

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Penyakit Gastritis

2.1.1 Pengertian Gastritis

Gastritis ialah proses inflamasi pada mukosa atau submukosa lambung pada gangguan kesehatan yang disebabkan karena faktor iritasi dan infeksi. Secara histopatologi bisa dibuktikan dengan adanya infiltrasi sel-sel radang di daerah tersebut (Hirlan, 2009).

Penyakit gastritis atau maag ialah penyakit yang sangat kita kenal dalam kehidupan sehari-hari. Biasanya penyakit ini ditandai dengan nyeri ulu hati, mual, muntah, cepat kenyang, nyeri perut serta lain sebagainya (Wijoyo, 2009).

Berdasarkan pengertian di atas dapat dikatakan gastritis atau maag adalah gangguan kesehatan pada mukosa lambung yang teriritasi atau terinfeksi dan ditandai dengan nyeri ulu hati dan perut, mual, muntah dan masalah pencernaan lainnya.

2.1.2 Etiologi Gastritis

Gastritis terjadi karena peradangan di daerah dinding lambung. Dinding lambung terbagi dari jaringan yang mengandung kelenjar untuk menghasilkan enzim pencernaan dan asam lambung. Selain itu, untuk melindungi lapisan mukosa lambung dari kerusakan akibat enzim pencernaan dan asam lambung dinding lambung juga bisa menghasilkan lendir (mukus) yang tebal. Rusaknya mukus pelindung ini bisa

menyebabkan peradangan pada mukosa lambung. Rusaknya mukus pelindung disebabkan oleh beberapa hal berikut ini : (dr. Marianti, 2018).

1. Infeksi bakteri, ini adalah suatu penyebab gastritis yang cukup sering terjadi, terutama di daerah dengan kebersihan lingkungan yang kurang baik. Bakteri yang dapat menyebabkan infeksi pada lambung dan menimbulkan gastritis, cukup banyak jenisnya. Namun, yang paling sering adalah bakteri *Helicobacter pylori*. Selain dipengaruhi faktor kebersihan lingkungan, infeksi bakteri ini juga dipengaruhi oleh pola hidup dan pola makan.
2. Pertambahan usia, lapisan mukosa lambung dapat mengalami penipisan dan melemah seiring bertambahnya usia.
3. Mengonsumsi minuman alkohol secara berlebihan. Minuman yang beralkohol dapat mengikis lapisan mukosa lambung, terutama jika seseorang sangat sering mengonsumsinya. Pengikisan lapisan mukosa oleh alkohol dapat menyebabkan iritasi dan peradangan pada dinding lambung, sehingga mengakibatkan terjadinya gastritis, terutama gastritis akut.
4. Mengonsumsi obat anti nyeri yang berlebihan. Obat pereda nyeri yang dikonsumsi terlalu sering dapat menghambat proses regenerasi lapisan mukosa lambung, yang berujung pada cedera dan pelemahan dinding lambung, sehingga lebih mudah mengalami peradangan. Beberapa obat pereda nyeri yang dapat memicu gastritis jika dikonsumsi terlalu sering adalah aspirin, ibuprofen, dan naproxen.

5. Autoimun. Penyakit autoimun juga bisa memicu terjadinya gastritis. Gangguan pada sistem imun yang menyerang dinding lambung dapat mengakibatkan gastritis.

Menurut Novita dan Tania, 2018, umumnya gastritis disebabkan oleh :

- a. Terlalu berlebihan mengonsumsi obat anti nyeri seperti obat anti radang non-steroid atau aspirin.
- b. Mengonsumsi alkohol yang berlebihan.
- c. Infeksi dari bakteri *Helicobacter pylori*.
- d. Adanya penyakit autoimun.
- e. Cairan empedu yang sampai ke lambung.
- f. Menggunakan kokain secara sembarangan.
- g. Mudah mengalami stres.

Gastritis adalah suatu penyakit dimana terdapat peradangan atau infeksi pada mukosa lambung yang disebabkan oleh bakteri *Helicobacter pylori*, penggunaan obat NSAID yang berlebihan, penyakit autoimun, mengonsumsi alkohol yang berlebihan, penambahan usia, stres, dan penyalahgunaan kokain.

2.1.3 Klasifikasi Gastritis

Klasifikasi gastritis menurut Robbins (2009) terbagi menjadi dua, yakni :

1. Gastritis Akut

Gastritis akut ialah suatu inflamasi yang bersifat akut pada mukosa lambung dan umumnya terjadi dalam waktu yang tidak lama.

Kondisi ini paling sering berkaitan dalam penggunaan obat-obat anti inflamasi nonsteroid (khususnya aspirin) dalam waktu yang lama serta dosis yang tinggi, berlebihan mengonsumsi alkohol dan perokok berat. Gastritis akut juga disebabkan karena stress berat (luka bakar dan pembedahan), iskemia dan syok. Seperti halnya kemoterapi, uremia, infeksi sistemik, tertelan zat asam atau alkali, iradiasi lambung, trauma mekanik, dan gastrektomi distal.

2. Gastritis Kronis

Gastritis kronis diartikan suatu keadaan terjadi perubahan inflamatorik yang kronis di mukosa lambung sehingga menimbulkan atrofi mukosa dan metaplasia epitel. Sehingga keadaan ini menjadi latar belakang terjadinya dysplasia karsinoma.

Sedangkan menurut Wim de Jong, 2005 (dalam buku Aplikasi Nanda NIC NOC 2015 jilid 2, hal 32), klasifikasi gastritis adalah sebagai berikut :

1. Gastritis akut

Gastritis akut dapat terjadi karena terlalu banyak makan atau makan terlalu cepat, mengonsumsi makanan yang terlalu berbumbu atau yang mengandung mikroorganisme penyebab penyakit, iritasi bahan semacam alkohol, aspirin, NSAID, lisol, serta bahan korosif lain, refluks empedu atau cairan pankreas. Gastritis akut terdiri dari gastritis akut tanpa pendarahan dan gastritis akut dengan pendarahan (gastritis hemoragik atau gastritis erosiva).

2. Gastritis kronis

Ulkus benigna dan manigna dari lambung atau oleh bakteri *Helicobacter pylory* (*H. Pylory*) bisa menyebabkan inflamasi lambung yang lama.

3. Gastritis bacterial

Gastritis bacterial atau disebut juga gastritis infektosa, disebabkan oleh refluks dari duodenum.

2.1.4 Tanda dan Gejala Gastritis

Secara umum, gejala gastritis atau maag diantaranya: nyeri pada saluran pencernaan sampai tidak nyaman terutama bagian atas, mual, muntah, nyeri ulu hati, lambung terasa penuh, kembung, bersendawa, cepat kenyang, perut keroncongan dan sering kentut serta timbulnya luka di dinding lambung. Gejala ini dapat menjadi akut, kronis serta berulang. Disebut kronis jika gejala itu berlangsung lebih dari satu bulan terus-menerus dan gastritis ini bisa ditangani sejak awal yaitu dengan mengonsumsi makanan lunak dalam porsi kecil, berhenti mengonsumsi makanan asam dan pedas, berhenti merokok serta minuman beralkohol dan jika memang diperlukan bisa minum antasida sekitar setengah jam sebelum makan atau sewaktu makan (Misnadiarly, 2009).

