

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Penyakit Gastritis

2.1.1 Definisi

Gastritis adalah suatu peradangan mukosa lambung yang dapat bersifat akut, kronik, difus atau lokal. Menurut penelitian, sebagian besar gastritis disebabkan oleh infeksi *bacterial* mukosa lambung yang kronis, selain itu beberapa bahan yang sering dimakan dapat menyebabkan rusaknya sawar mukosa pelindung lambung (Wijaya & Putri, 2013).

Gastritis merupakan peradangan yang mengenai mukosa lambung, peradangan ini dapat mengakibatkan pembengkakan mukosa lambung sampai terlepasnya epitel mukosa superfisial yang menjadi penyebab terpenting dalam gangguan saluran pencernaan. Pelepasan epitel akan merangsang timbulnya proses inflamasi pada lambung (Sukarmin, 2013).

2.1.2 Etiologi

Penyebab dari penyakit gastritis menurut Dermawan & Rahayuningsih (2010) antara lain :

1. Stress
2. Alkohol dan rokok

3. Obat – obatan anti inflamasi non-steroid seperti aspirin
4. Makanan merangsang (pedas, panas, asam/alkali kuat)
5. Infeksi bakteri *Helicobacter Phylori*

Penyakit gastritis menurut Sukarmin (2013) sering berkaitan :

1. Pemakaian obat anti inflamasi non-steroid

Beberapa obat anti inflamasi seperti aspirin, asam mefenamat, aspilets dapat memicu kenaikan produksi asam lambung yang berlebihan dan mengiritasi mukosa lambung.

2. Konsumsi alkohol berlebih

Bahan etanol merupakan salah satu bahan yang dapat merusak sawar pada mukosa lambung. Rusaknya sawar memudahkan terjadinya iritasi pada mukosa lambung.

3. Banyak merokok

Penyakit gastritis pada perokok dapat dipicu oleh pengaruh asam nikotinat yang menurunkan rangsangan pada pusat makan, perokok menjadi tahan lapar sehingga asam lambung dapat langsung mencerna mukosa lambung bukan makanan.

4. Pemberian obat kemoterapi

Obat kemoterapi mempunyai sifat dasar merusak sel yang pertumbuhannya abnormal, perusakan ini dapat mengenai sel inang pada tubuh manusia. Salah satunya kerusakan pada epitel mukosa lambung.

5. Uremia

Ureum pada darah dapat mempengaruhi proses metabolisme didalam tubuh terutama saluran pencernaan (gastrointestinal uremik). Perubahan ini dapat memicu kerusakan pada epitel mukosa lambung.

6. Infeksi sistemik

Pada infeksi sistemik toksik yang dihasilkan oleh mikroba akan merangsang peningkatan laju metabolik yang berdampak pada peningkatan aktivitas lambung dalam mencerna makanan. Peningkatan HCI lambung dalam kondisi seperti ini dapat memicu timbulnya perlukaan pada lambung.

7. Stress berat

Stress psikologi dapat meningkatkan aktivitas saraf simpatik yang dapat merangsang peningkatan produksi asam lambung.

8. Iskemia dan syok

Kondisi iskemia dan syok hipovolemia dapat mengancam mukosa lambung karena penurunan perfusi jaringan lambung yang dapat mengakibatkan nekrosis lapisan lambung.

9. Konsumsi kimia asam / basa

Konsumsi asam maupun basa yang kuat seperti etanol, thinner, obat – obatan serangga dan hama tanaman. Jenis kimia ini dapat merusak lapisan mukosa dengan cepat sehingga sangat beresiko terjadi perdarahan.

10. Trauma mekanik

Trauma mekanik yang mengenai daerah abdomen seperti benturan saat kecelakaan yang cukup kuat dapat menyebabkan kerusakan pada pembuluh darah lambung sehingga dapat mengalami perdarahan hebat.

11. Infeksi mikroorganisme

Koloni bakteri *Helicobacter Pylori* yang menghasilkan toksik dapat merangsang pelepasan gastrin dan peningkatan sekresi asam lambung.

2.1.3 Klasifikasi Penyakit Gastritis

Klasifikasi penyakit gastritis menurut Sukarmin (2013) antara lain :

1. Gastritis akut hemoragik erosif

Gastritis akut hemoragik erosif adalah suatu peradangan permukaan lambung yang akut dengan kerusakan – kerusakan erosi. Gastritis pada tipe ini sering menyebabkan ulkus aktif.

Gastritis akut hemoragik erosif disebabkan oleh :

- a. Iskemia dan syok
- b. Stress
- c. Penggunaan alkohol dan zat kimia erosive
- d. Penggunaan obat anti inflamasi non-steroid
- e. Trauma
- f. Sinar radiasi

2. Gastritis kronik non-erosif

Gastritis kronik non-erosif adalah suatu peradangan bagian permukaan lambung yang menahun. Jenis peradangan ini banyak terjadi pada daerah antrum. Penyebab utama terjadinya gastritis aktif kronik non-erosif adalah infeksi bakteri *Helicobacter Pylori*.

Bakteri ini mempunyai kemampuan untuk merusak imunitas sehingga tidak dianggap benda asing oleh limfosit-T, tetapi justru sebaliknya dianggap sebagai bagian dari lambung sehingga leluasa untuk berkembang biak. Bakteri *Helicobacter Pylori* dapat ditularkan melalui makanan yang terkontaminasi kuman, vector lalat, maupun fecal-oral.

3. Gastritis atropi

Penyebab tersering tipe ini adalah autoantibodi. Immunoglobulin G dan limfosit B kehilangan daya kenal terhadap sel lambung sehingga justru malah merusaknya. Sel parietal lambung mengalami atropi dan mengalami gangguan terhadap reseptor gastrin, karbohidrase, ATP dan faktor intrinsik. Atropi sel parietal mengakibatkan penurunan sekresi getah lambung dan faktor intrinsik menurun tetapi justru terjadi peningkatan sekresi gastrin. Penurunan faktor intrinsic akan menurunkan ikatan kobalamin dengan faktor intrinsic sehingga terjadi defisiensi kobalamin (berakibat anemia pernisiiosa)

4. Gastritis reaktif

Gastritis reaktif tersering disebabkan pasca operasi daerah antrum atau daerah pylorus yang mengakibatkan refluks enterogastrik yang menyebabkan enzim pancreas dan garam empedu menyerang mukosa lambung sehingga mengalami pengikisan.

2.1.4 Patofisiologi

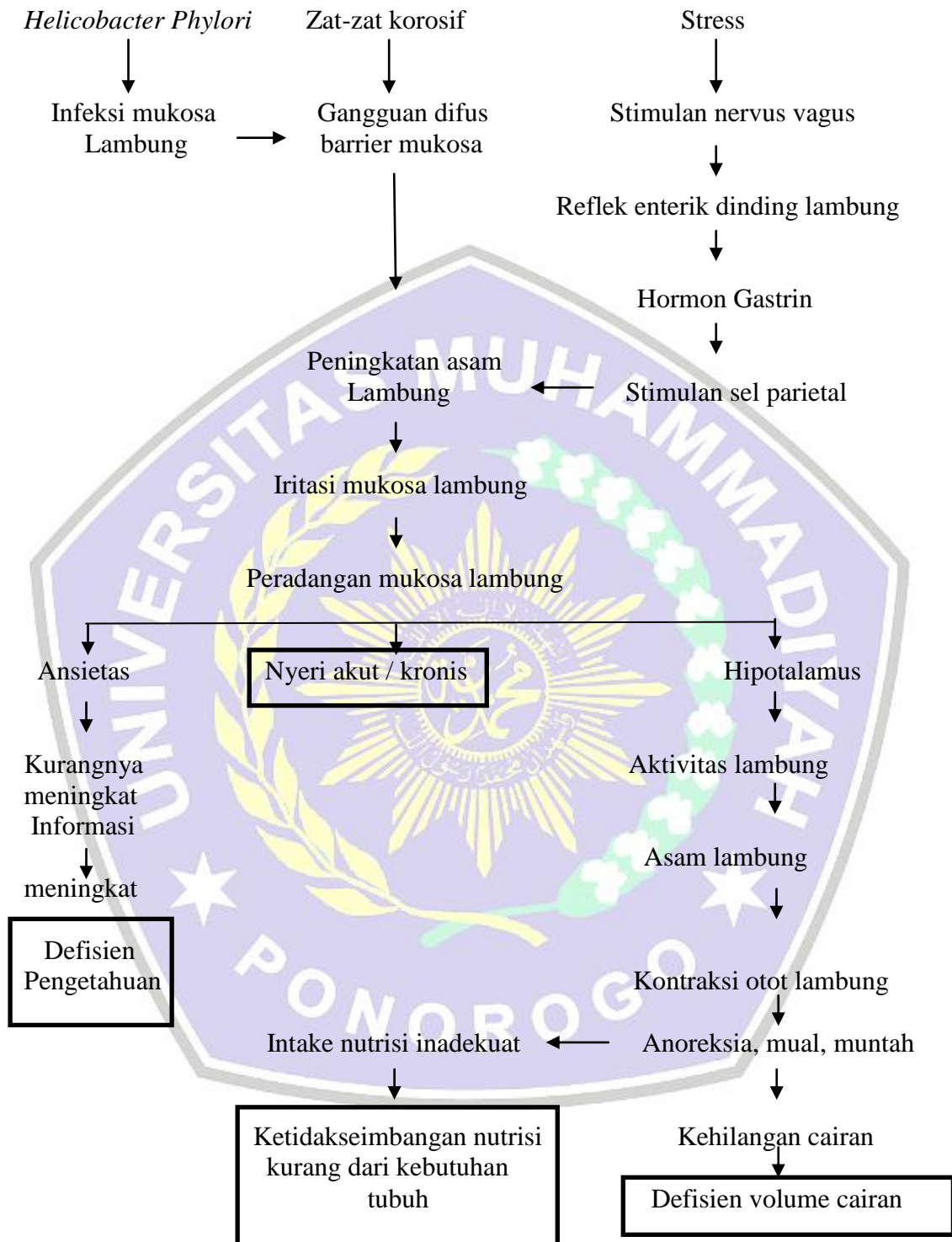
Mukosa barrier lambung pada umumnya melindungi lambung dari pencernaan terhadap lambung itu sendiri, prostaglandin yang memberikan perlindungan ini. Ketika mukosa barrier ini rusak maka timbul peradangan pada mukosa lambung (gastritis). Setelah barrier ini rusak terjadilah perlukaan mukosa dan dibentuk dan diperburuk oleh histamin dan stimulasi saraf cholinergic. Kemudian HCI dapat berdifusi baik kedalam mukus dan menyebabkan luka pada pembuluh yang kecil, yang mengakibatkan terjadinya bengkak, perdarahan dan erosi pada lambung. Alkohol, aspirin refluk isi duodenal diketahui sebagai penghambat difusi barrier.

