air Haji Kabupaten Pesisir Selatan

Tahun 2018

Karya Tulis Ilmiah Ini telah disetujui, diperiksa dan sudah dipertahankan dihadapan Dewan Penguji Studi Kasus Program Studi D III Keperawatan STIKes Perintis Padang.

Bukittinggi, 31 Juli 2018 Pembimbing,

Ns. IDA SURYATI, M.Kep NIK. 1420130047501027

Mengetahui,

Program Studi D III Keperawatan STIKes Perintis Padang

Ns. ENDRA AMALIA, M.Kep

NIK. 1420123106993012

LEMBAR PENGESAHAN

Nama Mahasiswa : **BUSTAMI**

Nim : **1714401108**

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Ny. R Dengan Gastritis Di

Poli BP Puskesmas Air Haji Kabupaten Pesisir Selatan

Tahun 2018

Karya Tulis Ilmiah Ini Telah Berhasil Dipertahankan di Hadapan Dewan Penguji Studi Kasus Dan Diterima Sebagai Bagian Persyaratan Untuk Memperoleh Gelar Ahli Madya Keperawatan Pada Program Studi D III Keperawatan STIKes Perintis Padang.

Dewan Penguji,

Penguji I

Ns. MUHAMMAD ARIF, M.Kep

NIK. 1420114098409051

Penguji II

Ns. IDA SURYATI, M.Kep

NIK. 1420130047501027

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN

Karya Tulis Ilmiah, Laporan Studi Kasus, Juli 2018

BUSTAMI

NIM: 1714401108

Asuhan Keperawatan Pada Ny. R Dengan Gastritis Di Poli BP Puskesmas Air Haji Kabupaten Pesisir Selatan Tahun 2018

V BAB + Halaman 50 + Lampiran 4

ABSTRAK

Gastritis adalah peradangan dari mukosa lambung yang disebabkan faktor iritasi dan infeksi. Pasien gastritis sering mengeluhkan rasa sakit ulu hati, rasa terbakar, mual, dan muntah. Hal ini sering mengganggu aktivitas pasien sehari-hari yang pada akhirnya menyebabkan produktivitas dan kualitas hidup pasien menurun... Beberapa hal yang berpengaruh pada timbulnya gastritis adalah pengeluaran asam lambung yang berlebih, pertahanan dinding lambung yang lemah, infeksi helicobacter pylori (sejenis bakteri yang hidup di dalam lambung, dalam jumlah kecil) ketika asam lambung yang dihasilkan banyak kemudian pertahanan dinding lambung menjadi lemah, bakteri ini bisa bertambah jumlahnya apalagi disertai kebersihan makanan yang kurang, gangguan gerakan saluran cerna, stres psikologis. Studi kasus ini bertujuan untuk mengetahui asuhan keperawatan gastritis di Puskesmas Air Haji, Kabupaten Pesisir selatan, Provinsi Sumatera Barat Tahun 2018. Sebagian besar perawat belum menyadari tindakan upaya pencegahan gastritis pada dirinya. Hal ini dikarenakan belum adanya keluhankeluhan yang mengganggu aktivitas kerja sehari-hari. Disarankan kepada perawat untuk memberikan pendidikan kesehatan dalam upaya meningkatkan pola hidup sehat, memanfaatkan pemeriksaan kesehatan secara berkala yang telah di tetapkan di palayanan kesehatan.

Kata Kunci : Gastritis, Asuhan Keperawatan

Daftar Bacaan : 1999- 2009

HIGH SCHOOL OF HEALTH SCIENCES PERINTIS PADANG DIII STUDY NURSING PROGRAM

Scientific papers, Case study report, July 2018

BUSTAMI

NIM: 1714401108

Nursing Care in Patients Ny. R with Gastritis at Poli BP Puskesmas Air Haji in 2018

Chapter V + 50 Pages + 4 Attachman

ABSTRACT

Gastritis is inflammation of the gastric mucosa caused by irritation and infection. Gastritis patients often complain of heartburn, burning, nausea, and vomiting. This often disrupts the patient's daily activities which in turn causes productivity and quality of life of the patient to decrease. Some things that affect the onset of gastritis are excessive gastric acid secretion, weak stomach wall defense, helicobacter pylori infection (a type of bacteria that lives in in the stomach, in small amounts) when a lot of stomach acid is produced then the defense of the stomach wall becomes weak, this bacterium can increase in number especially with lack of food hygiene, gastrointestinal movement disorders, psychological stress. This case study aims to find out gastritis nursing care at Air Haji Health Center, Pesisir Selatan Regency, West Sumatra Province in 2018. Most nurses have not yet realized the action of preventing gastritis in themselves. This is because there are no complaints that interfere with daily work activities. It is recommended for nurses to provide health education in an effort to improve a healthy lifestyle, utilizing periodic health checks that have been established in health services.

Keyword: Gastritis, Nursing Care

Reading List: (1999-2009)

KATA PENGANTAR

Assalamualaikum, Wr, Wb.

Syukur alhamdulillah penulis panjatnya kehadiran Allah SWT yang telah memberikan limpahan rahmat dan karunianya sehingga dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan Judul "Gastritis . Karya Tulis Ilmiah ini merupakan tuntutan untuk memenuhi salah satu syarat dalam menyelesaikan pendidikan Diploma III Keperawatan pada Akademi Keperawatan Stikes Perintis Padang.

Dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini, penulis banyak menerima bimbingan dan bantuan dari berbagai pihak oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

- Bapak Yendrizal Jafri, S.Kp,M.Biomed. Selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Perawatan Perintis Padang.
- Ibu Ns. Endra Amalia, S.Kep, M.Kep. Selaku Ka Prodi D III Keperawatan Stikes Perintis Sumatera Barat
- 3. Ibu Ns. Ida Suryati, M.Kep. Selaku Pembimbing Karya Tulis Ilmiah.
- 4. Bapak Ns. Muhammad Arif, S.Kep , Selaku Penguji Stikes Perintis
 Padang
- Seluruh Dosen dan staf Akademi Keperawatan Perintis Padang yang telah membantu penulis dalam menuntut ilmu pengetahuan selama masa pendidikan.
- Terima Kasih Kepada Pimpinan Puskesmas Air Haji Drg. Amri dan Seluruh Staf Puskesmas Air Haji.

7. Ucapan terimakasih, rasa haru dan syukur yang setinggi-tingginya buat Keluarga tercinta yang telah memberi semangat serta do'a sehingga

penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

8. Serta rekan-rekan D-III Keperawatan Stikes Perintis Padang yang saling

bahu membahu dalam mencari ilmu dalam bangku kuliah sehingga penulis

dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

Penulis juga menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini masih banyak

kekurangan, oleh karena itu penulis mengharapkan kritikan dan saran dari semua

pihak demi kesempurnaan penulisan ini.

Akhirnya atas segala bantuan dan dorongan dari semua pihak yang

membantu semoga mendapat karunia dari Allah SWT.

Amin Ya Rabbal A'lamin.

Wasalamualaikum Wr, Wb

Air haji, Juli 2018

Penulis

DAFTAR ISI

HA	LAMAN JUDUL				
HALAMAN PERSETUJUAN					
KA	KATA PENGANTAR				
DAFTAR ISI					
BAl	B I PENDAHULUAN				
A.	Latar Belakang. 1				
B.	Tujuan Penulisan4				
c.	Manfaat Penulisan5				
BAl	B II TINJAUAN TEORI				
A.	Konsep Teori Penyakit				
1.	Definisi				
2.	Anatomi dan Fisiologi8				
3.	Etiologi9				
4.	Patofisiologi				
5.	Komplikasi12				
6.	Manifestasi Klinik				
7.	Pemeriksaan Diagnostik				
8.	Penatalaksanaan Medis				
B.	Konsep Proses Keperawatan				
1.	Pengkajian19				
2.	Analisa Data dan Pathways				
3.	Diagnosa Keperawatan23				
4.	Intervensi Keperawatan24				

BAB III TINJUAN KASUS

A. Pengkaijian	29
B. Diagnosa Keperawatan	35
C. Prioritas Diagnosa Keperawatan	35
D. Intervensi Keperawatan	36
E. Implementasi Keperawatan	39
F. Evaluasi Keperawatan	43
BAB IV PEMBAHASAN	
A. Pengkajian	45
B. Diagnosa keperawatan.	45
C. Perencanaan asuhan keperawatan.	46
D. Pelaksanaan keperawatan.	47
E. Evaluasi.	47
BAB IV KESIMPULAN DAN SARAN	
A. Kesimpulan.	48
B. Saran	49

DAFTAR PUSTAKA.

LAMPIRAN

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Gastritis atau lebih dikenal sebagai maag berasal dari bahasa yunani yaitu gastro, yang berarti perut/lambung dan itis yang berarti inflamasi/peradangan. Gastritis adalah inflamasi dari mukosa lambung.

Gastritis adalah segala radang mukosa lambung. Gastritis merupakan suatu keadaan peradangan atau perdarahan mukosa lambung yang dapat bersifat akut, kronis, difus atau local.

Berdasarkan berbagai pendapat tokoh diatas, gastritis dapat juga diartikan sebagai suatu proses inflamasi pada lapisan mukosa dan submukosa lambung dan secara hispatologi dapat dibuktikan dengan adanya infiltrasi sel-sel radang pada daerah tersebut. Gastritis bukan merupakan penyakit tunggal, tetapi terbentuk dari beberapa kondisi yang kesemuanya itu mengakibatkan peradangan pada lambung. Biasanya, peradangan tersebut merupakan akibat dari infeksi oleh bakteri yang sama dengan bakteri yang dapat mengakibatkan borok di lambung yaitu Helicobacter pylori. Peradangan ini mengakibatkan sel darah putih menuju ke dinding lambung sebagai respon terjadinya kelainan pada bagian tersebut.

