

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA BAPAK B YANG MENGALAMI GATRITIS  
EROSIF DI RUANG FLAMBOYAN RUMAH SAKIT UMUM DAERAH ABDUL  
WAHAB SYAHRANIE SAMARINDA**

**KARYA TULIS ILMIAH**



Diajukan Oleh:

**TRI WAHYU FEBRIANTO**

**NIM : 13.11.3082.10.804**

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH  
SAMARINDA**

**2016**

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. Latar Belakang**

Kesehatan merupakan fenomena yang kompleks seperti yang didefinisikan oleh Organisasi Kesehatan Duni (WHO), kesehatan adalah “Suatu keadaan kesejahteraan fisik, mental dan sosial yang komplit dan bukan semata-mata terbebas dari penyakit”. Selain definisi luas ini, kesehatan secara tradisional dinilai dengan memperhatikan mortalitas (kematian), dan mordibitas (kesakitan) selama periode tertentu. Oleh karena itu, keseimbangan antara kesejahteraan fisik, mental dan sosial serta keseimbangan antara kesejahteraan fisik, mental dan sosial serta keberadaan penyakit menjadi indikator utama kesehatan (Wong, 2008)

Menurut World Health Organization (WHO, 2013), kejadian gastritis di dunia, adalah 22% di Inggris, 31% di China, 14,5% di Jepang, 35% di Kanada, dan 29,5% di Perancis. Di asia tenggara sekitar 583.635 dari jumlah penduduk setiap tahunnya. Gastritis biasanya dianggap sebagai suatu hal yang remeh namun gastritis merupakan awal dari sebuah penyakit yang dapat menyusahkan seseorang. Presentase dari angka kejadian gastritis di indonesia menurut WHO adalah 40,8% dan angka kejadian gastritis di beberapa

daerah di Indonesia cukup tinggi dengan prevalensi 274.396 kasus dari 238.452.952 jiwa penduduk (Kurnia, 2011). Gastritis merupakan salah satu penyakit dari 10 penyakit terbanyak pada pasien rawat inap di rumah sakit di Indonesia dengan jumlah 30.154 kasus (4,9%) (Depkes, 2013). Angka kejadian gastritis pada beberapa daerah di Indonesia cukup tinggi dengan prevalensi 274,396 kasus dari 238.452.952 jiwa penduduk. Didapatkan data bahwa di Kota Samarinda angka kejadian gastritis sebesar 13,12%. (Profil Kesehatan, 2013).

Gastritis adalah suatu penyakit inflamasi dari mukosa lambung akibat peningkatan asam lambung yang manifestasi yaitu pendarahan saluran cerna yang mengakibatkan melena (Mansjoer, 2012).

Berdasarkan data yang diperoleh dari catatan rekaman medik Ruang Flamboyan Rumah Sakit Umum Daerah Abdul Wahab Sjahrani Samarinda pada tanggal 15 Juni 2016, penderita kasus dengan Gastritis adalah sebanyak 5 kasus dalam satu bulan terakhir terhitung dari bulan Mei 2016 sampai 15 Juni 2016.

Berdasarkan uraian di atas, dan angka kejadian yang terjadi pada kasus tersebut serta pentingnya peran perawat dalam penanganan gastritis maka penulis membuat karya tulis ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Bapak B yang mengalami gastritis erosif di

Ruang Flamboyan Rumah Sakit Umum Daerah Abdul Wahab Sjahrane Samarinda”

## **B. Rumusan Masalah**

Berikut merupakan rumusan masalah yang dapat diambil adalah “ Bagaimana pelaksanaan asuhan keperawatan pada Bapak B yang mengalami Gastritis Erosif di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Umum Daerah Abdul Wahab Sjahrane Samarinda”?

## **C. Tujuan Umum**

Adapun tujuan penulisan karya tulis ilmiah ini adalah:

### **1. Tujuan Umum**

Untuk memperoleh gambaran nyata pelaksanaan asuhan keperawatan pada Bapak B yang mengalami gastritis di ruang Flamboya Rumah Sakit Umum Daerah Abdul Wahab Sjahrane Samarinda.

### **2. Tujuan Khusus**

Untuk memperoleh pengalaman nyata dalam proses pelaksanaan asuhan keperawatan pada Bapak B yang mengalami gastritis Rumah Sakit Umum Daerah Abdul Wahab Sjahrane Samarinda dan menganalisis kesenjangan antara teori dan kasus, khususnya dalam hal proses keperawatan yang terdiri:

- a. Pengkajian
- b. Diagnosa keperawatan
- c. Perencanaan tindakan keperawatan
- d. Pelaksanaan tindakan keperawatan
- e. Evaluasi
- f. Dokumentasi

#### **D. Metode Penelitian**

Melalui penulisan karya tulis ilmiah ini penulis menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan proses keperawatan. Adapun metode pengumpulan data yang di gunakan dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini adalah sebagai berikut:

##### **1. Wawancara**

Melakukan tanya jawab langsung antara pasien dan juga keluarga dengan perawat maupun dokter, untuk mengetahui secara pasti kondisi pasien.

##### **2. Observasi**

Teknik ini digunakan secara langsung untuk mengenali dan mengamati berbagai masalah yang timbul pada pasien.

##### **3. Pemeriksaan Fisik**

Meliputi inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi yang dilakukan untuk memperoleh data sesuai dengan kasus yang di kelola.

