

**KARYA TULIS ILMIAH
LAPORAN STUDI KASUS**

**ASUHAN KEPERAWATAN GASTRITIS PADA KLIEN NY.I DI
WILAYAH KERJA PUSKESMAS KOTO BARU**



OLEH :

NELVAWATI

NIM : 1714401137

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

**ASUHAN KEPERAWATAN GASTRITIS PADA KLIEN NY.I DI
WILAYAH KERJA PUSKESMAS KOTO BARU
TAHUN 2018**

LAPORAN STUDI KASUS

Diajukan

*Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Dalam menyelesaikan Pendidikan Program Diploma
III Keperawatan Di STIKes Perintis Padang*



OLEH :

**NELVAWATI
NIM : 1714401137**

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

PERNYATAAN PERSETUJUAN

Laporan Ujian Pengamatan Kasus Berjudul “**Asuhan Keperawatan Gastritis Pada Klien Ny.I di Wilayah Kerja Puskesmas Koto Baru Tahun 2018**” ini telah di periksa dan disetujui oleh TIM Penguji Ujian Pengamatan Kasus Program Studi D III Keperawatan STIKes Perintis Padang.

Koto Baru, 12 Juli 2018

Tim Penguji

Pembimbing I

Penguji I

(Ns. Ida Suryati, M.Kep)

NIK.1420130047501027

(Ns. Lisa Mustika Sari, M.Kep)

NIK. 1420114098511072

Mengetahui
Ka Prodi D III Keperawatan
STIKes Perintis Padang

(Ns. Endra Amalia, S.Kep, M.Kep)

NIK: 1420123106993012

KATA PENGANTAR

Syukur Alhamdulillah penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, berkat rahmat dan hidayah-Nyalah Karya Tulis Ilmiah ini dapat diselesaikan tepat pada waktunya dengan judul “Asuhan Keperawatan Gastritis Pada Klien Ny.I di Wilayah Kerja Puskesmas Koto Baru Tahun 2018”. Shalawat dan salam semoga tercurah pada junjungan kita Nabi Muhammad SAW yang telah berjuang dengan semangatnya yang begitu mulia yang telah membawa kita dari jaman jahilliyah kepada jaman islamiyah.

Karya Tulis Ilmiah ini disusun sebagai salah satu syarat akhir bagi mahasiswa Program Studi D III Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Perintis Padang, untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan. Dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini banyak sekali hambatan yang penulis temui, berkat keyakinan, kemauan penulis dan dorongan dari semua pihak akhirnya Karya Tulis Ilmiah ini dapat terselesaikan.

Penulis menyadari Karya Tulis Ilmiah ini jauh dari kesempurnaan dan banyak kekurangannya, maka dari itu penulis mohon saran dan kritik yang sifatnya membangun dari pembaca. Pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih banyak kepada yang terhormat :

1. Bapak Yendrizal Jafri, S.Kp, M.BioMed selaku Ketua STIKes Perintis Padang.
2. Ibu Ns. Endra Amelia, M.Kep selaku Kepala Prodi D III Keperawatan STIKes Perintis Padang.
3. Bapak Andri Dedi, SKM, MM selaku Kepala Puskesmas Koto Baru yang telah memberi izin dinas selama proses perkuliahan.

4. Bapak Ns. Ida Suryati, M.Kep selaku pembimbing yang telah mengarahkan penulis hingga selesainya Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Ibu Ns. Lisa Mustika Sari M. Kep selaku TIM Penguji.
6. Para Dosen yang telah memberikan ilmu pengetahuan selama dalam proses perkuliahan.
7. Orang tua, suami dan anak-anak tercinta yang telah memberikan dorongan semangat baik moril maupun materil kepada penulis dalam mencapai cita-cita.
8. Rekan-rekan seperjuangan yang telah banyak membantu dan memberikan masukan yang berharga dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini.
9. Klien (Ny.I) beserta keluarga yang telah mengizinkan penulis menjadikan dirinya sebagai klien dalam Karya Tulis Ilmiah ini.

Seterusnya penulis mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah banyak membantu dan semoga mendapat imbalan yang setimpal dari Tuhan YME, kepada-Nyalah kita berserah diri dan bermohon bahwa Karya Tulis Ilmiah ini hendaknya dapat bermanfaat bagi semua pihak.

Koto Baru, 12 Juli 2018

Penulis

DAFTAR ISI

PERNYATAAN PERSETUJUAN	
KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI.....	ii
DAFTAR GAMBAR.....	v
DAFTAR TABEL	vi
BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Tujuan.....	4
1.2.1 Tujuan Umum.....	4
1.2.2 Tujuan Khusus	4
1.3 Manfaat Penulis.....	4
BAB II TINJAUAN TEORITIS	
2.1 Konsep Dasar	6
2.1.1 Pengertian	6
2.1.2 Anatomi dan Fisiologi	7
2.1.3 Etiologi	23
2.1.4 Manifestasi Klinis	25
2.1.5 Patofisiologis disertai Web of Caution (WOC).....	25
2.1.6 Pemeriksaan Penunjang.....	28
2.1.7 Penatalaksanaan	29
2.1.8 Komplikasi	31
2.2 Asuhan keperawatan	31
2.2.1 Pengkajian Fokus.....	31
2.2.2 Diagnosa Keperawatan	34
2.2.3 Rencana Asuhan Keperawatan	36
2.2.4 Implementasi Keperawatan	40
2.2.5 Evaluasi Keperawatan	40

BAB III TINJAUAN KASUS

3.1 Pengkajian	41
3.2 Diagnosa Keperawatan	48
3.3 Rencana Asuhan Keperawatan	49
3.4 Implementasi dan Evaluasi	51

BAB IV PEMBAHASAN

4.1 Pengkajian	53
4.2 Diagnosa Keperawatan	54
4.3 Intervensi	55
4.4 Implementasi Keperawatan	56
4.5 Evaluasi Keperawatan	57

BAB V PENUTUP

5.1 Kesimpulan	59
5.2 Saran	60

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Lambung	7
----------------------------------	---

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Data Biologis.....	44
Tabel 3.2 Analisa Data Fokus	45
Tabel 3.3 Rencana Asuhan Keperawatan	49
Tabel 3.4 Implementasi dan Evaluasi	51

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Gastritis adalah proses inflamasi pada lapisan mukosa dan sub-mukosa lambung. Secara histopatologi dapat dibuktikan dengan adanya infiltrasi sel-sel radang pada daerah tersebut. Gastritis merupakan salah satu penyakit yang paling banyak dijumpai di klinik penyakit dalam (Hirlan dalam Sudoyo,2006).

Penyakit gastritis yang dikenal dengan gastritis saluran pencernaan bagian atas yang banyak dikeluhkan masyarakat dan paling banyak dibagian gastroenterologi (Mustakim, 2009). Herlan (2001), menyatakan gastritis bukanlah penyakit tunggal, tetapi beberapa kondisi yang mengacu pada peradangan lambung. Biasanya peradangan tersebut merupakan akibat dari infeksi bakteri yang dapat mengakibatkan borok lambung yaitu *Helicobacter Pylory*.

Budiana (2006), mengatakan bahwa gastritis ini tersebar di seluruh dunia dan bahkan diperkirakan diderita lebih dari 1,7 milyar. Pada negara yang sedang berkembang infeksi diperoleh pada usia dini dan pada negara maju sebagian besar dijumpai pada usia tua.

Angka kejadian infeksi gastritis *Helicobacter pylory* pada beberapa daerah di Indonesia menunjukkan data yang cukup tinggi. Menurut Maulidiyah dan Unun (2006), di Kota Surabaya angka kejadian gastritis sebesar 31,2%, Denpasar 46%, sedangkan di Medan angka kejadian infeksi *Helicobacter pylory* cukup tinggi sebesar 91,6%. Adanya penemuan infeksi

Helicobacter pylory ini mungkin berdampak pada tingginya kejadian gastritis. Faktor etiologi gastritis lainnya adalah asupan alkohol berlebihan (20%), merokok (5%), makanan berbumbu (15%), obat-obatan (18%) dan teraphy radiasi (2%) (Herlan, 2001).

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan di salah satu rumah sakit swasta di Jawa Tengah pada tahun 2010, penyakit gastritis berada diperingkat ke-6 dari sepuluh besar penyakit dalam, pada pasien rawat jalan. Dalam tahun 2010 jumlah penderita gastritis sebanyak 507 orang pada pasien rawat jalan, sedangkan pada pasien rawat inap sebanyak 225 orang. Rata – rata perbulannya penderita gastritis selama tahun 2010 adalah 61 orang, dari jumlah pasien rawat jalan maupun rawat inap.

Keluhan gastritis merupakan suatu keadaan yang sering dan banyak dijumpai dalam kehidupan sehari-hari. Tidak jarang kita jumpai penderita gastritis kronis selama bertahun-tahun pindah dari satu dokter ke dokter yang lain untuk mengobati keluhan gastritis tersebut. Berbagai obat-obatan penekan asam lambung sudah pernah diminum seperti antasid, namun keluhan selalu datang silih berganti. Keluhan yang berkepanjangan dalam menyembuhkan gastritis ini, dapat menimbulkan stress. Sekitar 10% penderita gastritis mengalami stress dan pengobatannya mengeluarkan biaya yang tidak sedikit. Bagi penderita gastritis, stress ini bukan tidak mungkin justru menambah berat gastritis penderita yang sudah ada (Budiana, 2006).

Gastritis adalah penyakit yang dapat kambuh sewaktu-waktu, dan biasanya gastritis kambuh karena beberapa faktor sebagai berikut, yakni: Konsumsi alkohol secara berlebihan karena dapat mengikis dan mengiritasi

mukosa lambung sehingga dinding lambung lebih rentan terhadap asam lambung bahkan dalam keadaan normal. Penggunaan kokain juga merusak lambung dan dapat menyebabkan perdarahan. Merokok, dan mengonsumsi kafein berlebihan juga bisa menjadi penyebab kambuhnya gastritis. Kurangnya olah raga, stress psikologis dan pola makan yang tidak teratur.

Perawat berperan sebagai pemberi asuhan keperawatan, edukator, advokat, konselor, manajer, koordinator, penelitian. Sebagai edukator perawat membantu klien dalam meningkatkan tingkat pengetahuan kesehatan mengenai penyakit gastritis, sehingga klien dapat melakukan pencegahan gastritis tidak kambuh berulang dan melakukan pencegahan komplikasi-komplikasi yang dapat terjadi akibat dari gastritis. Perawat juga berperan sebagai pemberi asuhan keperawatan secara komprehensif yang sesuai dengan standar operasional prosedur.

Puskesmas Koto Baru merupakan salah satu tempat pelayanan kesehatan di Kecamatan Lengayang, Puskesmas Koto Baru merupakan puskesmas rawat jalan. Berdasarkan laporan tahunan Puskesmas Koto Baru tahun 2017 data penyakit gastritis merupakan penyakit terbanyak no. 2 yaitu 4.745 kasus gastritis.

Berdasarkan fenomena di atas, maka penulis tertarik untuk mengambil judul “Asuhan Keperawatan Pada Ny. I Dengan Gastritis di Puskesmas Koto Baru Kecamatan Lengayang”.

