

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Gastritis**

##### **2.1.1 Definisi Gastritis**

Gastritis adalah suatu 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 dapat 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 Etiologi Gastritis**

Penyebab dari penyakit gastritis menurut Dermawan & Rahayuningsih (2010) antara lain :

1. Stress
2. Alkohol dan rokok
3. Obat obatan anti inflamasi non-steroid seperti aspirin
4. Makanan merangsang (pedas, panas, asam/alkali kuat)
5. Infeksi bakteri *Helicobacter Pylori*.

Penyakit gastritis menurut Sukarmin (2013) sering berkaitan :

1. Pemakaian obat anti inflamasi non-steroid

Beberapa obat anti inflamasi seperti aspirin, asam menafamat, aspilets dapat memicu kenaikan produksi asam lambung yang berlebihan dan mengiritasi mukosa lambung.

2. Konsumsi alkohol berlebih

Bahan etanol merupakan salah satu bahan yang dapat merusak sawar memudahkan terjadinya iritasi pada mukosa lambung.

3. Banyak merokok

Penyakit gastritis pada perokok 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.

4. Pemberian obat kemoterapi

Obat kemoterapi mempunyai sifat dasar merusak sel yang pertumbuhannya abnormal, kerusakan ini dapat mengenai sel inang pada tubuh manusia. Salah satunya kerusakan sel inang pada tubuh manusia. Salah satunya kerusakan pada epitel mukosa lambung.

5. Uremia

Ureum pada darah dapat mempengaruhi proses metabolisme didalam tubuh terutama saluran pencernaan (gastrointestinal uremik). Perubahan ini dapat memicu kerusakan 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 HCI lambung dalam kondisi seperti ini dapat memicu timbulnya perlukaan pada lambung.

#### 7. Stress berat

Stress psikologi dapat meningkatkan aktivitas saraf simpatik yang dapat merangsang peningkatan produksi asam lambung.

#### 8. Iskemia dan syok

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

#### 9. Konsumsi kimia 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 berisiko terjadi perdarahan.

#### 10. Trauma mekanik

Trauma mekanik yang mengenai daerah abdomen seperti benturan saat kecelakaan yang cukup kuat dapat menyebabkan kerusakan pada pembuluh darah lambung sehingga dapat mengalami perdarahan hebat.

## 11. Infeksi mikroorganisme

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

### 2.1.3 Klasifikasi Gastritis

Klasifikasi penyakit gastritis menurut Sukarmin (2013) antara lain:

#### 1. Gastritis akut hemoragik erosif

Gastritis akut hemoragik erosif adalah suatu peradangan permukaan lambung yang akut dengan kerusakan-kerusakan erosi. Gastritis pada tipe ini sering menyebabkan ulkus aktif.

Gastritis akut hemoragik erosif disebabkan oleh:

- a. Iskemia dan syok
- b. Stress
- c. Penggunaan alkohol dan zat kimia erosif
- d. Penggunaan obat anti inflamasi non-steroid
- e. Trauma
- f. Sinar radiasi

#### 2. Gastritis kronik non-erosif

Gastritis kronis non-erosif adalah suatu peradangan bagian permukaan lambung yang menahun. Jenis peradangan ini banyak terjadi pada daerah antrum. Penyebab utama terjadinya gastritis aktif kronik non-erosif adalah infeksi kuman *Helicobacter Pylori*. Bakteri ini mempunyai kemampuan untuk merusak imunitas sehingga tidak dianggap benda asing oleh limfosit-T tetapi justru sebaliknya dianggap sebagai bagian dari lambung sehingga leluasa untuk berkembang biak. Bakteri *Helicobacter Pylori*

dapat ditularkan melalui makanan yang terkontaminasi kuman, vektor lalat, maupun fecal-oral.

### 3. Gastritis atropi

Penyebab tersering tipe ini adalah autoantibodi, Imonoglobulin G dan limfosit B kehilangan daya kenal terhadap sel lambung justru malah merusaknya. Sel pariental lambung mengalami atropi dan mengalami gangguan terhadap reseptor gastrin karbohidrase,  $H^+/K^+$ , ATP dan faktor intrinsik. Atropi sel pariental mengakibatkan penurunan sekresi getah lambung dan faktor intrinsik menurun tetapi justru terjadi peningkatan sekresi gastrin. Penurunan faktor intrinsik akan menurunkan ikatan kobalamin dengan faktor intrinsik sehingga terjadi defisiensi kobalamin (berakibat anemia pernisiiosa).

### 4. Gastritis reaktif

Gastitis reaktif tersering disebabkan pasca operasi daerah antrum atau daerah pylorus yang mengakibatkan refluks entergastrik yang menyebabkan enzim pankreas dan garam empedu menyerang mukosa lambung sehingga mengalami pengikisan.

#### **2.1.4 Patofisiologi Gastritis**

Mukosa barier lambung pada umumnya melindungi lambung dari pencernaan terhadap lambung itu sendiri, prostaglandin yang memberikan perlindungan ini. Ketika mukosa barier ini rusak maka timbul peradangan pada mukosa lambung (gastritis). Setelah barier ini rusak terjadilah perlukaan mukosa dan dibentuk dan diperburuk oleh histamin dan stimulasi saraf colinergic. Kemudian HCl dapat berdifusi balik kedalam mukus dan

menyebabkan luka ada pembuluh yang kecil, yang mengakibatkan terjadinya bengkak, perdarahan dan erosi pada lambung. Alkohol, aspirin reluks isi duodenal diketahui sebagai penghambat difusi barrier.

Perlahan-lahan patologi yang terjadi pada gastritis termasuk kongesti vaskular, edema, peradangan sel supervisial. Manifestasi patologi awal dari gastritis adalah pennebalan. 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 dan pariental memburuk.

Ketika fungsi sel sekresi asam memburuk, sumber-sumber faktor intrinsiknya hilang. Vitamin B<sub>12</sub> tidak dapat terbentuk lebih lama, dan penumpukan vitamin B<sub>12</sub> dalam badan menipis secara merata yang mengakibatkan anemi yang berat. Degenerasi mungkin ditemukan 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)

### **2.1.5 Gambaran Klinis**

Gambaran klinis pada penyakit gastritis menurut Dermawan & Rahayuningsih (2010) adalah : nyeri seperti terbakar, nyeri ulu hati setelah makan, anoreksia, mual, muntah, cegukan, sakit kepala, malaise, perut kembung, rasa asam di mulut, hemorhagi, kolik usus dan diare.

Gambaran klinis penyakit gastritis berdasarkan klasifikasi menurut Sukarmin (2013) adalah:

1. Gastritis akut hemoragik erosif

a. Nyeri yang hilang timbul pada ulu hati

Terjadi akibat peningkatan sekresi gastrin yang menyebabkan terjadinya iritasi pada mukosa lambung.

b. Anemia pernisiiosa

Penurunan ikatan terhadap kobalamin pada intestinum dapat mengakibatkan anemia pernisiiosa.

c. Mual dan muntah

Terjadinya gangguan pada saluran pencernaan dapat memicu peningkatan sekresi lambung dan rangsangan saraf vagus yang berakibat mual dan muntah.

