

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Gastritis

2.1.1 Definisi

Gastritis adalah suatu peradangan atau perdarahan mukosa lambung yang dapat bersifat akut, kronik, difus, lokal. Dua jenis gastritis yang paling sering terjadi adalah gastritis akut dan gastritis kronis (Price & Wilson, 2018).

Gastritis adalah penyakit yang disebabkan oleh meningkatnya asam lambung sehingga mengakibatkan inflamasi atau peradangan yang mengenai mukosa lambung (Khanz, et al, 2017).

Gastritis kronis adalah inflamasi lambung yang berkepanjangan yang mungkin disebabkan oleh bakteri seperti *helicobacter pylori*. (Brunner & Suddarth, 2019).

2.1.2 Etiologi

Menurut (Sipponen & Maarooos, 2015), Penyebab gastritis dapat dibedakan sesuai dengan klasifikasi, yaitu sebagai berikut :

1. Gastritis akut, disebabkan oleh penggunaan obat-obat analgetik dan anti inflamasi terutama penggunaan aspirin secara bebas tidak menggunakan resep dokter dan mengonsumsi kafein.
2. Gastritis Kronik, penyebab yang terjadi pada umumnya belum diketahui secara rinci, hanya saja sering bersifat multifaktor. Bisa terjadi akibat kuman, pola makan yang tidak benar, memakan makanan pedas dan kurangnya kepatuhan dalam terapi pengobatan.

2.1.3 Klasifikasi

Menurut Ardiansyah (2018), klasifikasi gastritis dibedakan menjadi dua yaitu gastritis akut dan gastritis kronis :

a. Gastritis akut

Gastritis akut merupakan peradangan pada mukosa lambung yang menyebabkan erosi dan perdarahan pada mukosa lambung setelah terpapar oleh zat iritan. Erosi tidak mengenai lapisan otot lambung. Ada dua gastritis akut yaitu gastritis erosive dan gastritis hemoragik.

1) Gastritis Akut Erosive

Peradangan pada mukosa lambung akut dengan kerusakan erosi. Disebut erosi apabila kerusakan terjadi tidak lebih dalam dari mukosa muskularis. Akibat efek samping pemakaian obat-obatan.

2) Gastritis Akut Hemoragik

Disebut hemoragik karena pada penyakit ini akan dijumpai perdarahan mukosa lambung, ada dua penyebab utama yaitu minum alkohol atau obat-obatan, stress.

b. Gastritis Kronik

Gastritis kronik merupakan suatu peradangan bagian permukaan mukosa gaster yang sifatnya menahun dan berulang. Gastritis kronik yaitu infeksi bakteri seperti *H.pylori* dan autoimun.

1) Gastritis superficial, dengan manifestasi kemerahan, edema serta perdarahan dan erosi mukosa.

- 2) Gastritis atrifik, dimana peradangan terjadi diseluruh lapisan mukosa pada perkembangannya dihubungkan dengan ulkus dan kanker lambung.
- 3) Gastritis hipertropik, suatu kondisi dengan terbentuknya nodul-nodul pada mukosa lambung yang bersifat ireguler, dan hemoragik.