Perlahan – lahan patologi yang terjadi pada gastritis termasuk kongesti vaskular, edema, peradangan sel supervisial. Manifestasi patologi awal dari gastritis adalah penebalan. Kemerahan pada membran mukosa dengan adanya tonjolan. Sejalan dengan perkembangan penyakit dinding dan saluran lambung menipis dan mengecil, atropi gastrik progresif karena perlukaan mukosa kronik menyebabkan fungsi sel utama dan parietal memburuk.

Ketika fungsi sel sekresi asam memburuk, sumber – sumber faktor intrinsiknya hilang. Vitamin B12 tidak dapat terbentuk lebih lama, dan penumpukan vitamin B12 dalam badan menipis secara merata yang menyebabkan anemia yang berat. Degenerasi mungkin ditemukan pada sel utama dan parietal sekresi asam lambung menurun secara berangsur, baik jumlah maupun konsentrasi asamnya sampai tinggal mucus dan air. Resiko terjadinya kanker gastrik yang berkembang dikatakan meningkat setelah 10 tahun gastritis kronik. Perdarahan mungkin terjadi setelah satu episode gastritis akut atau dengan luka yang disebabkan oleh gastritis kronik (Dermawan & Rahayuningsih, 2010).



2.1.5 Pathway



Gambar 2.1 Pathway Penyakit Gastritis

(Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah, Ed. 5, Vol. 2. 2016)

2.1.6 Gambaran Klinis

Gambaran klinis pada penyakit gastritis menurut Dermawan & Rahayumingsih (2010) adalah :

1. Nyeri seperti terbakar
2. Nyeri ulu hati setelah makan
3. Anoreksia
4. Mual, muntah, cegukan
5. Sakit kepala
6. Malaise
7. Perut kembung
8. Rasa asam di mulut
9. Hemorhagi
10. Kolik usus dan diare

Gambaran klinis pada penyakit gastritis berdasarkan klasifikasi menurut Sukarmin (2013) adalah :

1. Gastritis akut hemoragik erosif

- a. Nyeri yang hilang timbul pada ulu hati

Terjadi akibat peningkatan sekresi gastrin yang menyebabkan terjadinya iritasi pada mukosa lambung.

- b. Mual – mual dan muntah

Terjadinya gangguan pada saluran pencernaan dapat memicu peningkatan sekresi lambung dan rangsangan saraf vagus yang berakibat mual dan muntah.

c. Perdarahan saluran cerna

Perdarahan pada saluran cerna dapat terjadi akibat dari perlukaan pada organ pencernaan

2. Gastritis kronis non-erosif

a. Perasaan penuh, anoreksia

Perasaan cepat penuh diakibatkan sekresi yang berlebihan pada lambung ketika ada makanan yang masuk. Sehingga kapasitas makanan menjadi menurun karena sebagian besar telah terisi oleh mucus dan cairan hasil sekresi.

b. Distress epigastrik yang tidak nyata

Distress epigastrik yang tidak nyata sering berkaitan dengan perasaan gaster seperti penuh. Respon ini terkait dengan adaptasi psikologi yang berlangsung lama.

c. Cepat kenyang

Penjelasan mengenai cepat kenyang prosesnya seperti lambung terasa cepat penuh.

3. Gastritis atrofi

a. Nyeri epigastrik

Terjadi akibat peningkatan sekresi gastrin, yang menyebabkan iritasi dan muncul nyeri.

b. Anemia pernisiiosa

Penurunan ikatan terhadap kobalamin pada intestinum dapat mengakibatkan anemia pernisiiosa.

c. Mual dan muntah

Terjadinya gangguan pada saluran pencernaan dapat memicu peningkatan sekresi lambung dan rangsangan saraf vagus yang berakibat mual dan muntah.

4. Gastritis reaktif

a. Muntah yang berlebihan

Ketidaksempurnaan hasil operasi organ abdomen dapat mengakibatkan refluks enzim lipase dari pankreas dan mengakibatkan peningkatan sekresi lambung.

b. Nyeri epigastrium

Rusaknya mukosa oleh enzim atau garam empedu dapat menurunkan ambang nyeri.

c. Lemah

Lemah dapat diakibatkan oleh penurunan jumlah cairan dan nutrisi oleh muntah yang berlebihan.

2.1.7 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan penyakit gastritis menurut Dermawan & Rahayuningsih (2010) adalah :

1. Keperawatan

Istirahat baring, mengurangi stress, diet lambung yang lunak dan tidak merangsang, tidak merokok dan minum alkohol.

2. Medis

Bila perdarahan lambung berikan anti-koagulan, pemberian obat anti-kolinergik, anti-emetik, analgesik, sedative, antasida, dan

antibiotik. Terapi pendukung seperti intubasi, cairan intra vena. Pembedahan untuk mengangkat ganggren dan perforasi.

Penatalaksanaan penyakit gastritis menurut Adwan dkk. (2013) :

1. Antasida berisi aluminium hidroksida dan magnesium hidroksida. Antasida meredakan mulas ringan atau dispepsia dengan cara menetralisasi asam di perut.
2. Histamin *blocker*, seperti famotidine dan ranitidine. Bersifat menurunkan produksi asam dengan mempengaruhi langsung pada lapisan epitel lambung dengan cara menghambat rangsangan sekresi oleh saraf otonom pada nervus vagus.
3. Inhibitor pompa proton (PPI), seperti omeprazole, lansoprazole, pantoprazole, rabeprazole, esomeprazole, dan dexlansoprazole. Obat ini bekerja menghambat produksi asam melalui penghambatan terhadap electron yang menimbulkan potensial aksi pada saraf otonom vagus.
4. Jika gastritis disebabkan oleh NSAID (*Nonsteroid Antiinflamasi Drug*) seperti aspirin, aspilet maka penderita disarankan untuk berhenti minum obat tersebut.
5. Apabila penyebabnya adalah *Helicobacter Pylori* maka perlu penggabungan obat antasida, PPI, dan antibiotic seperti amoksisilin dan klaritromisin untuk membunuh bakteri.
6. Pemberian makanan yang tidak langsung merangsang, karena makanan seperti pedas, kecut, dan asam dapat meningkatkan

suasana asam pada lambung sehingga dapat meningkatkan resiko inflamasi pada lambung.

