

## BAB 2

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1 Konsep Penyakit Gastritis

##### 2.1.1 Definisi

Gastritis adalah peradangan mukosa lambung yang dapat bersifat akut, kronik, difus atau lokal. Menurut penelitian sebagian besar gastritis disebabkan oleh infeksi *bacterial* mukosa lambung yang kronis. Selain itu, beberapa bahan yang sering dimakan dapat menyebabkan rusaknya sawar mukosa pelindung lambung (Wijaya & Putri, 2013).

Gastritis merupakan peradangan yang mengenai mukosa lambung, peradangan ini mengakibatkan pembengkakan mukosa lambung sampai terlepasnya epitel mukosa superficial yang menjadi penyebab terpenting dalam gangguan saluran pencernaan. Pelepasan epitel akan merangsang timbulnya proses inflamasi pada lambung (Sukarmin, 2013).

##### 2.1.2 Klasifikasi

Menurut jenisnya gastritis dibagi menjadi 2, yaitu :

###### 1. Gastritis Akut

Gastritis akut adalah inflamasi akut mukosa lambung pada sebagian besar merupakan penyakit ringan dan sembuh sempurna. Salah satu bentuk gastritis yang manifestasi klinisnya adalah :

- a. Gastritis akut erosive, disebut erosive apabila kerusakan yang terjadi tidak lebih dalam daripada mukosa muscolaris (otot-otot pelapisan lambung).

- b. Gastritis akut hemoragic, disebut hemoragic karena pada penyakit ini akan dijumpai perdarahan mukosa lambung yang menyebabkan erosi dan perdarahan mukosa lambung dalam berbagai derajat dan terjadi erosi yang berarti hilangnya kontinuitas mukosa lambung pada beberapa tempat, menyertai inflamasi pada mukosa lambung tersebut (Hirlan, 2009)

## 2. Gastritis Kronis

Menurut (Muttaqin, 2011) gastritis kronis adalah suatu peradangan mukosa lambung yang bersifat menahun. Gastritis kronis diklasifikasikan dengan tiga perbedaan yaitu :

- a. Gastritis superficial, dengan manifestasi kemerahan, edema, serta perdarahan dan erosi mukosa.
- b. Gastritis atrofik, dimana peradangan terjadi diseluruh lapisan mukosa pada perkembangannya dihubungkan dengan ulkus dan kanker lambung, serta anemia pernisiiosa. Hal ini merupakan karakteristik dari penurunan jumlah sel parietal dan sel chief.
- c. Gastritis hipertrofik, suatu kondisi dengan terbentuknya nodul-nodul pada mukosa lambung yang bersifat ireguler, tipis, dan hemoragik.

### 2.1.3 Etiologi

Penyebab terjadinya gastritis sering berkaitan dengan hal-hal sebagai berikut :

1. Pemakaian obat anti inflamasi

Pemakaian obat anti inflamasi nonsteroid seperti aspirin, asam mefenamat, aspilet dalam jumlah besar. Obat anti inflamasi non steroid dapat memicu kenaikan produksi asam lambung, karena terjadinya difusi balik ion hidrogen ke epitel lambung. Selain itu jenis obat ini juga mengakibatkan kerusakan langsung pada epitel mukosa karena bersifat iritatif dan sifatnya yang asam dapat menambah derajat keasaman pada lambung (Sukarmin, 2013).

2. Konsumsi alkohol

Bahan etanol merupakan salah satu bahan yang dapat merusak sawar pada mukosa lambung. Rusaknya sawar memudahkan terjadinya iritasi pada mukosa lambung (Rahayuningsih, 2010).

3. Terlalu banyak merokok

Asam nikotinat pada rokok dapat meningkatkan *adhesi thrombus* yang berkontribusi pada penyempitan pembuluh darah sehingga suplai darah ke lambung mengalami penurunan. Penurunan ini dapat berdampak pada produksi mukosa yang salah satu fungsinya untuk melindungi lambung dari iritasi. Selain itu CO yang dihasilkan oleh rokok lebih mudah diikat Hb dari pada oksigen sehingga memungkinkan penurunan perfusi jaringan pada lambung. Kejadian gastritis pada perokok juga dapat dipicu oleh pengaruh asam nikotinat yang menurunkan rangsangan pada pusat makan, perokok menjadi tahan lapar sehingga asam lambung dapat

langsung mencerna mukosa lambung bukan makanan karena tidak ada makanan yang masuk (Rahayuningsih, 2010).

4. Uremia

Ureum pada darah dapat mempengaruhi proses metabolisme didalam tubuh terutama saluran pencernaan (gastrointestinal uremik). Perubahan ini dapat memicu kerusakan epitel mukosa lambung (Rahayuningsih, 2010).

5. Pemberian obat kemoterapi

Obat kemoterapi mempunyai sifat dasar merusak sel yang pertumbuhannya abnormal, kerusakan ini ternyata dapat juga mengenai sel inang pada tubuh manusia. Pemberian kemoterapi dapat juga mengakibatkan kerusakan langsung pada epitel mukosa lambung.

6. Infeksi sistemik

Pada infeksi sistemik toksik yang dihasilkan oleh mikroba akan merangsang peningkatan laju metabolik yang berdampak pada peningkatan aktivitas lambung dalam mencerna makanan. Peningkatan HCl lambung dalam kondisi seperti ini dapat meicu timbulnya perlukaan pada lambung.

7. Iskemia dan syok

Kondisi iskemia dan syok hipovolemia mengancam mukosa lambung karena penurunan perfusi jaringan lambung yang dapat mengakibatkan nekrosis lapisan lambung.

8. Konsumsi kimia secara oral yang bersifat asam/basa

Konsumsi asam maupun basa yang kuat seperti etanol, thinner, obat-obatan serangga dan hama tanaman, jenis kimia ini dapat merusak lapisan mukosa dengan cepat sehingga sangat beresiko terjadi perdarahan.

