

## BAB 2

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1 Konsep Dasar Gastritis

##### 2.1.1 Definisi

Gastritis adalah suatu peradangan atau perdarahan mukosa lambung yang dapat bersifat akut, kronis, serta difus (local). Dua jenis kasus gastritis yang sering dijumpai adalah gastritis superficial akut dan gastritis atropik kronis (Hardi & Huda Amin, 2015).

Peradangan ini dapat mengakibatkan pembengkakan mukosa lambung sampai terlepasnya epitel mukosa superficial yang menjadi penyebab terpenting gangguan dalam sistem pencernaan. Pelepasan sel epitel akan merangsang timbulnya proses inflamasi pada lambung (Sukarmin, 2012 dalam Wijayanti dan Dirdjo 2015).

##### 2.1.2 Etiologi

Penyebab utama gastritis adalah bakteri *Helicobacter pylori* atau parasit lainnya juga dapat menyebabkan gastritis. Kontributor gastritis akut adalah meminum alkohol secara berlebihan, infeksi dari kontaminasi makanan yang dimakan, dan penggunaan kokain. Kortikosteroid juga dapat menyebabkan gastritis seperti NSAID aspirin dan ibuprofen. (Dewit, Stromberg & Dallred, 2016). Menurut (Ardiansyah, 2012) penyebab dari gastritis yaitu:

- a. Mengonsumsi obat-obatan kimia digitalis (asetaminofen atau aspirin, streroid kosteroid). Aseteminofen dan kortikosteroid juga dapat menimbulkan iritasi terhadap mukosa lambung.

- b. Mengonsumsi alkohol bisa menimbulkan kerusakan pada mukosa gaster.
- c. Terapi radiasi, reflux empedu, zat-zat korosif (cuka, lada) bisa menimbulkan kerusakan pada mukosa gaster dan menyebabkan edema dan pendarahan.
- d. Kondisi stress dan tertekan (trauma, luka bakar, kemoterapi, serta kerusakan susunan saraf pusat) dapat merangsang peningkatan produksi HCl lambung.
- e. Infeksi adanya bakteri *Helicobacter pylori*, *Escheria coli*, *Salmonella*, dan lain-lain.
- f. Penggunaan antibiotik, terutama untuk infeksi pada paru-paru, dicurigai bisa mempengaruhi penularan kuman di komunitas, karena antibiotik tersebut mampu meradikasi infeksi *Helicobacter pylori*, walaupun presentase keberhasilannya tergolong sangat rendah.
- g. Jamur yang berasal dari spesies *Candida*, seperti *Histoplasma* bisa menyebabkan infeksi pada mukosa lambung hanya pada *immunocompromized*. Pada pasien yang mempunyai system imun yang baik biasanya tidak terinfeksi jamur. Sama halnya dengan jamur, mukosa gaster bukan tempat yang mudah terkena infeksi parasit.

### 2.1.3 Klasifikasi

- 1) Gastritis Akut Gastritis akut adalah inflamasi akut mukosa lambung pada sebagian besar merupakan penyakit yang ringan dan sembuh sempurna. Salah satu bentuk gastritis akut yang manifestasi klinisnya adalah:

- a. Gastritis akut erosif Disebut erosif apabila kerusakan yang terjadi tidak lebih dalam dari pada mukosa muscolaris (otot-otot pelapis lambung).
  - b. Gastritis akut hemoragic Disebut hemoragic karena pada penyakit ini akan dijumpai perdarahan mukosa lambung dalam berbagai derajat dan terjadi erosi yang berarti hilangnya kontinuitas mukosa lambung pada beberapa tempat, menyertai inflamasi pada mukosa lambung tersebut. (Hirlan, 2001)
- 2) Gastritis Kronis Menurut Muttaqin (2011) Gastritis kronis adalah suatu peradangan permukaan mukosa lambung yang bersifat menahun. Gastritis kronik diklasifikasikan dengan tiga perbedaan sebagai berikut:
- a. Gastritis superfisial, dengan manifestasi kemerahan , edema , serta perdarahan dan erosi mukosa.
  - b. Gastritis atrofik, dimana peradangan terjadi di seluruh lapisan mukosa pada perkembangannya dihubungkan dengan ulkus dan kanker lambung, serta anemia pernisiiosa. Hal ini merupakan karakteristik dari penurunan jumlah sel parietal dan sel chief.
  - c. Gastritis hipertrofik, suatu kondisi dengan terbentuknya nodul-nodul pada mukosa lambung yang bersifat iregular, tipis, dan hemoragik.

#### 2.1.4 Patofisiologi

- 1) Gastritis Akut Gastritis Akut dapat disebabkan oleh karena stress, zat kimia obat-obatan dan alkohol, makanan yang pedas, panas maupun

asam. Pada pasien yang mengalami stres akan terjadi perangsangan saraf simpatis NV (Nervus Vagus), yang akan meningkatkan produksi asam klorida (HCl) didalam lambung akan menimbulkan rasa mual, muntah dan anoreksia. Zat kimia maupun makanan yang merangsang akan menyebabkan sel epitel kolumnar, yang berfungsi untuk menghasilkan mukus mengurangi produksinya. Sedangkan mukus itu fungsinya untuk memproteksi mukosa lambung agar tidak ikut tercerna respon mukosa lambung karena penurunan sekresi mukus bervariasi diantaranya vasodilatasi sel mukosa gaster. Lapisan mukosa gaster terdapat enzim yang memproduksi asam klorida atau HCl, terutama daerah fundus. Vasodilatasi mukosa gaster akan menyebabkan produksi HCl meningkat. Anoreksia juga dapat menyebabkan rasa nyeri, rasa nyeri ini ditimbulkan oleh karena kontak HCl dengan mukosa gaster. Respon mukosa lambung akibat penurunan sekresi mukus dapat berupa pengelupasan. Pengelupasan sel mukosa gaster akan mengakibatkan erosi memicu timbulnya pendarahan. Pendarahan yang terjadi dapat mengancam hidup penderita, namun dapat juga berhenti sendiri karena proses regenerasi, sehingga erosi menghilang dalam waktu 24-48 jam setelah pendarahan (Price dan Wilson, 2000)

- 2) Gastritis Kronis Inflamasi lambung yang lama dapat disebabkan oleh ulkus benigna atau maligna dari lambung atau oleh bakteri *helicobacter pylori* (*H. pylori*) Gastritis Kronis dapat diklasifikasikan sebagai tipe A / tipe B, tipe A (sering disebut sebagai gastritis autoimun) diakibatkan dari perubahan sel parietal, yang menimbulkan atrofi dan infiltrasi

seluler. Hal ini dihubungkan dengan penyakit autoimun seperti anemia pernisiiosa dan terjadi pada fundus atau korpus dari lambung. Tipe B (kadang disebut sebagai gastritis) mempengaruhi antrum dan pylorus (ujung bawah lambung dekat duodenum) ini dihubungkan dengan bakteri Pylory. Faktor diet seperti minum panas atau pedas, penggunaan atau obat-obatan dan alkohol, merokok, atau refluks isi usus kedalam lambung. (Smeltzer dan Bare, 2001)

#### 2.1.5 Manifestasi Klinis

Gambaran klinis gastritis akut erosif sangat bervariasi, mulai dari yang sangat ringan asimptomatik sampai sangat berat yang dapat membawa kematian. Manifestasi tersebut adalah:

- a. Muntah darah
- b. Nyeri epigastrium
- c. Neusa dan rasa ingin vomitus
- d. Nyeri tekan yang ringan pada epigastrium

Pada pemeriksaan fisik biasanya tidak ditemukan kelainan, kecuali mereka yang mengalami perdarahan hebat hingga menimbulkan gangguan hemodinamik yang nyata seperti hipotensi, pucat, keringat dingin, takikardi sampai gangguan kesadaran. (Asmadi, 2008)

#### 2.1.6 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan dignostik pada penderita gastritis menurut Dermawan (2010) dan Doenges (2000) adalah sebagai berikut:

1. *Radiology*: sinar x gastrointestinal bagian atas
2. *Endoskopy*: gastroscopy ditemukan muksa yang hiperemik

3. Laboratorium: mengetahui kadar asam hidroklorida
4. EGD (*Esofagagastroduodenoskopi*): tes diagnostik kunci untuk perdarahan gastritis, dilakukan untuk melihat sisi perdarahan atau derajat ulkus jaringan atau cidera
5. Pemeriksaan Histopatologi: tampak kerusakan mukosa karena erosi tidak pernah melewati mukosa muskularis.
6. Analisa gaster: dapat dilakukan untuk menentukan adanya darah, mengkaji aktivitas sekretori mukosa gaster, contoh peningkatan asam hidroklorik dan pembentukan asam noktura
7. Feses: tes feses akan positif *H. Pylory*
8. Kreatinin: biasanya tidak meningkat bila perfusi ginjal di pertahankan.
9. Amonia: dapat meningkat apabila disfungsi hati berat mengganggu metabolisme dan eksresi urea atau transfusi darah lengkap dan jumlah besar diberikan.
10. Natrium: dapat meningkat sebagai kompensasi hormonal terhadap simpanan cairan tubuh.
11. Kalium: dapat menurun pada awal karena pengosongan gaster berat atau muntah atau diare berdarah. Peningkatan kadar kalium dapat terjadi setelah trasfusi darah.
12. Amilase serum: meningkat dengan ulkus duodenal, kadar rendah diduga gastritis.