7. Manajemen stress karena stress dapat mempengaruhi sekresi asam lambung melalui nervus vagus.

2.1.8 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang penyakit gastritis menurut Sukarmin (2013) antara lain :

1. Pemeriksaan darah rutin

Pemeriksaan ini digunakan untuk memeriksa adanya kuman *Helicobacter Pylori* dalam darah dan dapat juga digunakan untuk memeriksa anemia yang terjadi akibat perdarahan lambung akibat gastritis.

2. Pemeriksaan feses

Memeriksa apakah terdapat kuman *Helicobacter Pylori* dalam feses atau tidak. Hasil yang positif mengindikasikan terjadi infeksi, dan adanya darah dalam feses menunjukkan adanya perdarahan pada lambung.

3. Endoskopi saluran cerna bagian atas

Dalam tes ini dapat terlihat adanya keabnormalan pada saluran cerna bagian atas. Dilakukan dengan cara memasukkan sebuah selang kecil fleksibel (endoskop) melalui mulut dan masuk ke dalam esophagus, lambung dan atas usus kecil.

4. Rontgen saluran cerna bagian atas

Tes ini dapat melihat adanya tanda-tanda gastritis atau penyakit pencernaan lainnya. Pasien akan diminta menelan cairan barium sebelum dilakukan rontgen. Cairan ini akan melapisi saluran cerna.

2.1.9 Komplikasi

Komplikasi penyakit gastritis menurut Muttaqin & Sari (2011) :

1. Perdarahan saluran cerna bagian atas yang merupakan kedaruratan medis
2. Ulkus peptikum, jika prosesnya hebat
3. Gangguan cairan dan elektrolit pada kondisi muntah hebat
4. Anemia pernisiiosa, keganasan lambung

2.2 Konsep Masalah Nyeri

2.2.1 Definisi Nyeri

Nyeri adalah gejala subjektif, hanya klien yang dapat mendeskripsikan. Nyeri tidak dapat diukur secara objektif oleh praktisi kesehatan (Rosdahl, 2015).

Arthur C. Curton (1983) dalam Prasetyo (2010) dalam Andarmoyo (2013) mengatakan bahwa nyeri merupakan suatu mekanisme proteksi bagi tubuh, timbul ketika jaringan sedang rusak, dan menyebabkan individu tersebut berinteraksi untuk menghilangkan rasa nyeri.

Tournaire & Theau-Yonneau (2007) dalam Judha dkk. (2012) dalam Andarmoyo (2013) mendefinisikan nyeri sebagai pengalaman

yang tidak menyenangkan, baik sensori maupun emosional yang berhubungan dengan risiko atau aktualnya kerusakan jaringan tubuh.

Melzack dan Wall (1988) dalam Judha dkk. (2012) dalam Andarmoyo (2013) mengatakan bahwa nyeri adalah pengalaman pribadi, subyektif, yang dipengaruhi oleh budaya, persepsi seseorang, perhatian, dan variabel – variabel psikologis lain, yang mengganggu perilaku berkelanjutan dan memotivasi setiap orang untuk menghentikan rasa tersebut.

Nyeri adalah pengalaman sensori nyeri dan emosional yang tidak menyenangkan yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual dan potensial yang tidak menyenangkan yang terlokalisasi pada suatu bagian tubuh ataupun sering disebut dengan istilah destruktif dimana jaringan rasanya seperti di tusuk-tusuk, panas terbakar, melilit, seperti emosi, perasaan takut dan mual (Potter, 2012).

2.2.2 Sifat Nyeri

Nyeri bersifat subjektif dan sangat bersifat individual. Nyeri merupakan segala sesuatu yang dikatakan seseorang tentang nyeri tersebut dan terjadi kapan saja seseorang mengatakan bahwa ia merasa nyeri (Andarmoyo, 2013).

Walaupun nyeri merupakan sebuah pengalaman universal, sifat pastinya tetap menjadi sebuah misteri. Diketahui bahwa nyeri sangat bersifat subjektif dan individual dan bahwa nyeri merupakan salah satu mekanisme pertahanan tubuh yang menandakan adanya masalah. Nyeri

yang tidak ditangani menyebabkan bahaya fisiologis dan psikologis bagi kesehatan dan penyembuhannya (Kozier et al, 2011).

2.2.3 Klasifikasi Nyeri

1. Klasifikasi nyeri berdasarkan durasinya adalah sebagai berikut :

a. Nyeri Akut

Nyeri akut adalah nyeri yang terjadi setelah cedera akut, penyakit, atau intervensi bedah dan memiliki proses yang cepat dengan intensitas yang bervariasi (ringan sampai berat), dan berlangsung untuk waktu yang singkat (Andarmoyo, 2013)

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

Menurut Brunner & Suddarth (2010) nyeri akut biasanya berawal dari serangan yang baru saja dimulai dan umumnya terkait dengan spesifik cedera. Nyeri akut menunjukkan adanya kerusakan atau cedera yang telah terjadi. Maksudnya, nyeri akut dapat digambarkan sebagai nyeri yang berlangsung beberapa detik sampai 6 bulan.

b. Nyeri Kronik

Nyeri kronik merupakan nyeri yang timbul secara perlahan – lahan, biasanya berlangsung dalam waktu cukup lama, yaitu lebih dari 6 bulan. Yang termasuk dalam kategori nyeri kronik

adalah nyeri terminal, sindrom nyeri kronis, dan nyeri psikosomatik.

2. Klasifikasi nyeri berdasarkan asal adalah sebagai berikut :

a. Nyeri Nosiseptif

Nyeri nosiseptif merupakan nyeri yang diakibatkan oleh atau sensitivitas nosiseptor parifeer yang merupakan reseptor khusus yang mengantarkan stimulus yang mengenai kulit, tulang, sendi, otot, jaringan ikat, dan lain-lain (Andarmoyo, 2013).

b. Nyeri Neuropatik

Nyeri neuropatik merupakan hasil suatu cedera atau abnormalitas yang di dapat pada struktur saraf perifer maupun sentral , nyeri ini lebih sulit diobati (Andarmoyo, 2013).

3. Klasifikasi nyeri berdasarkan lokasi sebagai berikut :

a. Supervisial

Nyeri supervisial adalah nyeri yang disebabkan stimulus kulit. Karakteristik dari nyeri berlangsung sebentar dan berlokalisasi. Nyeri biasanya terasa sebagai sensasi yang tajam (Potter dan Perry, 2006 dalam Sulisty, 2013). Contohnya tertusuk jarum suntik dan luka potong kecil atau laserasi.

b. Viseral Demam

Nyeri viseral adalah nyeri yang terjadi akibat stimulasi organ-organ internal (Potter dan Perry, 2006 dalam Sulisty, 2013). Nyeri ini bersifat difusi dan dapat menyebar kebeberapa

arah. Nyeri ini menimbulkan rasa tidak menyenangkan dan berkaitan dengan mual dan gejala-gejala otonom. Contohnya sensasi pukul (*crushing*) seperti angina pectoris dan sensasi terbakar seperti pada ulkus lambung.

c. Nyeri Alih

Nyeri alih merupakan fenomena umum dalam nyeri viseral karna banyak organ tidak memiliki reseptor nyeri. Karakteristik nyeri dapat terasa di bagian tubuh yang terpisah dari sumber nyeri dan dapat terasa dengan berbagai karakteristik (Potter dan Perry, 2006 dalam Sulisty, 2013). Contohnya nyeri yang terjadi pada *infark miokard*, yang menyebabkan nyeri alih ke rahang, lengan kiri, batu empedu, yang mengalihkan nyeri ke selangkangan.

d. Radiasi

Nyeri radiasi merupakan sensasi nyeri yang meluas dari tempat awal cedera ke bagian tubuh yang lain (Potter dan Perry, 2006 dalam Sulisty, 2013). Karakteristik nyeri terasa seakan menyebar kebagian tubuh bawah atau sepanjang bagian tubuh. Contoh nyeri punggung bagian bawah akibat diskusi intravertebral yang ruptur disertai nyeri yang meradiasi sepanjang tungkai dari iritasi saraf skiatik.

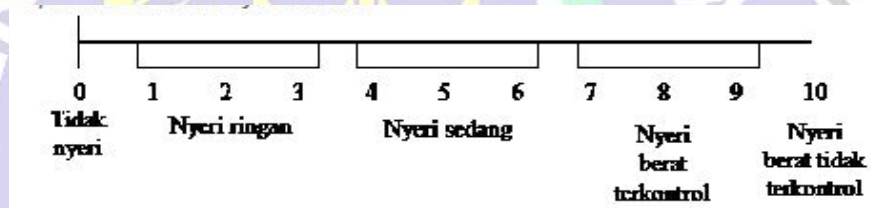
1.2.4 Pengukuran Intensitas Nyeri

Intensitas nyeri adalah gambaran tentang seberapa parah nyeri dirasakan oleh individu. Pengukuran intensitas nyeri bersifat sangat

subjektif dan nyeri dalam intensitas yang sama dirasakan berbeda oleh dua orang yang berbeda (Andarmoyo, 2013). Pengukuran nyeri dengan pendekatan objektif yang paling mungkin adalah menggunakan respon fisiologik tubuh terhadap nyeri itu sendiri, namun pengukuran dengan pendekatan objektif juga tidak dapat memberikan gambaran pasti tentang nyeri itu sendiri (Tamsuri, 2007 dalam Andarmoyo, 2013).