Penyakit ini sering terjadi. Sekitar empat juta penduduk Amerika Serikat mengalami gangguan asam lambung dengan tingkat mortalitas sekitar 15.000 orang per tahun. Angka kejadian gastritis dari hasil penelitian yang dilakukan Kementrian Kesehatan Republik Indonesia tercatat, Jakarta mencapai 50%,

Denpasar 46%, Palembang 35,3%, Bandung 32,5%, Aceh 31,7%, dan Pontianak 31,2%. (Kemkes RI, Profil Kesehatan Indonesia, 2009).

Pada tahun 2003 sebuah lembaga penelitian Australia muncul dengan temuan mengejutkan lebih dari separuh penduduk dunia terinfeksi kuman *Helicobacter pylori* kuman yang paling gemar mengganggu lambung manusia. Di Australia, ada sekitar 40 % warga yang terinfeksi kuman, sedangkan di Indonesia, 40-50 % penduduk telah terjangkit *H. pylori*. Secara lebih terperinci, pada 2001 Perkumpulan Gastroenterologi Indonesia (PGI) dan Kelompok Studi Helicobacter Pylori Indonesia (KSHPI) pernah melansir data menarik, yaitu dari 7.092 pasien dengan sakit maag (dispepsia) dan dilakukan endoskopi, ditemukan kasus dispepsia fungsional (tak ditemukan kelainan struktur organ lambung) sebesar 86,41 %, tukak lambung 7,49 %, tukak dua belas jari 5,57 %, dan kanker lambung 1 %. *World Journal of Gastroenterology*, Januari 2005, menyebut pada penderita tukak lambung ditemukan sebesar 70 %, tukak usus dua belas jari sebesar 80 %, dan pada penderita gastritis kronik aktif ditemukan 60 % orang.

Secara lebih terperinci melansir data menarik, yaitu dari 7.092 pasien dengan sakit maag (Dispepsia) dan dilakukan endoskopi, ditemukan kasus dyspepsia fungsional (tak ditemukan kelainan struktur organ lambung) sebesar 86,41 %, tukak lambung 7,49 %, tukak duabelas jari 5,57 %, dan kangker Lambung 1 %. Untuk keberadaan pylori positif. Seperti juga dilansir *World Journal Of Gastroenterology*, januari 2005, menyebut pada penderita tukak lambung ditemukan sebesar 70 %, tukak usus dua belas jari sebesar 80 % dan pada Penderita gastritis Kronik aktif ditemukan 60 % . (Wiyana, 2005).

Badan penelitian kesehatan dunia WHO mengadakan tinjauan terhadap delapan Negara di dunia dan mendapatkan beberapa hasil persentase dari angka kejadian gastritis di dunia. Dimulai dari Negara yang kejadian gastritisnya paling tinggi yaitu Amerika Serikat dengan persentase mencapai 47 % kemudian diikuti India dengan 43% lalu beberapa Negara lainnya seperti Inggris 22 %, China 31%, Jepang 14,5 %, Kanada 35 %, Perancis 29,5 %, dan Indonesia. Di Indonesia angka kejadian gastritis cukup tinggi dari penelitian dan pengamatan yang dilakukan oleh Departemen kesehatan RI angka kejadian gastritis dibeberapa kota di Indonesia ada yang tinggi mencapai 91,6 % yaitu kota Medan, Surabaya 31,4 %, Denpasar 46 %, Jakarta 50 %, bandung 3,5 %, Palembang 35,5 %, Pontianak 31,2 %, hal tersebut disebabkan oleh pola makan yang kurang sehat. Di Sumatera Barat angka kejadian gastritis mencapai 31 % hal ini disebabkan oleh pola makan yang tidak baik dan kurang sehat. (WHO, 2010).

Pasien gastritis sering mengeluhkan rasa sakit ulu hati, rasa terbakar, mual, dan muntah. Hal ini sering mengganggu aktivitas pasien sehari-hari yang pada akhirnya menyebabkan produktivitas dan kualitas hidup pasien menurun. Komplikasi gastritis sering terjadi bila penyakit tidak ditangani secara optimal. Dari data diatas kita sebagai perawat memberikan pelayanan sesuai dengan prosedur dan memberian rasa aman dan nyaman pada pasien yang mengalami Gastritis. Dengan memberikan penyuluhan kesehatan tentang Gastritis. Agar pasien mengetahui apa itu gastritis, penyebab pencegahan agar tidak terjadi. Terapi yang tidak optimal menyebabkan gastritis berkembang menjadi ulkus peptikum yang pada akhirnya megalami komplikasi perdarahan, pertonitis, bahkan kematian. (Valle, 2008).

Dari data yang didapatkan diatas maka penulis tertarik untuk mengambil kasus Gastritis untuk menjadikan sebuah Karya Tulis Ilmiah (KTI) dengan judul "Asuhan Keperawatan Pada Ny. R Dengan Gastritis Diruang Bp Puskesmas Air Haji".

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Untuk mendapat gambaran secara menyeluruh dalam melaksanakan Asuhan Keperawatan Pada Pasien Gastitis melalui pendekatan proses perawatan yang dilakukan secara komprehensif.

2. Tujuan Khusus

Untuk mengetahui pelaksanaan Asuhan Keperawatan Pada klien Ny. R Masalah yang timbul pada Sistem Pencernaan dengan diagnosa Gastritis Yang Bertempat Ruang Bp Puskesmas Air Haji.

- a. Memahami pengertian Gastritis dan penyebabnya.
- Dapat melakukan pengkajian Rencana Keperawatan secara komprehensif
 pada Ny. R dengan Gastritis.
- c. Dapat menentukan dan mengidentifikasi masalah dan diagnosa keperawatan pada Ny. R dengan Gastritis.
- d. Dapat merumuskan Rencana Keperawatan sesuai dengan masalah yang dibutuhkan pada Ny. R dengan Gastritis.
- e. Dapat melakukan pelaksanaan Rencana Keperawatan pada Ny. R dengan Gastritis.
- f. Dapat memahami serta melakukan pendokumentasian Rencana
 Keperawatan pada Ny. R dengan Gastritis.

g. Dapat membedakan antara teori dan kasus melalui pengkajian dan evaluasi hasil.

C. Manfaat

1. Bagi Puskesmas

Memberikan masukan bagi tim kesehatan di puskesmas dalam memberikan Asuhan keperawatan dengan Gastritis.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai penyambung Ilmu Asuhan Keperawatan dengan Gastritis sehingga dapat menambah referensi dan acuan dalam memahami Asuhan Keperawatan pada dengan Gastritis.

3. Bagi Penulis

Memberikan pengetahuan dan memperbanyak pengalaman bagi penulis dalam memberikan dan menyusun asuhan keperawatan dengan Gastritis.

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep Teori Penyakit

1. Definisi

Gastrits adalah proses inflamasi pada lapisan mukosa dan sub mukosa lambung, Khususnya selaput lendir pada mukosa gaster yang sering diakibatkan oleh diet yang sembrono (Smeltzer,2001: 1062; Suyono, 2001: 127; Hadi,, 1999: 181; Hinchliff, 1999: 182).

Gastritis adalah inflamasi dari mukosa lambung (Kapita Selecta Kedokteran, Edisi Ketiga hal 492)

Gastritis merupakan suatu keadaan peradangan atau perdarahan mukosa lambung yang dapat bersifat akut, kronis, difus atau local (Patofisiologi, Sylvia A Price hal 422)

Gastritis adalah suatu proses inflamasi pada lapisan mukosa dan submukosa lambung dan secara hispatologi dapat dibuktikan dengan adanya infiltrasi sel-sel radang pada daerah tersebut. (Imu Penyakit Dalam Jilid II)

Gastritis adalah peradangan lokal atau penyebaran pada mukosa lambung dan berkembang dipenuhi bakteri (Charlene. J, 2001, hal : 138).

Jadi gastritis itu adalah Suatu peradangan permukaan mukosa lambung yang akut dengan kerusakan erosi. Erosif karena perlukaan hanya pada bagian mukosa. bentuk berat dari gastritis ini adalah gastritis erosive atau gastritis hemoragik. Perdarahan mukosa lambung dalam berbagai derajad dan terjadi erosi yang berarti hilangnya kontinuitas mukosa lambung pada beberapa tempat.

Gastritis dibagi menjadi 2 yaitu :

a. Gastritis akut

Salah satu bentuk gastritis akut yang sering dijumpai di klinik ialah gastritis akut erosif. Gastritis akut erosif adalah suatu peradangan mukosa lambung yang akut dengan kerusakan-kerusakan erosif. Disebut erosif apabila kerusakan yang terjadi tidak lebih dalam daripada mukosa muskularis.

b. Gastritis kronis

Gastritis kronis adalah suatu peradangan bagian permukaan mukosa lambung yang menahun (Soeparman, 1999, hal : 101). Gastritis kronis adalah suatu peradangan bagian permukaan mukosa lambung yang berkepanjangan yang disebabkan baik oleh ulkus lambung jinak maupun ganas atau oleh bakteri helicobacter pylori (Brunner dan suddart) Klasifikasi gastritis kronis berdasarkan :

1) Gambaran hispatology

- Ω Gastritis kronik superficial
- Ω Gastritis kronik atropik
- Ω Atrofi lambung
- Ω Metaplasia intestinal
- Ω Perubahan histology kalenjar mukosa lambung menjadi kalenjar-kalenjar mukosa usus halus yang mengandung sel goblet.

2) Distribusi anatomi

O Gastritis kronis korpus (gastritis tipe A)Sering dihubungkan dengan proses autoimun dan berlanjut menjadi anemia pernisiosa karena terjadi gangguan absorpsi vitamin B12 dimana gangguan absorpsi tersebut disebabkan oleh kerusakan sel parietal yang menyebabkan sekresi asam lambung menurun.

o Gastritis kronik antrum (gastritis tipe B) Paling sering dijumpai dan berhubungan dengan kuman *Helicobacter pylori*.

