

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Gastritis

1. Pengertian

Gastritis berasal dari bahasa Yunani yaitu *gast* dan *itis* yang berarti radang yang terdapat pada mukosa lambung, gastritis juga dapat dibedakan dalam dua kategori yaitu akut dan kronis, keadaan gastritis ini pada umumnya dipicu karena gangguan yang terjadi saat proses pencernaan akibat kurang atau terlambat konsumsi makanan, maupun pola makan yang tidak baik seperti konsumsi makanan cepat saji ataupun makanan pedas, hingga menyebabkan adanya penekanan pada dinding lambung yang mengakibatkan luka atau peradangan (Sari et al., 2024)

2. Klasifikasi Gastritis

Klasifikasi gastritis berdasarkan tingkat keparahan (Finamore et al., 2021) :

a. Gastritis Akut

Gastritis akut merupakan peradangan mukosa lambung yang menyebabkan perdarahan lambung akibat terpapar pada zat iritan dan merupakan suatu penyakit yang mudah ditemukan, biasanya bersifat jinak dan dapat disembuhkan

b. Gastritis Kronis

Gastritis kronis adalah suatu peradangan permukaan mukosa lambung yang bersifat menahun, yang disebabkan oleh ulkus atau bakteri *Helicobacter Pylori*. Gastritis kronis cenderung terjadi pada usia muda yang menyebabkan penipisan dan degenerasi dinding lambung.

3. Etiologi

Penyebab utama gastritis adalah bakteri *Helicobacter pylori*, virus atau parasit lainnya juga dapat menyebabkan gastritis. Contributor gastritis akut adalah meminum alkohol secara berlebihan, infeksi dari kontaminasi makanan yang dimakan, dan penggunaan kokain. Kortikosteroid juga dapat menyebabkan gastritis seperti NSAID aspirin dan ibuprofen (Indahningrum & Lia Dwi Jayanti, 2020). Menurut Gomez (2012) penyebab gastritis adalah sebagai berikut.

- a. Infeksi bakteri
- b. Sering menggunakan pereda nyeri
- c. Konsumsi minuman alkohol yang berlebihan
- d. Stress
- e. Autoimun

Selain penyebab gastritis diatas, ada penderita yang merasakan gejalanya dan ada juga yang tidak. Beberapa gejala gastritis di antaranya :

- a. Nyeri epigastrium
- b. Mual
- c. Muntah
- d. Perut terasa penuh
- e. Muntah darah
- f. Bersendawa

4. Patofisiologi

Menurut Dermawan & Rahayuningsih (2010) patofisiologi gastritis adalah mukosa barrier 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 histamine 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 kengesti vaskuler, edema, peradangan sel supervisial. 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 ditemukan pada sel utama dan pariental sekresi asam lambung menurun secara berangsur, baik dalam jumlah maupun konsentrasinya 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. Gastritis kronik disebabkan oleh gastritis akut yang berulang sehingga terjadi iritasi mukosa lambung yang berulang-ulang dan terjadi penyembuhan yang tidak sempurna akibatnya akan terjadi atropi kelenjar epitel dan hilangnya sel pariental dan sel chief.

Karena sel pariental dan sel chief hilang maka produksi HCL. Pepsin dan fungsi intinsik lainnya akan menurun dan dinding lambung juga menjadi tipis serta mukosanya rata, Gastritis itu bisa sembuh dan juga bisa terjadi perdarahan serta formasi ulser (Indahningrum & lia dwi jayanti, 2020).

5. Manifestasi Klinik

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 (Indahningrum & lia dwi jayanti, 2020)

Tanda dan gejala gastritis adalah :

a. Gastritis Akut

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

b. 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.

6. Diagnosa

Gastritis dapat didiagnosis melalui satu atau lebih untuk dilakukan tes kesehatan yaitu (Indahningrum & lia dwi jayanti, 2020) :

a. Endoskopi gastrointestinal

Dokter melakukan dengan cara melihat melalui kamera khusus, dengan memasukan alatnya melalui mulut hingga ke lambung untuk dapat melihat kerusakan lambung dan dapat mengecek ada tidaknya inflamasi.

b. Test darah

Untuk mengetahui sel darah merah ada tidaknya menderita penyakit anemia. karena anemia dapat menjadi penyebab pendarahan pada lambung.

c. Test stool

Untuk mengecek apakah ada tidaknya darah pada stool/tinja.