#### **4. Studi Dokumentasi**

Data diperoleh dari dokumentasi yang terdapat pada catatan perawatan pasien, catatan medis catatan dari tim kesehatan lain yang langsung berhubungan.

#### **5. Studi Kepustakaan**

Studi keperawatan digunakan untuk mengumpulkan data teori yang berhubungan dengan isi karya tulis ilmiah tersebut terdiri dari beberapa sumber lain yang menunjang penulisan karya tulis ilmiah ini.

### **E. Sistematika Penulisan**

Karya tulis ini terdiri dari lima bab yang tersusun secara sistematis dengan urutan sebagai berikut :

#### **1. Bab I : Pendahuluan**

Bab ini berisikan latar belakang, rumusan masalah, tujuan penulisan, metode penulisan dan sistematika penulisan.

#### **2. Bab II : Tinjauan Pustaka**

Bab ini berisikan teori-teori yang mendukung isi karya tulis ilmiah sesuai dengan judul. Pada bagian awal paragraf dituliskan

prolog yang berisikan pengertian, etiologi, patofisiologi, tanda dan gejala, penatalaksanaan medis, komplikasi dan pemeriksaan diagnostic. Bagian selanjutnya adalah tinjauan tentang asuhan keperawatan secara teoritis yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi dan dokumentasi keperawatan sesuai dengan judul karya tulis.

### 3. Bab III : Tinjauan Kasus

Bab ini berisikan kegiatan-kegiatan yang dilaksanakan sesuai dengan judul dan dilaporkan dalam bentuk proses keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi berdasarkan kasus yang telah dikelola

### 4. Bab IV : Pembahasan

Bab ini menguraikan tentang asuhan keperawatan pada Tuan B dengan Gastritis Erosif dalam praktek nyata dihubungkan dengan konsep-konsep asuhan keperawatan pada klien dengan Gastritis Erosif secara teoritis yang meliputi pengkajian , diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi dan dokumentasi keperawatan

### 5. Bab V : Penutup

#### a. Kesimpulan

Merupakan jawaban tujuan penulisan dan sebagai inti dari pembahasan yang ditulis secara singkat dan jelas.

b. Saran

Merupakan tanggapan dan butir kesimpulan yang berupa kesenjangan antara teori dengan kenyataan yang ada pada saat pelaksanaan karya tulis ilmiah. Saran merupakan alternatif pemecahan masalah yang operasional dapat dilaksanakan atau diupayakan untuk tindak lanjut oleh yang diberi saran. Saran dapat ditujukan kepada perawat, klien, keluarga klien, masyarakat ataupun institusi yang terkait dalam kajian. Tidak dibenarkan adanya saran yang tiba-tiba muncul tanpa ada kaitanya dengan kesenjangan yang diperoleh dari kesimpulan.



## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Anatomi dan Fisiologi Lambung

Lambung terletak oblik dari kiri ke kanan menyilang di abdomen atas tepat di bawah diafragma. Dalam keadaan kosong lambung menyerupai tabung bentuk J dan bila penuh, berbentuk seperti buah pir raksasa. Kapasitas normal lambung adalah 1 sampai 2 L. Secara anatomis lambung terbagi atas *fundus*, *korpus*, dan *anturm pilorikum* atau *pilorus*. (Price, 2014)

Lambung tersusun atas empat lapisan. *Tunika serosa* atau lapisan luar merupakan bagian dari peritoneum viseralis. Dua lapisan peritoneum viseralis menyatu pada kurvatura minor lambung dan duodenum kemudia terus memanjang ke hati, membentuk *omentum minus*. Lipatan peritoneum yang keluar dari satu organ menuju ke organ lain disebut sebagai liga mentum. Jadi omentum minus (disebut juga ligamentum hepatogastrikum atau hepatoduodenalis) menyokong lambung sepanjang kurvatura minor sampai ke hati. Pada kurvatura mayor, peritoneum terus ke bawah membentuk *omentum majus*, yang menutupi usus halus dari depan seperti sebuah apron besar. Sakus omentum minus adalah tempat yang sering terjadi penimbunan cairan ( pseudokista pankreatikum) akibat penyulit pankreatitis akut.

*Mukosa*, lapisan dalam lambung, tersusun atas lipatan-lipatan longitudinal disebut *rugae*, yang memungkinkan terjadinya distensi lambung sewaktu diisi makanan. Terdapat beberapa tipe kelenjar pada lapisan ini dan dikategorikan menurut bagian anatomi lambung yang ditempatinya. *Kelenjar kardia* berada di dekat orifisium kardia dan menyekresikan mukus. *Kelenjar fundus atau gastrik* terletak di fundus dan pada hampir seluruh korpus lambung. Kelenjar gastrik memiliki tiga tipe utama sel. *Sel-sel zimogenik (chief cell)* menyekresikan asam hidroklorida (HCl) dan faktor intrinsik (Price, 2014)

Fungsi motorik terdiri atas penyimpanan, pencampuran dan pengosongan kimus (makanan yang bercampur dengan sekret lambung) ke dalam duodenum. Penting untuk memahami regulasi dan pengawasan sekresi lambung untuk mengetahui patogenesis dan pengobatan ulkus peptikum secara rasional.(Price, 2014)

## **B. Pengertian**

Gastritis akut adalah suatu peradangan permukaan mukosa lambung dengan kerusakan erosi, sedangkan gastritis kronik adalah inflamasi lambung atau oleh bakteri *Helicobacter Pylori* (Dermawan dan Rahayuningsih, 2010).