Gastritis akut dan kronik memiliki beberapa perbedaan gejala. Pada gastritis akut berlangsung tiba-tiba dan gejalanya lebih terlihat, gejalanya ditandai dengan mual–mual, lambung terasa terbakar serta adanya rasa tidak enak di lambung bagian atas. Berat gejala tergantung pada jenis dan jumlah bahan iritan serta lama kontak dengan mukosa lambung. Gejala

yang timbul dan sering pada gastritis kronik ialah adanya rasa perih, lambung terasa penuh serta nafsu makan berkurang sehingga hanya mampu makan dalam jumlah sedikit. Pada beberapa kasus gastritis juga menyebabkan lambung berdarah, tetapi tidak parah. Perdarahan lambung dapat dikeluarkan lewat mulut (muntah darah) ataupun terjadi berak darah. Hal fatal akan terjadi apabila pertolongan terlambat (Yuliarti, 2009).

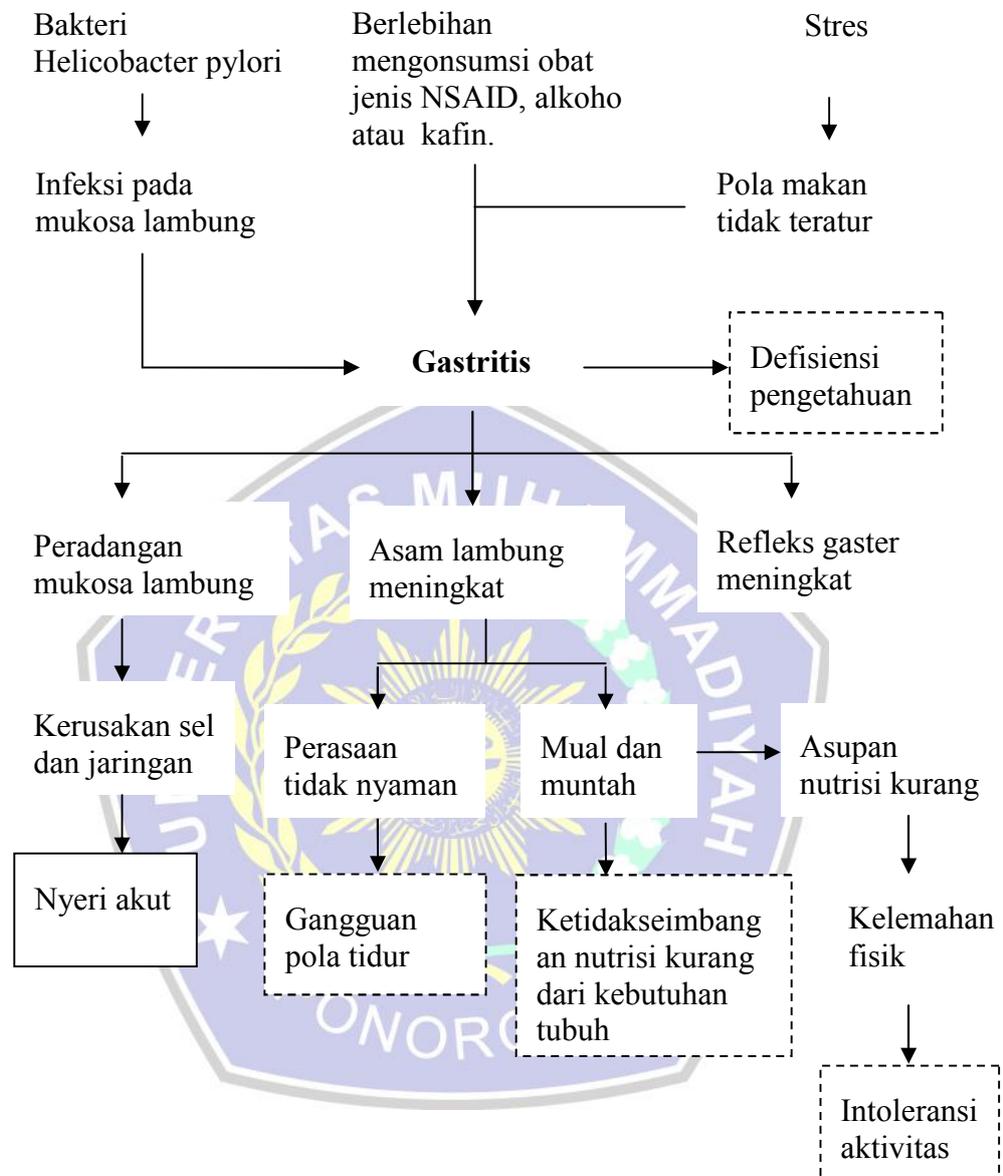
2.1.5 Patofisiologi Gastritis

Mukosa lambung (gastriti erosif) bisa rusak karena obat-obatan, alkohol, garam empedu, zat iritan lainnya. Mukosa lambung sangat berperan penting dalam melindungi lambung dari autodigesti oleh HCl dan pepsin. Apabila mukosa lambung rusak maka terjadi difusi HCl ke mukosa, dan HCl akan merusak mukosa. Mukosa lambung dapat menstimulasi perubahan pepsinogen menjadi pepsin karena kehadiran HCl. Pelepasan histamin dari sel mast dapat terangsang dari pepsin. Histamin dapat menyebabkan peningkatan permeabilitas kapiler sehingga terjadi perpindahan cairan dari intrasel ke ekstrasel dan menyebabkan edema serta kerusakan kapiler sehingga pada lambung timbul perdarahan. Gangguan tersebut hilang dengan sendirinya apabila lambung melakukan regenerasi mukosa. Tetapi inflamasi akan terjadi terus menerus apabila lambung sering terpapar zat iritan. Lapisan mukosa lambung akan hilang dan terjadi atropi sel mukosa lambung apabila jaringan yang meradang akan diisi oleh jaringan fibrin. Faktor intrinsik yang dihasilkan sel mukosa lambung dapat menurun atau hilang, sehingga cobalamin (vitamin B12) tidak dapat diserap di usus halus. Sementara dalam pertumbuhan dan

maturasi sel darah merah vitamin B12 ini berperan penting. Hingga akhirnya akan terjadi anemia pada klien gastritis. Selain itu dinding lambung menipis rentan terhadap perforasi lambung serta pendarahan (Suratun dan Lusiana, 2010).



