

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. S DENGAN GASTRITIS
DI RUANG BOUGENVILLE II RSUD KUDUS**

Karya Tulis Ilmiah



Disusun Oleh :

Sri Rizki
NIM. 89.331.2922

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG
2010**

HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui oleh pembimbing untuk dipertahankan di hadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi D-III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula Semarang pada :

Hari : Rabu

Tanggal : 26 Mei 2010



Semarang, 26 Mei 2010

Pembimbing

Ns. Retno Setyawati, M. Kep., Sp.KMB.

NIK. 210996002

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertahankan di hadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi D III Keperawatan FIK Unissula Semarang pada hari Senin tanggal 31 Mei 2010 dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan Tim Penguji.

Semarang, 31 Mei 2010

Tim Penguji,

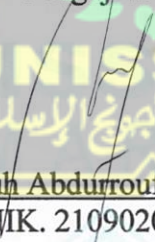
Penguji I



(Ns. Retno Setyawati, M. kep., Sp.KMB)

NIK. 210996002

Penguji II



(Ns. Muh Abdurrouf, S. Kep)

NIK. 210902011

Penguji III



(Ns. Nani Prasanti, S.Kep)

NIK. 9311465

"dengan berdoa dan tawakkal"

"Berusaha dengan keras tidak akan berarti tanpa disertai"

"Katakan sebenarnya walaupun pahit rasanya"

"Ayat 13"

"seseorang itu tidak merubahnya" (Mr-Ra'du, Juz 13)

"Allah tidak akan merubah nasib seseorang selama"

"Sabut akan, Allah adalah awal pengetahuan"

MOTTO



KATA PENGANTAR

Dengan mengucapkan puji syukur kepada Allah SWT atas rahmat dan hidayah-Nya yang diberikan. Akhirnya penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah dengan judul “ ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn.S DENGAN GASTRITIS DIRUANG BOUGENVILLE II RSUD KUDUS “. Karya tulis ilmiah ini disusun untuk memenuhi salah satu persyaratan dalam program Diploma III Keperawatan di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang. Karya tulis ilmiah ini mengacu pada literatur yang berkaitan dengan judul.

Pada kesempatan ini penulis ingin mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Bapak Prof. Dr. Laode M. Kamaluddin, M.Sc, M.Eng, selaku rektor Universitas Islam Sultan Agung.
2. Bapak Iwan Ardian SKM, selaku Dekan Fakultas Ilmu keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
3. Ibu Wahyu Endang Setyowati, SKM selaku kaprodi DIII Keperawatan.
4. Ibu Retno Setyawati, M.Kep, Sp.MB Selaku Dosen pembimbing dalam Ujian Keperawatan Medikal Bedah.
5. RSUD Kudus sebagai lahan praktik tempat diambilnya Karya Tulis Ilmiah ini.
6. Bapak, Ibu Dosen serta staf karyawan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang yang sudah banyak membantu dalam proses belajar mengajar.

7. Bapak, Ibu, kakak dan adikku tercinta yang telah memberikan semangat dan dukungan baik moril maupun materil dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.
8. Sepupuku yang telah banyak membantu dalam memberikan semangat dan motivasi .
9. sahabatku lukluk dan dica yang telah memberikan motivasi bagi penulis.
10. Teman-teman seangkatan dan seperjuangan di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang, Angkatan 2007-2008 yang telah membantu hingga selesainya penyusunan karya tulis ilmiah ini.

Dengan kerendahan hati, penulis hanya dapat memanjatkan doa kepada Allah SWT semoga amal kebaikan beliau mendapatkan imbalan yang sesuai, serta semoga karya tulis ilmiah ini dapat memberikan manfaat bagi para pembaca.

Semarang, Mei 2010

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN	ii
HALAMAN PENGESAHAN PENGUJI	iii
HALAMAN MOTTO	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR LAMPIRAN.....	ix
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan Penulisan.....	3
1. Tujuan Umum	3
2. Tujuan Khusus.....	3
C. Manfaat Penulisan.....	3
BAB II KONSEP DASAR	5
A. Pengertian	5
B. Etiologi	8
C. Patofisiologi	9
D. Pathways	13
E. Manifestasi Klinis	14
F. Pemeriksaan Penunjang	14
G. Komplikasi	15

H. Penatalaksanaan	15
1. Medis	15
2. Keperawatan	15
I. Fokus Pengkajian	16
J. Fokus Intervensi	18
BAB III RESUME KEPERAWATAN	21
A. Identitas	21
B. Riwayat Keperawatan	21
C. Anamnesa, Observasi dan Pemeriksaan Fisik	22
D. Analisa Data	26
E. Rencana Keperawatan.....	27
BAB IV PEMBAHASAN	32
BAB V PENUTUP	38
A. Kesimpulan	38
B. Saran.....	40
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran I : Lembar Surat Kesediaan Membimbing

Lampiran II : Lembar Surat Keterangan Konsultasi

Lampiran III : Lembar Konsultasi

Lampiran IV : Askep Asli



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

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

Secara garis besar, gastritis dapat dibagi menjadi beberapa macam berdasarkan pada: manifestasi klinis, gambaran histologi yang khas, distribusi anatomi, dan kemungkinan patogenesis gastritis, terutama gastritis kronik. Didasarkan pada manifestasi klinis, gastritis dapat dibagi menjadi akut dan kronik (Hirlan dalam Suyono, 2001).

Gastritis akut adalah penyakit sepanjang jalan usus yang mengalami inflamasi di mukosa lambung. Perbedaan etiologi hampir sama dengan paparan umum klinik. Bagaimanapun itu semua berbeda dalam karakteristik histologi. Kemungkinan inflamasi itu semua memiliki karakteristik histologi yang unik. Inflamasi ini mungkin juga mengenai lambung (dalam lambung) atau bagian lainnya (luar lambung). Gastritis akut dapat dibedakan menjadi dua kategori: erosif (gastritis erosi superfisial, erosi dalam, erosi hemoragis) dan non erosif (umumnya akibat *Helicobacter pylori*).

Gastritis kronik adalah manifestasi yang relatif kecil dari banyaknya penyakit yang bersifat manifestasi umum di organ yang lain atau manifestasi yang sistemik, seperti gastritis perseorangan yang immunosupresi. Gastritis kronik umumnya disebabkan oleh infeksi *Helicobacter pylori* adalah infeksi utama perut dan paling banyak frekuensi dampaknya dari gastritis kronis. Berdasarkan dokumentasi histologi gastritis kronis di diagnosa sebagai gastritis kronis dari etiologi yang tidak diketahui atau gastritis tidak diketahui tipenya ketika tidak seorangpun menemukan reflek dari penggambaran yang pasti dari gastritis dan dampak spesifik tidak dapat teridentifikasi.

Di USA, diperhitungkan berkisar 18-21 berkunjung ke dokter setiap tahun. Khususnya terjadi pada orang lanjut usia lebih dari 60 tahun. Di Indonesia kejadian penyakit gastritis meningkat sejak 5-6 tahun ini dan menyerang lebih banyak pada laki-laki daripada wanita. Laki-laki lebih banyak mengalami gastritis karena kebiasaan mengkonsumsi alkohol dan merokok. Saat ini dalam proses keperawatan gastritis banyak dijumpai dan menyerang 80-90% laki-laki (Ziddu, 2009). Berdasarkan catatan *medical record* RSUD Ajappange Soppeng bahwa penderita gastritis yang dirawat di ruang interna tahun 2003 berjumlah 23 orang sedangkan pada 2004 periode Januari sampai Juni berjumlah 19 orang.

Mengingat bahwa kejadian penyakit gastritis terus meningkat, penting bagi perawat untuk memahami fokus penatalaksanaan penderita gastritis. Beberapa peran perawat dapat dilakukan dalam memberikan asuhan keperawatan. Penekanan penting terhadap peran perawat yang dapat dilakukan

diantaranya sebagai pelaksana dan pendidik, perlunya edukasi yang terstruktur mengenai penyakit gastritis dan penatalaksanaannya dapat disampaikan pada penderita untuk menekan kejadian gastritis berulang atau komplikasi.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Penulisan karya tulis ini bertujuan untuk memahami dan memberikan gambaran tentang pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien gastritis.

2. Tujuan Khusus

- a. Memahami secara spesifik proses pengkajian pada klien gastritis yaitu Tn.S dengan mengumpulkan dan mengelompokkan data yang diperoleh.
- b. Memahami dalam menginterpretasikan data dengan merumuskan diagnosa keperawatan pada klien Tn.S.
- c. Memahami penyusunan rencana tindakan serta melaksanakan rencana tindakan tersebut pada klien Tn.S.
- d. Memahami secara spesifik evaluasi proses dan hasil asuhan keperawatan yang dilakukan pada klien Tn.S.