2. Gastritis kronis non erosif

a. Perasaan penuh, anoreksia

Perasaan cepat penuh diakibatkan sekresi yang berlebihan pada lambung ketika ada makanan yang masuk. Sehingga kapasitas makanan menjadi menurun karena sebagian besar telah diisi oleh mucus dan cairan hasil sekresi.

b. Distress epigastrik yang tidak nyata

Distress epigastrik yang tidak nyata sering berkaitan dengan adaptasi psikologi yang berlangsung lama.

c. Cepat kenyang

Penjelasan mengenai cepat kenyang prosesnya seperti lambung cepat penuh

### 3. Gastritis atrofi

#### a. Nyeri epigastrik

Terjadi akibat peningkatan sekresi gastrin, yang menyebabkan iritasi dan muncul nyeri.

#### b. Anemia pernisiiosa

Penurunan ikatan terhadap kobalamin pada intestinum dapat mengakibatkan anemia pernisiiosa.

#### c. Mual muntah

Terjadinya gangguan pada saluran pencernaan dapat memicu peningkatan sekresi lambung dan rangsangan saraf vagus yang berakibat mual dan muntah.

### 4. Gastritis reaktif

#### a. Muntah yang berlebihan

Ketidaksempurnaan hasil operasi organ abdomen dapat mengakibatkan refluks enzim lipase dari pankreas dan mengakibatkan peningkatan sekresi lambung

#### b. Nyeri epigastrium

Rusaknya mukosa oleh enzim atau garam empedu dapat menurunkan ambang nyeri.

#### c. Lemah

Lemah dapat diakibatkan oleh penurunan jumlah cairan dan nutrisi oleh muntah yang berlebihan.



### 2.1.6 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan penyakit gastritis menurut Dermawan & Rahayuningsih (2010) adalah :

#### 1. Keperawatan

Istirahat baring, mengurangi stress, diet lambung yang lunak dan tidak merangsang, tidak merokok dan minum alkohol.

#### 2. Medis

Bila perdarahan lambung berikan anti-koagulan, pemberian obat antikolinergik, anti-emetik, analgesik, sedative, antasida, dan antibiotik. Terapi pendukung seperti intubasi, cairan intra vena. Pembedahan untuk mengangkat ganggren dan perforasi.

Penatalaksanaan penyakit gastritis menurut adwan dkk (2013):

1. Antasida berisi aluminium hidroksida dan magnesium hidroksida. Antasida meredakan mulas ringan atau dispepsia dengan cara menetralisasi asam di perut.
2. Histamin ( $H_2$ ) bloker, seperti famotidine dan ranitidine bersifat menurunkan produksi asam dengan cara menghambat rangsangan sekresi oleh saraf otonom pada nervus vagus.
3. Inhibitor pompa proton (PPI), seperti omeprazol, lansoprezol, obat ini bekerja menghambat produksi asam melalui penghambatan terhadap elektron yang menimbulkan potensial aksipada sarafotonom vagus.
4. Jika gastritis disebabkan oleh penggunaan NSAID (*nonsteroid Antiinflamasi drug*) seperti aspirin, aspilet maka penderita disarankan untuk berhenti minum obat tersebut.

5. Apabila penyebabnya adalah *Helicobacter pylori* maka perlu penggabungan obat antasida, PPI, dan antibiotik seperti amoksisilin dan klaritromisin untuk membunuh bakteri.
6. Pemberian makanan yang tidak merangsang. Karena makanan seperti pedas, kecut dan asam dapat meningkatkan suasana asam pada lambung sehingga dapat meningkatkan resiko inflamasi pada lambung.
7. Manajemen stress karena stres dapat mempengaruhi sekresi asam lambung melalui melalui nervus vagus.

### 2.1.7 Pemeriksaan penunjang Gastritis

Pemeriksaan penunjang penyakit gastritis menurut Sukarmin (2013) antara lain :

1. Pemeriksaan darah rutin

Pemeriksaan ini digunakan untuk memeriksa adanya kuman *Helicobacter pylori* dalam darah dan dapat juga digunakan untuk memeriksa anemia, yang terjadi akibat pendarahan lambung akibat gastritis.

2. Pemeriksaan feses

Memeriksa apakah terdapat kuman *Helicobacter pylori* dalam feses atau tidak. Hasil yang positif mengindikasikan terjadi infeksi, dan adanya darah dalam feses menunjukkan adanya pendarahan pada lambung.

3. Endoscopi saluran cerna bagian atas

Dalam tes ini dapat terlihat adanya keabnormalan pada saluran cerna bagian atas. Dilakukan dengan cara memasukkan sebuah selang kecil fleksibel (endoskop) melalui mulut dan masuk ke dalam esofagus, lambung dan bagian atas usus kecil.

#### 4. Rongten saluran cerna bagian atas

Test ini dapat akan melihat adanya tanda-tanda gastritis atau penyakit pencernaan lainnya. Pasien akan diminta menelan cairan sebelum dilakukan rongten. Cairan ini akan melapisi saluran cerna.

### 2.1.8 Komplikasi Gastritis

Komplikasi penyakit gastritis menurut Muttaqin & Sari (2011) :

1. Perdarahan saluran cerna bagian atas yang merupakan kedaruratan medis
2. Ulkus peptikum, jika prosesnya hebat
3. Gangguan cairan dan elektrolit pada kondisi muntah hebat
4. Anemia perniosa, keganasan lambung