#### 9. Trauma mekanik

Trauma mekanik yang mengenai daerah abdomen seperti benturan saat kecelakaan yang cukup kuat juga dapat menjadi penyebab gangguan kebutuhan jaringan lambung. Kadang kerusakan tidak sebatas mukosa, tetapi juga jaringan otot dan pembuluh darah lambung sehingga pasien dapat mengalami perdarahan hebat, trauma juga bisa disebabkan tertelannya benda asing yang keras dan sulit dicerna.

#### 10. Infeksi mikroorganisme

Koloni bakteri yang menghasilkan toksik dapat merangsang pelepasan gastrin dan peningkatan sekresi asam lambung seperti bakteri *Helicobacter pylori*.

#### 11. Stress berat

Stress psikologi akan meningkatkan aktivitas saraf simpatik yang dapat merangsang peningkatan produksi asam lambung. Peningkatan HCl dapat dirangsang oleh mediator kimia yang dikeluarkan oleh neuron simpatik seperti epinefrin.

### 2.1.4 Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis bervariasi mulai dari keluhan ringan hingga muncul perdarahan saluran cerna bagian atas bahkan pada beberapa pasien tidak menimbulkan gejala yang khas. Manifestasi gastritis akut dan kronik hampir sama, seperti anoreksia, rasa penuh, nyeri epigastrium, mual dan muntah, sendawa, hematemesis (Suratun dan Lusiabah, 2010).

Tanda dan gejala gastritis adalah :

1. Gastritis Akut
  - a. Nyeri epigastrium, hal ini terjadi karena adanya peradangan pada mukosa lambung.
  - b. Mual, kembung, muntah, merupakan salah satu keluhan yang sering muncul. Hal ini dikarenakan adanya regenerasi mukosa lambung yang mengakibatkan mual hingga muntah.
  - c. Ditemukan pula perdarahan saluran cerna berupa hematesis dan melena, kemudian disusul dengan tanda-tanda anemia pasca perdarahan.

2. Gastritis Kronis

Pada pasien gastritis kronis umumnya tidak mempunyai keluhan. Hanya sebagian kecil mengeluh nyeri ulu hati, anoreksia, mual dan pada pemeriksaan fisik tidak ditemukan kelainan.

### 2.1.5 Patofisiologi

Mukosa barier lambung pada umumnya melindungi lambung dari pencernaan terhadap lambung itu sendiri, prostaglandin memberikan

perlindungan ini ketika mukosa barrier rusak maka timbul peradangan pada mukosa lambung (gastritis). Setelah barrier ini rusak terjadilah perlukaan mukosa yang dibentuk dan diperburuk oleh histamin dan stimulasi saraf cholinergic. Kemudian HCl dapat berdifusi balik ke dalam mucus dan menyebabkan luka pada pembuluh yang kecil, dan mengakibatkan terjadinya bengkak, perdarahan, dan erosi pada lambung. Alkohol, aspirin refluks isi duodenal diketahui sebagai penghambat difusi barrier.

Perlahan-lahan patologi yang terjadi pada gastritis termasuk kongesti vaskuler, edema, peradangan sel superevisial. Manifestasi patologi awal dari gastritis adalah penebalan. Kemerahan pada membran mukosa dengan adanya tonjolan. Sejalan dengan perkembangan penyakit dinding dan saluran lambung menipis dan mengecil, atropi gastrik progresif karena perlukaan mukosa kronik menyebabkan fungsi sel utama pariental memburuk.

Ketika fungsi sel sekresi asam memburuk, sumber-sumber faktor intrinsiknya hilang. Vitamin B12 tidak dapat terbentuk lebih lama, dan penumpukan vitamin B12 dalam batas menipis secara merata yang mengakibatkan anemia yang berat. Degenerasi mungkin ditemukn pada sel utama dan pariental sekresi asam lambung menurun secara berangsur, baik jumlah maupun konsentrasi asamnya sampai tinggal mucus dan air. Resiko terjadinya kanker gastrik yang berkembang dikatakan meningkat setelah 10 tahun gastritis kronik. Perdarahan mungkin terjadi setelah satu episode gastritis akut atau dengan luka

yang disebabkan oleh gastritis kronis (Dermawan & Rahayuningsih, 2010).

### 2.1.6 Pemeriksaan Penunjang

Menurut (Suratun, 2010) pemeriksaan penunjang pada pasien dengan gastritis meliputi :

1. Darah lengkap, bertujuan untuk mengetahui adanya anemia.
2. Pemeriksaan serum vitamin B12, bertujuan untuk mengetahui adanya defisiensi B12.
3. Analisa feses, bertujuan untuk mengetahui adanya darah dalam feses.
4. Analisa gaster, bertujuan untuk mengetahui kandungan HCl lambung. Acholohidria menunjukkan adanya gastritis atropi.
5. Tes antibody serum, bertujuan mengetahui adanya antibodi sel parietal dan faktor intrinsik lambung terhadap *Helicobacter pylori*.
6. Endoscopy, biopsy, dan pemeriksaan urine biasanya dilakukan bila ada kecurigaan berkembangnya ulkus peptikum.
7. Sitologi, bertujuan untuk mengetahui adanya keganasan sel lambung.

### 2.1.7 Komplikasi

Komplikasi penyakit gastritis menurut (Muttaqin & Sari, 2011) antara lain :

1. Perdarahan saluran cerna bagian atas yang merupakan kedaruratan medis.

2. Ulkus peptikum, jika prosesnya hebat.
3. Gangguan cairan dan elektrolit pada kondisi muntah berat.
4. Anemia pernisiiosa, keganasan lambung.