1.2 Tujuan Penulisan

1.2.1 Tujuan umum

Mengetahui asuhan keperawatan pada Ny. I Dengan Gastritis di Puskesmas Koto Baru Kecamatan Lengayang

1.2.2 Tujuan khusus

- a. Mendiskripsikan Pengkajian pada pasien dengan di Puskesmas Koto Baru Kecamatan Lengayang
- b. Mendeskripsikan Diagnosa Keperawatan yang terjadi pada pasien gastritis di Puskesmas Koto Baru Kecamatan Lengayang
- c. Mendeskripsikan Rencana Tindakan Keperawatan pada pasien dengan gastritis di Puskesmas Koto Baru Kecamatan Lengayang
- d. Mendeskripsikan tindakan keperawatan pada pasien gastritis di Puskesmas Koto Baru Kecamatan Lengayang
- e. Mendeskripsikan evaluasi yang dapat dilakukan pada pasien gastritis di Puskesmas Koto Baru Kecamatan Lengayang

1.3 Manfaat Penulis

1. Bagi Penulis

Untuk meningkatkan pengetahuan mengenai penelitian secara umum (teoritis) dan menambah pengetahuan tentang gastritis hubungannya dengan upaya pencegahan kekambuhan pada klien gastritis.

2. Bagi perawat

Sebagai bahan pertimbangan pentingnya penyuluhan kesehatan mengenai gastritis dan penatalaksanaan gastritis dalam rangka mengurangi

kekambuhan terjadinya penyakit gastritis.

3. Bagi masyarakat

Untuk menjadikan motivasi bagi pasien atau masyarakat dalam upaya meningkatkan kepatuhan dalam penatalaksanaan penyakit sehingga dapat mempertahankan kualitas hidup pasien gastritis

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

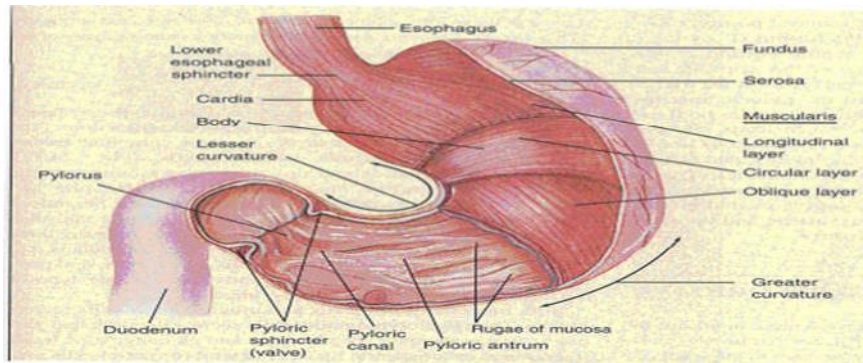
2.1 Konsep Dasar

2.1.1 Pengertian

Gastritis merupakan salah satu penyakit yang paling banyak dijumpai di klinik penyakit dalam dan kehidupan sehari-hari. Gastritis adalah proses inflamasi pada mukosa dan submukosa lambung atau gangguan kesehatan yang disebabkan oleh faktor iritasi dan infeksi. Secara histopatologi dapat dibuktikan dengan adanya infiltrasi sel-sel radang pada daerah tersebut (Hirlan, 2009). Gastritis atau lebih dikenal sebagai magh berasal dari bahasa Yunani yaitu *gastro*, yang berarti perut/lambung dan *itis* yang berarti inflamasi/peradangan. Gastritis adalah suatu keadaan peradangan atau peradangan mukosa lambung yang bersifat akut, kronis, difus dan lokal. Ada dua jenis gastritis yang terjadi yaitu gastritis akut dan kronik (Price dan Wilson, 2005). Inflamasi ini mengakibatkan sel darah putih menuju ke dinding lambung sebagai respon terjadinya kelainan pada bagian tersebut. Berdasarkan pemeriksaan endoskopi ditemukan eritema mukosa, sedangkan hasil foto memperlihatkan iregularitas mukosa (Wibowo, 2007).

2.1.2 Anatomi dan Fisiologi

a. Anatomi



Gambar 2.1. Anatomi Lambung

Lambung adalah bagian dari saluran pencernaan yang dapat mekar paling banyak terutama di daerah epigaster, dan sebagian di sebelah kiri daerah hipokondriak dan umbilikal. Lambung terdiri dari bagian atas fundus uteri berhubungan dengan osofagus melalui orifisium pilorik, terletak di bawah diafragma di depan pankreas dan limpa, menempel disebelah kiri fundus uteri.

Secara anatomis lambung terdiri dari :

1. *Fundus Fentrikuli*, bagian yang menonjol keatas terletak sebelah kiri osteum kardium dan biasanya penuh berisi gas.
2. *Korpus Ventrikuli*, setinggi osteum kardium, suatu lekukan pada bagian bawah *kurvantura minor*.
3. *Antrum Pilorus*, bagian lambung berbentuk tabung mempunyai otot yang tebal membentuk *spinter pilorus*.
4. *Kurvatura Minor*, terdapat sebelah kanan lambung terbentang dari *osteum lkardiak* sampai ke *pilorus*.

5. *Kurvatura Mayor*, lebih panjang dari pada *kurvatura minor* terbentang dari sisi kiri *osteum kardiakum* melalui *fundus fentrikuli* menuju ke kanan sampai ke *pilorus inferior*. *Ligamentum gastro lienalis* terbentang dari bagian atas *kurvatura mayor* sampai ke *limpa*.
6. *Osteum Kardiakum*, merupakan tempat dimana *osofagus* bagian abdomen masuk ke lambung. Pada bagian ini terdapat *orifisium pilorik*(Setiadi, 2007).

Lambung terletak dibawah diafragma didepan pankreas dan limfa menempel pada sebelah kiri fundus. Kedua ujung lambung dilindungi oleh sfingter yang mengatur pemasukan dan pengeluaran. Sfingter kardia atau sfingter esofagus bawah, mengalirkan makanan masuk kedalam lambung dan mencegah refluks isi lambung memasuki esofagus kembali. Daerah lambung tempat pembukaan sfingter kardia dikenal dengan nama daerah kardia. Di saat sfingter pilorikum berelaksasi makanan masuk ke dalam duodenum dan ketika berkontraksi sfingter ini akan mencegah terjadinya aliran balik isi usus halus ke dalam lambung. Sfingter pilorus memiliki arti klinis yang penting karena dapat mengalami stenosis (penyempitan pilorus yang menyumbat) sebagai komplikasi dari penyakit tukak lambung. Stenosis pilorus atau pilorospasme terjadi bila serat-serat otot disekelilingnya mengalami hipertropi atau spasme sehingga sfingter gagal berelaksasi untuk mengalirkan makanan dari lambung ke dalam duodenum.

Lambung terdiri atas empat bagian yaitu :

a. Tunika serosa atau lapisan luar

Merupakan bagian dari peritonium viseralis. Dua lapisan peritonium viseralis menyatu pada kurvatura minor lambung dan duodenum dan terus memanjang ke arah hati, membentuk omentum minus. Lipatan peritonium yang keluar dari satu organ menuju ke organ lain disebut sebagai ligamentum. Omentum minor terdiri atas ligamentum hepatogastrikum dan hepatoduodenalis, menyokong lambung sepanjang kurvatura minor sampai ke hati. Pada kurvatura mayor, peritonium terus ke bawah membentuk omentum mayus, yang menutupi usus halus dari depan seperti apron besar. Sakus omentum minus adalah tempat yang sering terjadi penimbunan cairan (pseudokista pankreatikum) akibat komplikasi pankreatitis akut.

b. Lapisan berotot (Muskularis)

Tersusun dari tiga lapis otot polos yaitu :

- 1) Lapisan longitudinal, yang paling luar terbentang dari esofagus ke bawah dan terutama melewati kurvatura minor dan mayor.
- 2) Lapisan otot sirkuler, yang ditengah merupakan lapisan yang paling tebal dan terletak di pilorus serta membentuk otot sfingter dan berada dibawah lapisan pertama.
- 3) Lapisan oblik, lapisan yang paling dalam merupakan lanjutan lapisan otot sirkuler esofagus dan paling tebal pada daerah fundus dan terbentang sampai pilorus.

c. Lapisan submukosa

Terdiri dari jaringan areolar jarang yang menghubungkan lapisan mukosa dan lapisan muskularis. Jaringan ini memungkinkan mukosa bergerak bersama gerakan peristaltik. Lapisan ini mengandung pleksus saraf dan saluran limfe.

d. Lapisan mukosa

Lapisan dalam lambung tersusun dari lipatan-lipatan longitudinal yang disebut *rugae*. Ada beberapa tipe kelenjar pada lapisan ini yaitu:

- 1) Kelenjar kardia, berada dekat orifisium kardia. Kelenjar ini mensekresikan mukus.
- 2) Kelenjar fundus atau gastrik, terletak di fundus dan pada hampir seluruh korpus lambung. Kelenjar gastrik memiliki tiga tipe utama sel yaitu :
 - a) Sel-sel zimogenik atau *chief cell*, mensekresikan pepsinogen diubah menjadi pepsin dalam suasana asam.
 - b) Sel-sel parietal, mensekresikan asam hidroklorida dan faktor intrinsik. Faktor intrinsik diperlukan untuk absorpsi vitamin B₁₂ di dalam usus halus. Kekurangan faktor intrinsik akan mengakibatkan anemia pernisiiosa.
 - c) Sel-sel mukus (leher), di temukan di leher fundus atau kelenjar-kelenjar gastrik. Sel-sel ini mensekresikan mukus. Hormon gastrin diproduksi oleh sel G yang terletak pada daerah pilorus lambung. Gastrin merangsang kelenjar gastrik untuk menghasilkan asam hidroklorida dan

pepsinogen. Substansi lain yang di sekresikan oleh lambung enzim dan berbagai elektrolit, terutama ion-ion natrium, kalium, dan klorida(Price, 2005).

Struktur syaraf penyokong lambung :Persyarafan lambung sepenuhnya otonom. Suplai saraf parasimpatis untuk lambung dan duodenum dihantarkan ke dan dari abdomen melalui saraf vagus. Trunkus vagus mencabangkan ramus gastrik, pilorik, hepatic, dan seliaka.