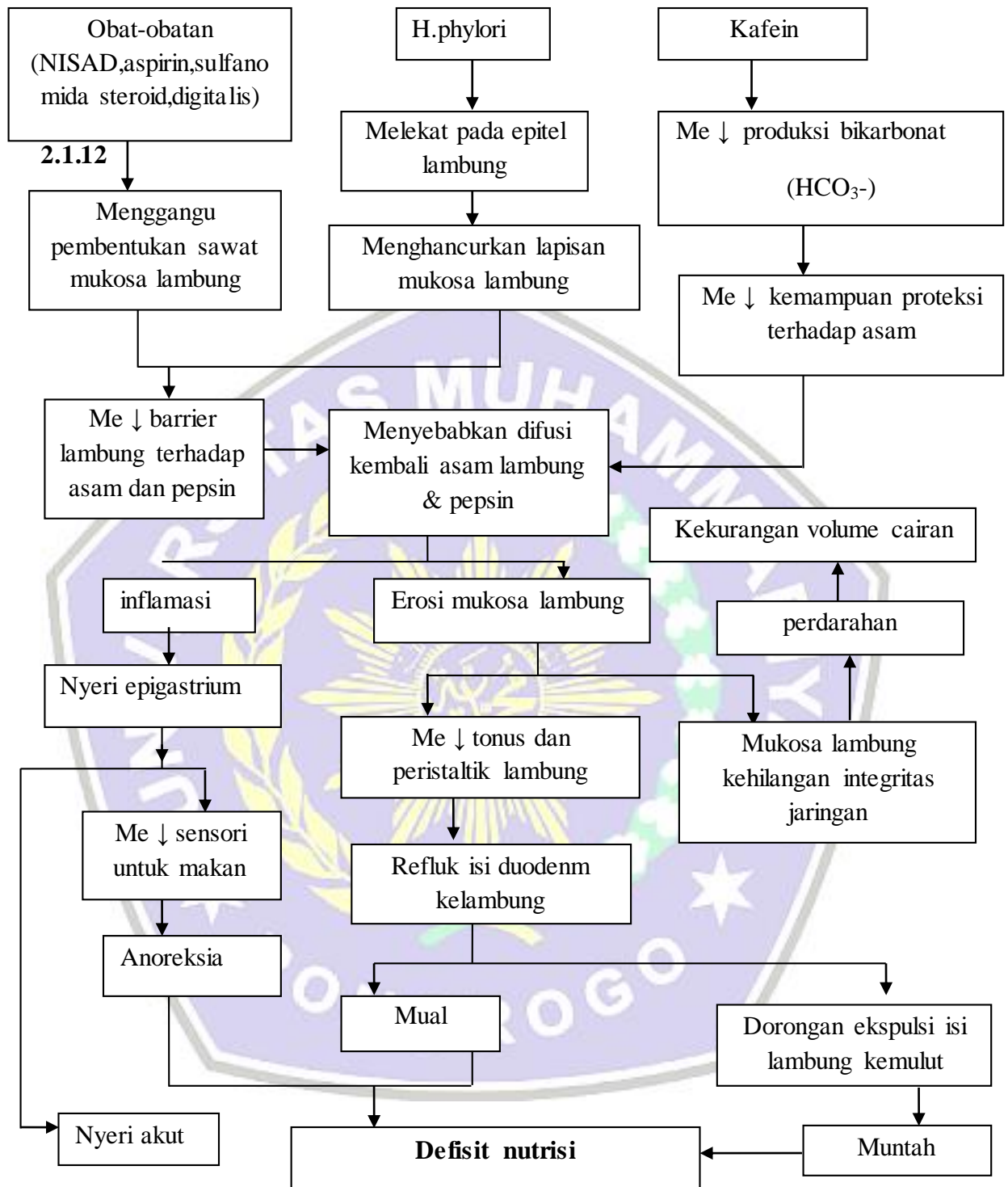
### 2.1.9 Pencegahan Gastritis

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 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 yang harus diperhatikan menurut Misnadiarl (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 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 mium minuman beralkohol dan 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 (coklat, keju, dan lain-lain)
11. Mengelola stress psikologi seefisien mungkin.

### 2.1.10 Pathway Gastritis



Sumber :Nurarif & Kusuma, 2015

Gambar 2.1. Pohon Masalah Gastritis

## **2.2 Konsep Masalah Keperawatan Defisit Nutrisi**

### **2.2.1 Definisi Nutrisi**

Nutrisi adalah proses tersedianya energi dan bahan kimia dari makanan yang penting untuk pembentukan, pemeliharaan dan penggantian sel tubuh (Harnanto A.M. & Sunarsih R, 2016).

Diagnosa keperawatan risiko adalah sebuah penilaian klinis mengenai kerentanan individu, keluarga, kelompok atau masyarakat untuk mengembangkan respon manusia yang tidak diinginkan terhadap gangguan kesehatan/proses kehidupan (Nurarif, A.&Kusuma, 2015).

Ketidakeimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh menurut Hidayat (2009) yaitu keadaan yang dialami seseorang dalam keadaan tidak berpuasa (normal) atau risiko penurunan berat badan akibat ketidakcukupan nutrisi untuk kebutuhan metabolisme.

### **2.2.2 Fungsi Nutrisi**

Menurut Ernawati (2012) fungsi nutrisi sebagai berikut :

1. Untuk membentuk dan memelihara jaringan tubuh
2. Mengatur proses proses dalam tubuh
3. Sebagai sumber tenaga
4. Melindungi tubuh dari serangan penyakit
5. Menyediakan energi untuk pergerakan

### **2.2.3 Masalah kebutuhan Nutrisi**

Masalah pemenuhan kebutuhan nutrisi secara umum terdiri atas kelebihan nutrisi, obesitas, malnutrisi, kencing manis, hipertensi, gastritis, jantung koroner, kanker dan anoreksia nervosa dan penyakit lainnya.

Kekurangan nutrisi adalah suatu keadaan dimana seseorang dalam keadaan tidak puasa (normal) atau beresiko kekurangan berat badan akibat ketidakcukupan asupan nutrisi untuk kebutuhan tubuh dan melakukan metabolisme.

Penyebab kekurangan nutrisi disebabkan oleh nafsu makan menurun, kesulitan dalam mencerna kalori akibat infeksi atau penyakit tertentu, penurunan absorbs nutrisi akibat penyakit tertentu, disfagia akibat kelainan persarafan. Tanda klinis orang yang mengalami gangguan nutrisi adalah : Berat badan 10-20 % di bawah normal, tinggi badan dibawah ideal, kelemahan, nyeri tekan pada otot, penurunan albumin serum, penurunan tranferin (Ernawati, 2012)

#### 2.2.4 Pengkajian Kebutuhan Nutrisi

Pengkajian status nutrisi klien dilakukan dengan pendekatan ABCD yaitu *Anthropometric measurement, Biochemical data, Clinical sign of nutritional status, Dietary history* (Kemenkes RI, 2013).

##### 1. Pengukuran Antropometri

Merupakan cara untuk mengetahui cadangan kalori dan protein seseorang. Pengukuran antropometri meliputi pengukuran berat badan, tinggi badan, pengukuran lingkaran lengan atas dan lipat kulit/lipat lemak.

Nilai normal pengkajian :

a. BMI : 19,8-6

##### **Ketebalan lipatan kulit trisep (mm)**

Pria : 12,5

Wanita : 16,5

**Lingkar lengan tengah (cm) :**

Pria : 29,3

Wanita : 28,5

- b. Hitung IMT dengan rumus  $\frac{BB(kg)}{TB(m^2)}$ .

Klien dikatakan memiliki berat badan ideal jika skor IMT berada diantara 18,5 – 25.

**2. Biochemical Data**

Pengkajian terhadap status nutrisi klien perlu ditunjang dengan pemeriksaan laboratorium .Klien melakukan pemeriksaan darah dan urin yang meliputi pemeriksaan hemoglobin, hematokrit, kreatinin, albumin dan BUN (*Blood Urea Nitrogen*).

Nilai normal Hemogloblin : (12,1-17,6)

Nilai normal Hematokrit : (35-45)

Nilai normal Bun : 7-20 mg/dL

**3. Clinical Sign**

Klien dengan masalah nutrisi akan memperlihatkan tanda-tanda klinik yang jelas. Tanda-tanda abnormal tersebut bukan saja pada organ-organ fisiknya tetapi juga fungsi fisiologisnya.

