

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep penyakit

1. Pengertian

Gastritis adalah peradangan yang mengenai mukosa lambung, peradangan ini mengakibatkan pembengkakan mukosa lambung sampai terlepasnya epitel mukosa superficial yang menjadi penyebab terpenting dalam gangguan saluran pencernaan. Pelepasan epitel akan merangsang timbulnya proses inflamasi pada lambung (Ningrum et al., 2022). (Isnainiyah, 2021) Menambahkan gastritis dapat bersifat akut, kronis, difus dan lokal. Dua jenis gastritis yang sering terjadi adalah gastritis superficial akut dan gastritis atropik kronis. Beberapa pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa gastritis merupakan peradangan mukosa lambung disebabkan oleh faktor iritasi dan infeksi pada mukosa dan submucosa lambung, sehingga dapat menimbulkan rasa nyeri dan ketidaknyamanan.

Gastritis dibagi menjadi dua yaitu gastritis akut dan gastritis kronik, gastritis akut merupakan penyakit yang sering ditemukan dan dapat disembuhkan atau sembuh sendiri merupakan respon mukosa lambung terhadap beberapa iritan lokal. Endotoksin, bakteri, alkohol, kafein dan aspirin merupakan agen penyebab yang sering menyebabkan penyakit gastritis, obat-obatan lain seperti NSAID juga terlibat didalamnya. Beberapa makanan berbumbu termasuk cuka, atau lada, dapat menyebabkan gejala yang mengarah pada gastritis. Sedangkan gastritis kronik ditandai oleh atropi progresif epitel kelear disertai dengan kehilangan sel pameret dan cren cell. Gastritis kronik diduga merupakan predisposisi timbulnya timbul lambung akut karsinoma. Insiden kanker lambung khususnya tinggi pada anemia pernisiiosa. Gejala gastritis kronis umumnya bervariasi dan tidak jelas antara lain perasaan perut penuh, anoreksia, dan distress epigastric yang tidak nyata (Alhayyu et al., 2021).

2. Etiologi

Etiologi gastritis paling umum menurut Ryan et al., (2013) yaitu: Infeksi *helicobacter pylori* dapat menjadi faktor resiko timbulnya ulkus peptikum berserta komplikasinya dan kanker lambung karena *H. pylori* dapat menyebabkan kerusakan progresif pada mukosa lambung, konsumsi minuman beralkohol, pola diet yang tidak baik, merokok, penggunaan obat dan substansi yang bersifat korosif, stress, trauma.

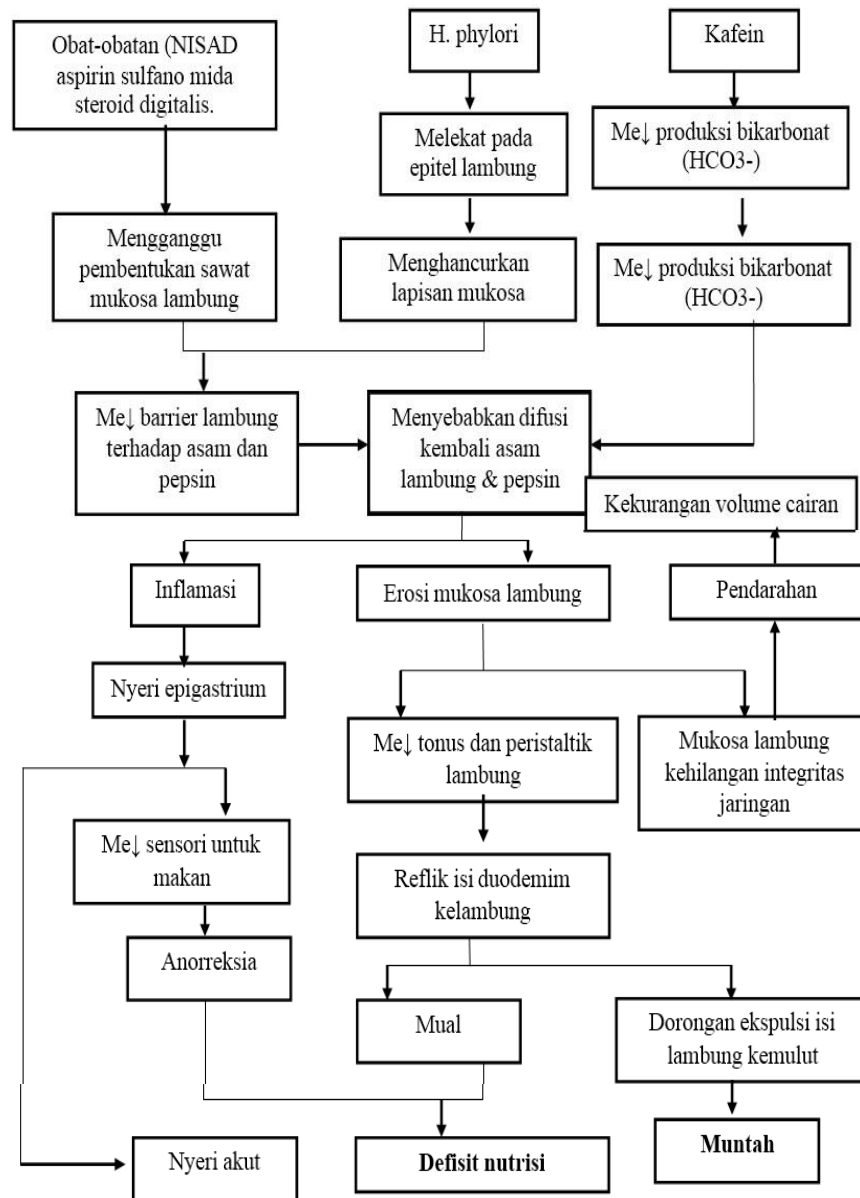
3. Klasifikasi

Menurut Khrisna, (2019) Klasifikasi gastritis adalah Gastritis akut dan Gastritis kronik. Gastritis akut berlangsung selama beberapa jam sampai beberapa hari dan sering kali disebabkan makanan yang dapat mengiritasi atau makanan yang terinfeksi, penggunaan aspirin secara berlebihan dan penggunaan obat anti inflamasi nonstroid (NSAID), asupan alkohol yang berlebihan refluk empedu, dan terapi radiasi. Gastritis Akut dapat juga menjadi tanda pertama infeksi sistemik akut. Sedangkan Gastritis kronik yaitu inflamasi lambung yang berkepanjangan mungkin disebabkan oleh ulkus lambung jinak, ganas, dan disebabkan oleh bakteri seperti *Helicobacter pylori*. Ulserasi superfisial dapat terjadi dan dapat memicu perdarahan.