Persarafan simpatis adalah melalui saraf *splanchnikus major* dan *ganglia seliakum*. Serabut-serabut eferen menghantarkan impuls nyeri yang di rangsang oleh peregangan, kontraksi otot dan peradangan, dan di rasakan di daerah epigastrium. Serabut-serabut eferen simpatis menghambat pergerakan dan sekresi lambung. Pleksus saraf mesenterikus (*auerbach*) dan submukosa (*meissner*) membentuk persarafan intrinsik dinding lambung dan mengkoordinasi aktivitas motorik dan sekresi mukosa lambung. Komponen vaskularisasi pada lambung : Seluruh suplai darah di lambung dan pankreas (serta hati, empedu dan limfa) terutama berasal dari *arteri seliaka* atau *trunkus seliaka*, yang mempercabangkan cabang-cabang yang ensuplai kurvatura minor dan mayor. Dua cabang arteri yang penting dalam klinis adalah *arteria gastroduodenalis* dan *arteria pankreatikoduodenalis* (*retroduodenalis*) yang berjalan sepanjang bulbus posterior duodenum. Tukak dinding posterior duodenum dapat mengerosi arteri ini dan menyebabkan perdarahan. Darah vena dari lambung dan duodenum, serta yang berasal dari pankreas, limpa dan bagian lain saluran cerna berjalan ke hati melalui vena porta(Price, 2005)

b. Fisiologi

Saluran gastrointestinal (GI) merupakan serangkaian organ muskular berongga yang dilapisi oleh membran mukosa (selaput lendir). Tujuan kerja organ ini adalah mengabsorpsi cairan dan nutrisi, menyiapkan makanan untuk diabsorpsi dan digunakan oleh sel-sel tubuh, serta menyediakan tempat penyimpanan feses sementara. Saluran GI mengabsorpsi dalam jumlah besar sehingga fungsi utama sistem GI adalah membuat keseimbangan cairan, selain menelan cairan dan makanan, saluran GI juga menerima banyak sekresi dari organ-organ, seperti kandung empedu dan pankreas. Setiap kondisi yang serius mengganggu absorpsi atau sekresi normal cairan GI, dapat menyebabkan ketidakseimbangan cairan.

Sistem pencernaan (mulai dari mulut sampai anus) berfungsi sebagai berikut :

1. Mulut

Saluran GI secara mekanisme dan kimiawi memecah nutrisi ke ukuran dan bentuk yang sesuai. Semua organ pencernaan bekerja sama untuk memastikan bahwa masa atau bolus makanan mencapai daerah absorpsi nutrisi dengan aman dan efektif. Pencernaan kimiawi dan mekanisme dimulai dari mulut. Gigi mengunyah makanan, memecahnya menjadi berukuran yang dapat ditelan. Sekresi saliva mengandung enzim, seperti ptialin, yang mengawali pencernaan unsur-unsur makanan tertentu. Saliva mencairkan dan melunakkan bolus makanan di dalam mulut sehingga lebih mudah ditelan (Potter & Perry,

2005).

2. Faring (tekak)

Merupakan organ yang menghubungkan organ mulut dengan kerongkongan. Di dalam lengkung faring terdapat tonsil yaitu kumpulan kelenjar limfe yang banyak mengandung limfosit dan merupakan pertahanan terhadap infeksi. Disini terletak bersimpangan antara jalan nafas dan jalan makanan, yang letaknya dibelakang rongga mulut dan rongga hidung, di depan ruas tulang belakang.

Jalan udara dan jalan makanan pada faring terjadi penyilangan. Jalan udara masuk ke bagian depan terus ke leher bagian depan sedangkan jalan makanan masuk ke belakang dari jalan nafas dan didepan dari ruas tulang belakang. Makanan melewati epiglotis lateral melalui *ressus preformis* masuk ke *esofagus* tanpa membahayakan jalan udara. Gerakan menelan mencegah masuknya makanan ke jalan udara, pada waktu yang sama jalan udara di tutup sementara. Permulaan menelan, otot mulut dan lidah kontraksi secara bersamaan (Setiadi, 2007).

3. Esofagus

Merupakan saluran yang menghubungkan tekak dengan lambung, panjangnya sekitar 9 sampai dengan 25 cm dengan diameter sekitar 2,54 cm, mulai dari faring sampai pintu masuk kardiak di bawah lambung. Esofagus berawal pada area laringofaring, melewati diafragma dan hiatus esofagus. Esofagus terletak di belakang trakea

dan di depan tulang punggung setelah melalui torak menembus diafragma masuk ke dalam abdomen menyambung dengan lambung. Lapisan terdiri dari empat lapis yaitu mukosa, submukosa, otot (longitudinal dan sirkuler), dan jaringan ikat renggang. Makanan atau bolus berjalan dalam esofagus karena gerakan peristaltik, yang berlangsung hanya beberapa detik saja (Setiadi, 2007).

Begitu makanan masuk bagian atas esofagus, makanan berjalan melalui sfingter esofagus bagian atas, yang merupakan otot sirkular, yang mencegah udara memasuki esofagus dan makanan mengalami refluks (bergerak ke belakang) kembali ke tenggorok. Bolus makanan menelusuri esofagus yang panjangnya kira-kira 25 cm. Makanan didorong oleh gerakan peristaltik lambat yang dihasilkan oleh kontraksi involunter dan relaksasi otot halus secara bergantian. Pada saat bagian esofagus berkontraksi di atas bolus makanan, otot sirkular di bawah (atau di depan) bolus berelaksasi. Kontraksi-relaksasi otot halus yang saling bergantian ini mendorong makanan menuju gelombang berikutnya. Dalam 15 detik, bolus makanan bergerak menuruni esofagus dan mencapai sfingter esofagus bagian bawah. Sfingter esofagus bagian bawah terletak diantara esofagus dan lambung. Faktor-faktor yang mempengaruhi tekanan sfingter esofagus bagian bawah meliputi antasid, yang meminimalkan refluks, dan nikotin serta makanan berlemak, yang meningkatkan refluk (Potter, 2005)

4. Lambung

Merupakan bagian dari saluran yang dapat mengembang paling banyak terutama di daerah epigaster, lambung terdiri dari bagian atas fundus uteri berhubungan dengan esofagus melalui orifisium pilorik, terletak di bawah diafragma di depan pankreas dan limpa, menempel di sebelah kiri fundus uteri.

Getah cerna lambung yang dihasilkan antara lain:

- a) *Pepsin*, fungsinya memecah putih telur menjadi asam amino (albumin dan pepton)
- b) *Asam garam* (HCl), fungsinya mengasamkan makanan, sebagai antiseptik dan desinfektan dan membuat suasana asam pada pepsinogen sehingga menjadi pepsin.
- c) *Renin*, fungsinya sebagai ragi yang membekukan susu dan membentuk kasein dari kaseinogen (kaseinogen dan protein susu)
- d) Lapisan lambung, jumlahnya sedikit yang memecah lemak menjadi asam lemak yang merangsang getah lambung.

Digesti dalam lambung diantaranya :

- 1) Digesti protein, pepsinogen yang diekskresi oleh sel chief diubah menjadi pepsin oleh asam klorida yang disekresi oleh sel parietal. Pepsin menghidrolisis protein menjadi polipeptida. Dan pepsin adalah enzim yang hanya bekerja dengan pH dibawah 5
- 2) Lemak, enzim lipase yang disekresi oleh sel chief

menghidrolisis lemak susu menjadi asam lemak dan gliserol, tetapi aktivitasnya terbatas dalam kadar PH yang rendah.

- c) Karbohidrat, enzim amilase dalam saliva yang menghidrolisis zat tepung bekerja pada PH netral. Enzim ini terbawa bersama bolus dan tetap bekerja dalam lambung sampai asiditas lambung menembus bolus. Lambung tidak mensekresi enzim untuk mencerna karbohidrat.

Didalam lambung, makanan disimpan untuk sementara dan secara mekanis dan kimiawi dipecah untuk dicerna dan di absorpsi. Lambung menyekresi asam hidroklorida (HCl), leher, enzim pepsin, dan faktor intrinsik. Konsentrasi HCl mempengaruhi keasaman lambung dan keseimbangan asam-basa tubuh. HCl membantu mencampur dan memecah makanan di lambung. Lendir melindungi mukosa lambung dari keasaman dan aktifitas enzim. Pepsin mencerna protein, walaupun tidak banyak pencernaan yang berlangsung dilambung. Faktor intrinsik adalah komponen penting yang di butuhkan untuk absorpsi vitamin B₁₂ didalam usus dan selanjutnya untuk pembentukan sel darah merah normal. Kekurangan faktor intrinsik ini mengakibatkan anemia pernisiiosa. Sebelum makanan meninggalkan lambung, makanan diubah menjadi makanan semicair yang disebut kimus. Kimus lebih mudah dicerna dan diabsorpsi dari pada makanan padat. Klien yang sebagian lambungnya diangkat atau yang memiliki pengosongan lambung yang cepat (seperti

pada gastritis) dapat mengalami masalah pencernaan yang serius karena makanan tidak dipecah menjadi kimus (Potter, 2005)

5. Usus halus

Saluran pencernaan diantara lambung dan usus besar, yang merupakan tuba terlilit yang merentang dari sfingter pylorus sampai katup ileosekal, tempatnya menyatu dengan usus besar. fungsi usus halus terdiri dari :

a) Menerima zat-zat makanan yang sudah dicerna untuk diserap melalui kapiler-kapiler darah dan saluran-saluran limfe dengan proses sebagai berikut :

1) Menyerap protein dalam membentuk asam amino

2) Karbohidrat diserap dalam bentuk monosakarida

b) Secara selektif mengabsorpsi produk digesti dan juga air, garam dan vitamin.

Didalam usus halus terdapat kelenjar yang menghasilkan getah usus yang menyempurnakan makanan :

a) *Enterokinase*, mengaktifkan enzim tripsinogen pankreas menjadi tripsin yang kemudian mengurai protein dan peptida yang lebih kecil.

b) *Aminopeptidase, Ttrapeptidase, dan Dipeptidase* yang mengurai peptida menjadi asam amino bebas.

c) *Amilase usus*, yang menghidrolisis zat tepung menjadi *Disakarida maltosa, sukrosa, dan laktosa*)

d) *Maltase, isomaltase, lactase dan sukrase* yang

memecah *disakarida maltosa, laktosa, dan sukrosa* menjadi *monosakarida*.

- e) *Lipase usus* yang memecah *monogliserida* menjadi *asam lemak* dan *gliserol*
- f) *Erepsin*, menyempurnakan pencernaan protein menjadi asam amino.
- g) *Laktase*, mengubah laktase menjadi monosakarida
- g) *Maltosa*, mengubah maltosa menjadi monosakarida
- h) *Sukrosa*, mengubah sukrosa menjadi monosakarida. (Setiadi, 2007)

Selama proses pencernaan normal, kimus meninggalkan lambung dan memasuki usus halus. Usus halus merupakan sebuah saluran dengan diameter sekitar 2,5 cm dan panjang 6 m. Usus halus di bagi menjadi tiga bagian : duodenum, jejunum, ileum. Kimus bercampur dengan enzim-enzim pencernaan (misal empedu dan amilase) saat berjalan melalui usus halus. Segmentasi mengaduk kimus, memecah makanan lebih lanjut untuk dicerna. Pada saat kimus bercampur, gerakan peristaltik berikutnya sementara berhenti sehingga memungkinkan absorpsi. Kimus berjalan perlahan melalui usus halus untuk memungkinkan absorpsi.

Kebanyakan nutrisi dan elektrolit diabsorpsi didalam usus halus. Enzim dari pankreas (misal amilase) dan empedu dari kandung empedu dilepaskan kedalam duodenum. Enzim di dalam usus halus memecah lemak, protein, dan karbohidrat menjadi unsur-unsur dasar. Nutrisi hampir seluruhnya diabsorpsi oleh duodenum dan jejunum.

