

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Lansia

1. Definisi Lansia

- a. Pengertian Lansia Menurut *World Health Organisation* (WHO), lansia adalah seseorang yang telah memasuki usia 60 tahun keatas. Lansia merupakan kelompok umur pada manusia yang telah memasuki tahapan akhir dari fase kehidupannya. Kelompok yang dikategorikan lansia ini akan terjadi suatu proses yang disebut *Aging Process* atau proses penuaan (Aspiani, 2014).
- b. Lanisa menurut hawari adalah keadaan yang ditandai oleh kegagalan seseorang untuk mempertahankan keseimbangan terhadap kondisi stress fisiologis . kegagalan ini berkaitan dengan penurunan daya kemampuan untuk hidup serta peningkatan kepekaan secara individual (Muhith , 2016)
- c. Menurut Kemenkes Ri, lanjut usia atau yang disingkat lansia adalah seseorang yang berusia 60 tahun atau lebih (Festi, 2018)

2. Batasan usia lanjut

Menurut organisasi Kesehatan Dunia WHO (*World Health Organization*) ada empat tahap yakni:

- a. Usia pertengahan (*middle age*) : 45-59 tahun
- b. Lanjut usia (*elderly*) : 60-74 tahun

- c. Lanjut usia tua (*old*) : 75-90 tahun
- d. Usia sangat tua (*very old*) : diatas 90 tahun

3. Perubahan- perubahan fisik yang Terjadi pada Lansia

1. Perubahan fisik

a. Sel

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

b. Sistem persyarafan

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

c. 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.

d. 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 kak,

kemampuan jantung memompa darah menurun $\pm 1\%$ pertahun, kehilangan elastisitas pembuluh darah, tekanan darah meningkat.

e. Sistem pengaturan suhu tubuh

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

f. Sistem respirasi

Menurunnya kekuatan otot pernapasan dan aktivitas dari silia-silia paru-paru kehilangan elastisitas, alveoli ukurannya melebar, menurunnya O_2 pada arteri menjadi 75 mmHg, menurunnya batuk.

g. 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, pertambahan waktu pengosongan lambung, asam lambung menurun dan fungsi absorpsi melemah.

h. 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.

i. Sistem endokrin

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

j. 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.

k. Sistem musculoskeletal

tulang kehilangan cairan dan makin rapuh, tafosis, tubuh menjadi lebih pendek, persendian membesar dan menjadi kaku, tendon mengerut dan menjadi sclerosis, atrofi serabut otot

(Wahjudi Nugroho, 2000 dalam Mujahidullah 2012)

B. Konsep Gastritis

1. Definisi

- a. Gastritis merupakan suatu keadaan peradangan atau perdarahan mukosa lambung yang dapat bersifat akut, kronis, difus atau local (Nurarif & Kusuma, 2015)
- b. Gastritis yaitu peradangan lokal atau menyebar pada mukosa lambung yang berkembang bila mekanisme protektif mukosa dipenuhi dengan bakteri atau bahan iritan lain (Reeves, 2002 dalam wijaya & Putri, 2013)

- c. Gastritis pada lansia adalah suatu peradangan mukosa lambung yang dapat bersifat kronis, difus atau lokal yang sering terjadi pada lansia: dua jenis gastritis yang paling sering terjadi: gastritis superfisial akut dan gastritis atropik kronik (Aspiani, 2014)

2. Klasifikasi

a. Gastritis akut

Merupakan lesi mukosa akut berupa erosi dan perdarahan akibat faktor-faktor agresik atau akibat gangguan sirkulasi akut mukosa lambung.

Etiologi :

- a) Alkohol
- b) Obat-obatan: aspirin, digitalis, yodium, sulfat feros, kortison, obat anti inflamasi non steroid (AINS)
- c) Gangguan mikrosirkulasi mukosa lambung seperti: trauma, luka bakar, sepsis
- d) Jenis bahan makanan: (zat yang terkandung dalam kopi) bahan rempah-rempah seperti: merica, cuka, asam
- e) Stress

b. Gastritis kronik

Disebut gastritis kronik bila infiltrasi sel radang sampai pada lamina propria, daerah epitel atau pada kedua daerah tersebut terutama terdiri atas limfosit dan sel plasma. Kehadiran granulosit

netrofil pada daerah tersebut menandakan peningkatan aktivitas gastritis kronis.