C. Manfaat Penulisan

1. Bagi Penulis

Memperluas wawasan pengetahuan dan pengalaman yang berkaitan dengan penyakit gastritis.

2. Bagi Lahan Praktik

Menambah referensi mengenai asuhan keperawatan klien dengan gastritis dalam upaya peningkatan pelayanan keperawatan.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai bahan evaluasi untuk mengukur sejauh mana penatalaksanaan yang tepat untuk pasien dengan gastritis.

4. Bagi Masyarakat

Memberikan tambahan pengetahuan tentang asuhan keperawatan pada klien dengan gastritis.



BAB II

KONSEP DASAR

A. Pengertian

Secara sederhana definisi gastritis adalah proses inflamasi pada mukosa dan submukosa lambung. Gastritis merupakan gangguan kesehatan yang paling sering di jumpai di klinik, karena diagnosis nya sering hanya berdasarkan gejala klinis bukan pemeriksaan histopatologi (Hirlan dalam Sudoyo, 2006).

Gastritis merupakan suatu keadaan peradangan atau perdarahan mukosa lambung yang dapat bersifat akut, kronis, difus atau lokal. Dua jenis gastritis yang paling sering terjadi adalah gastritis superfisial akut dan gastritis atrofik kronis (Price, 2005).

Gastritis merupakan proses inflamasi pada lapisan mukosa dan submukosa lambung. Secara histopatologi dapat dibuktikan dengan adanya infiltrasi sel-sel radang pada daerah tersebut (Hirlan dalam Suyono, 2001).

Berdasarkan beberapa pengertian, penulis dapat menyimpulkan bahwa gastritis adalah peradangan pada mukosa dan submukosa lambung yang dapat bersifat akut maupun kronis.

Gastritis dapat di bagi menjadi dua, antara lain :

1. Gastritis akut

Merupakan inflamasi akut dari lambung, biasanya terbatas pada mukosa. Inflamasi akut mukosa lambung pada sebagian besar kasus merupakan penyakit yang ringan dan sembuh sempurna (Aji, 2009).

2. Gastritis kronik

Disebut gastritis kronik apabila infiltrasi sel-sel radang yang terjadi pada lamina propria dan daerah epitel terutama terdiri atas sel-sel radang kronik, yaitu limfosit dan sel plasma.

Gastritis kronik dapat dibagi dalam berbagai bentuk tergantung pada kelainan histologi, topografi, dan etiologi yang menjadi dasar pikiran pembagian tersebut.

a. Klasifikasi histologi yang sering digunakan membagi gastritis kronik menjadi :

- 1) Gastritis kronik superfisial apabila dijumpai sebaran sel-sel radang kronik terbatas pada lamina propria mukosa superfisial dan edema yang memisahkan kelenjar-kelenjar mukosa, sedangkan sel-sel kelenjar masih utuh. Sering dikatakan gastritis kronik superfisial merupakan permulaan gastritis kronik.
- 2) Gastritis kronik atrofik, sebaran sel-sel radang kronik menyebar lebih dalam disertai distorsi dan destruksi sel kelenjar mukosa lebih nyata. Gastritis atrofik dianggap sebagai kelanjutan gastritis kronik superfisial.
- 3) Atrofi lambung dianggap merupakan stadium akhir gastritis kronik. Pada saat itu struktur kelenjar menghilang dan terpisah satu sama lain secara nyata dengan jaringan ikat, sedangkan sebaran sel-sel radang juga menurun. Mukosa menjadi sangat tipis sehingga dapat menerangkan mengapa pembuluh darah menjadi terlihat pada pemeriksaan endoskopi.

- 4) Metaplasia intestinal, suatu perubahan histologis kelenjar-kelenjar mukosa lambung menjadi kelenjar-kelenjar mukosa usus halus yang mengandung sel goblet. Perubahan-perubahan tersebut dapat terjadi secara menyeluruh pada hampir seluruh segmen lambung, tetapi dapat pula hanya merupakan bercak-bercak pada beberapa bagian lambung.
- b. Menurut distribusi anatomisnya, gastritis kronik dapat dibagi menjadi:
- 1) Gastritis kronik korpus sering disebut juga dengan gastritis tipe A menurut pembagian dahulu. Perubahan-perubahan histologis terjadi terutama pada korpus dan fundus lambung. Bentuk ini jarang dijumpai. Gastritis tipe A sering dihubungkan dengan proses autoimun, dan berlanjut pada anemia pernisiiosa. Sel parietal yang mengandung kelenjar mengalami kerusakan sehingga sekresi asam lambung menurun. Pada manusia sel parietal juga berfungsi menghasilkan faktor intrinsik oleh karena itu, pada gastritis kronik tipe A terjadi gangguan absorpsi vitamin B12 yang menyebabkan timbulnya anemia pernisiiosa.
 - 2) Gastritis kronik antrum sering juga disebut sebagai gastritis kronik tipe B. Gastritis tipe ini merupakan gastritis yang paling sering dijumpai dan mempunyai hubungan yang sangat erat dengan kuman *Helicobacter pylori*.
 - 3) Gastritis tipe AB merupakan gastritis kronik yang distribusi anatominya menyebar ke seluruh gaster. Penyebaran ke arah korpus tersebut cenderung meningkat dengan bertambahnya usia (Hirlan dalam Suyono, 2001).

B. Etiologi

1. Gastritis akut

Gastritis dapat terjadi tanpa diketahui penyebabnya. Pada sebagian besar kasus, gastritis erosif menyertai timbulnya keadaan klinis yang berat. Keadaan klinis yang sering gastritis erosif misalnya trauma yang luas, operasi besar, gagal ginjal, gagal napas, penyakit hati yang berat, renjatan, luka bakar yang luas, trauma kepala. Kira-kira 80-90 % pasien yang dirawat di ruang intensif menderita gastritis akut erosif ini. Gastritis akut jenis ini sering disebut gastritis akut stress.

Penyebab lain adalah obat-obatan. Obat-obatan yang sering dihubungkan dengan gastritis erosif adalah aspirin dan sebagian besar obat antiinflamasi nonsteroid dan faktor makanan yaitu panas, pedas, dan asam.

2. Gastritis kronik disebabkan oleh dua aspek, yaitu :

a. Aspek imunologis.

Hubungan antara sistem imun dan gastritis kronik menjadi jelas dengan ditemukannya autoantibodi terhadap faktor intrinsik lambung (*intrinsic factor antibody*) dan sel parietal (*parietal cell antibody*) pada pasien dengan anemia pernisiiosa. Antibodi terhadap sel parietal lebih dekat hubungannya dengan gastritis kronik korpus dalam berbagai gradasi. Pasien gastritis kronik yang antibodi sel parietalnya positif dan berlanjut menjadi anemia pernisiiosa mempunyai ciri-ciri sebagai berikut: secara histologis berbentuk gastritis kronik atrofik predominant korpus, dapat menyebar ke antrum dan hipergastrinemia. Gastritis

autoimun adalah diagnosis histologis karena secara endoskopi amat sukar menentukannya, kecuali sudah amat lanjut. Hipergastrinemia yang terjadi terus-menerus dan hebat dapat memicu timbulnya karsinoid. Gastritis tope ini jarang dijumpai.

b. Aspek bakteriologis.

Bakteri yang paling sering sebagai penyebab gastritis adalah *Helicobacter pylori*. Gastritis yang ada hubungannya dengan *Helicobacter pylori* lebih sering dijumpai dan biasanya berbetuk gastritis kronik antrum. Sebagian besar gastritis kronik merupakan gastritis tipe ini (Hirlan dalam Suyono, 2001).

C. Patofisiologi

1. Gastritis akut

Gastritis akut dapat disebabkan oleh karena stres, zat kimia misalnya obat-obatan dan alkohol, makanan yang pedas, panas maupun asam.

Pada pasien yang mengalami stress, hipotalamus akan berespon dan mengalami vasokonstriksi dan mikrosirkulasi lambung menurun, permeabilitas lambung meningkat. Hal ini menyebabkan sekresi asam lambung meningkat.

Penurunan mikrosirkulasi dalam lambung juga menyebabkan prostaglandin menurun sehingga mukus/bikarbonat epitel, impermeabilitas, proliferasi menurun. Ini mengakibatkan pH dalam lambung meningkat menjadi asam sehingga terjadi erosi/ulserasi. Hal ini

menimbulkan rasa mual, muntah dan anoreksia (Hirlan dalam Suyono, 2001).