Gastritis akut erosif (disebut juga gastritis reaktif) adalah peradangan pada mukosa lambung yang terjadi karena pajanan

beberapa faktor atau agen termasuk obat anti inflamasi nonstroid, refluk garam empedu, dan iskemi yang mengakibatkan kondisi hemoragi, erosi, dan ulkus (Mubin, 2011).

Gastritis akut erosif adalah kondisi lambung dimana terjadi erosi dan userasi yang telah mencapai sistem pembuluh darah dapat terjadi secara akut dan kronis. (Dermawan dan Rahayuningsih, 2010).

### **C. Etiologi**

Gastritis erosif dapat timbul tanpa diketahui sebabnya penyebab yang sering dijumpai ialah (Sukarmin, 2012):

1. Obat analgesik-anti inflamasi, terutama aspirin. Aspirin dalam dosis rendah sudah dapat menyebabkan erosi mulosa lambung.
2. Bahan kimia misalnya lisol.
3. Merokok.

### **D. Patofisiologi**

Patofisiologi dasar dari gastritis adalah gangguan keseimbangan faktor agresif (asam lambung dan pepsin) dan faktor defensif (ketahanan mukoso). Penggunaan aspirin atau obat anti inflamasi non steroid (AINS) lainnya, obat-obatan kortikosteroid, penyalahgunaan alkohol, menelan substansi erosif, merokok, atau kombinasi dari faktor- faktor tersebut dapat mengancam ketahanan mukosa

lambung. Gastritis dapat menimbulkan gejala berupa nyeri, sakit, atau ketidaknyamanan yang terpusat pada perut bagian atas (Sukarmin, 2012).

Gaster memiliki lapisan epitel mukosa yang secara konstan terpapar oleh berbagai faktor endogen yang dapat mempengaruhi integritas mukosanya, seperti asam lambung, pepsinogen/pepsin dan garam empedu. Sedangkan faktor eksogennya adalah obat-obatan, alkohol dan bakteri yang dapat merusak integritas epitel mukosa lambung, misalnya *Helicobacter pylori*. Oleh karena itu gaster memiliki dua faktor yang sangat melindungi integritas mukosanya, yaitu faktor defensif dan faktor agresif (Sukarmin, 2012).

Obat-obatan, alkohol, pola makan yang tidak teratur, stress, dan lain-lain dapat merusak mukosa lambung, mengganggu pertahanan mukosa lambung, dan memungkinkan difusi kembali asam pepsin ke dalam jaringan lambung, hal ini menimbulkan peradangan nekrosis dapat mengakibatkan perforasi dinding lambung dengan akibat berikutnya pendarahan dan peritonitis (Sukarmin, 2012)

#### **E. Tanda dan Gejala**

Sindrom dispepsia berupa nyeri epigastrium, mual, kembung dan muntah merupakan salah satu keluhan yang sering muncul. Ditemukan pula perdarahan saluran cerna berupa hematemesis dan

melena, kemudian disesuaikan dengan tanda-tanda anemia pasca perdarahan. Biasanya, jika dilakukan anamnesis lebih dalam, tanpa riwayat penggunaan obat-obatan atau bahan kimia tertentu (Potter, 2008).

Ulserasi superfisial dapat terjadi dan dapat menimbulkan hemoragi, ketidaknyamanan abdomen (dengan sakit kepala, mual dan anoreksia) dan dapat terjadi muntah, serta cegukan beberapa pasien adalah asimtomatik, kolik diare dapat terjadi jika makanan pengiritasi tidak dimuntahkan, tetapi jika sudah mencapai usus besar, pasien biasanya sembuh kira-kira dalam sehari meskipun nafsu makan berkurang atau menurun selama 2 sampai 3 hari (Potter, 2008).

#### **F. Penatalaksanaan Medis**

Penatalaksanaan medikal untuk gastritis akut adalah dengan menghilangkan etiologinya, diet lambung dengan porsi kecil dan sering. Obat-obatan ditunjukkan untuk mengatur sekresi asam lambung berupa antagonis  $H_2$  inhibition pompa proton, antikolinergik, dan antasid juga ditunjukkan sebagai sifoprotektor berupa sukralfat dan prostaglandin (Potter, 2008).

Penatalaksanaan sebaiknya meliputi pencegahan terhadap setiap pasien dengan resiko tinggi, pengobatan terhadap penyakit yang

mendasari dan menghentikan obat yang di dapat menjadi kuasa dan pengobatan suportif. Pencegahan dapat dilakukan dengan pemberian antasida dan antagonis  $H_2$  sehingga mencapai ph lambung 4. Meskipun hasilnya masih jadi perdebatan, tetapi pada umumnya tetap di anjurkan (Potter, 2008).

Pencegahan terutama bagi pasien yang menderita penyakit dengan keadaan klinis yang berat. Untuk pengguna aspirin atau anti inflamasi nonsteroid pencegahan yang terbaik adalah dengan misaprostol, atau derivat prostaglandin mukosa (Potter, 2008).

Pemberian antasida, antagonis  $H_2$  dan sukralfat tetap dianjurkan walaupun efek teraupetiknya masih diragukan. Biasanya pendarahan akan segera berhenti bila keadaan si pasien membaik dan lesi mukosa akan segera normal kembali, pada pasien biasa mengancam jiwa. Tindakan-tindakan itu misalnya endoskopi skleroterapi, embolisasi arteri gastritis kiri atau gastrektomi. Gastrektomi sebaiknya dilakukan hanya atas dasar abolut. (Surkamin, 2012).