2. Anatomi dan Fisiologi

Lambung adalah sebuah kantung otot yang kosong, terletak pada bagian kiri atas perut tepat dibawah tulang iga. Lambung orang dewasa mempunyai panjang berkisar antara 10 inchi dan dapat mengembang untuk menampung makanan atau minuman sebanyak 1 gallon. Bila lambung dalam keadaan kosong, maka ia akan melipat, mirip seperti sebuah akordion. Ketika lambung mulai terisi dan mengembang, lipatan – lipatan tersebut secara bertahap membuka.

Lambung memproses dan menyimpan makanan dan secara bertahap melepaskannya ke dalam usus kecil. Ketika makanan masuk ke dalam *esophagus*, sebuah cincin otot yang berada pada sambungan antara *esophagus* dan lambung (*esophageal sphincter*) akan membuka dan membiarkan makanan masuk ke lambung. Setelah masuk ke lambung cincin in menutup. Dinding lambung terdiri dari lapisan lapisan otot yang kuat. Ketika makanan berada di lambung, dinding lambung akan mulai menghancurkan makanan tersebut. Pada saat yang sama, kelenjar – kelenjar yang berada di mukosa pada dinding lambung mulai mengeluarkan cairan lambung (termasuk enzim – enzim dan asam lambung) untuk lebih menghancurkan makanan tersebut.

Salah satu komponen cairan lambung adalah asam hidroklorida. Asam ini sangat korosif sehingga paku besi pun dapat larut dalam cairan ini. Dinding lambung dilindungi oleh mukosa – mukosa bicarbonate (sebuah lapisan penyangga yang mengeluarkan ion bicarbonate secara regular sehingga menyeimbangkan keasaman dalam lambung) sehingga terhindar dari sifat korosif

asam hidroklorida. *Gastritis* biasanya terjadi ketika mekanisme pelindung ini kewalahan dan mengakibatkan rusak dan meradangnya dinding lambung.

3. Etiologi

Penyebab dari Gastritis dapat dibedakan sesuai dengan klasifikasinya sebagai berikut :

☐ Gastritis Akut

Penyebabnya adalah obat analgetik, anti inflamasi terutama aspirin (aspirin yang dosis rendah sudah dapat menyebabkan erosi mukosa lambung). Bahan kimia misal : lisol, alkohol, merokok, kafein lada, steroid dan digitalis. Gastritis juga dapat disebabkan oleh obat-obatan terutama aspirin dan obat anti inflamasi non steroid (AINS), juga dapat disebabkan oleh gangguan mikrosirkulasi mukosa lambung seperti trauma, luka bakar dan sepsis (Mansjoer, Arif, 1999, hal: 492).

☐ Gastritis Kronik

Penyebab dan patogenesis pada umumnya belum diketahui. Gastritis ini merupakan kejadian biasa pada orang tua, tapi di duga pada peminum alkohol, dan merokok.

Penyebab lain adalah

□ Diet yang sombrono , makan terlau banyak, dan makan yang terlalu cepat dan makan-makanan yang terlalu berbumbu atau mengandung mikroorganisme

Faktor psikologi Stress baik primer maupun sekunder dapat merangsang peningkatan produksi asam-asam gerakan paristaltik lambung. Sterss juga akan mendorong gerakan antara makanan dan dinding lambung menjadi tambah kuat. Hal ini dapat menyebabkan luka pada lambung.

Stress berat (sekunder) akibat kebakaran, kecelakaan maupun pembedahan sering pula menyebabkan tukak lambung akut. Infeksi bakteri Gastritis akibat infeksi bakteri dari luar tubuh jarang terjadi sebab bakteri tersebut akan terbunuh oleh asam lambung. Kuman penyakit atau infeksi bakteri penyebab gastritis, umumnya berasal dari dalam tubuh penderita bersangkutan. Keadaan ini sebagai wujud komplikasi penyakit yang telah ada sebelumnya

4. Patofisiologi

Perangsangan sel vagus yang berlebihan selama stress psikologis dapat menyebabkan pelepasan atau sekresi gastrin yang menyebabkan dari nukleus motorik dorsalis nervus vagus, setelah melewati nervus vagus menuju dinding lambung pada sistem saraf enterik, kemudian kelenjar-kelenjar gaster atau getah lambung, sehingga mukosa dalam antrum lambung mensekresikan hormon gastrin dan merangsang sel-sel parietal yang nantinya produksi asam hidroklorinnya berlebihan sehingga terjadi iritasi pada mukosa lambung (Guyton, 1997: 1021-1022).

Obat-obatan, alkohol, garam empedu, atau enzim pankreas dapat merusak mukosa lambung, mengganggu barier mukosa lambung dan memungkinkan difusi kembali asam dan pepsin ke dalam jaringan lambung. Maka terjadi iritasi dan peradangan pada mukosa lambung dan nekrosis yang dapat mengakibatkan perforasi dinding lambung dan perdarahan dan peritonitis (Long, 1996 : 196).

Asam hidroklorida disekresi secara kontinyu sehingga sekresi meningkat karena mekanisma neurogenik dan hormonal yang dimulai oleh rangsangan

lambung. Jika asam lambung atau hidroklorida tidak dinetralisir atau mukosa melemah akibatnya tidak ada perlindungan, akhirnya asam hidroklorida dan pepsin akan merusak lambung, yang lama-kelamaan barier mukosa lambung yaitu suplai darah, keseimbangan asam-basa, integritas sel mukosal dan regenerasi epitel. Bahan-bahan seperti aspirin, alkohol dan Anti Inflamasi Non Steroid dapat menurunkan produksi mukosa lambung.

Pada fase awal peradangan mukosa lambung akan merangsang ujung syaraf yang terpajan yaitu syaraf hipotalamus untuk mengeluarkan asam lambung. Kontak antara lesi dan asam juga merangsang mekanisme reflek lokal yang dimulai dengan kontraksi otot halussekitarnya. Dan akhirnya terjadi nyeri yang biasanya dikeluhkan dengan adanya nyeri tumpul, tertusuk, terbakar di epigastrium tengah dan punggung.

Dari masukan minuman yang mengandung kafein, stimulan sistem saraf pusat parasimpatis dapat meningkatkan aktivitaas otot lambung dan sekresi pepsin. Selain itu nikotin juga dapat mengurangi sekresi bikarbonat pankreas, karena menghambat netralisasi asam lambung dalam duodenum yang lamakelamaan dapat menimbulkan mual dan muntah.

Peradangan akan menyebabkan terjadinya hiperemis atau peningkatan vaskularisasi, sehingga mukosa lambung berwarna merah dan menebal yang lama-kelamaan menyebabkan atropi gaster dan menipis, yang dapatberdampak pada gangguan sel chief dan sel parietal, sel parietal ini berfungsi untuk mensekresikan faktor intrinsik, akan tetapi karena adanya antibody maka faktor intrinsik tidak mampu untuk menyerap vitamin B12 dalam makanan, dan akan terjadi anemia perniciosa (Horbo,2000: 9; Smeltzer, 2001: 1063 – 1066).

5. Komplikasi

a. Gastritis Akut

Gastritis akut dapat disebabkan oleh karena stres, zat kimia misalnya obatobatan dan alkohol, makanan yang pedas, panas maupun asam. Pada para yang
mengalami stres akan terjadi perangsangan saraf simpatis NV (Nervus vagus)
yang akan meningkatkan produksi asam klorida (HCl) di dalam lambung. Adanya
HCl yang berada di dalam lambung akan menimbulkan rasa mual, muntah dan
anoreksia.

Zat kimia maupun makanan yang merangsang akan menyebabkan sel epitel kolumner, yang berfungsi untuk menghasilkan mukus, mengurangi produksinya. Sedangkan mukus itu fungsinya untuk memproteksi mukosa lambung agar tidak ikut tercerna. Respon mukosa lambung karena penurunan sekresi mukus bervariasi diantaranya vasodilatasi sel mukosa gaster. Lapisan mukosa gaster terdapat sel yang memproduksi HCl (terutama daerah fundus) dan pembuluh darah.

Vasodilatasi mukosa gaster akan menyebabkan produksi HCl meningkat. Anoreksia juga dapat menyebabkan rasa nyeri. Rasa nyeri ini ditimbulkan oleh karena kontak HCl dengan mukosa gaster. Respon mukosa lambung akibat penurunan sekresi mukus dapat berupa eksfeliasi (pengelupasan). Eksfeliasi sel mukosa gaster akan mengakibatkan erosi pada sel mukosa. Hilangnya sel mukosa akibat erosi memicu timbulnya pendarahan.

Pendarahan yang terjadi dapat mengancam hidup penderita, namun dapat juga berhenti sendiri karena proses regenerasi, sehingga erosi menghilang dalam waktu 24-48 jam setelah pendarahan.

b. Gastritis Kronik

Gastritis kronik disebabkan oleh bakteri gram negatif Helicobacter pylori. Bakteri patogen ini (helicobacter pylori) menginfeksi tubuh seseorang melalui oral, dan paling sering ditularkan dari ibu ke bayi tanpa ada penampakan gejala (asimptomatik). Sekali bersarang, bakteri Helicobacter pylori dapat bertahan di perut selama hidup seseorang. Namun, sekitar 10-15 persen individu yang terinfeksi kadang-kadang akan mengalami penyakit luka lambung atau usus duabelas jari. Kebanyakan luka, lebih sering terjadi di usus duabelas jari daripada di lambung.