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

Vasodilatasi sel mukosa gaster akan menyebabkan produksi HCL meningkat. Anoreksia juga dapat menyebabkan rasa nyeri. Rasa nyeri ini ditimbulkan oleh karena kontak HCL dengan mukosa gaster. Respon mukosa lambung akibat penurunan sekresi mukus dapat berupa pengelupasan sel mukosa gaster akan mengakibatkan erosi memicu timbulnya perdarahan (Smeltzer, 2002).

Perdarahan yang terjadi dapat mengancam hidup penderita, namun dapat juga berhenti sendiri karena proses regenerasi, sehingga erosi menghilang dalam waktu 24 – 48 jam setelah perdarahan. Jika erosi ini terjadi sampai pada lapisan pembuluh darah maka akan terjadi perdarahan yang akan menyebabkan nyeri dan hipovolemik (Ziddu, 2009).

2. Gastritis kronik

Inflamasi lambung yang lama dapat disebabkan oleh ulkus benigna atau maligna dari lambung, atau oleh bakteri *Helicobacter pylori*. Gastritis

tipe A (gastritis autoimun) diakibatkan oleh perubahan sel parietal, yang menimbulkan atrofi dan infiltrasi seluler.

Hal ini dihubungkan dengan penyakit autoimun seperti anemia pernisiiosa dan terjadi pada fundus atau korpus dari lambung (Smeltzer, 2002).

Perjalanan alamiah gastritis tipe B atau akibat infeksi kuman *Helicobacter pylori* secara garis besar dibagi menjadi gastritis kronik non atrofi predominan antrum dan gastritis kronik atrofi multifaktor. Ciri khas gastritis kronik non atrofi predominasi antrum adalah: inflamasi moderat sampai berat mukosa antrum, sedangkan inflamasi di korpus ringan atau tidak ada sama sekali.

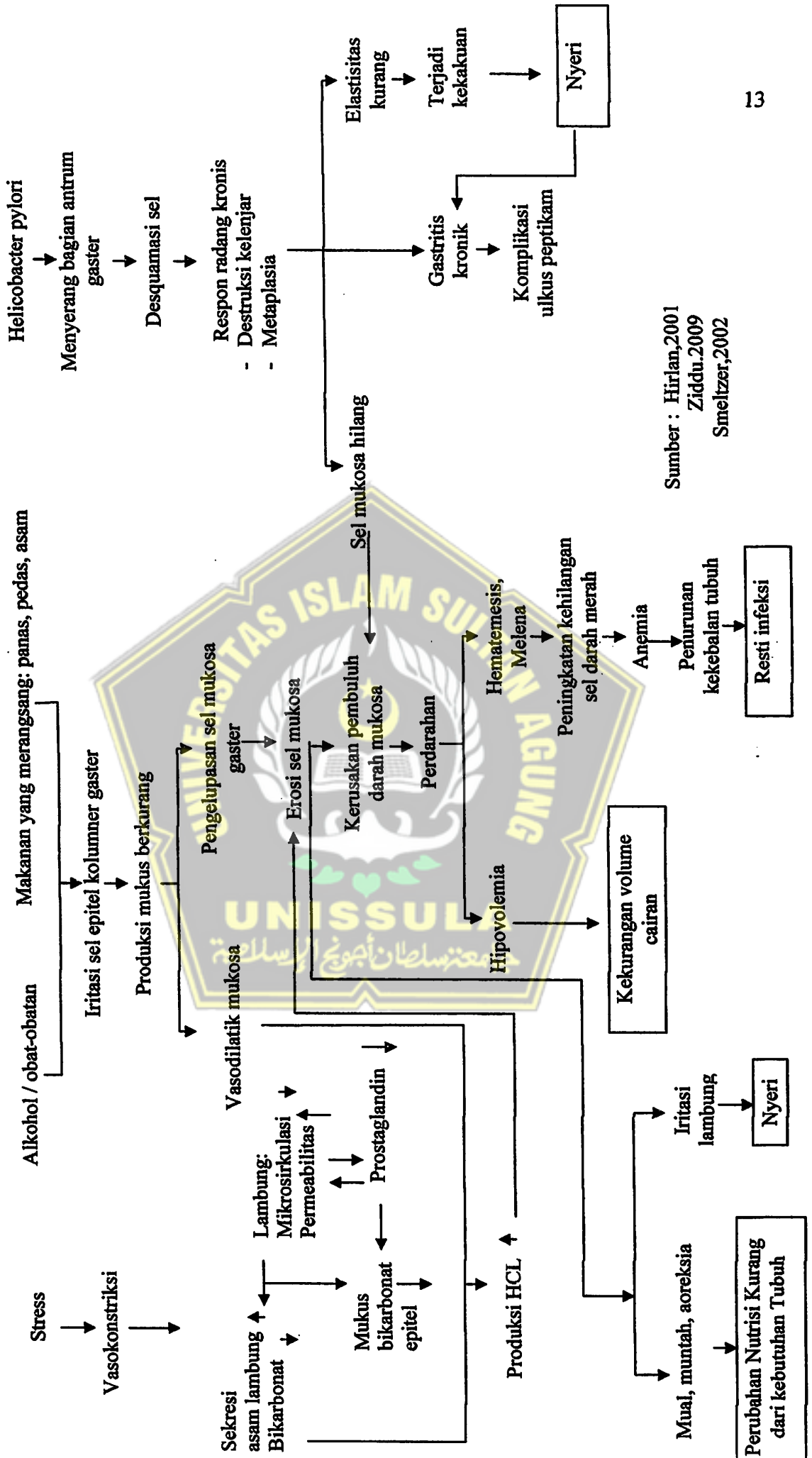
Antrum tidak mengalami atrofi atau metaplasia. Gastritis kronik atrofi multifaktor mempunyai ciri-ciri khusus sebagai berikut: terjadi inflamasi pada hampir seluruh mukosa, seringkali sangat berat berupa atrofi atau metaplasia setempat-setempat pada daerah antrum dan korpus.

Gastritis kronik atrofi multifaktor merupakan faktor resiko penting displasia epitel mukosa dan karsinoma gaster. Metaplasia adalah salah satu mekanisme perdarahan tubuh terhadap iritasi, yaitu dengan mengganti sel mukosa gaster misalnya dengan sel squamasi yang lebih kuat. Karena sel squamasi lebih kuat maka elastisitasnya juga berkurang. Pada saat mencerna makanan, lambung melakukan gerakan palistaltik tetapi karena sel penggantinya tidak elastis maka akan timbul kekakuan yang pada akhirnya akan menimbulkan rasa nyeri.

Pada gastritis kronis dapat mencetuskan terjadinya ulkus peptikum (Smeltzer, 2002; Hirlan dalam Suyono; 2001, Hirlan dalam Sudoyo, 2006).



D. Pathways



Sumber : Hirlan,2001
Ziddu.2009
Smeltzer,2002

E. Manifestasi klinis

1. Gastritis akut

Sindrom dispepsia berupa nyeri epigastrium, mual, muntah, anoreksia dan di temukan pula perdarahan saluran cerna berupa hematemesis dan melena, tanda lebih lanjut adalah anemia (Ziddu, 2009).

2. Gastritis kronik

Pada gastritis tipe A secara khusus asimtomatik kecuali untuk gejala defisiensi vitamin B12. Pada gastritis tipe B, pasien mengeluh anoreksia (nafsu makan buruk), nyeri ulu hati setelah makan, kembung, rasa asam di mulut, atau mual dan muntah (Smeltzer, 2002).

F. Pemeriksaan Penunjang

- 1. Gastroskopi.** Pada pemeriksaan ini terlihat 3 gambaran pokok, yaitu: terlihat mukosa yang hiperemik yang merata, adanya odema dengan karakteristik berair, eksudasi. Kadang-kadang terlihat perdarahan mukosa dan erosi kecil yang sering terlihat. Kadang-kadang sekresinya bersifat purulen.
- 2. Endoskopi.** Merupakan sarana diagnostik yang banyak membantu menentukan diagnostik kelainan lambung. Mukosa lambung normal tampak berwarna merah muda, dengan permukaan halus, rata dan licin. Bagian antrum biasanya rata, atau sedikit melipat pada daerah pre-pilorus, dan didapatkan 1 atau 2 lipatan pada pilorus. Diameter lipatan di fundus dan korpus tidak lebih dari 5 mm. Tidak tampak eksudat fibropurulen di mukosa (Sujono, 1999).

