

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Medik Gastritis

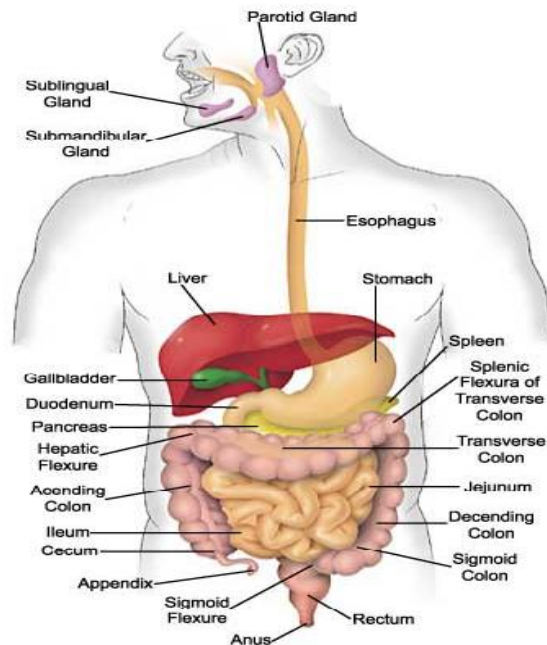
1. Pengertian Gastritis

Gastritis adalah proses inflamasi pada mukosa dan sub mukosa lambung (Hirlan, 2006). Gastritis adalah suatu keadaan peradangan atau perdarahan mukosa lambung yang dapat bersifat akut, kronis, difus atau lokal (Price & Wilson, 2006).

Gastritis dibagi menjadi 2 yaitu gastritis akut dan gastritis kronik. Gastritis akut adalah kelainan klinis akut yang jelas penyebabnya dengan tanda dan gejala yang khas, biasanya ditemukan sel inflamasi akut dan neutrofil. Sedangkan gastritis kronik merupakan suatu peradangan bagian permukaan mukosa lambung yang menahun yang disebabkan oleh ulkus dan berhubungan dengan *Helicobacter pylori* (Soemarno, 2011).

Gastritis akut adalah peradangan pada mukosa lambung yang terjadi karena pejanan beberapa factor/ agen termasuk obat anti inflamasi non steroid, kokain, refluk garam empedu, dan iskemi yang mengakibatkan kondisi hemoragi, erosi dan ulkus (Muttaqin dan sari, 2011)

Anatomi Fisiologi



Gambar 2.1 Anatomi Fisiologi

Saluran gastrointestinal (GI) adalah jalur panjang (panjang totalnya 23 – 26 kaki) yang berjalan melalui mulut melalui esofagus, lambung dan usus sampai anus. Esofagus terletak di mediastinum rongga torakal, anterior terhadap tulang punggung dan posterior terhadap trakea dan jantung. Selang yang dapat mengempis ini, yang panjangnya kira-kira 25 cm (10 inci), menjadi distensi bila makanan melewatinya.

Bagian sisa dari gastrointestinal terletak di dalam rongga peritoneal. Lambung ditempatkan di bagian atas abdomen sebelah kiri dari garis tengah tubuh, tepat dibawah diafragma kiri. Lambung adalah suatu kantung yang dapat berdistensi dengan kapasitas kira-kira 1500 ml. Inlet ke lambung disebut pertemuan esofago-gastrik. Bagian ini dikelilingi oleh cincin otot halus, disebut sfingter esofagus bawah (atau sfingter kardial), yang pada saat kontraksi, menutup lambung dari esofagus.

Lambung dapat dibagi kedalam empat bagian anatomis : kardia (jalan masuk), fundus, korpus dan pilorus (outlet).

Lambung terdiri dari empat lapisan :

- a. Lapisan peritoneal luar yang merupakan lapisan serosa.
- b. Lapisan berotot yang terdiri atas tiga lapis, (a) serabut longitudinal, yang tidak dalam dan bersambung dengan otot usofagus, (b) serabut sirkuler yang paling tebal dan terletak di pilorus serta membentuk otot sfingter dan berada di bawah lapisan pertama dan (c) serabut oblik yang terutama dijumpai pada fundus lambung dan berjalan dari orifisium kardiak, kemudian membelok ke bawah melalui kurvatura minor (lengkung kecil).
- c. Lapisan submukosa yang terdiri atas jaringan areolar berisi pembuluh darah dan saluran limfe.
- d. Lapisan mukosa yang terletak di sebelah dalam, tebal dan terdiri atas banyak kerutan atau rugae yang hilang bila organ itu mengembang karena berisi makanan.