Penatalaksanaan untuk gastritis kronis adalah ditandai oleh progestif efitel kelenjar disertai sel parietal dan *chief cell*. Dinding lambung menjadi tipis dan mukosa mempunyai permukaan yang rata. Gastritis kronis ini digolongkan menjadi dua kategori tipe A (altrofik atau fundal) dan tipe B (antral) (Sukarmin, 2012).

Pengobatan gastritis kronis bervariasi, tergantung pada penyakit yang dicurigai. Bila terdapat ulkus duodenum, dapat diberikan antibiotik untuk membatasi *Helicobacter Pylori*. Namun demikian, lesi tidak selalu muncul dengan gastritis kronis alkohol dan obat yang diketahui mengiritasi lambung namun dihindari. Bila terjadi anemia defisiensi besi (yang disebabkan oleh pendarahan kronis), maka penyakit ini harus diobati, pada anemia pemisiosa harus diberikan pengobatan vitamin  $B_{12}$  dan terapi yang sesuai (Sukarmin, 2012).

Gastritis kronis diatasi dengan memodifikasi obat dan meningkatkan istirahat, mengurangi dan memulai farmakoterapi. *Helicobacter Pylori* dapat diatasi dengan antibiotik (seperti Tetrakisiklin atau Amoxicillin) dan garam bismuth (Pepto Bismol). Pasien dengan gastritis tipe A biasanya mengalami malabsorpsi  $B_{12}$  (Dermawan, 2010).

## **G. Komplikasi**

Komplikasi yang timbul pada gastritis, yaitu pendarahan saluran cerna bagian atas (SCBA) berupa hematemesis dan melena, berakhir dengan syok hemoragik, terjadi ulkus, kalau prosesnya hebat dan jarang terjadi perforasi. Jika dibiarkan tidak terawat, gastritis akan dapat menyebabkan ulkus

## H. Pemeriksaan Diagnostik

Menurut Suratul dan Lusiana (2010) ada beberapa pemeriksaan penunjang yang dilakukan untuk menentukan diagnosa pada pasien dengan Gastritis Erosif diantaranya:

- a. Darah lengkap bertujuan untuk mengetahui adanya anemia.
- b. Pemeriksaan serum vitamin  $B_{12}$  bertujuan untuk mengetahui adanya defisiensi vitamin  $B_{12}$ .
- c. Analisis feses bertujuan untuk mengetahui adanya darah dalam feses.
- d. Analisa gaster bertujuan untuk mengetahui kandungan asam lambung dalam lambung. Adanya *Achlorhidria* menunjukkan gastritis atrofi.
- e. Tes antibody serum, bertujuan untuk mengetahui adanya anti bodi sel parietal dan faktor intrinsik lambung terhadap *Helicobacter Pylori*.
- f. Endoskopi, biopsi dan pemeriksaan urin biasanya dilakukan bila ada kecurigaan berkembangnya ulkus peptikum.
- g. Sitologi bertujuan untuk mengetahui adanya keganasan sel lambung.



## **I. Asuhan Keperawatan**

Asuhan keperawatan adalah faktor penting dalam survival pasien dan dalam aspek-aspek pemeliharaan, rehabilitative, dan preventif perawatan kesehatan. Untuk sampai pada hal ini, profesi keperawatan telah mengidentifikasi proses pemecahan masalah “menggabungkan elemen yang paling diinginkan dari seni keperawatan dengan elemen yang paling relevan dari sytem teori, dengan menggunakan metode ilmiah” (Doenges, 2010).

Dalam melaksanakan asuhan terhadap pasien gastritis erosiva, perawat memandang pasien sebagai individu yang utuh yang terdiri dari bio, psiko, sosial, dan spritual, yang mempunyai kebutuhan sesuai tingkat pertumbuhan dan perkembangannya.

### **1. Pengkajian**

Pengkajian adalah langkah awal dan dasar bagi seseorang perawat dalam melakukan pendekatan secara sistematis untuk, mengumpulkan data dan menganalisa, sehingga dapat diketahui kebutuhan pasien tersebut. Pengumpulan data yang akurat dan sistematis akan membantu menentukan status kesehatan dan pola pertahanan pasien serta memudahkan dalam perumusan diagnosa keperawatan (Doenges, 2010).

Cara pengumpulan data dapat dilakukan dengan beberapa cara yaitu observasi, wawancara dan pemeriksaan fisik. Selain itu

dapat juga dengan catatan klien seperti catatan klinik, dokumentasi dan kasus pasien dan literatur yang mencakup semua material, buku-buku, majalah dan surat kabar.

Pengkajian pada klien Gastritis Erosif menurut Doenges (2010)

**a. Aktivitas/Istirahat**

Gejala : kelemahan, kelelahan

Tanda : Takikardi, Takipnea (respon terhadap aktivitas)

**b. Sirkulasi**

Gejala : Hipotensi, takikardia, kelemahan/ nadi perifer lemah, pengisian kapiler lambat/perlahan (vasokonstriksi). Warna kulit pucat, sianosis, kelembaban kulit/membran mukosa berkeringat (menunjukkan status syok, nyeri akut, respon psikologik).

**c. Integritas Ego**

Gejala : Faktor stress akut atau kronis (keuangan, keluarga, kerja), perasaan tidak berdaya.

Tanda : Tanda ansietas, misalnya gelisah, pucat, berkeringat, perhatian menyempit, gemetar, suara gemetar.