### 2.1.8 Pencegahan

Penyembuhan penyakit gastritis harus dilakukan dengan memperhatikan diet makanan yang sesuai. Diet penyakit gastritis bertujuan untuk memberikan makanan dengan jumlah gizi yang cukup, tidak merangsang, dan dapat mengurangi laju pengeluaran asam lambung, serta menetralkan kelebihan asam lambung. Secara umum ada pedoman yang harus diperhatikan menurut Misnadiarly (2009) , yaitu :

1. Makan secara teratur, mulai makan pagi pukul 07.00 WIB. Atur tiga kali makan makanan lengkap dan tiga kali makan makanan ringan.
2. Makan dengan tenang, jangan terburu-buru. Kunyah makanan hingga hancur menjadi butiran lembut untuk meringankan kerja lambung.
3. Makan secukupnya, jangan biarkan perut kosong tetapi jangan makan berlebihan sehingga perut terasa sangat kenyang.
4. Memilih makanan yang lunak atau lembek yang dimasak dengan cara direbus, disemur atau ditim. Sebaiknya menghindari makanan yang digoreng karena biasanya menjadi keras dan sulit untuk dicerna.

5. Tidak makan makanan yang terlalu panas atau terlalu dingin karena akan menimbulkan rangsangan termis. Pilih makanan yang hangat (sesuai temperatur tubuh).
6. Menghindari makanan yang pedas atau asam, jangan menggunakan bumbu yang merangsang misalnya cabe, merica, dan cuka.
7. Tidak minum minuman beralkohol atau minuman keras, kopi atau teh kental.
8. Menghindari rokok.
9. Menghindari konsumsi obat yang dapat menimbulkan iritasi lambung, misalnya aspirin, vitamin C, dan sebagainya.
10. Menghindari makanan yang berlemak tinggi yang menghambat pengosongan isi lambung (cokelat, keju, dan lain-lain).
11. Mengelola stress psikologi seefisien mungkin.

#### **2.1.9 Penatalaksanaan**

Orientasi utama pengobatan gastritis berpaku pada obat-obatan. Obat-obatan yang digunakan adalah obat yang mengurangi jumlah asam lambung dan dapat mengurangi gejala yang mungkin menyertai gastritis, serta memajukan penyembuhan lapisan perut. Pengobatan ini meliputi (Sukarmin, 2012) :

1. Antasida yang berisi aluminium dan magnesium, serta karbonat kalsium dan magnesium. Antasida dapat meredakan mulas ringan atau dyspepsia dengan cara menetralisasi asam diperut. Ion H<sup>+</sup> merupakan struktur utama asam lambung. Dengan pemberian

aluminium hidroksida maka suasana asam dalam lambung dapat dikurangi. Obat-obatan ini dapat menghasilkan efek samping seperti diare atau sembelit, karena dampak penurunan  $H^+$  adalah penurunan rangsangan peristaltik usus.

2. Histamin ( $H_2$ ) blocker, seperti famotidine dan ranitidine.  $H_2$  blocker mempunyai dampak penurunan produksi asam dengan mempengaruhi langsung pada lapisan epitel lambung dengan cara menghambat rangsangan sekresi oleh saraf otonom pada nervus vagus.
3. Inhibitor Pompa Proton (PPI), seperti omeprazole, lansoprazole, dan dexlansoprazole. Obat ini bekerja menghambat produksi asam melalui penghambatan terhadap elektron yang menimbulkan potensial aksi saraf otonom vagus. PPI diyakini lebih efektif menurunkan produksi asam lambung daripada  $H_2$  blocker. Tergantung penyebab dari gastritis, langkah-langkah tambahan atau pengobatan mungkin diperlukan.
4. Jika gastritis disebabkan oleh penggunaan jangka panjang NSAID (Nonsteroid Antiinflamasi Drugs) seperti aspirin, aspilet, maka penderita disarankan untuk berhenti minum NSAID, atau beralih ke kelas lain obat untuk nyeri. Walaupun PPI dapat digunakan untuk mencegah stress gastritis saat pasien sakit kritis.
5. Jika penyebabnya adalah *Helicobacter pylori* maka perlu penggabungan obat antasida, PPI dan antibiotik seperti amoksisilin dan klaritromisin untuk membunuh bakteri. Infeksi

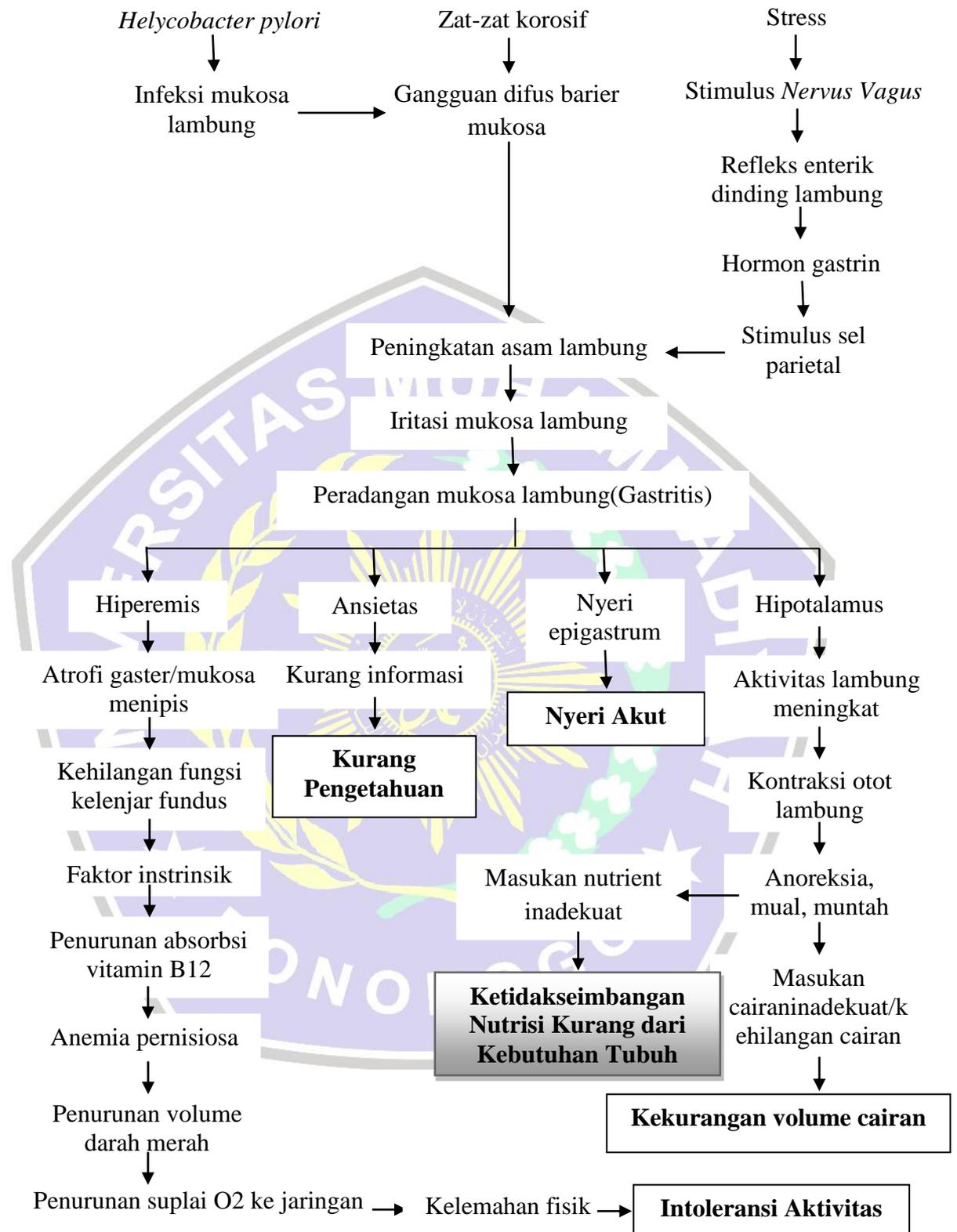
ini sangat berbahaya karena dapat menyebabkan kanker atau ulkus diusus.