- a. Keadaan umum : penurunan berat badan, lemah, *fatigue*
- b. Rambut : keadaan kotor, kusam dan kering
- c. Mata : konjungtiva yang tampak anemis
- d. Mulut : stomatitis, bibir kering dan pecah-pecah, lidah kering dan berselaput
- e. Gigi : putih, hitam, kuning, karies, burik.



- f. Hidung : tidak nampak tanda klinis pada hidung
- g. Telinga : tidak ada seruman
- h. System gastrointensial : anoreksia, mual muntah, konstipasi atau diare, pembesaran hati/limfa.
- i. System kardiovaskuler : takikardila, pembesaran jantung, irama tidak normal, tensi meningkat
- j. System endrokin : tidak nampak tanda klinis pada system endrookin
- k. Ekstremitas : adanya osteoporosis , kelemahan otot
- l. Integument : kulit pucat, kekuning-kuningan kecoklatan dan kering
- m. Kuku : bentuk seperti sendok, mudah patah

#### 4. *Dietary History*

Faktor yang perlu dikaji dalam riwayat konsumsi nutrisi/diet klien yaitu *food recall 24 hours*: pola, jenis dan frekuensi makanan yang dikonsumsi dalam 24 jam, pola diet/makan, kebiasaan makan, makanan kesukaan, pemasukan cairan, problem diet, aktivitas fisik, riwayat kesehatan (riwayat penyakit diabetes mellitus, adanya alergi dll).

#### **2.2.5 Batasan Karakteristik**

Menurut Herdman, T.H; Kamitsuru, S (2017) batasan karakteristik pada diagnosa keperawatan risiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh yaitu :

- |                                    |                                     |
|------------------------------------|-------------------------------------|
| 1. Berat badan 20% atau lebih dari | 11. bawah rentang berat badan ideal |
| Kesalahan persepsi                 | 12. Bising usus hiperaktif          |
| 2. Ketidakmampuanmemakan           | 13. Cepat kenyang setelah makan     |
| makanan                            | 14. Diare                           |

- |                              |                                  |
|------------------------------|----------------------------------|
| 3. Kram abdomen              | 15. Gangguan sensasi rasa        |
| 4. Kurang informasi          | 16. Kehilangan rambut berlebihan |
| 5. Kurang minat pada makanan | 17. Kelemahan otot pengunyah     |
| 6. Membran mukosa pucat      | 18. Kerapuhan kapiler            |
| 7. Nyeri abdomen             | 19. Kelemahan otot untuk menelan |
| 8. Penurunan berat badan     | 20. Kesalahan informasi          |
| 9. Sariawan rongga mulut     |                                  |
| 10. Tonus otot menurun       |                                  |

### **2.2.6 Faktor Yang Berhubungan**

Menurut Herdman, T.H; Kamitsuru, S (2017) faktor yang berhubungan dengan risiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, yaitu:

1. Faktor biologis
2. Faktor ekonomi
3. Gangguan psikososial
4. Ketidakmampuan makan
5. Ketidakmampuan mencerna makanan
6. Ketidakmampuan mengabsorpsi nutrient
7. Kurang asupan makanan

## **2.3 Konsep Asuhan Keperawatan**

### **2.3.1 Pengkajian**

Menurut Hidayat (2012), pengkajian adalah langkah awal dari tahapan proses keperawatan, kemudian dalam mengkaji harus memperhatikan data dasar dari pasien, untuk informasi yang diharapkan dari pasien. Pengkajian yang dilakukan pada pasien gastritis adalah sebagai berikut:

## 1. Identitas Klien

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, alamat, agama, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan, tanggal pengkajian, diagnosis medis (Sukarmin, 2013).

## 2. Riwayat penyakit

### a. Keluhan utama

Pada kasus gastritis pasien datang dengan keluhan nyeri epigastrium. Munculnya keluhan ini diakibatkan iritasi mukosa lambung, dan menyebabkan keluhan-keluhan lain yang menyertai misalnya mual muntah, anoreksia, perut kembung (Sukarmin, 2013)

### b. Riwayat penyakit sekarang

- 1) Apakah pasien mengeluh nyeri ulu hati, tidak dapat makan, mual muntah?
- 2) Kapan terjadinya gejala, apakah sebelum makan, sesudah makan setelah mencerna makanan pedas, obat-obatan tertentu atau alkohol?
- 3) Apakah gejala berhubungan dengan ansietas, stress, alergi, makan minum terlalu banyak/makan terlalu cepat?
- 4) Bagaimana gejalanya berkurang atau hilang?
- 5) Apakah ada muntah darah atau tidak?
- 6) Adakah nyeri tekan abdomen?
- 7) Adakah dehidrasi atau perubahan turgor kulit atau membran mukosa kering? (Margareth, 2012).

c. Riwayat penyakit dahulu

Pada beberapa keadaan apakah ada riwayat penyakit lambung sebelumnya, pola makan tidak teratur atau pembedahan lambung.

d. Riwayat penyakit keluarga

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 yang berlebihan, penggunaan obat, alkohol dan rokok (Sukarmin, 2013).

3. Perubahan pola kesehatan

a. Pola manajemen kesehatan

Apa yang di harapkan pasien pada saat itu mengenai kesehatannya

b. Pemenuhan kebutuhan nutrisi

Bagaimana asupan nutrisi pasien sebelum kunjungan dan saat kunjungan. Nafsu makan pada pasien gastritis cenderung menurun karena menurun akibat mual muntah dan bisa juga karena terjadinya pendarahan saluran cerna. Pada pasien gastritis kemampuan mencerna terganggu karena terjadinya peradangan pada mukosa lambung, sebagai responnya pasien dapat mengalami anoreksia, mual, muntah.

c. Pola eliminasi

BAK : Penurunan produksi jumlah urine  $<500$  ml/hari yaitu sebagai kategori oliguria

BAB : Mengalami susah BAB, distensi abdomen, diare, dan melena.

d. Pola aktivitas dan latihan

Kemampuan beraktivitas sehari-hari normal atau berkurang tergantung kondisi pasien. Pasien bisa mengalami penurunan kekuatan otot ekstremitas, kelemahan karena asupan nutrisi yang tidak adekuat meningkatkan resiko kebutuhan energi menurun.

e. Pola tidur istirahat

Adanya keluhan tidak dapat beristirahat, sering terbangun pada malam hari karena nyeri atau regurgitasi makanan

f. Pola perceptual

Depresi dan intensitas nyeri tergantung pada penyebabnya (pada gastritis akut dapat menyebabkan rasa tidak nyaman pada epigastrik dan rasa nyeri ulu hati).

g. Hubungan komunikasi dan social

Bagaimana peran pasien di keluarga, interaksi pasien dengan orang lain, apakah ada perubahan konflik atau peran yang dialami pasien.

h. Konsep diri

Kaji bagaimana gambaran diri, ideal diri, harga diri, peran diri dan identitas diri pasien

i. Pola manajemen coping stress

Kaji adanya perasaan sedih, takut, cemas, putus asa, stress di rumah atau di lingkungan rumah dan kemampuan apa yang bisa dilakukan pasien untuk menangani hal tersebut.

j. System nilai dan keyakinan

Bagaimana agama dan keyakinan yang dianut pasien di masyarakat.