7. Komplikasi

Komplikasi penyakit gastritis menurut (Indahningrum & lia dwi jayanti, 2020) antara lain :

- a. Pendarahan saluran cerna bagian atas yang merupakan kedaruratan medis.
- b. Ulkus peptikum, jika prosesnya hebat.
- c. Gangguan cairan dan elektrolit pada kondisi muntah berat.
- d. Anemia pernisiiosa, keganasan lambung.

8. Pencegahan Gastritis

Menurut Nurheti Yuliarti (Indahningrum & lia dwi jayanti, 2020) terjadinya gastritis dapat dicegah dengan hal berikut :

- a. Makan dalam jumlah kecil tapi sering

- b. Hindari makanan yang dapat mengiritasi lambung, contohnya makanan yang pedas, asam dan berlemak.
- c. Hilangkan kebiasaan mengkonsumsi alkohol
- d. Tidak Merokok
- e. Ganti obat penghilang nyeri
- f. Manajemen stress
- g. Memperbanyak olahraga aerobik yang di lakukan selama 30 menit setiap harinya.
- h. Berkonsultasi dengan dokter jika merasakan gejala gastritis

B. Konsep Dasar Nyeri

1. Definisi Nyeri

Menurut Mouncastle nyeri adalah pengalaman sensori yang dibawa oleh stimulus sebagai akibat adanya ancaman atau kerusakan jaringan (Prasetyo, 2010 dalam Buku Konsep dan Proses Keperawatan Nyeri). International Association for the Study of Pain mendefinisikan nyeri adalah pengalaman sensorik dan emosional tidak menyenangkan berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual dan potensial, atau yang digambarkan sebagai kerusakan (Suriadi, 2019)

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

2. Fisiologi Nyeri

Fisiologi nyeri terdiri dari beberapa bagian yaitu :

- a. Stimulus

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

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

b. Reseptor nyeri

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

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

3. Klasifikasi Nyeri

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

a. Nyeri Akut

Nyeri akut terjadi setelah terjadinya cedera akut, penyakit, atau intervensi bedah dan memiliki awitan yang cepat dengan intensitas yang bervariasi (ringan sampai berat)

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

b. Nyeri Kronis

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

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

4. Penatalaksanaan Nyeri

Penatalaksanaan nyeri yang efektif tidak hanya memberikan obat yang tepat pada waktu yang tepat, penatalaksanaan nyeri yang efektif juga mengkombinasikan antara penatalaksanaan farmakologis dan non farmakologis. Kedua tindakan ini akan memberikan tingkat kenyamanan yang sangat memuaskan. Berdasarkan buku konsep dan keperawatan nyeri, prasetyo, 2010 penatalaksanaan nyeri antara lain :

- a. Tindakan farmakologi, dibagi menjadi tiga kategori umum yaitu :
 - 1) Anestesi lokal

- 2) Opioid
 - 3) Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs (NSAIDs)
- b. Tindakan non farmakologi, terbagi menjadi beberapa tindakan yaitu:
- 1) Membangun hubungan terapeutik perawat dan klien

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

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

Adalah upaya untuk menciptakan kesan dalam pikiran klien, kemudian berkonsentrasi pada kesan tersebut sehingga secara bertahap dapat menurunkan persepsi klien terhadap nyeri.
 - 4) Distraksi

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

 - a) Distraksi visual, contohnya : menonton TV dan melihat pemandangan.

b) Distraksi auditory, contohnya : Mendengarkan suara/musik yang disukai.