6. Pemberian makanan yang tidak merangsang. Walaupun tidak mempengaruhi langsung ada peningkatan asam lambung tetapi makanan yang merangsang seperti pedas atau kecut, dapat meningkatkan suasana asam pada lambung sehingga dapat menaikkan resiko inflamasi pada lambung. Selain tidak merangsang makanan juga dianjurkan yang tidak memperberat kerja lambung, seperti makanan yang keras (nasi keras).

7. Penderita juga dilatih untuk manajemen stress sebab dapat mempengaruhi sekresi asam lambung melalui nervus vagus, latihan mengendalikan stress bisa juga diikuti dengan peningkatan spiritual sehingga penderita lebih pasrah ketika menghadapi stress.



### 2.1.10 Pathway



Gambar 2.1 Pathway Penyakit Gastritis (Mansjoer, 2009)

## 2.2 Konsep Asuhan Keperawatan

### 2.2.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan dan proses sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien (Setiadi, 2012). Data tersebut berasal dari pasien (data primer), keluarga (data sekunder), dan catatan yang ada (data tersier). Pengkajian dilakukan dengan pendekatan proses keperawatan melalui wawancara, observasi langsung, dan melihat catatan medis. Adapun data yang diperlukan pada pasien gastritis yaitu sebagai berikut :

#### 1. Data Dasar (Identitas Klien)

Identitas klien meliputi nama, umur, jenis kelamin, suku, bangsa, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat, tanggal masuk rumah sakit, dan diagnosa medis. Data dasar pada pasien dengan gastritis yaitu :

- a) Umur : Menurut Wahyu dkk (2015) usia 26-36 tahun mempunyai resiko lebih tinggi terkena gastritis.
- b) Jenis kelamin: Perempuan mempunyai resiko lebih tinggi daripada laki-laki untuk kejadian gastritis (Wahyu, dkk, 2015).
- c) Alamat, agama, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan, tanggal pengkajian, diagnosa medis (Sukarmin, 2012).

#### 2. Keluhan Utama

Keluhan utama ditulis secara singkat dan jelas. Keluhan utama merupakan keluhan yang membuat klien meminta bantuan pelayanan kesehatan, keluhan utama adalah alasan klien masuk rumah sakit. Pada pasien gastritis, datang dengan keluhan mual muntah, nyeri epigastrium. Munculnya keluhan diakibatkan iritasi mukosa lambung dan menyebabkan keluhan-keluhan lain yang menyertai (Sukarmin, 2013).

### 3. Riwayat Penyakit Sekarang

Riwayat penyakit sekarang merupakan penjelasan dari permulaan klien merasakan keluhan sampai dengan dibawa ke rumah sakit. Pada gastritis, pasien mengeluh tidak dapat makan, mual dan muntah. Terjadinya gejala mual-muntah sebelum makan dan sesudah makan, setelah mencerna makanan pedas, obat-obatan tertentu atau alkohol. Gejala yang berhubungan dengan ansietas, stress, alergi, makan minum terlalu banyak atau makan terlalu cepat. Gejala yang dirasakan berkurang atau hilang, terdapat muntah darah, terdapat nyeri tekan pada abdomen (Margareth, 2012).

### 4. Riwayat Penyakit Dahulu

Riwayat penyakit dahulu merupakan penyakit yang diderita klien yang berhubungan dengan penyakit saat ini atau penyakit yang mungkin dapat dipengaruhi atau mempengaruhi penyakit yang diderita klien saat ini. Pada beberapa keadaan apakah ada

riwayat penyakit lambung sebelumnya, pola makan tidak teratur atau pembedahan lambung (Sukarmin, 2013).

#### 5. Riwayat Kesehatan Keluarga

Riwayat kesehatan keluarga dihubungkan dengan kemungkinan adanya penyakit keturunan, kecenderungan, alergi dalam satu keluarga, penyakit menular akibat kontak langsung maupun tidak langsung. Pada pasien gastritis, dikaji adakah keluarga yang mengalami gejala serupa, penyakit keluarga berkaitan erat dengan penyakit yang diderita pasien. Apakah hal ini ada hubungannya dengan kebiasaan keluarga dengan pola makan, misalnya minum-minuman yang panas, bumbu penyedap terlalu banyak, perubahan pola kesehatan berlebihan, penggunaan obat-obatan, alkohol, dan rokok (Sukarmin, 2013).