G. Komplikasi

1. Perdarahan saluran cerna bagian atas (SCBA) berupa hematemesis dan melena berakhir pada syok hemoragik, terjadi ulkus, kalau prosesnya hebat dan jarang terjadi perforasi.
2. Gangguan penyerapan vitamin B12, akibat kurang penyerapan, B12 menyebabkan anemia pernisiiosa, penyerapan zat besi terganggu dan penyempitan daerah antrum pilorus (Ziddu, 2009).

H. Penatalaksanaan

1. Medis

- a. Pemakaian penghambat HO_2 (seperti ranitidin untuk mengurangi sekresi asam, sukrafat atau antasid dapat mempercepat penyembuhan).
- b. Obat-obat anti muntah dapat membantu menghilangkan mual dan muntah.
- c. Jika terjadi muntah perlu keseimbangan cairan dan elektrolit dengan memberikan infus vena.
- d. *Helicobacter pylori* diatasi dengan antibiotik (seperti tetrasiklin atau amoksilin) dengan garam bismut (peta bismut).
- e. Vitamin B12 dan terapi yang sesuai lainnya pada anemia pernisiiosa.

2. Keperawatan

- a. Memodifikasi diet pasien, meningkatkan istirahat, mengurangi stress memulai farmakoterapi.
- b. Menghindari makanan dan minuman yang dapat meningkatkan sekresi asam lambung.
- c. Menghindari dari alkohol dan obat-obatan yang mengiritasi lambung (Smeltzer, 2002).

I. Fokus Pengkajian

1. Aktifitas/Istirahat

- a. Gejala: Gangguan pola tidur, misalnya insomnia dini hari , kelemahan perasaan “hiper” dan/atau ansietas.
- b. Tanda: Periode hiperaktivasi, latihan keras terus menerus.

2. Sirkulasi

- a. Gejala: Perasaan dingin meskipun pada ruangan hangat.
- b. Tanda: TD rendah.
Takikardia, bradikardia, disritmia.

3. Integritas ego

- a. Gejala: Ketidakberdayaan/putus asa.
- b. Tanda: Status emosi depresi, menolak, marah, ansietas.

4. Eliminasi

Gejala: Diare/konstipasi.
Nyeri abdomen tak jelas dan distress, kembung.
Penggunaan laksatif/diuretik.

5. Makanan/Cairan

- a. Gejala: Lapar terus menerus atau menyangkal lapar, napsu makan normal atau meningkat (kadang menghilang sampai gangguan lanjut).
- b. Tanda: Penurunan berat badan/pemeliharaan berat badan 15% atau lebih dibawah yang diharapkan (anoreksia) atau berat dapat normal atau sedikit di bawah (bulimia).

6. *Hygiene*

Tanda: peningkatan pertumbuhan rambut pada tubuh (lanugo) kehilangan rambut (aksila/pubis).

Rambut dangkal/tak bersinar.

7. Neurosensori

- a. Tanda: Afek tepat, kecuali tubuh dan makanan.
- b. Afek depresi (mungkin deppresi).

8. Nyeri/kenyamanan

Gejala: Sakit kepala.

9. Keamanan

Tanda: penurunan suhu tubuh.

Berulangnya proses infeksi (indikasi penekanan sistem imun).

10. Interaksi sosial

Gejala: Latar belakang menengah atau atas.

Ayah pasif/ibu dominan, anggota keluarga dekat, kebersamaan di junjung tinggi, batas pribadi tak di hargai.

11. Seksualitas

- a. Gejala: Tidak ada sedikitnya tiga siklus menstruasi berturut-turut.
menyangkal/kehilangan minat seksual.
- b. Tanda: Atrofi payudara, amenorea.

12. Penyuluhan /pembelajaran

Gejala: riwayat keluarga lebih tinggi dari normal untuk insiden depresi.

Timbul penyakit biasanya antara usia 10 – 22 tahun (Doenges, 2000).

J. Fokus Intervensi

Fokus intervensi menurut Monica Ester (2002) adalah:

Diagnosa keperawatan:

1. **Ansietas yang berhubungan dengan tindakan**

Hasil yang diharapkan: Ansietas berkurang

Intervensi keperawatan :

- a. Lakukan tindakan kedaruratan untuk klien yang mencerna asam atau alkali.
 - b. Berikan terapi pendukung untuk pasien dan keluarga selama tindakan dan setelah mencerna asam atau alkali telah di netralisasi atau diencerkan.
 - c. Siapkan pasien untuk pemeriksaan diagnostik tambahan (endoskopi) atau pembedahan.
 - d. Gunakan pendekatan yang tenang dan jawab pertanyaan selengkap mungkin; jelaskan semua prosedur dan tindakan.
2. **Perubahan nutrisi, kurang dari kebutuhan tubuh, yang berhubungan dengan masukan nutrient tidak adekuat.**

Hasil yang diharapkan: Pasien dapat meningkatkan masukan nutrisi adekuat dan menghindari makanan pengiritasi.

Intervensi keperawatan :

- a. Berikan dukungan fisik dan emosional untuk pasien dengan gastritis akut.
- b. Hindari makanan dan cairan lewat mulut selama beberapa jam atau hari sampai gejala akut berkurang.

- c. Berikan terapi intravena sesuai kebutuhan dan pantau nilai elektrolit serum setiap hari.
 - d. Berikan batu es dan cairan jernih bila gejala berkurang.
 - e. Dorong pasien untuk melaporkan adanya gejala yang menunjukkan episode berulang dari gastritis saat makanan masuk.
 - f. Hindari minuman berkafein (kafein meningkatkan aktifitas lambung dan sekresi pepsin).
 - g. Hindari alkohol dan merokok (nikotin menghambat penetralisasian asam lambung dalam duodenum).
 - h. Ajarkan bahwa nikotin meningkatkan aktivitas muskuler dalam usus, yang menimbulkan mual dan muntah (rangsang parasimpatis).
3. Resiko terhadap kekurangan volume cairan yang berhubungan dengan ketidakcukupan masukan cairan dan kehilangan cairan berlebih akibat muntah.

Hasil yang diharapkan: Keseimbangan cairan dipertahankan.

Intervensi keperawatan: **جامعة سلطان أبوبوع الإسلام**

- a. Pantau masukan dan haluaran setiap hari terhadap dehidrasi.
 - b. Kaji nilai elektrolit setiap 24 jam untuk ketidakseimbangan cairan.
 - c. Waspada terhadap indikator gastritis hemoragis (hematemesis, takikardi, hipotensi) dan beri tahu dokter.
4. Nyeri yang berhubungan dengan iritasi mukosa.

Hasil yang diharapkan: Nyeri berkurang.

Intervensi keperawatan:

- a. Instruksikan untuk menghindari makanan dan minuman yang mungkin mengiritasi mukosa lambung.
- b. Kaji derajat nyeri dan didapatkan kenyamanan melalui penggunaan obat dan menghindari substansi pengiritasi.

Fokus intervensi yang lain pada pasien gastritis antara lain:

Diagnosa keperawatan:

Kurang pengetahuan yang berhubungan dengan kurangnya informasi mengenai kontrol mual dan muntah serta teknik meningkatkan nutrisi.

Hasil yang diharapkan: Pasien mempertahankan kestabilan atau peningkatan berat badan dan meningkatkan masukan kalori dan nilai nutrisi dari makanan yang dicerna.

Intervensi keperawatan:

1. Ajarkan dan metode dan rasional seluruh aspek-aspek perawatan terus menerus yang diimplementasikan di rumah.
2. Tekankan pentingnya mempertahankan masukan cairan dan makanan yang adekuat.
3. Ajarkan nama obat, dosis, frekuensi, pemberian, tujuan dan efek toksik atau efek samping; jika obat menyebabkan mengantuk, beritahu pasien untuk menghindari mengendarai dan berpartisipasi dalam aktivitas yang membutuhkan kewaspadaan mental untuk keamanan (Susan, 1999).

BAB III

RESUME KEPERAWATAN

Bab ini penulis akan menyajikan resume keperawatan yang telah dilakukan selama 2 hari dimulai pada hari Kamis, 26 Februari 2009 jam 07.10 WIB di RSUD Kudus dan didapatkan hasil sebagai berikut:

A. Identitas

Identitas klien nama : Tn.S, umur 45 tahun, jenis kelamin laki-laki, pendidikan SMP, pekerjaan pedagang, agama Islam, alamat Kirig RT 03 RW 03 Kudus, No. Register 562645, tanggal masuk 24 Februari 2009 dengan diagnosa Gastritis. Keluarga yang bisa dihubungi ialah Ny.S dan hubungan dengan klien adalah Istri klien.