Penyebabnya tidak jelas, sering bersifat multi faktor dengan perjalanan klinik yang bervariasi berhubungan dengan faktor ras, hereditas, psikis dan makanan (Masjoer Arief, 2001 dalam Aspiani 2014)

3. Etiologi

Gastritis disebabkan oleh infeksi kuman *Helicobacter pylory* dan pada awal infeksi mukosa lambung menunjukkan respons inflamasi akut dan jika diabaikan akan menjadi kronik (Nurarif & Kusuma, 2015)

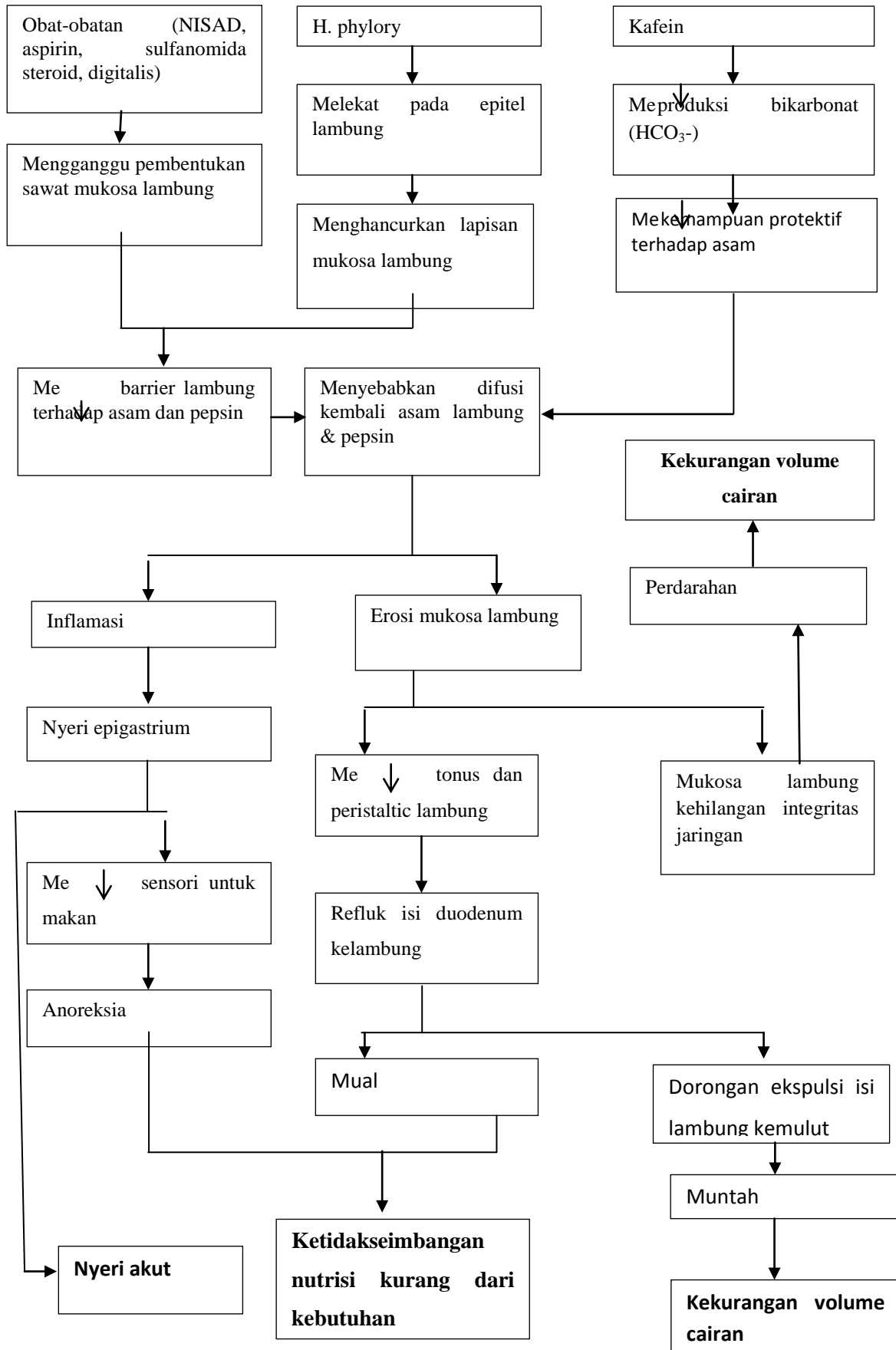
4. Patofisiologi

obat-obatan, alcohol, garam empedu dan enzim-enzim pancreas dapat merusak mukosa lambung (gastritis erosif), mengganggu pertahanan mukosa lambung dan memungkinkan difusi kembali, asam dan pepsin ke dalam jaringan lambung, hal ini menimbulkan peradangan respons mukosa terhadap kebanyakan penyebab iritasi tersebut dengan regenerasi mukosa, karena itu gangguan tersebut seringkali menghilang dengan sendirinya. 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 atrofi kelenjar-kelenjar lambung dan keadaan mukosa terhadap bercak-bercak

penebalan warna abu-abu. Hilangnya mukosa lambung akhirnya akan berakibat kurangnya sekresi lambung dan timbulnya anemia perniosa. Mukosa lambung dengan bantuan *prostaglandin* melindungi muscular seluruh dari *Arodigestive* bila pertahanan gagal terjadi *Gastritis*. Setelah pertahanan saraf kolioergik, HCl berdifusi kedalam mukosa dan menyebabkan luka pada pembuluh darah kecil dan menyebabkan oedem. Perdarahan dan erosi pada dinding gastrik karena perkembangan penyakit, dinding gastrik menjadi tipis dan atrofi (Aspiani, 2014).

Bagan 2.1 Pathway



(Nurarif & kusuma, 2015)