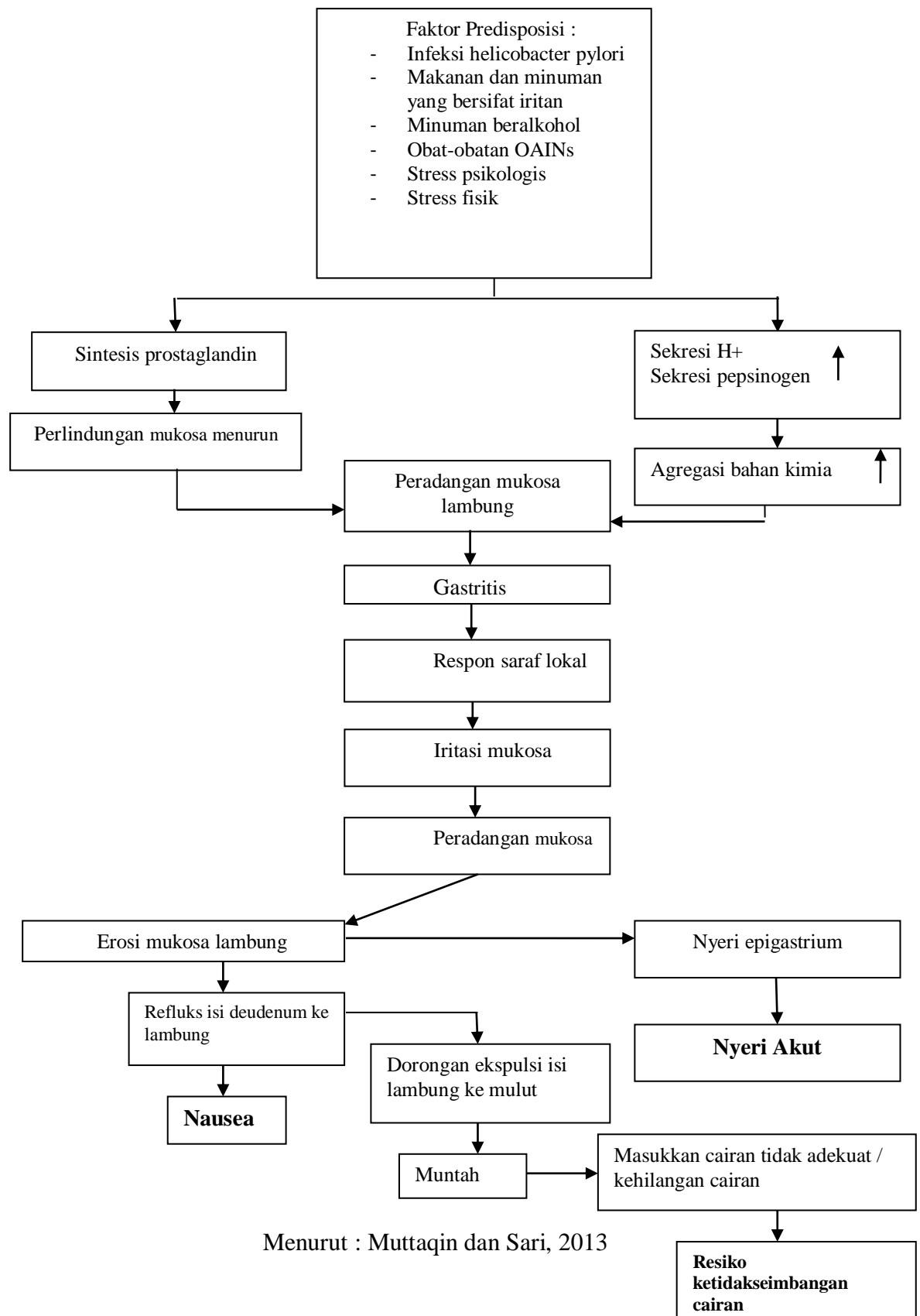
2.1.4 Patofisiologi

Inflamasi dalam waktu lama pada lambung disebabkan oleh bakteri *H.phylori*, obat-obatan (NSAID), aspirin, sulfanomida steroid) dan kafein. Obat-obatan dapat mengganggu pembentukan sawat mukosa lambung, sedangkn *H.phylori* akan melekat pada epitel lambung yang berakibat menghancurkan lapisan mukosa lambung sehingga menurunkan barrier lambung terhadap asam dan pepsin. Salah satu yang menyebabkan inflamasi dalam waktu lama adalah kafein, yang dapat menurunkan produksi bikarbonat yang dapat berakibat menurunkan kemampuan protektif terhadap asam (Hawks & Joyce M Black, 2014).

Dari menurunkan barrier lambung terhadap asam dan pepsin akan berakibat difusi kembali asam lambung dan pepsin. Setelah itu, akan terjadi inflamasi dan erosi mukosa lambung. Inflamasi akan membuat nyeri epigastrium akan memunculkan masalah nyeri akut sehingga menurunkan sensori untuk makan dan akan berakibat menjadi anoreksia. Mual, ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, muntah, kekurangan volume cairan,

erosi mukosa lambung akan menurunkan tonus dan peristaltik lambung serta mukosa lambung kehilangan integritas jaringan. Dari menurunnya tonus dan peristaltik lambung, maka akan terjadi refluk isi duodenum ke lambung yang akan menyebabkan mual, serta dorongan ekspulsi isi lambung kemulut dan akhirnya muntah. Dengan adanya anoreksia, mual dan muntah akan memunculkan masalah ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, selain itu dengan adanya muntah, mukosa lambung kehilangan integritas jaringan berakibat terjadinya perdarahan yang akan memunculkan masalah kekurangan volume cairan (Hawks & Joyce M Black, 2014).

2.1.5 Pathway Gastritis



2.1.6 Manifestasi Klinis

Menurut (Suzanne & Brenda, 2019), manifestasi klinis gastritis dibedakan menjadi dua, yaitu :

a. Gastritis Akut

- 1) Ketidaknyamanan abdomen
- 2) Sakit Kepala
- 3) Kelesuan
- 4) Mual
- 5) Anoreksia
- 6) Muntah
- 7) Cegukan

b. Gastritis Kronis

- 1) Mungkin tidak bergejala
- 2) Keluhan anoreksia, nyeri ulu hati setelah makan, bersendawa, rasa asam di mulut, atau mual dan muntah.
- 3) Pasien gastritis kronis akibat defisiensi vitamin biasanya diketahui mengalami malabsorpsi vitamin B.

2.1.7 Pemeriksaan penunjang

- 1) Pemeriksaan darah lengkap
- 2) Pemeriksaan Endoscopy
- 3) Pemeriksaan Feses
- 4) Pemeriksaan rontigen saluran cerna atas

2.1.8 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan secara keperawatan :

1. Antikoagulan : bila ada pendarahan pada lambung
2. Antasida : pada gastritis yang parah, cairan dan elektrolit diberikan intravena untuk mempertahankan keseimbangan cairan sampai gejala-gejala mereda, untuk gastritis yang tidak diobati dengan antasida dan istirahat.
3. Histonin : Dapat diberikan untuk menghambat pembentukan asam lambung dan kemudian menurunkan iritasi lambung.
4. Sulcralfate : Diberikan untuk melindungi mukosa lambung dengan cara menyelaputinya, untuk mencegah difusi kembali asam dan pepsin yang menyebabkan iritasi.

Penatalaksanaan secara medis meliputi :

Gastritis akut diatasi dengan menginstruksikan pasien untuk menghindari alkohol dan makanan sampai gejala berkurang. Bila pasien makan melalui mulut, diet mengandung gizi dan ajurkan. 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 penetralan agen penyebab.

- 1) Untuk menetralisasi asam, digunakan antasida umum (contohnya : alumunium hidroksida) untuk menetralisasikan alkali, digunakan jus lemon encer atau cuka encer.
- 2) Bila korosi luas atau berat, lafase dihindari karena bahaya perforasi.
- 3) Hindari makan makanan yang pedas serta minuman yang mengandung kafein, makan teratur, hindari stress yang berlebihan.