4. Patofisiologi

Obat-obatan, alkohol, garam empedu atau enzim–enzim pankreas dapat merusak mukosa lambung (gastritis erosif), mengganggu pertahanan mukosa lambung dan memungkinkan difusi kembali, asam dan pepsin kedalam jaringan lambung, hal ini menimbulkan peradangan respons mukosa terhadap kebanyakan penyebab iritasi tersebut dengan regenerasi mukosa, karena itu gangguan-gangguan tersebut seringkali menghilang dengan sendrinya. Dengan iritasi yang terus menerus, jaringan menjadi meradang dan dapat terjadi perdarahan. Masuknya zat-zat seperti asam dan basa yang bersifat korosif mengakibatkan peradangan dan nekrosis pada dinding lambung. Gastritis kronis dapat menimbulkan keadaan dengan atropi kelenjar-kelenjar lambung dan keadaan mukosa terdapat bercak-bercak

penebalan warna abu-abu. Hilangnya mukosa lambung akhirnya akan berakibat kurangnya sekresi lambung dan timbulnya anemia pernisiiosa (Khrisna, 2019), dapat dilihat pada gambar berikut :



Sumber : (Khrisna, 2019)

Pathway Gastritis

Gambar 2.1

5. Manifestasi klinis

Menurut Brunner&Suddarth, (2020) terbagi menjadi 2 yaitu:

- a. Gastritis Akut dapat bervariasi dari keluhan abdomen yang tidak jelas, seperti anoreksia atau mual, sampai gejala lebih berat seperti nyeri epigastrium, muntah, perdarahan dan hematemesis. Pada pemeriksaan fisik biasanya tidak di temukan kelainan, kecuali mereka yang mengalami perdarahan yang hebat sehingga menimbulkan tanda dan gejala gangguan hemodinamik yang nyata seperti hipotensi, pucat, keringat dingin, takikardia sampai gangguan kesadaran. Klien juga mengeluh kembung, dan rasa asam di mulut.
- b. Gastritis kronik: gejala defisiensi B12, sakit ulu hati setelah makan, bersendawa rasa pahit dalam mulut, mual dan muntah.

6. Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan diagnostik menurut Kimberly (2014) sebagai berikut:

- a. Pemeriksaan darah
Tes ini dapat digunakan untuk memeriksa apakah terdapat *Helicobacter pylori* dalam darah. Hasil tes positif menunjukkan bahwa pasien pernah kontak dengan bakteri, tapi itu tidak menunjukkan bahwa pasien tersebut terkena infeksi.
- b. Pemeriksaan ronsen saluran cerna bagian atas
Tes ini meliputi akan adanya tanda-tanda Gastritis atau penyakit penernaan lainnya
- c. Pemeriksaan Analisis lambung
Tes ini untuk mengetahui sekresi asam dan merupakan teknik penting untuk menegakkan diagnosis penyakit lambung.
- d. Pemeriksaan feses
Tes ini memeriksa apakah terdapat bakteri *Helicobacter pylori* dalam feses atau tidak. Hasil yang positif dapat mengindikasikan terjadinya infeksi pemeriksaan juga dilakukan terhadap adanya darah dalam feses, hal menunjukkan adanya perdarahan dalam lambung.

7. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan Gastritis Menurut Khrisna, (2019) terdiri dari :

a. Terapi Farmakologi

- 1) Antikoagulan: di berikan bila ada perdarahan pada lambung.
- 2) Antasida: diberikan pada gastritis yang kronik, cairan dan elektrolit diberikan intervena untuk mempertahankan keseimbangan cairan sampai gejala-gejala membaik, untuk gastritis yang tidak parah diobati dengan antasida dan istirahat.
- 3) Histonin: ranitidine dapat diberikan untuk menghambat pembentukan asam lambung dan kemudian menurunkan iritasi lambung.
- 4) Sulcralfat: di berikan untuk melindungi mukosa lambug dengan cara menyelimutinya, untuk mencegah difusi kembali asam dan pepsin yang menyebabkan iritasi.
- 5) Penghambat asam (*acid blocker*): obat penghambat asam antaralain simetidin, ranitidine, atau fomotidin.
- 6) *Proton pump inhibitor* (penghambat pompa proton): di berikan untuk menghentikan produksi asam lambung dan menghemat infeksi bakteri *Helicobacter pylori*.

b. Terapi non-farmakologi

Mengurangi atau menghindari menghilangkan stress psikologis, menghentikan kebiasaan merokok, tidak menggunakan obat-obatan golongan nonsteroidal anti inflammatory drug (NSAID). Selain itu penderita gastritis harus menghindari makan-makanan yang dapat menyebabkan terjadinya *ulcer* (tukak) seperti makanan dan minuman yang mengandung kafein, pedas dan alkohol.

8. Komplikasi

Menurut Black & Hawks (2014), Komplikasi gastritis akut ialah perdarahan saluran cerna bagian atas yang dapat menyebabkan kematian, terjadi ulkus jika prosesnya hebat dan jarang terjadi perforasi. Komplikasi gastritis kronik ialah Peradangan, anemia pernisiiosa, dan kanker lambung.