5. Manifestasi klinis

- a. Gastritis akut: nyeri epigastrium, mual, muntah dan perdarahan terselubung maupun nyata. Dengan endoskopi terlihat mukosa lambung hyperemia dan udem, mungkin juga ditemukan erosi dan perdarahan aktif.
- b. Gastritis kronik: kebanyakan gastritis asimtomatik, keluhan lebih berkaitan dengan komplikasi gastritis atrofik, seperti tukak lambung, defisiensi zat besi, anemia pernisiiosa, dan karsinoma lambung.

(Nurarif & Kusuma, 2015)

6. Pemeriksaan penunjang

- a. Pemeriksaan darah. Tes ini digunakan untuk memeriksa adanya antibodi H. pylori dalam darah. Hasil tes yang positif menunjukkan bahwa pasien pernah kontak dengan bakteri pada suatu waktu dalam hidupnya, tapi itu tidak menunjukkan bahwa pasien tersebut terkena infeksi. Tes darah dapat juga dilakukan untuk memeriksa anemia, yang terjadi akibat pendarahan lambung akibat gastritis.
- b. Pemeriksaan pernapasan. Tes ini dapat menentukan apakah pasien terinfeksi oleh bakteri H. pylori atau tidak.
- c. Pemeriksaan feses. Tes ini memeriksa apakah terdapat H. pylori dalam feses atau tidak. Hasil yang positif dapat mengindikasikan terjadinya infeksi pemeriksaan.

- d. Endoskopi saluran cerna bagian atas. Dengan tes ini dapat terlihat adanya ketidaknormalan pada saluran cerna bagian atas yang mungkin tidak terlihat dari sinar-X.
- e. Ronsen saluran cerna bagian atas. Tes ini akan melihat adanya tanda-tanda gastritis atau penyakit pencernaan lainnya. Biasanya akan diminta menelan cairan barium terlebih dahulu sebelum dilakukan ronsen. Cairan ini akan melapisi saluran cerna dan akan terlihat lebih jelas ketika ronsen.