B. Riwayat Keperawatan (*Nursing History*)

Keluhan utama: Klien mengatakan nyeri di daerah perut kiri atas.

1. Riwayat Penyakit Sekarang

Alasan masuk rumah sakit

Ketika di rumah klien mengatakan nyeri pada perutnya selama 1 minggu, klien juga mengatakan perut terasa kembung. Oleh keluarganya klien langsung di bawa ke rumah sakit umum daerah kudus. Di IGD klien mendapatkan penanganan segera dan klien mendapatkan terapi RL 20 tpm. Setelah itu klien di pindahkan ke ruang Bougenvile II untuk mendapatkan perawatan lebih lanjut.

Terapi/operasi yang pernah di lakukan: klien mengatakan sampai saat ini klien tidak pernah menjalani operasi untuk penyakit yang berbahaya.

2. Riwayat Sebelum Sakit

Riwayat penyakit yang pernah di derita: Dalam hidupnya klien tidak pernah menderita penyakit yang berbahaya seperti DM, HIV

Alergi: Klien tidak mempunyai riwayat alergi terhadap obat-obatan maupun makanan.

Kebiasaan merokok/alkohol: klien tidak mempunyai kebiasaan merokok maupun minum-minuman berakohol

3. Riwayat Kesehatan Keluarga

Di dalam keluarga klien tidak ada yang menderita penyakit yang sama dengan klien, penyakit keturunan maupun penyakit menular seksual.

C. Anamnesa, Observasi dan Pemeriksaan Fisik

1. Keadaan Umum klien

Tingkat kesadaran klien composmentis dan klien tampak lemah.

2. Tanda-Tanda Vital

Suhu klien 36.5⁰C (aksila), nadi 80x/menit (teratur), tekanan darah 120/80mmHg (pada lengan kiri dengan keadaan berbaring), *respiratory rate* 22x/menit.

3. *Body System*

a. B1 (*breathing*/pernapasan)

Klien tidak menggunakan pernapasan cuping hidung, tidak ada obstruksi maupun massa pada lubang hidung serta septum nasi

simetris. Klien mengatakan tidak ada nyeri ketika bernafas, nafas klien juga teratur. Saat diinspeksi bentuk dada klien simetris, tidak ada retraksi intercosta, tidak menggunakan otot-otot tambahan serta tidak terpasang alat bantu pernafasan. Saat dipalpasi tidak terdapat nyeri tekan dan vokal fremitus pada paru kanan dan kiri klien sama. Saat diperkusi terdengar bunyi sonor. Saat diauskultasi suara nafas terdengar vesikuler, tidak ada wheezing, ronchi maupun suara tambahan yang lainnya.

b. B2 (*blood/kardiovaskuler*)

Klien mengatakan tidak nyeri dada, kepala klien tidak pusing ataupun tidak merasa sakit kepala. tidak terdapat clubbing finger, daerah akral teraba hangat, capillary refill kembali dalam 2 detik, tidak ada edema pada anggota tubuh klien. Saat inspeksi ictus cordis tidak tampak. Saat palpasi ictus cordis teraba pada ICS midclavicula 4 atau 5. Saat perkusi terdengar bunyi pekak. Saat auskultasi terdengar bunyi S1 dan S2.

c. B3 (*brain/persarafan*)

Kesadaran klien composmentis dengan GCS 15 (orientasi baik. Membuka mata spontan, bergerak mengikuti perintah). Klien mengatakan pandangan mata klien masih normal begitupun sistem lainnya seperti penciuman, pendengaran maupun persarafan.

d. B4 (*bladder/perkemihan-eliminasi uri*)

Klien mengatakan sebelum sakit klien biasa BAK 6-7x/hari dengan warna kuning jernih, bau khas dan tidak mengalami gangguan

seperti hematuri, retensi maupun inkontinensia uri. Selama sakit klien tidak mengalami gangguan BAK seperti anuria, hematuria, inkontinensia maupun retensi uri. Klien BAK 6-7x/hari dengan warna kuning jernih, bau khas.

e. B5 (*bowel/pencernaan-eliminasi alvi*)

Klien mengatakan sebelum sakit BB nya 70kg, makanan yang disajikan dalam 1 porsi selalu habis namun klien mengatakan dalam urusan makan klien sering terlambat makan. Selama sakit dan dirawat di rumah sakit klien mengatakan lidahnya terasa pahit dan tidak nafsu makan, bibir klien tampak kering. Makanan yang disajikan hanya dimakan 3 sendok saja. BB klien selama sakit 69 kg. Saat dilakukan pemeriksaan didapatkan hasil SGOT 112 u/l (<37) dan SGPT 49 u/l (<41). Pada mulut klien tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan bibir klien kering serta tidak ada nyeri ketika menelan. Pada abdomen didapatkan data, meliputi inspeksi: bentuk simetris, auskultasi: terdengar bising usus 6x/menit, perkusi: pekak, palpasi: terdapat nyeri tekan pada perut kiri atas (kuadran IV).

f. B6 (*bone/tulang-integumen*)

Pada tulang maupun kulit klien tidak ada kelainan, tidak terjadi peradangan. Klien mampu menggerakkan persendian seperti tangan maupun kaki.

g. Sistem endokrin

Sebelum sakit dan selama sakit klien tidak mengalami masalah misalnya pembesaran kelenjar tiroid.

h. Sistem reproduksi

Klien mengatakan tidak ada masalah dengan sistem reproduksinya dan hubungan klien dengan istrinya harmonis.

4. Psikososial

a. Sosial/ Interaksi

Klien mengatakan keluarga klien selalu memberi dukungan kepada klien saat berinteraksi klien kooperatif, semua pertanyaan yang ditanyakan oleh perawat selalu dijawab.

b. Spiritual

Klien mengatakan konsep tentang penguasa kehidupan hanyalah kepada Allah SWT semata. Bahwa Dia-lah yang menciptakan semua makhluk hidup. Kegiatan keagamaan yang selalu dilakukan klien yang paling bermakna saat ini adalah shalat.

5. Pemeriksaan Penunjang

Pada tanggal 25 Februari 2009 di dapatkan data tentang pemeriksaan laboratorium, yaitu gula darah puasa 121 mg/dl (normal 70-105), gula darah 2 jam pp 124 mg/dl (normal s/d 150).

Pada pemeriksaan kimia darah pada tanggal yang sama didapatkan hasil yakni WBC $12.7 \times 10^3/\text{mm}^3$ (normal 4.7-10.3); HGB 11.4 g/dl (normal 14.0-18.0); PLT $160 \times 10^3/\text{mm}^3$ (normal 150-390), DIFF : LMY: 14.8 L % (normal 17.0-48.0); MOH : 5.1 % (normal 4.0-10.); GRA : 80.1 H % (normal 43.0-76.0).

Pada tanggal 25 Februari 2009 didapatkan hasil pemeriksaan, yaitu ureum 14.9 mg/dl (normal 11.0-55.0); creatinin 0.8 mg/dl (normal 0.6-

1.36), bilirubin total 1.9 mg/dl (normal 0.1-1.2); direk 1.30 mg/dl (normal 0.0-0.2); Indirek 0.6 md/dl (normal 0.0-0.1); SGOT 112 U/l (normal <37), SGPT 49 U/l (normal <41).

Selain di lakukan pemeriksaan laboratorium klien juga mendapatkan terapi obat pada tanggal 26 Februari 2009, yaitu RL 20 tpm, Cefotaxime 1 g 3x1, Ranitidin 1 A 3x1, Piracetam ½ A 2x1.

D. Analisa Data

Dari hasil pengkajian yang dilakukan pada hari Kamis, 26 Februari 2009 jam 07.00 WIB didapatkan data sebagai berikut. Data pertama, data subyektif: klien mengatakan nyeri pada daerah perut dengan P: nyeri bertambah bila ditekan, Q: nyeri seperti diremas-remas, R: perut kiri atas (kuadran IV), S: skala 5, T: setelah makan. Data obyektif: klien terlihat menahan sakit pada perutnya, TD 120/80mmHg, N 80x/menit, S 36.5 C. Maka terdapat masalah gangguan rasa nyaman nyeri dengan etiologi Iritasi mukosa lambung.

Data kedua, data subyektif: klien mengatakan mual, ingin muntah, tidak nafsu makan. Data obyektif: klien tampak lemas, A: BB = 69 kg; B: Hb 11.4 g/dl (14.0-18.0) SGOT 112 u/l (< 37) SGPT 49 u/l (<41); C: bibir klien terlihat kering serta turgor jelek; D: klien makan hanya habis 3 sendok. Maka terdapat masalah pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh dengan etiologi mual, muntah, penurunan nafsu makan.