5) Teknik relaksasi

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

a) Teknik relaksasi nafas dalam

Salah satu tindakan mandiri yang dapat dilaksanakan perawat untuk membantu klien yaitu dengan menggunakan Manajemen Nyeri untuk menghilangkan atau mengurangi nyeri dan meningkatkan rasa nyaman. Menggunakan komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien, cara mengurangi nyeri tersebut yaitu dengan menggunakan teknik distraksi dan relaksasi (Menggunakan napas dalam). Sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Thahir, Nurlaela, 2018 dalam jurnal “Pengaruh Relaksasi Napas Dalam Terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Pada Pasien Gastritis Di Ruang Rawat Inap RSUD Haji Makassar”. dan pada jurnal Waluyo dan Suminar, 2017 yang berjudul “Pengaruh teknik relaksasi nafas dalam terhadap perubahan skala nyeri sedang pada pasien gastritis di klinik mboga sukoharjo”. Sesuai hasil penelitian tersebut, penurunan nyeri timbul karena adanya kemampuan sistem saraf untuk mengubah berbagai stimuli mekanik, kimia, termal dan elektrik menjadi potensial aksi yang di jalarkan kesistem saraf pusat.

Tujuan relaksasi nafas dalam adalah untuk mencapai ventilasi yang lebih terkontrol dan efisien serta untuk mengurangi kerja bernafas, meningkatkan inflasi alveolar maksimal, meningkatkan relaksasi otot, menghilangkan ansietas, menyingkirkan pola aktifitas otot-otot pernapasan yang tidak berguna, tidak terkoordinasi, melambatkan frekuensi pernapasan, mengurangi udara yang terperangkap serta mengurangi kerja bernapas. Sehingga nyeri yang dirasakan pada pasien gastritis akan berkurang. Prosedur napas dalam diantaranya yaitu, menganjurkan pasien duduk rileks, kemudian tarik nafas dalam dengan pelan, tahan beberapa detik, kemudian lepaskan (tiupkan melalui bibir). Saat menghembuskan udara anjurkan klien untuk merasakan relaksasi.

b) Teknik relaksasi otot

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

C. Konsep Dasar Relaksasi Napas Dalam

1. Definisi

Relaksasi nafas dalam adalah bernafas dengan perlahan dan menggunakan diafragma sehingga memungkinkan abdomen terangkat dan dada mengembang penuh. Relaksasi nafas dalam merupakan suatu bentuk asuhan keperawatan yang

mengajarkan kepada klien bagaimana cara melakukan nafas dalam, nafas lambat (menahan inspirasi secara maksimal) dan bagaimana menghembuskan nafas secara perlahan. Relaksasi nafas dalam dapat mengatasi nyeri berdasarkan teori reticular activation yaitu menghambat stimulus nyeri saat seseorang menerima input sensorik yang cukup atau berlebihan sehingga menyebabkan terhambatnya impuls nyeri ke otak. Rangsangan sensorik yang menyenangkan akan merangsang sekresi endorfin sehingga rangsangan nyeri yang dirasakan menjadi berkurang (Wahyuni 2022).

2. Tujuan

Relaksasi nafas dalam ini akan membuat anggota tubuh menjadi lebih biasa mengontrol ketegangan otot, dapat menghentikan hormon adrenalin serta semua hormon yang berperan dalam timbulnya stress. Akibat dari kondisi ini tubuh lebih terbiasa mempersiapkan untuk memproduksi hormon yang membuat nyeri haid tidak dirasakan dan relaksasi nafas dalam ini akan memberikan kontraksi volunteer dan rasa nyaman dari arah distal hingga proksimal dari otot yang di tuju (Nurseptiani et al. 2020) dalam (WINA FITRIANI, 2023).

Relaksasi nafas dalam juga dapat meningkatkan ventilasi paru dan meningkatkan oksigen darah prinsip yang mendasari penurunan nyeri oleh tehnik bernafas terletak pada fisiologi sistem saraf otonom yang merupakan bagian dari saraf perifer, selain melakukan pernafasan dalam, pasien diarahkan untuk berkonsentrasi pada daerah yang mengalami ketegangan dan relaksasi bertujuan untuk mengatasi atau menurunkan kecemasan, ketegangan otot dan tulang serta mengurangi nyeri dan menurunkan ketegangan otot yang berhubungan dengan fisiologis tubuh (Nurseptiani et al. 2020)) dalam (WINA FITRIANI, 2023)

3. Pelaksanaan

Tabel SOP

SOP	
Definisi	Teknik relaksasi nafas dalam dalah bagaimana cara melakukan nafas dalam, nafas lambat dan bagaimana menghembuskan nafas secara perlahan
Tujuan	Untuk mengurangi ketegangan otot, rasa jenuh, kecemasan sehingga mencegah menghebatnya stimulasi nyeri
Manfaat	Manfaat terknik relaksasi nafas dalam adalah: <ol style="list-style-type: none"> 1. Perasaan yang tenang dan nyaman 2. Mengurangi rasa nyeri