(Nurarif & Kusuma, 2015)

7. Penatalaksanaan

a. Gastritis akut

Faktor utama adalah dengan menghilangnya etiologinya, diet lambung dengan porsi kecil dan sering. Obat-obatan ditunjukkan untuk mengatur sekresi asam lambung berupa antagonis reseptor H₂, inhibitor pompa proton, antikoligenik dan antasid juga ditunjukkan sebagai sifoprotektor berupa sukralfat dan prostaglandin. Penatalaksanaan sebaiknya meliputi pencegahan terhadap setiap pasien dengan resiko tinggi, pengobatan terhadap penyakit yang mendasari dan menghentikan obat yang dapat menjadi penyebab, serta dengan pengobatan suportif.

Pencegahan dapat dilakukan dengan pemberian antasida dan antagonis H₂ sehingga mencapai PH lambung 4. Meskipun

hasilnya masih jadi perdebatan, tetapi pada umumnya tetap dianjurkan. Pencegahan ini 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*.

Penatalaksanaan medical untuk gastritis akut dilakukan dengan menghindari alcohol dan makanan sampai gejala berkurang. Bila gejala menetap, diperlukan cairan intravena. Bila terdapat perdarahan, penatalaksanaan serupa dengan pada hemoragi saluran gastrointestinal atas. Bila gastritis terjadi alkali kuat, gunakan jus karena adanya bahaya *perforasi*.

b. Gastritis kronis

Factor utama ditandai oleh kondisi progresif epitel 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 (Atrofik atau Fundal) dan tipe B (Antral).

Gastritis kronis tipe A disebut juga gastritis atrofik atau fundal, karena gastritis terjadi pada bagian fundus lambung. Gastritis kronis Tipe A merupakan suatu penyakit autoimun yang disebabkan oleh adanya autoantibodi terhadap sel parietal dan *Chief Cell* dapat menurunkan sekresi asam dan menyebabkan tingginya kadar gastrin.

Gastritis kronis Tipe B disebut juga sebagai gastritis antral karena umumnya mengenai daerah atrium lambung dan lebih sering terjadi dibandingkan dengan gastritis kronis Tipe A. penyebab utama gastritis Tipe B adalah infeksi kronis oleh *Helicobacter pylori*. faktor etiologi gastritis kronis lainnya adalah asupan alkohol yang berlebihan, merokok, dan refluks yang dapat mencetuskan terjadinya ulkus peptikum dan karsinoma.

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 harus dihindari. Bila terjadi anemia defisiensi besi (yang disebabkan oleh perdarahan kronis), maka penyakit ini harus diobati. Pada anemia pernisiiosa harus diberi pengobatan vitamin B12 dan terapi yang sesuai. Gastritis kronis diatasi dengan memodifikasi diet dan meningkatkan istirahat serta memulai farmakoterapi. *Helicobacter pylori* dapat diatasi dengan antibiotic (seperti *Tetrasiklin* atau *Amoxicillin*) dan garam bismuth (pepto bismol). Pasien dengan gastritis Tipe A biasanya mengalami malabsorpsi vitamin B12 (Aspiani, 2014).

C. Konsep Nyeri

1. Pengertian

- a. Nyeri adalah pengalaman sensori yang tidak menyenangkan, unsur utama yang harus ada untuk disebut nyeri adalah rasa tidak menyenangkan. Tanpa unsur itu tidak dapat dikategorikan sebagai nyeri, walaupun sebaliknya, semua yang tidak menyenangkan tidak dapat disebut sebagai nyeri (Zakiya, 2015)
- b. Nyeri Akut merupakan pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan yang actual atau potensial atau digambarkan dalam hal kerusakan sedemikian rupa (Nurarif & Kusuma, 2015)

2. Klasifikasi

Berdasarkan lama keluhan dan waktu kejadian, nyeri dibagi menjadi :

a. Nyeri akut

Menurut Federal of State Medical Boards of United States, nyeri akut adalah respons fisiologis normal yang diramalkan terhadap rangsangan kimiawi, panas atau mekanik menyusul suatu pembedahan, trauma, dan penyakit akut.

Ciri khas nyeri akut adalah nyeri yang diakibatkan kerusakan jaringan yang nyata dan akan hilang seiring dengan proses penyembuhannya, terjadi dalam waktu singkat dari 1 detik sampai kurang dari 6 bulan.

b. Nyeri kronis

The internasional association for study of pain (IASP) mendefinisikan nyeri kronis sebagai nyeri yang menetap melampaui waktu penyembuhan normal yakni enam bulan. Nyeri kronis dibedakan menjadi dua, yaitu : nyeri nonmaligna (nyeri kronis persisten dan nyeri kronis intermitten) dan nyeri kronis maligna.