Helicobacter pylori merupakan jenis bakteri Gram negative yang berbentuk spiral dan sangat cocok hidup pada kondisi kandungan udara sangat minim. Bakteri Helicobacter pylori berkoloni di dalam lambung dan bergabung dengan luka lambung atau duodenum (lihat gambar). Infeksi oleh Helicobacter pylori banyak ditemui pada penduduk di negara-negara berstandar ekonomi rendah dan memiliki kualitas kesehatan yang buruk.

Menempel dan Menginisiasi pembentukan luka

Helicobacter pylori tinggal menempel pada permukaan dalam lambung melalui interaksi antara membran bakteri lektin dan oligosakarida yang spesifik dari glikoprotein membran sel-sel epitel lambung. Mekanisme utama dari bakteri ini dalam menginisiasi pembentukan luka adalah melalui produksi racun VacA.

Racun VacA akan menghancurkan keutuhan sel-sel tepi lambung melalui berbagai cara, diantaranya adalah melalui pengubahan fungsi endolisosom, peningkatan permeabilitas parasel, pembentukan pori dalam membran plasma, atau apoptosis (pengaktifan bunuh diri sel).

Lokasi infeksi *Helicobacter pylori* di bagian bawah lambung dan mengakibatkan peradangan hebat, yang sering kali disertai dengan komplikasi pendarahan dan pembentukan lubang-lubang. Peradangan kronis pada bagian distal lambung meningkatkan produksi asam lambung dari bagian badan atas lambung yang tidak terinfeksi. Ini menambah perkembangan tukak lebih besar di usus duabelas jari.

Pada beberapa individu, *Helicobacter pylori* juga menginfeksi bagian badan lambung. Bila kondisi ini sering terjadi, menghasilkan peradangan yang lebih luas yang tidak hanya mempengaruhi borok di daerah badan lambung tetapi juga kanker lambung. Kanker lambung merupakan kanker penyebab kematian kedua di dunia.

Peradangan di lendir lambung juga merupakan faktor risiko tipe khusus tumor limfa (lymphatic neoplasm) di lambung, atau disebut dengan limfoma MALT (mucosa associated lymphoid tissue, jaringan limfoid yang terkait dengan lendir). Infeksi *Helicobacter pylori* berperan penting dalam menjaga kelangsungan tumor. Limfoma-limfoma dapat merosot saat bakteri-bakteri itu dibasmi dengan antibiotik.

Helicobacter pylori hanya terdapat pada manusia dan telah menyesuaikan diri di lingkungan lambung. Hanya sebagian kecil individu terinfeksi berkembang menjadi penyakit lambung. Bakteri Helicobacter pylori sendiri sangat beragam dan galur-galurnya berbeda dalam banyak hal, seperti perekatan ke lendir lambung dan kemampuan menimbulkan peradangan.

Walau pada satu individu terinfeksi, semua bakteri Helicobacter pylori tidak identik, dan selama jalur infeksi kronis, bakteri menyesuaikan diri terhadap perubahankondisi-kondisi di lambung.

Tukak lambung dan usus duabela jari dapat diobati melalui penghambatan produksi asam lambung, tetapi sering kali akan kambuh kembali akibat bakteri dan peradangan kronis lambung tetap ada. Studi Marshall dan Warren menunjukkan bahwa penyakit tukak lambung itu dapat diatasi hanya bila bakteri dibasmi dari lambung dengan antibiotik.

Namun, penggunaan antibiotik secara serampangan dapat mengakibatkan masalah serius, yaitu ketahanan bakteri melawan obat-obat penting. Oleh karena itu, penggunaan antibiotik melawan *Helicobacter pylori* pada pasien-pasien yang tidak mengalami tukak lambung dan usus duabelas jari harus dibatasi.

6. Manifestasi Klinik

a. Gastritis akut erosive

Gastritis akut erosive sangat bervariasi, mulai dari yang sangat ringan asimtomatik sampai sangat berat yang dapat membawa kematian. Pada kasus yang sangat berat, gejala yang sangat mencolok adalah:

- Hematemetis dan melena yang dapat berlangsung sangat hebat sampai terjadi renjatan karena kehilangan darah.
- 2) Pada sebagian besar kasus, gejalanya amat ringan bahkan asimtomatis. Keluhan – keluhan itu misalnya nyeri timbul pada uluhati, biasanya ringan dan tidak dapat ditunjuk dengan tepat lokasinya.
- 3) Kadang kadang disertai dengan mual- mual dan muntah.
- 4) Perdarahan saluran cerna sering merupakan satu- satunya gejala.

- 5) Pada kasus yang amat ringan perdarahan bermanifestasi sebagai darah samar pada tinja dan secara fisis akan dijumpai tanda – tanda anemia defisiensi dengan etiologi yang tidak jelas.
- Pada pemeriksaan fisis biasanya tidak ditemukan kelainan kecuali mereka yang mengalami perdarahan yang hebat sehingga menimbulkan tanda dan gejala gangguan hemodinamik yang nyata seperti hipotensi, pucat, keringat dingin, takikardia sampai gangguan kesadaran.

b. Gastritis kronis

- 1) Bervariasi dan tidak jelas
- 2) Perasaan penuh, anoreksia
- 3) Distress epigastrik yang tidak nyata
- 4) Cepat kenyang

7. Pemeriksaan Diagnostik

Menurut priyanto, 2006 pemeriksaan diagnostik yang dianjurkan untuk pasien gastritis adalah:

- a. Pemeriksaan darah seperti Hb, Ht, Leukosit, Trombosit.
- b. Pemeriksaan endoskopi.
- c. Pemeriksaan hispatologi biopsy segmen lambung.

8. Penatalaksanaan Medis

a. Pemeriksaan darah

Tes ini digunakan untuk memeriksa apakah terdapat *H. Pylori* dalam darah. Hasil tes yang positif menunujukkan 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 perdarahan lambung karena gastritis.

b. Uji napas urea

Suatu metode diagnostik berdasarkan prinsip bahwa urea diubah oleh urease *H. Pylori*dalam lambung menjadi amoniak dan karbondioksida (CO₂). CO₂ cepat diabsorbsi melalui dinding lambung dan dapat terdeteksi dalam udara ekspirasi.

c. Pemeriksaan feces

Tes ini memeriksa apakah terdapat bakteri *H. Pylori* dalam feses atau tidak. Hasil yang positif dapat mengindikasikan terjadinya infeksi. Pemeriksaan juga dilakukan terhadap adanya darah dalam feses. Hal ini menunjukkan adanya pendarahan dalam lambung.

d. Endoskopi saluran cerna bagian atas

Dengan tes ini dapat terlihat adanya ketidaknormalan pada saluran cerna bagian atas yang mungkin tidak terlihat dari sinar-x. Tes ini dilakukan dengan cara memasukkan sebuah selang kecil yang fleksibel(endoskop) melalui mulut dan masuk ke dalam esofagus, lambung dan bagian atas usus kecil. Tenggorokan akan terlebih dahulu dianestesi sebelum endoskop dimasukkan untuk memastikan pasien merasa nyaman menjalani tes ini. Jika ada jaringan dalam saluran cerna yang terlihat mencurigakan, dokter akan mengambil sedikit sampel(biopsy) dari jaringan tersebut. Sampel itu kemudian akan dibawa ke laboratorium untuk diperiksa. Tes ini memakan waktu kurang lebih 20 sampai 30 menit. Pasien biasanya tidak langsung disuruh pulang ketika tes ini selesai, tetapi harus menunggu sampai efek dari anestesi menghilang kurang lebih satu atau dua jam.

Hampir tidak ada resioko akibat tes ini. Komplikasi yang sering terjadi adalah rasa tidak nyaman pada tenggorokan akibat menelan endoskop.

e. Rontgen saluran cerna bagian atas

Tes ini akan melihat adanya tanda-tanda gastritis atau penyakit pencernaan lainnya. Biasanya akan diminta menelan cairan barium terlebih dahulu sebelum dirontgen. Cairan ini akan melapisi saluran cerna dan akan terlihat lebih jelas ketika di rontgen.

f. Analisis Lambung

Tes ini untuk mengetahui sekresi asam dan merupakan tekhnik penting untuk menegakkan diagnosis penyakit lambung. Suatu tabung nasogastrik dimasukkan ke dalam lambung dan dilakukan aspirasi isi lambung puasa untuk dianalisis. Analisis basal mengukur BAO (basal acid output) tanpa perangsangan. Uji ini bermanfaat untuk menegakkan diagnosis sindrom Zolinger- Elison(suatu tumor pankreas yang menyekresi gastrin dalam jumlah besar yang selanjutnya akan menyebabkan asiditas nyata).

g. Analisis stimulasi

Dapat dilakukan dengan mengukur pengeluaran asam maksimal (MAO, maximum acid output) setelah pemberian obat yang merangsang sekresi asam seperti histamin atau pentagastrin. Tes ini untuk mengetahui teradinya aklorhidria atau tidak.

B. Konsep Proses Keperawatan

1. Pengkajian

Anamnesa meliputi:

1) Identitas Pasien

- a. Nama
- b. Usia
- c. Jenis kelamin : tidak dipengaruhi oleh jenis kelamin
- d. Jenis pekerjaan : tidak dipengaruhi jenis pekerjaan
- e. Alamat
- f. Suku/bangsa
- g. agama
- h. Tingkat pendidikan: bagi orang yang tingkat pendidikan rendah/ minim mendapatkan pengetahuan tentang gastritis, maka akan menganggap remeh penyakit ini, bahkan hanya menganggap gastritis sebagai sakit perut biasa dan akan memakan makanan yang dapat menimbulkan serta memperparah penyakit ini.
- i. Riwayat sakit dan kesehatan
- 1) Keluhan utama
- 2) Riwayat penyakit saat ini
- 3) Riwayat penyakit dahulu

2) Pemeriksaan fisik: Review of System

- a. B 1 (breath) : takhipnea
- b. B 2 (blood) : takikardi, hipotensi, disritmia, nadi perifer lemah,
 pengisian perifer lambat, warna kulit pucat.