B. Konsep kebutuhan dasar manusia

Menurut Abraham Mashlow dalam Nurwening & Herry, (2020) kebutuhan dasar manusia dibagi menjadi 5 macam yaitu sebagai berikut :
Kebutuhan dasar manusia dibagi menjadi lima macam yaitu sebagai berikut:

1. Kebutuhan fisiologi
 - a. Merupakan hal yang mutlak harus terpenuhi oleh manusia untuk bertahan hidup. Kebutuhan tersebut terdiri dari pemenuhan oksigen dan pertukaran gas, kebutuhan cairan (minuman), nutrisi (makanan), eliminasi, istirahat dan tidur, aktivitas, keseimbangan suhu tubuh, dan kebutuhan seksual.
2. Kebutuhan rasa aman dan nyaman
 - a. Dibagi menjadi dua yaitu:
 - 1) Perlindungan fisik, meliputi perlindungan atas ancaman terhadap tubuh atau hidup seperti penyakit, kecelakaan, bahaya dari lingkungan dan sebagainya.
 - 2) Perlindungan psikologi, yaitu perlindungan ancaman dari pengalaman yang baru dan asing. Misalnya, kekhawatiran yang dialami seseorang ketika masuk sekolah pertama kali, karena merasa terancam oleh keharusan untuk berinteraksi dengan orang lain dan sebagainya.
3. Kebutuhan rasa cinta dan kasih sayang
Kebutuhan untuk memiliki dan dimiliki, antara lain memberi dan menerima kasih sayang, kehangatan, persahabatan, mendapat tempat dalam keluarga, kelompok sosial, dan sebagainya.
4. Kebutuhan harga diri
Kebutuhan ini terkait dengan keinginan untuk mendapatkan kekuatan, meraih prestasi, rasa percaya diri.
5. Kebutuhan aktualisasi diri
Merupakan kebutuhan tertinggi dalam hierarki Maslow berupa kebutuhan untuk berkontribusi pada orang lain/lingkungan serta mencapai potensi diri sepenuhnya.



Gambar 2.2

Kebutuhan Dasar Manusia Menurut Hierarki Maslow

Gangguan pemenuhan kebutuhan dasar pada kasus gastritis adalah gangguan rasa aman dan nyaman yaitu rasa nyeri, selain itu kebutuhan yang terganggu yaitu kebutuhan fisiologis meliputi gangguan nutrisi serta istirahat dan tidur.

C. Konsep Lansia

1. Pengertian

Menurut Sri Paryanti, (2017) lanjut usia adalah suatu kejadian yang pasti akan dialami oleh semua orang yang dikarunia usia panjang. Menurut World Health Organisation (WHO) Lansia adalah seseorang yang telah memasuki usia 60 tahun ke atas. Lansia merupakan kelompok umur pada manusia yang telah memasuki tahapan akhir dari fase kehidupannya. Pada kelompok yang dikategorikan lansia ini akan terjadi suatu proses yang disebut Aging Process. Proses menua ini ditandai dengan perubahan pada fisik maupun mental lansia.

Perubahan mental pada lansia ditandai dengan sikap yang semakin egosentrik, mudah tersinggung, dan mudah depresi. Depresi adalah gangguan afek yang sering terjadi pada lansia dan merupakan salah satu gangguan emosi. Gejala depresi pada lansia ditunjukkan dengan lansia menjadi kurang bersemangat dalam menjalani hidupnya, mudah putus asa, aktivitas menurun, kurang nafsu makan, cepat lelah, dan susah tidur di malam hari. Lansia yang mengalami depresi akan mengakibatkan kesulitan dalam memenuhi kebutuhan aktivitas sehari-

harinya. Depresi merupakan gangguan mental yang paling banyak menimbulkan beban disabilitas. meningkatkan morbiditas, mortalitas, dan resiko bunuh diri.

2. Perubahan-perubahan yang terjadi pada lansia Menurut Yuliani, (2018) perubahan-perubahan yang terjadi pada lansia sebagai berikut :

a. Perubahan fisik

1) Sel

Jumlah lebih sedikit, ukuran lebih besar, mekanisme perbaikan terganggu, menurunnya proporsi protein di otak, otot, ginjal, darah dan hati.

Sistem persyarafan Lambat dalam respons dan waktu untuk bereaksi, mengecilnya syaraf panca indera, kurang sensitive terhadap sentuhan, hubungan persyarafan menurun.

2) Sistem pendengaran

Presbiakusis/ gangguan pendengaran, hilang kemampuan pendengaran pada telinga dalam terutama terhadap bunyi suara atau nada yang tinggi dan tidak jelas, sulit mengerti kata-kata, terjadi pengumpulan seruma dapat mengeras.

3) Sistem penglihatan

Spingter pupil timbul sclerosis, hilang respon terhadap sinar, kornea lebih berbentuk sferis (bola), kekeruhan pada lensa, hilangnya daya akomodasi, menurunnya daya membedakan warna biru dan hijau pada skala, menurunnya lapngan pandang, menurunnya elastisitas dinding aorta, katub jantung menebal dan menjadi kaku, kemampuan jantung memompa darah menurun $\pm 1\%$ pertahun, kehilangan elastisitas pembuluh darah, tekanan darah meningkat.

4) Sistem pengaturan suhu tubuh

Temperature tubuh menurun secara fisiologis, keterbatasan reflek menggigit dan tidak dapat memproduksi panas yang banyak sehingga terjadi penurunan aktivitas otot.

5) Sistem respirasi

Menurunnya kekuatan otot pernapasan dan aktivitas dari silia-silia paru-paru kehilangan elastisitas, alveoli ukurannya melebar, menurunnya O₂ pada arteri menjadi 75 mmHg, menurunnya batuk.

6) Sistem gastrointestinal

Terjadi penurunan selera makan rasa haus, asupan makanan dan kalori, mudah terjadi konstipasi dan gangguan pencernaan lainnya, terjadi penurunan produksi saliva, karies gigi, gerak peristaltic usus, penambahan waktu pengosongan lambung, asam lambung menurun dan fungsi absorpsi melemah.