Berdasarkan lokasi nyeri, nyeri dapat dibedakan menjadi:

a. *Somatic pain*

Nyeri timbul karena gangguan bagian luar tubuh, nyeri ini dibagi menjadi dua:

1. Nyeri superfisial (*Cutaneous Pain*)

Biasanya timbul pada bagian permukaan tubuh akibat stimulasi kulit seperti laseeasi, luka bakar dan sebagainya. Nyeri ini memiliki durasi yang pendek, terlokalisasi dan memiliki sensasi yang tajam.

2. Nyeri somatic dalam

Nyeri somatic dalam adalah nyeri yang terjadi pada otot dan tulang serta struktur penyokong lainnya.

3. Nyeri viseral

Nyeri yang disebabkan oleh kerusakan organ internal.

b. Nyeri pantom (*phantom pain*)

Nyeri pantom merupakan nyeri khusus yang dirasakan klien yang mengalami amputasi, oleh klien nyeri diprepsikan berada pada organ yang diamputasi seolah olah organ yang diamputasi masih ada. Contohnya: nyeri pada klien yang menjalani operasi pengangkatan ekstermitas.

c. Nyeri menjalar (*radiation of pain*)

Nyeri menjalar merupakan sensasi nyeri yang meluas dari tempat awal cedera ke bagian tubuh yang lain. Nyeri seakan menyebar ke bagian tubuh bawah atau sepanjang bagian tubuh, nyeri dapat bersifat intermitten atau konstan. Contoh : nyeri punggung bagian bawah akibat ruptur diskus intravertebral disertai nyeri yang menyebar pada tungkai dan iritasi saraf skiatik.

d. Nyeri alih (*reffered pain*)

Nyeri alaih merupakan nyeri yang timbul akibat adanya nyeri visceral yang menjalar ke organ lain sehingga nyeri dirasakan pada beberapa tempat. Nyeri jenis ini dapat timbul karena masuknya neuron sensori dari organ yang mengalami nyeri ke dalam medulla spinalis dan mengalami sinapis dengan serabut saraf yang berada pada bagian tubuh lainnya. Nyeri alih ini biasanya timbul pada lokasi atau tempat yang berlawanan atau berjauhan dari lokasi asal nyeri.

Berdasarkan etiologi nyeri

a. Nyeri fisiologi atau nyeri organik

Merupakan nyeri yang diakibatkan oleh kerusakan organ tubuh. Penyebab nyeri umumnya mudah dikenali sebagai akibat adanya cedera, penyakit atau pembedahan salah satu atau beberapa organ.

b. Nyeri psikogenik

Penyebab fisik nyeri sulit diidentifikasi karena nyeri ini disebabkan oleh berbagai faktor psikologis. Nyeri ini terjadi karena efek-efek psikogenik seperti cemas dan takut yang dirasakan klien.

1. Nyeri neurogenik

Nyeri yang timbul akibat gangguan pada neuron, misalnya pada kasus neuralgi. Nyeri neurogenik ini dapat terjadi secara akut maupun kronis (Zakiya, 2015)

D. Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Pasien Dengan Gastritis

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan catatan tentang hasil pengkajian yang dilaksanakan untuk mengumpulkan informasi dari pasien, membuat data dasar tentang klien, dan membuat catatan tentang respon kesehatan klien. Catta 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 (Hidayat, 2021).

a. Pengumpulan data**1) Identitas**

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

2) Keluhan utama

Keluhan utama yang sering ditemukan pada klien dengan penyakit pencernaan seperti: ulkus peptikus dan gastritis adalah klien mengeluh nyeri ulu hati, disertai mual dan muntah.

3) Riwayat penyakit sekarang

Riwayat kesehatan saat ini berupa uraian mengenai penyakit yang diderita oleh klien dari mulai timbulnya keluhan yang dirasakan sampai klien dibawa ke Rumah Sakit, dan apakah pernah memeriksakan diri ke tempat selain Rumah Sakit Umum serta pengobatan apa yang pernah diberikan dan bagaimana perubahannya dan data yang didapatkan saat pengkajian.