2.1.9 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 syok hemoragik. Khusus untuk perdarahan SCBA, perlu dibedakan dengan tukak peptic. Gambaran klinis yang di perlihatkan hampir sama. Namun pada tukak peptic penyebab utamanya adalah helicobakter pylory, Diagnosis pasti dapat ditegakkan dengan endoskopi (Hardi&Amin, 2018).

b) Gastritis Kronis

Perdarahan saluran cerna bagian atas, ulkus, perforasi dan anemia karena gangguan absorpsi vitamin B12 (Hardi&Amin, 2018).

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan merupakan cara sistematis yang dilakukan oleh perawat bersama pasien dalam menentukan kebutuhan pasien dengan melakukan pengkajian, penentuan diagnosa, perencanaan tindakan, pelaksanaan tindakan, serta pengevaluasian hasil asuhan yang telah diberikan dengan berfokus pada pasien dan berorientasi pada tujuan (Hidayat, 2006).

2.4.1 Pengkajian

Pengkajian adalah pemikiran dasar dari proses keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan informasi atau data tentang klien, agar dapat mengidentifikasi, mengenali masalah-masalah, kebutuhan kesehatan dan keperawatan klien baik secara bio,psiko, sosial dan spiritual (Dermawan 2012).

1). Identitas atau biodata Klien

Meliputi nama, umur, agama, jenis kelamin, alamat, suku bangsa, status perkawinan, pekerjaan, pendidikan, tanggal masuk rumah sakit, nomor dan nomor registrasi.

2). Riwayat kesehatan.

a. Keluhan Utama

klien dengan gastritis biasanya mengeluh nyeri pada bagian epigastrium.

b. Riwayat Penyakit sekarang

Klien dengan gastritis biasanya hanya berdasarkan gejala klinis yang timbul mendadak seperti rasa mual, muntah, nyeri, rasa lemah, nafsu makan menurun atau sakit kepala.

c. Riwayat kesehatan dahulu

Riwayat kebiasaan mengkonsumsi makanan berbumbu dan minuman dengan kandungan kafein, alkohol yang merupakan agen-agen yang menyebabkan iritasi mukosa lambung, riwayat diet dan pola makan tidak teratur.

d. Riwayat kesehatan keluarga

Diisi dengan menyebutkan nama penyakit berat yang pernah diderita oleh keluarga dan dikhisuskan terhadap riwayat kesehatan terutama penyakit genetik dan penyakit keturunan.

3). Pola-pola fungsi kesehatan.

a. Pola Nutrisi

Peningkatan asam lambung pada penderita gastritis akan menurunkan nafsu makan, karena produk sekretorik lambung akan lebih banyak mengisi lumen lambung.

b. Pola Eleminasi

Pola fungsi ekskresi feses, urine dan kulit seperti pola BAB, BAK, dan gangguan atau kesulitan ekskresi. Faktor yang mempengaruhi fungsi ekskresi seperti pemasukan cairan dan aktivitas.

c. Pola Aktivitas

Penderita juga tampak malas untuk beraktivitas, banyak tiduran, dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari seperti makan, BAB<BAK.

d. Pola Istirahat

Difokuskan pada pola tidur, istirahat, relaksasi dan bantuan-bantuan untuk merubah pola tersebut.

e. Pola Kebersihan Diri

Difokuskan pada upaya yang dilakukan individu dalam memelihara kebersihan dan kesehatan dirinya baik secara fisik maupun mental guna memberikan perasaan stabil dan aman pada diri individu.

f. Pola hubungan dan peran

Peran pasien dalam keluarga meliputi hubungan pasien dengan keluarga dan orang lain.

g. Pola penanggulangan stress

Biasanya pasien mengalami stres berat atau depresi

h. Pola sensori dan kognitif

Pola sensori pasien merasakan nyeri pada ulu hati

i. Pola persepsi dan konsep diri

Biasanya pasien sering memikirkan hal yang memperberat dirinya

j. Pola keyakinan dan spiritual

Pasien yang menganut agama islam boleh beribadah.

1. Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan umum

Klien dengan gastritis yang mengalami perdarahan hebat dapat menimbulkan hipotensi, dan takikardi sampai gangguan kesadaran.

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.

Palpasi: Penderita gastritis biasanya akan teraba keringat dingin.

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.

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 rensonan 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. illiaca (bagian bell).

Palpasi: semua kuadran (hepar, limfa, ginjal kiri dan kanan): Pada pasien gastritis akan tera nyeri tekan pada bagian epigastrium.

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

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 eksoria.

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.

2.4.2 Diagnosa Keperawatan

Merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual atau potensial (SDKI 2018).

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisiologis (infeksi mukosa lambung) ditandai dengan pasien mengeluh nyeri di perut bagian atas.
2. Nausea berhubungan dengan iritasi lambung ditandai dengan pasien merasa mual dan muntah.
3. Risiko ketidakseimbangan cairan berhubungan dengan kehilangan cairan ditandai dengan kurangnya muntah lebih dari 3 kali

2.4.3 Luaran Keperawatan (Kriteria Hasil)

Luaran merupakan aspek-aspek yang dapat diobservasi dan diukur meliputi kondisi, perilaku, atau dari persepsi pasien, keluarga atau komunitas sebagai respons terhadap intervensi keperawatan. Luaran keperawatan menunjukkan status diagnosis keperawatan setelah dilakukan intervensi.

Luaran Keperawatan dapat juga diartikan sebagai hasil akhir intervensi keperawatan yang terdiri atas indikator-indikator atau kriteria-kriteria hasil pemulihan masalah. Luaran keperawatan merupakan perubahan kondisi yang spesifik dan terukur yang

perawat harapkan sebagai respons terhadap asuhan keperawatan (SLKI 2018).