Membran *mukosa* dilapisi epitelium silindris dan berisi banyak saluran limfe. Semua sel-sel itu mengeluarkan sekret mukus. Permukaan mukosa ini dilintasi saluran-saluran kecil dari kelenjar-kelenjar lambung. Semua ini berjalan dari kelenjar lambung tubuler yang bercabang-cabang dan lubang-lubang yang salurannya dilapisi oleh epitelium silinder. Epitelium ini bersambung dengan permukaan mukosa dari lambung. Epitelium dari bagian kelenjar yang mengeluarkan sekret berubah-ubah dan berbeda-beda di beberapa daerah lambung.

Kelenjar kardial terletak paling dekat lubang yang ada di sebelah usofagus. Kelenjar di sini berbentuk tubuler, baik sederhana maupun bercabang dan mengeluarkan

Sekret mukus alkali. Kelenjar dari fundus terdahulu bekerja; kelenjarnya tubuler dan berisi berbagai jenis sel. Beberapa sel, yaitu sel asam atau sel oxintik, menghasilkan asam yang terdapat dalam getah lambung. Dan yang lain lagi menghasilkan musin. Kelenjar pilorik. Kelenjar dalam saluran pilorik juga berbentuk tubuler. Terutama menghasilkan mukus alkali. Otot halus sirkuler di dinding pilorus membentuk sfingter piloris dan mengontrol lubang diantara lambung dan usus halus. Secara ringkas, fungsi lambung antara lain :

- a. Lambung menerima makanan dan bekerja sebagai penampung untuk jangka waktu pendek.
- b. Semua makanan dicairkan dan dicampurkan dengan asam hidroklorida, dan dengan cara ini disiapkan untuk dicernakan oleh usus.
- c. Protein diubah menjadi pepton.
- d. Susu dibekukan dan kasein dikeluarkan.
- e. Pencernaan lemak dimulai dari lambung.
- f. Faktor antianemi dibentuk.
- g. Chime, yaitu isi lambung yang cair, disalurkan masuk duodenum.

Usus halus adalah segmen paling panjang dari saluran GI, yang jumlah panjangnya kira-kira dua pertiga dari panjang total saluran. Bagian ini membalik dan melipat diri yang memungkinkan kira-kira 7000 cm area permukaan untuk sekresi dan absorpsi. Usus halus dibagi ke dalam tiga

bagian anatomik : bagian atas disebut duodenum, bagian tengah disebut jejunum dan bagian bawah disebut ileum. Duktus koledokus yang memungkinkan untuk pasase baik empedu dan sekresi pankreas, mengosongkan diri ke dalam duodenum pada ampulla vater.

Pertemuan antara usus halus dan besar terletak di bagian bawah kanan duodenum. Ini disebut sekum. Pada pertemuan ini yaitu katup ileosekal, yang berfungsi untuk mengontrol pasase isi usus ke dalam usus besar dan mencegah refluks bakteri ke dalam usus halus. Pada tempat ini terdapat apendiks veriformis. Usus besar terdiri dari segmen asenden pada sisi kanan abdomen, segmen transversum yang memanjang dari abdomen atas kanan ke kiri dan segmen desenden pada sisi kiri abdomen. Bagian ujung dari usus besar terdiri dari dua bagian : kolon sigmoid dan rektum. Tektum berlanjut pada anus. Jalan keluar anal diatur oleh jaringan otot lurik yang membentuk baik sfingter internal dan eksternal

2. Etiologi

Menurut Mansjoer, 2008 penyebab gastritis adalah:

a. Gastritis Akut

Penggunaan obat-obatan seperti aspirin dan obat inflamasi nonsteroid dalam dosis rendah sudah dapat menyebabkan erosi mukosa lambung.