4) Riwayat penyakit dahulu

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

5) Riwayat penyakit keluarga

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

6) Pola kebiasaan sehari-hari

Yang perlu dikaji adalah aktivitas apa saja yang biasa dilakukan sehubungan dengan adanya nyeri ulu hati, mual dan muntah.

7) Pemeriksaan fisik

a. Keadaan umum

Keadaan umum klien lansia yang mengalami gangguan pencernaan biasanya lemah.

b. Kesadaran

Kesadaran klien biasanya *Composmentis* , Apatis sampai Somnolen.

c. Tanda-tanda vital:

1. Terdiri dari pemeriksaan: Suhu normalnya (37°C).
2. Nadi meningkat (N: 70-82x/ Menit).
3. Tekanan darah menurun.
4. Pernapasan biasanya mengalami normal atau meningkat.

d. Pemeriksaan *Review Of Sistem* (ROS)

1. Sistem Pernapasan (B1: Breathing)

Dapat ditemukan peningkatan frekuensi napas atau masih dalam batas normal.

2. Sistem Sirkulasi (B2: Bleeding)

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

3. Sistem Persarafan (B3: Brain)

Kaji adanya hilang gerakan/ sensasi, spasme otot, terlihat kelemahan/hilang fungsi. Pergerakan mata/kejelasan melihat, dilatasi pupil. Agitasi (mungkin berhubungan dengan nyeri/ansietas).

4. Sistem perkemihan (B4: Bladder)

Perubahan pola berkemih, seperti inkontinensia urin, dysuria, distensi kandung kemih, warna dan bau urin, dan kebersihannya.

5. Sistem pencernaan (B5: Bowel)

Konstipasi, konsistensi feses, frekuensi eliminasi, auskultasi bising usus, anoreksia, adanya distensi abdomen, nyeri tekan abdomen.

6. Sistem muskuloskeletal (B6: Bone)

Kaji adanya nyeri berat tiba-tiba/mungkin terlokalisasi pada area jaringan, dapat berkurang pada imobilisasi, kontrafaktur atrofi otot, lesi kulit dan perubahan warna.

8) Pola fungsi kesehatan

- a. Pola persepsi dan tata laksana hidup sehat

Menggambarkan persepsi, pemeliharaan dan penanganan kesehatan.

b. Pola nutrisi

Menggambarkan masukan nutrisi, balance cairan dan elektrolit, nafsu makan, pola makan, diet, kesulitan menelan, mual/muntah, dan makanan kesukaan.

c. Pola eliminasi

Menjelaskan pola fungsi eksresi, kandung kemih, defekasi, ada tidaknya masalah defekasi, masalah nutrisi dan penggunaan kateter.

d. Pola tidur dan istirahat

Menggambarkan pola tidur, istirahat, dan persepsi terhadap energy, jumlah jam tidur siang dan malam, masalah tidur dan insomnia.

e. Pola aktivitas dan istirahat

Menggambarkan pola latihan, aktivitas, fungsi pernapasan dan sirkulasi, riwayat penyakit jantung, frekuensi, irama dan kedalaman pernapasan. Pengkajian indeks KATZ.

f. 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. Pengkajian APGAR keluarga (Tabel APGAR Keluarga)

g. Pola sensori dan kognitif

Menjelaskan persepsi sensori dan kognitif. Pola sensori meliputi pengkajian penglihatan, pendengaran, perasaan dan pembau. Pada klien katarak dapat ditemukan gejala gangguan penglihatan perifer, kesulitan memfokuskan kerja dengan merasa diruang gelap. Sedangkan tandanya adalah tampak kecoklatan atau putih susu pada pupil, peningkatan air mata. Pengkajian status mental menggunakan Tabel Short Portable Mental Status Questionere (SPMSQ).

h. 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. Manusia sebagai sistem terbuka dan makhluk bio-psiko-sosio-spiritual, kecemasan, ketakutan, dan dampak terhadap sakit. Pengkajian tingkat depresi menggunakan Tabel Inventaris Depresi Beck.

i. Pola seksual dan reproduksi

Menggambarkan kepuasan/masalah terhadap seksualitas.

j. Pola mekanisme/ penanggulangan stress dan coping

Menggambarkan kemampuan untuk menangani stress.

k. Pola tata nilai dan kepercayaan

Menggambarkan dan menjelaskan pola, nilai keyakinan termasuk spiritual (Aspiani, 2014).