Penilaian intensitas nyeri dapat dilakukan dengan menggunakan skala sebagai berikut :

a. Skala Deskriptif

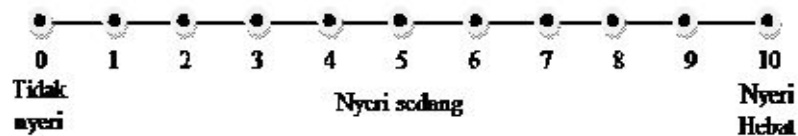


Gambar 2.2 Skala Nyeri Deskriptif (Andarmoyo, S. (2013). Konsep & Proses Keperawatan Nyeri, Jogjakarta: Ar-Ruzz).

Skala deskriptif merupakan alat pengukuran tingkat keparahan nyeri yang lebih objektif. Skala pendeskripsi verbal (Verbal Descriptor scale, VDS) merupakan sebuah garis terdiri dari tiga sampai lima kata pendeskripsi yang tersusun dengan jarak yang sama di sepanjang garis. Pendeskripsian ini diranking dari "tidak terasa nyeri" sampai "nyeri yang tidak tertahankan". Perawat menunjukkan klien skala tersebut dan meminta klien untuk memilih intensitas nyeri terbaru yang ia rasakan. Perawat juga menanyakan seberapa jauh nyeri paling menyakitkan dan seberapa

jauh nyeri paling tidak menyakitkan. Alat VDS ini memungkinkan klien memilih sebuah kategori untuk mendeskripsikan nyeri (Potter & Perry, 2006 dalam Andarmoyo, 2013).

b. Skala Numerik



Gambar 2.3 Skala Nyeri Numerik (Andarmoyo, S. (2013). Konsep & Proses Keperawatan Nyeri, Jogjakarta: Ar-Ruzz.)

Skala penilaian numerik (*Numerical rating scale, NRS*) lebih digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsian kata. Dalam hal ini, klien menilai nyeri dengan menggunakan skala 0-10. Skala paling efektif digunakan saat mengkaji intensitas nyeri sebelum dan setelah intervensi terapeutik. Apabila digunakan skala untuk menilai nyeri maka direkomendasikan patokan 10cm (Potter & Perry, 2006 dalam Andarmoyo, 2013).

c. Skala Analog Visual



Gambar 2.4 Skala Nyeri Analog Visual (Andarmoyo, S. (2013). Konsep & Proses Keperawatan Nyeri, Jogjakarta: Ar-Ruzz.)

Skala analog visual (*Visual Analog Scale*) merupakan suatu garis lurus atau horizontal sepanjang 10cm, yang mewakili

intensitas nyeri yang terus menerus dan pendeskripsi verbal pada setiap ujungnya. Pasien diminta untuk menunjuk titik pada garis yang menunjukkan letak nyeri terjadi sepanjang garis tersebut. Ujung kiri biasanya menandakan “tidak ada” atau “nyeri paling terburuk”. Untuk menilai hasil, sebuah penggaris diletakkan sepanjang garis dan jarak yang dibuat pasien pada garis dari “tidak ada nyeri” diukur dan ditulis dalam centimeter (Smeltzer, 2002 dalam Andarmoyo, 2013).

2.2.5 Penatalaksanaan Nyeri

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

1. Strategi penatalaksanaan nyeri nonfarmakologis

Penataaksanaan nyeri nonfarmakologis diantaranya adalah :

a. Bimbingan antisipasi

Bimbingan antisipasi adalah bimbingan yang memberikan pemahaman kepada klien mengenai nyeri yang dirasakan. Pemahaman yang diberikan ini bertujuan untuk memberikan informasi kepada klien, dan mencegah salah interpretasi tentang peristiwa nyeri. Informasi – informasi yang diberikan kepada klien meliputi aspek – aspek sebagai berikut :

- 1) Kejadian, awitan, dan durasi yang dialami
- 2) Kualitas, keparahan, dan lokasi nyeri
- 3) Informasi tentang cara keamanan klien telah dipastikan

- 4) Penyebab nyeri
- 5) Metode mengatasi nyeri yang digunakan oleh perawat dan klien
- 6) Harapan klien selama menjalani prosedur

(Potter & Perry, 2006 dalam Andarmoyo, 2013).

b. Distraksi

Distraksi adalah memfokuskan perhatian pasien pada sesuatu selain nyeri, atau dapat diartikan lain bahwa distraksi adalah suatu tindakan pengalihan perhatian pasien ke hal – hal diluar nyeri. Dengan demikian, diharapkan pasien tidak berfokus pada nyeri lagi bahkan meningkatkan toleransi terhadap nyeri. Distraksi diduga dapat menurunkan persepsi nyeri dengan menstimulasi sistem kontrol desenden yang mengakibatkan lebih sedikit stimuli nyeri ditransmisikan ke otak. Keefektifan distraksi tergantung pada kemampuan pasien untuk menerima dan membangkitkan input sensori selain nyeri (Smeltzer & Bare, 2002 dalam Andarmoyo, 2013).

c. Relaksasi

Relaksasi adalah suatu tindakan untuk membebaskan mental dan fisik dari ketegangan dan stress sehingga dapat meningkatkan toleransi terhadap nyeri. Hampir semua orang dengan nyeri kronis mendapatkan manfaat dari metode – metode relaksasi. Periode relaksasi yang teratur dapat membantu untuk melawan kelelahan dan ketegangan otot yang

terjadi dengan nyeri kronis dan meningkatkan nyeri (Smeltzer & Bre, 2002 dalam Andarmoyo, 2013).

d. Masase

Masase adalah melakukan tekanan pada jaringan lunak, biasanya otot, tendon, atau ligamentum tanpa menyebabkan gerakan atau perubahan posisi sendi untuk meredakan nyeri, menghasilkan relaksasi, dan atau memperbaiki sirkulasi (Mander, 2004 dalam Andarmoyo 2013).

2. Strategi penatalaksanaan nyeri farmakologis

Analgesik merupakan metode yang paling umum untuk mengatasi nyeri. Walaupun analgesik dapat menghilangkan nyeri secara efektif, perawat dan dokter masih cenderung tidak melakukan upaya analgesik dalam penanganan nyeri karena informasi obat tidak benar, karena adanya kekhawatiran klien akan mengalami ketagihan obat, cemas akan melakukan kesalahan dalam menggunakan analgesik narkotik dan pemberian obat yang kurang dari yang diresepkan. Ada tiga jenis analgesik yaitu :

a. Non-narkotik dan obat antiinflamasi non-steroid (NSAID)

NSAID non-narkotik umumnya menghilangkan nyeri ringan dan nyeri sedang, seperti nyeri yang terkait dengan artitis reumatoid, prosedur pengobatan gigi dan prosedur bedah minor, episiotomi, dan masalah pada punggung bagian bawah. Satu pengecualian, yaitu ketorolak (Toradol), merupakan agen analgesik pertama yang dapat diinjeksikan yang

kemanjurannya dapat dibandingkan dengan morfin (Potter & Perry, 2006 dalam Andarmoyo, 2013).

b. Analgesik narkotik atau opiat

Analgesik narkotik atau opiat umumnya diresepkan dan digunakan untuk nyeri sedang sampai berat, seperti pasca operasi dan nyeri maligna. Analgesik ini bekerja pada sistem saraf pusat untuk menghasilkan kombinasi efek mendepresi dan menstimulasi.

c. Obat tambahan (*adjuvan*)

Adjuvan seperti sedatif, anticemas, dan relaksasi otot meningkatkan kontrol nyeri atau menghilangkan gejala lain yang terkait nyeri lain seperti mual dan muntah. Agens tersebut diberikan dalam bentuk tunggal atau disertai dengan analgesik. Sedatif seringkali diresepkan untuk penderita nyeri kronik. Obat-obatan ini dapat menimbulkan rasa kantuk dan kerusakan koordinasi, keputusasaan, dan kewasdaan mental (Andarmoyo, 2013).

2.3 Proses Keperawatan Nyeri

Proses keperawatan adalah pendekatan keperawatan profesional yang dilakukan untuk mengidentifikasi, mendiagnosis, dan mengatasi respon manusia terhadap kesehatan dari penyakit. Proses keperawatan melewati beberapa tahapan yaitu pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi, dan evaluasi.