Ileum mengabsorpsi vitamin-vitamin tertentu, zat besi, dan garam empedu. Apabila fungsi ileum terganggu, proses pencernaan akan mengalami perubahan besar. Inflamasi, reseksi bedah, atau obstruksi dapat mengganggu peristaltik, mengurangi area absorpsi, atau menghambat aliran kimus (Potter, 2005).

6. Usus besar

Usus besar merupakan bagian akhir dari proses pencernaan, karena sebagai tempat pembuangan, maka diusus besarsebagian nutrien telah dicerna dan diabsorpsi dan hanya menyisakan zat-zat yang tidak tercerna. Biasanya memerlukan waktu dua sampai lima hari untuk menempuh ujung saluran pencernaan. Dua sampai enam jam di lambung, enam sampai delapan jam diusus halus, dan sisa waktunya diusus besar.

Usus besar mempunyai berbagai fungsi yang semuanya berkaitan dengan proses ahir isi usus, fungsi usus besar adalah :

- a) Menyerap air dan elektrolit 80% sampai 90% dari makanan dan mengubah dari cairan menjadi massa.
- b) Tempat tinggal sejumlah bakteri *E. coli*, yang mampu mencerna kecil selulosa dan memproduksi sedikit kalori nutrien bagi tubuh setiap hari.
- c) Memproduksi vitamin antara lain vitamin K, ribovlafin, dan tiamin serta berbagai gas.
- d) Penyiapan selulosa yang berupa hidrat arang dalam tumbuh-tumbuhan, buah-buahan, dan sayuran hijau.(Setiadi, 2007)

Usus besar dibagi menjadi tiga, antara lain :

a) Sekum,

Kimus yang tidak diabsorpsi memasuki sekum melalui katup ileosekal. Katup ini merupakan lapisan otot sirkular yang mencegah regurgitasi dan kembalinya isi kolon ke usus halus.

b) Kolon

Walupun kimus yang berair memasuki kolon, volume air menurun saat kimus bergerak di sepanjang kolon. Kolon dibagi menjadi kolon asenden, kolon transversal, kolon desenden, dan kolon sigmoid. Kolon dibangun oleh jaringan otot, yang memungkinkannya menampung dan mengeliminasi produk buangan dalam jumlah besar. Kolon mempunyai empat fungsi yang saling berkaitan : absorpsi, proteksi, sekresi, dan eliminasi. Sejumlah besar volume air, natrium dan klorida diabsorpsi oleh kolon setiap hari. Pada waktu makanan bergerak melalui kolon, terjadi kontraksi haustral. Kontraksi ini sama dengan kontraksi segmental usus halus, tetapi berlangsung lebih lama sampai 5 menit. Kontraksi membentuk kantung berukuran besar dinding kolon, menyediakan daerah permukaan yang luas untuk absorpsi. Sebanyak 2,5 liter air dapat diabsorpsi oleh kolon dalam 24 jam. Rata-rata 55 mEq natrium dan 23 mEq klorida diabsorpsi setiap hari. Jumlah air yang diabsorpsi dari kimus bergantung pada kecepatan pergerakan isi kolon. Kimus dalam

kondisi normal bersifat lunak, berbentuk masa. Apabila kecepatan kontraksi peristaltik berlangsung dengan cepat secara abnormal, waktu untuk absorpsi air berkurang sehingga feses akan menjadi encer. Apabila kontraksi peristaltik melambat, air akan terus diabsorpsi sehingga terbentuk masa feses yang keras, mengakibatkan konstipasi.

Kolon melindungi dirinya dengan melepaskan suplai lendir. Lendir dalam kondisinormal berwarna jernih sampai buram dengan konsistensi berserabut. Lendir melumasi kolon, mencegah trauma pada dinding bagian dalamnya. Lubrikasi terutama penting pada ujung distal kolon, tempat isi kolon menjadi lebih kering dan lebih keras. Fungsi sekresi kolon membantu keseimbangan asam-basa. Bikarbonat disekresi untuk mengganti klorida. Sekitar 4 sampai 9 mEq kalium dilepaskan setiap hari oleh usus besar. Perubahan serius pada fungsi kolon, seperti diare, dapat mengakibatkan ketidak seimbangan elektrolit.

Ahirnya, kolon mengeliminasi produk buangan dan gas (flatus). Flatus timbul akibat menelan gas, difusi gas dari aliran darah ke dalam usus, dan kerja bakteri pada karbohidrat yang tidak dapat diabsorpsi. Fermentasi karbohidrat (seperti yang terjadi pada kubis dan bawang) menghasilkan gas didalam usus, yang dapat menstimulasi peristaltik. Orang dewasa dalam kondisi normal menghasilkan 400 sampai 700 ml flatus setiap

hari. Kontraksi peristaltik yang lambat menggerakkan isi usus ke kolon. Isi usus adalah stimulus utama untuk terjadinya kontraksi. Produk buangan dan gas memberikan tekanan pada dinding kolon. Lapisan otot meregang, menstimulasi reflek yang menimbulkan kontraksi. Gerakan peristaltik memampatkan makanan yang tidak tercerna menuju rektum. Gerakan ini hanya terjadi tiga sampai empat kali sehari, tidak seperti gelombang peristaltik yang sering timbul di dalam usus halus.

c) Rektum

Produk buangan yang mencapai bagian kolon sigmoid, disebut feses. Sigmoid menyimpan feses sampai beberapa saat sebelum defekasi. Dalam kondisi normal, rektum tidak berisi feses sampai defekasi. Rektum dibangun oleh lipatan-lipatan jaringan vertikal dan transversal. Setiap lipatan vertikal berisi sebuah arteri dan lebih dari satu vena.

Apabila massa feses atau gas bergerak ke dalam rektum untuk membuat dindingnya berdistensi, maka proses defekasi dimulai. Proses ini melibatkan kontrol volunter dan kontrol involunter. Sfingter interna adalah sebuah otot polos yang dipersarafi oleh sistem saraf otonom. Saat rektum mengalami distensi, saraf sensorik distimulasi dan membawa impuls-impuls yang menyebabkan relaksasi sfingter interna, memungkinkan lebih banyak feses yang memasuki rektum. Pada

saat yang sama, impuls bergerak ke otak untuk menciptakan suatu kesadaran bahwa individu perlu melakukan defekasi.(Potter, 2005)

7. Defekasi

Menurut Setiadi (2007), defekasi sebagian merupakan refleks, sebagian lagi merupakan aktivitas volunter (yaitu dengan mengejan terjadi kontraksi diafragma dan otot abdominal untuk meningkatkan tekanan intra abdominal)

Komposisi feses mengandung :

- a) Air mencapai 75% sampai 80%
- b) Sepertiga materi padatnya adalah bakteri
- c) Dan sisanya yang 2% sampai 3% adalah nitrogen, zat sisa organik dan anorganik dari sekresi pencernaan, serta mucus dan lemak.
- d) Feses juga mengandung sejumlah bakteri kasar, atau serat dan selulosa yang tidak tercerna.
- e) Warna coklat berasal dari pigmen empedu f) Dan bau berasal dari kerja bakteri.

2.1.3 Etiologi

Menurut Muttaqin(2011) Penyebab dari gastritis antara lain :

1. Obat-obatan, seperti obat antiinflamasi nonsteroid / OAINS (indometasin, ibuprofen, dan asam salisilat), sulfonamide, steroid, kokain, agen kemoterapi (*mitomisin, 5-fluora-2-deoxyuriine*), salisilat,

dan digitalis bersifat mengiritasi mukosa lambung.

2. Minuman beralkohol ; seperti : *whisky, vodka, dan gin.*
3. Infeksi bakteri ; seperti *H. pylor* (paling sering), *H. heilmanii*, streptococci, staphylococci, proteus spesies, clostridium spesies, E. coli, tuberculosis, dan secondary syphilis.
4. Infeksi virus oleh Sitomegalovirus
5. Infeksi jamur ; *candidiasis, histoplasmosis, dan phycomycos*
6. Stress fisik yang disebabkan oleh luka bakar, sepsis, trauma, pembedahan, gagal napas, gagal ginjal, kerusakan susunan saraf pusat, dan refluks usus- lambung.
7. Makanan dan minuman yang bersifat iritan . makanan berbumbu dan minuman dengan kandungan kafein dan alkohol merupakan agen-agen iritasi mukosa lambung.
8. Garam empedu, terjadi pada kondisi refluks garam empedu (komponen penting alkali untuk aktivasi enzim-enzim gastrointestinal) dari usus kecil ke mukosa lambungsehingga menimbulkan respon peradangan mukosa.
9. Iskemia, hal ini berhubungan dengan akibat penurunan aliran darah ke lambung.
10. Trauma langsung lambung, berhubungan dengan keseimbangan antara agresi dan mekanisme pertahanan untuk menjaga integritas mukosa, yang dapat menimbulkan respon peradangan pada mukosa lambung.

2.1.4 Manifestasi Klinis

Gambaran klinis pada gastritis yaitu:

1. Gastritis Akut, gambaran klinis meliputi:
 - a) Dapat terjadi ulserasi superfisial dan dapat menimbulkan hemoragi.
 - b) Rasa tidak nyaman pada abdomen dengan sakit kepala, kelesuan, mual, dan anoreksia. disertai muntah dan cegukan.
 - c) Beberapa pasien menunjukkan asimtomatik.
 - d) Dapat terjadi kolik dan diare jika makanan yang mengiritasi tidak dimuntahkan, tetapi malah mencapai usus.
 - e) Pasien biasanya pulih kembali sekitar sehari, meskipun nafsu mungkin akan hilang selama 2 sampai 3 hari. (Smeltzer, 2001)
2. Gastritis Kronis

Pasien dengan Gastritis tipe A secara khusus asimtomatik kecuali untuk gejala defisiensi vitamin B₁₂ . pada gastritis tipe B, pasien mengeluh anoreksia (nafsu makan menurun), nyeri ulu hati setelah makan, kembung, rasa asam di mulut, atau mual dan muntah. (Smeltzer dan Bare, 2001)

2.1.5 Patofisiologi disertai Web of Caution (WOC)

1. Gastritis Akut

Gastritis Akut dapat disebabkan oleh karena stress, zat kimia obat-obatan dan alkohol, makanan yang pedas, panas maupun asam. Pada