- c. B 3 (brain) : sakit kepala, kelemahan, tingkat kesadaran dapat terganggu, disorientasi, nyeri epigastrum.
- d. B 4 (bladder) : oliguri, gangguan keseimbangan cairan.
- e. B 5 (bowel) : anemia, anorexia, mual, muntah, nyeri ulu hati, tidak toleran terhadap makanan pedas.
- f. B 6 (bone) : kelelahan, kelemahan

3) Pemeriksaan Diagnostik

a. Pemeriksaan darah

Tes ini digunakan untuk memeriksa apakah terdapat *H. Pylori* dalam darah. Hasil tes yang positif menunujukkan 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 perdarahan lambung karena gastritis.

b. Uji napas urea

Suatu metode diagnostik berdasarkan prinsip bahwa urea diubah oleh urease H. Pylori dalam lambung menjadi amoniak dan karbondioksida (CO₂). CO₂ cepat diabsorbsi melalui dinding lambung dan dapat terdeteksi dalam udara ekspirasi.

c. Pemeriksaan feces

Tes ini memeriksa apakah terdapat bakteri *H. Pylori* dalam feses atau tidak. Hasil yang positif dapat mengindikasikan terjadinya infeksi. Pemeriksaan juga dilakukan terhadap adanya darah dalam feses. Hal ini menunjukkan adanya pendarahan dalam lambung.

d. Endoskopi saluran cerna bagian atas

Dengan tes ini dapat terlihat adanya ketidaknormalan pada saluran cerna bagian atas yang mungkin tidak terlihat dari sinar-x. Tes ini dilakukan dengan cara memasukkan sebuah selang kecil yang fleksibel(endoskop) melalui mulut dan masuk ke dalam esofagus, lambung dan bagian atas usus kecil. Tenggorokan akan terlebih dahulu dianestesi sebelum endoskop dimasukkan untuk memastikan pasien merasa nyaman menjalani tes ini. Jika ada jaringan dalam saluran cerna yang terlihat mencurigakan, dokter akan mengambil sedikit sampel(biopsy) dari jaringan tersebut. Sampel itu kemudian akan dibawa ke laboratorium untuk diperiksa. Tes ini memakan waktu kurang lebih 20 sampai 30 menit. Pasien biasanya tidak langsung disuruh pulang ketika tes ini selesai, tetapi harus menunggu sampai efek dari anestesi menghilang kurang lebih satu atau dua jam. Hampir tidak ada resioko akibat tes ini. Komplikasi yang sering terjadi adalah rasa tidak nyaman pada tenggorokan akibat menelan endoskop.

e. Rontgen saluran cerna bagian atas

Tes ini akan melihat adanya tanda-tanda gastritis atau penyakit pencernaan lainnya. Biasanya akan diminta menelan cairan barium terlebih dahulu sebelum dirontgen. Cairan ini akan melapisi saluran cerna dan akan terlihat lebih jelas ketika di rontgen.

f. Analisis Lambung

Tes ini untuk mengetahui sekresi asam dan merupakan tekhnik penting untuk menegakkan diagnosis penyakit lambung. Suatu tabung nasogastrik dimasukkan ke dalam lambung dan dilakukan aspirasi isi lambung puasa untuk dianalisis. Analisis basal mengukur BAO (basal acid output) tanpa perangsangan.

Uji ini bermanfaat untuk menegakkan diagnosis sindrom Zolinger- Elison (suatu tumor pankreas yang menyekresi gastrin dalam jumlah besar yang selanjutnya akan menyebabkan asiditas nyata).

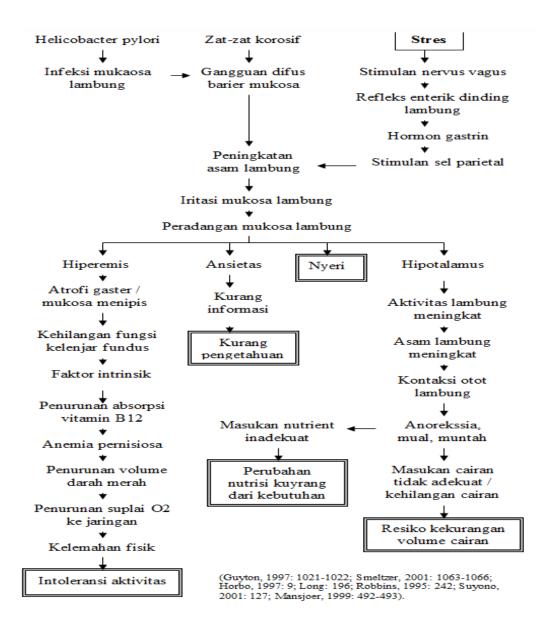
g. Analisis stimulasi

Dapat dilakukan dengan mengukur pengeluaran asam maksimal (MAO, maximum acid output) setelah pemberian obat yang merangsang sekresi asam seperti histamin atau pentagastrin. Tes ini untuk mengetahui teradinya aklorhidria atau tidak.

4) Psikososial

Meliputi perasaan pasien terhadap penyakitnya, bagaimana cara mengatasinya serta bagaimana perilaku pasien terhadap tindakan yang dilakukan terhadap dirinya, kecemasan terhadap penyakit.

2. Analisa Data dan Pathways



3. Diagnosa Keperawatan

- 1. Defisit volume cairan kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake yang tidak adekuat dan output cair yang berlebih (mual dan muntah).
- Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan penurunan intake asupan gizi.
- 3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik.
- 4. Kurang pengetahuan tentang penyakit berhubungan dengan kurangnya informasi.

5. nyeri berhungangan dengan stress asam lambung.

4. Intervensi Keperawatan

1. Defisit volume cairan kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake yang tidak adekuat dan output cair yang berlebih (mual dan muntah).

□ Tujuan:

Mencegah output yang berlebih dan mengoptimalkan intake cair.

☐ Kriteria Hasil:

Mempertahankan volume cairan adekuat dengan dibuktikan oleh mukosa bibir lembab, turgor kulit baik, pengisian kapiler berwarna merah muda, input dan output seimbang.

☐ Intervensi:

Intervensi	Rasional
Penuhi kebutuhan individual.	Mengganti kehilangan cairan dan
Anjurkan klien untuk minum	memperbaiki keseimbangan cairan dalam fase
(Dewasa: 40-60 cc/kg/jam).	segera.
Berikan cairan tambahan IV	Menunjukkan status dehidrasi atau
sesuai indikasi. Awasi tanda-	kemungkinan kebutuhan untuk peningkatan
tanda vital, evaluasi turgor kulit,	penggantian cairan.
pengisian kapiler dan membran	Cimetidine dan ranitidine berfungsi untuk
mukosa.	menghambat sekresi asam lambung
Kolaborasi pemberian	
cimetidine dan ranitidine	
Intake cairan yang adekuat	

akan mengurangi resiko	
dehidrasi pasien.	

2. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan penurunan intake asupan gizi.

□ Tujuan:

☐ Gangguan nutrisi teratasi

☐ Kriteria Hasil:

a. Antoprometri: Berat badan, lingkar lengan atas kembali normal.

b. Albumin, hemoglobin normal.

c. Klinis: terlihat segar.

d. Porsi makan habis.

☐ Intervensi:

Intervensi	Rasional
Reduksi stress dan farmakoterapi	Stress menyebabkan peningkatan produksi
seperti cytoprotective agent,	asam lambung, untuk klien dengan gastritis
penghambat pompa proton,	penggunaan penghambat pompa proton
anatasida.	membantu untuk mengurangi asam lambung
	dengan cara menutup pompa asam dalam sel
	lambung penghasil asam. Kemudian untuk
	penggunaan cytoprotective agent membantu
	untuk melindungi jaringan yang melapisi
	lambung dan usus kecil. pada klien dengan
	gastritis antasida berfungsi untuk menetralisir

asam lambung dan dapat mengurangi rasa sakit. Koloborasi transfusi albumin. albumin diharapkan kadar Dengan tranfusi albumin dalam darah kembali normal sehingga kebutuhan nutrisi kembali normal. Konsul dengan ahli diet untuk Pemasukan individu dapat dikalkulasikan menentukan kalori / kebutuhan dengan berbagai perhitungan yang berbeda, perlu bantuan dalam perencanaan diet yang nutrisi . memenuhi kebutuhan nutrisi. Tambahan vitamin seperti B₁₂. Mencegah terjadinya anemia. Batasi makanan yang Keragu-raguan makan mungkin untuk menyebabkan peningkatan asam diakibatkan oleh takut makanan yang lambung berlebih, dorong klien menyebabkan terjadinya gejala. untuk menyatakan perasaan Program ini mengistirahatkan saluran masalah tentang makan diet. pencernaan sementara, dan memenuhi nutrisi Berikan nutrisi melalui IV sangat penting dan dibutuhkan. sesuai indikasi.

- 3. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemaha fisik.
- □ Tujuan:

Intoleransi aktifitas teratasi.

☐ Kriteria Hasil:

Klien tidak dibantu oleh keluarga dalam beraktifitas.

Intervensi	Rasional
Tingkatkan tirah baring atau	Tirah baring dapat meningkatkan stamina
duduk dan berikan obat sesuai	tubuh pasien sehinggga pasien dapat
dengan indikasi.	beraktivitas kembali.
Berikan lingkungan yang tenang	Lingkungan yang nyaman dan tenang dapat
dan nyaman.	mendukung pola istirahat pasien.
Ajarkan klien metode	Klien dapat beraktivitas secara bertahap
penghematan energy untuk	sehingga tidak terjadi kelemahan.
aktivitas (lebih baik duduk	
daripada berdiri saat melakukan	
aktivitas)	

4. Kurang pengetahuan tentang penyakit berhubungan dengan kurangnya informasi.

□ Tujuan:

Informasi tepat dan efektif.