7) Sistem genitourinaria

Ginjal mengecil aliran darah keginjal menurun, fungsi menurun, fungsi tubulus berkurang, otot kandung kemih menjadi menurun, vesika urinaria susah dikosongkan, perbesaran prostat, atrofi vulva.

8) Sistem endokrin

Produksi hormon menurun fungsi paratiroid dan sekresi tidak berubah, menurunnya aktivitas tiroid, menurunnya produksi aldosteron, menurunnya sekresi hormone kelamin.

9) Sistem integumen

Kulit mengerut/ keriput, permukaan kulit kasar dan bersisik, respons terhadap trauma menurun, kulit kepala dan rambut menipis dan berwarna kelabu, elastisitas kulit berkurang, pertumbuhan kuku lebih lambat, kuku menjadi keras dan seperti bertanduk, kelenjar keringat berkurang.

10) Sistem musculoskeletal

Tulang kehilangan cairan dan makin rapuh, tafosis, tubuh menjadi lebih pendek, persendian membesar dan menjadi kaku, tendon mengerut dan menjadi sclerososis, atrofi serabut otot.

D. Konsep Keperawatan Gerontik

Menurut Sri Paryanti, (2017) konsep keperawatan gerontik sebagai berikut:

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan catatan tentang hasil pengkajian yang dilaksanakan untuk mengumpulkan informasi dari pasien, membuat data tentang klien, dan membuat catatan tentang respon kesehatan klien. Catatan tersebut dilakukan dengan menggunakan metode seperti observasi (data yang dikumpulkan berasal dari pengamatan), wawancara (mendapatkan data dari respon pasien melalui tatap muka), konsultasi, pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium ataupun pemeriksaan tambahan.

a. Identitas

Identitas klien yang biasa dikaji pada klien pada pasien gastritis adalah pada usia, karena ada penyakit pencernaan banyak terjadi pada klien diatas usia 60 tahun.

b. Keluhan utama

Keluhan utama yang sering ditemukan pada klien dengan penyakit gastritis seperti ulkus peptikus dan gastritis adalah klien mengeluh nyeri pada ulu hati, di setai mual dan ingin muntah

c. Riwayat penyakit sekarang

Riwayat penyakit saat ini merupakan uraian mengenai penyakit yang di derita oleh klien dari mulai timbulnya keluhan yang dirasakan.

d. Riwayat penyakit dahulu

Riwayat kesehatan yang lalu seperti riwayat penyakit sebelumnya, riwayat pekerjaan pada pekerjaan yang berhubungan dengan riwayat konsumsi makanan yang merangsang atau pedas, penggunaan obat- obatan, riwayat mengonsumsi alkohol dan merokok.

e. Riwayat penyakit keluarga

Yang perlu dikaji apakah dalam keluarga ada yang menderita penyakit yang sama karena faktor genetic atau keturunan

f. Pola kebiasaan sehari-hari

Yang perlu dikaji adalah aktivitas apakah saja yang biasanya dilakukan sehubungan dengan adanya ulu hati, mual dan ingin muntah

g. Pemeriksaan fisik

1) Keadaan umum

Keadaan umum pasien lansia yang mengalami gangguan pencernaan biasanya lemah.

2) Kesadaran

Kesadaran klien biasanya composmentis, apatis sampai somnolen

3) Tanda-tanda vital

Terdiri dari tekanan darah, pernafasan, nadi, suhu.

4) Sistem pernafasan

Dapat ditemukan peningkatan frekuensi nafas atau masih dalam batas normal

5) Sistem sirkulasi

Kaji adanya penyakit jantung, frekuensi nadi apical, sirkulasi perifer, warna dan kehangatan

6) Sistem persyarafan

Kaji adanya hilang sensasi, spasme otot, terlihat kelemahan/hilang fungsi. pergerakan mata/kejelasan melihat, dilatasi pupil.

7) Sistem perkemihan

Perubahan pola berkemih, seperti inkontinesia urin, distensi kandung kemih, warna urine, bau urine dan kebersihannya

8) Sistem Pencernaan

Konstipasi, frekuensi eliminasi, aukultasi, bising usus, anoreksia, adanya distensi abdomen, nyeri tekan abdomen.

9) Sistem musculoskeletal

Kaji adanya nyeri berat akibat tiba-tiba, dapat berkurang pada imobilisasi, perubahan warna kulit

- 10) Pola persepsi dan tata laksana hidup sehat
Menggambarkan persepsi, pemeliharaan dan penanganan kesehatan
- 11) Pola nutrisi
Menggambarkan masukan nutrisi, balance cairan dan elektrolit
- 12) Pola eliminasi
Menjelaskan pola fungsi eksresi, kandung kemih, defekasi, ada tidaknya masalah defekasi, masalah nutrisi dan penggunaan kateter
- 13) Pola tidur dan istirahat
Menggambarkan pola tidur, istirahat, dan persepsi terhadap energi, jumlah jam tidur siang dan malam, masalah tidur dan insomnia
- 14) Pola aktivitas dan istirahat
Menggambarkan pola latihan, aktivitas, fungsi pernafasan dan sirkulasi, riwayat penyakit jantung, frekuensi, irama dan kedalamanpernafasan. Hasil pengkajian indeks KATZ
- 15) Pola hubungan dan peran
Menggambarkan dan mengetahui hubungan dan peran klien terhadap anggota keluarga dan masyarakat, tempat tinggal, pekerjaan, tidak punya rumah dan masalah keuangan. Hasil pengkajian APGAR
- 16) Pola sensori dan kognitif
Menjelaskan persepsi sensori dan kognitif. Pola sensori meliputi pengkajian penglihatan, pendengaran, perasaan dan pembau. Pengkajian status mental menggunakan table Status Mental Quesinere (SPMSQ)
- 17) Pola persepsi dan konsep diri
Menggambarkan sikap tentang diri sendiri dan persepsi terhadap kemampuan konsep diri. Konsep diri menggambarkan gambaran diri, harga diri, peran, identitas diri.