E. Rencana Keperawatan

Dari hasil data di atas, dapat diprioritaskan urutan diagnosa keperawatan sebagai berikut: diagnosa pertama: Gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan iritasi mukosa lambung. Intervensi keperawatan dibuat hari Kamis tanggal 26 Februari 2009, setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam dengan KH : klien mengatakan nyeri hilang atau berkurang, klien tampak nyaman, klien tidak mengeluh nyeri pada perutnya. Intervensi yang ditetapkan: monitor TTV, kaji tingkat rasa nyeri, mengatur posisi yang nyaman bagi klien, anjurkan kompres hangat di daerah nyeri.

Implementasi yang dilakukan pada hari Kamis, 26 Februari 2009 antara lain: pada jam 07.30 WIB memonitor TTV diperoleh data subyektif klien bersedia, data obyektif TD 120/80 mmHg, S 36.5⁰C, N 80x/menit. Pada jam 07.45 WIB mengkaji tingkat nyeri diperoleh data subyektif klien dapat menjelaskannya, data obyektif skala nyeri 5. Jam 08.30 WIB mengatur posisi yang nyaman data subyektif klien melakukannya, data obyektif klien lebih nyaman dengan posisi miring. Jam 09.00 WIB menganjurkan kompres hangat pada daerah nyeri diperoleh data subyektif klien bersedia, data obyektif klien tampak rileks.

Catatan perkembangan klien pada hari Jumat 27 Februari 2009, jam 07.00 WIB adalah Subyektif: klien mengatakan nyeri yang dirasakan berkurang, P : nyeri bertambah bila ditekan, Q: nyeri seperti diremas-remas, R: perut kiri atas (kuadran IV), S: skala 4, T: setelah makan. Obyektif : klien meringis menahan nyeri. Analisa: masalah belum teratasi. Planning: lanjutkan

intervensi : monitor TTV, kaji tingkat rasa nyeri, atur posisi yang nyaman bagi klien, beri kompres hangat di daerah nyeri.

Implementasi selanjutnya dilakukan pada hari Jumat, 28 Februari 2009 antara lain, jam 07.00 WIB memonitor TTV diperoleh data subyektif klien menganggu, data obyektif TD 120/80 mmHg, S 36 °C, N 80x/menit. Jam 09.00 WIB mengkaji skala nyeri diperoleh data subyektif klien dapat menjelaskannya, data obyektif skala nyeri 4. Jam 09.30 WIB menganjurkan untuk kompres hangat pada daerah sekitar nyeri diperoleh data subyektif klien bersedia, data obyektif klien tampak rileks. Jam 10.00 WIB mengatur posisi yang nyaman diperoleh data subyektif klien melakukannya, data obyektif klien nyaman dengan posisi semi fowler.

Evaluasi pada hari Sabtu tanggal 28 Februari 2009 jam 14.00 WIB adalah Subyektif: klien mengatakan nyeri yang dirasakan sudah berkurang, P: nyeri bertambah bila ditekan, Q: nyeri seperti diremas-remas, R: perut kiri atas (kuadran IV), S: skala 3, T: setelah makan. Obyektif: klien tampak rileks. Analisa: masalah belum teratasi. Planning: lanjutkan intervensi : monitor TTV, kaji tingkat rasa nyeri, atur posisi yang nyaman bagi klien, anjurkan kompres hangat di daerah nyeri, kolaborasi dalam pemberian obat analgetik.

Diagnosa kedua: pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan mual, ingin muntah, penurunan nafsu makan (anoreksia). Intervensi keperawatan dibuat hari Kamis tanggal 26 Februari 2009, setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam dengan KH : klien mengatakan mual muntah berkurang, klien tampak segar, nafsu makan

kembali normal. Intervensi keperawatan yang ditetapkan: kaji faktor penyebab gangguan nutrisi, menganjurkan kepada klien untuk makan sedikit tapi sering, anjurkan makan selagi hangat, memberikan lingkungan yang nyaman, berkolaborasi dengan dokter tentang pemberian obat antiemetik (ranitidin IV), berkolaborasi dengan ahli gizi tentang diit yang diberikan.

Implementasi yang dilakukan pada hari Kamis, 26 Februari 2009 jam 07.30 WIB mengkaji faktor penyebab gangguan nutrisi, diperoleh data subyektif klien dapat menjelaskan, data obyektif klien kooperatif. Jam 07.45 WIB menganjurkan makan sedikit tapi sering, diperoleh data subyektif klien bersedia, data obyektif klien makan 3 sendok. jam 07.50 WIB menganjurkan makan selagi hangat, diperoleh data subyektif klien mengangguk, data obyektif klien kooperatif. Jam 08.30 WIB memberikan lingkungan yang nyaman, diperoleh data subyektif klien diam, data obyektif klien lebih nyaman. Jam 11.00 WIB memberikan obat antiemetik (ranitidin IV) sesuai advis dokter, diperoleh data subyektif klien mau, data obyektif obat diberikan secara intravena. Jam 11.30 WIB memberikan diit makanan pada klien, diperoleh data subyektif klien mengatakan mau, data obyektif klien kooperatif.

Catatan perkembangan pada hari Jumat, 27 Februari 2009 jam 07.00 WIB adalah Subyektif : klien mengatakan mau makan meskipun sedikit. Obyektif: klien tampak lemas, A: BB = 69 kg, B: Hb 11.4 g/dl (14.0-18.0), SGOT 112 u/l (< 37), SGPT 49 u/l (<41),C: bibir klien terlihat kering serta turgor baik, D: klien makan hanya habis 3 sendok. Analisa : masalah belum

terasi. Planning : lanjutkan intervensi: kaji faktor penyebab gangguan nutrisi, anjurkan makan sedikit tapi sering, anjurkan makan selagi hangat, berikan lingkungan yang nyaman, kolaborasi dengan dokter tentang pemberian obat antiemetik (ranitidin IV), kolaborasi dengan ahli gizi tentang diit yang diberikan.

Implementasi selanjutnya dilakukan pada hari Jumat, 27 Februari 2009 jam 07.00 WIB mengkaji faktor penyebab gangguan nutrisi, diperoleh data subyektif klien dapat menjelaskan, data obyektif klien kooperatif. Jam 07.30 WIB menganjurkan makan sedikit tapi sering, diperoleh data subyektif klien bersedia, data obyektif klien makan 4 sendok. Jam 07.50 WIB menganjurkan makan selagi hangat, diperoleh data subyektif klien mengangguk, data obyektif klien kooperatif. Jam 08.30 WIB memberikan lingkungan yang nyaman, diperoleh data subyektif klien mengatakan mau, data obyektif klien lebih nyaman. Jam 11.00 WIB memberikan obat antiemetik (ranitidin IV) sesuai advis dokter, diperoleh data subyektif klien mau, data obyektif obat diberikan secara intravena. Jam 11.30 WIB memberikan diit makanan pada klien, diperoleh data subyektif klien mengatakan mau, data obyektif klien kooperatif.

Evaluasi pada hari Sabtu, 28 Februari 2009 jam 14.00 adalah Subyektif: klien mengatakan rasa ingin muntah berkurang, jarang merasa mual, mau makan meskipun sedikit-sedikit. Obyektif: wajah klien tampak cerah, , A: BB = 69^{kg}, B: Hb 11.4 g/dl (14.0-18.0), SGOT 112 u/l (< 37), SGPT 49 u/l (<41), C: bibir klien terlihat lembab serta turgor baik, D: klien

makan hanya habis 5 sendok. Analisa: masalah belum teratasi. Planning: lanjutkan intervensi: kaji faktor penyebab gangguan nutrisi, anjurkan makan sedikit tapi sering, anjurkan makan selagi hangat, berikan lingkungan yang nyaman, kolaborasi dengan dokter tentang pemberian obat antiemetik (ranitidin IV), kolaborasi dengan ahli gizi tentang diit yang diberikan.



BAB IV

PEMBAHASAN

Bab ini penulis akan membahas mengenai Asuhan Keperawatan pada Tn.S dengan masalah gastritis di ruang Bougenvile II RSUD Kudus selama 2 hari pada tanggal 26 Februari 2009 sampai 27 Februari 2009. Dalam memberikan Asuhan Keperawatan, penulis menggunakan pendekatan proses keperawatan yang meliputi: pengkajian, analisa data, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi.