4. Pemeriksaan fisik

a. Pemeriksaan TTV

Pemeriksaan TTV pada pasien gastritis umumnya normal.

b. Pemeriksaan antropometri

Pada pasien gastritis yang mengalami masalah nutrisi IMT cenderung menurun. A (*Antropometri*) meliputi pengukuran berat badan, tinggi badan, lingkar kepala, lingkar lengan atas. IMT (Indeks Masa Tubuh) merupakan mengukur berat badan yang sesuai dengan tinggi badan dan memberikan alternatif hubungan antara tinggi badan dan berat badan klien. Hitung IMT dengan rumus  $\frac{BB (kg)}{TB (m^2)}$ . Klien dikatakan memiliki berat badan ideal jika skor IMT berada diantara 18,5 – 25.

c. Pemeriksaan head to toe

1) Kepala

Inspeksi : lihat ada tidaknya lesi, warna kehitaman/ kecoklatan, edema.

Palpasi : raba dan tentukan turgor kulit elastis atau tidak, tekstur kasar atau halus, akral hangat atau dingin, ada tidaknya benjolan dikepala.

2) Rambut

Inspeksi : distribusi rambut merata atau tidak, kotor atau tidak, bercabang, warna rambut hitam atau diwarnai, ketombe ada atau tidak, apakah rambut bau atau tidak.

Palpasi : mudah rontok atau tidak, tekstur kasar atau halus.

3) Kepala/ wajah

Inspeksi : lihat kesimetrisan wajah jika muka kanan dan kiri berbeda itu menunjukkan ada parase, lihat bentuk wajah, wajah terlihat meringgis tampak menahan sakit atau tidak, wajah terlihat pucat atau tidak

Palpasi : cari adanya luka, tonjolan patologik dan respon nyeri dengan menekan kepala sesuai kebutuhan.

4) Mata

Inspeksi : lihat bentuk mata simetris/tidak, lihat apakah ada lesi di kelopak mata, lihat apakah reflek kedip baik/tidak, lihat konjungtiva merah muda/tidak, ada indikasi hiperbilirubin/tidak, lihat pupil isokor/an isokor, lihat apakah miosis/midriasis, lihat pergerakan bola mata normal/tidak.

Palpasi: tekan secara ringan untuk mengetahui adanya TIO (tekanan intra okuler) jika ada peningkatan akan teraba keras, kaji adanya nyeri tekan.

5) Hidung

Inspeksi : lihat apakah hidung simetris/tidak, lihat apakah hidung bersih/kotor, apakah terdapat lesi/tidak, ada tidaknya inflamasi, ada tidaknya sekret, cek apakah kemampuan membau klien baik/tidak, apakah ada polip/tidak, lihat apakah terpasang alat bantu napas, lihat ada tidaknya pernapasan cuping hidung.

Palpasi : ada atau tidak nyeri tekan pada sinus, ada atau tidak benjolan pada tulang mastoid.

6) Telinga

Inspeksi : daun telinga simetris atau tidak, ukuran, bentuk, kebersihan dan terdapat lesi atau tidak.

Palpasi : tekan daun telinga apakah ada respon nyeri, rasakan kelenturan kartilago.

7) Mulut dan faring

Inspeksi : amati bibir apakah ada kelainan kongenital seperti bibir sumbing, lihat ada tidaknya *stomatitis*, lihat ada tidaknya *labiaskisis*, lihat apakah simetris/tidak, lihat mukosa bibir kering/lembab, apakah ada lesi/tidak, amati jumlah dan bentuk gigi, lihat ada tidaknya karang gigi, apakah ada bau mulut/tidak, lihat apakah ada pembengkakan pada tonsil

Palpasi : pegang dan tekan daerah pipi kemudian rasakan ada massa atau tumor atau tidak, pembengkakan dan nyeri.

8) Leher

Inspeksi : amati mengenai bentuk, warna kulit, jaringan parut, amati adanya pembengkakan kelenjar tiroid, amati kesimetrisan leher.

Palpasi : letakkan telapak tangan pada leher klien, suruh pasien menelan dan rasakan adanya kelenjar tiroid.



## 9) Dada

Inspeksi : amati kesimetrisan dada kanan kiri, amati retraksi interkosta, amari pergerakan dada, bentuk dada (*normal chest, pigeon chest, funnel chest, barrel chest*)

Palpasi : ada atau tidak nyeri tekan, *vocal fremitus* teraba atau tidak.

Perkusi : biasanya didapatkan resonan atau sonor pada seluruh lapang paru.

Auskultasi: ada atau tidak suara nafas tambahan seperti *ronki, wheezing/crackles*.

## 10) Abdomen

Inspeksi : amati bentuk perut secara umum, kesimetrisan, warna kulit, adanya retraksi, adanya asites, terdapat umbilikus.

Auskultasi : bising usus normal 5 - 35 x/menit.

Palpasi : raba apakah ada massa di perut, kaji ada tidaknya nyeri tekan di perut.

Perkusi : dengarkan suara perut apakah tympani atau hipertympani.

## 11) Ektremitas

Inspeksi : warna kuku kemerahan atau cyanosis, adakah penggunaan alat bantu, adakah oedema, terpasang infus ditangan mana

Kekuatan otot		<i>Oedema</i>		<i>Fraktur</i>	
5	5	-	-	-	-
5	5	-	-	-	-

Palpasi: ada atau tidak nyeri tekan, kaji reflek *triceps*, patella dan reflek patologis.

## 12) Integumen

Inspeksi: warna kulit kuning langsung, putih atau hitam, kebersihan kulit, adakah lesi, kelembaban kulit.

Palpasi : kasar atau halus permukaan kulit, ada atau tidak nyeri tekan.

## 5. Pemeriksaan neurologi

### a) *Nervus olfaktorius*

Fungsinya untuk penciuman. Cara pemeriksaannya yaitu pasien memejamkan mata kemudian disuruh membedakan bau yang diciumnya seperti teh, kopi, dll. Lihat apakah pasien dapat membedakan bau – bauan tersebut, lihat apakah ada gangguan pada penciuman pasien.

### b) *Nervus optikus*

Fungsinya untuk penglihatan. Cara pemeriksaannya yaitu dengan menggunakan snellen card dan lapang pandang. Lihat apakah pasien dapat melihat dengan jelas.