**d. Eliminasi**

Gejala : Riwayat dirumah sakit sebelumnya karena perdarahan GI atau masalah yang berhubungan dengan GI, misalnya luka peptic/ gaster, gastritis, bedah gaster,

radiasi area gaster, perubahan pola defekasi,/karakteristik feses.

Tanda : Nyeri tekan abdomen, bunyi usus sering hiperaktif selama perdarahan, hipoaktif setelah pendarahan, karakter feses; diare, darah warna gelap, kecoklatan, atau kadang merah cerah, berbusa, bau busuk, konstipasi dapat terjadi (perubahan diet, penggunaan antasida), haluaran urine menurun, pekat.

**e. Makanan/Cairan**

Gejala : anoreksia, mual, muntah, masalah menelan, nyeri ulu hati, sendawa bau asam, mual/muntah, tidak toleran terhadap makanan, penurunan berat badan.

Tanda : muntah warna kopi gelap atau merah cerah dengan atau tanpa ada bekuan darah, membran mukosa kering, penurunan produksi mukosa turgor kulit buruk (pendaraahan kronis), berat jenis urine meningkat.

**f. Neurosensori**

Gejala : rasa berdeyut, pusing/sakit kepala karena sinar, kelemahan, status mental; tingkat kesadaran dapat terganggu, cenderung tidur, disorientasi/bingung, sampai pingsan dan koma (tergantung pada volume sirkulasi/oksigenesis).

#### **g. Nyeri/ketidaknyamanan**

Gejala : nyeri digambarkan seperti tajam, dangkal, rasa terbakar, perih; nyeri hebat tiba-tiba dapat disertai perforasi rasa ketidaknyamanan/distress samar-samar setelah makan banyak dan hilang dengan makan (gastritis akut), nyeri epigastrium kiri sampai tengah atau meyebar ke punggung terjadi 1-2 jam setelah makan dan hilang dengan antasida, nyeri epigastrium terlokalisasi di kanan terjadi kurang lebih 4 jam setelah makan bila lambung kosong dan hilang dengan makanan atau dengan antasida.

Tanda : wajah meringis berhati-hati pada area yang sakit, pucat, berkeringat, perhatian menyempit.

#### **h. Keamanan**

Gejala : alergi terhadap obat/tidak

Tanda : terjadi peningkatan suhu atau tidak

#### **i. Penyuluhan/Pembelajaran**

Gejala : adanya riwayat penggunaan obat bebas/resep, alkohol, dan riwayat pendarahan GI, masalah kesehatan yang lama misalnya sirosis, alkoholisme, hepatitis, gangguan makan.

## 2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan langkah kedua dari proses keperawatan setelah pengkajian data. Diagnosa keperawatan adalah mengidentifikasi masalah kesehatan yang aktual atau potensial yang dapat ditangani dengan intervensi keperawatan yang mandiri (Smeltze & Bare, 2010). Diagnosa keperawatan berorientasi pada kebutuhan dasar manusia berdasarkan teori kebutuhan dasar Abraham Maslow memperhatikan respon individu/klien terhadap penyakit atau kondisi yang dialaminya.

Diagnosa yang mungkin muncul pada klien Gastritis Erosif menurut Doenges (2010) adalah :

- a). Kekurangan volume cairan berhubungan dengan perdarahan.
- b). Resiko gangguana perfusi jaringan berhubungan dengan hipovolemik karena pendarahan.
- c). Gangguan rasa nyaman (nyeri) berhubungan dengan rasa panas/terbakar pada mukosa lambung dan rongga mulut.
- d). Kurang pengetahuan berhubungan dengan kuranya informasi mengenai penyakit.
- e). Ketakutan/ansietas berhubungan dengan perubahan status kesehatan, ancaman kematian.

### 3. Perencanaan

Perencanaan adalah penentuan tujuan dari rencana keperawatan yang disusun untuk membantu pasien mengatasi masalah yang sudah didiagnosa (Smeltzer & Bare, 2010).

Rencana tindakan keperawatan merupakan langkah ketiga dalam proses keperawatan. Setelah merumuskan diagnosa keperawatan perlu dibuat perencanaan intervensi keperawatan dan aktifitas keperawatan.

Tujuan perencanaan adalah mengurangi, menghilangkan dan mencegah masalah keperawatan pasien. Tahapan perencanaan keperawatan adalah menentukan prioritas, merumuskan tujuan atau sasaran dari perumusan kriteria hasil yang diinginkan, menentukan rencana intervensi, menuliskan rencana intervensi.

Adapun diagnosa keperawatan asuhan keperawatan yang merumuskan berdasarkan kemungkinan diagnosa keperawatan yang muncul pada klien Gastritis erosif menurut Doenges (2010) adalah:]

### 4. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan atau implementasi adalah aktualisasi dari rencan perawatan melalui intervensi keperawatan (Smeltzer & Bare, 2010)

Tindakan keperawatan atau implementasi merupakan pelaksanaan perencanaan oleh perawat dan klien. Hal-hal yang harus diperhatikan ketika melakukan implementasi adalah intervensi dilakukan sesuai dengan rencana setelah dilakukan validasi, penugasan keterampilan interpersonal, intelektual dan teknis. Intervensi harus dilakukan dengan cermat dan efisien pada situasi yang tepat, kemampuan fisik, psikologis dilindungi dan didokumentasikan keperawatan berupa pencatatan dan pelaporan.