1. Nyeri akut b.d agen cedera fisiologis (infeksi mukosa lambung).

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam, diharapkan Tingkat Nyeri Menurun. Dengan kriteria hasil :

1. Keluhan nyeri menurun
2. Meringis menurun
3. Gelisah menurun
4. Kesulitan tidur menurun
5. Muntah menurun
6. Mual menurun
7. Frekuensi nadi membaik
8. Pola napas membaik
9. Tekanan darah membaik
10. Nafsu makan membaik
11. Pola tidur membaik

2. Nausea b.d iritasi lambung.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam, diharapkan Tingkat Nausea Menurun. Dengan kriteria hasil :

1. Nafsu makan meningkat
2. Keluhan mual menurun
3. Perasaan ingin muntah menurun
4. Pucat menurun
5. Perasaan asam dimulut menurun

3. Risiko ketidakseimbangan cairan b.d kehilangan cairan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam, diharapkan keseimbangan cairan meningkat. Dengan kriteria hasil :

1. Asupan cairan meningkat
2. Kelembaban membran mukosa meningkat
3. Dehidrasi menurun
4. Mata cekung membaik
5. Turgor kulit membaik

2.4.4 Intervensi Keperawatan

Intervensi Keperawatan merupakan segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan.

Tindakan keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan (SIKI 2018).

- a. Nyeri akut b.d agen cedera fisiologis (infeksi mukosa lambung).

Manajemen nyeri

Definisi : Mengidentifikasi dan mengelola pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan.

Tindakan

Observasi :

1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
2. Identifikasi skala nyeri
3. Identifikasi respon nyeri non verbal
4. Monitor efek samping penggunaan analgetik
5. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup

Terapeutik

6. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri
7. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri
8. Fasilitasi istirahat dan tidur

Edukasi

9. Jelaskan penyebab, periode, dan memicu nyeri
10. Jelaskan strategi meredakan nyeri
11. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
12. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi

Kolaborasi

13. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

b. Nausea berhubungan dengan iritasi lambung

Manajemen mual (I. 03117)

Observasi

1. Identifikasi pengalaman mual
2. Identifikasi isyarat nonverbal ketidak nyamanan (mis. Bayi, anak-anak, dan mereka yang tidak dapat berkomunikasi secara efektif)
3. Identifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup (mis. Nafsu makan, aktivitas, kinerja, tanggung jawab peran, dan tidur)
4. Identifikasi faktor penyebab mual (mis. Pengobatan dan prosedur)
5. Identifikasi antiemetik untuk mencegah mual (kecuali mual pada kehamilan)
6. Monitor mual (mis. Frekuensi, durasi, dan tingkat keparahan)
7. Monitor asupan nutrisi dan kalori

Terapeutik

8. Kendalikan faktor lingkungan penyebab mual (mis. Bau tak sedap, suara, dan rangsangan visual yang tidak menyenangkan)
9. Kurangi atau hilangkan keadaan penyebab mual (mis. Kecemasan, ketakutan, kelelahan)
10. Berikan makan dalam jumlah kecil dan menarik

11. Berikan makanan dingin, cairan bening, tidak berbau dan tidak berwarna, jika perlu

Edukasi

12. Anjurkan istirahat dan tidur yang cukup
13. Anjurkan sering membersihkan mulut, kecuali jika merangsang mual
14. Anjurkan makanan tinggi karbohidrat dan rendah lemak
15. Ajarkan penggunaan teknik nonfarmakologis untuk mengatasi mual (mis. Biofeedback, hipnosis, relaksasi, terapi musik, akupresur)

Kolaborasi

16. Kolaborasi pemberian antiemetik, jika perlu
- c. Risiko ketidakseimbangan cairan berhubungan dengan kehilangan cairan.

Manajemen cairan (I.03098)

Observasi

1. Monitor status hidrasi (mis, frek nadi, kekuatan nadi, akral, pengisian kapiler, kelembapan mukosa, turgor kulit, tekanan darah)
2. Monitor berat badan harian
3. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium (mis. Hematokrit, Na, K, Cl, berat jenis urin , BUN)
4. Monitor status hemodinamik (Mis. MAP, CVP, PCWP jika tersedia)

Terapeutik

5. Catat intake output dan hitung balans cairan dalam 24 jam
6. Berikan asupan cairan sesuai kebutuhan
7. Berikan cairan intravena bila perlu

Kolaborasi

8. Kolaborasi pemberian diuretik, *jika perlu*

2.4.5 Implementasi

Implementasi atau tindakan keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan (Tim Pokja DPP PPNI, 2017).

Implementasi keperawatan merupakan sebuah fase dimana perawat melaksanakan rencana atau intervensi yang sudah dilaksanakan sebelumnya (Kozier, 2010). Terdapat berbagai tindakan yang bisa dilakukan untuk mengurangi rasa nyeri. Implementasi lebih lanjut ditunjukkan pada :

1. Upaya perawat dalam meningkatkan kenyamanan
2. Upaya pemberian informasi yang akurat
3. Upaya mempertahankan kesejahteraan
4. Upaya tindakan peredaan nyeri nonfarmakologis, pemberian terapi nyeri farmakologis.

2.4.6 Evaluasi

Evaluasi, adalah tahapan dari proses keperawatan untuk mengukur respons klien terhadap tindakan keperawatan dan kemajuan klien ke arah pencapaian tujuan (Potter & Perry, 2010).

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).