### c) *Nervus okulomotoris*

Fungsinya untuk melihat pergerakan kelopak mata dan bola mata, kontriksi dilatasi pupil. Cara pemeriksaannya yaitu dengan tes putaran bola mata, mengangkat kelopak mata kearah atas, cek refleks pupil. Lihat apakah pasien dapat menggerakkan bola mata keatas, dan

kebawah, kemudian lihat apakah pasien dapat mengangkat kelopak mata keatas jika tidak itu menunjukkan bahwa ada ptosis, lihat apakah refleks pupil normal/tidak.

d) *Nervus trochlearis*

Fungsinya untuk melihat pergerakan mata. Cara pemeriksaannya yaitu dengan tes putaran bola mata. Lihat apakah pasien dapat menggerakkan bola mata keatas, kebawah maupun kesamping kanan dan kiri.

e) *Nervus trigeminus*

Fungsinya untuk melihat gerakan mengunyah, sensasi wajah, lidah dan gigi, reflek kedip. Cara pemeriksaannya yaitu dengan menggerakkan rahang ke semua sisi, pasien disuruh memejamkan mata kemudian sentuh menggunakan benda yang ujungnya tumpul/tajam pada dahi dan pipi untuk melihat sensasi wajah sebelah kanan dan kiri kemudian sensasi raba atau nyeri, menyentuh permukaan kornea dengan menggunakan kapas untuk melihat reflek kedip pasien normal/tidak.

f) *Nervus abducentis*

Fungsinya untuk melihat gerakan bola mata. Cara pemeriksaannya yaitu dengan tes putaran bola mata. Lihat apakah pasien dapat menggerakkan bola mata keatas, kebawah maupun kesamping kanan dan kiri.

g) *Nervus facialis*

Fungsinya untuk melihat ekspresi wajah dan fungsi pengecap. Cara pemeriksaannya yaitu melihat apakah wajah pasien bagian kanan dan kiri simetris/tidak, minta pasien mengerutkan dahi bagian yang lumpuh

lipatannya tidak dalam, minta pasien mengangkat alis, minta pasien menutup mata kemudian pemeriksa membuka dengan tangan, minta pasien memoncongkan bibir atau nyengir, minta klien mengembungkan pipi lalu tekan pipi kanan dan kiri lihat apakah kekuatannya sama bila ada kelumpuhan maka angin akan keluar dari bagian yang lumpuh, kemudian cek fungsi pengecap dengan meminta pasien menjulurkan lidah kemudian letakkan gula/garam/sesuatu yang asam maupun pahit lihat apakah pasien dapat membedakan rasa tersebut.

h) *Nervus akustikus*

Fungsinya untuk pendengaran. Cara pemeriksaannya yaitu dengan menggunakan *weber*, *rinne* dan *schwabach*.

i) *Nervus glosofaringeus*

Fungsinya untuk melihat reflek *palatum* (menelan). Cara pemeriksaannya yaitu minta pasien membuka mulut kemudian tekan lidah kebawah dengan menggunakan *tongue spatel* kemudian minta pasien mengucapkan a...a...a... dengan panjang lihat apakah pasien mampu mengucapkan atau terbata – bata amati kesimetrisan uvula, minta pasien menelan ludah tanyakan apakah ada gangguan menelan seperti terasa nyeri/tidak.

j) *Nervus vagus*

Fungsinya untuk melihat reflek *palatum* (menelan) dan reflek muntah. Cara pemeriksaannya yaitu minta pasien membuka mulut lihat apakah uvula berada tepat ditengah, kemudian minta pasien untuk

memasukkan jari di belakang lidah lihat reflek muntah pada pasien baik/tidak, minta pasien menelan ludah tanyakan apakah ada gangguan menelan seperti terasa nyeri/tidak.

k) *Nervus asessoris*

Fungsinya untuk melihat pergerakan kepala dan bahu. Cara pemeriksaannya yaitu minta pasien mengangkat kepala keatas, menundukkan kepala, dan menggelengkan kepala kesamping kanan dan kiri lihat apakah pasien mampu menggerakkan dengan baik, kemudian minta pasien untuk menggerakkan bahu dan berikan tahanan minta pasien untuk menahan tahanan tersebut lihat apakah pasien mampu menahan tahanan yang diberikan.

l) *Nervus hipoglossus*

Fungsinya untuk melihat keadaan lidah. Cara pemeriksaannya yaitu minta pasien membuka mulut kemudian lihat bentuk lidah kemudian apakah terdapat kelumpuhan pada lidah jika ada kelumpuhan maka lidah akan tertarik ke sisi yang sakit.

6. Pemeriksaan refleks

a) Reflek *bisep*

Caranya yaitu dengan memfleksikan siku klien kemudian letakkan lengan bawah klien diatas paha dengan posisi telapak tangan keatas, letakkan ibu jari kiri diatas tendon bisep klien, perkusi ibu jari pemeriksa dengan reflek hammer, amati adanya fleksi ringan yang normal pada siku klien dan rasakan kontraksi otot bisep.

b) Reflek *trisep*

Caranya yaitu dengan memfleksikan siku klien kemudian sangga lengan klien dengan tangan non dominan, palpasi tendon *trisep* sekitar 2 – 5 cm diatas siku, perkusi menggunakan reflek hammer pada tendon *trisep*, amati adanya ekstensi ringan yang normal pada siku klien.

c) Reflek *brakioradialis*

Caranya yaitu dengan meletakkan lengan klien dalam posisi istirahat atau pronasi, ketukkan reflek hammer secara langsung pada radius 2 -5 cm diatas pergelangan tangan, amati adanya fleksi dan supinasi normal pada lengan klien dan jari – jari tangan sedikit ekstensi.

d) Reflek *patella*

Caranya yaitu dengan meminta klien untuk duduk ditepi meja kemudian periksa agar kaki klien dapat menggantung dengan bebas tidak menginjak lantai, tentukan lokasi tendon patella, ketukkan hammer langsung pada tendon, amati adanya ekstensi kaki atau tendangan kaki yang normal.

e) Reflek *achilles*

Caranya yaitu dengan meminta klien untuk duduk di tepi meja kemudian periksa agar kaki klien dapat menggantung dengan bebas tidak menginjak lantai, dorsofleksikan sedikit pergelangan kaki klien dengan menopang kaki klien pada tangan pemeriksa, ketukkan hammer pada tendon achilles tepat diatas tumit, amati dan rasakan plantar fleksi (sentakan ke bawah) yang normal pada kaki klien.

