

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Teori Penyakit Gastritis

1. Pengertian.

Gastritis adalah peradangan lokal atau menyebar pada mukosa lambung, yang berkembang bila mekanisme protektif mukosa dipenuhi dengan bakteri atau bahan iritan lain. Karakteristik dari peradangan ini antara lain anoreksia, rasa penuh atau tidak nyaman pada epigastrium, mual, dan muntah (Sharif, 2012 & Suratun, 2010)

2. Etiologi

Penyebab gastritis menurut (Robbins, 2009 & Sukarmin, 2017)

a. Gastritis akut erosif

penyebab yang paling sering dijumpai adalah :

- 1) Obat antiinflamasi, nonsteroid (khususnya aspirin) dosis tinggi dan dalam jangka waktu panjang
- 2) Merokok.
- 3) Alkohol & zat kimia korosif
- 4) Stress fisik yang disebabkan oleh luka bakar, sepsis, trauma, pembedahan, gagal pernafasan, gagal ginjal, kerusakan suasana saraf pusat.
- 5) Trauma radiasi

b. Gastritis Kronik

Pada gastritis kronik adalah inflamasi lambung dalam jangka waktu lama dan dapat disebabkan oleh ulkus benigna atau maligna dari lambung, atau oleh bakteri *helicobacter pylori* (Soeparman, 2001)

3. Patofisiologi

Gastritis disebabkan oleh obat-obatan, alkohol, garam empedu, dan zat iritan lain dapat merusak mukosa lambung (gastritis erosive). Mukosa lambung berperan penting dalam melindungi lambung dari autodigesti oleh asam hidrogen klorida (HCl) dan pepsin. Bila mukosa lambung rusak maka terjadi difusi HCl ke mukosa HCl akan merusak mukosa.

Kehadiran HCl di mukosa lambung menstimulasi perubahan pepsinogen menjadi pepsin. Pepsin merangsang pelepasan histamine dari sel mast. Histamine akan menyebabkan peningkatan permeabilitas kapiler sehingga terjadi perpindahan cairan dari intra sel ke ekstra sel dan menyebabkan edema dan kerusakan kapiler sehingga timbul perdarahan pada lambung. Biasanya lambung dapat melakukan regenerasi mukosa oleh karena itu gangguan tersebut menghilang dengan sendirinya (Suratun, 2010).

Di sisi lain, bila lambung sering terpapar dengan zat iritan maka inflamasi akan terjadi terus menerus. Jaringan yang meradang akan diisi oleh jaringan fibrin sehingga lapisan mukosa lambung dapat hilang dan terjadi atrofi sel mukosa lambung. Faktor intrinsik yang dihasilkan oleh sel mukosa lambung akan menurun atau menghilang sehingga cobalamin (vitamin B12) tidak dapat diserap di usus halus padahal vitamin tersebut berperan penting dalam pertumbuhan dan maturasi sel darah merah. Pada akhirnya, penderita gastritis dapat mengalami anemia atau mengalami penipisan dinding lambung sehingga rentan terhadap perforasi lambung dan perdarahan (Suratun, 2010).

3. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis gastritis menurut (Sukarmin 2017) yaitu :

a. Gastritis Akut Hemoragik Erosif

- 1) Hematemesis dan melenas
- 2) Nyeri timbul pada ulu hati
- 3) Mual dan muntah

- 4) Pucat
- 5) Hipotensi
- 6) Keringat dingin
- 7) Takikardi sampai gangguan kesadaran

b. Gastritis Aktif Kronik Non Erosif

- 1) Anoreksia
- 2) Distres epigastrik yang tidak nyata
- 3) Cepat kenyang

c. Gastritis Atrofi

- 1) Nyeri epigastrik
- 2) Anemia pernisiiosa
- 3) Mual dan muntah

d. Gastritis Reaktif

- 1) Muntah yang berlebihan
- 2) Nyeri epigastrium
- 3) Lemah

4. Pemeriksaan Diagnostic

Menurut Sharif (2012) penderita di diagnosegastritis apabila melakukan pemeriksaan:

a. Pemeriksaan Darah

Tes digunakan untuk memeriksa adanya antibody *H. Pylori* dalam darah, hasil test yang positif menunjukkan bahwa pasien pernah kontak dengan bakteri tersebut.