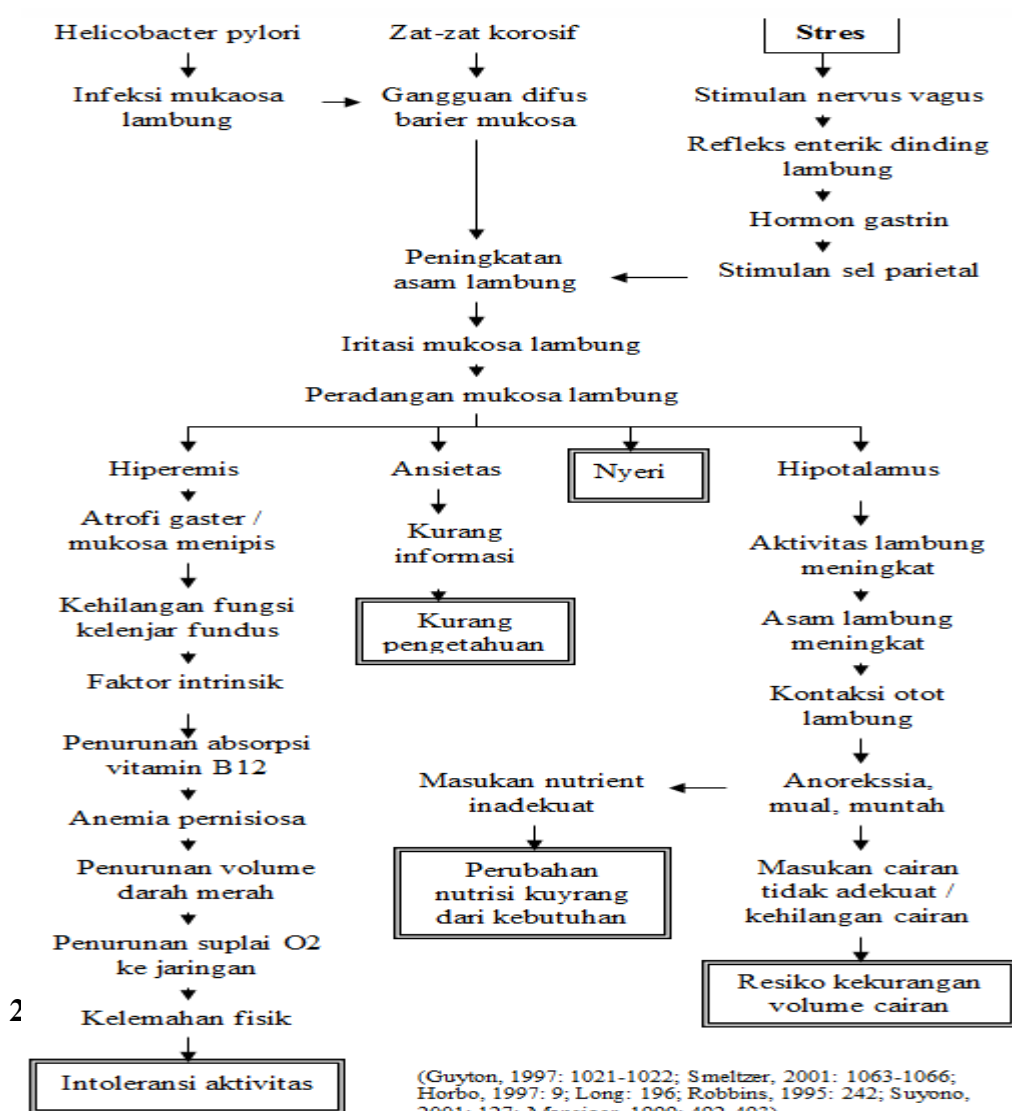
pasien yang mengalami stres akan terjadi perangsangan saraf simpatis NV (Nervus Vagus), yang akan meningkatkan produksi asam klorida (HCl) didalam lambung akan menimbulkan rasa mual, muntah dan anoreksia. Zat kimia maupun makanan yang merangsang akan menyebabkan sel epitel kolumnar, yang berfungsi untuk 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 enzim yang memproduksi asam klorida atau HCl, terutama daerah fundus. 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 pengelupasan. Pengelupasan sel mukosa gaster akan mengakibatkan 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 (Price dan Wilson, 2000)

2. Gastritis Kronis

Inflamasi lambung yang lama dapat disebabkan oleh ulkus benigna atau maligna dari lambung atau oleh bakteri *helicobacter pylori* (*H. pylori*) Gastritis Kronis dapat diklasifikasikan sebagai tipe A / tipe B, tipe A (sering disebut sebagai gastritis autoimun)

diakibatkan dari perubahan sel parietal, yang menimbulkan atrofi dan infiltrasi seluler. Hal ini dihubungkan dengan penyakit autoimun seperti anemia pernisiiosa dan terjadi pada fundus atau korpus dari lambung. Tipe B (kadang disebut sebagai gastritis) mempengaruhi antrum dan pylorus (ujung bawah lambung dekat duodenum) ini dihubungkan dengan bakteri Pylory. Faktor diet seperti minum panas atau pedas, penggunaan atau obat-obatan dan alkohol, merokok, atau refluks isi usus kedalam lambung. (Smeltzer dan Bare, 2001)

WOC Gastritis



(2000) sebagai berikut :

1. Radiology: sinar x gastrointestinal bagian atas
2. Endoskopy : gastroscopy ditemukan mukosa yang hiperemik
3. Laboratorium: mengetahui kadar asam hidroklorida
4. EGD (Esofagogastriduodenoskopi): tes diagnostik kunci untuk perdarahan gastritis, dilakukan untuk melihat sisi perdarahan atau derajat ulkus jaringan atau cidera
5. Pemeriksaan Histopatologi: tampak kerusakan mukosa karena erosi tidak pernah melewati mukosa muskularis.
6. Analisa gaster: dapat dilakukan untuk menentukan adanya darah, mengkaji aktivitas sekretori mukosa gaster, contoh peningkatan asam hidroklorik dan pembentukan asam noktura penyebab ulkus duodenal.
7. Feses: tes feses akan positif H. Pylory Kreatinin : biasanya tidak meningkat bila perfusi ginjal di pertahankan.
8. Amonia: dapat meningkat apabila disfungsi hati berat mengganggu metabolisme dan eksresi urea atau transfusi darah lengkap dan jumlah besar diberikan.
9. Natrium: dapat meningkat sebagai kompensasi hormonal terhadap simpanan cairan tubuh.
10. Kalium: dapat menurun pada awal karena pengosongan gaster berat atau muntah atau diare berdarah. Peningkatan kadar kalium dapat terjadi setelah transfusi darah.
11. Amilase serum: meningkat dengan ulkus duodenal, kadar rendah

diduga gastritis.

2.1.6 Penatalaksanaan

1. Pengobatan pada gastritis meliputi:
 - a) Antikoagulan: bila ada pendarahan pada lambung
 - b) Antasida: pada gastritis yang parah, cairan dan elektrolit diberikan intravena untuk mempertahankan keseimbangan cairan sampai gejala-gejala mereda, untuk gastritis yang tidak parah diobati dengan antasida dan istirahat.
 - c) Histonin: ranitidin dapat diberikan untuk menghambat pembentukan asam lambung dan kemudian menurunkan iritasi lambung.
 - d) Sulcralfate: diberikan untuk melindungi mukosa lambung dengan cara menyelimutinya, untuk mencegah difusi kembali asam dan pepsin yang menyebabkan iritasi.
 - e) Pembedahan: untuk mengangkat gangrene dan perforasi, Gastrojejunuskopi/reseksi lambung: mengatasi obstruksi pilorus.
(Dermawan, 2010)

2. Penatalaksanaan secara keperawatan meliputi:

- a. Tirah baring
- b. Mengurangi stress
- c. Diet

Air teh, air kaldu, air jahe dengan soda kemudian diberikan peroral pada interval yang sering. Makanan yang sudah dihaluskan

seperti pudding, agar-agar dan sup, biasanya dapat ditoleransi setelah 12 – 24 jam dan kemudian makanan-makanan berikutnya ditambahkan secara bertahap. Pasien dengan gastritis superficial yang kronis biasanya berespon terhadap diet sehingga harus menghindari makanan yang berbumbu banyak atau berminyak. (Dermawan, 2010)

3. Penatalaksanaan pada gastritis secara medis meliputi:

Gastritis akut Diatasi dengan menginstruksikan pasien untuk menghindari alkohol dan makanan sampai gejala berkurang. Bila pasien mampu makan melalui mulut, diet mengandung gizi dianjurkan. Bila gejala menetap, cairan perlu diberikan secara parenteral. Bila perdarahan terjadi, maka penatalaksanaan adalah serupa dengan prosedur yang dilakukan untuk hemoragik saluran gastrointestinal atas. Bila gastritis diakibatkan oleh mencerna makanan yang sangat asam atau alkali, pengobatan terdiri dari pengenceran dan penetralisasian agen penyebab.

Untuk menetralsiasi asam, digunakan antasida umum (misal : alumunium hidroksida) untuk menetralsiasi alkali, digunakan jus lemon encer atau cuka encer.

Bila korosi luas atau berat, emetik, dan lafase dihindari karena bahaya perforasi.

Terapi pendukung mencakup intubasi, analgesic dan sedative, antasida, serta cairan intravena. Endoskopi fiberopti mungkin diperlukan. Pembedahan darurat mungkin diperlukan untuk mengangkat gangrene atau jaringan perforasi. Gastrojejunostomi atau

reseksi lambung mungkin diperlukan untuk mengatasi obstruksi pilorus. Gastritis kronis diatasi dengan memodifikasi diet pasien, meningkatkan istirahat, mengurangi stress dan memulai farmakoterapi. *H. Pilory* data diatasi dengan antibiotic (seperti tetrasiklin atau amoksisilin) dan garam bismu (pepto bismo). Pasien dengan gastritis A biasanya mengalami malabsorpsi vitamin B₁₂ yang disebabkan oleh adanya antibody terhadap faktor intrinsik (Smeltzer, 2001)

a) **Komplikasi**

Komplikasi yang mungkin dapat terjadi pada gastritis menurut Dermawan (2010) adalah: Perdarahan saluran cerna bagian atas Ulkus peptikum, perforasi dan anemia karena gangguan absorbs vitamin B₁₂

2.2 ASUHAN KEPERAWATAN

2.2.1 Pengkajian Fokus

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian fokus terkait dengan penyakit gastritis meliputi :

a. **Pola Pemeliharaan Kesehatan**

Menggambarkan persepsi, pemeliharaan dan penanganan kesehatan. Persepsi terhadap arti kesehatan dan penatalaksanaan kesehatan, kemampuan menyusun tujuan, pengetahuan tentang praktek kesehatan.

b. **Pola Nutrisi –Metabolik**

Menggambarkan masukan nutrisi, balance cairan dan

elektrolit, nafsu makan, pola makan, diet, kesulitan menelan, mual/muntah, makanan kesukaan.

c. Pola Eliminasi

Menjelaskan pola fungsi eksresi, kandung kemih dan Kulit. Kebiasaan defekasi, ada tidaknya masalah defekasi, masalah miksi (oliguri, disuri dll), penggunaan kateter, frekuensi defekasi dan miksi, Karakteristik urin dan feses, pola input cairan, infeksi saluran kemih dll.

d. Pola Latihan-Aktivitas

Menggambarkan pola latihan, aktivitas, fungsi pernafasan dan sirkulasi. Pentingnya latihan/gerak dalam keadaan sehat dan sakit, gerak tubuh dan kesehatan berhubungan satu sama lain, Range Of Motion (ROM), riwayat penyakit jantung, frekuensi, irama dan kedalaman nafas, bunyi nafas riwayat penyakit paru.