2.3.1 Pengkajian Nyeri

Menurut (Jotowiyono & Kristiyanasari, 2012), pengkajian pada masalah nyeri yang dilakukan adalah adanya riwayat nyeri, keluhan nyeri, kualitas dan waktu serangan. Pengkajian dapat dilakukan dengan PQRST :

1. P (*Provokatif*), faktor yang mempengaruhi gawat atau ringannya nyeri. Hal – hal yang perlu ditanyakan apakah yang menyebabkan nyeri, dan apa saja yang dapat mengurangi dan memperberat nyeri.
2. Q (*Quality & Quantity*), kualitas nyeri ditinjau dari nyeri seperti apakah rasanya (tajam, tertusuk – tusuk, atau tersayat), sedangkan kuantitas nyeri ditinjau dari klien menunjukkan pada skala 0 – 10.
3. R (*Region & Radiatif*), daerah yang dirasakan nyeri dan adakah nyeri yang menjalar ke daerah lain.
4. S (*Severity*), keparahan atau intensitas nyeri.
5. T (*Time*), adalah lama atau waktu serangan atau frekuensi.

2.3.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang bisa ditegakkan dalam masalah nyeri salah satunya adalah nyeri akut. Dengan keberadaan nyeri muncul masalah keperawatan lainnya seperti gangguan pola tidur, defisit perawatan diri, ansietas, dan sebagainya.

2.3.3 Perencanaan atau Intervensi

Perencanaan keperawatan merupakan sebuah rencana asuhan dirancang bersama penyedia pelayanan kesehatan primer, klien, dan keluarga untuk mencapai tujuan umum berikut :

1. Klien mendeskripsikan penurunan nyeri secara bertahap menggunakan skala 0 (tanpa nyeri) sampai 10 (nyeri paling intens) atau menggunakan alat evaluasi lain untuk mengetahui kuantitas nyeri.
2. Klien mendemonstrasikan keberhasilan pelaksanaan program pelaksanaan nyeri yang kompeten.

2.3.4 Pelaksanaan atau Implementasi

Implementasi adalah melakukan atau menyelesaikan suatu tindakan yang sudah direncanakan pada tahapan sebelumnya. Terdapat berbagai tindakan yang bisa dilakukan untuk mengurangi rasa nyeri yaitu dengan upaya sebagai berikut :

1. Upaya perawatan dalam meningkatkan kenyamanan
2. Upaya pemberian informasi yang akurat
3. Upaya mempertahankan kesejahteraan
4. Upaya tindakan peredaan nyeri nonfarmakologis
5. Pemberian terapi nonfarmakologi

2.3.5 Evaluasi Keperawatan

Menurut (Rosdahl & Kowalski, 2015) evaluasi keperawatan terhadap pasien dengan masalah nyeri dilakukan dengan menilai kemampuan dalam merespon rangsangan nyeri, diantaranya :

1. Klien melaporkan adanya penurunan nyeri
2. Mendapatkan pemahaman yang akurat mengenai nyeri
3. Mampu mempertahankan kesejahteraan dan meningkatkan kemampuan fungsi fisik dan psikologis yang dimiliki
4. Mampu menggunakan tindakan – tindakan pereda nyeri nonfarmakologis
5. Mampu menggunakan terapi yang diberikan untuk mengurangi rasa nyeri.

2.4 Konsep Asuhan Keperawatan Gastritis

2.4.1 Pengkajian

1. Identitas klien

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, alamat, agama, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan, tanggal pengkajian, diagnosis medis (Sukarmin, 2013).

- a. Nama : Pendataan nama pasien sebagai tanda pengenal yang dimiliki pasien sejak lahir.
- b. Nomor registrasi : Merupakan nomor urut pendaftaran pasien dan sebagai pembeda dari pasien lain.

- c. Jenis kelamin : Berdasarkan jenis kelamin, wanita lebih sering terkena penyakit gastritis. Hal ini disebabkan karena wanita sering diet terlalu ketat, makan tidak teratur, dan disamping itu wanita lebih emosional dibanding pria (Ronald H. Sitorus, 1996 dalam Jurnal Hanik Murjayanah, 2010).
- d. Alamat : Tempat dimana pasien tinggal dapat dijadikan acuan sebagaimana kondisi lingkungan di tempat tinggal pasien. Lingkungan yang tidak sehat beresiko terdapat bakteri *H. Pylori* yang mengakibatkan penyakit gastritis.
- e. Usia : Penyakit gastritis dapat timbul atau menyerang segala usia, mulai anak – anak hingga lansia. Walaupun seperti itu, gastritis dapat mencapai puncaknya pada usia 40 tahun (Sujono Hadi, 2002 dalam Jurnal Hanik Murjayanah, 2010).
- f. Pekerjaan : Semakin rendah tingkat sosial ekonomi, maka semakin tinggi prevalensi infeksinya. Perbaikan tingkat sosial ekonomi dapat menurunkan prevalensi kejadian infeksi. Fedorek SC, dkk. dalam penelitiannya juga mendapatkan hubungan antara tingginya prevalensi infeksi *Hellicobacter Pylori* dengan makin rendahnya tingkat sosial ekonomi (Sudaryat Suraatmaja, 2007 dalam Jurnal Hanik Murjayanah, 2010).

2. Riwayat penyakit

a. Keluhan Utama

Pada kasus gastritis pasien datang dengan keluhan nyeri epigastrium. Munculnya keluhan ini diakibatkan iritasi mukosa lambung, dan menyebabkan keluhan – keluhan lain yang menyertai (Sukarmin, 2013).

b. Riwayat penyakit sekarang

- a. Apakah pasien mengeluh nyeri ulu hati, tidak dapat makan, mual muntah?
- b. Kapan terjadinya gejala, apakah sebelum makan, sesudah makan, setelah mencerna makanan pedas, obat – obatan tertentu atau alkohol?
- c. Apakah gejala berhubungan dengan ansietas, stress, alergi, makan minum terlalu banyak / makan terlalu cepat?
- d. Bagaimana gejalanya berkurang atau hilang?
- e. Apakah ada muntah darah atau tidak?
- f. Adakah nyeri tekan abdomen?
- g. Adakah dehidrasi atau perubahan turgor kulit atau membrane mukosa kering? (Margareth, 2012).

c. Riwayat penyakit dahulu

Pada beberapa keadaan apakah ada riwayat penyakit lambung sebelumnya, pola makan tidak teratur atau pembedahan lambung.

d. Riwayat penyakit keluarga

Adakah keluarga yang mengalami gejala serupa, penyakit keluarga berkaitan erat dengan penyakit yang diderita pasien. Apakah hal ini ada hubungannya dengan kebiasaan keluarga dengan pola makan, misalnya minum minuman yang panas, bumbu penyedap yang berlebihan, penggunaan obat, alkohol dan rokok (Sukarmin, 2013).

3. Perubahan pola kesehatan

a. Pola manajemen kesehatan

Apa yang diharapkan pasien pada saat itu mengenai kesehatannya.

b. Pemenuhan kebutuhan nutrisi

Bagaimana asupan nutrisi pasien sebelum kunjungan dan saat kunjungan. Nafsu makan pada pasien gastritis cenderung menurun akibat mual muntah dan bisa juga karena terjadinya perdarahan saluran cerna. Pada pasien gastritis kemampuan mencerna akan terganggu karena terjadinya peradangan pada mukosa lambung, sebagai responnya pasien dapat mengalami anoreksia, mual, muntah.

c. Pola eliminasi

BAK : Penurunan produksi jumlah urine < 500 ml/hari yaitu sebagai kategori oliguria.

BAB : Mengalami susah BAB, distensi abdomen, diare, dan melena.

d. Pola aktivitas dan latihan

Kemampuan beraktivitas sehari – hari normal atau berkurang tergantung kondisi pasien. Pasien bisa mengalami penurunan kekuatan otot ekstremitas, kelemahan karena asupan nutrisi yang tidak adekuat meningkatkan resiko kebutuhan energi menurun.

e. Pola istirahat tidur

Adanya keluhan tidak dapat beristirahat, sering terbangun pada malam hari karena nyeri atau regurgitasi makanan.

f. Pola perseptual

Depresi dan intensitas nyeri tergantung pada penyebabnya (pada gastritis akut dapat menyebabkan rasa tidak nyaman pada epigastrik dan rasa nyeri ulu hati).

g. Hubungan komunikasi dan sosial

Bagaimana peran pasien di keluarga, interaksi pasien dengan orang lain, apakah ada perubahan konflik atau peran yang dialami pasien.

h. Konsep diri

Kaji bagaimana gambaran diri, ideal diri, harga diri, peran diri, dan identitas diri pasien.

i. Pola manajemen coping stress

Kaji adanya perasaan sedih, takut, cemas, putus asa, stress dirumah atau di lingkungan rumah, dan kemampuan apa yang bisa dilakukan pasien untuk menangani hal tersebut.

j. Sistem nilai dan keyakinan

Bagaimana agama dan keyakinan yang dianut pasien di masyarakat.