#### 6. Riwayat Psikososial

Meliputi mekanisme koping yang digunakan klien untuk mengatasi masalah dan bagaimana motivasi kesembuhan dan cara klien menerima keadaannya (Sukarmin, 2013).

#### 7. Genogram

Genogram umumnya dituliskan dalam tiga generasi sesuai dengan kebutuhan. Bila klien adalah seorang nenek atau kakek, maka dibuat dua generasi dibawah, bila klien adalah anak-anak maka dibuat generasi keatas (Sukarmin, 2013).

#### 8. Pola Kebiasaan Sehari-Hari

Menurut Gordon (2009), pola kebiasaan sehari-hari pada pasien gastritis, yaitu :

a. Pola Nutrisi

Pola nutrisi dan metabolisme yang ditanyakan adalah diet khusus/suplemen yang dikonsumsi dan instruksi diet sebelumnya, nafsu makan atau minum serta cairan yang masuk, ada tidaknya mual-mual, muntah, stomatitis, fluktuasi BB 6 bulan terakhir naik/turun, adanya kesukaran menelan, penggunaan gigi palsu atau tidak, riwayat masalah/penyembuhan kulit, ada tidaknya ruam, kebutuhan zat gizinya, dan lain-lain. Nafsu makan pada pasien gastritis cenderung menurun akibat mual dan muntah, bisa juga karena terjadinya perdarahan saluran cerna.

b. Pola Eliminasi

Pada pola ini yang perlu ditanyakan adalah jumlah kebiasaan defekasi perhari, ada tidaknya disuria, nocturia, urgensi, hematuria, retensi, inkontinensia, apakah kateter indwelling atau kateter eksternal, dan lain-lain. Pada pasien dengan gastritis didapatkan mengalami susah BAB, distensi abdomen, diare, dan melena. Konstipasi juga dapat terjadi (perubahan diet, dan penggunaan antasida).

c. Pola Istirahat dan Tidur

Pengkajian pola istirahat tidur ini yang perlu ditanyakan adalah jumlah jam tidur pada malam hari, pagi, siang,

apakah merasa tenang setelah tidur, adakah masalah selama tidur, apakah terbangun dini hari, insomnia atau mimpi buruk. Pada pasien dengan gastritis, adanya keluhan tidak dapat beristirahat, sering terbangun pada malam hari karena nyeri atau regurgitasi makanan.

d. Pola Aktivitas/Latihan

Pada pengumpulan data ini perlu ditanyakan kemampuan dalam menata diri, apabila tingkat kemampuannya 0 berarti mandiri, 1 = menggunakan alat bantu, 2 = dibantu orang lain, 3 = dibantu orang dengan peralatan, 4 = ketergantungan/tidak mampu. Yang dimaksud aktivitas sehari-hari antara lain seperti makan, mandi, berpakaian, toileting, tingkat mobilitas ditempat tidur, berpindah, berjalan, berbelanja, berjalan, memasak, kekuatan otot, kemampuan ROM (*Range of Motion*), dan lain-lain. Pada pasien gastritis biasanya mengalami penurunan kekuatan otot ekstremitas, kelemahan karena asupan nutrisi yang tidak adekuat meningkatkan resiko kebutuhan energi menurun.

e. Pola Kognisi-Perceptual

Pada pola ini ditanyakan keadaan mental, sukar bercinta, berorientasi kacau mental, menyerang, tidak ada respon, cara bicara normal atau tidak, bicara berputar-putar atau juga afasia, kemampuan komunikasi, kemampuan

mengerti, penglihatan, adanya persepsi sensori (nyeri), penciuman, dan lain-lain. Pada pasien gastritis biasanya mengalami depresi dan intensitas nyeri tergantung pada penyebabnya (pada gastritis akut dapat menyebabkan rasa tidak nyaman pada epigastrik dan nyeri ulu hati).

f. Pola Toleransi-Koping Stress

Pada pengumpulan data ini ditanyakan adanya koping mekanisme yang digunakan pada saat terjadinya masalah atau kebiasaan menggunakan koping mekanisme serta tingkat toleransi stress yang pernah dimiliki. Pada pasien gastritis, biasanya mengalami stress berat baik emosional maupun fisik, emosi labil.

g. Pola Persepsi Diri/Konsep Koping

Pada persepsi ini yang ditanyakan adalah persepsi tentang dirinya dari masalah yang ada seperti perasaan kecemasan, ketakutan, atau penilaian terhadap diri mulai dari peran, ideal diri, konsep diri, gambaran diri, dan identitas tentang dirinya. Pada pasien gastritis, biasanya pasien mengalami kecemasan dikarenakan nyeri, mual, dan muntah..

h. Pola Seksual Reproduksi

Pada pengumpulan data tentang seksual dan reproduksi ini dapat ditanyakan periode menstruasi terakhir, masalah menstruasi, masalah pap smear, pemeriksaan

payudara/testis sendiri tiap bulan dan masalah seksual yang berhubungan dengan penyakit..

i. Pola Hubungan dan Peran

Pada pola ini yang perlu ditanyakan adalah pekerjaan, status pekerjaan, kemampuan bekerja, hubungan dengan klien atau keluarga dan gangguan terhadap peran yang dilakukan. Pada pasien gastritis, biasanya tegang, gelisah, cemas, mudah tersinggung, namun bila bisa menyesuaikan tidak akan menjadi masalah dalam hubungannya dengan anggota keluarga.

j. Pola Nilai dan Keyakinan

Yang perlu ditanyakan adalah pantangan dalam agama selama sakit serta kebutuhan adanya rohaniawan dan lain-lain. Pada pasien gastritis, tergantung pada kebiasaan, ajaran, dan aturan dari agama yang dianutnya.

9. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan yang dilakukan mulai dari ujung rambut sampai ujung kaki dengan menggunakan 4 teknik, yaitu inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi. Menurut Doengoes (2014), data dasar pengkajian pasien gastritis meliputi :

a. Keadaan Umum

1) Tanda-tanda vital

- a) Tekanan darah mengalami hipotensi (termasuk postural)
- b) Takikardia, disritmia (hipovolemia/hipoksemia), kelemahan/nadi perifer lemah.
- c) Pengisian kapiler lambat/perlahan (vasokonstriksi).
- d) Pada respirasi tidak mengalami gangguan.

2) Kesadaran

Tingkat kesadaran dapat terganggu, rentak dari cenderung tidur, disorientasi/bingung, sampai koma (tergantung pada volume sirkulasi/oksigenasi)

b. Pemeriksaan Fisik *Head to Toe*

1) Kepala dan Muka

Wajah pucat dan sayu (kekurangan nutrisi), wajah berkerut (Sukarmin, 2013).

2) Mata

Mata cekung (penurunan cairan tubuh), anemis (penurunan oksigen ke jaringan), konjungtiva pucat dan kering (Sukarmin, 2013).

3) Mulut dan Faring

Mukosa bibir kering (penurunan cairan intrasel mukosa), bibir pecah-pecah, lidah kotor, bau mulut

tidak sedap (penurunan hidrasi bibir dan personal hygiene) (Sukarmin, 2013).

#### 4) Abdomen

a) Inspeksi : Keadaan kulit : warna, elastisitas, kering, lembab, besar dan bentuk abdomen rata atau menonjol. Jika pasien melipat lutut sampai dada sering merubah posisi, menandakan pasien nyeri.

b) Auskultasi : Distensi bunyi usus sering hiperaktif selama perdarahan, dan hipoaktif setelah perdarahan.

c) Perkusi : Pada penderita gastritis suara abdomen yang ditemukan hypertimpani (bising usus meningkat).

d) Palpasi : Pada pasien gastritis dinding abdomen tegang. Terdapat nyeri tekan pada regio epigastik (terjadi karena distruksi asam lambung)

(Doengoes, 2014).

#### 5) Integumen

Warna kulit pucat, sianosis (tergantung pada jumlah kehilangan darah), kelemahan kulit/membran mukosa berkeringan (menunjukkan status syok, nyeri akut, respon psikologik) (Doengoes, 2014).

### 2.2.2 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang menurut Priyanto (2009) yang ditemukan pada pasien gastritis, yaitu :

1. Endoscopy

Endoscopy adalah salah satu prosedur pemeriksaan medis untuk melihat kondisi saluran pencernaan dengan menggunakan alat endoskop yang merupakan suatu alat yang berbentuk selang elastis dengan lampu dan kamera optik di ujungnya. Kamera akan menangkap setiap objek yang dituju dan ditampilkan di monitor. Pada pasien dengan gastriti, pada pemeriksaan endoscopy akan tampak erosi multi yang sebagian biasanya berdarah dan letaknya tersebar.

2. Pemeriksaan Histopatologi

Pemeriksaan histopatologi adalah pemeriksaan dari jaringan tubuh manusia, dimana jaringan itu dilakukan pemeriksaan dan pemotongan makroskopis, diproses sampai siap menjadi slide atau preparat yang kemudian dilakukan pembacaan secara mikroskopis untuk penentuan diagnosis. Pada pasien gastritis, akan tampak kerusakan mukosa karena erosi tidak pernah melewati mukosa muskularis.

3. Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan laboratorium adalah suatu tindakan dan prosedur pemeriksaan khusus dengan mengambil bahan atau sampel dari pasien dalam bentuk darah, sputum (dahak), urine (air kencing), kerokan kulit, dan cairan tubuh lainnya dengan

tujuan untuk membantu menegakkan diagnosis penyakit. Pada klien dengan gastritis kronik, kadar serum vitamin B12 nilai normalnya 200-1000 Pg/ml, kadar vitamin B12 yang rendah merupakan anemia megalostatik. Darah lengkap, diperiksa kadar hemoglobin, hematokrit, trombosit, leukosit, dan albumin.

#### 4. Analisa Gaster

Untuk mengetahui tingkat sekresi HCl, biasanya sekresi HCl menurun.

#### 5. Gastrocopy

Untuk mengetahui permukaan mukosa (perubahan), mengidentifikasi area perdarahan dan mengambil jaringan untuk biopsi.

### 2.2.3 Analisa Data

Analisa data adalah kemampuan pengembangan daya pikir dan penalaran data keperawatan sesuai dengan kaidah-kaidah dalam ilmu keperawatan untuk mendapatkan sebuah kesimpulan untuk membahas permasalahan keperawatan (Ali, 2012).

Analisa data yang diperoleh pada gastritis dengan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, yaitu :

#### 1. Data *Subjektif*

Diperoleh dari hasil pengkajian terhadap pasien gastritis dengan teknik wawancara, data ini berupa keluhan atau persepsi

subjektif pasien pada status kesehatannya. Data subjektif pada pasien gastritis, yaitu nyeri epigastrium. Munculnya keluhan diakibatkan iritasi mukosa lambung dan menyebabkan keluhan-keluhan lain yang menyertai (Sukarmin, 2013).

## 2. Data Objektif

Pada pasien gastritis dengan masalah keperawatan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh dilakukan dengan pendekatan ABCD yaitu *Anthropometric measurement, Biochemical data, Clinical sign of nutritional status, Dietary history* (Sukarmin, 2013).

- a) *Anthropometric measurement*, meliputi BB, TB, LK, LILA, IMT.
- b) *Biochemical data*, meliputi data laboratorium yang abnormal.
- c) *Clinical sign of nutritional status*, meliputi tanda-tanda klinis rambut, turgor kulit, mukosa bibir, conjungtiva anemis/tidak.
  - 1) Wajah pucat dan sayu (kekurangan nutrisi), mata cekung (penurunan cairan tubuh), anemis (penurunan oksigen ke jaringan), mukosa bibir kering (penurunan cairan intrasel mukosa), bibir pecah-pecah, lidah kotor, bau mulut tidak sedap (penurunan hidrasi bibir dan personal hygiene).