2.1.6 Pathway



Gambar 2.1 Pathway Gastritis

2.1.7 Komplikasi

Komplikasi yang kemungkinan muncul pada gastritis menurut Dermawan (2010) yakni :

1. Saluran cerna bagian atas mengalami perdarahan.
2. Ulkus peptikum, gangguan absorpsi vitamin B12 yang menyebabkan perforasi dan anemia.

2.1.8 Penatalaksanaan

1. Pengobatan untuk gastritis meliputi :
 - a. Antikoagulan: pada lambung bila mengalami perdarahan.
 - b. Antasida: untuk gastritis yang parah, untuk mempertahankan keseimbangan cairan sampai gejala-gejala mereda cairan dan elektrolit diberikan lewat intravena, untuk gastritis yang tidak parah diobati dengan antasida serta istirahat.
 - c. Histonin: untuk menghambat pembentukan asam lambung serta untuk menurunkan iritasi lambung dapat diberikan ranitidin.
 - d. Sulcralfate: diberikan untuk melindungi mukosa lambung dengan cara menyelimutinya, untuk mencegah difusi kembali asam serta pepsin yang menyebabkan iritasi.
 - e. Pembedahan: untuk mengangkat gangren dan perforasi, Gastrojejunuskopi atau reseksi lambung: mengatasi obstruksi pilorus (Dermawan, 2010).

2. Secara medis penatalaksanaan gastritis meliputi :

Gastritis akut dapat diatasi dengan menginstruksikan pasien agar menghindari alkohol serta makanan sampai gejala berkurang. Apabila pasien bisa makan melalui mulut, dianjurkan diet yang bergizi. Apabila gejala menetap, perlu diberikan cairan secara parenteral. Apabila terjadi perdarahan, maka penatalaksanaannya serupa dengan prosedur yang dilakukan untuk hemoragik saluran gastrointestinal atas. Apabila gastritis diakibatkan karena mencerna makanan yang sangat asam atau alkali, pengobatannya ialah pengenceran serta penetralisasian agen penyebab. Untuk menetralsiasi asam, digunakan antasida umum (misal : aluminium hidroksida) untuk menetralsiasi alkali, digunakan jus lemon encer atau cuka encer. Apabila korosi luas atau berat, emetik, dan lafase dihindari karena bahaya perforasi. Terapi pendukung meliputi intubasi, analgesic dan sedative, antasida, serta cairan intravena, mungkin juga diperlukan endoskopi fiberopti. Untuk mengangkat gangreen atau jaringan perforasi dapat juga dilakukan pembedahan darurat. Untuk mengatasi obstruksi pilrus juga diperlukan gastrojejunostomi atau reseksi lambung. Gastritis kronis dapat diatasi dengan memodifikasi diet pasien, meningkatkan istirahat, mengurangi stress serta memulai farmakoterapi. H. Pilory data diatasi dengan antibiotic (seperti tetrasiklin atau amoksisilin) dan garam bismu (pepto bismo). Pasien dengan gastritis A biasanya mengalami malabsorpsi vitamin B12 yang dikarenakan oleh adanya antibody terhadap faktor instrinsik (Smeltzer, 2001).

3. Secara keperawatan penatalaksanaannya meliputi :

- a. Menjalani tirah baring
- b. Diet makanan lunak tidak ada pedas dan asam
- c. Mengatasi stres

Air teh, air kaldu, air jahe dengan soda kemudian diberikan peroral pada interval yang sering. Makanan yang sudah dihaluskan seperti pudding, agar-agar dan sup, biasanya dapat ditoleransi setelah 12 – 24 jam dan kemudian makanan-makanan berikutnya ditambahkan secara bertahap. Pasien dengan gastritis superficial yang kronis biasanya berespon terhadap diet sehingga harus menghindari makanan yang berbumbu banyak atau berminyak (Dermawan, 2010).

2.2 Konsep Masalah Nyeri

2.2.1 Pengertian Nyeri

Menurut (Potter, 2007), *IASP (International Association for Study of Pain)*, menyebutkan nyeri sebagai suatu sensori subjectif serta pengalaman emosional yang tidak menyenangkan dan berkaitan dengan kerusakan jaringan yang bersifat akut yang dirasakan dalam kejadian-kejadian dimana terjadinya kerusakan.

Nyeri (*Pain*) ialah kondisi perasaan yang tidak menyenangkan. Sifatnya bisa subjektif karena perasaan nyeri berbeda di setiap orang baik dalam hal skala ataupun tingkatannya, serta hanya orang tersebutlah yang dapat menjelaskan serta mengevaluasi rasa nyeri yang dialaminya (Hidayat, 2008).

Nyeri ialah pengalaman sensori nyeri serta emosional yang tidak menyenangkan yang hubungannya dengan kerusakan jaringan potensial dan aktual yang tidak menyenangkan, yang terlokalisasi di suatu bagian tubuh ataupun juga disebut dengan istilah destruktif dimana jaringan terasa di tusuk-tusuk, melilit, mual, perasaan takut, emosi, panas terbakar, panas terbakar. (Potter, 2012).

2.2.2 Sifat Nyeri

Sifat nyeri adalah individual dan subjektif, terdapat empat hal yang pasti ada hubungannya dalam pengalaman nyeri, yakni : sifat nyeri individual, perasaan yang tidak menyenangkan, bersifat tidak berkesudahan, sebagai kekuatan yang mendominasi. (Manuaba, 2008).

2.2.3 Klasifikasi Nyeri

1. Klasifikasi nyeri berdasarkan durasinya adalah sebagai berikut :
 - a. Nyeri Akut

Nyeri akut merupakan nyeri yang timbul setelah adanya penyakit, cedera akut, intervensi bedah dengan proses nyeri yang cepat dan intensitas nyeri yang bervariasi seperti ringan, sedang sampai berat. Nyeri ini berlangsung dalam waktu yang singkat. (Andarmoyo, 2013).

Nyeri akut berdurasi kurang lebih 6 bulan yang akan menghilang secara sendirinya tanpa melalui pengobatan setelah area yang rusak kembali pulih (Prasetyo, 2010).

b. Nyeri Kronis

Nyeri kronis merupakan nyeri yang intermiten dan menetap selama suatu waktu. Nyeri berlangsung dalam waktu yang lama dengan intensitas bervariasi dan berlangsung lebih dari 6 bulan. (McCaffery, 1986 dalam Potter & Perry 2005).