#### 2.1.7 Pencegahan

Pencegahan pada gastritis adalah dengan mengontrol semua faktor risiko yang menyebabkan terjadinya gastritis, menurut Hardi & Huda

(2015) tindakan-tindakan pencegahan yang dapat dilakukan sebagai berikut:

- a. Hindari minuman beralkohol karena dapat mengiritasi lambung sehingga terjadi inflamasi.
- b. Hindari merokok dan kurangi konsumsi kopi karena dapat mengganggu lapisan dinding lambung sehingga lambung lebih mudah mengalami gastritis dan tukak/ulkus. Rokok juga dapat meningkatkan asam lambung dan memperlambat penyembuhan luka.
- c. Atasi stres sebaik mungkin.
- d. Makan makanan yang kaya akan buah dan sayur namun hindari sayur dan buah yang bersifat asam.
- e. Jangan berbaring setelah makan untuk menghindari refluks (aliran balik) asam lambung.
- f. Berolahraga secara teratur untuk membantu mempercepat aliran makanan melalui usus.
- g. Bila perut mudah mengalami kembung (banyak gas) untuk sementara waktu kurangi konsumsi makanan tinggi serat, seperti pisang, kacang-kacangan, dan kentang.
- h. Makan dalam porsi sedang (tidak banyak) tetapi sering, berupa makanan lunak dan rendah lemak. Makanlah secara perlahan dan rileks.

#### 2.1.8 Komplikasi

- a. Gastritis akut

Komplikasi yang dapat di timbulkan oleh gastritis akut adalah perdarahan saluran cerna bagian atas (SCBA) berupa haematomesis dan melena,

dapat berakhir dengan shok hemoragik. Khusus untuk perdarahan SCBA, perlu di bedakan dengan tukak peptic. Gambaran klinis yang di perlihatkan hampir sama. Namun pada tukak peptic penyebab utamanya adalah Helicobacter Pylory, sebesar 100 % pada tukak duodenum dan 60-90 % pada tukak lambung. Diagnosis pasti dapat di tegakkan dengan endoskopi (Hardi & Huda Amin, 2015).

b. Gastritis kronis

Perdarahan saluran cerna bagian atas, ulkus, ferporasi dan anemia karena gangguan absorpi vitamin B12 (Hardi & Huda Amin, 2015).

2.1.9 Penatalaksanaan

1. Pengobatan pada gastritis meliputi:

- a. Antikoagulan bila ada pendarahan pada lambung.
- b. Antasida pada gastritis yang parah, cairan dan elektrolit diberikan intravena untuk mempertahankan keseimbangan cairan sampai gejala-gejala mereda, untuk gastritis yang tidak parah diobati dengan antasida dan istirahat.
- c. Histonin ranitidin dapat diberikan untuk menghambat pembentukan asam lambung dan kemudian menurunkan iritasi lambung.
- d. Sulcralfate diberikan untuk melindungi mukosa lambung dengan cara menyeliputinya, untuk mencegah difusi kembali asam dan pepsin yang menyebabkan iritasi.
- e. Pembedahan untuk mengangkat gangrene dan perforasi, Gastrojejunuskopi/reseksi lambung: mengatasi obstruksi pilorus.  
(Dermawan, 2010)

2. Penatalaksanaan pada gastritis secara medis sebagai berikut:

Gastritis akut Diatasi dengan menginstruksikan pasien untuk menghindari alkohol dan makanan sampai gejala berkurang. Bila pasien mampu makan melalui mulut, diet mengandung gizi dianjurkan. Bila gejala menetap, cairan perlu diberikan secara parenteral. Bila perdarahan terjadi, maka penatalaksanaan adalah serupa dengan prosedur yang dilakukan untuk hemoragik saluran gastrointestinal atas. Bila gastritis diakibatkan oleh mencerna makanan yang sangat asam atau alkali, pengobatan terdiri dari pengenceran dan penetralisasian agen penyebab.

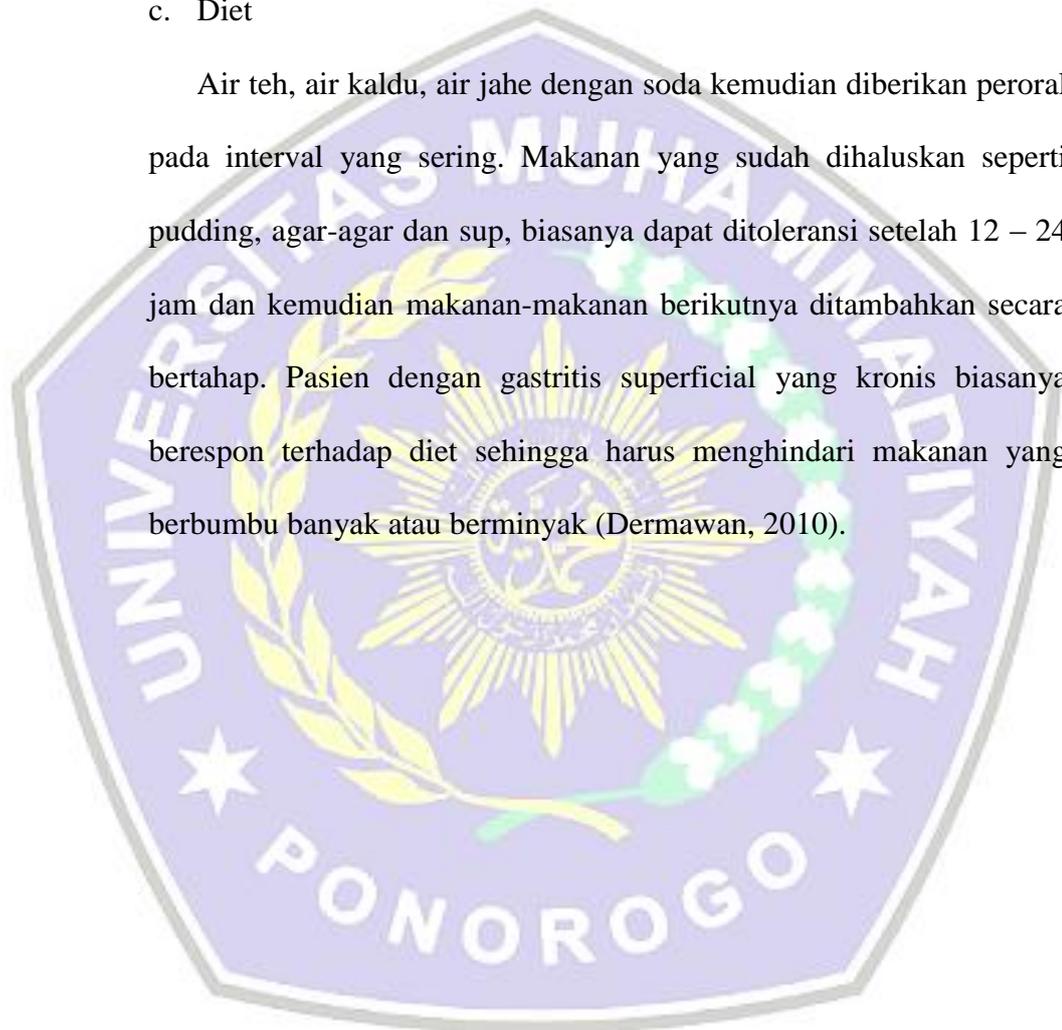
- a. Untuk menetralsasi asam, digunakan antasida umum ( misal : alumunium hidroksida ) untuk menetralsasi alkali, digunakan jus lemon encer atau cuka encer.
- b. Bila korosi luas atau berat, emetik, dan lafase dihindari karena bahaya perforasi.