b. Pemeriksaan Pernapasan

Tes ini dapat menentukan apakah pasien terinfeksi oleh bakteri *H.*

Pylori atau tidak.

c. Pemeriksaan Feses

Tes ini memeriksa adakah *H. Pylori* atau tidak, tes hasil yang positif mengidentifikasi terjadi infeksi dan hasil pemeriksaan seperti warna feses merah kehitaman, bau sedikit amis.

d. Endoskopi Saluran Cerna Atas

Untuk mengidentifikasi adanya ketidaknormal pada saluran cerna bagian atas. Dilakukan dengan cara memasukkan selang kecil melalui mulut dan masuk kedalam esophagus, lambung, dan bagian atas usus kecil

e. Rontgen Saluran Cerna

Melihat adanya tanda- tanda gastritis atau penyakit pencernaan lainnya. Biasanya pasien menelan cairan terlebih dahulu berfungsi cairan ini melapisi saluran cerna akan terlihat lebih jelas di ronsen.

5. Penatalaksanaan

Menurut (Baughman, 2000) menyatakan pengobatan penatalaksanaan yang meliputi gastritis akut dan kronis yaitu :

- a. Instruksikan pasien untuk menghindari alcohol
- b. Jika gejala menetap, mungkin perlu di perlukan cairan IV.
- c. Jika terdapat pendarahan, penatalaksanaan serupa dengan hemoragik yang terjadi pada saluran gastrointestinal bagian atas.
- d. Jika gastritis terjadi akibat menelan basa kuat, gunakan asam buah jeruk yang encer atau cuka
- e. Mengurangi stres
- f. Modifikasi diet, istirahat, reduksi stres, farmakoterapi.
- g. *Helicobacter pylori* mungkin diatasi dengan antibiotik(misalnya tetrasiklin atau amoksisilin) dan garam bismuth (pepto bismol)

6. Komplikasi

Gastritis mempunyai komplikasi menurut Sya'diyah (2018) meliputi:

a. Gastritis Akut

Terdapat perdarahan di saluran cerna bagian atas (SCBA) berupa hematemesis dan melena, dapat berakhir sebagai syok hemoragik. Perdarahan SCBA sama dengan tukak peptik yang membedakan penyebab utama adalah infeksi *H. Pylori* sebesar 100% pada tukak lambung diagnosis ditegakkan dengan pemeriksaan endoskopi

b. Gastritis Kronik

- 1) Perdarahan saluran cerna bagian atas
- 2) Ulkus
- 3) Perporasi
- 4) Anemia karena gangguan absorbs vitamin B12

B. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

Menurut Abraham maslow kebutuhan dasar manusia ada 5 tingkat kebutuhan,yang telah diurutkan dari tingkat kebutuhan yang paling penting yang harus dipenuhi sebelum kebutuhan yang lainnya dipenuhi,yaitu :

Gambar 1.2 Kebutuhan Dasar Manusia Menurut Maslow



(Hierarki Kebutuhan Dasar Maslow)

- a. Kebutuhan fisiologis
- b. Kebutuhan keselamatan dan keamanan

- c. Kebutuhan cinta dan dicintai
- d. Kebutuhan harga diri
- e. Kebutuhan aktualisasi diri

Berdasarkan teori Maslow, kasus gastritis pada pasien kelolaan mengalami gangguan kebutuhan dasar rasa aman nyaman yang disebabkan oleh nyeri akut. Kebutuhan rasa aman dan nyaman adalah suatu keadaan bebas dari cedera fisik dan psikologis manusia yang harus dipenuhi. Sementara perlindungan psikologis meliputi perlindungan atas ancaman dari pengalaman yang baru dan asing dan bebas dari nyeri atau rasa ketidaknyamanan.