☐ Kriteria Hasil:

Klien dapat menyebutkan pengertian, penyebab, tanda dan gejala, perawatan, pencegahan dan pengobatan.

Intervensi	Rasional
Beri pendidikan kesehatan	Pengkajian/evaluasi secara periodik
(penyuluhan) tentang penyakit,	meningkatkan pengenalan/pencegahan dini
beri kesempatan klien atau	terhadap komplikasi seperti ulkus peptik dan
keluarga untuk bertanya,	pendarahan pada lambung

beritahu tentang pentingnya
obat-obatan untuk kesembuhan
klien.

Evaluasi tingkat pengetahuan
pasien.

Memberikan pengetahuan dasar
dimana klien dapat membuat
pilihan informasi tentang kontrol
masalah kesehatan. Keterlibatan
orang lain yang telah menerima
masalah yang sama dapat
meningkatkan koping , dapat
meningkatkan terapi dan proses
penyembuhan.

BAB III

ASUHAN KEPERAWATAN

A. PENGKAJIAN

2. Identitas

Identitas pasien

Nama : Ny. R

Umur : 40 tahun

Jenis kelamin : Perempuan

Pekerjaan : Rumah Tangga

Pendidikan : SLTP

Status : Kawin

Identitas penanggung jawab

Nama : Tn. A

Umur : 45 tahun

Jenis kelamin : Laki-laki

Pekerjaan : Wiraswasta

Pendidikan : SLTA

Status : Kawin

Hubungan dengan pasien : Suami

3. Diagnosa Medis : Gastritis

4. Waktu Dan Tempat

Tgl masuk rumah sakit : 07 Juli 2018

Tgl pengkajian : 07 Juli 2018

Tempat Praktik

: Puskesmas Air Haji

5. Riwayat kesehatan

Keluhan utama a.

Saat masuk Puskesmas : Klien datang Ke Puskesmas mengatakan sakit perut

sejak tadi malam. Klien mengatakan nyeri hulu hati, Mual tidak ada nafsu makan.

Saat pengkajian (PQRST): Klien datang Ke Puskesmas mengatakan sakit b.

perut sejak tadi malam. Klien mengatakan nyeri hulu hati, Mual tidak ada

nafsu makan TD 140/80 Mmhg Nadi 95x/menit. Pernapasan 24 x/ Menit,

Suhu 36,8 ℃.

Keluhan penyerta : Klien mengatakan tidak nafsu makan. c.

d. Riwayat Kesehatan Dahulu

1) Tidak pernah di rawat di Rumah sakit Klien ada Riwayat Maagh (Gastritis)

2) Obat-obatan yang pernah digunakan : Obat-obatan yang pernah digunakan

: Obat-obatan yang sering digunakan ketika Antasida 3 x 1, B6 3x1, CTM

3x1.

4) Alergi: tidak ada

Kecelakaan: tidak ada 5)

6. Pola Fungsi Kesehatan

Pola Menejemen Kesehatan-Persepsi Kesehatan a.

1) Tingkat pengetahuan kesehatan/penyakit

Ny. R mengatakan pasien tidak mengetahui tentang penyakit yang dideritanya.

2) Perilaku untuk mengatasi masalah kesehatan

Tn. Amengatakan jika sakit selalu berobat ke puskesmas.

Factor factor resiko sehubungan dengan kesehatan 3)

30

Tn. Amengatakan pasien sering tidak mau makan.

b. Pola Istirahat Tidur

Sebelum Sakit : Tn. A mengatakan sebelum sakit kebutuhan tidur pasien tidak terganggu. Tidur ±7-8 jam. Mulai pukul 21.00-05.00, tidur dengan nyenyak, tidak gelisah, dan tidak sering terjaga pada malam hari.

Selama Sakit : Tn. A mengatakan selama sakit kebutuhan tidur pasien terganggu. Tidurnya tidak teratur, mulai pukul 19.00, kadang hanya 1-2 jam kemudian terbangun, lalu tidur lagi. Pasien sering merasa gelisah, tidurnya tidak nyenyak, dan sering terjaga pada malam hari karena nyeri pada perutnya dan pasien merasa nyei pada luka di bokongnya.

Pola Nutrisi Metabolik

Sebelum Sakit : Tn. A mengatakan, sebelum sakit makan dan minum pasien tidak mengalami masalh. Makan 3x/hari dengan nasi, sayur, dan lauk dan habis 1 porsi. Tidak mula dan tidak muntah. Minum \pm 6-8 gelas/hari.

Selama Sakit: Tn. A mengatakan, selama sakit nafsu makan pasien menurun. Makan 3x/hari namun sedikit sedikit dan tidak habis. Kadang pasien mengeluh mual dan ingin muntah. Minum hanya sedikit, 3-4 gelas/hari.

d. Pola Eliminasi

Sebelum Sakit : Tn. A mengatakan, sebelum sakit BAB pasien teratur, 1x/hari, tidak keras dan tidak cair. BAK sering, 5-6x/hari dan tidak nyeri saat BAK.

Selama Sakit : Tn. A mengatakan, selama sakit BAB pasien tidak teratur, kadang 3 hari baru BAB. BAK hanya sedikit.

Pasien terpasang kateter, urin hanya sekitar 300 cc/hari.

e. Pola Kognitif Perseptual

Sebelum sakit : Tn. A mengatakan pasien dapat berkomunikasi dengan baik dengan orang lain, dan mengerti apa yang dibicarakan ,berespon dan berorientasi dengan baik dengan orang-orang sekitar".

Selama sakit : Tn. A mengatakan selama sakit pasien masih dapat berkomunikasi dan berespon dengan baik. Akan tetapi selama sakit pasien jarang berbicara, berbicara hanya seperlunya saja.

f. Pola Konsep Diri

Gambaran diri : Tn. A mengatakan pasien tidak pernah mengeluh dengan kondisi tubuhnya.

Identitas diri: Tn. A mengatakan pasien masih dapat mengenali dirinya sendiri.

Peran diri : Tn. A mengatakan pasien berperan sebagai ibu rumah tangga dan bekerja sebagai pedagang.

Ideal diri: Tn. A mengatakan pasien selalu mengatakan ingin hidup dengan baik, sehat, dan ingin melihat anaknya bahagia. Dan saat ini ibu berharap ingin cepat sembuh.

Harga diri : Tn. A mengatakan di rumah pasien sangat dihargai oleh anak, menantu, dan keluarga.

g. Toleransi Stres Koping

Sebelum sakit : Tn. A mengatakan jika mengalami masalah pasien selalu bercerita dengan anak anaknya atau keluarganya dan menyelesaikan masalah secara bersama sama.

Selama sakit : Tn. A mengatakan selama sakit jika mengalami masalah masih selalu bercerita pada anaknya. Dan jika merasa tidak nyaman atau sakit pasien selalu mengatakan pada anaknya.

h. Pola reproduksi-seksualitas

Pasien berjenis kelamin perempuan. Suami pasien sudah meninggal. Pasien memiliki 2 anak perempuan.

i. Pola Hubungan peran

Sebelum sakit : Tn. A mengatakan hubungan pasien dengan anak anaknya maupun keluarga lainnya sangat baik dan tidak ada masalah. Pasien berperan sebagai ibu rumah tangga dan bekerja sebagai pedagang.

Selama sakit : Tn. A mengatakan hubungan pasien dengan anak dan keluarganya tetap baik dan tidak ada masalah. Selama sakit pasien dirawat di rumah sakit sehingga tidak bisa bekerja seperti biasanya.

j. Pola Nilai dan Keyakinan

Sebelum sakit: Tn. A mengatakan sebelum sakit pasien selalu sholat 5 waktu.

Selama sakit : Tn. A mengatakan selama sakit pasien belum pernah sholat karena kondisi sakitnya.

7. Pemeriksaan Fisik

a. Sistem pernafasan

Tidak nampak retraksi dada, bentuk dada simetris, tak nampak penggunaan otot bantu nafas, tidak ada massa, pola nafas normal. fokal fremitus normal, tidak ada nyeri tekan, tidak teraba massa. suara paru sonor. suara paru vesikuler, tidak terdengar wheezing dan ronkhi

b. Sistem kardiovaskular

Tidak nampak retraksi dada, bentuk dada simetris, tak nampak penggunaan otot bantu nafas, tidak ada massa, ictus cordis tampak pada itercosta ke 5, tidak ada

nyeri tekan, tidak teraba massa, pulse teraba kuat, batas-batas jantung normal, suara redup, suara paru reguler, tidak terdengar gallop.

c. Sistem pencernaan.

abdomen flat, simetris, auskultasi gaster normal, peristaltik usus 5x/ menit. Suara lambung tympani, batas hepar normal, ada nyeri tekan di abdomen bagian kiri, tidak terasa pembesaran hepar, tak teraba adanya massa. Mukosa Bibir tampak kering. Lidah tampak putik dan kotor.

d. Sistem perkemihan

Karakteristik urine/BAK jernih, frekuensi 2-3 sehari,tidak ada nyeri pinggang, tidak terpasang alat bantu BAK, tidak ada darah, bau khas, tidak ada benjolan.

e. Sistem endokrin

Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan limfatik

f. Sistem genetalia

Klien tidak terpasang DC

g. Sistem musculoskeletal

Pergerakan sendi normal, kekuatan otot penuh, tidak ada edema, turgor kulit baik, tidak ada deformitas, tidak ada nyeri gerak, nyeri tekan, tidak ada pembengkakan pada sendi, tidak menggunakan alat bantu, tidak ada fraktur, kemampuan ADL mandi, berpakaian, eliminasi, mobilisasi di tempat tidur, pindah, ambulasi normal.

h. Sistem integumen

Turgor kulit baik, tidak ada sianosis/anemis, warna kulit sawo matang, tidak ada luka, tak ada edema, tidak ada memar, benjolan,lesi.

i. Sistem persarafan

Tidak ada tremor, reflex cahaya pupil bagus, pupil isokor 3 mm, gerak bola mata bebas ke segala arah, GCS 15, Kesadaran compos mentis, orientasi waktu, tempat, orang normal. Brudzinki negatif, kaku kuduk negatif.