Pengkajian asuhan keperawatan yang dilakukan penulis tidak menggunakan pola pengkajian menurut Gordon namun penulis menggunakan pola per sistem, yang terdiri dari: B1 (*breathing*/pernapasan), B2 (*blood*/kardiovaskuler), B3 (*brain*/persarafan), B4 (*bladder*/perkemihan-eliminasi uri), B5 (*bowel*/pencernaan-eliminasi alvi), B6 (*bone*/tulang-integumen), sistem endokrin dan sistem reproduksi.

Saat melakukan pengkajian terdapat beberapa data yang belum terkaji lebih mendalam oleh penulis diantaranya: apakah klien mengkonsumsi alkohol dan merokok, terkait dengan pemeriksaan laboratorium menunjukkan bahwa hasil bilirubin total 1.9 mg/dl, SGOT 112 U/l dan SGPT 49 U/l. Hal ini seharusnya penulis kaji lebih dalam karena dapat mendukung masalah keperawatan yang dimunculkan oleh penulis yaitu pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan. Hal ini merupakan kelalaian dan keterbatasan penulis dalam melakukan pengkajian keperawatan.

Berdasarkan pengkajian yang dilakukan pada tanggal 26 Februari 2009, penulis mengangkat masalah keperawatan dan penatalaksanaannya sebagai berikut:

1. Gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan iritasi mukosa lambung.

Nyeri akut adalah keadaan ketika individu mengalami dan melaporkan adanya rasa ketidaknyamanan yang hebat atau sensasi yang tidak menyenangkan selama enam bulan atau kurang. Batasan karakteristik mayornya pengungkapan tentang deskriptor nyeri sedangkan batasan karakteristik minornya mengatupkan rahang atau mengepalkan tangan, perubahan kemampuan untuk melanjutkan aktivitas selanjutnya, agitasi, ansietas, peka rangsang, menggosok bagian yang nyeri, mengorok, postur yang tidak biasanya (lutut ke abdomen), ketidakaktifan fisik atau imobilitas, gangguan konsentrasi, perubahan pola tidur, rasa takut mengalami cedera ulang, menarik bila disentuh, mata terbuka lebar atau sangat tajam, gambaran kurus, mual dan muntah (Carpenito, 2007).

Istilah rumusan masalah gangguan rasa nyaman nyeri masih kurang tepat, menurut Carpenito (2007) klasifikasi diagnosa nyeri yaitu nyeri akut atau kronik. Kesalahan penggunaan istilah ini merupakan kekeliruan penulis.

Alasan penulis mengangkat diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan iritasi mukosa lambung karena pada in klien didapatkan data subyektif: klien mengatakan nyeri pada daerah perut kiri atas (kuadran IV), nyeri yang dirasakan seperti diremas-remas, nyeri bertambah bila ditekan dengan skala nyeri 5. data obyektif: klien terlihat menahan sakit pada

perutnya, TD 120/80 mmHg, N 80/menit, S 36.5 C. Data tersebut sesuai dengan batasan karakteristik mayor maupun minor untuk nyeri akut menurut Carpenito.

Diagnosa nyeri oleh penulis diangkat sebagai prioritas pertama karena menurut Hierarki Maslow nyeri merupakan kebutuhan fisiologis yang perlu penanganan secara tepat untuk mengurangi efek dari rasa nyeri. Nyeri merupakan respon tubuh terhadap iritasi yang terjadi pada mukosa lambung. Nyeri, apabila tidak ditangani dengan segera dapat mengganggu aktivitas lainnya seperti pola istirahat-tidur, kebutuhan nutrisi, pola aktivitas-latihan, lainnya.

Seperti yang disebutkan penulis diatas, ternyata masalah keperawatan yang diprioritaskan penulis masih kurang sesuai. Prioritas masalah yang benar yaitu prioritas yang pertama ialah pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan mual, muntah, penurunan nafsu makanan (anoreksia) dan prioritas yang kedua nyeri berhubungan dengan iritasi mukosa lambung.

Hal ini di dukung dengan pernyataan klien yang mengatakan klien merasakan nyeri setelah makan, sehingga klien malas untuk makan karena apabila klien makan klien akan merasakan nyeri pada lambungnya.

Penulis membuat rencana keperawatan pada diagnosa nyeri bertujuan agar nyeri yang dirasakan klien berkurang atau hilang. Implementasi yang penulis lakukan antara lain mengkaji skala nyeri yang dirasakan, mengatur posisi klien agar nyeri yang dirasakan klien berkurang, memonitor tanda-tanda

vital, serta menganjurkan klien mengompres air hangat di daerah sekitar nyeri untuk mengurangi nyeri yang klien rasakan. Selama 2 x 24 jam penulis melakukan asuhan keperawatan ini, hasil evaluasi yang dicapai klien adalah pada data subyektif klien mengatakan nyeri yang dirasakan berkurang, skala nyeri 3 sedangkan data obyektif klien tampak rileks. Berdasarkan evaluasi tersebut penulis menyimpulkan bahwa masalah belum teratasi. Rencana tindak lanjut yaitu menganjurkan klien dan keluarga untuk kompres hangat di daerah sekitar nyeri, menganjurkan keluarga untuk mengatur posisi yang nyaman bagi klien untuk meminimalkan nyeri yang dirasakan, kolaborasi dengan dokter tentang pemberian obat analgetik

2. Pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan mual, muntah, penurunan nafsu makan (anoreksia).

Ketidakseimbangan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh adalah suatu keadaan ketika individu yang tidak puasa mengalami atau berisiko mengalami penurunan berat badan yang berhubungan dengan asupan yang tidak adekuat atau metabolisme nutrisi yang tidak adekuat untuk kebutuhan metabolik. Batasan karakteristik mayor individu yang tidak puasa melaporkan atau mengalami asupan makanan tidak adekuat kurang dari yang dianjurkan dengan atau tanpa penurunan berat badan atau kebutuhan metabolik aktual atau potensial dengan asupan yang berlebih sedangkan batasan minornya berat badan 10% sampai 20% atau lebih dibawah berat badan ideal untuk tinggi dan kerangka tubuh, lipatan kulit trisep, lingkaran lengan dan lingkaran otot lengan tengah kurang dari 60% standar pengukuran, kelemahan otot dan nyeri tekan,

peka rangsang mental dan kekakuan mental, penurunan albumin serum dan penurunan tranfesiin serum atau penurunan kapasitas ikatan-besi (Carpenito, 2007).

Penulis mengangkat diagnosa pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan mual, penurunan nafsu makan (anoreksia) karena dalam pengkajian penulis menemukan data: klien mengatakan mual, muntah, tidak nafsu makan dan individu tampak lemas, bibir tampak kering serta klien makan hanya habis 3 sendok.

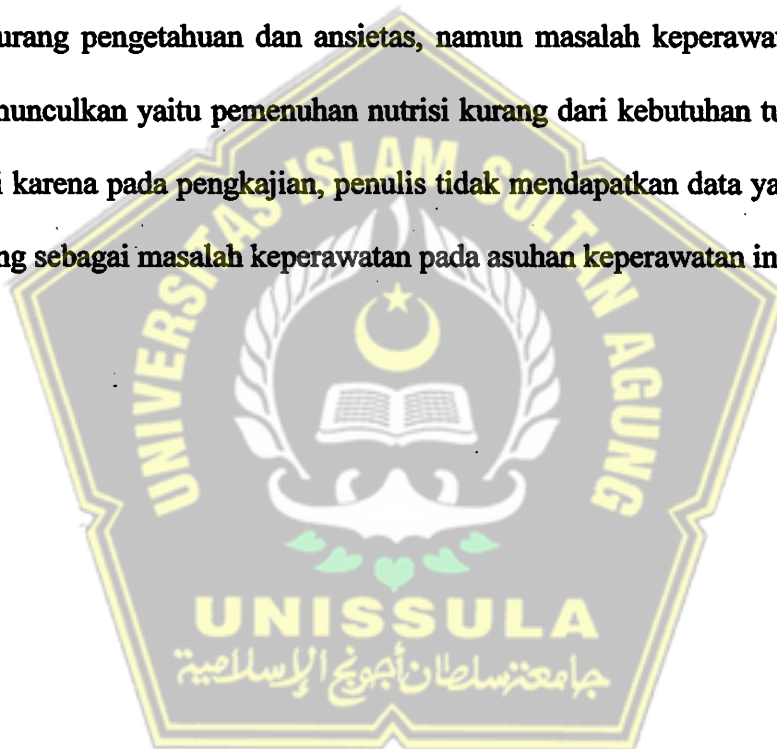
Pada masalah keperawatan kedua ini, penulis melakukan asuhan keperawatan selama 2 x 24 jam dengan tujuan kebutuhan nutrisi klien terpenuhi. Klien mengatakan tidak merasa mual dan ingin muntah, klien tampak segar, nafsu makan kembali normal.