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan pencatatan tentang hasil keputusan klinis terhadap pasien, keluarga dan masyarakat dari masalah kesehatan atau proses kehidupan baik aktual maupun potensial/risiko. Rumusan diagnosis keperawatan adalah bagaimana diagnosis keperawatan ini digunakan sebagai proses pemecahan masalah keperawatan (Hidayat, 2021).

Diagnosa keperawatan yang lazim muncul pada Gastritis :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan Ageninjuri (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
- (Aspiani, 2014).

3. Rencana asuhan keperawatan

Rencana (intervensi) keperawatan merupakan catatan tentang rencana keperawatan terhadap diagnosis keperawatan yang telah ditentukan. Catatan ini dilakukan untuk menanggulangi masalah dengan cara mencegah, mengurangi dan menghilangkan riwayat masalah. Selain itu, catatan ini bertujuan untuk konsolidasi organisasi informasi pasien terhadap rencana tindakan yang dilakukan kepada pasien, juga sebagai alat komunikasi pasien dan perawatan atau anggota tim kesehatan lainnya (Hidayat, 2021).

Table 2.1
Rencana keperawatan

NO	Diagnosa (SDKI)	Tujuan & Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
1.	<p>D.0077 Nyeri Akut berhubungan dengan agen cedera fisiologis</p> <p>Gejala dan tanda mayor</p> <p>Subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengeluh nyeri* <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak meringis 2. Bersikap protektif (mis, waspada, posisi menghindar nyeri) 3. Gelisah 4. Frekuensi nadi meningkat 5. Sulit tidur <p>Gejala dan tanda minor</p> <p>Subjektif :</p> <p>(tidak tersedia)</p> <p>Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tekanan darah meningkat 2. Pola nafas berubah 3. Nafsu makan berubah 4. Proses berfikir terganggu 5. Menarik diri 6. Berfokus pada diri sendiri 7. Diaforesis 	<p>L.08066 Tingkat Nyeri</p> <p>Setelah dilakukan intervensi, diharapkan nyeri teratasi dengan luaran penurunan tingkat nyeri dari 3-5 sesuai 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) menurun 11. Perasaan takut mengalami cedera berulang menurun 12. Anoreksia menurun 13. Perineum terasa tertekan menurun 14. Uterus teraba membulat 	<p>I.08238 Manajemen Nyeri</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respons nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9. Monitor efek samping penggunaan analgetik <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi

		<p>menurun</p> <ol style="list-style-type: none"> 15. Ketegangan otot menurun 16. Pupil dilatasi menurun 17. Muntah menurun 18. Mual menurun 19. Frekuensi nadi membaik 20. Pola napas membaik 21. Tekanan darah membaik 22. Proses berfikir membaik 23. Fokus membaik 24. Fungsi berkemih membaik 25. Perilaku membaik 26. Nafsu makan membaik 27. Pola tidur membaik 	<p>rasa nyeri(mis, TENS, hipnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/ dingin, terapi bermain)</p> <ol style="list-style-type: none"> 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, periode dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri secara mandiri 3. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 4. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p><i>Kolaborasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasikan pemberian analgetik jika perlu
--	--	---	--