4. Pemeriksaan fisik

a. Pemeriksaan TTV

Pemeriksaan TTV pada pasien gastritis umumnya normal.

b. Pemeriksaan antropometri

Pada pasien gastritis yang mengalami masalah nutrisi indeks masa tubuh cenderung menurun.

c. Pemeriksaan fisik *head to toe*

Pemeriksaan fisik dilakukan dengan cara inspeksi, perkusi, palpasi dan auskultasi yang disesuaikan dengan bagian tubuh yang diperiksa.

1) Keadaan umum

Pada pasien gastritis keadaan umunya lemah, tingkat kesadaran composmetis dan GCS 4 / 5 / 6.

2) Pemeriksaan kepala dan wajah

Pada pasien gastritis wajah tampak pucat dan sayu (kekurangan nutrisi).

3) Pemeriksaan mata

Pada pasien gastritis mata tampak cekung (penurunan cairan tubuh), konjungtiva anemis (penurunan oksigen ke jaringan).

4) Pemeriksaan hidung

Pada pasien gastritis tidak ada masalah yang berpengaruh pada hidung, namun tetap dilakukan pengkajian untuk mengidentifikasi kemungkinan adanya masalah lain.

5) Pemeriksaan telinga

Pada pasien gastritis tidak ada masalah yang berpengaruh pada hidung, namun tetap dilakukan pengkajian untuk mengidentifikasi kemungkinan adanya masalah lain.

6) Pemeriksaan mulut

Pada pasien gastritis mukosa mulut kering (penurunan cairan intrasel mukosa), bibir pecah – pecah, lidah kotor, bau mulut tidak sedap (penurunan hidrasi bibir dan *personal hygiene*).

7) Pemeriksaan leher

Pada pasien gastritis tidak ada masalah yang berpengaruh pada leher, namun tetap dilakukan pengkajian untuk mengidentifikasi kemungkinan adanya masalah lain.

8) Pemeriksaan payudara dan ketiak

Pada pasien gastritis tidak ada masalah yang berpengaruh pada payudara dan ketiak, namun tetap dilakukan pengkajian untuk mengidentifikasi kemungkinan adanya masalah lain.

9) Pemeriksaan dada

Pada pasien gastritis tidak ada masalah yang berpengaruh pada dada, namun tetap dilakukan pengkajian untuk mengidentifikasi kemungkinan adanya masalah lain.

10) Pemeriksaan paru

Pada pasien gastritis tidak ada masalah yang berpengaruh pada paru, namun tetap dilakukan pengkajian untuk mengidentifikasi kemungkinan adanya masalah lain.

11) Pemeriksaan jantung

Pada pasien gastritis tidak ada masalah yang berpengaruh pada jantung, namun tetap dilakukan pengkajian untuk mengidentifikasi kemungkinan adanya masalah lain.

12) Pemeriksaan abdomen

Pada pemeriksaan abdomen ditemukan :

I : Terjadi distensi abdomen

A : Terdengar peningkatan peristaltik lambung dan bising usus

P : Nyeri tekan pada epigastrium, antara kuadran 1 dan 2 abdomen

P : Pada penderita gastritis suara abdomen yang ditemukan *hypertympani*

13) Pemeriksaan genitalia dan anus

Pada pasien gastritis tidak ada masalah yang berpengaruh pada genitalia dan anus, namun tetap dilakukan

pengkajian untuk mengidentifikasi kemungkinan adanya masalah lain.

14) Pemeriksaan ekstremitas

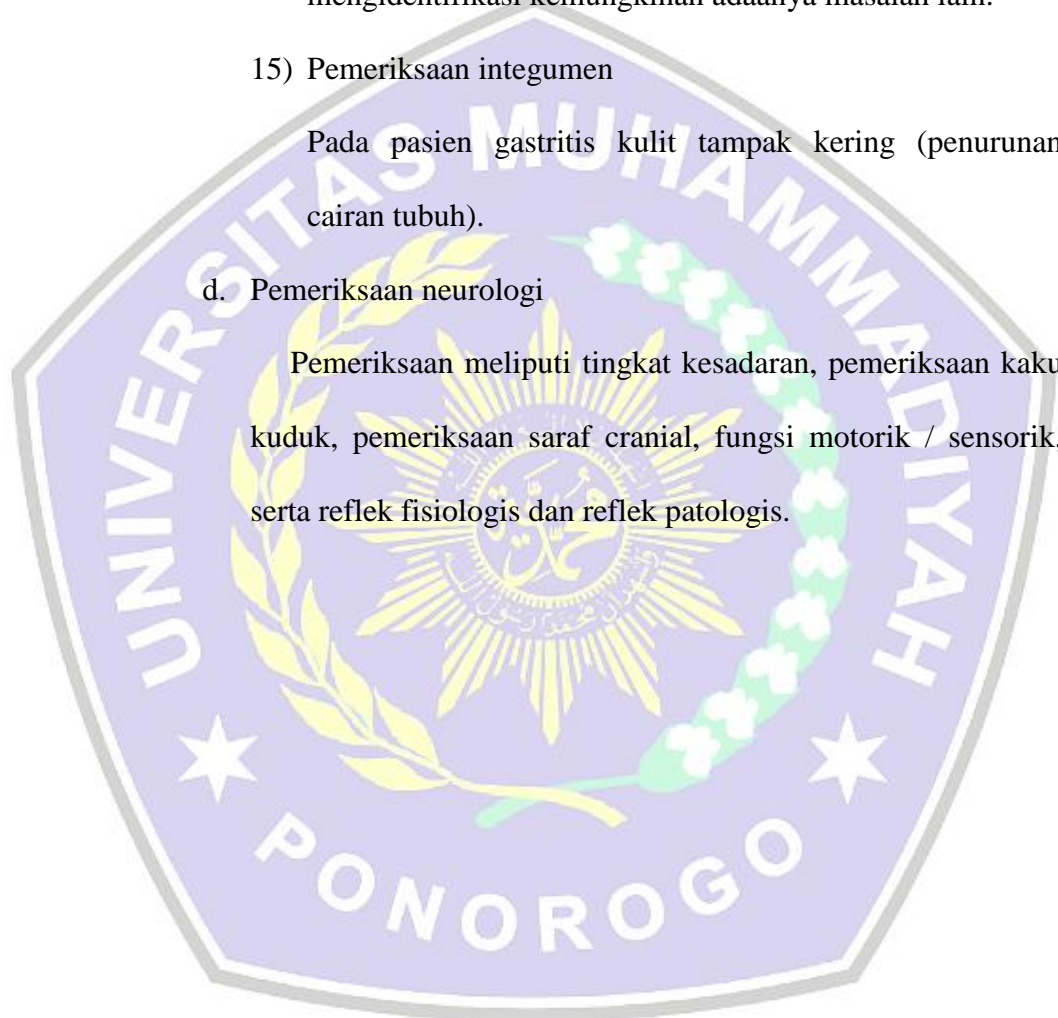
Pada pasien gastritis tidak ada masalah yang berpengaruh pada ekstremitas, namun tetap dilakukan pengkajian untuk mengidentifikasi kemungkinan adanya masalah lain.

15) Pemeriksaan integumen

Pada pasien gastritis kulit tampak kering (penurunan cairan tubuh).

d. Pemeriksaan neurologi

Pemeriksaan meliputi tingkat kesadaran, pemeriksaan kaku kuduk, pemeriksaan saraf cranial, fungsi motorik / sensorik, serta reflek fisiologis dan reflek patologis.