Berdasarkan tujuan tersebut maka penulis melakukan implementasi keperawatan, antara lain mengkaji faktor penyebab gangguan nutrisi, menganjurkan kepada klien untuk makan sedikit tapi sering untuk mengurangi rasa mual, menganjurkan makan selagi hangat, memberikan lingkungan yang nyaman untuk meningkatkan nafsu makan klien, berkolaborasi dengan ahli gizi tentang diet yang diberikan yaitu nasi tim.

Hasil evaluasi yang dicapai klien adalah data subyektif klien mengatakan mau makan mesti sedikit, data obyektif klien tampak lemas, bibir klien terlihat kering serta turgor baik, klien makan hanya habis 5 sendok. Berdasarkan evaluasi tersebut, penulis menyimpulkan bahwa analisa masalah belum teratasi dan rencana tindak lanjutnya untuk melakukan pengawasan dan

pemantauan kondisi klien antara lain: kaji faktor penyebab gangguan nutrisi, anjurkan makan sedikit tapi sering, anjurkan makan selagi hangat, berikan lingkungan yang nyaman, kolaborasi dengan dokter tentang pemberian obat antiemetik , kolaborasi dengan ahli gizi tentang diit yang diberikan.

Secara teori diagnosa yang lazim muncul antara lain: kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, nyeri akut, resiko terhadap kekurangan volume cairan, kurang pengetahuan dan ansietas, namun masalah keperawatan yang penulis munculkan yaitu pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh dan nyeri. Ini karena pada pengkajian, penulis tidak mendapatkan data yang dapat menunjang sebagai masalah keperawatan pada asuhan keperawatan ini.



BAB V

PENUTUP

BAB akhir penulisan laporan ini penulis akan mengemukakan tentang kesimpulan dan saran atau rekomendasi berdasarkan temuan pada penulisan karya tulis ilmiah, yaitu:

A. Kesimpulan

Berdasarkan penjelasan yang dipaparkan penulis dapat disimpulkan bahwa gastritis adalah peradangan pada mukosa dan submukosa lambung yang dapat bersifat akut maupun kronis. Gastritis akut adalah inflamasi pada lambung dan biasanya terbatas pada mukosa lambung yang dapat disebabkan oleh makanan pedas, asam, panas, alkohol, merokok, obat-obatan antiinflamasi nonsteroid dan stress. Gastritis kronik terjadi apabila infiltrasi sel-sel radang yang terjadi pada lamina propria dan daerah epitel terutama terdiri atas sel-sel radang kronik, yaitu limfosit dan sel plasma.

Penulis mengangkat masalah keperawatan pada Tn. S yaitu pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan mual, muntah, penurunan nafsu makan (anoreksia) dan nyeri akut berhubungan dengan iritasi mukosa lambung.

Pada masalah keperawatan pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, intervensi dan implementasi yang dilakukan yaitu mengkaji faktor penyebab gangguan nutrisi, menganjurkan kepada individu untuk makan sedikit tapi sering untuk mengurangi rasa mual, menganjurkan makan selagi

hangat, memberikan lingkungan yang nyaman untuk meningkatkan nafsu makan klien, berkolaborasi dengan ahli gizi tentang diit yang diberikan yaitu nasi tim.

Masalah keperawatan nyeri, intervensi dan implementasi yang telah dilakukan antara lain: mengkaji skala nyeri yang dirasakan, mengatur posisi klien agar nyeri yang dirasakan klien berkurang, memonitor tanda-tanda vital, serta menganjurkan klien mengompres air hangat di daerah sekitar nyeri untuk mengurangi nyeri yang klien rasakan.

Berdasarkan intervensi dan implementasi pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, penulis menyimpulkan bahwa analisa masalah belum teratasi dan rencana tindak lanjutnya untuk melakukan pengawasan dan pemantauan kondisi klien antara lain: kaji faktor penyebab gangguan nutrisi, anjurkan makan sedikit tapi sering, anjurkan makan selagi hangat, berikan lingkungan yang nyaman, kolaborasi dengan dokter tentang pemberian obat antiemetik, kolaborasi dengan ahli gizi tentang diit yang diberikan.

Berdasarkan intervensi dan implementasi nyeri, penulis menyimpulkan bahwa masalah belum teratasi. Rencana tindak lanjut yaitu menganjurkan klien dan keluarga untuk kompres hangat di daerah sekitar nyeri, menganjurkan keluarga untuk mengatur posisi yang nyaman bagi klien untuk meminimalkan nyeri yang dirasakan

B. Saran

1. Bagi Institusi Pendidikan

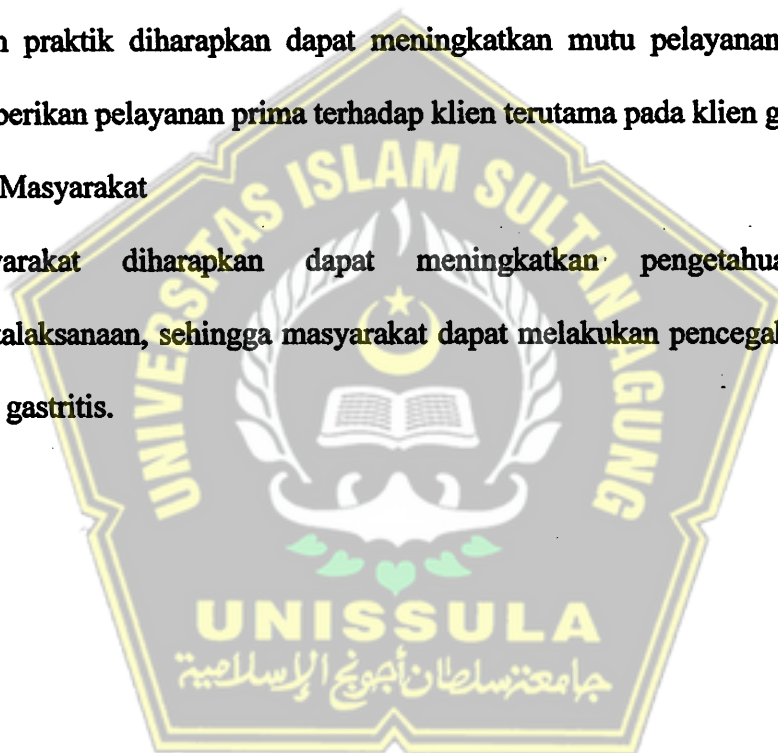
Institusi pendidikan diharapkan dapat meningkatkan mutu pendidikan dengan menambah keterampilan dan penatalaksanaan asuhan keperawatan, sehingga mahasiswa dapat membuat asuhan keperawatan yang lebih baik.

2. Bagi Lahan praktik

Lahan praktik diharapkan dapat meningkatkan mutu pelayanan dengan memberikan pelayanan prima terhadap klien terutama pada klien gastritis.

3. Bagi Masyarakat

Masyarakat diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan dan penatalaksanaan, sehingga masyarakat dapat melakukan pencegahan pada klien gastritis.



DAFTAR PUSTAKA

- Aji. *Gastritis*. Farmatikwordpress.com. Diakses tanggal 14 April 2010
- Carpenito, Linda Juall, 2007. *Buku Saku Diagnosa Keperawatan*. Jakarta : EGC
- Doenges, Marylenn E, 2000. *Rencana Asuhan Keperawatan*. Jakarta: EGC
- Ester, Monica, 2002. *Keperawatan Medikal Bedah Pendekatan Sistem Gastrointestinal*. Jakarta: EGC
- Hadi, Sujono, 1999. *Gastroenterologi*. Bandung: PT. Alumni
- Price, Sylvia Andensor alih bahasa Brahm U., 2005. *Patofisiologi*. Jakarta : EGC
- Smeltzer, Suzanne C alih bahasa Agung Waluyo, 2002. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta: EGC
- Sudoyo, Aru W, 2006. *Buku Ajar Ilmu penyakit Dalam*. Jilid I edisi IV. Jakarta :FKUI
- Suyono, Slamet, 2001. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. Jilid II edisi III. Jakarta: FKUI
- Tucker, Susan Martin, 1999. *Standar Perawatan Pasien*. Vol.4 edisi V. Jakarta: EGC
- Ziddu. *Gastritis*. www.perawatindonesia.co.cc. Diakses tanggal 14 April 2010