Alkohol. Alkohol dapat mengiritasi dan mengikis mukosa pada lambung dan membuat dinding lambung lebih rentan terhadap asam lambung walaupun pada kondisi normal.

b. Gastritis Kronik

Gastritis kronis terjadi karena adanya inflamasi lambung yang lama disebabkan oleh ulkus benigna atau maligna dari lambung, atau oleh bakteri *Helicobacter pylori* (*H. Pylori*).

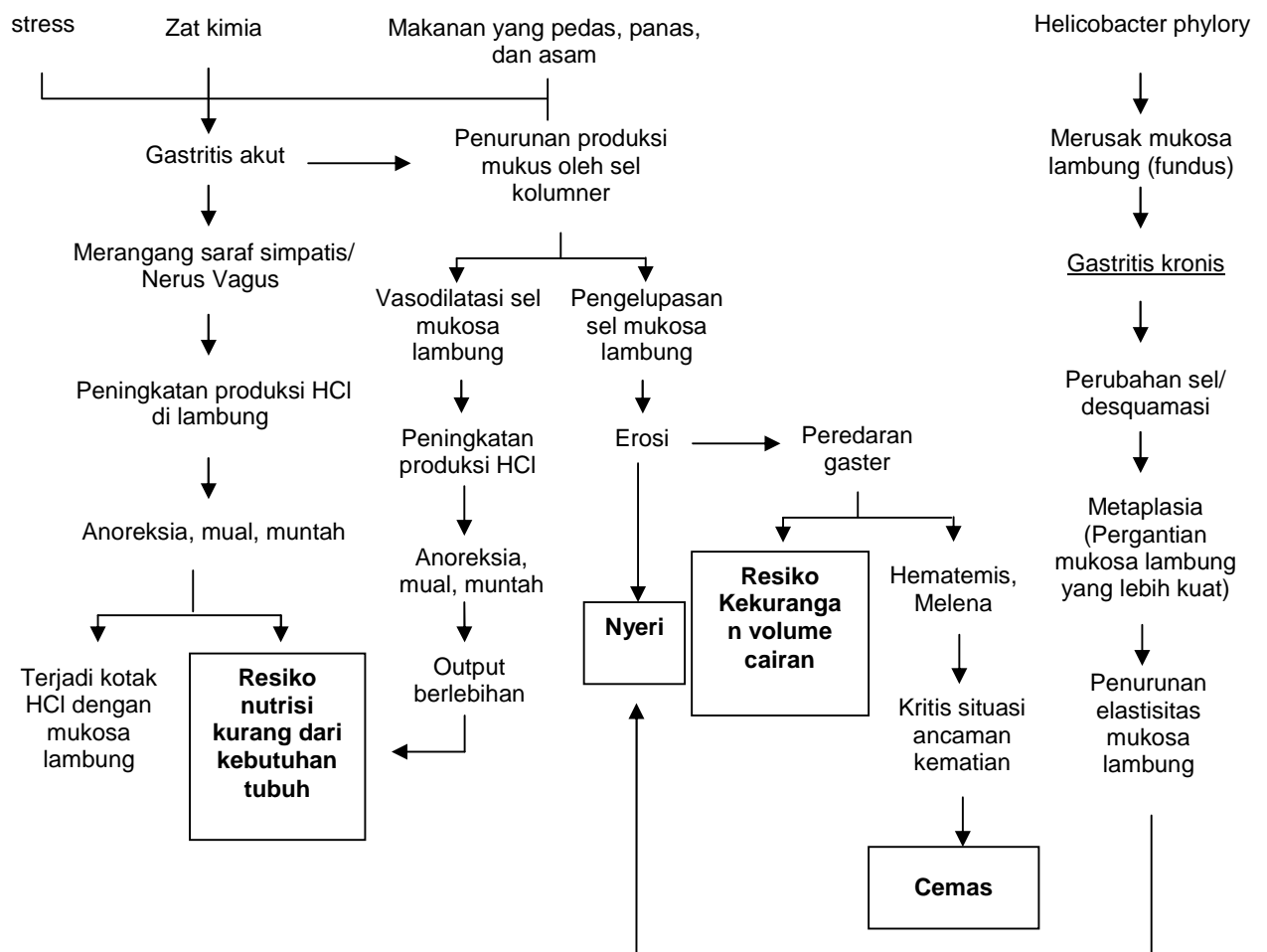
3. Insiden

Badan penelitian kesehatan dunia WHO mengadakan tinjauan terhadap beberapa Negara dunia dan mendapatkan hasil persentase dari angka kejadian gastritis di dunia, diantaranya Inggris 22%, China 31%, Jepang 14,5%, Kanada 35%, dan Perancis 29,5%. Di dunia, insiden gastritis sekitar 1,8-2,1 juta dari jumlah penduduk setiap tahun. Insiden terjadinya gastritis di Asia Tenggara sekitar 583.635 dari jumlah penduduk setiap tahunnya. Prevalensi gastritis yang dikonfirmasi melalui endoskopi pada populasi di Shanghai sekitar 17,2% yang secara substantial lebih tinggi daripada populasi di barat yang berkisar 4,1% dan bersifat asimtomatik. Gastritis biasanya dianggap sebagai suatu hal yang remeh namun gastritis merupakan awal dari sebuah penyakit yang dapat menyusahkan kita.

Persentase dari angka kejadian gastritis di Indonesia menurut WHO adalah 40,8%. Angka kejadian gastritis pada beberapa daerah di Indonesia cukup tinggi dengan prevalensi 274,396 kasus dari 238,452,952 jiwa penduduk. Menurut Maulidiyah (2006), di Kota Surabaya angka kejadian Gastritis sebesar 31,2%, Denpasar 46%, sedangkan di Medan angka kejadian infeksi cukup tinggi sebesar 91,6%. Berdasarkan profil kesehatan Indonesia tahun 2009, gastritis merupakan

salah satu penyakit di dalam sepuluh penyakit terbanyak pada pasien rawat inap di rumah sakit di Indonesia dengan jumlah 30.154 kasus (4,9%). Berdasarkan data Dinas Kesehatan Propinsi Sumatera Barat, gastritis menempati urutan ke-3 dari 10 penyakit terbanyak di Sumatera Barat tahun 2009 yaitu sebesar 202.577 kasus (11,18%).