Menurut Wahid Iqbal Mubarak S(2007) berikut adalah Manajemen Nyeri :

a. Sifat Dasar Nyeri

Nyeri adalah perasaan yang tidak nyaman yang sangat subjektif dan hanya orang yang mengalaminya yang dapat menjelaskan dan mengevaluasi perasaan tersebut (Long, 1996:204). Secara umum, nyeri dapat didefinisikan sebagai perasaan tidak nyaman baik ringan maupun berat (Priharjo, 1992)

b. Fisiologi Nyeri

Bagaimana nyeri merambat dan diproses oleh individu masih belum sepenuhnya dimengerti, akan tetapi, bisa tidaknya nyeri dirasakan dan hingga derajat mana nyeri tersebut mengganggu dipengaruhi oleh interaksi antara sistem algesia tubuh dan transmisi sistem saraf serta interpretasi stimulus.

c. Jenis Nyeri

Ada tiga klasifikasi nyeri:

1) Nyeri Perifer, nyeri ini ada tiga macam :

- (a) Nyeri superfisial, yakni rasa nyeri yang muncul akibat rangsangan pada kulit dan mukosa
- (b) Nyeri viseral, yakni rasa nyeri yang muncul akibat stimulasi pada reseptor nyeri di rongga abdomen, kranium, dan toraks

(c) Nyeri Alih, yakni nyeri yang dirasakan pada daerah lain yang jauh dari jaringan penyebab nyeri

2) Nyeri Sentral, nyeri yang muncul akibat stimulasi pada medula spinalis batang otak, dan talamus.

3) Nyeri Psikogenik, nyeri yang tidak diketahui penyebab fisiknya.

4) Faktor yang mempengaruhi nyeri

a) Etnik Dan Nilai Budaya

Latar belakang etnik dan budaya merupakan faktor yang mempengaruhi reaksi terhadap nyeri dan ekspresi nyeri.

b) Tahap Perkembangan

Usia dan tahap perkembangan seseorang merupakan variabel penting yang akan mempengaruhi reaksi dan ekspresi terhadap nyeri.

c) Lingkungan Dan Individu Pendukung

Lingkungan yang asing, tingkat kebisingan yang tinggi, pencahayaan, dan aktivitas yang tinggi di lingkungan tersebut dapat memperberat nyeri, selain itu, dukungan dari keluarga dan orang terdekat menjadi salah satu faktor penting yang mempengaruhi persepsi individu.

d) Pengalaman Nyeri Sebelumnya

Pengalaman masa lalu juga berpengaruh terhadap persepsi nyeri.

e) Ansietas Dan Stress

Ansietas sering kali menyertai peristiwa nyeri yang terjadi.

d. Cara Pengukuran Nyeri

Menurut Saputra (2013)

Skala angka nyeri 0-10 (*comparative pain scale*), dari 10 angka tersebut dapat dikelompokkan yaitu:

1) Skala Nyeri 0 (tidak terasa nyeri)

2) Skala Nyeri 1-3 (nyeri ringan) nyeri masih dapat ditahan dan tidak mengganggu pola aktivitas klien.

3) Skala Nyeri 4-6 (nyeri sedang) nyeri sedikit kuat sehingga dapat mengganggu pola aktivitas klien.