18) Pola seksual dan reproduksi

Menggambarkan masalah/kepuasan terhadap seksualitas

E. Konsep nyeri

1. Pengertian

Pada kasus gastritis salah satu gejala yang di alami adalah nyeri ulu hati, Nyeri menyebabkan gangguan rasa aman dan nyaman yang dapat mengganggu aktifitas sehari-hari. Setiap manusia mempunyai kebutuhan dasar sebagai syarat untuk keberlangsungan hidup.

2. Etiologi nyeri

Nyeri dapat disebabkan oleh beberapa hal yaitu trauma, mekanik, *thermos*, elektrik, *neoplasma*, (jinak dan ganas), peradangan (inflamasi), gangguan sirkulasi darah dan kelainan pembuluh darah serta yang terakhir adalah trauma. (Fahmi, 2017)

3. Fisiologi nyeri

Fisiologi nyeri termasuk suatu rangkaian proses neurofisiologis kompleks yang disebut sebagai nosiseptif (*nociception*) yang merefleksikan empat proses komponen yang nyata yaitu transduksi, transmisi, modulasi dan persepsi. Dimana terjadinya stimuli yang kuat diperifer sampai dirasakannya nyeri disusunan saraf pusat. (Pinzon 2016)

4. Stimulus nyeri

Stimulus nyeri muncul karena zat zar algesik pada reseptor nyeri yang dapat dijumpai pada lapisan superfisial kulit dan pada beberapa jaringan di dalam tubuh. Stimulus nyeri yang dimaksud adaah rangsangan atau stimulus yang dapat merusak atau berpotensi jaringan, berupa suhu ekstrem, mekanis, maupun alogen atau kimiawi. Nasiseptor yang teraktivasi oleh stimulus nyeri, akan mengirimkan implus melalui neuron aferen primer, menuju kornu doralis medulla spinalis, dan diteruskan melalui traktus spinitalamikus menuju thalamus hingga ke cerebri. Terdapat empat proses yang menjelaskan proses elektro-fisiologik nosisepsi: transduksi, transmisi, modulasi, dan

persepsi. Proses transduksi adalah diterjemahkan menjadi suatu aktivitas listrik pada ujung-ujung saraf. Proses transmisi adalah proses penyaluran impuls melalui saraf sensoris menyusul proses transduksi yang disalurkan melalui serabut A delta dan serabut C ke medulla spinalis. Proses modulasi adalah proses interaksi antara sistem analgesik endogen dengan impuls nyeri yang masuk ke kornu posterior medulla spinalis, interaksi ini membuat perubahan transmisi impuls nyeri berupa peningkatan transmisi impuls atau penurunan impuls nyeri. Proses persepsi adalah bagian terakhir dari ketiga proses kompleks yang menghasilkan suatu perasaan subjektif yang dikenal dengan persepsi nyeri

5. Klasifikasi nyeri

Menurut Pinzon, (2016) Nyeri dapat diklasifikasikan berdasarkan durasi waktu, etiologi dan intensitas. Klasifikasi nyeri seringkali diperlukan untuk menentukan pemberian terapi yang tepat.

1. Berdasarkan durasi (waktu terjadinya)

a. Nyeri akut

Nyeri akut didefinisikan sebagai nyeri yang dirasakan seseorang selama beberapa detik sampai dengan enam (enam) bulan. Nyeri akut biasanya datang tiba-tiba, umumnya berkaitan dengan cedera spesifik, jika ada kerusakan maka berlangsung tidak lama dan tidak ada penyakit sistemik, nyeri akut biasanya menurun sejalan dengan proses penyembuhan. Beberapa pustaka lain menyebut nyeri akut adalah bila < 12 minggu. Nyeri antara 6-12 minggu adalah nyeri sub akut. Nyeri di atas 2 minggu adalah nyeri kronis.

b. Nyeri kronis

Nyeri kronis sering didefinisikan sebagai nyeri yang berlangsung selama 6 (enam) bulan atau lebih. Nyeri kronis bersifat konstan atau intermiten yang menetap, sepanjang satu periode waktu. Nyeri kronis sering sulit untuk diobati karena biasanya nyeri ini tidak memberikan respon terhadap

pengobatan yang diarahkan pada penyebabnya.

2. Berdasarkan etiologi (penyebab timbulnya nyeri)

a. Nyeri nosiseptik

Merupakan nyeri yang terjadi karena adanya rangsangan/stimulus mekanis ke nesiseptor. Nesiseptor adalah saraf aferen primer yang berfungsi untuk menerima dan menyalurkan rangsangan nyeri. Ujung-ujung saraf bebas nesiseptor berfungsi sebagai saraf yang peka terhadap rangsangan mekanis, kimia, suhu, listrik yang menimbulkan nyeri. Nesiseptor terletak di jaringan subkutis, otot rangka, dan sendi.

b. Nyeri neuropatik

Merupakan nyeri yang terjadi karena adanya lesi atau disfungsi primer pada sistem saraf. Nyeri neuropatik biasanya berlangsung lama dan sulit untuk diterapi. Salah satu bentuk yang umum dijumpai praktek klinik adalah nyeri pasca herpes dan nyeri neuropatik diabetika.

c. Nyeri inflamatorik

Merupakan nyeri yang timbul akibat adanya proses inflamasi. Nyeri inflamatorik kadang dimasukkan dalam klasifikasi nyeri nosiseptif. Salah satu bentuk yang umum dijumpai di praktek klinik adalah osteoarthritis.

d. Nyeri campuran

Merupakan nyeri yang etiologinya tidak jelas antara nosiseptif maupun neuropatik atau nyeri memang timbul akibat rangsangan pada nesiseptor maupun neuropatik. Salah satu bentuk umum dijumpai adalah nyeri punggung bawah dan ischialgia akibat HNP (Hernia Nukleus Pulposius)

3. Berdasarkan intensitasnya (berat ringannya)

a. Tidak nyeri

Kondisi dimana seseorang tidak mengeluhkan adanya rasa nyeri atau disebut juga bahwa terbebas dari rasa sakit.