2. Berdasarkan asalnya, nyeri diklasifikasikan menjadi 2, yaitu :

a. Nyeri nosiseptif

Nyeri nosiseptif disebabkan sensitivitas nosiseptor perifer yang sebagai reseptor khusus yang menyalurkan stimulus dari kulit, sendi, jaringan ikat, tulang, dan lain-lain. (Andarmoyo, 2013)

b. Nyeri neuropatik

Nyeri neuropatik adalah nyeri yang berasal dari suatu cedera atau adanya abnormalitas pada saraf perifer ataupun saraf sentral, dan nyeri seperti ini umumnya lebih sulit untuk diobati. (Andarmoyo, 2013)

3. Berdasarkan lokasinya, nyeri diklasifikasikan sebagai berikut :

a. Kutancus atau Supervicial

Nyeri superviciali merupakan nyeri akibat dari stimulus kulit. Nyeri ini berlangsung sebentar dan berlokalisasi. Biasanya nyeri ini timbul sensasi yang tajam, seperti laserasi atau luka potong kecil, tertusuk jarum suntik, dan sebagainya. (Potter & Perry, 2006, dalam Andarmoyo 2013).

b. Viseral Demam

Nyeri viseral merupakan yang timbul karena stimulasi organ-organ dalam. Nyeri ini menyebar ke berbagai arah dan bersifat difusi. Nyeri viseral terasa tidak menyenangkan dan berhubungan dengan keadaan mual dan gejala otonom. Contoh nyeri viseral adalah sensasi terbakar seperti ulkus lambung, sensasi pukul (*crushing*) seperti angina pectoris. (Potter & Perry, 2006, dalam Andarmoyo, 2013).

c. Nyeri Alih

Nyeri alih adalah nyeri yang berasal dari nyeri viseral karena banyak organ yang tidak memiliki reseptor nyeri. Nyeri ini tersasa pada bagian tubuh yang terpisah dari sumber nyeri. Contoh dari nyeri ini adalah batu empedu yang menimbulkan nyeri alih di selangkangan, infark miokard yang dapat menimbulkan nyeri alih di rahang dan lengan kanan, dan lain-lain. (Potter & Perry, 2016, dalam Andarmoyo, 2013).

d. Radiasi

Nyeri radiasi adalah sensasi nyeri yang merambat luas dari pusat timbulnya nyeri ke bagian tubuh yang lainnya. Nyeri ini merambat dari bagian tubuh yang terkena nyeri ke bagian tubuh lainnya. Contoh dari nyeri ini adalah nyeri punggung karena ruptur yang menjalar ke tungkai. (Potter & Perry, 2006 dalam, Andarmoyo, 2013).

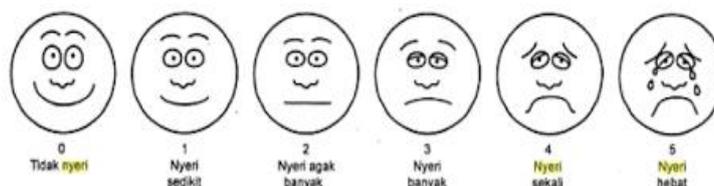
2.2.4 Pengukuran Intensitas Nyeri

Intensitas nyeri merupakan penilaian yang dirasakan oleh seseorang yang mengalami nyeri. Pengukuran ini bersifat subjektif. Intensitas nyeri yang sama berbeda dengan nyeri yang dirasakan oleh orang yang satu dengan yang lainnya (Andarmoyo, 2013). Sebenarnya pengukuran nyeri secara objektif dengan respon fisiologi tubuh terhadap nyeri tersebut dapat dilakukan, tapi pengukuran dengan cara objektif ini terkadang tidak dapat memberikan gambaran yang pasti tentang nyeri itu sendiri (Tamsuri, 2007 dalam Andarmoyo, 2013).

Beberapa skala intensitas nyeri :

1. Skala Wajah atau *Wong-Bakeer Face Pain Rating Scale*

Pengukuran nyeri ini dilakukan dengan cara melihat bagaimana ekspresi wajah dari orang yang mengalami nyeri dengan bertatap muka langsung tanpa menanyakan keluhan. Pengukuran dengan cara ini sangat mudah tapi diperlukan kejelian dalam memperhatikan ekspresi wajah seseorang yang mengalami nyeri. Penilaian nyeri dengan skala wajah berdasarkan ekspresi wajah adalah sebagai berikut:



Gambar 2.2 Skala Wajah (*Wong-Bakeer Face Pain Rating Scale*)

Keterangan :

Eksprsi wajah 0 : tidak mrasakan nyeri

Eksprsi wajah 1 : hanya sedikit nyeri

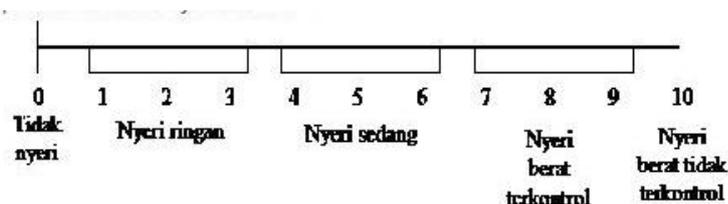
Eksprsi wajah 2 : sedikit lebih nyeri

Eksprsi wajah 3 : jauh lebih nyeri

Eksprsi wajah 4 : sangat nyeri

Eksprsi wajah 5 : nyeri yang sangat luar biasa

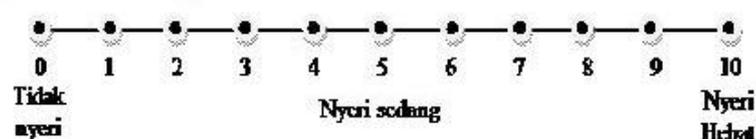
2. Skala Intensitas Nyeri Deskriptif Sederhana



Gambar 2.3 Skala Intensitas Nyeri Deskriptif Sederhana

Pengukuran nyeri ini menggunakan komunikasi verbal. Pendeskripsian verbal atau VDS (*Verbal Descriptor Scale*) adalah alat yang digunakan untuk mengukur intensitas nyeri secara objektif. Penilaian ini dirangking mulai dari “tidak ada nyeri” sampai nyeri berat tidak terkontrol”. (Andarmoyo, 2013 dalam Konsep dan Proses Keperawatan Nyeri). Cara mengukur nyeri yaitu menyampaikan rentang intensitas nyeri ke penderita kemudian meminta penderita untuk memilih intensitas nyeri yang dia rasakan (Andarmoyo, 2013).

3. Skala Intensitas Nyeri Numerik



Gambar 2.4 Skala Intensitas Nyeri Numerik

Skala penilaian numerik atau NRS (*Numerical Ranting Scale*) digunakan untuk mengganti alat pendeskripsian kata. Pada pengukuran ini penderita menilai sendiri nyeri yang dirasakan dengan skala 0-10. Cara ini paling efektif untuk memeriksa intensitas nyeri saat sebelum dan sesudah intervensi (Andarmoyo, 2013).