Tindakan keperawatan atau implementasi merupakan pelaksanaan perencanaan oleh perawat dan klien. Ada tiga fase implementasi keperawatan yaitu fase persiapan klien dan lingkungan. Kedua fase operasional merupakan puncak implementasi dengan berorientasi pada tujuan implementasi dapat dilakukan dengan intervensi independen atau mandiri, serta interdependen atau sering disebut intervensi kolaborasi. Bersamaan dengan ini, perawat tetap melakukan going assessment yang berupa pengumpulan data yang berhubungan dengan reaksi klien termasuk reaksi fisik, psikologis, sosial dan spiritual. Ketiga fase terminasi, merupakan terminasi perawat dengan klien setelah implementasi dilakukan.

Hal-hal yang harus diperhatikan ketika melakukan implementasi adalah intervensi dilaksanakan sesuai dengan rencana setelah

dilakukan validasi, penguasaan keterampilan interpersonal, intelektual, dan teknis, intervensi harus dilakukan dengan cermat dan efisien pada situasi yang tepat, keamanan fisik, dan psikologi dilindungi dan dokumentasi keperawatan berupa pencatatan dan pelaporan.

Pelaksanaan adalah implementasi atau penerapan tindakan-tindakan keperawatan yang telah direncanakan. Pada tahap ini ada beberapa perlu dikerjakan, antara lain:

- a) Melaksanakan/menerapkan tindakan-tindakan keperawatan yang ada dalam rencana.
- b) Mengisi format asuhan keperawatan.

Beberapa prioritas keperawatan yang diterapkan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan pada klien Gastritis Erosif menurut Doenges (2010) adalah kontrol pendarahan, meningkatkan/pertahanan stabilitas hemodinamik, meningkatkan penurunan stres, dan memberikan informasi tentang proses penyakit/prognosis, kebutuhan pengobatan, dan potensial komplikasi.

## 5. Evaluasi

Evaluasi adalah penentuan dari sepon pasien terhadap intervensi keperawatan dan sejauh mana tujuan sudah di capai (Smeltzer & Bare, 2012).



Evaluasi merupakan tahap akhir proses keperawatan yang merupakan aktifitas berkesinambungan dari tahap awal (pengkajian) sampai tahap akhir (evaluasi) dan melibatkan pasien/keluarga. Evaluasi terdiri dari evaluasi proses, untuk menilai apakah prosedur dilakukan sesuai dengan rencana dan evaluasi hasil berfokus kepada perubahan perilaku dan keadaan kesehatan pasien sebagai hasil tindakan keperawatan. Ada tiga alternatif dalam menafsirkan hasil evaluasi yaitu :

a) Masalah teratasi

Masalah teratasi apabila pasien menunjukkan perubahan laku dan perkembangan kesehatan sesuai dengan kriteria pencapaian tujuan yang telah ditetapkan.

b) Masalah sebagian teratasi

Masalah sebagian teratasi apabila pasien menunjukkan perubahan dan perkembangan kesehatan hanya sebagian dari kriteria pencapaian tujuan yang telah ditetapkan.

c) Masalah belum teratasi

Masalah belum teratasi, jika pasien samasekali tidak menunjukkan perubahan perilaku dan perkembangan kesehatan atau bahkan timbul masalah yang baru (Nursalam, 2010).

Evaluasi yang diharapkan pada klien Gastritis Erosif menurut Doenges (2010) adalah tanda vital dalam batas normal (TD=140/90 mmhg, N=80x/i, RR=20x/i, T=36°C), turgor kulit normal, membran mukosa lembab, produksi urine output seimbang, muntah darah dan berak darah berhenti, kulit hangat, nadi perifer teraba, keluaran urine adekuat, nyeri hilang, skala nyeri 0-1, pasien mengerti dengan penjelasan yang diberikan perawat, tampak tenang, mendiskusikan masalah kecemasannya dan menunjukkan rasa rileks serta melaporkan rasa ansietas hilang atau berkurang.

Evaluasi dilakukan dengan melihat respon klien terhadap tindakan keperawatan yang telah diberikan dengan memperhatikan tujuan dan kriteria hasil yang diharapkan. Evaluasi bisa bersifat formatif yaitu dilakukan secara terus-menerus untuk menilai setiap hasil yang telah di capai dan bersifat sumatif yaitu dilakukan sekaligus pada akhir semua tindakan keperawatan yang telah dilakukan.

## 6. Dokumentasi

Dokumentasi memberikan catatan tentang penggunaan proses keperawatan untuk memberikan perawatan secara individual. Pengkajian awal dicatat dalam riwayat atau data dasar pasien. Diagnosa dari masalah/kebutuhan pasien, dan perencanaan

asuhan pasien dicatat pada rencana perawat. Implementasi dari perencanaan dicatat dalam catatan kemajuan. Evaluasi asuhan dicatat dalam catatan kemajuan atau rencana perawat.

Dokumentasi bukan hanya persyaratan untuk akreditasi tetapi juga merupakan catatan permanen tentang apa yang terjadi dengan setiap pasien. Dokumentasi ini merupakan persyaratan legal dalam setiap lingkungan pelayanan kesehatan ( Doenges, 2010).