- b. Nyeri ringan

Seseorang merasakan nyeri dalam intensitas rendah. Pada nyeri ringan seseorang masih bisa melakukan komunikasi dengan baik, masih bisa melakukan aktivitas seperti biasa dan tidak terganggu kegiatannya.
 - c. Nyeri sedang

Rasa nyeri seseorang dalam intensitas yang lebih berat. Biasanya mulai menimbulkan respon nyeri sedang akan mulai mengganggu aktivitas seseorang
 - d. Nyeri berat

Nyeri berat/hebat merupakan nyeri yang dirasakan berat oleh pasien dan membuat pasien tidak mampu melakukan aktivitas seperti biasa, bahkan akan terganggu secara psikologis dimana orang akan merasa marah dan tidak mampu untuk mengendalikan diri.
4. Berdasarkan lokasi (tempat terasa nyeri)
- a. Nyeri somatik superfisial

Merupakan nyeri yang timbul akibat rangsangan atau stimulasi nesiseptor didalam kulit atau jaringan subcutan dan mukosa yang mendasarinya. Nyeri superfisial biasanya terjadi sebagai respon terhadap luka terpotong, luka gores dan luka bakar superfisial.
 - b. Nyeri somatik dalam

Diakibatkan oleh jejas pada struktur dinding tubuh (misalnya otot rangka/skelet). Nyeri dapat diketahui dimana lokasi persisnya pada tubuh, namun beberapa menyebar ke daerah lainnya. Nyeri pasca bedah memiliki komponen nyeri somatic dalam karena trauma dan jejas pada otot rangka.
 - c. Nyeri viseral

Nyeri ini dapat disebabkan oleh distensi abnormal atau kontraksi pada dinding otot polos, tarikan cepat kapsul yang menyelimuti suatu organ (misalnya hati), iskemik otot skelet,

iritasi serosa atau mukosa, pembengkakan atau pemelintiran jaringan berlekatan dengan organ organ keruang peritoneal, dan nekrosis jaringan. Biasanya terasa sebagai nyeri yang dalam, tumpul, linu, tertarik diperas atau di trkan. Termasuk dalam kelompok ini adalah nyeri alih (*reffered pain*).

5. Pengukuran skala nyeri

a. *Numeric Rating Scale*

Skala ini sudah biasa dipergunakan dan telah divalidasi. Berat dan ringannya rasa sakit atau nyeri dibuat menjadi terukur dengan mengobyektifkan pendapat subyektif nyeri. Skala numeric dari 0 (nol) hingga 10 (sepuluh). Dimana 0 diartikan tidak ada nyeri sedangkan 10 diartikan sebagai rasa nyeri hebat dan tidak tertahankan oleh pasien (Fahmi, 2017). Berikut gambar *numeric rating scale* :

Tabel 2.1

Table *Numerical Rating Scale*

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Tidak nyeri	Nyeri Ringan			Nyeri Sedang			Nyeri Berat			Nyeri sangat berat

F. Konsep Asuhan Keperawatan

Pengkajian merupakan tahap awal dan dasar utama dari proses perawatan. Tahap pengkajian terdiri atas pengumpulan data. Data yang dikumpulkan meliputi data biologis, psikologis, sosial, dan spiritual.

1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan pada lansia adalah suatu tindakan peninjauan situasi lansia untuk memperoleh data dengan maksud menegaskan situasi penyakit, diagnosis masalah, penetapan kekuatan dan kebutuhan promosi kesehatan lansia. Data yang dikumpulkan mencakup data subyektif dan data obyektif meliputi bio, psiko, sosial

dan spiritual, data yang berhubungan dengan masalah lansia serta tentang faktor faktor yang mempengaruhi atau yang berhubungan dengan masalah kesehatan lansia seperti data tentang keluarga dan lingkungan yang ada (Damanik & Hasian, 2019)

a. Penampilan umum

Pada pengkajian keperawatan perawat menghubungkan dengan keadaan psikologis dan patofisiologis pasien. Pasien diminta untuk menggambarkan apakah terasa nyeri, pucat, lemas. Pengkajian pada masalah nyeri secara umum yaitu pemicu nyeri, kualitas nyeri, lokasi nyeri, intensitas nyeri dan waktu serangan. Pengkajian PQRST antara lain:

1. P: *Provoking*, atau pemicu timbulnya nyeri meningkat dan berkurang.
2. Q: *Quality*, atau kualitas nyeri misalnya rasa tajam atau tumpul
3. R: *Region*, atau lokasi
4. S: *Severity*, atau intensitas nyeri
5. T: *Time*, atau waktu, jangka waktu serangan dan frekuensi nyeri

b. Pengumpulan data

1. Aktivitas atau istirahat

Kelemahan, letih, nafas pendek, frekuensi jantung tinggi, takipnea, perubahan irama jantung.

2. Integritas ego

Berhubungan dengan faktor stress akut atau kronis dapat ditandai dengan ansietas misalnya pucat, berkeringat, perhatian menyempit, gemetar suara gemetar.

3. Makanan yang menimbulkan gas, makanan pedas, anoreksia, mual, muntah, masalah menelan seperti cegukan, nyeri ulu hati, dan sendawa bau asam.

4. Berat badan

Mengalami penurunan pada berat badan

5. Neurosensori

Pusing, sakit kepala, perubahan keterjagaan, gangguan penglihatan, respon motoric (penurunan kekuatan genggam tangan), penurunan retina optik.

6. Pernapasan

Dyspepsia, takipnea, dyspnea, nocturnal paroksimal, ortopnea, riwayat merokok, bunyi nafas tambahan, sianosis, distress respirasi.

7. Kepala dan muka

Wajah pucat dan sayu (kekurangan nutrisi) wajah berkerut.

8. Rambut

Rambut kotor atau tidak, warna rambut hitam atau berwarna, ketombe ada atau tidak, apakah rambut bau atau tidak, mudah rontok atau tidak.