2.3 Konsep Nyeri

2.3.1 Definisi

Nyeri adalah hasil rangsangan yang berlebihan pada reseptor. Setiap rangsangan sensori punya potensi untuk menimbulkan nyeri jika intensitasnya cukup kuat (Saifullah, 2015).

Nyeri akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari tiga bulan (Fadillah dkk, 2017).

2.3.2 Klasifikasi Nyeri

Klasifikasi nyeri umumnya dibagi 2, yaitu nyeri akut dan nyeri kronis:

a. Nyeri akut

Merupakan nyeri yang timbul secara mendadak dan cepat menghilang, tidak melebihi 6 bulan, dan ditandai adanya peningkatan tegangan otot.

b. Nyeri kronis

Merupakan nyeri yang timbul secara perlahan-lahan biasanya berlangsung dalam waktu yang cukup lama, yaitu lebih dari 6 bulan. Yang termasuk dalam kategori nyeri kronis adalah nyeri terminal, sindrom nyeri kronis dan psikomatik.

Perbedaan nyeri akut dan kronis :

a. Nyeri akut

1. Pengalaman : suatu kejadian
2. Sumber : sebab eksternal atau penyakit dari dalam
3. Serangan : mendadak
4. Waktu : sampai 6 bulan
5. Pernyataan nyeri : daerah nyeri tidak diketahui dengan pasti
6. Gejala-gejala klinis : pola respon yang khas dengan gejala yang lebih jelas
7. Pola : terbatas
8. Perjalanan : biasanya berkurang setelah beberapa saat

b. Nyeri kronis

- 1) Pengalaman : suatu situasi, status eksistensi
- 2) Sumber : tidak diketahui atau pengobatan yang terlalu lama
- 3) Serangan : bisa mendadak, berkembang dan terselubung
- 4) Waktu lebih dari 6 bulan sampai bertahun-tahun
- 5) Pernyataan nyeri : daerah nyeri sulit dibedakan sehingga sulit dievaluasi
- 6) Gejala-gejala klinis : pola respons yang bervariasi sedikit gejala-gejala (adaptasi)
- 7) Pola : berlangsung terus dapat bervariasi
- 8) Perjalanan : penderitaan meningkat setelah beberapa saat

2.3.3 Etiologi

Menurut (Asmadi, 2009) penyebab nyeri ada dua yaitu :

A. Penyebab fisik

1. Trauma (mekanik, kimiawi)

- a. Trauma mekanik menimbulkan nyeri karena ujung saraf mengalami kerusakan akibat benturan, gesekan atau luka. Trauma kimiawi terjadi karena tersentuh zat asam atau basa.
- b. Trauma elektrik menimbulkan nyeri karena pengaruh aliran listrik yang kuat mengenai reseptor rasa nyeri.
- c. Neoplasma menyebabkann nyeri karena terjadi tekanan atau kerusakan jaringan yang mengandung reseptor nyeri.

d. Peradangan menimbulkan nyeri karena kerusakan ujung-ujung saraf reseptor akibat adanya peradangan atau terjepit oleh pembengkakan.

2. Penyebab psikologis

Nyeri disebabkan karena faktor psikologis merupakan nyeri yang dirasakan akibat trauma psikologis dan pengaruhnya terhadap fisik. Nyeri karena faktor ini disebut psychogenic pain.

2.3.4 Karakteristik Nyeri

Karakteristik nyeri dapat dilihat atau diukur berdasarkan lokasi nyeri, durasi nyeri (menit, jam, hari atau bulan), irama/periodenya (terus menerus, hilang timbul, periode bertambah atau berkurangnya intensitas) dan kualitas (nyeri seperti ditusuk, terbakar, sakit nyeri dalam atau supervisial, atau bahkan seperti digencet).

Karakteristik dapat juga dilihat nyeri berdasarkan metode PQRST, P (Provocate), Q (Quality), R (Region), S (Scale), T (Time).

a. P (Provocate), tenaga kesehatan harus mengkaji tentang penyebab terjadinya nyeri pada penderita, dalam hal ini perlu dipertimbangkan bagian-bagian tubuh mana yang mengalami cedera termasuk menghubungkan antara nyeri yang diderita dengan faktor psikologisnya, karena bisa

terjadi terjadinya nyeri hebat karena dari factor psikologis bukan dari lukanya.

- b. Q (Quality) kualitas nyeri, merupakan sesuatu yang subyektif yang diungkapkan oleh klien, seringkali klien mendiskripsikan nyeri dengan kalimat nyeri seperti ditusuk, terbakar, sakit nyeri dalam atau superfisial, atau bahkan seperti di gencet.
- c. R (Region), untuk mengkaji lokasi, tenaga kesehatan meminta penderita untuk menunjukkan semua bagian/daerahh yang dirasakan tidak nyaman.
- d. S (Scale), tingkat keparahhan merupakan hal yang paling subyektif yang dirasakan oleh penderita, karena akan diminta bagaimana kualitas nyeri, kualitas nyeri harus bisa digambarkan menggunakan skala nyeri yang sifatnya kuantitas. Rentang skala nyeri yaitu antara 1-10.
- e. T (Time), tenaga kesehatan mengkaji tentang awitan, durasi dan rangkaian nyeri. Perlu ditanyakan kapan mulai muncul adanya nyeri, berapa lama menderita, seberapa sering untuk kambuh, dan lain-lain.