	<ol style="list-style-type: none"> 3. Tidak mengalami stress 4. Melemaskan otot untuk menurunkan ketegangan dan kejenuhan yang biasanya menyertai nyeri 5. Mengurangi kecemasan yang memperburuk persepsi nyeri 6. Relaksasi nafas dalam mempunyai efek distraksi atau penglihatan perhatian
Indikasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien yang mengalami stres 2. Pasien yang mengalami nyeri yaitu nyeri akut pada tingkat ringan sampai tingkat sedang akibat penyakit yang kooperatif 3. Pasien yang mengalami kecemasan 4. Pasien mengalami gangguan pada kualitas tidur seperti insomnia
Pelaksanaan	<p>Pra Interaksi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membaca status klien 2. Mencuci tangan <p>Interaksi</p> <p>Orientasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Salam : Memberi salam sesuai waktu 2. Memperkenalkan diri. 3. Validasi kondisi klien saat ini. 4. Menanyakan kondisi klien dan kesiapan klien untuk

	<p>melakukan kegiatan sesuai kontrak sebelumnya</p> <ol style="list-style-type: none">5. Menjaga privasi klien6. Kontrak. Menyampaikan tujuan dan menyepakati waktu dan tempat dilakukannya kegiatan <p>Fase Kerja</p> <ol style="list-style-type: none">1. Memberikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya bila ada sesuatu yang kurang dipahami/jelas2. Atur posisi agar klien rileks tanpa adanya beban fisik, baik duduk maupun berdiri.3. Instruksikan pasien untuk melakukan tarik nafas dalam sehingga rongga paru berisi udara4. Instruksikan pasien dengan cara perlahan dan hembuskan udara membiarkannya ke luar dari setiap bagian anggota tubuh, pada saat bersamaan minta klien untuk memusatkan perhatiannya pada sesuatu hal yang indah dan merasakan lega5. Instruksikan pasien untuk bernafas dengan irama normal beberapa saat (1-2 menit) 66. Instruksikan pasien untuk kembali menarik nafas dalam, kemudian menghembuskan dengan cara perlahan dan merasakan saat ini udara mulai mengalir dari tangan, kaki, menuju keparu-paru dan
--	---

	<p>seterusnya, rasakan udara mengalir keseluruh tubuh</p> <ol style="list-style-type: none">7. Minta pasien untuk memusatkan perhatian pada kaki dan tangan, udara yang mengalir dan merasakan ke luar dari ujung-ujung jari tangan dan kaki kemudian rasakan kehangatannya8. Instruksikan pasien untuk mengulangi teknik-teknik ini apabila rasa nyeri kembali lagi9. Setelah pasien mulai merasakan ketenangan, minta pasien untuk melakukan secara mandiri10. Ulangi latihan nafas dalam ini sebanyak 3 sampai 5 kali dalam sehari dalam waktu 5-10 menit <p>Terminasi</p> <ol style="list-style-type: none">1. Evaluasi hasil: kemampuan pasien untuk melakukan teknik ini2. Memberikan kesempatan pada klien untuk memberikan umpan balik dari terapi yang dilakukan.3. Tindak lanjut: menjadwalkan latihan teknik relaksasi banafas dalam4. Kontrak: topik, waktu, tempat untuk kegiatan selanjutnya <p>Dokumentasi</p> <ol style="list-style-type: none">1. Mencatat waktu pelaksanaan tindakan
--	--

	2. Mencatat perasaan dan respon pasien setelah diberikan tindakan
Sumber	Potter & Perry (2010)

Referensi : (Rasyid M Atha, n.d.)

D. Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien Gastritis

Proses keperawatan adalah suatu proses pemecahan masalah yang dinamis dalam usaha memperbaiki atau memelihara klien sampai ke taraf optimal melalui pendekatan yang sistematis untuk mengenal dan membantu kebutuhan klien (Indahningrum & Lia Dwi Jayanti, 2020). Dalam asuhan keperawatan pasien dengan gastritis, menggunakan pendekatan proses keperawatan yang terdiri dari 5 tahap, yaitu: pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan (implementasi), dan evaluasi. Proses keperawatan ini merupakan pedoman untuk melaksanakan asuhan keperawatan dengan uraian masing-masing sebagai berikut :

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan yang dilakukan secara 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 :

- a. Data dasar (Identitas Klien) : Meliputi nama lengkap nama panggilan, tempat dan tanggal lahir, jenis kelamin, status,

agama, bahasa yang digunakan, suku bangsa, pendidikan, pekerjaan, alamat, sumber dana/ biaya serta identitas orang tua.

b. Riwayat Kesehatan

- 1) Keluhan utama : Nyeri ulu hati dan perut sebelah kiri bawah.
- 2) Riwayat kesehatan sekarang : Meliputi perjalanan penyakitnya, awal dari gejala yang dirasakan klien, keluhan timbul dirasakan secara mendadak atau bertahap, faktor pencetus, upaya untuk mengatasi masalah tersebut.
- 3) Riwayat kesehatan terdahulu : Meliputi penyakit yang berhubungan dengan penyakit sekarang, riwayat dirumah sakit, dan riwayat pemakaian obat.
- 4) 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.
- 5) 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.
- 6) Riwayat psikososial : Meliputi mekanisme koping yang digunakan klien untuk mengatasi masalah dan bagaimana

motivasi kesembuhan dan cara klien menerima keadaannya.

- 7) Pola kebiasaan sehari-hari. Menurut Gordon (2009), pola kebiasaan sehari-hari pada pasien gastritis, yaitu :
 - a) Pola nutrisi
 - b) Pola eliminasi
 - c) Pola istirahat dan tidur
 - d) Pola aktivitas/ latihan
 - e) Pola kognisi-perceptual
 - f) Pola toleransi-koping stress
 - g) Pola persepsi diri/ konsep koping
 - h) Pola seksual reproduktif
 - i) Pola hubungan dan peran
 - j) Pola nilai dan keyakinan
- c. Kebutuhan dasar Kaji pola makan dan minum, pola istirahat dan tidur, eliminasi dan kebersihan diri dan faktor alergi.
- d. Pemeriksaan fisik Pemeriksaan yang dilakukan mulai dari ujung rambut sampai ujung kaki dengan menggunakan 4 teknik, yaitu inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi. Menurut Doengoes (2000), data dasar pengkajian pasien gastritis meliputi :
 - 1) Data Subjektif
 - a) Keadaan umum, tampak kesakitan pada pemeriksaan fisik terdapat nyeri tekan di kwadran epigastrik.
 - (1) Tanda-tanda vital
 - (2) B1 (Breath) : Takhipnea
 - (3) B2 (Blood) : Takikardi, hipotensi, distritmia, nadi perifer lemah, pengisian perifer lambat, warna kulit pucat.

(4) B3 (Brain) : Sakit kepala, kelemahan, tingkat kesadaran dapat terganggu, disorientasi, nyeri epigastrium.

(5) B4 (Bladder) : Oliguria, gangguan keseimbangan cairan.

(6) B5 (Bowel) : Anemia, anoreksia, mual, muntah, nyeri ulu hati, tidak toleran terhadap makanan pedas.

(7) B6 (Bone) : Kelelahan, kelemahan.

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

2) Data objektif

a) Kepala dan muka : Wajah pucat dan sayu (kekurangan nutrisi), wajah berkerut.

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

c) 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).

d) Abdomen

(1) 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.

- (2) Auskultasi : Distensi bunyi usus sering hiperaktif selama perdarahan, dan hipoaktif setelah perdarahan.
- (3) Perkusi : Pada penderita gastritis suara abdomen yang ditemukan hypertimpani (bisng usus meningkat).
- (4) Palpasi : Pada pasien gastritis dinding abdomen tegang. Terdapat nyeri tekan pada region epigastik (terjadi karena distruksi asam lambung) (Doengoes, 2000).
- e) Integumen : Warna kulit pucat, sianosis (tergantung pada jumlah kehilangan darah), kelemahan kulit/membrane mukosa berkeringan (menunjukkan status syok, nyeri akut, respon psikologik) (Doengoes, 2000).
- f) Pemeriksaan penunjang, menurut Priyanto (2009) yang ditemukan pada pasien gastritis, yaitu :
 - (1) Endoscopy
 - (2) Pemeriksaan histopatologi
 - (3) Laboratorium
 - (4) Analisa gaster
 - (5) Gastroscopi.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialami baik berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis yang sering muncul pada pasien gastritis yang berhubungan dengan produksi ASI menurut PPNI (2017), adalah:

a. Nyeri Akut

1) Definisi

Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan

2) Penyebab

- a) Agen pencedera fisiologis (mis: inflamasi, iskemia, neoplasma)
- b) Agen pencedera kimiawi (mis: terbakar, bahan kimia iritan)
- c) Agen pencedera fisik (mis: abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, Latihan fisik berlebihan).

3) Gejala dan tanda mayor

Subjektif

- a) Mengeluh nyeri

Objektif

- a) Tampak meringis
- b) Bersikap protektif (mis: waspada, posisi menghindari nyeri)
- c) Gelisah
- d) Frekuensi nadi meningkat
- e) Sulit tidur

4) Gejala dan tanda minor

Subjektif

(tidak tersedia)

Objektif

- a) Tekanan darah meningkat

- b) Pola napas berubah
 - c) Nafsu makan berubah
 - d) Proses berpikir terganggu
 - e) Menarik diri
 - f) Berfokus pada diri sendiri
 - g) Diaforesis
- 5) Kondisi klinis terkait
- a) Kondisi pembedahan
 - b) Cedera traumatis
 - c) Infeksi
 - d) Sindrom koroner akut
 - e) Glaukoma

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi merupakan suatu perawatan yang dilakukan perawat berdasarkan pada penilaian klinis dan pengetahuan perawat untuk meningkatkan outcome pasien atau klien (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
Nyeri Akut	<p>Tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria</p> <p>1) Keluhan nyeri menurun</p> <p>2) Meringis menurun</p>	<p>a. Manajemen Nyeri Observasi</p> <p>1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</p> <p>2) Identifikasi skala nyeri</p> <p>3) Identifikasi respon nyeri non verbal</p> <p>4) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</p>

	<p>3) Sikap protektif menurun</p> <p>4) Gelisah menurun</p>	<p>5) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri</p> <p>6) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri</p> <p>7) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</p> <p>8) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</p> <p>9) Monitor efek samping penggunaan analgetic</p> <p>Terapeutik</p> <p>1) Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)</p> <p>2) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</p> <p>3) Fasilitasi istirahat dan tidur</p> <p>4) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</p> <p>Edukasi</p>
--	---	--

		<ol style="list-style-type: none"> 1) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2) Jelaskan strategi meredakan nyeri 3) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4) Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat 5) Ajarkan Teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
--	--	--

Tabel I. Intervensi Gambaran Asuhan Keperawatan Pada Pasien Gastritis

4. Implementasi

Menurut Doenges (2000), 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 keperawatan menggunakan 3 tahap pendekatan, yaitu independen, dependen, interdependen.

- a. Tindakan keperawatan secara independen adalah suatu kegiatan yang dilaksanakan oleh perawat tanpa petunjuk dan perintah dari dokter atau tenaga kesehatan lainnya.

- b. Tindakan dependen adalah tindakan yang berhubungan dengan pelaksanaan rencana tindakan medis.
- c. Tindakan interdependen adalah tindakan keperawatan yang menjelaskan suatu kegiatan dan memerlukan kerja sama dengan tenaga kesehatan lainnya, misalnya tenaga sosial, ahli gizi, dan dokter.

Keterampilan yang harus dipunyai perawat dalam melaksanakan tindakan keperawatan yaitu kognitif, sikap dan psikomotor. Dalam melakukan tindakan khususnya pada klien dengan gastritis yang harus diperhatikan adalah pola nutrisi, skala nyeri klien, serta melakukan pendidikan kesehatan pada klien.

Implementasi dilakukan sesuai dengan intervensi yang telah disusun sebelum ke pasien.

5. Evaluasi

Menurut Doenges (2000), evaluasi adalah tingkatan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana tindakan dan pelaksanaannya sudah berhasil dicapai.