e. Pola Kognitif Perseptual

Menjelaskan Persepsi sensori dan kognitif. Pola persepsi sensori meliputi pengkajian fungsi penglihatan, pendengaran, perasaan, pembau dan kompensasinya terhadap tubuh. Sedangkan pola kognitif didalamnya mengandung kemampuan daya ingat klien terhadap peristiwa yang telah lama terjadi dan atau baru terjadi dan kemampuan orientasi klien terhadap waktu, tempat, dan nama (orang, atau benda yang lain). Tingkat pendidikan, persepsi nyeri dan penanganan nyeri, kemampuan untuk mengikuti, menilai nyeri skala 0-10, pemakaian alat bantu dengar, melihat, kehilangan bagian tubuh atau fungsinya, tingkat

kesadaran, orientasi pasien, adakah gangguan penglihatan, pendengaran, persepsi sensori (nyeri), penciuman dan lain-lain.

f. Pola Istirahat-Tidur

Menggambarkan Pola Tidur, istirahat dan persepsi tentang energi. Jumlah jam tidur pada siang dan malam, masalah selama tidur, insomnia atau mimpi buruk, penggunaan obat, mengeluh letih.

g. Pola Konsep Diri-persepsi Diri

Menggambarkan sikap tentang diri sendiri dan persepsi terhadap kemampuan. Kemampuan konsep diri antara lain gambaran diri, harga diri, peran, identitas dan ide diri sendiri. Manusia sebagai system terbuka dimana keseluruhan bagian manusia akan berinteraksi dengan lingkungannya. Disamping sebagai system terbuka, manusia juga sebagai makhluk bio-psiko-sosio-kultural spriritual dan dalam pandangan secara holistik. Adanya kecemasan, ketakutan atau penilaian terhadap diri., dampak sakit terhadap diri, kontak mata, isyarat non verbal, ekspresi wajah, merasa tak berdaya, gugup atau relaks.

h. Pola Peran dan Hubungan

Menggambarkan dan mengetahui hubungan dan peran klien terhadap anggota keluarga dan masyarakat tempat tinggal klien. Pekerjaan, tempat tinggal, tidak punya rumah, tingkah laku yang passive/agresif terhadap orang lain, masalah keuangan dll.

i. Pola Reproduksi/Seksual

Menggambarkan kepuasan atau masalah yang aktual

atau dirasakan dengan seksualitas. Dampak sakit terhadap seksualitas, riwayat haid, pemeriksaan mammae sendiri, riwayat penyakit hubungan seksual, pemeriksaan genital.

j. Pola mekanisme koping

Menggambarkan kemampuan untuk menangani stress dan penggunaan system pendukung. Penggunaan obat untuk menangani stress, interaksi dengan orang terdekat, menangis, kontak mata, metode koping yang biasa digunakan, efek penyakit terhadap tingkat stress.

k. Pola Keyakinan Dan Spiritual

Menggambarkan dan Menjelaskan pola nilai, keyakinan termasuk spiritual. Menerangkan sikap dan keyakinan klien dalam melaksanakan agama yang dipeluk dan konsekuensinya. Agama, kegiatan keagamaan dan budaya, berbagi dengan orang lain, bukti melaksanakan nilai dan kepercayaan, mencari bantuan spiritual dan pantangan dalam agama selama sakit (Perry, 2005) (Asmadi, 2008).

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Menurut Doenges (2000) pada klien gastritis ditemukan diagnose keperawatan sebagai berikut :

1. Nyeri berhubungan dengan mukosa lambung teriritasi
2. Resiko kekurangan volume cairan, (kehilangan aktif) b/d perdarahan, mual, muntah dan anoreksia
3. Resiko ketidak seimbangan Nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh yang berhubungan dengan anoreksia, mual dan muntah

4. Ansietas berhubungan dengan perubahan status kesehatan, ancaman kematian, nyeri
5. Kurang pengetahuan tentang penyakitnya (factor penyebab, proses, dan terapi diet) b.d kurang terpaparnya dengan informasi

2.2.3 Rencana Asuhan Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1	Kekurangan volume cairan, (kehilangan aktif) b/d pendarahan, mual, muntah dan anoreksia.	Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan pasien tidak mual dan muntah	Klien akan menunjukkan intake makanan melalui keeimbangan diet, ps menunjukkan perilaku mempertahankan pola nutrisi	<ul style="list-style-type: none"> a. Catat karakteristik muntah atau drainase b. Monitor tanda vital c. Awasi masukan dan keluaran dihubungkan dengan perubahan berat badan. Ukur kehilangan darah atau cairan melalui muntah d. Pertahankan tirah baring, mencegah muntah dan tegangan saat defekasi. e. Tinggikan kepala tempat tidur selama 	<ul style="list-style-type: none"> a. Membantu dalam membedakan penyebab stress gaster b. Perubahan tensi darah dan nadi dapat digunakan perkiraan kasar kehilangan darah. c. Memberikan pedoman untuk penggantian darah d. Aktifitas atau muntah meningkatkan tekanan antara abdominal e. Mencegah reflek gaster pada

				<p>pemberian antasida.</p> <p>f. Kolaborasi dengan tim dokter dengan memberikan obat sesuai indikasi</p>	<p>aspirasi antasida dimana dapat menyebabkan komplikasi paru</p>
2	<p>Nyeri berhubungan dengan mukosa lambung teriritasi</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan</p>	<p>Klien mengatakan nyeri berkurang bahkan hilang dan merasa nyaman,</p>	<p>a. Kaji nyeri, termasuk lokasi, lamanya, intensitas (skala 0-10) selidiki dan laporkan perubahan nyeri dengan tepat.</p> <p>b. Istirahatkan pasien pada saat nyeri muncul</p>	<p>f. Berguna dalam pengawasan keefektifan obat, kemajuan penyembuhan dan perubahan pada karakteristik nyeri menunjukkan terjadinya abses/peritonitis, memerlukan upaya evaluasi dan intervensi.</p> <p>g. Gravitasi melokalisasi b..istirahat</p>

		nyeri pasien berkurang		<p>c. Ajarkan teknik relaksasi napas dalam saat nyeri</p> <p>d. Kompres hangat pada daerah nyeri</p> <p>e. Observasi tanda-tanda vital</p> <p>f. Berikan posisi nyaman</p>	<p>b. Istirahatkan secara fisiologis akan menurunkan oksigen yang diperlukan untuk memenuhi kebutuhan metabolisme basal ..</p> <p>c. Meningkatkan intake oksigen sehingga akan menurunkan nyeri sekunder dari iskemia,.</p> <p>d. lingkungan tenang akan menurunkan stimulus nyeri eksternal</p>
3	Resiko terhadap perubahan nutrisi :kurang dari kebutuhan tubuh yang berhubungan dengan anoreksia, mual dan muntah.	Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan kebutuhan nutrisi	Klien dapat menghabiskan makanannya dan tidak mual dan muntah	<p>a. Berikan makanan yang hangat dalam porsi sedikit tapi sering.</p> <p>b. Auskultasi bising usus.</p> <p>c. Berikan makanan dalam jumlah sedikit tapi sering dan teratur</p> <p>d. Konsultasi dengan ahli gizi</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mengevaluasi keefektifan atau kebutuhan mengubah perubahan nutrisi - Membantu dalam menentukan respon untuk makan atau berkembangnya komplikasi - Meningkatkan proses pencernaan dan toleransi pasien terhadap nutrisi yang diberikan. - Merupakan sumber efektif untuk

4		terpenuhi			mengidentifikasi kebutuhan nutrisi
---	--	-----------	--	--	------------------------------------

2.2.4 Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan adalah inisiatif dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan spesifik. Tahap pelaksanaan dimulai setelah rencana tindakan disusun dan ditujukan pada *nursing order* untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan. Tujuan dari pelaksanaan adalah mencapai tujuan yang telah ditetapkan, yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan, memfasilitasi coping. Pendekatan tindakan keperawatan meliputi *independent* (suatu tindakan yang dilaksanakan oleh perawat tanpa petunjuk/ perintah dari dokter atau tenaga kesehatan lainnya). *Dependent* (suatu tindakan dependent berhubungan dengan pelaksanaan rencana tindakan medis, tindakan tersebut menandakan suatu cara dimana tindakan medis dilaksanakan) dan *interdependent* suatu tindakan yang memerlukan kerja sama dengan tenaga kesehatan lainnya, misalnya tenaga social, ahli gizi, fisioterapi dan dokter (Nursalam, 2000).

2.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan keberhasilan dari diagnosa keperawatan, rencana keperawatan dan implementasi keperawatan. Tahap evaluasi yang memungkinkan perawat untuk memonitor yang terjadi selama tahap pengkajian, perencanaan dan implementasi (Nursalam, 2011).

BAB III

TINJAUAN KASUS

3.1 Pengkajian

I. IDENTITAS KLIEN

Nama/initial : Ny. I
Umur : 42 Th
Jenis Kelamin : Perempuan
Status : Menikah
Agama : Islam
Pekerjaan :IRT
Pendidikan : SLTA
Alamat : Koto Baru

Penanggung Jawab

Nama : Tn. T
Umur : 18 th
Hub. Keluarga : Anak

Pekerjaan : SMA

II. ALASAN MASUK

Klien masuk ke puskesmas pada tanggal 6 Juli 2018 dengan keluhan nyeri ulu hati dan klien mengatakan setiap pagi setelah bangun tidur sering merasa sakit pada perut sebelah kiri seperti diremas juga terasa panas klien juga tampak gelisah.

III. RIWAYAT KESEHATAN

a. Riwayat Kesehatan Sekarang

Klien mengatakan datang dan diantar keluarga ke BP, klien mengatakan nyeri diuluhl hati .mual dan muntah

b. Riwayat Kesehatan Dahulu

Klien mengatakan tidak pernah dirawat sebelumnya. Klien tidak pernah punya riwayat penyakit menular.

c. Riwayat Kesehatan Keluarga

Klien mengatakan dalam keluarga tidak ada yang mempunyai penyakit keturunan seperti penyakit DM dan Hipertensi. Serta penyakit menular seperti hepatitis dan TBC

IV. PEMERIKSAAN FISIK

Kesadaran : CM

BB/TB : 52 kg / 155 cm

Tanda Vital

TD : 120/90 mmHG

N : 80 x/i

S : 36,5

RR : 20

1. Kepala

- Rambut : Rambut terlihat bersih dan tidak beruban
- Mata : simetris kiri dan kanan kunjung tiva tdk anemis,skeleratdk ictris
- Telinga Daun telinga simetris,pendengaran baik
- Hidung : tidak ada secret
- Mulut dan gigi : Mukosa bibir kering

2. Leher

Tidak ada pembesaran CVP kelenjer tyroid

3. Thorak

- Paru-paru

I : simetris kiri dan kanan

P : vocal Premitus kiri dan kanan

P : bunyinya sonor

A : suara nafas vesikuler

- Jantung

I : ictus cordius tidak terlihat

P :ictus cordius teraba

P :ditemukan batas-batas jantung

A : BJ 1 dan 2 teratur, tidak ada bunyi tambahan

4. Abdomen

I : Simetris kiri dan kanan warna kulit sawo matang

A : bising usus (+) 15x menit

P : tympani

P : Perut terasa nyeri saat ditekan, skala nyeri 5 (nyeri sedang)

5. Punggung

Bentuk panggul android, tidak ada keluhan nyeri panggul.