2.4.2 Intervensi keperawatan

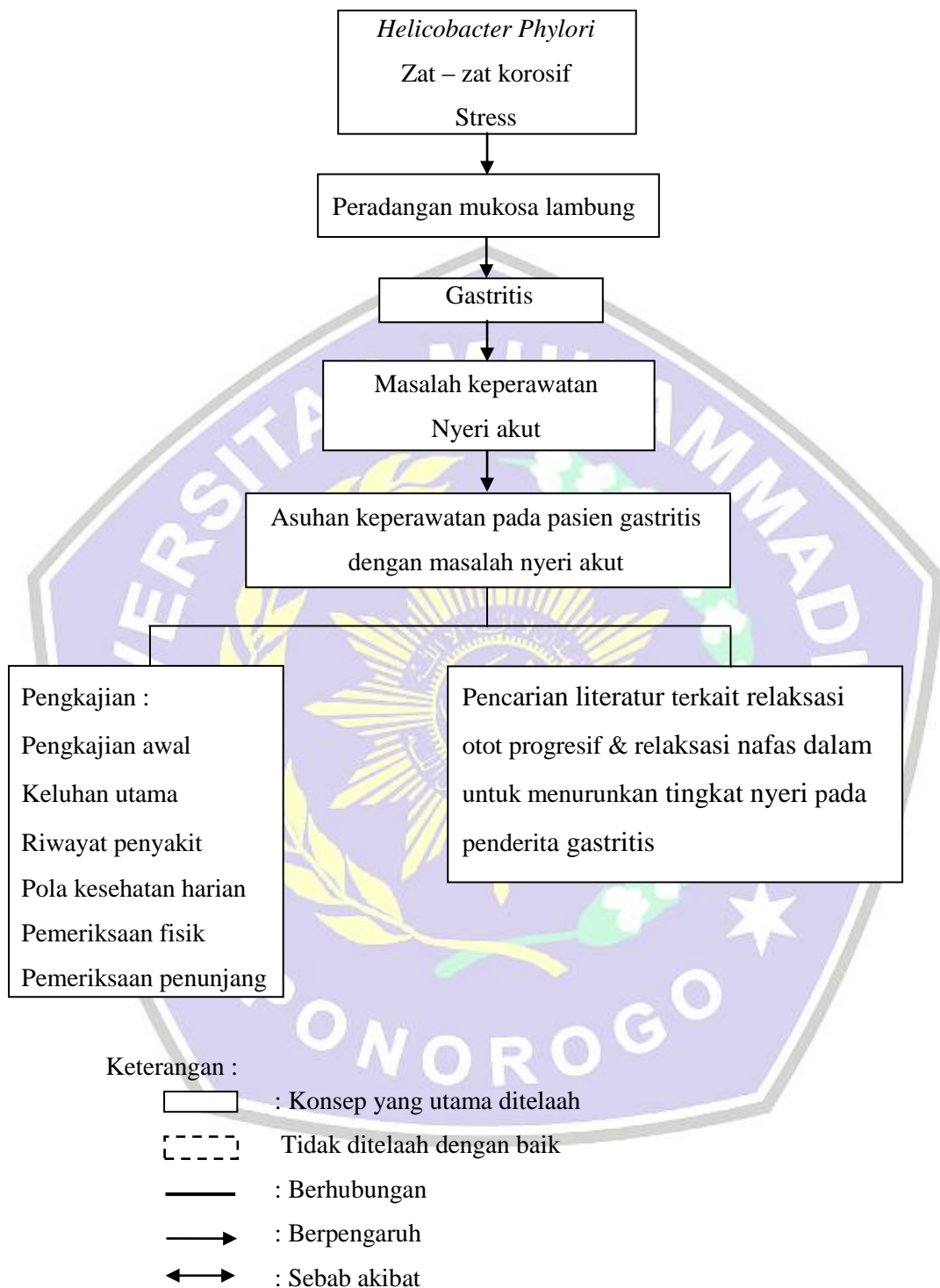
Diagnosa Keperawatan :	Luaran SLKI:	Perencanaan Keperawatan SIKI:
<p>Nyeri akut</p> <p>Definisi : Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.</p> <p>Penyebab :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Agen pencedera fisiologis (mis. inflamasi, iskemia, neoplasma) 2. Agen pencedera kimiawi (mis. terbakar, bahan kimia iritan) 3. Agen pencedera fisik (mis. abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan) 	<p>Luaran Utama : Tingkat Nyeri</p> <p>Ekspektasi : Menurun</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan menuntaskan aktivitas 2. Keluhan nyeri 3. Meringis 4. Sikap protektif 5. Gelisah 6. Kesulitan tidur 7. Menarik diri 8. Berfokus pada diri sendiri 9. Anoreksia 10. Ketegangan otot 11. Muntah 12. Mual 13. Frekuensi nadi 14. Pola napas 15. Tekanan darah 16. Proses berpikir 17. Fokus 18. Nafsu makan 19. Pola tidur 	<p>Intervensi Utama : Manajemen Nyeri</p> <p>Intervensi Pendukung : Terapi Relaksasi</p> <p>Tindakan</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif 2. Identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan 3. Identifikasi kesediaan, kemampuan, dan penggunaan teknik sebelumnya 4. Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah latihan 5. Monitor respons terhadap terapi relaksasi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, <i>jika memungkinkan</i> 7. Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi 8. Gunakan pakaian longgar 9. Gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama 10. Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik atau tindakan medis lain,

		<p><i>jika sesuai</i></p> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 11. Jelaskan tujuan, manfaat, batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia (mis. musik, meditasi, napas dalam, relaksasi otot progresif) 12. Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih 13. Anjurkan mengambil posisi nyaman 14. Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi 15. Anjurkan sering mengulangi atau memilih teknik yang dipilih 16. Demonstrasikan dan latih teknik relaksasi (mis. napas dalam, peregangan, atau imajinasi terbimbing)
--	--	---

Tabel 2.1 : Intervensi Keperawatan

(Tim Pokja SIKI DPP PPNI (cetakan II tahun 2018), Tim PokjaSLKI DPP PPNI (cetakan II tahun 2019), Tim Pokja SDKI DPP PPNI (cetakan III tahun 2017)).

2.5 Hubungan Antar Konsep



Gambar 2.5 Hubungan Antar Konsep Asuhan Keperawatan pada Pasien Gastritis dengan Masalah Nyeri Akut

2.6 Hasil – Hasil Penelitian Terdahulu

Dalam upaya penanganan nyeri akut ada beberapa teknik untuk mengurangi dan menghilangkan rasa nyeri, dari artikel yang di temukan peneliti ada dua cara yaitu dengan menggunakan relaksasi otot progresif dan relaksasi nafas dalam :

1. Pengaruh Teknis Relaksasi Terhadap Penurunan Nyeri Epigastrium Pada Pasien Gastritis oleh Erni Nuryanti, M. Zainal Abidin, Ajeng Titah Normawati Tahun 2020 (Jurnal Studi Keperawatan Vol. 1 No. 1)

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh teknik relaksasi otot progresif terhadap penurunan nyeri epigastrium pada pasien gastritis di RSUD dr. Soetijono Blora. Desain penelitian yang digunakan adalah metode *one group pre test and post test design* dengan jumlah sampel 30 orang.

Sebelum dilakukan relaksasi, skala nyeri yang tertinggi adalah skala nyeri 6 (nyeri sedang) sejumlah 12 responden (40%), kemudian skala nyeri 5 (nyeri sedang) sejumlah 10 responden (33.3%) dan yang terendah skala nyeri 4 (nyeri sedang) sejumlah 8 responden (26.7%). Dengan rata-rata skala nyeri 5.13

Setelah dilakukan relaksasi, skala nyeri yang tertinggi adalah skala nyeri 3 (nyeri ringan) dan skala nyeri 4 (nyeri sedang) sejumlah 9 responden (28.1%), kemudian skala nyeri 2 (nyeri ringan) sejumlah 7 responden (21.9%), selanjutnya skala nyeri 1 (nyeri ringan) sejumlah 4 responden (12.5%) dan yang terendah skala nyeri 5 (nyeri sedang) sejumlah 3 responden (9.4%). Dengan rata - rata skala nyeri 3.07.

Dengan dilakukannya relaksasi otot progresif menunjukkan adanya kecenderungan penurunan jumlah responden yang mengalami nyeri. Hal ini dikarenakan pemberian teknik relaksasi otot progresif dapat memberikan perubahan signifikan pada penurunan rasa nyeri, penggunaan relaksasi otot progresif juga dirasakan lebih efektif, sederhana dan pilihan yang tepat disamping terapi medis.

Dari hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat perbedaan yang signifikan terhadap nilai skala nyeri sebelum dan sesudah perlakuan dengan *p value* sebesar 0,000 ($p < 0,05$). Maka dapat disimpulkan bahwa terdapat pengaruh antara relaksasi otot progresif terhadap penurunan intensitas nyeri pada pasien gastritis.

2. Pengaruh Teknik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Perubahan Skala Nyeri Sedang pada Pasien Gastritis di Klinik Mboga Sukoharjo oleh Sunaryo Joko Waluyo, Saka Suminar, Tahun 2018 (Jurnal Keperawatan Intan Husada, Vol. 6 No. 1 Januari 2018)

Tujuan dari penelitian ini adalah mengetahui pengaruh pemberian teknik relaksasi nafas dalam untuk mengurangi rasa nyeri pada pasien gastritis yang dirawat inap di Klinik Mboga Sukoharjo. Penelitian ini merupakan penelitian eksperimental semu (*quasi eksperimental*) dengan desain *pre* dan *post test without control design*. Sampel dalam penelitian ini terbatas pada skala nyeri sedang dengan jumlah 19 responden.