## f) Reflek abdominal

Caranya yaitu dengan memposisikan klien *supine* dan buka area abdomen, lakukan pemeriksaan dengan cara menggosokkan sikat pemeriksa secara *vertical*, *horizontal* dan *diagonal* pada daerah epigastrik sampai *umbilikus* (normalnya dinding abdomen akan berkontraksi).

g) Reflek *babinski* atau plantar

Caranya yaitu dengan menggunakan bagian jarum dari reflek hammer kemudian goreskan tepi lateral telapak kaki klien mulai dari tumit melengkung sampai pangkal ibu jari, *babinski* (+) jika dorsum fleksi ibu jari diikuti *fanning* (pengembangan) jari – jari.

h) Reflek *chaddock*

Caranya yaitu dengan menggosokkan bagian maleolus lateral (buku lali) dari arah lateral ke arah medial sampai dibawah ibu jari kaki, *chaddock* (+) jika dorsum fleksi ibu jari diikuti *fanning* (pengembangan) jari – jari

i) Reflek *openheim*

Caranya yaitu dengan melakukan pengurutan krista anterior tibia dari proksimal ke distal, *openheim* (+) jika dorsum fleksi ibu jari diikuti *fanning* (pengembangan) jari – jari.

j) Reflek *gordon*

Caranya yaitu dengan melakukan penekanan pada daerah betis klien secara keras, amati respon *gordon* (+) jika dorsum fleksi ibu jari diikuti *fanning* (pengembangan) jari – jari.

k) Reflek *schaffer*

Caranya yaitu dengan memencet tendon achilles secara keras, amati respon *schaffer* (+) jika dorsum fleksi ibu jari diikuti fanning (pengembangan) jari – jari.

l) Reflek *gonda*

Caranya yaitu dengan melakukan penekukan (plantar fleksi) maksimal jari kaki ke empat, kemudian amati respon *gonda* (+) jika dorsum fleksi ibu jari diikuti fanning (pengembangan) jari – jari.

m) Reflek *hoffman*

Caranya yaitu dengan menggoreskan sesuatu pada kuku jari tengah klien kemudian amati respon ibu jari, telunjuk dan jari lainnya fleksi.

### 2.3.2 Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan berdasarkan SDKI 2018 yang mungkin muncul pada pasien gastritis adalah sebagai berikut:

1. Defisit nutrisi b.d anoreksia, mual muntah
2. Kekurangan volume cairan b.d masukan cairan tidak cukup dan kehilangan cairan berlebihan karena muntah
3. Nyeri akut b.d mukosa lambung teriritasi
4. Defisiensi pengetahuan b.d penatalaksanaan diet dan proses penyakit

### 2.3.3 Intervensi keperawatan

SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia) mendefinisikan intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat



yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

**Tabel 2.1 Intervensi keperawatan defisit nutrisi**

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1.	<p>Defisit nutrisi</p> <p>Definisi : Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metaolisme</p> <p><b>Penyebab :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ketidakmampuan menelan makanan</li> <li>2. Ketidakmampuan mencerna makanan</li> <li>3. Ketidakmampuan mengasorpsi nutrient</li> <li>4. Peningkatan keutuhan metabolisme</li> <li>5. Faktor ekonomi (mis. Finansial tidak mencukupi)</li> </ol> <p>Faktor psikologis (mis. Stress, keengganan untuk makan)</p> <p><b>Gejala dan Tanda Mayor</b></p> <p><i>Subjektif</i></p>	<p><b>SLKI :</b></p> <p>Status nutrisi membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Porsi makanan yang dihabiskan meningkat</li> <li>2. Verbalisasi keinginan untuk meningkatkan nutrisi</li> <li>3. Pengetahuan tentang standar supan nutrisi yang tepat meningkat</li> <li>4. Frekuensi makan membaik</li> </ol> <p>Nafsu makan membaik</p>	<p><b>SIKI :</b></p> <p><b>Manajemen nutrisi</b></p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi status nutrisi</li> <li>2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan</li> <li>3. Identifikasi makanan yang disukai</li> <li>4. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient</li> <li>5. Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik</li> <li>6. Monitor asupan makanan</li> <li>7. Monitor berat badan</li> <li>8. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium</li> </ol> <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lakukan <i>oral hygiene</i> sebelum makan, jika perlu</li> </ol>

(tidak tersedia)	2. Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. piramida makanan)
<i>Objektif</i>	3. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai
1. Berat badan menurun minimal 10% dibawah rentang ideal	4. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein
<b>Gejala dan Tanda</b>	<i>Edukasi</i>
<b>Mayor</b>	1. Anjurkan posisi duduk, jika mampu
<i>Subjektif</i>	2. Ajarkan diet yang terprogramkan
1. Cepat kenyang setelah makan	<i>Kolaborasi</i>
2. Kram/nyeri abdomen	1. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. pereda nyeri, antiemetik)
3. Nafsu makan menurun	2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan
<i>Objektif</i>	
1. Bising usus hiperaktif	
2. Otot pengunyah lemah	
3. Otot menelah lemah	
4. Membran mukosa pucat	
5. Sariawan	
6. Serum albumin turun	
7. Rambut rontok berlebihan	
8. Diare	

**Sumber :** Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018)

### 2.3.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah pelaksanaan dari perencanaan atau intervensi keperawatan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap implementasi dimulai dan ditujukan pada perawat untuk membantu klien dalam mencapai tujuan yang diharapkan (Nursalam, 2013). Implementasi

adalah pengolahan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan (Sri Wahyuni, 2016). Perawat mengimplementasikan tindakan yang telah diidentifikasi dalam intervensi asuhan keperawatan. Adapun kriteria proses, meliputi :

1. Melakukan kerjasama dengan klien dalam pelaksanaan tindakan keperawatan
2. Kolaborasi dengan tim kesehatan lain
3. Melakukan tindakan keperawatan untuk mengatasi kesehatan klien
4. Memberikan pendidikan pada klien dan keluarga mengenai konsep, keterampilan asuhan diri serta membantu klien memodifikasi lingkungan yang digunakan.
5. Mengkaji ulang dan merevisi pelaksanaan tindakan keperawatan berdasarkan respon klien.

Hasil beberapa penelitian terdahulu yang menjadi keefektifan tindakan keperawatan yang diangkat oleh peneliti yakni tindakan melakukan edukasi preoperative atau pendidikan kesehatan. Dengan literature dari tiga jurnal sebagai berikut :

Pada peneitian Sri wahyuni Handayani Putri Dafriani & Annita (2016) yang berjudul Pengaruh Edukasi Kesehatan Terhadap Pengetahuan Tentang Gastritis Di Wilayah Kerja Puskesmas Tebo Tengah, Kabupaten Tebo Provinsi Jambi, yang bertujuan untuk mengetahui pengaruh edukasi kesehatan terhadap tingkat pengetahuan klien tentang gastritis di wilayah kerja Puskesmas Tebo Tengah Kabupaten Tebo Provinsi Jambi. Penelitian ini menggunakan metode *pre Eksperimental* dengan *One Group Pretest- Posttest*

*Design* ini dilakukan pada 15 orang responden dengan teknik *accidental sampling* pada tanggal 02 s/d 13 Agustus 2018. Dari penelitian tersebut didapatkan hasil sebelum diberikan edukasi kesehatan tentang gastritis didapatkan rata-rata pengetahuan responden adalah 11,73. Pengetahuan ini juga dapat dilihat dari hasil analisis kuisioner, dimana 67% tidak mengetahui manfaat dari susu untuk menetralkan asam lambung, sebesar 63% responden tidak mengetahui zat apa yang bisa menyebabkan kekambuhan gastritis, sebesar 60% responden tidak mengetahui pencegahan terhadap gastritis, sebesar 53% responden tidak mengetahui jenis bakteri yang bisa menyebabkan gastritis itu sendiri, sebesar 53% responden tidak mengetahui klasifikasi gastritis. Masih rendahnya tingkat pengetahuan semua responden tentang gastritis dipengaruhi oleh kurangnya informasi serta kewaspadaan responden terhadap dampak bahaya gastritis. Rendahnya tingkat pengetahuan responden juga dapat disebabkan karena kurangnya minat responden dalam mencari informasi tentang gastritis, bahaya gastritis, pencegahan dan penanganan terhadap gastritis baik melalui internet, majalah, ataupun media yang berhubungan dengan gastritis.