9. Wajah

Liat kesimetrisan wajah jika muka kanan dan kiri berbeda itu menunjukkan ada parase, liat bentuk wajah, wajah terlihat meringis menahan sakit atau tidak, wajah terlihat pucat atau tidak.

10. Mata

Lihat bentuk mata simetris atau tidak.

11. Hidung

Hidung simetris atau tidak, hidung kotor atau bersih, ada tidaknya secret, apakah terpasang alat bantu napas.

12. Telinga

Daun telinga bersih atau tidak, ukuran, bentuk, kebersihan.

13. Mulut

Mukosa bibir kering/lembab, amati jumlah dan bentuk gigi, apakah ada bau/tidak.

14. Leher

Kesimetrisan leher, amati adanya pembengkakan tiroid.

15. Abdomen

- a. Inspeksi: keadaan kulit, warna, elastisitas, kering, lembab, besar dan bentuk abdomen rata atau menonjol. Jika pasien melipat lutut sampai dada sering merubah posisi, menandakan nyeri.
- b. Auskultasi: distensi bunyi usus sering hiperaktif selama peradangan, dan hipo aktif setelah peradangan. Bising usus normal 5-35x/menit
- c. Perkusi: pada penderita gastritis suara abdomen yang ditemukan hipertimpani
- d. Palpasi: pada pasien gastritis dinding abdomen tegang. Terdapat nyeri tekan pada region epigastik (terjadi karena distruksi lambung)

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan pencatatan tentang hasil keputusan klinis terhadap pasien, keluarga dan masyarakat dari masalah kesehatan atau proses kehidupan baik actual maupun potensial/resiko. Rumusan diagnosis keperawatan adalah bagaimana diagnosis keperawatan ini digunakan sebagai proses pemecahan masalah keperawatan.

Diagnosa keperawatan pada kasus gastritis menurut Ningrum et al.,(2020)

- a. Nyeri akut berhubungan dengan Agen injuri (biologi, kimia, fisik,psikologis)
- b. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan tidak mampu dalam mencerna makanan
- c. Konstipasi berhubungan dengan kelemahan otot abdomen.

3. Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala pengobatan yang dikerjakan olehperawat yang didasarkan pada pengetahuan dan 25 penilaian klinis

untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan. Intervensi keperawatan atau perencanaan merupakan keputusan awal yang memberi arah pada tujuan yang ingin dicapai, hal yang akan dilakukan, termasuk bagaimana, kapan, dan siapa yang melakukan tindakan keperawatan. Karenannya dalam menyusun rencana tindakan keperawatan untuk pasien, keluarga dan orang terdekat perlu dilibatkan secara maksimal (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Tabel 2.1 Rencana keperawatan

No	Diagnosa (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
1	2	3	4
1.	<p>D.0077 Nyeri akut berhubungan dengan Agen pecedera fisiologis (inflamasi) di tandai dengan nyeri ulu hati</p> <p>Gejala dan tanda mayorDS: 1. Klien mngeluh nyeriDO: 1. Tampak meringis 2. Bersikap protektif (mis, posisi menghindar nyeri) 3. Gelisah 4. Frekuensi nadi meningkat 5. Sulit tidur</p> <p>Gejala tanda mayorDS: (tidak tersedia)DO: 1. Tekanan darah meningkat 2. Pola napas berubah 3. Nafsu makan berubah 4. Proses berfikir terganggu 5. Menarik diri 6. Berfokus pada diri sendiri 4. Diaforesis</p>	<p>Tingkat Nyeri (L.08066) Setelah dilakukan intervensi, diharapkan nyeri teratasi dengan luaran penurunan tingkat nyeri sesuai dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat 2. Keluhan nyeri menurun 3. Meringis menurun 4. Sikap protektif menurun 5. Gelisah menurun 6. Kesulitan tidur menurun 7. Menarik diri menurun 8. Berfokus pada diri sendiri menurun 9. Diaforesis menurun 10. Perasaan depresi (tertekan) 11. Perasaan takut mengalami cedera berulang menurun 12. Anoreksia menurun 13. Perineum terasa tertekan 14. Uterus teraba membulat menurun 15. Ketegangan otot menurun 16. Pupil dilatasi menurun 	<p>Manajemen Nyeri (I.08238)</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons nyeri nonverbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan Nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9. Monitor efek samping penggunaan analgetik.

1	2	3	4
		17. Muntah menurun 18. Mual menurun 19. Frekuensi nadi membaik 20. Pola napas membaik 21. Tekanan darah membaik 22. Proses berpikir membaik 23. Focus membaik 24. Fungsi berkemih membaik 25. Prilaku membaik 26. Nafsu makan membaik 27. Pola tidur membaik	<p><i>Teraupetik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hypnosis, akupresure, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3. Fasilitasi istirahat dan tidur 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri. <p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, priede dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri secara mandiri 3. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 4. Anjurkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p><i>Kolaborasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian analgetik jika perlu

1	2	3	4
2.	<p>D. 0019 Defisit Nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan</p> <p>Gejala dan tanda mayor DS: (tidak tersedia)</p> <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berat badan menurun 10% dibawah rentan ideal <p>Gejala dan tanda minor DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cepat kenyang setelah makan 2. Kram/ nyeri abdomen 3. Nafsu makan membaik DO: <ol style="list-style-type: none"> 1. Bising usus hiperaktif 2. Otot pengunyah lemah 3. Otot menelan lemah 4. Membran mukosa pucat 5. Sariawan 6. Serum albumin menurun 7. Rambut rontok berlebih Diare <p>Nafsu makan membaik DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bising usus hiperaktif 	<p>Status Nutrisi (L.03030)</p> <p>Setelah dilakukan intervensi, diharapkan status nutrisi teratasi dengan luaran membaik sesuai dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Porsi makan yang dihabiskan meningkat 2. Kekuatan otot pengunyah meningkat 3. Kekuatan otot menelan meningkat 4. Serum albumin meningkat 5. Verbalisasi keinginan untuk meningkatkan nutrisi meningkat 6. Pengetahuan tentang pilihan makanan yang sehat meningkat 7. Pengetahuan tentang pilihan minum yang sehat meningkat 8. Pengetahuan tentang standar asupan nutrisi yang tepat meningkat 9. Penyiapan dari penyimpanan makanan yang aman meningkat 10. Penyiapan dan penyimpanan minuman yang aman meningkat 11. Sikap terhadap makanan/minuman 	<p>Manajemen Nutrisi (I.03119)</p> <p><i>Observasi:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Identifikasi makanan yang disukai 4. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient 5. Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastric 6. Monitor asupan makanan 7. Monitor berat badan Monitor hasil pemeriksaan laboratorium <p><i>Teraupetik:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan <i>oral hygiene</i> sebelum makan, jika perlu 2. Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. Piramida makanan) 3. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai

1	2	3	4
	<ul style="list-style-type: none"> 2. Otot pengunyah lemah 3. Otot menelan lemah 4. Membran mukosa pucat 5. Sariawan 6. Serum albumin menurun 7. Rambut rontok berlebih 8. Diare 	<p>sesuai dengan tujuan kesehatan meningkat</p> <ul style="list-style-type: none"> 12. Perasaan cepat kenyang menurun 13. Nyeri abdomen menurun 14. Sariawan menurun 15. Rambut rontok menurun 16. Diare menurun 17. Berat badan membaik 18. Indeks massa tubuh (IMT) 19. Frekuensi makan membaik 20. Nafsu makan membaik 	<ul style="list-style-type: none"> 4. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi 5. Berikan makanan yang tinggi kalori dan tinggi protein 6. Berikan suplemen makanan. <i>Jika perlu.</i> Hentikan pemberian makanan melalui selang nasogastric jika asupan oral dapat ditoleransi.

1	2	3	4
		<p>21. Bising usus membaik</p> <p>22. Tebal lipatan kulit trisep membaik</p> <p>23. Membran mukosa membaik</p>	<p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan posisi duduk, jika perlu 2. Anjurkan diet yang di programkan <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. Pereda nyeri, antiemetik), jika perlu 2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan, jika perlu

1	2	3	4
3.	<p>D. 0049 Konstipasi berhubungan dengan kelemahan otot abdomen</p> <p>Gejala dan tanda mayorDS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Defekasi kurang dari 2 kali seminggu 2. Pengeluaran feses lama dan sulit <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Feses keras 2. Paristaltik otot menurun 3. Gejala dan tanda minor <p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengejan saat defekasi <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Distensi abdomen 2. Kelemahan umum 3. Teraba massa pada rektal 	<p>Eliminasi Fekal (L.04033)</p> <p>Setelah dilakukan intervensi, diharapkan eliminasi fekal membaik dengan luaran sesuai dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kontrol pengeluaran feses meningkat 2. Keluhan defekasi lama dan sulit menurun 3. Mengejan saat defekasi menurun 4. Distensi abdomen menurun 5. Terasa masa pada rektal menurun 6. Urgency menurun 7. Nyeri abdomen menurun 8. Kram abdomen menurun 9. Konsistensi feses membaik 10. Frekuensi defekasi membaik 11. Paristaltik usus membaik 	<p>Manajemen eliminasi fekal (I.04151)</p> <p><i>Observasi:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi masalah usus dan penggunaan obat pencahar 2. Identifikasi pengobatan berefek pada kondisi gastrointestinal 3. Monitor buang air besar (mis. Warna, frekuensi, konsistensi, volume) 4. Monitor tanda dan gejala diare, konstipasi atau impaksi <p><i>Teraupetik:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan air hangat setelah makan 2. Jadwalkan waktu defekasi bersamadengan pasien 3. Sediakan makanan tinggi serat <p><i>Edukasi:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan jenis makanan yang dapat membantu meningkatkan keteraturan paristaltik usus 2. Anjurkan mencatat warna, frekuensi, 3. konsistensi, volume feses 4. Anjurkan meningkatkan aktivitas fisik, sesuai toleransi

1	2	3	4
			<ol style="list-style-type: none">5. Anjurkan pengurangan asupan makanan yang meningkatkan pembekuan gas6. Anjurkan mengonsumsi makanan yang mengandung tinggi serat7. Anjurkan meningkatkan asupan cairan, jika tidak ada kontraindikasi <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Kolaborasi pemberian obat supositoria anal, jika perlu

4. Implementasi

Komponan implementasi dalam proses keperawatan mencakup penerapan keterampilan yang diperlukan untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan. Keterampilan dan pengetahuan yang diperlukan untuk implementasi biasanya berfokus pada:

- a. Melakukan aktivitas untuk pasien atau membantu pasien.
- b. Melakukan pengkajian keperawatan untuk mengidentifikasi masalah baru.
- c. Memberikan pendidikan kesehatan untuk membantu pasien mendapatkan pengetahuan yang baru tentang kesehatan atau penatalaksanaan gangguan.
- d. Membantu pasien membuat keputusan tentang layanan kesehatan sendiri.
- e. Berkonsultasi dan membuat rujukan pada profesi kesehatan lainnya untuk mendapatkan pengarahan yang tepat.
- f. Memberi tindakan yang spesifik untuk menghilangkan, masalah kesehatan.
- g. Membantu pasien melakukan aktivitasnya sendiri.
- h. Membantu pasien mengidentifikasi resiko atau masalah dan menggalipilihan yang tersedia.
- i. Implementasi keperawatan yang dilakukan meliputi tindakan mandiri dan kolaborasi perawat. (Mardalena, 2016)

5. Evaluasi

Menurut Mardalena, (2016) evaluasi adalah tahap akhir proses keperawatan yang merupakan perbandingan dari yang sistematis yang dibuat pada tahap perencanaan atau catatan perkembangan yang dialami oleh pasien setelah di berikan implementasi keperawatan. Untuk memudahkan perawat mengidentifikasi atau memantau perkembangan klien, di gunakan komponen SOAP:

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

O : Data objektif, data 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 di tentukan sebelumnya.