Terapi pendukung mencakup intubasi, analgesic dan sedative, antasida, serta cairan intravena. Endoskopi fiberopti mungkin diperlukan. Pembedahan darurat mungkin diperlukan untuk mengangkat gangrene atau jaringan perforasi. Gastrojejunostomi atau reseksi lambung mungkin diperlukan untuk mengatasi obstruksi pilrus. Gastritis kronis diatasi dengan memodifikasi diet pasien, meningkatkan istirahat, mengurangi stress dan memulai farmakoterapi. *H. Pilory* data diatasi dengan antibiotic (seperti tetrasiklin atau amoksisilin) dan garam bismu (*pepto bismo*). Pasien dengan gastritis A biasanya

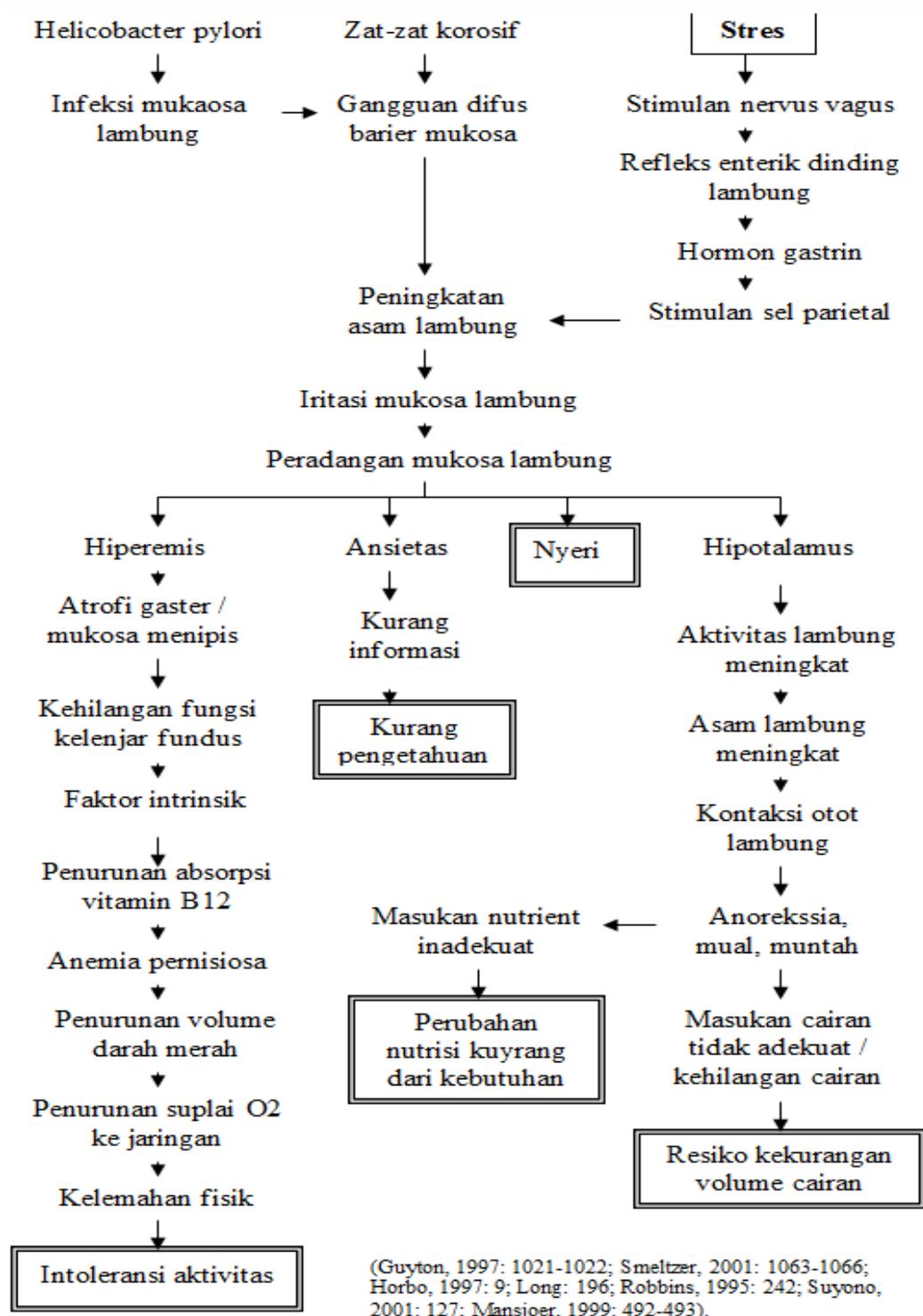
mengalami malabsorpsi vitamin B12 yang disebabkan oleh adanya antibody terhadap faktor instrinsik (Smeltzer, 2001).

3. Penatalaksanaan secara keperawatan adalah sebagai berikut:
  - a. Tirah baring
  - b. Mengurangi stress
  - c. Diet

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).



## 2.1.10 Pathway



Gambar 2.1 Pathway Gastritis

## 2.2 Konsep Dasar Nyeri

### 2.2.1 Definisi

Menurut *The International Association for the Study of Pain (IASP)*, nyeri merupakan pengalaman sensoris dan emosional tidak menyenangkan yang disertai oleh kerusakan jaringan secara potensial dan aktual. Nyeri sering dilukiskan sebagai suatu yang berbahaya (noksius, protofatik) atau yang tidak berbahaya (non noksius, epikritik) misalnya: sentuhan ringan, kehangatan, tekanan ringan.

Menurut Potter & Perry (2010) nyeri merupakan sebagai sesuatu yang tidak menyenangkan, bersifat subjektif dan berhubungan dengan panca indra. Sedangkan, menurut (Black & Hawks, 2014 dalam Mulyanto dkk, 2014) nyeri merupakan fenomena multidimensional sehingga sulit untuk didefinisikan.

Nyeri akut menurut NANDA (2018) yaitu pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan yang aktual atau potensial atau digambarkan dalam hal kerusakan sedemikian rupa (*International Association for the Study of Pain*), awitan yang tiba-tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi dan berlangsung kurang dari 6 bulan.

### 2.2.2 Fisiologi Nyeri

Mekanisme timbulnya nyeri didasari oleh proses multipel yaitu nosisepsi, sensitisasi perifer, perubahan fenotip, sensitisasi sentral, eksitabilitas ektopik, reorganisasi struktural, dan penurunan inhibisi. Antara stimulus

cedera jaringan dan pengalaman subjektif nyeri terdapat empat proses tersendiri : transduksi, transmisi, modulasi, dan persepsi.

1. Transduksi adalah suatu proses dimana akhiran saraf aferen menerjemahkan stimulus (misalnya tusukan jarum) ke dalam impuls nosiseptif. Ada tiga tipe serabut saraf yang terlibat dalam proses ini, yaitu serabut A-beta, A-delta, dan C. Serabut yang berespon secara maksimal terhadap stimulasi non noxius dikelompokkan sebagai serabut penghantar nyeri, atau nosiseptor. Serabut ini adalah A-delta dan C. Silent nociceptor, juga terlibat dalam proses transduksi, merupakan serabut saraf aferen yang tidak berespon terhadap stimulasi eksternal tanpa adanya mediator inflamasi.
2. Transmisi adalah suatu proses dimana impuls disalurkan menuju kornu dorsalis medula spinalis, kemudian sepanjang traktus sensorik menuju otak. Neuron aferen primer merupakan pengirim dan penerima aktif dari sinyal elektrik dan kimiawi. Aksonnya berakhir di kornu dorsalis medula spinalis dan selanjutnya berhubungan dengan banyak neuron spinal.
3. Modulasi adalah proses amplifikasi sinyal neural terkait nyeri (*pain related neural signals*). Proses ini terutama terjadi di kornu dorsalis medula spinalis, dan mungkin juga terjadi di level lainnya. Serangkaian reseptor opioid seperti mu, kappa, dan delta dapat ditemukan di kornu dorsalis. Sistem nosiseptif juga mempunyai jalur descending berasal dari korteks frontalis, hipotalamus, dan area otak lainnya ke otak tengah (*midbrain*) dan medula oblongata, selanjutnya menuju medula spinalis.

Hasil dari proses inhibisi desendens ini adalah penguatan, atau bahkan penghambatan (*blok*) sinyal nosiseptif di kornu dorsalis.

4. Persepsi nyeri adalah kesadaran akan pengalaman nyeri. Persepsi merupakan hasil dari interaksi proses transduksi, transmisi, modulasi, aspek psikologis, dan karakteristik individu lainnya. Reseptor nyeri adalah organ tubuh yang berfungsi untuk menerima rangsang nyeri. Organ tubuh yang berperan sebagai reseptor nyeri adalah ujung syaraf bebas dalam kulit yang berespon hanya terhadap stimulus kuat yang secara potensial merusak. Reseptor nyeri disebut juga Nociseptor. Secara anatomis, reseptor nyeri (*nociseptor*) ada yang bermielin dan ada juga yang tidak bermielin dari syaraf aferen. (Anas Tamsuri, 2006)

### 2.2.3 Klasifikasi Nyeri

Berdasarkan waktu nyeri dapat dibagi menjadi nyeri akut, sub-akut, dan kronik. Nyeri akut merupakan respon biologis normal terhadap cedera jaringan dan merupakan sinyal terhadap adanya kerusakan jaringan misalnya nyeri pasca operasi, dan nyeri pasca trauma muskuloskeletal. Nyeri tipe ini sebenarnya merupakan mekanisme proteksi tubuh yang akan berlanjut pada proses penyembuhan. Nyeri akut merupakan gejala yang harus diatasi atau penyebabnya harus dieliminasi. Nyeri sub akut (1 – 6 bulan) merupakan fase transisi dan nyeri yang ditimbulkan karena kerusakan jaringan diperberat oleh konsekuensi problem psikologis dan sosial. Nyeri kronik adalah nyeri yang berlangsung lebih dari 6 bulan. Nyeri tipe ini sering kali tidak menunjukkan abnormalitas baik secara fisik maupun indikator-indikator klinis lain seperti laboratorium dan pencitraan.