4. Patofisiologi



Gambar 2.2 patofisiologi

Refferensi: Muttaqin (2011), Price dan Wilson (2000), Smeltzer dan Bare, (2002)

5. Manifestasi Klinik

Gastritis Akut

- a. Muntah kadang disertai darah
- b. Nyeri epigastrium
- c. Nausea dan vomitus

Membran mukosa lambung menjadi edema dan hiperemik (kongesti dengan jaringan, cairan dan darah) dan mengalami erosi superfisial, bagian ini mensekresi sejumlah getah lambung yang mengandung sangat sedikit asam tetapi banyak mukus. Ulserasi superfisial dapat terjadi dan dapat menimbulkan hemoragi. Pasien dapat mengalami ketidaknyamanan, sakit kepala, malas, mual dan anoreksia, sering disertai dengan muntah dan cegukan. Beberapa pasien asimtomatik.

Mukosa lambung mampu memperbaiki diri sendiri setelah mengalami gastritis. Kadang-kadang, hemoragi memerlukan intervensi bedah. Bila makanan pengiritasi tidak dimuntahkan tetapi mencapai usus, dapat mengakibatkan kolik dan diare. Biasanya, pasien sembuh kira-kira sehari, meskipun napsu makan mungkin menurun selama 2 atau 3 hari kemudian.

Gastritis Kronik

- a. Sebagian asimtomatik
- b. Nyeri ulu hati
- c. Anoreksia
- d. Nausea
- e. Nyeri seperti ulkus peptik
- f. Anemia

- g. Nyeri tekan epigastrium
- h. Cairan lambung terganggu
- i. Aklorhidria

6. Tes Diagnostik

a. *Gastritis Akut*

- 1) Anamnesis
- 2) Endoscopy dilanjutkan pemeriksaan biopsy

b. *Gastritis Kronik*

Pemeriksaan kadar asam lambung perlu dilakukan karena berhubungan dengan pengobatan. Pada gastritis kronik hipotropik dan atrofi gaster, kadar asam lambung menurun, sedang pada gastritis kronik superfisialis oleh hipertrofikasi, kadar asam lambung normal atau meninggi. Foto rontgen dapat membantu yaitu dengan melihat gejala benda-benda sekunder yaitu hipersekresi, mukosa yang tebal dengan lipatan-lipatan tebal dan kasar, dll. Tetapi hal ini tidak memastikan diagnosis.

Gastritis tipe A dihubungkan dengan aklorhidria atau hipoklorhidria (kadar asam lambung klorida tidak ada atau rendah), sedangkan gastritis tipe B dihubungkan dengan hiperklorhidria (kadar tinggi dari asam hidroklorida). Diagnosis dapat ditegakkan dengan endoskopi, serangkaian pemeriksaan sinar-x gastrointestinal (GI) atas dan pemeriksaan histologis. Tindakan diagnostik untuk mendeteksi *H. pylori* mencakup tes serologis untuk antibody terhadap antigen *H. pylori* dan tes pernapasan.

7. Komplikasi

- a. Komplikasi yang timbul pada Gastritis Akut, yaitu perdarahan saluran cerna bagian atas (SCBA) berupa hemotemesis dan melena, berakhir dengan syock hemoragik, terjadi ulkus, kalau prosesnya hebat dan jarang terjadi perforasi.
- b. Komplikasi yang timbul Gastritis Kronik, yaitu gangguan penyerapan vitamin B₁₂, akibat kurang pencernakan, B₁₂ menyebabkan anemiapernesiosa, penyerapan besi terganggu dan penyempitan daerah antrum pylorus

8. Penatalaksanaan Medik

Menurut Dermawan dan Rahayuningish (2010 h. 52), penatalaksanaan Gastritis meliputi :

- a. Non Farmakologi
 - 1) Istirahat baring
 - 2) Mengurangi stres
 - 3) Diet lunak dan tidak merangsang
- b. Farmakologi
 - 1) Bila perdarahan lambung : anti koagula
 - 2) Pemberian obat-obatan anti kolinergik, anti emetik, analgetik, dan sedatif antasida, antibiotik
 - 3) Tereai pendukung, intubasi, cairan intravena
 - 4) Pembedahan : untuk mengangkat gangren dan perforasi; gastrojejunuskopi/ reseksi lambung.

B. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Selama mengumpulkan riwayat, perawat menanyakan tentang tanda dan gejala pada pasien. Apakah pasien mengalami nyeri ulu hati, tidak dapat makan, mual atau muntah? Apakah gejala terjadi pada waktu kapan saja, sebelum atau sesudah makan, setelah mencerna makanan pedas atau pengiritasi atau setelah mencerna obat tertentu atau alcohol? Apakah gejala berhubungan dengan ansietas, stress, alergi, makan atau minum terlalu banyak, atau makan terlalu cepat? bagaimana gejala hilang? Adakah riwayat penyakit lambung sebelumnya atau pembedahan lambung? Riwayat diet ditambah jenis diet yang baru dimakan selama 72 jam, akan membantu. Riwayat lengkap sangat penting dalam membantu perawat untuk mengidentifikasi apakah kelebihan diet sembrono yang diketahui, berhubungan dengan gejala saat ini, apakah orang lain pada lingkungan pasien mempunyai gejala serupa, apakah pasien memuntahkan darah dan apakah elemen penyebab yang diketahui telah tertelan.

2. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan semua data pengkajian, diagnosa keperawatan utama mencakup yang berikut :

- a. Ansietas berhubungan dengan pengobatan
- b. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan masukan nutrien yang tidak adekuat

- c. Risiko kekurangan volume cairan berhubungan dengan masukan cairan tidak cukup dan kehilangan cairan berlebihan karena muntah
- d. Nyeri berhubungan dengan mukosa lambung teriritasi

3. Perencanaan Keperawatan

- a. Ansietas berhubungan dengan pengobatan

Tujuan : Klien akan menunjukkan rileks dan laporan ansietas menurun sampai tingkat dapat ditangani.

Intervensi :

Mandiri

- 1) Awasi respon fisiologis mis, takipnea, palpitasi, pusing, sakit kepala, dll.

Rasional : Dapat menjadi indikatif derajat takut yang dialami pasien tetapi dapat juga berhubungan dengan kondisi fisik/ status syok.

- 2) Catat petunjuk perilaku contoh gelisah, mudah terangsang, kurang kontak mata, perilaku melawan/ menyerang.

Rasional : Indikator derajat takut yang dialami pasien mis, pasien akan merasa tak terkontrol terhadap situasi atau mencapai status panik.

- 3) Dorong pernyataan takut dan ansietas, berikan umpan balik.

Rasional : Membuat hubungan terapeutik. Membantu pasien menerima perasaan dan memberikan kesempatan untuk memperjelas kesalahan konsep.

- 4) Akui bahwa ini merupakan situasi menakutkan dan lainnya diekspresikan mirip dengan takut. Bantu pasien dalam menyatakan perasaan dengan mendengar dengan aktif.

Rasional : Bila pasien mengalami takut sendiri, validasi bahwa ini perasaan yang normal dapat membantu pasien merasa kurang terisolasi.

- 5) Berikan informasi akurat, nyata tentang apa yang dilakukan.

Rasional : Melibatkan pasien dalam rencana asuhan dan menurunkan ansietas yang tak perlu tentang ketidaktahuan.

- 6) Berikan lingkungan tenang untuk istirahat.

Rasional : Meningkatkan relaksasi, dapat meningkatkan ketrampilan coping.

- 7) Berikan kesempatan pada orang terdekat untuk mengekspresikan perasaan/ masalah. Dorong orang terdekat untuk memperlihatkan perilaku nyata positif.

Rasional : Membantu orang terdekat menerima kecemasan/ rasa takutnya sendiri yang dapat dipindahkan ke pasien. Meningkatkan perilaku dukungan yang dapat mempermudah penyembuhan.

- 8) Tunjukkan teknik relaksasi, contoh latihan napas dalam, bimbingan imajinasi

Rasional : Belajar cara untuk rileks dapat membantu menurunkan takut dan ansietas.

Kolaborasi

Berikan obat sesuai indikasi misal :

- 1) Diazepam (valium); klorazepat (tranxene); alprazolam (xanax).

Rasional : Sedatif/ tranquilizer dapat digunakan kadang-kadang untuk menurunkan ansietas dan meningkatkan istirahat, khususnya pada pasien ulkus.

- 2) Rujuk ke perawat psikiatrik/ penasehat agama

Rasional : Mungkin diperlukan bantuan tambahan selama penyembuhan untuk menerima konsekuensi kedaruratan situasi/ keputusan untuk perlunya/ kebutuhan perubahan pola hidup.

- b. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan masukan nutrien yang tidak adekuat.

Tujuan : Klien akan menunjukkan berat badan stabil atau peningkatan berat badan sesuai sasaran dengan nilai laboratorium normal dan tak ada tanda malnutrisi.

Intervensi :

Mandiri

- 1) Timbang berat badan tiap hari

Rasional : Memberikan informasi tentang kebutuhan diet/ keefektifan terapi.

- 2) Dorong tirah baring dan pembatasan aktivitas selama fase sakit akut.

Rasional : Menurunkan kebutuhan metabolik untuk mencegah penurunan kalori dan simpanan energi.

- 3) Berikan kebersihan oral.

Rasional : Mulut yang bersih dapat meningkatkan rasa makan.

- 4) Sediakan makanan dalam ventilasi yang baik, lingkungan menyenangkan dengan situasi tidak terburu-buru, temani.

Rasional : Lingkungan yang menyenangkan menurunkan stress dan lebih kondusif untuk makan.

- 5) Identifikasi makanan yang dapat menyebabkan iritasi gaster dan meningkatkan asam gaster misalnya coklat, makanan pedas, dll

Rasional : Membatasi/ menghindari makanan ini menurunkan risiko perdarahan gaster/ ulkus pada beberapa individu.

Kolaborasi

- 1) Tambahkan diet sesuai indikasi misalnya, cairan jernih maju menjadi makanan yang dihancurkan, kemudian protein tinggi, tinggi kalori dan rendah serat sesuai indikasi.

Rasional : Memungkinkan saluran Gastrointestinal untuk mematican kembali proses pencernaan. Protein perlu untuk penyembuhan integritas jaringan.

- 2) Berikan obat sesuai indikasi, contoh :

a) Donnatal, natrium barbital dengan belladonna (Butibel); propantelen bromide (ProBanthine).

Rasional : Antikolinergik diberikan 15 – 30 menit sebelum makan memberikan penghilangan kram, menurunkan motilitas gaster dan meningkatkan waktu untuk absorpsi nutrien.

b) Besi (Imeron yang disuntikan).

Rasional : Mencegah/ mengobati anemia. Rute oral untuk tambahan besi tidak efektif karena gangguan usus yang berat menurunkan absorpsi.

c) Vitamin B₁₂ (Crytimin, Rubisol).

Rasional : Malabsorpsi Vitamin B₁₂ akibat kerusakan lambung yang gagal mengeluarkan secret khusus. Penggantian mengatasi depresi sumsum tulang karena proses inflamasi lama, meningkatkan produksi SDM/ memperbaiki anemi.

d) Asam folat (Folvite).

Rasional : Kekurangan folat sehubungan dengan penurunan masukan/ absorpsi, efek terapi obat (Azulfidine).

e) Berikan nutrisi parenteral total. Terapi IV sesuai indikasi.

Rasional : Program ini mengistirahatkan saluran Gastrointestinal sementara memberikan nutrisi penting.

- c. Risiko kekurangan volume cairan berhubungan dengan masukan cairan tidak cukup dan kehilangan cairan berlebihan karena muntah.

Tujuan : Klien akan menunjukkan perbaikan keseimbangan cairan.

Intervensi :

Mandiri

- 1) Catat karakteristik muntah dan atau drainase.

Rasional : Membantu dalam membedakan penyebab distress gaster. Kandungan empedu kuning kehijauan menunjukkan bahwa pylorus terbuka. Kandungan fekal menunjukkan obstruksi usus. Darah merah cerah menandakan adanya atau perdarahan arterial akut, mungkin karena ulkus gaster; darah merah gelap mungkin darah lama (tertahan dalam usus) atau perdarahan vena dari varises. Penampilan kopi gelap diduga sebagian darah tercerna dari area perdarahan lambat. Makanan tak tercerna menunjukkan obstruksi atau tumor gaster.

- 2) Awasi tanda vital; bandingkan dengan hasil normal pasien/ sebelumnya.

Rasional : Perubahan TD dan nadi dapat digunakan untuk perkiraan kasar kehilangan darah.

3) Ukur CVP, bila ada

Rasional : Menunjukkan volume sirkulasi dan respon jantung terhadap perdarahan dan penggantian cairan; misal, nilai CPV antara 5 dan 20 cmH₂O biasanya menunjukkan volume adekuat.

4) Awasi masukan dan haluaran dan hubungkan dengan perubahan berat badan. Ukur kehilangan darah/ cairan melalui muntah, penghisapan gaster/lavase dan defekasi.

Rasional : Memberikan pedoman untuk penggantian cairan.

5) Pertahankan tirah baring; mencegah muntah dan tegangan pada saat defekasi. Jadwalkan aktivitas untuk memberikan periode istirahat tanpa gangguan. Hilangkan rangsangan berbahaya.

Rasional : Aktivitas/ muntah meningkatkan tekanan intra-abdominal dan dapat mencetuskan perdarahan lanjut.

6) Tinggikan kepala tempat tidur selama pemberian antasida.

Rasional : Mencegah refluks gaster dan aspirasi antasida dimana dapat menyebabkan komplikasi paru serius.

7) Berikan cairan jernih/ lembut bila masukan dimulai lagi. Hindari kafein dan minuman berkarbonat

Rasional : kafein dan minuman berkarbonat merangsang produksi asam hidroklorida, kemungkinan potensial perdarahan ulang.

Kolaborasi :

Berikan obat sesuai indikasi :

1) Antasida misal Amphojel, Maalox. Mylanta, Riopan.

Rasional : Antasida dapat digunakan untuk mempertahankan pH gaster pada tingkat 4,5 atau lebih tinggi untuk menurunkan risiko perdarahan ulang.

2) Antiemetik misal, metoklopramid (Reglan); proklorperazin (Compazin).

Rasional : Menghilangkan mual dan mencegah muntah.

3) Tambahan vitamin B₁₂

Rasional : Pada gastritis atropik, factor intrinsic yang perlu untuk absorpsi B₁₂ dari saluran GI tidak disekresi dan individu dapat mengalami anemia pernisiiosa.

4) Antibiotik

Rasional : Mungkin digunakan bila infeksi penyebab gastritis kronik (*Campilobacter pylory*) atau ulkus (*Helicobacter pylory*).

d. Nyeri berhubungan dengan mukosa lambung teriritasi.

Tujuan : Klien akan menyatakan nyeri hilang.

Intervensi :

Mandiri

1) Catat keluhan nyeri, termasuk lokasi, lamanya, intensitas (skala 0 – 10).

Rasional : gejala nyeri pasien dapat membantu mendiagnosa etiologi perdarahan dan terjadinya komplikasi.

- 2) Kaji ulang faktor yang meningkatkan atau menurunkan nyeri.
Rasional : Membantu dalam membuat diagnosa dan kebutuhan terapi.
- 3) Catat petunjuk nyeri nonverbal, contoh gelisah, menolak bergerak, berhati-hati dengan abdomen, takikardia, berkeringat. Selidiki ketidaksesuaian antara petunjuk verbal dan nonverbal.
Rasional : Petunjuk nonverbal dapat berupa fisiologis dan psikologis dan dapat digunakan dalam menghubungkan petunjuk verbal untuk mengidentifikasi luas/ beratnya masalah.
- 4) Berikan makan sedikit tapi sering sesuai indikasi untuk pasien.
Rasional : Makanan mempunyai efek penetralisir asam, juga menghancurkan kandungan gaster. Makan sedikit mencegah distensi dan haluaran gastrin.
- 5) Identifikasi dan batasi makanan yang menimbulkan ketidaknyamanan.
Rasional : Makanan khusus yang menyebabkan distress bermacam-macam antara individu. Penelitian menunjukkan merica berbahaya dan kopi (termasuk dekafein) dapat menimbulkan dyspepsia.
- 6) Bantu latihan rentang gerak aktif/ pasif.
Rasional : Menurunkan kekakuan sendi dan meminimalkan nyeri/ ketidaknyamanan.
- 7) Berikan peralatan oral sering dan tindakan kenyamanan, misalnya pijatan punggung, perubahan posisi.

Rasional : Napas bau karena tertahannya sekret menimbulkan tak napsu makan dan dapat meningkatkan mual. Gingivitis dan masalah gigi dapat meningkat.

Kolaborasi

- 1) Berikan dan lakukan perubahan diet.

Rasional : Pasien mungkin dipuaskan pada awalnya. Bila masukan oral dimungkinkan, pilihan makanan akan tergantung pada dignosa dan etiologi perdarahan.

- 2) Gunakan susu biasa dari pada susu skim, bila susu dimungkinkan.

Rasional : Lemak pada susu biasa dapat menurunkan sekresi gaster; namun kalsium dan kandungan protein (khususnya susu skim) meningkatkannya.

- 3) Berikan obat sesuai indikasi, misalnya

- a) Analgesik, misal morfin sulfat.

Rasional : Mungkin pilihan narkotik untuk menghilangkan nyeri akut/ hebat dan menurunkan aktivitas peristaltik.

- b) Aseaminofen (Tylenol).

Rasional : Meningkatkan kenyamanan dan istirahat.

- c) Antasida

Rasional : Menurunkan keasaman gaster dengan absorpsi atau dengan menetralsir asam lambung.

d) Antikolinergik misalnya belladonna, atropine.

Rasional : Diberikan pada waktu tidur untuk menurunkan motilitas gaster, menekan produksi asam, memperlambat pengosongan gaster dan menghilangkan nyeri nocturnal sehubungan dengan ulkus gaster.

4. Evaluasi

Hasil yang diharapkan :

- a. Menunjukkan berkurangnya ansietas.
- b. Menghindari makan makanan pengiritasi atau minuman yang mengandung kafein atau alkohol serta masukan nutrisi yang adekuat.
- c. Mempertahankan keseimbangan cairan.
- d. Mematuhi program pengobatan.
- e. Melaporkan nyeri berkurang.