2.3.5 Patofisiologi Nyeri secara Umum

Rangsangan nyeri diterima oleh nociceptors pada kulit bisa intensitas tinggi maupun rendah seperti perenggangan dan suhu serta oleh lesi jaringan. Sel yang mengalami nekrotik akan merilis K⁺ dan protein intraseluler. Peningkatan kadar K⁺ ekstraseluler akan

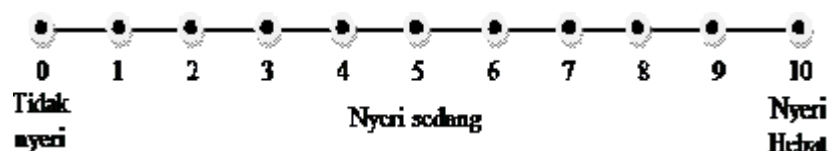
menyebabkan depolarisasi nociceptor, sedangkan protein pada beberapa keadaan akan menginfiltrasi kroorganisme sehingga menyebabkan peradangan/ inflamasi. Akibatnya, mediator nyeri dilepaskan seperti leukotrien, prostaglandin E2, dan histamine yang akan merangsang nosiseptor sehingga rangsangan berbahaya dan tidak berbahaya dapat menyebabkan nyeri (hiperalgesia atau allodynia). Selain itu lesi juga mengaktifkan faktor pembekuan darah sehingga bradikinin dan serotonin akan terstimulasi dan merangsang nosiseptor. Jika terjadi oklusi pembuluh darah maka akan terjadi iskemia yang akan menyebabkan akumulasi K^+ ekstraseluler dan H^+ yang selanjutnya mengaktifkan nosiseptor. Histamin, bradikinin, dan prostaglandin E2 memiliki efek vasodilator dan meningkatkan permeabilitas pembuluh darah. Hal ini menyebabkan edema lokal, tekanan jaringan meningkat dan juga terjadi Perangsangan nosiseptor. Bila nosiseptor terangsang maka mereka melepaskan substansi peptida P (SP) dan kalsitoninogen terkait peptida (CGRP), yang akan merangsang proses inflamasi dan juga menghasilkan vasodilatasi dan meningkatkan permeabilitas pembuluh darah. Vasokonstriksi (oleh serotonin), diikuti oleh vasodilatasi, mungkin juga bertanggung jawab untuk serangan migrain. Perangsangan nosiseptor inilah yang menyebabkan nyeri. (Silbernagl & Lang, 2015).

2.3.6 Pengukuran Intesitas Nyeri

Intensitas nyeri merupakan gambaran tentang seberapa parah nyeri yang dirasakan oleh individu, pengukuran intensitas nyeri sangat subjektif dan individual, serta kemungkinan nyeri dalam intensitas yang sama dirasakan sangat berbeda oleh dua orang yang berbeda. Pengukuran nyeri dengan pendekatan objektif yang paling mungkin adalah menggunakan respon fisiologis tubuh terhadap nyeri, namun pengukuran dengan teknik ini juga tidak dapat memberikan gambaran pasti tentang nyeri itu sendiri.

2.3.7 Skala penilaian nyeri numerik

Skala penilaian numerik (*Numerical Rating Scale – NRS*) lebih digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsi data. Dalam hal ini, klien menilai nyeri dengan menggunakan skala 0 – 10. Skala paling efektif digunakan saat mengkaji intensitas nyeri sebelum dan setelah intervensi terapeutik (Purba dan Trafina, 2017).



Gambar 2.1 *Numerical Rating Scale* (NRS)

2.3.8 *Wong-baker pain rating scale*

Wong-baker pain rating scale adalah metode perhitungan skala nyeri yang di ciptakan dan

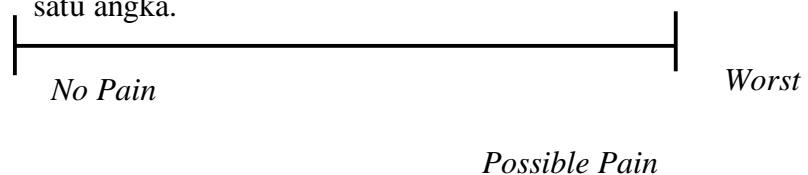
dikembangkan oleh Donna Wong dan Connie Baker. Cara mendeteksi skala nyeri dengan metode ini yaitu dengan melihat ekspresi wajah yang sudah dikelompokkan ke dalam beberapa tingkatan rasa nyeri (Alimul & Uliyah, 2016).



Gambar 2.2 Wong-Baker Pain Rating Scale

2.3.9 Skala analog visual

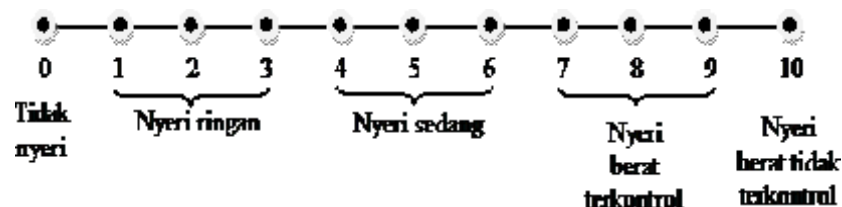
Skala analog visual (*Visual Analoga Scale – VAS*) tidak melabel subdivisi. VAS merupakan suatu garis lurus, yang mewakili intensitas nyeri terus menerus dan pendeskripsi verbal pada setiap ujungnya. Skala ini memberikan klien kebebasan penuh untuk mengidentifikasi keparahan nyeri. VAS dapat merupakan pengukuran keparahan nyeri yang lebih sensitif karena klien dapat mengidentifikasi setiap titik pada rangkaian daripada dipaksa memilih satu kata atau satu angka.



Gambar 2.3 Visual Analog Scale (VAS)

2.3.10 Skala nyeri menurut Bourbonis

Skala nyeri harus dirancang sehingga skala tersebut mudah digunakan dan tidak menghabiskan waktu banyak saat klien m melengkapinya.