Keseimbangan kontribusi faktor fisik dan psikososial dapat berbeda-beda pada tiap individu dan menyebabkan respon emosional yang berbeda pula satu dengan lainnya. Dalam praktek klinis sehari-hari nyeri kronik dibagi menjadi nyeri kronik tipe maligna (nyeri kanker) dan nyeri kronik tipe non maligna (arthritis kronik, nyeri neuropatik, nyeri kepala, dan nyeri punggung kronik) (Disorbio et al., 2006; Meyer et al., 2007, Meliala, 2008).

Nyeri secara esensial dapat dibagi menjadi dua, yaitu nyeri adaptif dan nyeri maladaptif. Nyeri adaptif berperan dalam proses survival dengan melindungi organ dari cedera atau sebagai penanda adanya proses penyembuhan dari cedera. Nyeri maladaptif terjadi jika terdapat proses patologis pada sistem saraf atau akibat dari abnormalitas respon sistem saraf. Kondisi ini merupakan suatu penyakit (pain as a disease). Pada praktek klinis sehari-hari kita mengenal 4 jenis nyeri:

1. Nyeri Nosiseptif Nyeri dengan stimulasi singkat dan tidak menimbulkan kerusakan jaringan. Pada umumnya, tipe nyeri ini tidak memerlukan terapi khusus karena berlangsung singkat. Nyeri ini dapat timbul jika ada stimulus yang cukup kuat sehingga akan menimbulkan kesadaran akan adanya stimulus berbahaya, dan merupakan sensasi fisiologis vital. Contoh: nyeri pada operasi, dan nyeri akibat tusukan jarum.
2. Nyeri inflamatorik adalah nyeri dengan stimulasi kuat atau berkepanjangan yang menyebabkan kerusakan atau lesi jaringan. Nyeri tipe II ini dapat terjadi akut dan kronik dan

pasien dengan tipe nyeri ini, paling banyak datang ke fasilitas kesehatan. Contoh: nyeri pada rheumatoid arthritis.

3. Nyeri Neuropatik merupakan nyeri yang terjadi akibat adanya lesi sistem saraf perifer (seperti pada neuropati diabetika, post-herpetik neuralgia, radikulopati lumbal, dll) atau sentral (seperti pada nyeri pasca cedera medula spinalis, nyeri pasca stroke, dan nyeri pada sklerosis multipel). Bentuk sensitivitas nyeri ini ditandai dengan tidak ditemukannya abnormalitas perifer dan defisit neurologis.

4. Nyeri fungsional disebabkan oleh respon abnormal sistem saraf terutama hipersensitivitas aparatus sensorik. Beberapa kondisi umum yang memiliki gambaran nyeri tipe ini antara lain fibromialgia, irritable bowel syndrome, beberapa bentuk nyeri dada non-kardiak, dan nyeri kepala tipe tegang. Tidak diketahui mengapa pada nyeri fungsional susunan saraf menunjukkan sensitivitas abnormal atau hiperresponsif (Woolf, 2004).

Nyeri nosiseptif dan nyeri inflamatorik termasuk ke dalam nyeri adaptif, artinya proses yang terjadi merupakan upaya tubuh untuk melindungi atau memperbaiki diri dari kerusakan. Nyeri neuropatik dan nyeri fungsional merupakan nyeri maladaptif, artinya proses patologis terjadi pada saraf itu sendiri sehingga impuls nyeri timbul meski tanpa adanya kerusakan jaringan lain. Nyeri ini biasanya kronik atau rekuren, dan hingga saat ini pendekatan terapi farmakologis belum memberikan hasil yang memuaskan (Rowbotham et al., 2000; Woolf, 2004).

## 2.2.4 Pengukuran Intensitas Nyeri

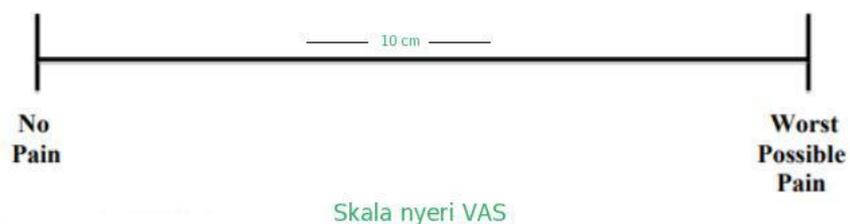
Menurut Andarmoyo (2013) intensitas nyeri adalah gambaran tentang seberapa parah nyeri dirasakan oleh individu. Pengukuran intensitas nyeri bersifat sangat subjektif dan nyeri dalam intensitas yang sama dirasakan berbeda oleh dua orang yang berbeda. Berikut adalah beberapa pengukuran intensitas nyeri:

### 1. Verbal Descriptor Scale (VDS)

Skala pendeskripsi verbal (Verbal Descriptor scale, VDS) merupakan alat pengukuran tingkat keparahan nyeri yang lebih objektif. Pendeskripsian VDS diranking dari "tidak nyeri" sampai "nyeri yang tidak tertahankan" (Andarmoyo, 2013). Perawat menunjukkan klien skala tersebut dan meminta klien untuk memilih intensitas nyeri terbaru yang ia rasakan. Alat ini memungkinkan klien memilih sebuah kategori untuk mendeskripsikan nyeri (Andarmoyo, 2013).

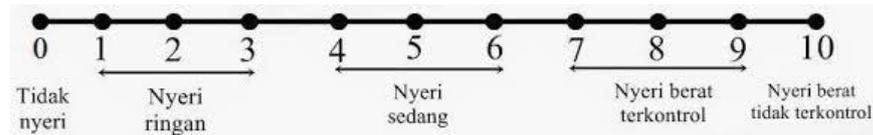
### 2. Visual Analogue Scale (VAS)

VAS merupakan suatu garis lurus yang menggambarkan skala nyeri terus menerus. Skala analog visual ( Visual Analog Scale) merupakan suatu garis lurus, yang mewakili intensitas nyeri yang terus menerus dan memiliki alat pendeskripsian verbal pada setiap ujungnya (Andarmoyo, 2013).



Gambar 1.2 Visual Analogue Scale (VAS)

### 3. Numeric Rating Scale (NRS)



Gambar 2.3 Numeric Rating Scale (NRS)

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 (Andarmoyo, 2013). Menurut Skala nyeri dikategorikan sebagai berikut:

- 1) 0 : tidak ada keluhan nyeri, tidak nyeri.
  - 2) 1-3 : mulai terasa dan dapat ditahan, nyeri ringan.
  - 3) 4-6 : rasa nyeri yang mengganggu dan memerlukan usaha untuk menahan, nyeri sedang.
  - 4) 7-10 : rasa nyeri sangat mengganggu dan tidak dapat ditahan, meringis, menjerit bahkan teriak, nyeri berat.
4. Wong-Baker FACES Pain Rating Scale

Skala ini terdiri atas enam wajah dengan profil kartun yang menggambarkan wajah yang sedang tersenyum untuk menandai tidak adanya rasa nyeri yang dirasakan, kemudian secara bertahap meningkat menjadi wajah kurang bahagia, wajah sangat sedih, sampai wajah yang sangat ketakutan yang berarti skala nyeri yang dirasakan sangat nyeri (Potter & Perry, 2005).



Gambar 2.4 Wong-Baker FACES Pain Rating Scale

Skala nyeri tersebut Banyak digunakan pada pasien pediatrik dengan kesulitan atau keterbatasan verbal. Dijelaskan kepada pasien mengenai perubahan mimik wajah sesuai rasa nyeri dan pasien memilih sesuai rasa nyeri yang dirasakannya.

#### 2.2.5 Penatalaksanaan Nyeri

Menurut Andarmoyo (2013), strategi penatalaksanaan nyeri atau lebih dikenal dengan manajemen nyeri adalah suatu tindakan untuk mengurangi nyeri. Manajemen nyeri dapat dilakukan oleh berbagai disiplin ilmu di antaranya adalah dokter, perawat, bidan, fisioterapis, pekerja sosial, dan masih banyak lagi disiplin ilmu yang dapat melakukan manajemen nyeri.