No	Diagnosa	NOC	NIC
1	Kekurangan volume cairan berhubungan dengan perdarahan.	setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x 24 jam diharapkan cairan dan elektrolit seimbang dengan Kriteria hasil :  1.1 fluid balance a. turgor kulit elastic (5) b. intake dan output cairan seimbang (5) c. membran mukosa lembab (5)  Keterangan  1. gangguan ekstrem 2. berat 3. sedang 4. ringan 5. tidak ada gangguan	1.1 Electrolyte monitoring a. Identifikasi kemungkinan penyebab ketidakseimbangan elektrolit b. Monitor adanya kehilangan cairan dan elektrolit c. Monitor adanya mual, muntah dan diare
2	Resiko gangguan perfusi jaringan berhubungan dengan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan perfusi jaringan teratasi	2.2. intrakranial pressure (ICP) monitor tekanan intrakranial  a. monitor tekanan

	hipovolemik karena pendarahan.	<p>dengan kriteria hasil :</p> <p>2.2 circulation status</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. tekanan systole dan diastole dalam rentang yang diharapkan (5)</li> <li>b. tidak ada ortostatik hipertensi(5)</li> <li>c. tidak ada tanda-tanda peningkatan tekanan intrakranial(5)</li> </ul> <p>Keterangan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. gangguan ekstrem</li> <li>2. berat</li> <li>3. sedang</li> <li>4. ringan</li> <li>5. tidak ada gangguan</li> </ul>	<p>perpusi serebral</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>b.monitor tekanan intrakranial pasien dan respon neurology terhadap aktivitas</li> <li>c.catat respon pasien terhadap stimuli</li> <li>d.kolaborasi pemberian antibiotik</li> <li>e.minimalkan stimuli dari lingkungan</li> </ul>
3	Gangguan rasa nyaman (nyeri) berhubungan dengan rasa panas/terbakar pada mukosa lambung dan rongga mulut.	<p>setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x 24 jam diharapkan nyeri berkurang dengan Kriteria hasil :</p> <p>3.3 Kontrol Nyeri</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Mengenali kapan nyeri terjadi (5)</li> <li>b. Menggambarkan faktor penyebab (5)</li> <li>c. Menggunakan tindakan pencegahan (5)</li> <li>d. Menggunakan tindakan pengurangan nyeri tanpa analgetik (5)</li> </ul>	<p>3.3 Manajemen nyeri</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Lakukan pengkajian nyeri secara komperhensif yang meliputi, lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri, faktor pencetus.</li> <li>b. Gali bersama pasien faktor-faktor yang dapat menurunkan atau</li> </ul>

		<p>e. Melaporkan nyeri terkontrol (5)</p> <p>Keterangan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tidak pernah menunjukkan</li> <li>2. Jarang menunjukkan</li> <li>3. Kadang-kadang menunjukkan</li> <li>4. Sering menunjukkan</li> <li>5. Secara konsisten menunjukkan</li> </ol>	<p>memperberat nyeri.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>c. Berikan informasi mengenai nyeri, seperti penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan dirasakan, antisipasi dari ketidaknyamanan akibat prosedur.</li> <li>d. Ajarkan prinsip – prinsip manajemen nyeri</li> <li>e. Dorong pasien untuk memonitor nyeri dan mengatasi nyeri dengan tepat.</li> <li>f. Ajarkan penggunaan nonfarmakologi( seperti, relaksasi, distraksi, terapi musik, dll)</li> <li>g. Dukung istirahat/tidur yang adekuat untuk membantu penurunan nyeri.</li> </ol>
4	Kurang pengetahuan berhubungan dengan kuranya informasi mengenai	setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x 24 jam diharapkan pengetahuan dapat teratasi dengan Kriteria hasil :	<p>3.4 Teaching: disease process</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. berikan penilaian tentang tingkat pengetahuan pasien tentang proses penyakit yang spesifik.</li> <li>b. jelaskan</li> </ol>

	penyakit.	<p>4.4. kowlwdge : disease process</p> <p>a. pasien dan keluarga menyatakan pemahaman tentang penyakit, kondisi, prognosis dan program pengobatan (5)</p> <p>b. pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara benar (5)</p> <p>c. pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat/tim kesehatan lainnya.(5)</p> <p>Keterangan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sangat terganggu</li> <li>2. Banyak terganggu</li> <li>3. Cukup terganggu</li> <li>4. Sedikit terganggu</li> <li>5. Tidak terganggu</li> </ol>	<p>patofisiologi dari penyakit dan bagaimana hal ini berhubungan dengan anatomi dan fisiologi, dengan cara yang tepat</p> <p>c. Gambarkan tanda dan gejala yang bsa muncul pada penyakit, dengan cara yang tepat.</p> <p>d. indetifikasi kemungkinan penyebab dengan cara yang tepat.</p>
5	Ketakutan/ansietas berhubungan dengan perubahan status kesehatan, ancaman kematian.	<p>setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x 24 jam diharapkan ketakutan dapat teratasi dengan Kriteria hasil :</p> <p>5.5 Parasimpatis</p> <p>a. pengendalian diri terhadap ansientas: tindakan personal untuk menghilangkan atau mengurangi perasaan kwatir, tegang atau perasaan tidak tenang akibat sumber yang tidak</p>	<p>5.5 untuk lansia</p> <p>a. kaji depresi yang sering tersamarkan oleh ansietas pada lansia</p> <p>b. gunakan pendekatan yang tenang dan tidak terburu-buru</p> <p>c. upayakan konsistensi diantara pemberi asuhan dan didalam lingkungan</p>

		<p>dapat diidentifikasi (5)</p> <p>b. konsentrasi: kemampuan untuk fokus pada stimulasi tertentu (5)</p> <p>c. koping: tindakan personal untuk mengatasi stressor yang membebani sumber-sumber individu (5)</p> <p>Keterangan</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Sangat terganggu</li><li>2. Banyak terganggu</li><li>3. Cukup terganggu</li><li>4. Sedikit terganggu</li><li>5. Tidak terganggu</li></ol>	
--	--	--	--