- d) *Dietary history*, meliputi bagaimana asupan nutrisi pasien sebelum kunjungan dan saat kunjungan. Nafsu makan pada pasien gastritis cenderung menurun akibat mual dan muntah, bisa juga karena terjadinya perdarahan saluran cerna.

#### 2.2.4 Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan yang sering muncul pada pasien gastritis menurut Bulechek, M Gloria, dkk (2016) adalah ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan.

#### 2.2.5 Intervensi Keperawatan

Intervensi adalah kegiatan implementasi dari perencanaan intervensi untuk memenuhi kebutuhan fisik dan emosional (Nursalam, 2008).

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan Perubahan Nutrisi Kurang dari Kebutuhan Tubuh

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN DAN KRITERIA HASIL	INTERVENSI
1.	<p><b>Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh</b></p> <p><b>Definisi :</b> Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan</p>	<p><b>NOC</b></p> <p>1) <i>Nutritional Status : Food and Fluid Intake</i></p> <p>2) <i>Nutritional Status : Nutrient Intake</i></p> <p>3) <i>Weight control</i></p> <p><b><u>Kriteria Hasil :</u></b></p> <p>1) Adanya</p>	<p><b>NIC</b></p> <p><b><i>Nutrition Management</i></b></p> <p>1) Kaji adanya alergi makanan</p> <p>2) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk</p>

metabolik.

**Batasan**

**Karakteristik :**

- 1) Kram abdomen
- 2) Nyeri abdomen
- 3) Menghindari makanan
- 4) Berat badan 20% atau lebih dibawah berat badan ideal
- 5) Kerapuhan kapiler
- 6) Diare
- 7) Kehilangan rambut berlebihan
- 8) Bising usus hiperaktif
- 9) Kurang makanan
- 10) Kurang informasi
- 11) Kurang minat pada makanan
- 12) Penurunan berat badan dengan asupan makanan adekuat
- 13) Kesalahan konsepsi
- 14) Kesalahan informasi
- 15) Membran mukosa pucat
- 16) Ketidakmampuan memakan makanan
- 17) Tonus otot menurun
- 18) Mengeluh gangguan sensasi rasa
- 19) Mengeluh asupan makanan kurang daro

peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan

- 2) Berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan
- 3) Mampu mengidentifikasikan kebutuhan nutrisi
- 4) Tidak ada tanda-tanda malnutrisi
- 5) Menunjukkan peningkatan fungsi pengecap dari menelan
- 6) Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti

menentukan jumlah kalori dan nutrisi

- yang dibutuhkan pasien
- 3) Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake Fe
- 4) Anjurkan pasien untuk meningkatkan protein dan vitamin C
- 5) Berikan substansi gula
- 6) Yakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi
- 7) Beri makanan yang terpilih (sudah dikonsultasikan dengan ahli gizi)
- 8) Ajarkan pasien bagaimana membuat catatan makanan harian
- 9) Monitor jumlah nutrisi dan kandungan kalori
- 10) Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi
- 11) Kaji kemampuan

RDA  
(Recommended  
Daily  
Allowance)

- 20) Cepat kenyang setelah makan
- 21) Sariawan rongga mulut
- 22) Steatorea
- 23) Kelemahan otot pengunyah
- 24) Kelemahan otot untuk menelan

**Faktor yang Berhubungan :**

- 1) Faktor biologis
- 2) Faktor ekonomi
- 3) Ketidakmampuan untuk mengabsorpsi nutrisi
- 4) Ketidakmampuan untuk mencerna makanan
- 5) Ketidakmampuan menelan makanan
- 6) Faktor psikologis

pasien untuk mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan

**Nutrition Monitoring**

- 1) BB pasien dalam batas normal
- 2) Monitor adanya penurunan berat badan
- 3) Monitor tipe dan jumlah aktivitas yang biasa dilakukan
- 4) Monitor interaksi anak atau orang tua selama makan
- 5) Monitor lingkungan selama makan
- 6) Jadwalkan pengobatan dan tindakan selama jam makan
- 7) Monitor kulit kering dan perubahan pigmentasi
- 8) Monitor turgor kulit
- 9) Monitor kekeringan, rambut kusam, dan mudah patah
- 10) Monitor mual dan muntah
- 11) Monitor kadar albumin, total protein, Hb dan Kadar Ht
- 12) Monitor

- 
- pertumbuhan dan perkembangan
- 13) Monitor pucat, kemerahan, dan kekeringan jaringan konjungtiva
  - 14) Monitor kalori dan intake nutrisi
  - 15) Catat adanya edema, hiperemik, hipertonic papila lidah dan cavititas oral
  - 16) Catat jika lidah berwarna magenta, scarlet
- 

Sumber : Bulechek, Gloria, dkk (2016), Moorhead, Sue, dkk (2016), Herdman, T. H ; Kamitsuru Shigemi (2016)

### 2.2.6 Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah perencanaan dari rencana intervensi untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap implementasi dimulai setelah rencana intervensi disusun dan ditujukan untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan (Nursalam, 2008). Menurut Doengoes (2014), implementasi adalah tindakan pemberian keperawatan yang dilaksanakan untuk membantu mencapai tujuan pada rencana tindakan keperawatan yang telah disusun. Setiap tindakan keperawatan yang dilaksanakan dicatat dalam catatan keperawatan, yaitu cara pendekatan pada klien efektif, teknik komunikasi terapeutik, serta penjelasan untuk setiap tindakan yang

diberikan kepada pasien. Dalam melakukan tindakan khususnya pada pasien gastritis implementasi keperawatan (*NIC/Nursing Interventions Classification*) yaitu Manajemen Nutrisi seperti memberikan informasi tentang kebutuhan nutrisi, menganjurkan pasien untuk meningkatkan protein, menganjurkan pasien untuk meningkatkan intake makanan yang adekuat, dan berkolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien. Yang kedua dengan Monitor Nutrisi seperti memonitor adanya penurunan berat badan, memonitor mual dan muntah, memonitor kadar albumin, total protein, Hb, dan Ht, serta memonitor kalori dan intake nutrisi.