Menurut Andarmoyo (2013) ada dua strategi penatalaksanaan nyeri yang dapat dilakukan dalam upaya untuk mengurangi nyeri. Berikut adalah tindakan-tindakan tersebut:

##### 1. Strategi pelaksanaan nyeri nonfarmakologis

Menurut Andarmoyo (2013), berikut adalah penatalaksanaan nonfarmakologis:

###### a. Bimbingan antisipasi

Bimbingan antisipasi adalah memberikan pemahaman kepada klien mengenai nyeri yang dirasakan. Pemahaman yang

diberikan oleh perawat ini bertujuan untuk memberikan informasi kepada klien, dan mencegah salah interpretasi tentang peristiwa nyeri. Informasi yang diberikan kepada klien meliputi aspek-aspek sebagai berikut: a) kejadian, awitan, dan durasi nyeri yang akan dialami; b) kualitas, keparahan, dan lokasi nyeri; c) informasi tentang cara keamanan klien telah dipastikan; d) penyebab nyeri; e) metode mengatasi nyeri yang digunakan oleh perawat dan klien; f) harapan klien selama menjalani prosedur (potter & perry, 2006)

b. Terapi es dan panas kompres

Pilihan alternatif lain dalam meredakan nyeri adalah terapi es (dingin) dan panas. Namun begitu, perlu adanya studi lebih lanjut untuk melihat keefektifannya dan mekanisme kerjanya. Terapi es (dingin) dan panas diduga bekerja dengan menstimulasi reseptor tidak nyeri (*non-nosiseptor*) dalam bidang reseptor yang sama pada cedera.

c. Stimulasi Saraf Elektrik Transkutan/TENS (*Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation*)

*Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation* (TENS) adalah suatu alat yang menggunakan aliran listrik, baik dengan frekuensi rendah maupun tinggi, yang dihubungkan dengan beberapa elektroda pada kulit untuk menghasilkan sensasi kesemutan, menggetar, atau mendengung pada area nyeri. TENS adalah prosedur non-invasif dan merupakan metode yang aman untuk mengurangi nyeri, baik akut maupun kronis.

d. 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 di luar nyeri.

e. Relaksasi

Relaksasi adalah suatu tindakan untuk membebaskan mental dan fisik dari ketegangan dan stress sehingga dapat meningkatkan toleransi terhadap nyeri.

f. Imajinasi terbimbing

Imajinasi terbimbing adalah menggunakan imajinasi seseorang dalam suatu cara yang dirancang secara khusus untuk mencapai efek positif tertentu (Smeltzer & Bare, 2002).

g. Hipnosis

Hipnosis dapat membaantu mengubah persepsi nyeri melalui pengaruh sugesti positif. Suatu pendekatan kesehatan holistik, hipnosis diri menggunakan sugesti diri dan kesan tentang perasaan yang rileks dan damai. Individu memasuki keadaan rileks dengan menggunakan berbagai ide pikiran dan kemudian kondisi-kondisi yang menghasilkan respons tertentu bagi mereka (Edelman dan Mandel, 1994 dalam Potter & Perry, 2005).

h. Akupuntur

Akupuntur adalah istilah-istilah yang digunakan untuk menggambarkan proses memasukkan jarum-jarum tajam pada titik-titik strategis pada tubuh untuk mencapai efek terapeutik.

Karakteristik pelayanan kesehatan oriental ini telah dikembangkan sejak periode 8000 dan 3000 SM. Terdapat fakta yang mengemukakan bahwa manusia primitif menggunakan jarum batu untuk menembus kulit, yang kemudian digantikan dengan tulang dan bambu (Downey, 1992 dalam Basford & Slevin, 2006)

i. Umpan balik biologis

Prinsip kerja dari metode ini adalah mengukur respons fisiologis, seperti gelombang pada otak, kontraksi otot atau temperatur kulit kemudian “mengembalikan” memberikan informasi tersebut kepada klien. Kebanyakan alat umpan balik biologis / *biofeedback* terdiri dari beberapa elektroda yang ditempatkan pada kulit dan sebuah amplifier yang mentransformasikan data berupa tanda visual seperti lampu yang berwarna. Klien kemudian mengenali tanda tersebut sebagai respons stress dan menggantikannya dengan respons relaksasi (Prasetyo, 2010).

j. 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 yang mengombinasikan definisi nyeri dari Haldeman, 1994: 1252; Mobility, dkk., 1994: 39-40)

## 2. Strategi pelaksanaan nyeri farmakologis

Menurut Andarmoyo (2013), berikut adalah pelaksanaan nyeri farmakologis:

### a. Analgesik

NSAID Non-narkotik umumnya menghilangkan nyeri ringan dan nyeri sedang, seperti nyeri yang terkait dengan artritis reumatoid, prosedur pengobatan gigi, dan prosedur bedah minor, episiotomi, dan masalah pada punggung bagian bawah. Satu pengecualian, yaitu ketorolak (Toradol) merupakan agens analgesik pertama yang dapat diinjeksikan yang kemanjurannya dapat dibandingkan dengan morfin (McKenry dan Salerno, 1995 dalam Potter & Perry, 2006)

### 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 dengan nyeri seperti mual dan muntah. Agens tersebut diberikan dalam bentuk tunggal atau disertai dengan analgesik. Sedatif sering kali diresepkan untuk penderita nyeri kronik. Obat-obatan ini dapat

menimbulkan rasa kantuk dan kerusakan koordinasi, keputusasaan, dan kewaspadaan mental.

## 2.3 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

### 2.3.1 Pengkajian

Pengkajian keperawatan merupakan catatan tentang hasil pengkajian yang dilaksanakan untuk mengumpulkan informasi dari pasien, membuat data dasar tentang pasien, dan membuat catatan tentang respons kesehatan pasien. Pengkajian yang komprehensif atau menyeluruh, sistematis yang logis akan mengarah dan mendukung pada identifikasi masalah-masalah pasien. Masalah-masalah ini dengan menggunakan data pengkajian sebagai dasar formulasi yang dinyatakan sebagai diagnosa keperawatan (Dinarti dan mulyani, Y, 2017). Pengkajian dilakukan dengan anamnesa pasien dan pemeriksaan fisik.

#### 1. Identitas Pasien

- a. Mengkaji Nama, Pekerjaan, Alamat, Pendidikan, Tanggal MRS, dan Diagnosa Medis.
- b. Umur: Seseorang berusia produktif biasanya lebih berisiko menderita gastritis (Tussakinah dkk, 2018).
- c. Jenis Kelamin: Perempuan lebih berisiko terkena gastritis (Riyanto, 2012).

#### 2. Identitas Penanggungjawab

Mengkaji identitas penanggung jawab dengan format nama, umur, jenis kelamin, alamat, dan hubungan dengan pasien.

### 3. Keluhan Utama

Pengkajian anamnesis keluhan utama didapat dengan menanyakan tentang gangguan terpenting yang dirasakan klien sampai perlu pertolongan (Muttaqin, 2010). Menurut Asmadi (2008) pada klien dengan gastritis biasanya mengeluh nyeri pada bagian epigastrium.

### 4. Riwayat Penyakit Sekarang

Pengkajian riwayat kesehatan sekarang seperti menanyakan tentang perjalanan sejak timbul keluhan hingga klien meminta pertolongan (Muttaqin, 2010). Klien dengan gastritis biasanya hanya berdasarkan gejala klinis yang timbul mendadak seperti rasa mual muntah, nyeri, pendarahan, rasa lemah, nafsu makan menurun atau sakit kepala (Anggita, 2012)

### 5. Riwayat Kesehatan Dahulu

Perawat menanyakan tentang penyakit-penyakit yang pernah dialami sebelumnya (Muttaqin, 2010). Pertanyaan yang diajukan pada klien seperti apakah klien sebelumnya pernah memiliki kebiasaan minum alkohol, perokok kuat, mengkonsumsi aspirin dan ibuprofen serta senang mengkonsumsi makanan yang dapat menyebabkan kekambuhan gastritis (Dewit, Stromberg, & Dallred, 2016).

### 6. Pengkajian Psikososiospiritual

Menurut Rukmana (2018) stress merupakan salah satu faktor penyebab gastritis. Apabila stress dibiarkan maka Kondisi ini

menyebabkan perubahan patologis dalam jaringan organ tubuh manusia melalui saraf otonom. Sebagai akibatnya akan timbul penyakit adaptasi yang berupa gastritis.

#### 7. Pola kesehatan sehari-hari

Nutrisi: Menurut Suparyanto (2012), Beberapa jenis makanan yang dapat menyebabkan gastritis yaitu makanan bergas (sawi, kol, kedondong), makanan yang bersantan, makanan yang pedas, asam, dan lain-lain. Mengonsumsi makanan pedas secara berlebihan akan merangsang sistem pencernaan, terutama lambung dan usus untuk berkontraksi. Konsumsi alkohol dalam jumlah sedikit akan merangsang produksi asam lambung berlebihan, nafsu makan berkurang, dan mual. Menurut Okviani (Okviani, 2011) Caffeine juga merupakan salah satu faktor penyebab gastritis.

#### 8. Pemeriksaan Fisik

##### a. Keadaan umum

Klien dengan gastritis yang mengalami perdarahan hebat dapat menimbulkan hipotensi, dan takikardi sampai gangguan kesadaran (Asmadi, 2008)

##### b. Kepala

Inspeksi : ukuran lingkaran kepala, bentuk, kesimetrisan, adanya lesi atau tidak, kebersihan rambut dan kulit kepala, warna, rambut, jumlah dan distribusi rambut.