2.	<p>D. 0019 Defisit Nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan</p> <p>Gejala dan tanda mayor</p> <p>Subjektif:</p> <p><i>(tidak tersedia)</i></p> <p>Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berat badan menurun 10% dibawah rentan ideal <p>Gejala dan tanda minor</p> <p>Subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cepat kenyang setelah makan 2. Kram/ nyeri abdomen 3. Nafsu makan menurun <p>Objektif:</p> <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 berlebihan 8. Diare 	<p>L. 03030 Status nutrisi</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 makanan yang di haniskan meningkat 2. kekuatan otot pengunyah meningkat 3. kekeuatan 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 minuman 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 amakn meningkat 11. sikap terhadap makanan/ minuman sesuai 	<p>I.03119 Manajemen nutrisi</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 nutrien 5. Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik 6. Monitor asupan makanan 7. Monitor berat badan 8. Monitor hasil pemeriksaan laboratarium <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan <i>oral hygiene</i> sebelum makan, <i>jika perlu</i> 2. Fasilitasi menentukan pedoman diet(mis. Piramida makanan) 3. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai 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>
----	---	---	--

		<p>dengan tujuan kesehatan meningkat</p> <p>12. perasaan cepat kenyang menurun</p> <p>13. nyeri abdomen menurun</p> <p>14. sariawan menurun</p> <p>15. rambut rontok menurun</p> <p>16. diare menurun</p> <p>17. berat badan membaik</p> <p>18. indeks massa tubuh (IMT) membaik</p> <p>19. frekuensi makan membaik</p> <p>20. nafsu makan membaik</p> <p>21. bising usus membaik</p> <p>22. tebal lipatan kulit trisep membaik</p> <p>23. membran mukosa membaik</p>	<p>7. Hentikan pemberian makanan melalui selang nasogastrik jika asupan oral dapat ditoleransi</p> <p><i>Edukasi</i></p> <p>1. Anjurkan posisi duduk, <i>jika mampu</i></p> <p>2. Ajarkan diet yang di programkan</p> <p><i>Kolaborasi</i></p> <p>1. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. Pereda nyeri, antiemetik), <i>jika perlu</i></p> <p>2. Kolaborasikan dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, <i>jika perlu</i></p>
--	--	---	--

3.	<p>D.0049 Konstipasi berhubungan dengan kelemahan otot abdomen</p> <p>Gejala dan tanda mayor</p> <p>Subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Defekasi kurang dari 2 kali seminggu 2. Pengeluaran feses lama dan sulit <p>Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Feses keras 2. Peristaltik otot menurun <p>Gejala dan tanda minor</p> <p>Subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengejan saat defekasi <p>Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Distensi abdomen 2. Kelemahan umum 3. Teraba massa pada rektal 	<p>L.04033 Eliminasi Fekal</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. <i>Urgency</i> menurun 7. Nyeri abdomen menurun 8. Kram abdomen menurun 9. Konsistensi feses membaik 10. Frekuensi defekasi membaik 11. Peristaltik usus membaik 	<p>I.04151 Manajemen eliminasi fekal</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>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan air hangat setelah makan 2. Jadwalkan waktu defekasi bersama dengan 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 peristaltik usus 2. Anjurkan mencatat warna, frekuensi, konsistensi, volume feses 3. Anjurkan meningkatkan aktivitas fisik, <i>sesuai toleransi</i> 4. Anjurkan pengurangan asupan makanan yang
----	--	--	--

			<p>meningkatkan pembentuka gas</p> <p>5. Anjurkan mengkonsumsi makanan yang mengandung tinggi serat</p> <p>6. Anjurkan meningkatkan asupan cairan, <i>jika tidak ada kontraindikasi</i></p> <p><i>Kolaborasi</i></p> <p>1. Kolaborasikan pemberian obat supositoria anal, <i>jika perlu</i></p>
--	--	--	---

4. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan catatan tentang tindakan yang diberikan perawat ke pasien. Dokumentasi ini mencatat semua pelaksanaan rencana keperawatan, pemenuhan kriteria hasil dan tindakan keperawatan baik mandiri maupun kolaboratif. Tindakan mandiri merupakan tindakan yang dilakukan perawat secara mandiri dan bukan pesanan tim kesehatan lain. Sedangkan tindakan kolaboratif merupakan tindakan yang dilakukan oleh perawat dari hasil kolaborasi dengan tim kesehatan lain (Hidayat, 2021).

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan catatan tentang kemajuan atau perkembangan pasien terhadap tujuan dari rencana keperawatan. Tujuan catatan ini untuk menilai efektifitas perawatan serta mengkomunikasikan status perkembangan pasien dari hasil tindakan keperawatan (Hidayat, 2021)