Berdasarkan penelitian Arifmon Zuliandana, Tina Yuli Fatmawati (2014) yang berjudul Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Pengetahuan Tentang Pencegahan Kambuh Ulang Gastritis pada Pasien di Puskesmas Putri Ayu Kota Jambi yang bertujuan untuk mengetahui pengaruh edukasi kesehatan terhadap pengetahuan pasien tentang pencegahan kekambuhan gastritis Putri Ayu PHC di Kota Jambi. Penelitian ini menggunakan metode Penelitian ini dilakukan di pusat kesehatan Putri Ayu Jambi, pada 22 Mei

2015 s / d 30 Mei 2015 di mana pendidikan kesehatan diadakan pada hari Jumat 29 Mei 2015 dengan responden sebanyak 20 pasien. Penelitian ini merupakan penelitian *pra eksperimen* dengan rancangan rancangan *one group pretest-posttest*. Data diperoleh dengan pengisian angket dan analisis univariat dan bivariat dengan menggunakan uji-t. Hasil dari kelompok yang belum memberikan pendidikan kesehatan (*pretest*), yaitu tingkat pengetahuan yang diperoleh dengan hasil rata-rata = 5,8. Kemudian diberikan perlakuan berupa penyuluhan kesehatan dan diperoleh tingkat pengetahuan *posttest* dengan hasil rata-rata (*mean*) = 8,7. Analisis data bivariat dengan menggunakan uji statistik diperoleh *test p-value* = 0,000, *p-value* <  $\alpha$  (0,05) hal ini menunjukkan adanya pengaruh yang signifikan pendidikan kesehatan terhadap pengetahuan responden. Penderita gastritis disarankan makan teratur pada jam yang sama setiap hari, makan jajanan sampai tiba agar perut tidak kosong, makan kurang pedas dan asam. Perhatian dalam menggunakan NSAID seperti aspirin dan *paracetamol*. Harus dikonsumsi setelah makan, istirahat dan mengelola stress

Pada penelitian Suryono & Ratna Dwi Meilani yang berjudul Pengetahuan Pasien dengan Gastritis Tentang Pencegahan Kekambuhan Gastritis yang bertujuan untuk mendapatkan gambaran pengetahuan pasien terhadap pengertian, penyebab, tanda gejala, obat-obatan dan pencegahan kekambuhan penyakit gastritis. Penelitian ini menggunakan metode pendekatan kuantitatif dengan design penelitian deskriptif. Populasi dalam sebanyak 18 pasien dengan menggunakan teknik *accidental sampling*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pengetahuan pasien tentang pencegahan

kekambuhan penyakit gastritis di Puskesmas Bendo, yaitu terdiri dari 18 responden dimana pengetahuan responden yang dikatakan baik sebanyak 4 responden (22%), cukup 6 responden (33%) dan kurang 8 responden (45%). Sehingga dapat disimpulkan bahwa sebagian besar pasien masih memiliki pengetahuan yang kurang tentang pencegahan kekambuhan gastritis. Dari hasil penelitian maka disarankan bagi tenaga kesehatan untuk tetap memberikan informasi dan motivasi kepada setiap pasien maupun keluarga tentang pencegahan kekambuhan gastritis yang lebih luas. Kegiatan ini dapat dilaksanakan pada saat konseling maupun pada saat memberikan asuhan keperawatan pada pasien

Dilihat dari segi keislaman terdapat hadist terkait pola makan dalam Islam, diantaranya yaitu. Hadist seperti dalam firman Allah SWT. QS. 'Abasa 24, yang membahas betapa pentingnya memperhatikan makanan,

فَلْيَنْظُرِ الْإِنْسَانُ إِلَى طَعَامِهِ

Artinya: "Maka hendaklah manusia itu memperhatikan makanannya"

Ayat di atas tidak hanya diperuntukkan memperhatikan makanan yang bersifat bahaya. Namun, juga tentang memperhatikan makanan dari segala aspek, yakni makanan merupakan tolak ukur dari segala cerminan penilaian awal yang bisa mempengaruhi berbagai bentuk perilaku seseorang. Makanan bagi umat Islam tidak sekedar sarana pemenuh kebutuhan secara lahiriyah, tetapi juga bagian dari kebutuhan spiritual. Selain itu, kemuliaan akhlak dan adat istiadat suatu bangsa juga dipengaruhi oleh jenis makanan dan cara memperolehnya. Halal dan haram makananpun juga diatur karena masalah

ini tidak hanya menyangkut hubungan antar sesama manusia namun hubungan manusia dengan Tuhan

Salah satu cara dalam memperhatikan makanan, yaitu bagaimana makanan tersebut terhindar dari bakteri yang merugikan atau bagaimana menjaga kebersihannya. Berikut yang dicontohkan Rasulullah SAW. melalui sabda beliau :

Pola makan yang tidak teratur, dengan mengonsumsi segala hal yang diinginkan selera makan (hawa nafsu) tanpa memperhatikan kondisi kesehatan ataupun tidak sama sekali. Hal ini tidak mengherankan bagi manusia yang pada dasarnya tidak puas dalam satu hal saja begitupun dengan soal makanan. Sifat seperti ini merupakan sifat yang berlebih-lebihan, dalam firman Allah SWT. QS. al- A'raf/7: 31. sebagai berikut:

يٰۤاَيُّهَا اٰدَمُ خُذْ زِينَتَكَ عِنْدَ كُلِّ مَسْجِدٍ وَكُلْ وَاشْرَبْ وَلَا تُسْرِفْ ۗ اِنَّهٗ لَا يُحِبُّ الْمُسْرِفِيْنَ

Artinya: Hai anak Adam, pakailah pakaianmu yang indah di setiap (memasuki) masjid, makan dan minumlah, dan janganlah berlebih-lebihan. Sesungguhnya Allah tidak menyukai orang-orang yang berlebih-lebihan.

### 2.3.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah penilaian terakhir proses keperawatan didasarkan pada tujuan keperawatan yang ditetapkan. Penetapan keberhasilan suatu asuhan keperawatan didasarkan pada perubahan perilaku dari kriteria hasil yang telah ditetapkan, yaitu terjadinya adaptasi pada individu (Nursalam, 2015). Perumusan evaluasi *formatif* meliputi empat komponen yang dikenal istilah SOAP, yakni *subjektif* (data berupa keluhan klien),

*objektif* (data hasil pemeriksaan), analisa data (pembandingan data dengan teori), *planning* (perencanaan).