B. DIAGNOSA KEPERAWATAN

Nama Pasien : Ny. R Ruang/Unit : Puskesmas Air Haji

No. Register : 002452 D. Medis : Gastritis

No Dx	Prioritas Diagnosa Keperawatan			
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis (peradangan			
	pada mukosa lambung)			
2.	Risiko infeksi berhubungan dengan pertahanan tubuh primer yang			
	tidak adekuat (integritas kulit tidak utuh)			

C. INTERVENSI KEPERAWATAN

Tgl/Waktu	No. Dx	Tujuan Keperawatan (NOC)	Rencana Tindakan (NIC)	TTD/ Nama
07 Juli 2018 / 08.30	1.	Setelah dilakukan	Pain Management :	
Wib		tindakan keperawatan	Observasi reaksi nonverbal dari ketidak	
		selama 2 jam, diharapkan	nyamanan	
		nyeri berkurang sampai	Kaji nyeri secara komprehensif meliputi (
		dengan hilang dengan	lokasi, karakteristik, dan onset, durasi,	
		criteria hasil:	frekuensi, kualitas, intensitas nyeri)	
		Pain Control:	Kaji skala nyeri	
		Pasien dapat	Gunakan komunikasi terapeutik agar klien	
		mengontrol nyeri	dapat mengekspresikan nyeri	
		Pasien melaporkan	Kaji factor yang dapat menyebabkan nyeri	
		nyeri berkurang atau	timbul	
		hilang	Anjurkan pada pasien untuk cukup istirahat	
		Frekuensi nafas dbn	Control lingkungan yang dapat	
		(16-24x/menit)	mempengaruhi nyeri	
		. Skala 0-1 dari 4	Monitor tanda tanda vital	

Tal/Walstu	No. Dx	Tujuan Keperawatan	Rencana Tindakan	TTD/ Nama
Tgl/Waktu	Igi waktu 10. Dx	(NOC)	(NIC)	11D/ Nama
		. Pasien tidak gelisah	Ajarkan tentang teknik nonfarmakologi	
		. Leukosit dbn (4000-	(relaksasi) untuk mengurangi nyeri	
		10.000 /cmm)	Jelaskan factor factor yang dapat	
			mempengaruhi nyeri	
			Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian	
			obat	
	2.	Setelah dilakukan	Infection Control:	
		tindakan keperawatan	Observasi dan laporkan tanda dan gejala	
		selama 2 jam,	infeksi seperti kemerahan, panas, nyeri, tumor.	
		diharapkan tidak terjadi	Kaji tanda tanda vital	
		infeksi, dengan criteria	Lakukan teknik perawatan luka yang tepat	
		hasil:	Tingkatkan nutrisi dan cairan	
		Risk Control:	Monitor temperature tubuh	
		Suhu tubuh dbn	Gunakan srategi untuk mencegah infeksi	
		(36,8°C)	nosokomial	
		Frekuensi nafas dbn	Anjurkan untuk istirahat yang adekuat	
		(24x/menit)	Batasi pengunjung bila perlu	

Tgl/Waktu	No. Dx	Tujuan Keperawatan	Rencana Tindakan	TTD/ Nama
1gi/ waku	No. Dx	(NOC)	(NIC)	11D/ Nama
		Tidak terjadi infeksi	Ajarkan pada klien dan keluarga cara	
		lebih laanjut	perawatan luka yang tepat	
		Tidak ada tanda tanda	. Jelaskan pada klien dan keluarga bagaimana	
		inflamasi (rubor, dolor,	mencegah infeksi	
		kalor, tumor,	. Jelaskan pada klien dan keluarga tanda dan	
		fungsiolesa)	gejala infeksi	
		Pasien dan keluarga	. Anjurkan dan ajarkan pada klien dan keluarga	
		mengetahui tindakan	mencuci tangan dengan sabun	
		yang tepat untuk	. Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian	
		mencegah infeksi	terapi obat	
		Pasien dan keluarga		
		dapat mengetahui tanda		
		dan gejala infeksi		
		Pasien dan keluarga		
		dapat mengetahui cara		
		perawatan luka yang		
		tepat		

Tgl/Waktu	No. Dx	Tujuan Keperawatan (NOC)	Rencana Tindakan (NIC)	TTD/ Nama
		Integritas kulit membaik		

E. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

	Waktu	No. Dx	Implementasi	Respon	TTD/ Nama
Tgl	Tgl Jam	No. Dx	Implementasi	Respon	11D/ Nama
	14.00	1	Menanyakan keluhan	DS: pasien mengatakan nyeri pada perutnya	
			yang dirasakan klien		
				DO: pasien terlihat lemah dan wajah terlihat	
				menahan nyeri	
			Mengukur TD, Suhu,	DO: TD: 140/80mmHg	
	14.15	1&2	menghitung nadi, RR	Nadi: 80x/menit	
			Melihat ekspresi wajah	Suhu: 36,8°C	
			nyeri klien untuk	DO: skala nyeri 2	
			menentukan skala nyeri		
	14.30		Mengajarkan teknik		
			relaksasi nafas dalam	DS: Pasien mengatakan nyeri sedikit	
			pada pasien untuk	berkurang	
	16.00	1	mengurangi nyeri		
			Menganjurkan klien	DS: pasien mengatakan "iya"	

		untuk beristirahat	DO: pasien terlihat gelisah
17.00	1	Memberikan injeksi	DO: Obat Antasida 3x1, B6 3x1, CTM 3x1
		ranitidin 25 mg	DS: keluarga pasien mengatakan pasien hanya
			mau makan sedikit karena perutnya merasa
			nyeri dan mual
		Menganjurkan pada	DS: keluarga pasien mengatakan "mbak ini
		keluarga untuk	lukanya lembab''
18.00	1&2	memberikan makan	
		pasien sedikit sedikit	
		tapi sering dan	DS: pasien mengatakan nyeri pada lukanya
		menganjurkan untuk	DO :luka lembab, kemerahan di daerah sekitar
		minum yang cukup	luka
19.00	2	Melihat luka di bokong	
		pasien, mencatat adanya	saya mengerti. Terimakasih''
		kemerahan di sekitar	
			DO: TD: 140/80 mmHg
		tanda inflamasi lainnya	Suhu : 36,8°C
19.30	2	Menjelaskan pada	
		pasien dan keluarga	
		tentang tanda dan gejala	
		infeksi serta bagaimana	
		cara mencegah	
20.00	2	terjadinya infeksi	DS: keluarga pasien mengatakan "terimakasih
		Mengukur TD, suhu,	mbak"

		menghitung nadi dan	DS: keluarga pasien mengatakan pasien sering
		RR	terlihat gelisah dan mengatakan pasien sering
		Iuv	mengeluh merasa tidak nyaman/nyeri pada
20.30		Mengecek urin output	perutnya
20.30		Mengecek urin output	
			DO: skala nyeri 3, pasien terlihat gelisah
		Memberikan injeksi	DS: pasien mengatakan "iya"
		furosemid 20 mg	DS: keluarga pasien mengatakan pasien masih
21.00			terlihat gelisah dan sulit tertidur. Pasien juga
		Melihat kondisi pasien	mengeluh perutnya masih terasa tidak nyaman
		dan menanyakan	dan kadang nyeri pada luka di bokongnya
		keluhan yang dirasakan	DS: keluarga pasien mengatakan "sama sama
		pasien	mbak, dan terimakasih juga'
07.00	1&2	Menganjurkan pada	
		pasien untuk segera	DO: TD: 127/88 mmHg
		tidur	Nadi: 71x/menit
08.00		Menanyakan pada	Suhu: 37,1°C
		keluarga pasien kondisi	RR: 26x/menit
		dan keluhan pasien	DS: pasien mengatakan perutnya kadang
			kadang masih terasa nyeri, dan lukanya perih
09.30		Memberikan pengertian	DS: keluarga pasien mengatakan tadi malam
		pada keluarga pasien,	pasien terlihat gelisah dan beberapa kali
		mengakhiri tindakan	terbangun
		(mengucapkan	DS: keluarga pasien mengatakan pasien sudah
		terimakasih dan salam)	makan, namun hanya sedikit karena pasien

10.00		Menutup tirai dan	masih mengeluh mual, minum sudah 1 gelas
		membatasi pengunjung	(240 cc)
		Mengukur TD, suhu,	DS: pasien mengeluh nyeri
		menghitung nadi dan	DO: luka masih lembab, masih kemerahan di
		RR	sekitar luka
		Menayakan kondisi dan	DS: keluarga pasien mengatakan "iya mbak,
		keluhan pasien	saya mengerti. Terimakasih"
10.25	1&2	Menanyakan pada	DS: pasien mengatakan "Iya"
		keluarga makan dan	
		minum pasien	DO: obat ranitidin 25 mg masuk melalui
		Melakukan perawatan	inj.selang infus
		luka pada pasien	DS: Keluarga pasien mengatakan "terimakasi
		Mengajarkan pada	
		keluarga teknik	
		perawatan luka yang	
	2	tepat	
		Menjelaskan pada	
		pasien dan keluarga	
		mengenai factor factor	
		yang dapat	
		menimbulkan nyeri dan	
	2	memperparah nyeri	
		Memberikan injeksi	
		ranitidin 25 mg	