Kemungkinan yang dapat terjadi pada tahap evaluasi adalah masalah dapat diatasi, masalah teratasi sebagian, masalah belum teratasi atau timbul masalah baru. Evaluasi yang dilakukan adalah evaluasi proses dan evaluasi hasil. Evaluasi proses adalah evaluasi yang harus dilaksanakan segera setelah perencanaan keperawatan dilaksanakan untuk membantu keefektifitasan terhadap tindakan. Sedangkan evaluasi hasil adalah evaluasi yang dilaksanakan pada akhir tindakan keperawatan secara keseluruhan sesuai dengan waktu yang ada pada tujuan.

Adapun evaluasi dari diagnosa keperawatan gastritis secara teoritis adalah apakah rasa nyeri klien berkurang, apakah klien dapat mengkonsumsi makanan dengan baik, apakah terdapat

tanda-tanda infeksi, apakah klien dapat melakukan aktivitasnya secara mandiri, apakah klien mampu mengungkapkan pemahaman tentang penyakit gastritis dan perubahan kesehatannya.

Proses evaluasi menurut Rohmah dan Walid (2014), proses evaluasi, meliputi :

- a. Mengatur pencapaian tujuan
 - 1) Tujuan dari aspek kognitif, pengukuran kognitif dapat dilakukan dengan empat cara yaitu : interview, komprehensif, aplikasi fakta dan tulis.
 - 2) Tujuan aspek afektif, untuk mengukur pencapaian tujuan aspek afektif. Dapat dilakukan dengan cara observasi, feed back dari kesehatan lain, psikomotor, perubahan fungsi tubuh.
- b. Macam-macam evaluasi
 - 1) Evaluasi proses (Formatif)
 - a) Evaluasi yang dilakukan setiap selesai tindakan.
 - b) Berorientasi pada etiologis.
 - c) Dilakukan secara terus-menerus sampai tujuan yang telah ditentukan tercapai
 - 2) Evaluasi hasil (Suamatif)
 - a) Evaluasi yang dilakuakn akhir tindakan keperawatan secara lengkap.
 - b) Berorientasi pada masalah keperawatan.
 - c) Menjelaskan keberhasilan/ ketidak berhasilan.
 - d) Rekapitulasi dan kesimpulan status kesehatan klien sesuai dengan kerangka waktu yang telah ditetapkan.
 - 3) Komponen SOAP

Untuk memudahkan perawat mengevaluasi atau memantau perkembangan klien, digunakan komponen

SOAP. Penggunaan tergantung dari kebijakan setempat. Menurut Rohmah dan Walid (2014), pengertian SOAP adalah sebagai berikut :

S : Data Subjektif

Perawat menuliskan keluhan pasien yang masih dirasakan setelah dilakukan tindakan keperawatan.

O : Data Objektif

Data objektif adalah data berdasarkan hasil pengukuran atau observasi perawat secara langsung kepada klien, dan yang dirasakan klien setelah dilakukan tindakan keperawatan.

A : Analisis

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

P : Planning

Perencanaan keperawatan yang akan dilanjutkan, dihentikan di modifikasi, atau ditambah dari rencana tindakan keperawatan yang telah ditentukan sebelumnya.

I : Implementasi

Pelaksanaan asuhan sesuai rencana yang telah disusun sesuai dengan keadaan dan dalam rangka mengatasi masalah pasien. Pelaksanaan tindakan harus disetujui oleh pasien, kecuali bila tindakan tidak dilaksanakan akan membahayakan keselamatan pasien. Bila kondisi pasien berubah,

analisis juga berubah, maka rencana asuhan maupun implementasinya pun kemungkinan besar akan ikut berubah atau disesuaikan.

E : Evaluasi

Adalah tafsiran dari efek tindakan yang telah diambil untuk menilai efektivitas asuhan/hasil pelaksanaan tindakan. Evaluasi berisi analisis hasil yang telah dicapai dan merupakan fokus ketetapan nilai tindakan atau asuhan

R : Revisi

Mencerminkan perubahan rencana asuhan dengan cepat, memperhatikan hasil evaluasi, serta implementasi yang telah dilakukan. Hasil evaluasi dapat dijadikan petunjuk perlu tidaknya melakukan perbaikan/perubahan intervensi dan tindakan.