4. Skala Intensitas Nyeri FLACC (*Face, Legs, Activity, Cray, and Consolability*)

Skala ini dapat digunakan pada penderita yang secara non verbal yang tidak bisa menyampaikan nyerinya dengan berbicara (Judha, 2012)

Tabel 2.1 Skala Intensitas Nyeri FLACC (*Face, Legs, Activity, Cray, and Consolability*)

Kategori	Skor		
	0	1	2
Wajah	Tidak berekspresi atau tersenyum, tidak mencari perhatian.	Wajahi cemberut, dahii mengkerut.	Bentuk dahi tidak konstan. Kondisi rahang tegang, dagu gemecar.
Kaki	Tidak nampak tegang atau rileks.	Nampak gelisah dan menegang.	Bergerak tak terkontrol seperti menendang.
Aktivitas	Posisi berbaring secara normal, mudah bergerak.	Menggeliat, menaikkan punggung dan maju menegang.	Menekuk, kaku atau menghentak.
Menangis	Tidak menangis.	Merintih atau merngek, kadang-kadang mengeluh.	Sering mengeluh, mengeluarkan air mata,

			menangis keras.
Hiburan	Rileks.	Perasaan tenang dengan diberi sentuhan. Dan berbicara untuk mengalihkan perhatian.	Kesulitan untuk menghibur atau kenyamanan.
Total Skor 0-10			

2.2.5 Penatalaksanaan Nyeri

Dalam penataaksanaan nyeri digunakan pendekatan non farmakologis dan farmakologis (Andarmoyo, 2013).

1. Strategi penataaksanaan nyeri non farmakologis

Penataaksanaan nyeri non farmakologis diantaranya adalah :

a. Bimbingan Antisipasi

Bimbingan antisipasi merupakan cara mengatasi nyeri dengan memberikan pemahaman pada penderita tentang nyeri yang dirasakan. Tujuan diberikan pemahaman itu adalah untuk memberikan informasi pada penderita, dan mencegah salah pemahaman tentang peristiwa nyeri tersebut (Potter & Perry, 2006).

b. Kompres Dingin atau Panas

Dalam meredakan nyeri dapat menggunakan terapi kompres dingin atau panas. Terapi ini diduga dapat menstimulasi reseptor tidak nyeri dalam bidang reseptor yang sama pada cedera.

Kompres ini diberikan di bagian tubuh yang setempat saja. Sensasi panas yang diberikan dapat melebarkan pembuluh darah

sehingga dapat memperlancar peredaran darah pada jaringan tersebut. Peredaran darah yang lancar mengakibatkan penyaluran zat asam dan sari-sari makanan untuk sel-sel di jaringan tersebut. Dengan aktivitas sel-sel tersebut dapat mempercepat proses penyembuhan pada jaringan tersebut sehingga nyeri dapat berkurang (Stevens, 2000).

Kompres dingin dapat mengurangi prostaglandin dapat memperkuat sensitivitas reseptor nyeri dan subkutan lain pada bagian tubuh yang cedera dengan cara menghambat proses inflamasi.

c. Distraksi

Distraksi merupakan suatu cara untuk mengatasi nyeri dengan cara mengalihkan pikiran atau perhatian pada hal-hal yang indah atau menyenangkan. Dengan berfikir hal-hal yang indah tersebut mengalihkan nyeri yang dirasakan.

d. Relaksasi

Relaksasi merupakan tindakan meredakan nyeri dengan cara mengatur menarik napas panjang dan dalam kemudian menghembuskannya pelan-pelan. Teknik ini digunakan untuk membebaskan fisik dan mental dari stres sehingga dapat mengurangi nyeri. Teknik ini dapat memberikan rasa nyaman di tubuh dengan melakukan relaksasi dapat mengurangi kelelahan dan mengurangi ketegangan otot yang terjadi di bagian tubuh yang terkena nyeri (Smesltzer & Bare, 2002).

e. Hipnosis

Hipnosis merupakan teknik yang memberikan gagasan-gagasan yang disampaikan orang lain ke penderita sehingga membuat penderita tidak sadarkan diri (Depkes, 1984).

Teknik ini menggunakan sugesti diri untuk menimbulkan kesan tenang, rileks, dan damai. Kondisi-kondisi tersebut menghasilkan respon diri untuk melawan stres dan dapat mengurangi nyeri yang dirasakan oleh penderita (Edelman dan Mendel, 1994 dalam Potter & Perry, 2005).

f. Akupuntur

Teknik akupuntur dilakukan dengan cara menusukan jarum dengan ukuran tertentu ke bagian tubuh yang berfungsi untuk menstimulus nyeri. Titik-titik akupuntur dapat distimulasi menggunakan panas, tekanan, laser, atau kombinasi dengan stimulasi elektrik (Murray & Pizzorno, 1991 dalam Prasetyo, 2010).

2. Strategi penatalaksanaan nyeri farmakologis

Penatalaksanaan nyeri farmakologis diantaranya adalah :

a. Analgesik dan NSAID (Non-narkotik dan Anti Inflamasi non Steroid)

NSAID dapat mengurangi nyeri ringan dan sedang seperti pengobatan pada gigi, setelah pembedahan mini, sakit punggung dan sebagainya. Toradol adalah jenis analgesik pertama yang

digunakan dalam penanganan nyeri. (McKerry dan Salerno, 1995 dalam Potter & Perry, 2006).

b. Analgesik narkotik atau opiat

Analgesik narkotik biasanya digunakan untuk nyeri dengan intensitas sedang sampai berat, seperti setelah tindakan operasi.

Obat ini bekerja pada sistem saraf pusat yang menimbulkan efek depresi dan menstimulasi.

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Pasien Gastritis

2.3.1 Pengkajian Pasien Gastritis

1. Identitas Pasien

a. Nama lengkap : pendataan nama pasien sebagai tanda pengenal yang dimiliki pasien sejak lahir.

b. Nomor registasi : nomor ini adalah no urut pendaftaran pasien dan sebagai pembeda dari pasien lain.

c. Jenis kelamin : jenis kelamin dapat mempengaruhi kejadian gastritis. Umumnya gastritis terjadi pada jenis kelamin perempuan, karena wanita mudah emosional dibandingkan laki-laki. Selain itu perempuan juga sering diet untuk memperbaiki tubuhnya (dalam jurnal Hanik Murjayanah, 2010).

a. Alamat : tempat dimana pasien tinggal dapat dijadikan sebagai acuan bagaimana kondisi lingkungan di tempat tinggal pasien. Lingkungan yang tidak sehat beresiko terkena bakteri *H.pylori* yang mengakibatkan gastritis.

- b. Tempat dan tanggal lahir : data ini dapat memastikan berapa usia pasien.
- c. Usia : gastritis dapat menyerang di usia berapa saja, mulai dari anak-anak sampai dewasa (dalam Jurnal Hanik Murjayanah, 2010). Walaupun begitu umumnya gastritis lebih banyak menyerang di kalangan orang dewasa usia 40 tahun ke atas (dalam Jurnal Hanik Murjayanah, 2010).

d. Pekerjaan :

2. Identitas Penanggung Jawab

3. Keluhan Utama

Pada pasien gastritis keluhan yang sering muncul adalah nyeri pada ulu hati, mual muntah atau anoreksia karena peradangan pada mukosa lambung.