	Persiapan pasien akan dipindahkan
	dipindahkan
1	

F. EVALUASI KEPERAWATAN

Waktu		Dx. Keperawatan	Evaluasi	TTD/Nama
Hari/Tgl	Jam	p	_ :	
	17.00	Nyeri akut berhubungan dengan	DS: Pasien mengatakan perutnya kadang masih	
		agen cedera biologis	terasa nyeri	
		(peradangan pada mukosa lambung)	DS: P: nyeri timbul ketika makan Q: nyeri	
			seperti mau muntah R: nyeri di daerah ulu hati T:	
			nyeri hilang timbul	
			DO: Skala: 2	
			Wajah terlihat gelisah	
			A: Tujuan belum tercapai	

	P: lanjutkan intervensi	
	(1-11)	
	DS : pasien mengatakan lukanya masih terasa	
	perih	
Risiko Infeksi berhubungan dengan	DO: luka lembab dan masih kemerahan di daerah	
pertahanan tubuh primer tidak	sekitar luka	
adekuat (integritas kulit tidak utuh)	A: Tujuan belum tercapai	
	P: Lanjutkan intervensi	
	(1, 2, 3, 4, 5, 13)	

BAB IV

PEMBAHASAN

Pada bab ini penulis menyajikan persamaan dan perbedaan yang terdapat dalam tinjauan teoritis dengan tinjauan kasus. Untuk mendapatkan pembahasan yang sistematis, maka penulis membahasnya berdasarkan proses keperawatan yaitu pengkajian kepada pasien, diagnosa yang keluar dari hasil pengkajian maka timbullah perencanaan yang dilakukan kepada pasien tersebut, melaksanaan dari hasil perencanaan dan evaluasi hasil dari tindakan, rencana yang diberikan kepada pasien.

A. Pengkajian.

Ditinjau secara umum, maka hasil pengkajian pada tinjauan kasus tidak jauh berbeda dengan pengkajian pada tinjauan teoritis. Setelah penulis melakukan pengkajian pada Ny. Rdengan Gastritis di dapatkan hasil pengkajian pada tinjauan kasus klien mual dan nyeri dibagian epigastrium, klien tampak cemas, dan wajah meringis. Pada tinjauan teoritis juga di jumpai hal demikian, Pada tinjauan kasus hal-hal tersebut ditemukan dan dialami oleh klien.

Pada pengkajian intergitas ego dalam tinjauan teoritis ditemukan adanya stress akut, ansietas, khawatir, takut. Sedangkan pada tinjauan kasus tidak dijumpai semua tanda dan gejala dari stress.

B. Diagnosa keperawatan.

Adapun diagnosa yang terdapat pada tinjauan teoritis tetapi tidak terdapat pada tinjauan kasus yaitu Kekurangan volume cairan berhubungan dengan perdarahan mungkin dibuktikan dengan hipotensi, pengisian kapiler lambat,

perubahan mental, gelisah, urine pekat, pucat, berkeringat. Risiko tinggi terhadap kerusakan perfusi jaringan berhubungan dengan hipovolemia. Ansietas/ketakutan berhubungan dengan perubahan status kesehatan, ancaman kematian mungkin dibuktikan dengan peningkatan tegangan, gelisah, mudah terangsang, takut. Gemetar, takikardia, berkeringat, menolak, panik atau perilaku menyerang. Kurang pengetahuan tentang proses penyakit, prognosis, dan kebutuhan pengobatan berhubungan dengan kurang informasi/kurang mengingat, tidak mengenal sumber informasi, kesalahan interpretasi mungkin dibuktikan dengan pernyataan masalah, permintaan informasi dan klien tidak stress.

Sedangkan diagnosa gangguan nutrisi dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan Anorexia. Diagnosa ini tidak terdapat pada tinjauan teoritis tetapi trdapat ditinjauan kasus, hal ini penulis menjumpai langsung keluhan dari klien pada saat anamnese/pengkajian. Diagnosa itu muncul dikarnakan klien tidak nafsu makanan yang disediakan dan tidak dihabiskan, sehingga berat badan menurun. Gangguan rasa nyaman/nyeri Epigastrium berhubungan dengan agen cedera biologis. Ini terdapat pada tinjauan kasus dan juga terdapat di tinjauan teoritis. Hal ini dilihat dari kesamaan antara diagnosa teoritis dengan kasus. Dalam hal ini teori dengan praktek/kasus tidak jauh berbeda.

C. Perencanaan asuhan keperawatan.

Pada tahap perencanaan penulis tidak banyak menemui permasalahan dalam merencanakan intervensi. Sesuai dengan permasalahan yang dialami klien, maka rencana keperawatan juga sesuai menurut prioritas agar pemenuhan kebutuhan klien dapat dipenuhi. Dan perencanaan yang ada pada tinjauan kasus tidak jauh berbeda dengan perencanaan pada tinjauan teoritis.

Seperti pada diagnosa gangguan rasa nyaman/nyeri Epigastrium berhubungan dengan luka bakar kimia pada mukosa gaster. Pada tinjauan teoritis terdapat perencanaan periksa tanda-tanda vital, catat keluhan nyeri, kaji faktor yang meningkatkan nyeri, berikan makan sedikit sering. Namun pada tinjauan kasus juga dilakukan perencanaan yang ada pada tinjauan teoritis.

D. Pelaksanaan keperawatan.

Pada tahap pelaksanaan keperawatan yang penulis laksanakan sesuai dengan perencanaan yang telah direncanakan sebelumnya seperti pemeriksaan tanda-tanda vital, mengatur posisi klien senyaman mungkin, banyak perencanaan dilihat dari perencanaan halaman sebelum-sebelumnya, dan hal-hal yang sesuai dengan kebutuhan klien sehubungan dengan permasalahan yang timbul selama perawatan.

E. Evaluasi.

Hasil penilaian terhadap keberhasilan yang penulis lakukan pada klien Ny. Rumumnya masalah dapat teratasi/terpecahkan karena klien mau mematuhi dan melaksanakan semua tindakan google pengobatan dan perawatan yang diberikan kepada klien. Hal ini dapat dilihat kedua masalah teratasi. Dari hasil evaluasi teratasi yaitu. Gangguan rasa nyaman/nyeri berhubungan dengan agen cedera biogis Alternatif pemecahan masalah yang penulis lakukan disini adalah beberapa penyusunan rencana tidak lanjut dan diteruskan oleh keluarga cara yang telah diterapkan apabila timbul hal yang demikian.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Gastritis atau lebih dikenal sebagai magh berasal dari bahasa yunani yaitu gastro, yang berarti perut/lambung dan itis yang berarti inflamasi/peradangan. Gastritis bukan merupakan penyakit tunggal, tetapi terbentuk dari beberapa kondisi yang kesemuanya itu mengakibatkan peradangan pada lambung. Biasanya, peradangan tersebut merupakan akibat dari infeksi oleh bakteri yang sama dengan bakteri yang dapat mengakibatkan borok di lambung yaitu Helicobacter pylori.

Gastritis biasanya terjadi ketika mekanisme pelindung ini kewalahan dan mengakibatkan rusak dan meradangnya dinding lambung.

Gastritis yang terjadi tiba – tiba (akut) biasanya mempunyai gejala mual dan sakit pada perut bagian atas, sedangkan gastritis kronis yang berkembang secara bertahap biasanya mempunyai gejala seperti sakit yang ringan pada perut bagian atas dan terasa penuh atau kehilangan selera. Bagi sebagian orang, gastritis kronis tidak menyebabkan apapun.

Pada gastritis akut zat iritasi yang masuk ke dalam lambung akan mengiitasi mukosa lambung. Sedangkan pada gastritis kronik disebabkan oleh bakteri gram negatif Helicobacter pylori. Bakteri patogen ini (helicobacter pylori) menginfeksi tubuh seseorang melalui oral, dan paling sering ditularkan dari ibu ke bayi tanpa ada penampakan gejala (asimptomatik).

B. Saran

- Diharapkan kita dapat menjaga lambung kita dari makanan dan minuman yang masuk ke tubuh agar tidak terinfeksi oleh bakteri Helicobacter pylori. Penyebab yang lain yang dapat menimbulkan gastritis adalah stres fisik, bila stres meningkat maka produksi HCL (asam lambung) yang mengakibatkan pH dalam lambung menjadi asam sehingga dapat merusak lapisan lambung, oleh karena itu disarankan untuk tidak menyepelekan stres tersebut.
- □ Dengan penjabaran mengenai pencegahan gastritis, diharapkan kita lebih berhati-hati terhadap makanan maupun faktor lain yang menyebabkan resiko infeksi pada lapisan lambung.

DAFTAR PUSTAKA

- Doengoes, Marilyn. E.dkk. 2006. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. Jakarta: Pusat Penerbitan Departemen Ilmu Penyakit Dalam FKUI
- Bruner & Sudart, (2002), Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah, Vol. 2, Edisi 8, EGC, Jakarta

KARYA TULIS ILMIAH LAPORAN STUDI KASUS

ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. R DENGAN GASTRITIS DIRUANG POLI BP PUSKESMAS AIR HAJI TAHUN 2018



OLEH:

BUSTAMI

NIM: 1714401108

PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
PERINTIS PADANG
TAHUN 2018

ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny.R DENGAN GASTRITIS DI RUANG POLI BP PUSKESMAS AIR HAJI

TAHUN 2018

LAPORAN UJIAN PENGAMATAN KASUS

Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Dalam Menyelesaikan Pendidikan Program Diploma III Keperawatan Di STIKes Perintis Padang



OLEH:

BUSTAMI

NIM: 1714401108

PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
PERINTIS PADANG
TAHUN 2018