### **BAB III TINJAUAN KASUS**

A. Pengkajian .....	31
B. Diagnosa Keperawatan.....	42
C. Perencanaan.....	45
D. Pelaksanaan.....	49
E. Evaluasi .....	59

### **BAB IV PEMBAHASAN**

A. Pengkajian .....	64
B. Diagnosa Keperawatan .....	67
C. Perencanaan/intervensi .....	69
D. Pelaksanaan/implementasi .....	72
E. Evaluasi .....	73

**SILAHKAN KUNJUNGI PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS**

**MUHAMMADIYAH KALIMANTAN TIMUR**



## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **A. Kesimpulan**

##### **1. Pengkajian**

Hasil pengkajian subjektif dan objektif pada Bapak B adalah klien mengatakan nyeri seperti ditusuk, tusuk dan terasa lemas sering bertanya tentang penyakitnya tekanan darah 130/90 mmhg, nadi 81x/i, pernafasan 21x/i suhu 37°C.

##### **2. Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa yang muncul pada asuhan keperawatan ini adalah Nyeri akut b/d agen cedera biologis, Resiko ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d faktor biologis, Gangguan pola tidur b/d halangan lingkungan, Perpusi jaringan tidak efektif b/d penurunan konsentrasi HB dan darah, Hambatan religius b/d penyakit/ sakit.

##### **3. Perencanaan**

Perencanaan yang dilakukan disesuaikan dengan diagnosa keperawatan yang ditemukan saat pengkajian, tidak terdapat kesenjangan antara perencanaan secara teori maupun secara kejadian dilapangan pada diagnosa yang sama. Pada diagnosa

yang tidak sama perencanaan disesuaikan dengan masalah yang ada

#### 4. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan yang dilakukan disesuaikan dengan intervensi atau perencanaan yang telah di tentukan ditemukan hambatan dalam proses pelaksanaan dikarenakan keterbatasan waktu penelitian yang hanya tiga hari sehingga semua masalah yang ada pada diagnosa tidak seluruhnya teratasi dikarenakan klien masih memerlukan perawatan untuk pemulihan kondisinya

#### 5. Evaluasi

Hasil asuhan keperawatan menunjukkan bahwa dari lima diagnosa ada 2 2 diagnosa yang teratasi sebagian yaitu gangguan pola tidur dan perpsi jaringan tidak efektif pada diagnosa , nyeri, ketidak seimbangan nutrisi dan hambatan religius teratasi

### **B. Saran**

#### 1. Kepada Instansi Pendidikan

Diharapkan agar instansi pendidikan lebih dapat meningkatkan mutu anak-anak didiknya melalui bimbingan yang lebih intensif dalam melakukan asuhan keperawatan gastritis erosif agar mahasiswa dapat lebih mudah memahami dan melakukan asuhan keperawatan yang sesuai dengan standar pelayanan keperawatan.

## 2. Bagi Rumah Sakit

Dalam hal ini meningkatkan mutu asuhan keperawatan, maka diharapkan bagi rumah sakit untuk dapat melengkapi segala fasilitas kesehatan yang dibutuhkan oleh perawat guna mendukung tindakan keperawatan agar dapat dilaksanakan tanpa ada hambatan misalnya kelengkapan alat.

## 3. Kepada Penulis Selanjutnya

Agar dapat melakukan asuhan keperawatan dapat dilakukan mulai pasien masuk sampai pasien pulang sehingga dapat melakukan asuhan keperawatan secara lebih optimal.

## DAFTAR PUSTAKA

Dermawan, D & Rahyuningsih, T (2010). *Keperawatan Medikal Bedah (sistem Pencernaan)*. Yogyakarta : goysen publishing

Doengoes. M. (2010). *Nursing Diagnosis Manual. Nursing diagnosis manual: planning, individualizing, and documenting client care*. Edisi 2

Kozier, Barbara.dkk. (2010). *Buku ajar fundamental keperawatan: konsep, proses, dan praktik*. Edisi 7. Volume I. Jakarta :EGC

Mubarak, W. I. 2005. *Pengantar keperawatan komunitas*. Jakarta : CV Sagung. Seto

Multaqin, A.& Kumala S. (2011). *Gangguan Gastrointestinal : Aplikasi Asuhan Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta : Salamba Medika

Moshkowitz M, horowitz N, Beit-Or A, et al. 2012. *Gender-associated differences in urea breath test for Helicobacter pylory infection referrals and results among dyspeptic patients*. World J Gastrointest Pathophysiol.

Nursalam. (2011). *Manajemen Keperawatan*. Edisi 3. Jakarta: Salemba Medika.

Potter, Patricia A. (2008). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan : konsep, Proses dan Praktek*. Jakarta EGC.

Potter, P.A., & Perry A.G. (2009). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan Konsep Proses dan Praktik*. Jakarta : EGC

Profil Kesehatan Indonesia 2014. Diambil Pada 20 juni 2016.  
Pada [www.depkes.go.id](http://www.depkes.go.id). Jakarta

Sukamin 2012. *Keperawatan Pada Sistem Percenaan*. Yogyakarta: pelajar Setiadi, konsep dan penulisan dokumentasi keperawatan (teori dan praktik). Yogyakarta : Graha Ilmu