### 2.2.7 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah proses yang berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada klien. Evaluasi dilakukan terus menerus pada respon klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Evaluasi dapat dibagi menjadi dua, yaitu evaluasi proses atau formatif dilakukan setiap selesai tindakan keperawatan, dan evaluasi hasil atau sumatif dilakukan dengan membandingkan respon klien pada tujuan khusus dan umum yang telah ditentukan (Nursalam, 2011). Perumusan evaluasi formatif meliputi empat komponen yang dikenal dengan istilah SOAP, yakni *subjektif* (data berupa keluhan klien), *objektif* (data hasil pemeriksaan), analisa data (pembandingan data dengan teori), *planning* (perencanaan) (Asmadi, 2008) :

a. S (*Subjektif*)

Data subjektif berisi data dari pasien melalui anamnesis (wawancara) yang merupakan ungkapan langsung. Pada pasien gastritis akan mengalami nafsu makan menurun, mual muntah sebelum makan dan sesudah makan.

b. O (*Objektif*)

Data objektif berisi data dari hasil observasi melalui pemeriksaan fisik. Pada pasien gastritis, akan mengalami penurunan nafsu makan dan berat badan.

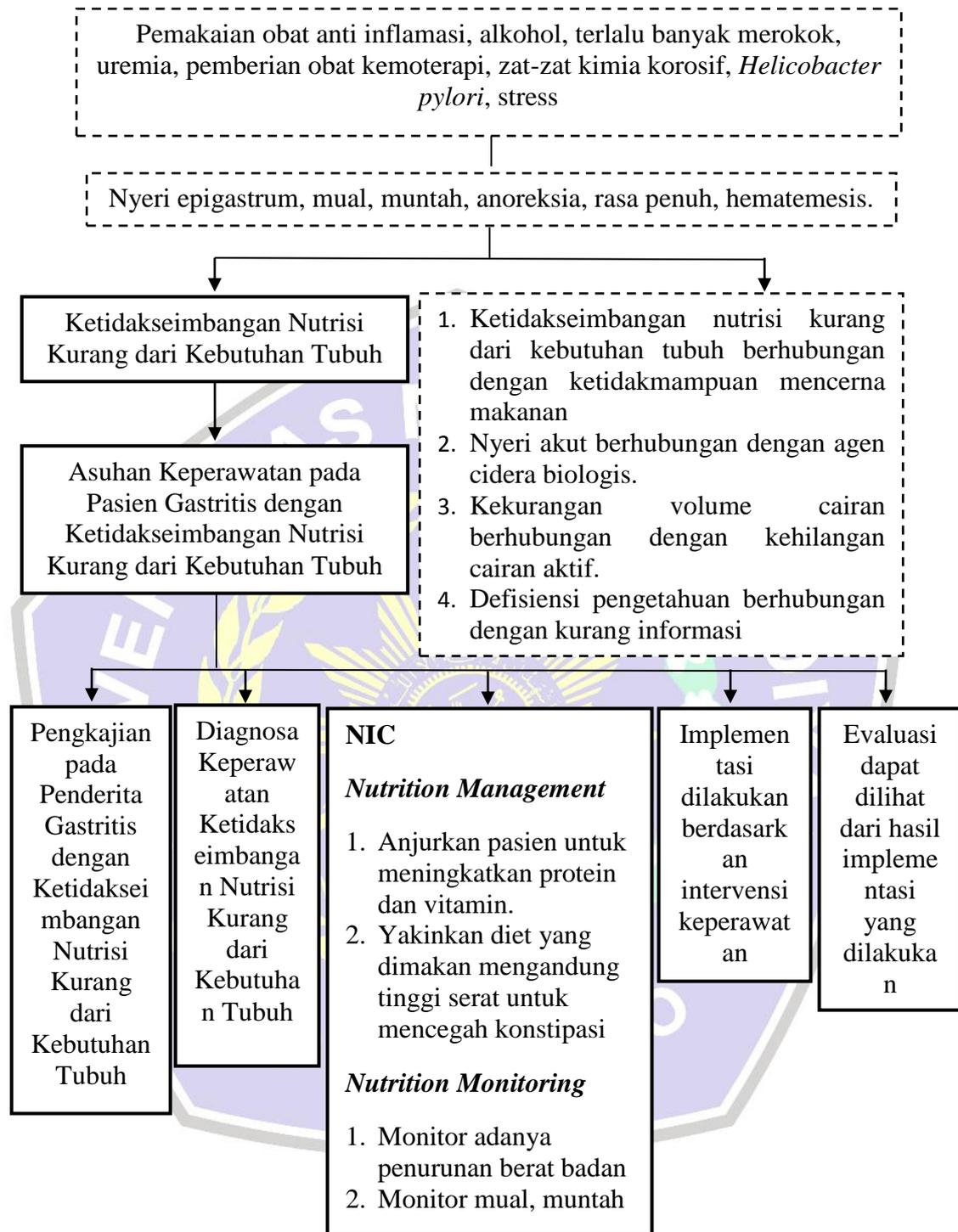
c. A (*Assasment/Analisis*)

Intepretasi dari data *subjektif* dan data *objektif*. Analisis merupakan suatu masalah atau diagnosa keperawatan yang masih terjadi atau dapat juga dituliskan masalah/diagnosis baru yang terjadi akibat perubahan status kesehatan klien yang telah teridentifikasi datanya dalam data *subjektif* dan *objektif*.

d. P (*Planning*)

*Planning* merupakan rencana dari tindakan yang akan diberikan termasuk mandiri, kolaborasi, diagnosis atau laboratorium, serta konseling untuk tindak lanjut. Pada pasien dengan gastritis dapat dilakukan intervensi lanjutan yaitu mengkaji pasien untuk memenuhi kebutuhan nutrisi.

### 2.3 Hubungan Antar Konsep



Gambar 2.3 Kerangka Konsep Asuhan Keperawatan pada Pasien Gastritis dengan Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang dari Kebutuhan Tubuh