6. Ekstremitas

Atas : ekstremitas tidak ada masalah pergerakan normal

Bawah : Tidak ada kelainan

7. Genitalia

Genitalia bersih dan tidak terpasang keteter.

8. Integumen

Kulit berwarna sawo matang, turgor kulit elastis

9. Nervus

1. Nervus olfaktorius : Klien mampu melakukan persepsi penciuman

2. Nervus optikus : Klien mampu melakukan dalam penglihatan

3. .Nervus okulomotorius : Klien mampu untuk melakukan pergerakan bola

Mata

4. Nervus trochlear : Klien mampu untuk melakukan pergerakan bola

Ke atas ke bawah

5. Nervus trigeminus : Klien mampu untuk melakukan mengunyah

6. Nervus abducens : Klien mampu untuk melakukan memutar mata kearah luar dan dalam

V. DATA BIOLOGIS

Tabel 3.1 Data Biologis

NO	AKTIVITAS	SEHAT	SAKIT
1	Makanan dan Minuman/Nutrisi Makan <ul style="list-style-type: none"> - Menu - Porsi - Makanan Kesukaan - Pantangan - Cemilan - Jumlah - Minuman Kesukaan 	1 porsi Suka asam dan makanan pedas Tidak ada Tidak ada. 5 gelas Minuman fanta, sprit	1/4 porsi (cair) Jangan makan pedas-pedas dan asam-asam -3 gelas
2	Eliminasi BAB <ul style="list-style-type: none"> • Frekuensi • Warna • Bau • Konsistensi • Kesulitan 	2 x sehari Kuning Khas Lembek	1 x sehari Kuning Khas Cair
	BAK <ul style="list-style-type: none"> - Frekuensi - Warna - Bau - Konsistensi - Kesulitan 	5 x sehari Kuning jernih Khas Cair	3 x sehari Kuning jernih Khas Cair
3	Istirahat dan Tidur <ul style="list-style-type: none"> - Waktu Tidur - Lama Tidur - Hal Yang Mempermudah Tidur - Kesulitan Tidur 	09.00 WIB 8 Jam	5 Jam
4	Personal Hygiene <ul style="list-style-type: none"> - Mandi - cuci rambut - Gosok gigi - Potong kuku 	2 x sehari 1 x sehari 2 x sehari 2 x seminggu	1 x sehari 1 x seminggu 1 x sehari 1 x seminggu
5	Rekreasi <ul style="list-style-type: none"> - Hobby - Minat khusus 		

6	<ul style="list-style-type: none"> - Penggunaan waktu senggang Ketergantungan - Merokok - Minuman - Obat-obatan 	Tidak Ada	Tidak Ada - - -
----------	---	-----------	-----------------------

VI. RIWAYAT ALERGI

Klien mengatakan tidak ada alergi terhadap makanan dan obat-obatan.

VII. DATA PSYKOLOGIS

1. Perilaku non verbal

Klien mampu berperilaku secara non verbal.

2. Perilaku verbal

- Cara menjawab : klien menjawab dengan kooperatif
- Cara memberi informasi : klien memberikan informasi yang jelas.

3. Emosi

Klien emosinya stabil.

4. Persepsi penyakit

Klien Tidak mengerti tentang penyakitnya.

5. Konsep diri

Klien mengerti dan memahami tentang apa yang terjadi pada dirinya.

6. Adaptasi

Klien mampu beradaptasi di lingkungannya.

7. Mekanisme pertahanan diri

Baik.

VIII. DATA SOSIAL EKONOMI

1. Pola komunikasi
Klien mampu berkomunikasi secara verbal.
2. Orang yang dapat memberi rasa nyaman
Suami klien.
3. Orang yang paling berharga bagi pasien
Keluarga klien
4. Hubungan dengan keluarga dan masyarakat
Baik

IX. DATA SPIRITUAL

1. Keyakinan : klien beragama Islam
2. Ketaatan beribadah: Klien taat beribadah
3. Keyakinan terhadap penyembuhan
Klien percaya dan yakin bahwa dia bisa sembuh.

X. DATA PENUNJANG

- a. Diagnosa medis : **Gastritis**
- b. Pemeriksaan diagnostik : tidak ada

XI. DATA PENGOBATAN

Ranitidin 150 mg 3x1 tablet, Antasida 500 mg 3x1 tablet (kunya),
Lansoprazol 30 mg 2x1 tablet

XII. DATA FOKUS

A.Data Subjektif

- Klien mengatakan nyeri ulu hati, seperti ditusuk-tusuk dan nyeri hilang timbul
- Klien mengatakan nyeri seperti diremas-remas
- Klien mengatakan daerah ulu hati terasa panas
- Klien mengatakan nyeri saat ditekan
- Klien mengatakan sering merasa mual dan muntah
- Klien mengatakan tidak nafsu makan
- Klien mengatakan tidak mengerti tentang penyakitnya
- **B. Data Objektif**
- Klien tampak meringis, sambil memegang perutnya
- Klien tampak lemas
- Klien tampak bingung dengan penyakitnya
- Klien terlihat kurang paham akan penyakitnya sekarang
- Skala nyeri (5) sedang
-

Tabel 3.2 Analisa Data Fokus

NO	DATA	MASALAH	ETIOLOGI
1	Data Subjectif <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengeluh nyeri di ulu hati. • Klien mengatakan nyerinya hilang timbul. • Klien mengatakan nyeri saat ditekan Data Objectif <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak meringis, sambil memegang perutnya • Klien tampak lemas • Skala nyeri 5 (lima) sedang TD : 120/80 S : 36,5 °C N : 90 x/i	Nyeri akut	Mukosa lambung teriritasi
2	Data Subjectif : <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan tidak nafsu makan • Pasien mengatakan sulit untuk menghabiskan 	Gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi	Intake yang tidak ade kuat.

3	<p>makanan yang diberikan</p> <p>Data objectif :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak lemas • Makanan klien habis Cuma ½ porsi • Klien mengatakan sering • merasa mual dan muntah <p>Data Subjectif</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan cemas terhadap penyakit yang sedang di deritanya • Klien mengatakan tidak paham dengan penyakitnya <p>Data objectif</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien sering bertanya akan penyakitnya • Klien tampak cemas 	Kurang Pengetahuan	Kurangnya Informasi tentang penyakitnya
---	---	--------------------	---

3.2 DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Nyeri akut berhubungan dengan Inflamasi mukosa lambung.
2. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan masukan nutrisi yang tidak adekuat.
3. Kurangnya Pengetahuan b/d kurangnya informasi tentang penyakitnya

3.3 INTERVENSI KEPERAWATAN

Nama Klien : Ny. I
 Diagnosa Medis : Gastritis

Tabel 3.3 Rencana Asuhan Keperawatan

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN	RENCANA TINDAKAN	RASIONAL
1	Nyeri akut berhubungan dengan mukosa lambung teriritasi	<ul style="list-style-type: none"> • Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan kebutuhan nutrisi tercukupi dengan kriteria hasil: <ul style="list-style-type: none"> – Nyeri hilang/terkontrol – Kriteria hasil ambang nyeri 0 /hilang – Klien tampak rileks – Intensitas nyeri berkurang 	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluasi derajat nyeri, catat lokasi nyeri, karakteristik dan intensitasnya. • Ajarkan klien teknik nafas dalam • Kaji ulang yang meningkatkan nyeri • Kolaborasi dalam pemberian obat sesuai indikasi 	<ul style="list-style-type: none"> • Merupakan intervensi monitoring yang efektif. Tingkat kegelisahan mempengaruhi persepsi reaksi nyeri. • Untuk menghilangkan nyeri akut dan menurunkan aktifitas peristaltic • Membantu dalam membuat diagnosa dan kebutuhan therapy • Menurunkan keasaman lambung dengan absorpsi atau dengan menetralkan kimia
2	Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan masukan nutrisi yang tidak adekuat	<ul style="list-style-type: none"> • Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan kebutuhan nutrisi tercukupi dengan kriteria hasil: 	<ul style="list-style-type: none"> • Berikan makanan sedikit tapi sering. • Klien akan menunjukkan 	<ul style="list-style-type: none"> • Meningkatkan proses pencernaan dan toleransi pasien terhadap nutrisi • Karena pemberian makanan

3.	3. Kurangnya Pengetahuan b/d kurangnya informasi tentang penyakitnya	<ul style="list-style-type: none"> - Klien mampu makan sendiri tanpa perlu disuapi - Berat badan klien menunjukkan peningkatan <p>Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan klien mampu</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengenal penyakitnya - Klien bisa memahami tentang penyakitnya 	<p>intake makanan melalui keseimbangan diet</p> <ul style="list-style-type: none"> • Timbang BB sesuai indikasi • Hindari makanan yang menimbulkan gas • Kolaborasi dengan ahli gizi dalam pemberian makanan <ul style="list-style-type: none"> • Bina hubungan saling percaya • Kaji pengetahuan klien tentang penyakitnya <ul style="list-style-type: none"> • Libatkan keluarga dalam tindakan yang akan dilakukan • Berikan penkes kepada klien tentang masalah kesehatan yang dialaminya 	<p>berlebihan dapat menyebabkan muntah</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengevaluasi keefektifan atau kebutuhan mengubah nutrisi • Dapat mempengaruhi nafsu makan untuk pencernaan • Meningkatkan perbaikan nutrisi untuk meningkatkan kemampuan berfikir <ul style="list-style-type: none"> • Dengan terbina hubungan saling percaya klien dapat menerima informasi • Untuk mengetahui sejauh mana tentang penyakitnya yang dialaminya <ul style="list-style-type: none"> • Agar keluarga memahami akan masalah kesehatan klien • Menambah pengetahuan tentang penyakit yang dialaminya
----	--	--	--	---

			<ul style="list-style-type: none">• Kaji ulang tingkat pemahaman klien	<ul style="list-style-type: none">• Mengetahui pemahaman klien
--	--	--	--	--

3.4 IMPLEMENTASI dan EVALUASI KEPERAWATAN

Nama Klien : Ny. I
 Diagnosa Medis : Gastritis

Tabel 3.4 Iplementasi dan Evaluasi Keperawatan

NO	HARI/ TANGGAL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM	IMPLEMENTASI	JAM	EVALUASI	PARAF DAN NAMA
1		Nyeri akut berhubungan dengan mukosa lambung teriritasi		Klien mampu mengontrol nyeri dengan menggunakan teknik relaksasi napas dalam		S : • Klien mengatakan nyeri di daerah abdomen (ulu hati) O : • Klien tnpak meringis • Skala nyeri 2 A: • – klien mampu mengontrol nyeri dengan teknik nafas dalam • melatih klien untuk teknik nafas dalam. P : Intervensi dilanjutkan	
2		Perubahan nutrisi kurang dari		Mandiri : • Mempertahankan Intake dan		S : • Klien mengatakan BAB 2 x	

		kebutuhan berhubungan masukan nutrisi yang tidak adekuatan		<p>output klien</p> <ul style="list-style-type: none"> • Memonitor vital • Memonitor status nutrisi 		<p>sehari</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> •Klien tampak lemas •TTV normal: TD : 120/70 mmHg N : 80 x/i <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> •– mempertahankan intake dan putput dalam batas normal •– memonitor intake dan output <p>P:</p> <p>Intervensi lanjutan</p>	
--	--	--	--	---	--	---	--

BAB IV

PEMBAHASAN

4.1. Pengkajian

Penulis melakukan pengkajian pada Ny. "I" dengan diagnosa Gastritis. Gastritis adalah suatu keadaan peradangan atau peradangan mukosa lambung yang bersifat akut, kronis, difus dan lokal. Ada dua jenis gastritis yang terjadi yaitu gastritis akut dan kronik, gastritis memiliki beberapa faktor resiko yaitu, bertambah usia, gaya hidup. Dari kasus, ditemukan pengkajian yang dilakukan pada Ny. "I" bahwa tidak ada riwayat kesehatan keluarga yang menderita penyakit Gastritis dan gaya hidup yang menyukai makanan pedas dan asam, serta minuman bersoda

Menurut penulis, adanya kesesuaian antara teori dan kasus yaitu pada Ny. "I" dimana pada factor bertambahnya usia Ny. "I" dan gaya hidup yang menyukai makanan pedas dan asam, serta menyukai minuman bersoda.