4. Riwayat Penyakit Sekarang

Pasien merasakan nyeri, mual muntah dan anoreksia. Kondisi pasien lemas dan nampak lemah. Pada pengkajian nyeri, nyeri terasa di perut bagian ulu hati, nyeri terasa seperti ditusuk, skala nyeri yang timbul bisa bervariasi mulai ringan sedang atau berat, nyeri muncul secara tiba-tiba dan akan hilang beberapa saat kemudian.

5. Riwayat Penyakit Dahulu

Penyakit yang pernah dialami oleh pasien gastritis adalah penyakit yang sama yaitu gastritis. Pasien gastritis biasanya juga sering mengonsumsi obat-obatan jenis NSAID. Pasien juga pernah

mengalami stres sehingga pola makannya terganggu dan menyebabkan gastritis.

6. Riwayat Penyakit Keluarga

Penyakit gastritis tidak disebabkan karena keturunan, jadi gastritis tidak ada pada riwayat penyakit sekarang. Namun tetap dikaji apakah pasien pernah mengalami penyakit lain.

7. Pola Kehidupan Sehari-hari

a. Pola Nutrisi

Sebelum sakit pola makan pasien tidak teratur, pasien sering telat makan. Pasien juga berlebihan mengonsumsi obat-obatan jenis NSAID dan sering minum alkohol dan minuman yang mengandung kafein. Saat sakit nafsu makan pasien menurun. Pasien juga merasakan mual dan muntah.

b. Pola Eliminasi

Saat sakit pasien jarang melakukan eliminasi. Frekuensi BAK dan BAB pasien menurun karena asupan makanan pasien menurun akibat anoreksia.

c. Pola Kebersihan Diri

Sebelum sakit pasien gastritis kurang menjaga kebersihan diri ataupun lingkungan yang mengakibatkan bakteri masuk ke dalam tubuh pasien.

d. Pola Aktivitas

Sebelum sakit pasien terlalu berlebihan dalam beraktivitas yang mengakibatkan pola makan pasien terganggu dan asam lambung

menjadi berlebihan sehingga terjadi gastritis. Saat sakit pasien masih bisa melakukan aktivitas seperti BAK, BAB atau mandi.

e. Pola Istirahat

Sebelum sakit, pasien jarang beristirahat yang mengakibatkan lambung terus beraktifitas sehingga pasien beresiko terkena gastritis. Saat sakit, istirahat pasien terganggu karena pasien merasakan nyeri akibat gastritis.

8. Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan umum

Pasien gastritis nampak lemah, nadi dan respirasi pasien meningkat karena pasien merasakan nyeri. Pasien masih sadar dan GCS nya normal.

b. Pemeriksaan kepala dan muka

Inspeksi : pada pasien gastritis tidak muncul tanda dan gejala pada pemeriksaan ini. Hasil pemeriksaan ini dalam kondisi normal dimana pasien nampak meringis ekspresi wajah pasien menandakan pasien merasakan nyeri.

Palpasi : pada pasien gastritis tidak muncul tanda dan gejala pada pemeriksaan ini. Hasil pemeriksaan ini dalam kondisi normal dimana tidak ada nyeri tekan, tidak ada lesi, tidak ada pembengkakan.

c. Pemeriksaan mata

Inspeksi : pada pasien gastritis tidak muncul tanda dan gejala pada pemeriksaan ini. Hasil pemeriksaan ini dalam kondisi

normal dimana posisi mata simetris kanan dan kiri, sklera putih, konjungtiva merah muda, pupil isokor kiri dan kanan, pergerakan mata normal.

Palpasi : pada pasien gastritis tidak muncul tanda dan gejala pada pemeriksaan ini. Hasil pemeriksaan ini dalam kondisi normal dimana tidak ada nyeri tekan, tidak ada lesi, tidak ada pembengkakan.

d. Pemeriksaan hidung

Inspeksi : pada pasien gastritis tidak muncul tanda dan gejala pada pemeriksaan ini. Hasil pemeriksaan ini dalam kondisi normal dimana tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak ada epistaksis, tidak ada sputum.

Palpasi : pada pasien gastritis tidak muncul tanda dan gejala pada pemeriksaan ini. Hasil pemeriksaan ini dalam kondisi normal dimana tidak ada nyeri tekan, tidak ada lesi, tidak ada pembengkakan.

e. Pemeriksaan telinga

Inspeksi : pada pasien gastritis tidak muncul tanda dan gejala pada pemeriksaan ini. Hasil pemeriksaan ini dalam kondisi normal dimana tidak ada perdarahan, tidak ada lesi.

Palpasi : pada pasien gastritis tidak muncul tanda dan gejala pada pemeriksaan ini. Hasil pemeriksaan ini dalam kondisi normal dimana tidak ada benjolan lain, tidak ada nyeri tekan.

f. Pemeriksaan mulut

Inspeksi : kondisi mulut pasien gastritis kering dan pecah pecah karena pasien kekurangan nutrisi dan cairan akibat mual mutah dan anoreksia, tidak ada sianosis, tidak ada lesi atau sariawan.

Palpasi : pada pasien gastritis tidak muncul tanda dan gejala pada pemeriksaan ini. Hasil pemeriksaan ini dalam kondisi normal dimana tidak ada benjolan lain, tidak ada nyeri.

g. Pemeriksaan leher

Inspeksi : pada pasien gastritis tidak muncul tanda dan gejala pada pemeriksaan ini. Hasil pemeriksaan ini dalam kondisi normal dimana tidak ada pembesaran vena jugularis, tidak ada lesi.

Palpasi : pada pasien gastritis tidak muncul tanda dan gejala pada pemeriksaan ini. Hasil pemeriksaan ini dalam kondisi normal dimana vena jugularis teraba, tidak ada nyeri tekan dan tidak ada benjolan lain.

h. Pemeriksaan payudara dan ketiak

Inspeksi : pada pasien gastritis tidak muncul tanda dan gejala pada pemeriksaan ini. Hasil pemeriksaan ini dalam kondisi normal dimana payudara simetris antara kanan dan kiri, tidak ada lesi.

Palpasi : pada pasien gastritis tidak muncul tanda dan gejala pada pemeriksaan ini. Hasil pemeriksaan ini dalam kondisi normal dimana tidak ada nyeri tekan dan tidak ada benjolan.

i. Pemeriksaan dada

Inspeksi : pada pasien gastritis tidak muncul tanda dan gejala pada pemeriksaan ini. Hasil pemeriksaan ini dalam kondisi normal dimana tidak ada lesi, tidak ada retraksi dada.