Analisis nyeri sebelum dilakukan teknik relaksasi nafas dalam, dari 19 responden yang diteliti, 18 responden (95%) memiliki tingkat nyeri sedang dan 1 responden (5%) mengalami nyeri berat. Kemudian setelah

teknik relaksasi nafas dalam dilakukan, kualitas nyeri responden 11 orang (58%) dengan kualitas nyeri ringan, sedangkan 3 orang (16%) masih mempunyai kualitas nyeri sedang dan sisanya 5 orang (26%) menyatakan nyeri yang dirasakan sebelumnya menjadi hilang.

Analisa bivariate meliputi analisa pengaruh teknik relaksasi nafas dalam terhadap perubahan skala nyeri sedang pada pasien gastritis di Klinik Mboga, Sukoharjo, korelasi Pre vs Post relaksasi nafas dalam = 0,630. (besarnya nilai korelasi antara -1 s/d +1). Sehingga angka 0,630 termasuk korelasi yang tinggi/signifikan. Pada “sig(1-tailed)” sebesar = 0.002 ini dibandingkan dengan taraf signifikansi 5% = 0,05. jika sig(1-tailed) lebih kecil dari 0,05 maka terdapat korelasi yang signifikan.

Hasil Uji Regresi Linear, hasil analisa dengan bantuan komputer dengan spss dapat di jelaskan besarnya nilai / korelasi R yaitu sebesar 0.630 dan dijelaskan besarnya prosentase pengaruh variabel bebas terhadap variabel terikat yang disebut koefisien determinasi yang merupakan hasil dari pengkuadratan R. dari output tersebut diperoleh koefisien determinasi (R^2) sebesar 0.397 yang mengandung pengertian bahwa pengaruh variabel bebas (Post relaksasi nafas dalam) terhadap variabel terikat Pre relaksasi nafas dalam adalah sebesar 39.7%, sedangkan sisanya dipengaruhi oleh variabel yang lain.

Berdasarkan pengujian statistik dengan uji Regresi Linear, dinyatakan ada pengaruh yang signifikan pemberian metode teknik relaksasi nafas dalam terhadap perubahan rasa nyeri pada pasien Gastritis yang dirawat inap yang ditunjukkan dengan nilai R^2 sebesar 0.397 dengan

signifikansi 0.004 atau kurang dari 0,05, pada taraf signifikan 95%. Hal itu menunjukkan bahwa setiap pasien yang melakukan teknik relaksasi nafas dalam akan mengurangi rasa nyeri sebesar 39.7%. sehingga hipotesis yang menyatakan bahwa ada pengaruh metode teknik relaksasi nafas dalam terhadap perubahan nyeri pada pasien Gastritis yang dirawat inap terbukti atau diterima. Secara keseluruhan hasil penelitian ini menunjukkan bahwa para pasien di Klinik Mboga, Sukoharjo memiliki nyeri yang sedang yaitu 19 responden, dan perubahan nyeri setelah melakukan relaksasi nafas dalam sangat signifikan, yaitu 5 Tidak nyeri 11 responden nyeri ringan dan 3 responden nyeri sedang.

3. Efektifitas Penggunaan Teknik Relaksasi Otot Progresif Dalam Menurunkan Tingkat Nyeri Pasien Gastritis Di Rumah Sakit Daerah Madani Palu oleh Iwayan Supetran, Tahun 2016 (Jurnal Promotif, Vol. 6 No. 1, Januari – Juli 2016 Hal. 01 – 08)

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui efektifitas penggunaan teknik relaksasi otot progresif dalam menurunkan tingkat nyeri pasien gastritis di Ruang Jambu Rumah Sakit Daerah Madani Palu. Jenis penelitian yang digunakan yaitu *pre-experimental design* dengan pendekatan *pretest-posttest design*. Penelitian ini dilakukan pada 05 Mei sampai 07 Juli 2015 dengan jumlah sampel 12 responden.

Hasil penelitian menunjukkan sebelum diberikan teknik relaksasi otot progresif, jumlah responden yang mengalami nyeri sebanyak 12 orang (100%). Ketika relaksasi otot progresif telah dilakukan, 9 orang (75%) sudah tidak mengalami nyeri, dan sisanya sebanyak 3 orang (25%)

masih mengalami nyeri. Hasil test statistik menunjukkan hasil uji wilcoxon diperoleh nilai Mean Rank 6,5 dan nilai p 0,002 ($P \leq 0,05$), dengan demikian secara statistik teknik relaksasi otot progresif sangat efektif dalam menurunkan tingkat nyeri pasien gastritis di Ruang Jambu Rumah Sakit Daerah Madani.

Hasil penelitian menunjukkan setelah diberikan relaksasi otot progresif sebagian besar pasien sudah tidak mengalami nyeri. Setelah diberikan relaksasi otot progresif pasien merasakan nyerinya berkurang, karena gerakan-gerakan yang telah diberikan secara perlahan membantu merilekskan sinap-sinap saraf baik yang simpatis maupun yang parasimpatis. Saraf yang rileks menurunkan rasa nyeri secara perlahan.

. Peneliti ini membuktikan sebelum diberikan relaksasi otot progresif pasien gastritis yang mengalami nyeri dikarenakan oleh perhatian pasien masih terfokus pada titik nyeri sehingga pasien merasakan nyeri yang hebat. Sedangkan setelah diberikan relaksasi otot progresif pasien gastritis mengalami penurunan skala nyeri karena pasien sudah tidak terfokus lagi pada rasa sakitnya itu. Sehingga hipotalamus tidak mengaktifkan mediator nyeri.

Berdasarkan hasil penelitian efektifitas penggunaan teknik relaksasi otot progresif dalam menurunkan tingkat nyeri pasien gastritis di Ruang Jambu Rumah Sakit Daerah Madani, maka dapat disimpulkan bahwa gambaran nyeri pasien gastritis sebelum diberikan teknik relaksasi otot progresif sebagian besar mengalami nyeri, gambaran nyeri pasien gastritis setelah diberikan teknik relaksasi otot progresif sebagian besar

tidak mengalami nyeri, Ada perbedaan tingkat nyeri sebelum dan sesudah dilakukan teknik relaksasi otot progresif dalam menurunkan tingkat nyeri pasien gastritis di Ruang Jambu Rumah Sakit Daerah Madani palu.

2.7 Teori – Teori Keislaman

Dalam ajaran agama Islam, teknik relaksasi dilakukan dengan cara mengingat Allah SWT, baik dengan melakukan ibadah sholat, berdzikir, ataupun membaca Al-Qur'an. Salah satunya terdapat dalam Q.S. Al – Rad : 28 yang berbunyi :

الَّذِينَ ءَامَنُوا وَتَطْمَئِنُّ قُلُوبُهُمْ بِذِكْرِ اللَّهِ ۗ أَلَا بِذِكْرِ اللَّهِ تَطْمَئِنُّ الْقُلُوبُ

Allazīna āmanu wa taṭma`innu qulūbuhum bizikrillāh, alā bizikrillāhi taṭma`innul-qulūb

Artinya : *(yaitu) orang – orang yang beriman dan hati mereka menjadi tenteram dengan mengingat Allah. Ingatlah, hanya dengan mengingat Allah-lah hati menjadi tenteram.*

Muhammad Bahnasi (2010) dalam “Shalat Bersama Nabi” mengatakan bahwa shalat adalah alternatif relaksasi yang efektif. Menurutnya, shalat adalah diantara hal yang menyempurnakan tidur. Shalat adalah kebiasaan paling baik yang sampai sekarang diakui mampu menenangkan urat – urat saraf dan memberikan ketentraman pada jiwa.

Seorang professor dari Fakultas Kedokteran Universitas Ain Syams, Dr. Muhammad Zaki Suwaidan melakukan sebuah penelitian terkait ibadah shalat dan didapatkan kesimpulan bahwa shalat dipercaya sebagai

upaya perlindungan paling efektif dari berbagai penyakit pencernaan dan penyakit kronis lainnya. Shalat juga merupakan metode paling baik untuk menjaga kesehatan. Pendapat tersebut dibuktikan dengan firman Allah S.W.T.

“dan mintalah pertolongan (kepada Allah) dengan sabar dan (mengerjakan) shalat, dan sesungguhnya yang demikian itu sungguh berat kecuali bagi orang – orang yang khusyuk” (Qs. Al-Baqarah 45).