Secara teoritis manifestasi klinis pada klien dengan gastritis adalah Pasien dengan pada gastritis tipe B, pasien mengeluh anoreksia (nafsu makan menurun), nyeri ulu hati setelah makan, kembung, rasa asam di mulut, atau mual dan muntah.

Menurut penulis, pada kasus Ny. "I" adanya kesesuaian antara teori dan kasus yaitu gastritis tipe B karena pasien mengeluh nafsu makan menurun, nyeri di ulu hati, mual dan muntah.

Penatalaksanaan medis yang terdapat pada teoritis adalah Gastritis akut Diatasi dengan menginstruksikan pasien untuk menghindari alkohol dan makanan sampai gejala berkurang. Bila pasien mampu makan melalui mulut, diet mengandung gizi dianjurkan, sedangkan pada kasus Ny. "I" tidak terdapat kesesuaian karena Ny. "I" di anjurkan mengurangi makananan asam-asam dan pedas-pedas serta tidak meminum-minuman tidak mengandung gas.

4.2. Diagnosa Keperawatan

Dalam merumuskan diagnosa keperawatan, diagnosa yang terdapat pada teori ada tujuh yaitu:

- 1.Nyeri berhungan dengan mukosa lambung teriritasi
- 2.Resiko kekurangan volume cairan, (kehilangan aktif) b/d perdarahan, mual, muntah dan anoreksia
- 3.Resiko ketidak seimbangan Nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh yang berhubungan dengan anoreksia, mual dan muntah
- 4.Ansietas berhubungan dengan perubahan status kesehatan, ancaman kematian, nyeri

Sedangkan pada kasus penulis menemukan 2 diagnosa keperawatan berdasarkan prioritas yaitu :

2.2.5.1 Nyeri berhungan dengan mukosa lambung teriritasi

2.2.5.2 Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan masukan nutrisi yang tidak adekuat.

Menurut penulis, diagnosa nyeri berhungan dengan mukosa lambung

teriritasi berhubungan karena klien mengeluh nyeri di ulu hati, nyeri seperti di tusuk-tusuk, klien mengatakan nyerinya hilang timbul, dan klien mengatakan sering merasa mual dan muntah. klien tidak memiliki informasi yang cukup tentang penyakit gastritis mulai dari pengertian, etiologi, tanda dan gejala, pencegahan serta komplikasi, informasi tersebut.

Diagnosa perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan masukan nutrisi yang tidak adekuat berhubungan karena klien mengatakan tidak nafsu makan.

Dalam merumuskan diagnosa keperawatan ini penulis menemukan faktor pendukung yaitu tersedianya buku pedoman dalam pembuatan diagnosa keperawatan klien dengan gastritis, sedangkan faktor penghambat tidak ditemukan.

4.3. Intervensi

Perencanaan keperawatan adalah tindakan yang dirancang untuk membantu klien yang beralih dari tingkat kesehatan saat ini ke tingkat yang diinginkan dalam hasil yang diharapkan

Pada tahap ini penulis membuat rencana tindakan keperawatan sesuai dengan teori dan prinsip SMART (Specific, Measurebel, Achipable, Rasional and Time) .

Perencanaan untuk diagnosa pertama, Nyeri berhubungan dengan mukosa lambung teriritasi: Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan nyeri pasien berkurang dengan hasil:

Mengenali factor penyebab nyeri, mengenali lama nyeri, ajarkan klien rilek. Dilakukannya kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat untuk mengatasi rasa nyeri.

Diagnosa keperawatan kedua Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan masukan nutrisi yang tidak adekuat: Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan kebutuhan nutrisi tercukupi dengan kriteria hasil: Klien mampu makan sendiri tanpa perlu disuapi serta Kolaborasi dengan ahli gizi dalam pemberian makanan

Faktor pendukung yang penulis temukan dalam perencanaan keperawatan ini yaitu tersedianya format perencanaan keperawatan yang telah ditetapkan dan tersedianya buku pedoman, faktor penghambat yang penulis temukan adalah membuat batasan waktu pada kriteria hasil.

4.4. Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Pada tahap ini merupakan lanjutan dari tahap perencanaan, pelaksanaan, yang di aplikasikan sesuai dengan rencana tindakan keperawatan.

Adapun pelaksanaan yang penulis lakukan pada Ny. "I" untuk diagnosa pertama Nyeri berhubungan dengan mukosa lambung teriritasi: Mandiri: Klien mampu mengontrol nyeri dengan menggunakan teknik

relaksasi napas dalam dan Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat

Diagnosa keperawatan kedua Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan masukan nutrisi yang tidak adekuat: Mandiri : Mempertahankan Intake dan output klien, Memonitor vital, Memonitor status nutrisi

Faktor pendukung yang penulis temukan dalam pelaksanaan keperawatan pada klien yaitu adanya kerjasama yang baik antara penulis dengan keluarga klien serta partisipasi dari keluarga klien dalam pemberian asuhan keperawatan sehingga pelaksanaan keperawatan dapat berjalan dengan baik, serta kerjasama yang baik dengan pihak dokter dalam pemberian obat. Tidak ada faktor penghambat yang penulis temukan.

4.5. Evaluasi Keperawatan

Tahap evaluasi merupakan perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan berkesinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya. Evaluasi dalam keperawatan merupakan kegiatan dalam menilai tindakan keperawatan yang telah ditentukan, untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan klien secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan. Untuk menilai apakah tujuan dapat tercapai atau tidak, yaitu dalam bentuk SOAP (Subjektif, Objektif, Analisa, dan Planning).

Evaluasi dari diagnosa pertama Nyeri berhubungan dengan mukosa lambung teriritasi, yaitu:

S : Klien mengatakan nyeri di daerah abdomen (uluhati)

O : - Klien tampak meringis

- Skala nyeri 4

A: - klien mampu mengontrol nyeri dengan teknik nafas dalam

- melatih klien untuk teknik nafas dalam.

P : Intervensi dilanjutkan

Evaluasi dari diagnosa kedua Diagnosa keperawatan kedua Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan masukan nutrisi yang tidak adekuat, yaitu:

S : Klien mengatakan BAB 2 x sehari

O : -Klien tampak lemas

-TTV normal: TD : 120/70 mmHg

N : 80 x/i

A : - – mempertahankan intake dan output dalam batas normal

-- memonitor intake dan output

P: Intervensi lanjutan

BAB V

PENUTUP

5.1. Kesimpulan

Gastritis adalah proses inflamasi pada lapisan mukosa dan sub- mukosa lambung. Secara histopatologi dapat dibuktikan dengan adanya infiltrasi sel-sel radang pada daerah tersebut.

Berdasarkan hasil pengkajian melalui observasi, wawancara langsung dengan klien dan keluarga, pemeriksaan head to toe, pemeriksaan penunjang dan data-data yang diperoleh dari berbagai pihak bahwa Ny. "I" menderita Gastritis type B dimana pada faktor gaya hidup yang menyukai makanan manis dan pedas serta menyukai minuman mengandung gas.

Pada Ny. "I" ditemukan klien mengeluh nyeri di ulu hati, nyeri seperti di tusuk-tusuk, klien mengatakan nyerinya hilang timbul, dan klien mengatakan sering merasa mual dan muntah adanya respons mual muntah yang di hasilkan dari peningkatan HCL lambung. Pengobatan yang diberikan pada Ny. "I" yaitu kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat. Ny. "I" menderita Gastritis adalah TD :120/90 mmHG, N: 80 x/i, S : 36,5, RR: 20 x/i.

Pada kasus Ny. "I" penulis menemukan dua diagnosa keperawatan yaitu Perencanaan untuk diagnosa pertama, Nyeri berhubungan dengan mukosa lambung teriritasi dan Diagnosa keperawatan kedua Perubahan

nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan masukan nutrisi yang tidak adekuat.

5.2. Saran

a. Bagi mahasiswa

1. Meningkatkan ilmu dan pengetahuan tentang penyakit Gastritis.
2. Melibatkan keluarga klien dalam melaksanakan semua tindakan keperawatan pada pasien Gastritis.

b. Bagi perawat

1. Lebih meningkatkan pendokumentasian keperawatan pada pasien Gastritis
2. Meningkatkan penyuluhan kesehatan pada pasien Gastritis tentang proses penyakit, perawatan, dan pencegahan Gastritis dengan melibatkan keluarga klien sehingga dapat menanggulangi keparahan dan komplikasi penyakit.

DAFTAR PUSTAKA

- Anonim. 2016. *Gambar Lambung*. Diunduh pada tanggal 4 Juli 2018 dari www.google.com
- Asmadi. (2008). *Teknik Prosedural Keperawatan Konsep dan Aplikasi Kebutuhan Dasar Manusia*. Jakarta: Salemba Medika.
- Carpenito, L. J. (2006). *Buku Saku Diagnosis Keperawatan (handbook of Nursing Diagnosis, Ed 10, Alih Bahasa Yasmin Asih*. Jakarta: EGC.
- Dempsey, P.A (2002). *Riset Keperawatan Buku Ajar & Latihan, Edisi 4*. Jakarta: EGC
- Dermawan, D. T. R. (2010). *Keperawatan Medikal Bedah (Sistem Pencernaan)*. Yogyakarta: Gosyen Publishing.
- Doenges, M. E. (2000). *Rencana Asuhan Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Mansjoer, A. (2001). *Kapita Selekta Kedokteran*. Jakarta: Media Aesculapius
- FKUI. Muttaqin, A. K. S. (2011). *Gangguan Gastrointestinal*. Jakarta: Salemba Medika.
- Inayah, I. (2004). *Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Gangguan Sistem Pencernaan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Potter, P. A. and Perry (2005). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan Konsep, Proses, dan Praktik*. Jakarta: EGC.
- Price, A. W. dan Wilson, L. M. (2005). *Patofisiologi Konsep Klinis Proses-Proses penyakit*. Jakarta: EGC.
- Setiadi. (2007). *Anatomi dan Fisiologi Manusia*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Smeltzer, S. C. dan Bare, G. B. (2001). *Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth*. Jakarta: EGC.
- Sudoyo, A. W. (2006). *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. Jakarta: FKUI