Palpasi : pada pasien gastritis tidak muncul tanda dan gejala pada pemeriksaan ini. Hasil pemeriksaan ini dalam kondisi normal dimana tidak ada nyeri tekan dan benjolan lain.

j. Pemeriksaan paru

Inspeksi : pada pasien gastritis tidak muncul tanda dan gejala pada pemeriksaan ini. Hasil pemeriksaan ini dalam kondisi normal dimana tidak ada retraksi dada.

Palpasi : pada pasien gastritis tidak muncul tanda dan gejala pada pemeriksaan ini. Hasil pemeriksaan ini dalam kondisi normal dimana vokal vemitus seimbang anataranya kanan dan kiri, tidak ada nyeri tekan.

Perkusi : pada pasien gastritis tidak muncul tanda dan gejala pada pemeriksaan ini. Hasil pemeriksaan ini dalam kondisi normal dimana suara perkusi sonor.

Auskultasi : pada pasien gastritis tidak muncul tanda dan gejala pada pemeriksaan ini. Hasil pemeriksaan ini dalam kondisi normal dimana suara auskultasi vasikuler, tidak ada suara tambahan seperti wezhing, ronchi dan sebagainya.

k. Pemeriksaan jantung

Inspeksi : pada pasien gastritis tidak muncul tanda dan gejala pada pemeriksaan ini. Hasil pemeriksaan ini dalam kondisi normal dimana denyut jantung dari iktus kordis tidak nampak.

Palpasi : pada pasien gastritis tidak muncul tanda dan gejala pada pemeriksaan ini. Hasil pemeriksaan ini dalam kondisi normal dimana iktus kordis teraba di ICS 5 linea midclavícula sinistra.

Perkusi : pada pasien gastritis tidak muncul tanda dan gejala pada pemeriksaan ini. Hasil pemeriksaan ini dalam kondisi normal dimana suara perkusi pekak, tidak ada pelebaran jantung.

Auskultasi : pada pasien gastritis tidak muncul tanda dan gejala pada pemeriksaan ini. Hasil pemeriksaan ini dalam kondisi normal dimana bunyi jantung 1 dan bunyi jantung 2 tunggal (lup dup).

1. Pemeriksaan abdomen

Inspeksi : pada pemeriksaan ini pada pasien gastritis perut terlihat normal, tidak nampak tanda dan gejala yang dapat dilihat.

Auskultasi : pada pemeriksaan ini pada pasien gastritis mengalami bising usus meningkat.

Palpasi : pada pemeriksaan ini pada pasien gastritis mengalami perut teraba tegang, terdapat nyeri tekan di abdomen regio 2 dan 3.

Perkusi : pada pasien gastritis suara perkusi yang timbul adalah hipertympani.

m. Pemeriksaan genetalia dan anus

Inspeksi : pada pasien gastritis tidak muncul tanda dan gejala pada pemeriksaan ini. Hasil pemeriksaan ini dalam kondisi normal dimana tidak ada lesi.

Palpasi : pada pasien gastritis tidak muncul tanda dan gejala pada pemeriksaan ini. Hasil pemeriksaan ini dalam kondisi normal dimana tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan lain.

n. Pemeriksaan ekstremitas

Pada pasien gastritis tidak muncul tanda dan gejala pada pemeriksaan ini. Hasil pemeriksaan ini dalam kondisi normal dimana tidak ada odem di semua ekstremitas, tidak ada fraktur, kekuatan otot pada ekstremitas normal.

o. Pemeriksaan integumen

Inspeksi : pada pasien gastritis tidak muncul tanda dan gejala pada pemeriksaan ini. Hasil pemeriksaan ini dalam kondisi normal.

Palpasi : pada pasien gastritis tidak muncul tanda dan gejala pada pemeriksaan ini. Hasil pemeriksaan ini dalam kondisi normal dimana kulit terasa hangat, CRT < 2 detik, tidak ada odem.

p. Pemeriksaan neurologis

pada pasien gastritis tidak muncul tanda dan gejala pada pemeriksaan ini. Hasil pemeriksaan ini dalam kondisi normal

dimana tidak ditemukan kelainan pada nervus I sampai nervus XII.

9. Pemeriksaan Penunjang

a. Endoskopi

Pemeriksaan ini dilakukan dengan memasukkan selang yang ujungnya terdapat kamera kecil ke dalam lambung untuk melihat bagaimana kondisi dinding lambung. Sebelum dilakukan endoskopi biasanya pasien diberi anastesi lokal. Saat proses endoskopi dilakukan juga biopsi untuk mengambil sedikit jaringan dinding lambung untuk sampel pemeriksaan laboratorium.

b. Pemeriksaan darah

Pemeriksaan ini bertujuan untuk memeriksa apakah ada bakteri *H.pylori* pada tubuh. Hasil positif menunjukkan tubuh kontak langsung dengan bakteri pada waktu tertentu namun hal itu tidak menentukan tubuh terinfeksi oleh bakteri tersebut.

c. Pemeriksaan feses

Pemeriksaan ini bertujuan untuk melihat apakah pada feses terdapat bakteri *H.pylori*. hasil yang positif dapat mengindikasikan tubuh yang terkena infeksi oleh bakteri tersebut.

d. Ujin napas urea

Pemeriksaan ini dilakukan dengan menguji bagaimana kondisi urea yang diubah oleh urease *H.pylori* di lambung menjadi

karbondioksida dan amoniak. Karbondioksida mudah menempel di dinding lambung dan dapat terdeteksi dalam udara.

2.3.2 Diagnosa Keperawatan Pasien Gastritis

Diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien gastritis adalah :

1. Nyeri akut berhubungan dengan cedera biologis (kerusakan mukosa lambung)
2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake yang tidak adekuat karena mual dan muntah.
3. Resiko kekurangan volume cairan berhubungan dengan mual dan muntah.
4. Nyeri akut berhubungan dengan cedera biologis (kerusakan mukosa lambung).
5. Intoleransi aktivitas berhubungan kelemahan fisik.
6. Kurang pengetahuan berhubungan dengan kekurangan informasi.