- 4) Skala Nyeri 7-10 (nyeri berat) nyeri yang sangat kuat sehingga memerlukan terapi medis dan tidak dapat melakukan pola aktifitas mandiri

f. Penatalaksanaan Nyeri

Distraksi adalah memfokuskan perhatian klien pada sesuatu selain pada nyeri seperti membicarakan kegemaran klien, dan teknik relaksasi seperti melakukan teknik nafas dalam (Saputra, 2013)

C. Konsep Proses Keperawatan

Pengkajian adalah langkah pertama dan langkah awal dalam proses keperawatan. Tahap pengkajian terdiri atas pengumpulan data perumusan akan kebutuhan klien. Data yang dikumpulkan adalah Biologis, Psikologis, Sosial. (Oda Debora, 2015)

1. Pengkajian

Pengkajian pada pasien gastritis menurut Sya' diyah dan Saputra(2018) :

a. Penampilan Umum

Klien tampak memegang bagian tubuh yang terasa nyeri, pucat, lemas. Pengkajian pada masalah nyeri secara umum yaitu pemicu nyeri, kualitas nyeri, lokasi nyeri, intensitas nyeri dan waktu serangan. Atau sering disebut pengkajian PQRST

P: Provoking, atau pemicu yang menimbulkan nyeri meningkat dan berkurang

Q: Quality, atau kualitas nyeri misalnya rasa tajam atau tumpul

R: Region, atau lokasi

S: Severity, atau intensitas nyeri, yaitu intensitas nyeri

T: Time atau waktu, yaitu jangka waktu serangan dan frekuensi nyeri

b. Berat Badan

Pengkajian difokuskan pada pertanyaan perawat, adakah klien mengalami kehilangan berat badan secara tiba-tiba, adakah klien mengalami kenaikan berat badan. Adakah masalah dalam aktivitas yang terganggu, adakah klien mengalami aktivitas berlebihan, adakah klien mengalami tidak cukupnya energi fisiologi atau psikologi untuk

bertahan atau menyelesaikan aktivitas harian yang diinginkan, apakah klien merasa istirahat cukup bila nyeri timbul, berapa kah durasi tidur klien, adakah kebiasaan terlambat makan, kebiasaan makan pedas mengandung gas atau asam.

c. Kebiasaan Yang Dialami :

Kebiasaan makan sedikit, terlambat makan, makan pedas, makanan mengandung gas /asam. Kebiasaan bekerja keras :penyebab makan tak teratur. Menjalankan diet ketat.

d. Pola Aktivitas

Pada klien gastritis akan mengalami gangguan karena selalu terdapat rasa nyeri pada abdomennya.

e. Pola Istirahat Dan Tidur

Rasa mual, nyeri yang sering menyerang epigastrium akan mengurangi waktu dan menjadi gangguan tidur klien.

f. Pola Persepsi Diri

Klien mengalami kecemasan sebab sering merasa nyeri, mual, muntah.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan pada kasus gastritis Menurut Sya'diyah (2018)

- a. Nyeri berhubungan dengan peradangan mukosa lambung, dengan batasan karakteristik: perubahan selera makan, lemah, pucat, perubahan tekanan darah, perubahan frekuensi pernapasan, sikap melindungi area nyeri, gangguan tidur.
- b. Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri pada daerah epigastrium, dengan batasan karakteristik: perubahan pola tidur normal, penurunan kemampuan berfungsi, ketidakpuasan tidur, menyatakan sering terjaga, menyatakan tidak merasa cukup istirahat.
- c. Risiko defisit nutrisi ditandai dengan rasa enggan untuk makan, mengeluh mual, turgor kulit menurun dan lemas.

3. Rencana Keperawatan

Rencana keperawatan dapat diartikan sebagai suatu dokumen tulisan tangan dalam menyelesaikan masalah, tujuan, dan intervensi keperawatan (Nurjanah, 2005)

Tabel 2.2
(Daftar Diagnosa Menurut SDKI, NOC, NIC)

NO	Dx keperawatan	NOC	NIC
1	Nyeri kronis Ds: 1. Mengeluh nyeri 2. Merasa depresi Do: 1. Tampak meringis 2. Gelisah 3. Anoreksia 4. Pola tidur berubah	Kontrolnyeri 1. Mengenali kapan nyeri terjadi 2. menggambarkan factor penyebab 3. menggunakan tindakan pengurangan nyeri tanpa analgesic Tingkat nyeri 1. tidak ada nyeri yang dilaporkan 2. tidak ada ekspresi nyeri wajah 3. dapat beristirahat 4. tidak ada mengerang atau menangis	Manajemen nyeri 1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif : lokasi, durasi, frekuensi, kualitas, skala 2. Gali bersama klien factor-faktor yang dapat meningkatkan dan mengurangi nyeri 3. Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi dan non farmakologi: tarik nafas dalam, akupressure, kompres) 4. Berikan informasi mengenai nyeri, dan penyebab 5. Observasi reaksi nonverbal 6. Tingkatkan istirahat. 7. Kontrol lingkungan 8. Monitor tanda-tanda vital (tekanan darah, denyut nadi, pernapasan, suhu)
2	Gangguan pola tidur	Tidur 1. Pola tidur tidak terganggu	Peningkatan tidur 1. Kaji pola tidur klien

	Ds: 1. Mengeluh sulit tidur 2. Tidur sering terjaga 3. Istirahat tidak cukup Do: 1. Lemah 2. Tampak menguap	2. Kualitas tidur baik 3. Tidak mengalami kesulitan tidur	2. Bantu meningkatkan jumlah jam tidur klien 3. Catat pola tidur klien dan jumlah jam tidur klien 4. Tentukan pola tidur atau aktivitas klien 5. Sesuaikan lingkungan untuk meningkatkan tidur seperti (cahaya tempat tidur dan kebisingan)
3	Risiko defisit nutrisi Faktor risiko: 1. Faktor psikologis (mis. Stres, keengganan untuk makan) 2. Ketidakmampuan mencerna makanan 3. Ketidakmampuan menelan makanan	Status nutrisi 1. Asupan gizi cukup 2. Asupan makanan terpenuhi 3. Asupan cairan cukup 4. Energi meningkat	Manajemen nutrisi 1. Tentukan gizi klien dan kemampuan untuk memenuhi kebutuhan gizi 2. Observasi dan catat asupan makanan klien 3. Anjurkan klien untuk makan sedikit tapi sering 4. Anjurkan perawatan gigi dan mulut sebelum makan 5. Tawarkan makanan yang ringan padat gizi

Menurut (nurjanah, 2005)

4. Implementasi

Implementasi merupakan tindakan yang sudah direncanakan dalam rencana perawatan. Tindakan keperawatan mencakup tindakan secara mandiri (Independen) : tindakan yang dilakukan sendiri oleh perawat untuk membvantu klien dalam mengatasi masalahnya atau menanggapi reaksi karena adanya stressor.

Saling ketergantungan (Interdependent/kolaborasi) :adalah tindakan keperawatan atas dasar kerjasama sesama tim perawat atau dengan tim kesehatan lainnya seperti dokter, fisioterapi, analisis kesehatan dan lain-lain.

Rujukan/ketergantungan(Dependen) : adalah tindakan keperawatan atas dasar rujukan dari profesi lain, diantaranya : dokter, psikolog, psikiater, ahli gizi, fisioterapi, dan lain-lain (Tarwonto, 2015)

5. Evaluasi

Evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan klien (hasil observasi) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibutuhkan pada tahap perencanaan (Nurjanah, 2005)

Untuk memudahkan perawat mengidentifikasi atau memantau perkembangan klien, digunakan komponen SOAP :

S: Data subjektif, data yang didapat dari keluhan klien langsung

O: Data objektif, data yang di dapat dari hasil observasi perawat secara langsung

A: Analisis merupakan interpretasi dari subyektif dan obyektif. Analisis merupakan diagnosis keperawatan yang masih terjadi atau juga dapat dituliskan masalah baru dalam perubahan status kesehatan

P: Planning, perencanaan perawatan yang akan dilakukan, dilanjutkan, dimodifikasi, dari rencana tindakan yang telah ditentukan sebelumnya