Gambar 2.4 Skala Nyeri Menurut Bourbonis

2.3.11 Penatalaksanaan Nyeri

Mengurangi faktor yang dapat menambah nyeri, misalnya ketakutan dan kelelahan. Memodifikasi stimulus nyeri dengan menggunakan teknik-teknik non farmakologis seperti :

- 1) Teknik latihan pengalihan : mendengarkan musik, menonton televisi
- 2) Teknik relaksasi

Menganjurkan pasien untuk menarik napas dalam dan paru-paru dengan udara, menghembuskannya secara perlahan, melemaskan otot-otot tangan, kaki, perut, dan punggung serta mengulangi hal yang sama sambil terus berkonsentrasi hingga dapat rasa nyaman, tenang.

- 3) Stimulasi kulit : Menggosok dengan halus pada bagian nyeri, mengompres dengan air hangat atau dingin
- 4) Pemberian obat analgesik
- 5) Pemberian stimulator listrik

2.4 Konsep Teknik Relaksasi Benson

2.4.1 Definisi

Relaksasi adalah hilangnya ketegangan otot yang dicapai dengan teknik yang disengaja (Smeltzer & Bare, 2012). Pernafasan dalam adalah pernafasan melalui hidung, pernafasan dada rendah dan pernafasan perut dimana perut mengembang secara perlahan saat menarik dan mengeluarkan nafas (Smith, 2012).

Teknik relaksasi merupakan salah satu terapi nonfarmakologis yang digunakan dalam penatalaksanaan nyeri (Tamsuri, 2017). Relaksasi merupakan suatu tindakan untuk membebaskan mental maupun fisik dari ketegangan dan stres sehingga dapat meningkatkan toleransi terhadap nyeri (Andarmoyo, 2013). Teknik relaksasi yang sederhana terdiri atas napas abdomen dengan frekuensi yang lambat dan berirama (Smeltzer & Bare, 2012). Latihan napas dalam yaitu bentuk latihan napas yang terdiri dari pernapasan abdominal (diafragma) dan pursed lip breathing (Lusianah, Indaryani, & Suratun, 2012).

Menurut Benson, H. And Proctor (2000) teknik relaksasi benson merupakan teknik relaksasi yang digabung dengan keyakinan yang dianut oleh pasien, relaksasi benson akan menghambat aktifitas saraf simpatis yang dapat menurunkan konsumsi oksigen oleh tubuh dan selanjutnya otot-otot tubuh

menjadi relaks sehingga menimbulkan perasaan tenang dan nyaman.

Relaksasi Benson merupakan pengembangan metode respon relaksasi dengan melibatkan faktor keyakinan pasien, yang dapat menciptakan suatu lingkungan internal sehingga dapat membantu pasien mencapai kondisi kesehatan dan kesejahteraan lebih tinggi (Purwanto, 2006).

2.4.2 Tujuan Relaksasi Benson

Relaksasi bertujuan untuk mengatasi atau menurunkan kecemasan, menurunkan ketegangan otot dan tulang, serta mengurangi nyeri dan menurunkan ketegangan otot yang berhubungan dengan fisiologis tubuh (Kozier, 2012).

Teknik relaksasi benson mampu menurunkan nyeri pada pasien gastritis karena pada saat teknik relaksasi benson dilakukan pernapasan yang panjang akan memberikan energi yang cukup, karena pada waktu menghembuskan nafas mengeluarkan karbondioksida (CO₂) dan pada saat menghirup nafas panjang mendapatkan oksigen yang sangat membantu tubuh dalam membersihkan darah dan dapat menjadi rileks sehingga mampu mengurangi nyeri (Dervis, 2013).

Setelah dilakukan teknik relaksasi nafas dalam terdapat hormon yang dihasilkan yaitu hormon adrenalin dan hormon kortison. Kadar PaCO₂ akan meningkat dan menurunkan PH, sehingga akan meningkatkan kadar oksigen dalam darah

(Majid et al, 2011).

Teknik relaksasi benson terbukti memodulasi stres terkait kondisi seperti marah, cemas, distremia jantung, nyeri kronik, depresi, hipertensi, dan insomnia serta menimbulkan perasaan menjadi lebih tenang dan nyaman (Benson, & Proctor, 2000).

2.4.3. Jenis Relaksasi

Ada beberapa jenis cara yang dapat dilakukan dalam melakukan relaksasi,

menurut Trullyen (2013), dibagi menjadi lima yaitu :

a. Posisi relaksasi dengan terlentang

Letakkan kaki terpisah satu sama lain dengan jari-jari kaki agak meregang lurus kearah luar, letakkan pada lengan pada sisi tanpa menyentuh sisi tubuh, pertahankan kepala sejajar dengan tulang belakang dan gunakan bantal yang tipis dan kecil di bawah kepala.

b. Posisi relaksasi dengan berbaring

Berbaring miring, kedua lutut ditekuk, dibawah kepala diberi bantal dan dibawah perut sebaiknya diberi bantal juga, agar perut tidak menggantung.

c. Posisi relaksasi dengan keadaan berbaring terlentang

Kedua lutut ditekuk, berbaring terlentang, kedua lutut ditekuk, kedua lengan disamping telinga.

d. Posisi relaksasi dengan duduk

Duduk dengan seluruh punggung bersandar pada kursi, letakkan kaki pada lantai, letakkan kaki terpisah satu sama lain, gantungkan lengan pada sisi atau letakkan pada lengan kursi dan pertahankan kepala sejajar dengan tulang belakang.

2.4.4. Langkah Teknik Relaksasi Benson

Menurut Datak (2008), langkah-langkah teknik relaksasi benson yaitu :

- 1) Ambil posisi yang dirasakan paling nyaman
- 2) Pejamkan mata dengan pelan tidak perlu dipaksakan, sehingga tidak ada keegangan otot sekitar mata.
- 3) Kendurkan otot-otot serileks mungkin, mulai dari kaki, betis, paha, perut, dan lanjutkan ke semua otot tubuh. Tangan dan lengan diulurkan kemudian lemaskan dan berikan terkulai wajar. Usahakan agar tetap rileks.
- 4) Mulai dengan bernapas yang lambat dan wajar, serta mengucapkan dalam hati satu kata kalimat sesuai keyakinan pasien, kalimat yang digunakan berupa kalimat pilihan pasien. Pada saat menarik napas disertai dengan mengucapkan kalimat sesuai keyakinan dan pilihan pasien di dalam hati dan setelah mengeluarkan napas, ucapkan kembali kalimat sesuai keyakinan dan pilihan pasien di dalam hati. Sambil

terus melakukan langkah nomer 5 ini, lemaskan seluruh tubuh disertai dengan sikap pasrah.

- 5) Teruskan selama 10 menit, bila sudah selesai bukalah mata perlahan-lahan.

2.4.5 Pengaruh teknik relaksasi benson terhadap skala nyeri

Relaksasi merupakan suatu tindakan untuk menurunkan nyeri dengan menurunkan ketegangan otot agar tidak terjadi nyeri yang lebih berat. Relaksasi yaitu suatu cara mengurangi rangsangan nyeri dengan mengistirahatkan atau merelaksasikan otot-otot tubuh (Uliyah & Hidayat, 2016). Teknik relaksasi benson dipercaya mampu menurunkan konsumsi oksigen dalam tubuh dan otot-otot tubuh menjadi rileks sehingga menimbulkan perasaan tenang dan nyaman. Perasaan rileks akan diteruskan ke hipotalamus untuk menghasilkan corticotropin releasing faktor (CRF) , CRF akan merangsang kelenjar dibawah otak untuk meningkatkan produksi proopoid melanocorthin (POMC) sehingga produksi enkephalin oleh medulla adrenal meningkat. Kelenjar dibawah otak juga menghasilkan endorphine sebagai neurotransmitter (Mulyadi, 2017). Menurut Smeltzer and Bare (2012) endorphin merupakan neurotransmitter yang menghambat pengiriman rangsangan nyeri sehingga dapat menurunkan sensasi nyeri. Penurunan intensitas nyeri tersebut dipengaruhi oleh peralihan focus responden pada nyeri yang dialami terhadap

penatalaksanaan teknik relaksasi benson sehingga suplai oksigen dalam jaringan akan meningkat dan otak bisa berelaksasi. Otak yang relaksasi itulah yang akan merangsang tubuh untuk menghasilkan hormon endorfin untuk menghambat transmisi impuls nyeri ke otak dan dapat menurunkan sensasi terhadap nyeri yang akhirnya menyebabkan intensitas nyeri yang dialami responden berkurang (Widiatie, 2015)

2.3.6 Tabel Panduan Pelaksanaan Standar Operasional Prosedur terapi relaksasi

**Tabel 2.1 Panduan Pelaksanaan
Tenik Relaksasi Benson Pada Pasien**

	STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR(SOP) TEKNIK RELAKSASI BENSON
Pengertian	Teknik Relaksasi benson adalah teknik pernapasan dalam yang melibatkan keyakinan seseorang dengan kata-kata/frase religi yang diyakini dapat menurunkan beban yang dirasakan atau dapat meningkatkan kesehatan
Tujuan	Menurunkan atau mengurangi nyeri ,mengendalikan ketegangan otot , dan juga mengendalikan pernapasan
Waktu	Selama 10 – 15 menit, 1-2 x sehari, sebaiknya sebelum makan.
Persiapan Klien dan lingkungan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi tingkat nyeri klien 2. Kaji kesiapan klien dan perasaan klien 3. Berikan penjelasan tentang terapi Benson 4. Minta klien mempersiapkan kata-kata yang diyakini 5. Ciptakan lingkungan yang nyaman di sekitar klien
Peralatan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pengukur waktu

	<p>2. Catatan observasi klien</p> <p>3. Pena dan buku Catatan Kecil</p>
Tahap Orientasi	<p>1. Memberikan salam dan memperkenalkan diri</p> <p>2. Menjelaskan tujuan dan prosedur</p>
Prosedur	<p>1. Anjurkan klien mengambil posisi yang dirasakan paling nyaman, bisa berbaring atau duduk</p> <p>2. Pejamkan mata dengan pelan tidak perlu dipaksakan, sehingga tidak ada ketegangan otot sekitar mata.</p> <p>3. Kendorkan otot-otot serileks mungkin, mulai dari kaki, betis, paha, perut, dan lanjutkan ke semua otot tubuh. Tangan dan lengan diulurkan kemudian lemaskan dan biarkan terkulai wajar. Usahakan agar tetap rileks.</p> <p>4. Mulai dengan bernapas yang lambat dan wajar, serta mengucapkan dalam hati kata-kata yang sudah dipilih pada saat menarik napas dan diulang saat mengeluarkan napas. Lemaskan seluruh tubuh disertai dengan sikap pasrah.</p> <p>5. Ulang terus point 4 selama 10-15 menit</p>
Terminasi	<p>1. Observasi skala nyeri setelah inervensi</p> <p>2. Ucapkan salam</p>
Dokumentasi	<p>Catat hasil observasi di dalam catatan perkembangan klien Benson dalam (Datak 2015)</p>

Benson dalam (Datak 2015)