Palpasi : adanya pembengkakan/penonjolan, dan tekstur rambut.

c. Pemeriksaan wajah dan mata

Inspeksi: Pada penderita gastritis yang mengalami perdarahan hebat akan terlihat pucat dan konjungtiva anemis (Asmadi, 2008).

Palpasi: Penderita gastritis biasanya akan teraba keringat dingin (Asmadi, 2008).

d. Pemeriksaan telinga

Inspeksi: bentuk dan ukuran telinga, kesimetrisan, integritas, posisi telinga, warna, liang telinga (cerumen atau tanda-tanda infeksi), alat bantu dengar.

Palpasi: nyeri tekan aurikuler, mastoid, dan tragus.

e. Pemeriksaan hidung

Inspeksi : hidung eksternal (bentuk, ukuran, warna, kesimetrisan), rongga, hidung (lesi, sekret, sumbatan, pendarahan), hidung internal (kemerahan, lesi, tanda2 infeksi)

Palpasi dan Perkusi frontalis dan, maksilaris (bengkak, nyeri, dan septum deviasi)

f. Pemeriksaan mulut

Inspeksi dan palpasi struktur luar : warna mukosa mulut dan bibir, tekstur , lesi, dan stomatitis.

Inspeksi dan palpasi struktur dalam: Pasien dengan gastritis sering mengalami neusa dan rasa ingin vomitus (Asmadi, 2008).

g. Pemeriksaan leher

inspeksi leher: warna integritas, bentuk simetris.

Inspeksi dan palpasi kelenjer tiroid (nodus/difus, pembesaran, batas, konsistensi, nyeri, gerakan atau perlengketan pada kulit), kelenjer limfe (letak, konsistensi, nyeri, pembesaran), kelenjer parotis (letak, terlihat atau teraba).

h. Pemeriksaan dada

Inspeksi: kesimetrisan, bentuk/postur dada, gerakan nafas (frekuensi, irama, kedalaman, dan upaya pernafasan/penggunaan otot-otot bantu pernafasan), warna kulit, lesi, edema, pembengkakan/ menonjolan.

Palpasi: Simetris, pergerakan dada, massa dan lesi, nyeri, tractive fremitus.

Perkusi: paru, eksrusi diafragma (konsistensi dan bandingkan satu sisi dengan satu sisi lain pada tinggi yang sama dengan pola berjenjang sisi ke sisi). Normal: resonan (“dug dug dug”), jika bagian padat lebih daripada bagian udara=pekak (“bleg bleg bleg”), jika bagian udara lebih besar dari bagian padat=hiperesonan (“deng deng deng”), batas jantung=bunyi rensongan hilang atau redup.

Auskultasi: suara nafas, trachea, bronchus, paru (dengarkan dengan menggunakan stetoskop di lapang paru kika, di RIC 1 dan 2, di atas manubrium dan di atas trachea).

i. Pemeriksaan Abdomen

Inspeksi: kuadran dan simetris, contour, warna kulit, lesi, scar, ostomy, distensi, tonjolan, pelebaran vena, kelainan umbilicus, dan gerakan dinding perut.

Auskultasi: suara peristaltik (bising usus) di semua kuadran (bagian diafragma dari stetoskop) dan suara pembuluh darah dan friction rub :aorta, a.renalis, a. illiaka (bagian bell).

Palpasi: semua kuadran (hepar, limfa, ginjal kiri dan kanan):

Pada pasien gastritis akan tera nyeri tekan pada bagian epigastrium (Asmadi, 2008).

Perkusi: untuk memperkirakan ukuran hepar, adanya udara pada lambung dan usus (timpani atau redup). Untuk mendengarkan atau mendeteksi adanya gas, cairan atau massa dalam perut-bunyi perkusi pada perut yang normal adalah timpani, tetapi bunyi ini dapat berubah pada keadaan-keadaan tertentu misalnya apabila hepar dan limpa membesar, maka bunyi perkusi akan menjadi redup, khususnya perkusi di daerah bawah arkus kosta kanan dan kiri

j. Pemeriksaan Genetalia

1) Genetalia laki-laki:

Inspeksi rambut pubis, perhatikan penyebaran dan pola pertumbuhan rambut pubis. Catat bila rambut pubis tumbuh sedikit atau tidak sama sekali. Inspeksi kulit, ukuran, dan adanya kelainan lain yang tampak pada penis. Inspeksi skrotum dan perhatikan bila ada tanda kemerahan, bengkak, ulkus, eksoriasi, atau nodular. Angkat skrotum dan amati area di belakang skrotum.

palpasi penis untuk mengetahui adanya nyeri tekan, benjolan, dan kemungkinan adanya cairan kental yang keluar. Palpasi skrotum dan testis dengan menggunakan jempol dan tiga jari pertama. Palpasi tiap testis dan perhatikan ukuran, konsistensi, bentuk, dan kelicinannya. Testis normalnya teraba elastis, licin, tidak ada benjolan atau massa, dan berukuran sekitar 2-4 cm. Palpasi epididimis yang memanjang dari puncak testis ke belakang. Normalnya epididimis teraba lunak. Palpasi saluran sperma dengan jempol dan jari telunjuk. Saluran sperma biasanya ditemukan pada puncak bagian lateral skrotum dan teraba lebih keras daripada epididimis.

## 2) Genitalia perempuan:

Inspeksi pertumbuhan rambut membentuk segitiga. Kulit perineal sedikit lebih gelap, halus, dan bersih. Membrane tampak merah muda dan lembab. Amati kulit dan area pubis, perhatikan apakah ada lesi, luka, leukoplakia, dan eksoriasi.

Palpasi Pada wanita, palpasi serviks uterus melalui dinding rektal anterior. Normalnya, teraba licin, melingkar, tegas, dan dapat digerakan.

k. Pemeriksaan ekstremitas atas dan bawah

Inspeksi: struktur muskuloskeletal : simetris dan pergerakan, integritas kulit, posisi, dan letak, ROM, kekuatan, dan tonus otot.

Palpasi: palpasi nyeri tekan, lesi, dan benjolan.

9. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan pada penderita gastritis menurut Dermawan (2010) dan Doenges (2000) yaitu *radiology*, *Endoskopy*, Laboratorium, EGD (*Esofagogastriduodenoskopi*), dan analisa gester.

2.3.2 Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan yang muncul pada pasien penderita gastritis berdasarkan SDKI (2017) adalah :

1. Nyeri (akut) berhubungan dengan agen cedera fisiologis (inflamasi mukosa lambung).
2. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorbsi nutrien.
3. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan.
4. Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi.

### 2.3.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi pada pasien gastritis dengan masalah keperawatan nyeri akut berdasarkan SIKI 2018 adalah sebagai berikut:

Table 2.1 Intervensi Keperawatan Gastritis

<b>Diagnosa Keperawatan (SDKI)</b>	<b>Tujuan (SLKI)</b>	<b>Intervensi (SIKI)</b>
<p><b>Kode: D.0077</b> Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisiologis (inflamasi mukosa lambung).</p> <p><b>Definisi:</b> Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nyeri pada pasien berkurang dengan kriteria hasil:</p> <p><b>Tingkat nyeri (menurun):</b></p> <p><b>Kode: L.08066</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan nyeri menurun dari skala 1 menjadi skala 5</li> <li>2. Sikap protektif menurun dari skala 1 menjadi skala 5</li> </ol>	<p><b>Intervensi Utama: Manajemen nyeri</b></p> <p>a. Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Megobservasi, lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>2. Identifikasi skala nyeri</li> <li>3. Identifikasi respon nyeri non verbal</li> <li>4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri</li> <li>6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri</li> <li>7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</li> </ol> <p>b. Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hypnosis, akupresur, terapi musik,</li> </ol>

dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.	3. Gelisah menurun dari skala 1 menjadi skala 5	biofeedback, terapi pijat, aroma terapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)
<b>Penyebab:</b> Agen cedera fisiologi (inflamasi, iskemia, neoplasma).	4. Kesulitan tidur menurun dari skala 1 menjadi skala 5	2. Control lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)
<b>Tanda gejala mayor:</b> Subjektif (Mengeluh nyeri) Objektif (tampak meringis, bersikap protektif, gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur)	<b>Kontrol nyeri (Meningkat):</b> <b>Kode: L.08063</b> 1. Melaporkan nyeri terkontrol dari skala 1 meningkat menjadi skala 5 2. Kemampuan mengenali onset nyeri meningkat dari skala 1 menjadi skala 5	3. Fasilitasi istirahat dan tidur 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri c. Edukasi 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 5. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri
<b>Tanda gejala minor:</b> Subjektif (-) Objektif (Tekanan	3. Kemampuan mengenali penyebab nyeri	d. Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
		<b>Intervensi Pendukung:</b> a. Observasi 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi.

darah meningkat, pola nafas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaforesisi)	meningkat dari skala 1 menjadi skala 5	b. Terapeutik 1. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 2. Jadwalkan pendidikan kesehatan 3. Berikan kesempatan untuk bertanya
	4. Kemampuan menggunakan teknik non farmakologis meningkat dari skala 1 menjadi skala 5	c. Edukasi 1. Jelaskan tujuan dan manfaat relaksasi teknik nafas dalam 2. Jelaskan prosedur relaksasi teknik nafas dalam 3. Anjurkan memposisikan tubuh nyaman mungkin (mis. Duduk, baring) 4. Anjurkan menutup mata dan berkonsentrasi penuh 5. Ajarkan melakukan inspirasi dengan menghirup udara melalui hidung secara perlahan 6. Ajarkan melakukan ekspirasi dengan menghembuskan udara, mulut mecucu secara perlahan 7. Demonstrasikan menarik nafas dalam selama 4 detik, menahan nafas selama 2 detik, dan menghembuskan nafas selama 8 detik
<p><b>Status kenyamanan (Meningkat)</b>  <b>Kode: L.08064</b>  1. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang</p>		

Sumber: Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017. Tim pokja SIKI DPP PPNI, 2018.

Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019.

### 2.3.4 Implementasi

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Implementasi merupakan inisiatif dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap pelaksanaan dimulai setelah rencana tindakan disusun dan ditujukan pada nursing orders untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan. Oleh karena itu rencana tindakan yang spesifik dilaksanakan untuk memodifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan klien. Tipe implementasi keperawatan Secara garis besar terdapat tiga kategori dari implementasi keperawatan (Craven dan Hirnle, 2000) antara lain:

- d. *Cognitive implementations* yaitu Meliputi pengajaran atau pendidikan, menghubungkan tingkat pengetahuan klien dengan kegiatan hidup sehari-hari, membuat strategi untuk klien dengan disfungsi komunikasi, memberikan umpan balik, mengawasi tim keperawatan, mengawasi penampilan klien dan keluarga, serta menciptakan lingkungan sesuai kebutuhan, dan lain lain.
- e. *Interpersonal implementations* yaitu Meliputi koordinasi kegiatan-kegiatan, meningkatkan pelayanan, menciptakan komunikasi terapeutik, menetapkan jadwal personal, pengungkapan perasaan, memberikan dukungan spiritual, bertindak sebagai advokasi klien, role model, dan lain lain.

- f. *Technical implementations* yaitu Meliputi pemberian perawatan kebersihan kulit, melakukan aktivitas rutin keperawatan, menemukan perubahan dari data dasar klien, mengorganisir respon klien yang abnormal, melakukan tindakan keperawatan mandiri, kolaborasi, dan rujukan, dan lain-lain



## 2.3.5 Hasil Analisa Data

Tabel 2.2 Hasil Analisis Data Jurnal

No.	Judul Penelitian	Nama Jurnal	Tujuan Penelitian	Studi Design	Responden	Hasil
1.	Pengalaman Penderita Gastritis Kronis Dalam Melakukan Teknik Relaksasi Nafas Dalam Untuk Membantu Menurunkan Skala Nyeri Pada Penderita Gastritis Kronis Di Rumah Sakit Islam Siti Khadijah Palembang Tahun 2019. Oleh Novilia Hewati	Jurnal Kesehatan dan Pembangunan, Vol. 10, No. 19, Januari 2020	Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui adanya pengaruh teknik relaksasi nafas dalam terhadap penurunan nyeri pada pasien gastritis	Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan teknik pengumpulan data dilakukan secara manual. Dengan mencatat jawaban yang diperlukan informan sebagai sumber data primer	Sampel penelitian ini mempergunakan 3 orang sampel yaitu 2 orang sebagai partisipan dan 1 sebagai informan kunci (perawat)	Teknik relaksasi nafas dalam efektif untuk membantu menurunkan skala nyeri pada penderita gastritis. Dengan melakukan relaksasi nafas dalam dapat membuat pasien menjadi rileks, tenang, nyaman serta mengurangi rasa nyeri. Suasana yang rileks dapat meningkatkan hormon endorphen yang berfungsi untuk mengurangi rasa nyeri
2.	Pengaruh Teknik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Perubahan Skala	Jurnal Keperawatan Intan Husada,	Untuk mengetahui pengaruh teknik relaksasi nafas dalam terhadap	Metode penelitian eksperimental semu (quasi	Peneliti mengambil 19 sampel yaitu pasien penderita	Penelitian ini dimulai 01 September sampai 31 Desember 2017, tempat penelitian di

	<p>Nyeri Sedang Pada Pasien Gastritis Di Klinik Mboga Sukoharjo Tahun 2018. Oleh Sunaryo Joko Waluyo</p>	<p>Vol. 6 No. 1, Januari 2018</p>	<p>perubahan skala nyeri sedang pada pasien gastritis di klinik Mboga Sukoharjo Tahun 2018</p>	<p>eksperimental) dengan desain pre dan post test without control design dan pencuplikan random sampling dimana peneliti memilih sampel berdasarkan pertimbangan (judgment) tertentu</p>	<p>gastritis dengan lembar kusioner di Klinik Mboga Sukoharjo</p>	<p>Klinik Mboga Sukoharjo. Alat ukur yang digunakan dalam penelitian ini adalah angket/kuesioner. Berdasarkan pengujian statistik yang dilakukan 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 R2 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</p>
--	--	-----------------------------------	--	--	---	--

						akan mengurangi i rasa nyeri sebesar 39.7%
3.	Pengaruh Teknik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Intensitas Nyeri Pasien Gastritis di Puskesmas Antar Brak Kecamatan Limau Kabupaten Tanggamus tahun 2019. Oleh Cynthia Puspariny, Diny Fellyana, Desi Marini	SEMNASKes – 2019 “ <i>Improving The Quality of Health Through Advances in Research of Health Sciences</i> ” 14 Desember 2019 ISBN: 978-602-5793-65-3	Untuk mengetahui pengaruh teknik relaksasi nafas dalam terhadap intensitas nyeri pasien gastritis di puskesmas Antar Brak Kecamatan Limau Kabupaten Tanggamus tahun 2019	Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan metode eksperimen semu ( <i>Quasi Eksperiment</i> ) menggunakan pendekatan <i>One-Group pre-posttest design</i>	Pengambilan sampel menggunakan tehnik purposive sampling dengan jumlah sampel penelitian 30 orang	Penelitian ini diukur dengan cara menggunakan skala intensitas nyeri dari rentang 1-10 dan diukur sebelum dan sesudah intervensi lalu dikategorikan turun, tetap, dan naik. Penelitian ini dilaksanakan dari bulan Mei-Agustus 2019. Hasil dari penelitian semua responden mengalami penurunan skala nyeri (negatif) yaitu 30 orang dimana mean rank 15,50 dan p-value = 0,000. Semua responden mengalami penurunan skala nyeri (negatif) yaitu 30 orang dimana mean rank 15,50 dan pvalue = 0,000. Rata-rata

						skala nyeri sebelum dilakukan teknik relaksasi nafas dalam yaitu 4,80 dengan kategori nyeri sedang dan rata-rata skala nyeri setelah dilakukan teknik relaksasi nafas dalam yaitu 2,30 dengan kategori nyeri ringan
4.	Pengaruh Relaksasi Napas Dalam Terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Pada Pasien Gastritis Di ruang rawat inap RSUD Haji Makassar tahun 2018. Oleh Thahir Nuryanti dan Nurlaela	<i>Patria Artha Journal of Nursing Science</i> . Vol. 2, No. 2, Oktober 2018	Untuk mengetahui pengaruh Relaksasi Napas Dalam Terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Pada Pasien Gastritis Di ruang rawat inap RSUD Haji Makassar	Penelitian ini adalah penelitian kuantitatif, dengan rancangan penelitian menggunakan desain preeksperimen dengan One Group Pretest Posttest design	Sampel pada penelitian ini terdiri dari 70 orang pasien yang sudah memenuhi kriteria inklusi, pengambilan sampel dilakukan dengan menggunakan Accidental Sampling dengan target yakni penderita gastritis di ruang	Penelitian ini dilaksanakan pada bulan April-Mei 2018. Berdasarkan hasil uji paired t test dengan nilai t hitung $13,603 > t$ tabel 1,667 dengan nilai $p 0,000 < \alpha 0,05$ , sehingga dapat dikatakan bahwa ada pengaruh pemberian relaksasi nafas dalam terhadap penurunan nyeri pada penderita gastritis di ruang rawat inap RSUD Haji Makassar

					inap RSUD Haji Makassar	
5.	Relaksasi autogenik menurunkan keluhan gastritis pada orang dengan infeksi HIV-AIDS (ODHA) di RSUD Wangaya, Bali, Indonesia. Oleh I Wayan Surasta, I Ketut Suardana, I Ketut Labir.	Intisari Sains Medis 2020, Volume 11, Number 1: 301-305	Untuk mengetahui pengaruh Terapi Relaksasi Autogenik Terhadap penderita infeksi HIV-AIDS (ODHA) dengan keluhan gastritis di RSUD Wangaya Bali	Penelitian ini merupakan penelitian <i>quasi-eksperimen</i> dengan menggunakan rancangan <i>pre and post test design without control group</i> .	Penelitian ini menggunakan teknik purposive sampling terhadap 21 responden dengan gejala gastritis pada Penanggulangan AIDS di Kabupaten Badung	Penelitian ini dilakukan pada pasien ODHA yang mengeluh gejala gastritis seperti rasa mual, nyeri ulu hati, muntah, perut kembung, maupun kehilangan selera makan dalam rentangan waktu selama 1 bulan. Responden penelitian kemudian melakukan latihan relaksasi autogenik 3 kali dan selanjutnya melakukan di rumah selama 4 minggu dibawah pengawasan <i>enumerator/fasilitator</i> , setelah itu evaluasi gejala/keluhan gastritis. Hasil dari penelitian ini yaitu sebagian besar pasien ODHA adalah laki-laki

			 The logo of Universitas Muhammadiyah Ponorogo is a shield-shaped emblem. It features a central sunburst with Arabic calligraphy in the center. The sunburst is surrounded by a green and white floral wreath. The text 'UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH' is written in a semi-circle at the top, and 'PONOROGO' is written at the bottom. Two white stars are positioned on either side of the bottom text.		<p>(61,9%), diikuti dengan bekerja sebagai ibu rumah tangga (28,6%), menikah (81,0%), dan tinggal di Kuta Utara (28,6%). Ada perbedaan yang bermakna dalam nilai rata-rata gejala gastritis sebelum (1,77) dan setelah perawatan relaksasi autogenik (1,53) (<math>p = 0,002</math>). Kesimpulan dari hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pemberian intervensi terapi relaksasi autogenik pada ODHA yang memiliki keluhan gastritis menunjukkan terdapat perbaikan yang bermakna terhadap nilai keluhan yang dirasakan dibandingkan sebelum pemberian terapi relaksasi autogenik</p>
--	--	--	--	--	---

Didalam ajaran agama islam, upaya untuk menenangkan diri (teknik relaksasi) biasa dilakukan dengan cara senantiasa mengingat tuhan yaitu Allah SWT, baik dengan beribadah sholat, berdzikir maupun membaca Al-Quran. Hal tersebut terdapat pada salah satu firman Allah SWT, yaitu Q.S Al-Rad ayat 28 yang berbunyi:

الَّذِينَ آمَنُوا وَتَطْمَئِنُّ قُلُوبُهُمْ بِذِكْرِ اللَّهِ أَلَا بِذِكْرِ اللَّهِ تَطْمَئِنُّ الْقُلُوبُ ﴿٢٨﴾

Allaziina aamanuu wa tatma'innu quluubuhum bizikril laah; alaa bizikril laahi tatma'innul quluub

Artinya:

(yaitu) orang-orang yang beriman dan hati mereka menjadi tenteram dengan mengingat Allah. Ingatlah, hanya dengan mengingat Allah hati menjadi tenteram.

Melakukan teknik relaksasi nafas dalam disertai dengan berdzikir mampu meredakan rasa nyeri yang diakibatkan oleh penyakit.

### 2.3.6 Evaluasi

Evaluasi, yaitu penilaian hasil dan proses. Penilaian hasil menentukan seberapa jauh keberhasilan yang dicapai sebagai keluaran dari tindakan. Penilaian proses menentukan apakah ada kekeliruan dari setiap tahapan proses mulai dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, tindakan, dan evaluasi itu sendiri. (Ali, 2009).

Evaluasi dilakukan berdasarkan kriteria yang telah ditetapkan sebelumnya dalam perencanaan, membandingkan hasil tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan dengan tujuan yang telah ditetapkan

sebelumnya dan menilai efektivitas proses keperawatan mulai dari tahap pengkajian, perencanaan dan pelaksanaan (Mubarak, dkk., 2011) Evaluasi disusun menggunakan SOAP dimana (Suprajitno dalam Wardani, 2013) :

S: Ungkapan perasaan atau keluhan yang dikeluhkan secara subjektif oleh keluarga setelah diberikan implementasi keperawatan.

O: Keadaan objektif yang dapat diidentifikasi oleh perawat menggunakan pengamatan yang objektif.

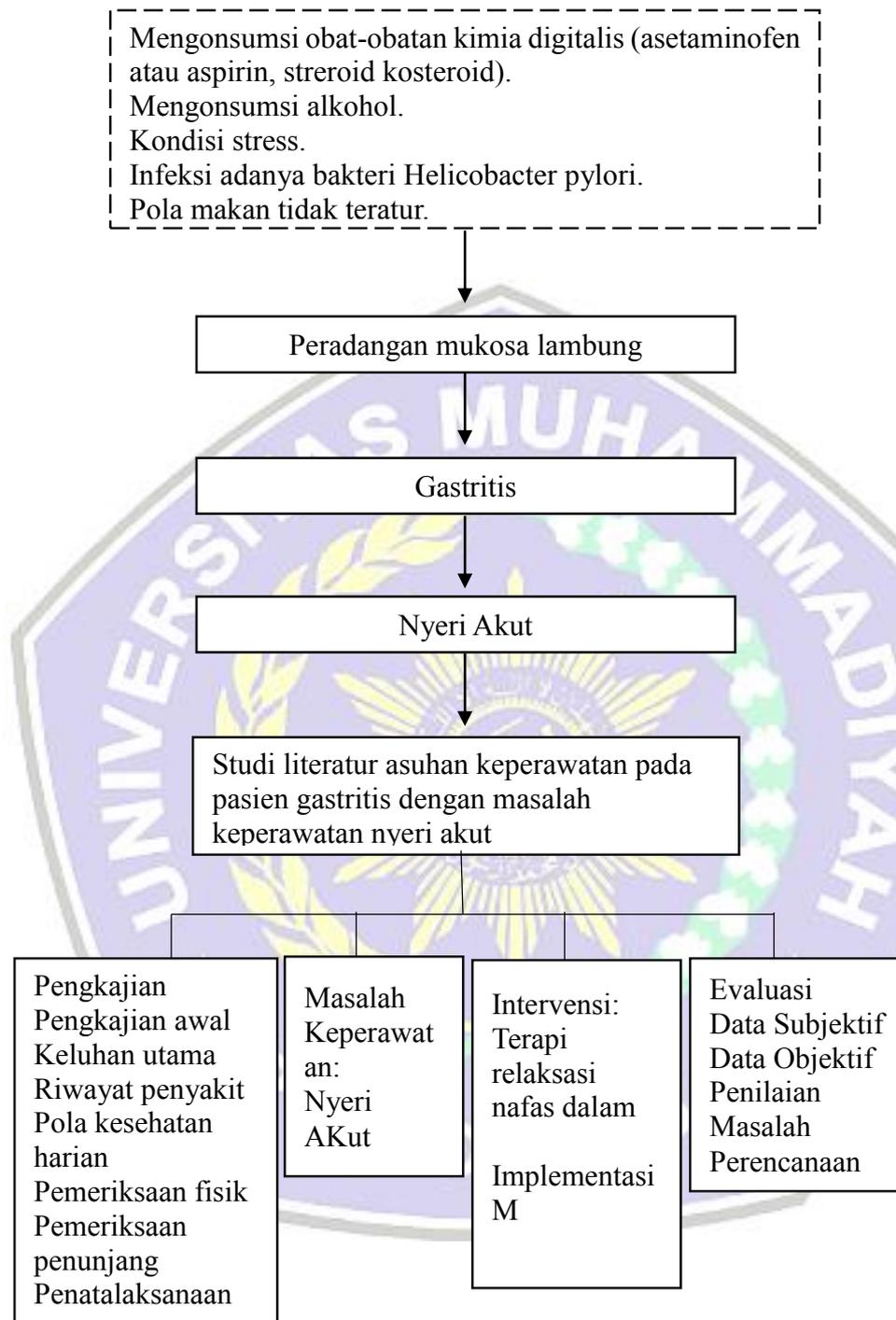
A: Analisis perawat setelah mengetahui respon subjektif dan objektif.

P: Perencanaan selanjutnya setelah perawat melakukan analisis.

Tugas dari evaluator adalah melakukan evaluasi, menginterpretasi data sesuai dengan kriteria evaluasi, menggunakan penemuan dari evaluasi untuk membuat keputusan dalam memberikan asuhan keperawatan. (Nurhayati, 2011).



## 2.4 Hubungan Antar Konsep



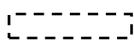
Gambar 2.5 Hubungan Antar Konsep

Keterangan:



: Konsep yang utama ditelaah

→ : Berpengaruh



: Tidak ditelaah dengan baik

↔ : Sebab Akibat



: Berhubungan