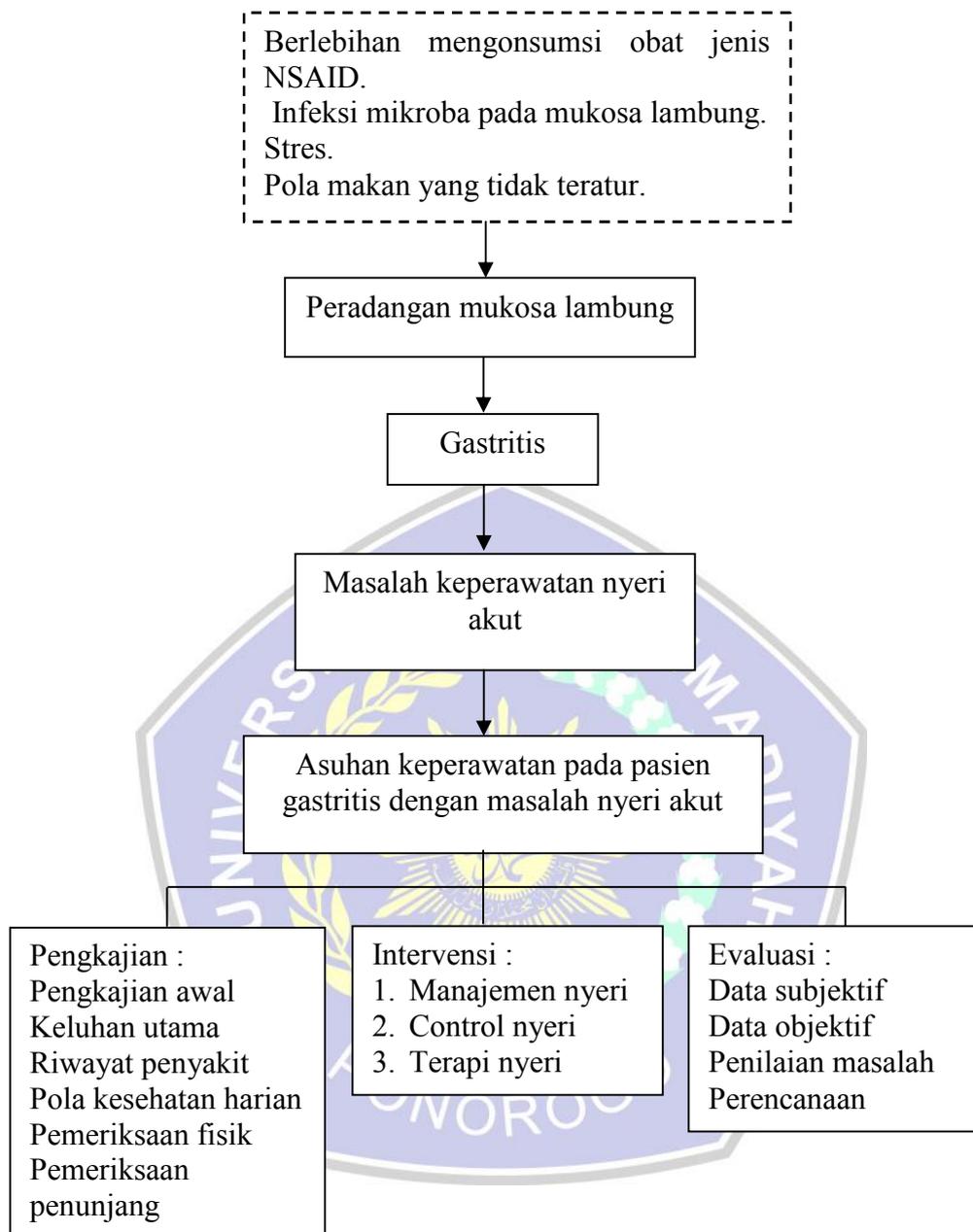
2.3.3 Intervensi Keperawatan Nyeri Akut

Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan Nyeri Akut

Diagnosa	NOC	NIC	Rasional
Nyeri akut berhubungan dengan cedera biologis (kerusakan mukosa lambung). Batasan karakteristik: 1. Perubahan selera makan. 2. Perubahan pada parameter	Tujuan keperawatan : a. Kontrol nyeri b. Tingkat nyeri Kriteria hasil : 1. Tanda-tanda vital dalam batas normal. 2. Mampu mengontrol nyeri. 3. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan	Manajemen nyeri 1. Observasi tanda-tanda vital. 2. Gunakan strategi komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri. 3. Identifikasi bersama pasien penyebab timbulnya nyeri. 4. Kaji karakteristik nyeri secara komprehensif	1. Mengkaji secara dini perkembangan atau timbulnya gejala baru. 2. Komunikasi terapeutik dapat memberikan kenyamanan pasien berkomunikasi jujur dan saling percaya. 3. Dengan mengetahui

<p>fisiologis (tekanan darah, suhu, frekuensi nadi dan respirasi).</p> <p>3. Keluhan tentang intensitas nyeri.</p> <p>4. Mengekspresikan perilaku (misalnya gelisah, merengek, menangis, waspada).</p> <p>5. Sikap melindungi area nyeri.</p> <p>6. Perubahan posisi untuk menghindari nyeri.</p> <p>7. Sikap melindungi area nyeri.</p> <p>8. Dilatasi pupil.</p> <p>9. Melaporkan nyeri secara verbal.</p> <p>10. Gangguan tidur.</p>	<p>menggunakan manajemen nyeri.</p> <p>4. Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi, dan tanda nyeri).</p> <p>5. Skala nyeri tidak ada nyeri atau 0.</p> <p>6. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang.</p>	<p>(penyebab nyeri, kualitas nyeri, lokasi nyeri, skala nyeri, waktu timbulnya nyeri)</p> <p>5. Mengatur lingkungan untuk kenyamanan pasien.</p> <p>6. Ajarkan teknik manajemen nyeri non farmakologi.</p> <p>7. Menganjurkan pasien melakukan teknik manajemen nyeri non farmakologi ketika nyeri timbul.</p> <p>8. Dukung istirahat/tidur yang adekuat untuk membantu penurunan nyeri.</p> <p>Pemberian Analgesik</p> <p>9. Kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian obat analgesik.</p> <p>10. Anjurkan pasien menggunakan manajemen nyeri farmakologi dengan mengonsumsi obat analgesik sesuai resep dokter.</p>	<p>penyebab nyeri dapat memudahkan dalam penanganan nyeri.</p> <p>4. Data dari kajian karakteristik nyeri dapat digunakan untuk menilai nyeri pasien dan menentukan tindakan selanjutnya.</p> <p>5. Lingkungan yang nyaman dapat mengurangi nyeri.</p> <p>6. Manajemen nyeri non farmakologi adalah salah satu tindakan untuk mengurangi rasa nyeri.</p> <p>7. Manajemen nyeri farmakologi adalah salah satu cara untuk mengurangi nyeri.</p> <p>8. Dengan istirahat/tidur akan memberikan kenyamanan dan tidak merasakan nyeri.</p> <p>9. Dengan berkolaborasi dengan tim medis dapat menentukan pemberian obat analgesik yang sesuai untuk pasien.</p> <p>10. Nyeri dapat berkurang dengan melakukan manajemen nyeri non farmakologi atau farmakologi.</p>
---	--	--	--

2.4 Hubungan Antar Konsep



Keterangan :

□ : Konsep yang utama ditelaah

□ : Tidak ditelaah dengan baik

— : Berhubungan

→ : Berpengaruh

↔ : Sebab akibat

Gambar 2.6 Hubungan Antar Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien Gastritis Dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut