**BAB 2**

**TINJAUAN PUSTAKA**

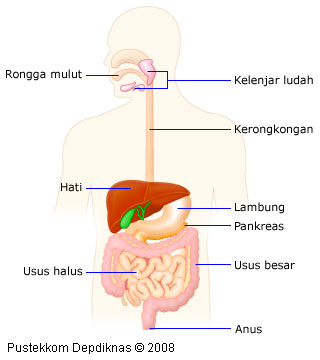
* 1. **Konsep Gastritis**
     1. **Pengertian**

Gastritis adalah proses inflamasi pada mukosa dan submukosa lambung (Sudoyo, 2006). Gastitis adalah suatu peradangan mukosa lambung yang dapat bersifat akut, kronik, difus, atau lokal yang di sebabkan oleh bakteri atau obat-obatan (Price, 2006). Gastritis adalah inflamasi dari mukosa lambung. Gambaran klinis yang ditemukan berupa dispepsia atau indigesti (Mansjoer, 2001). Gastritis adalah peradangan permukaan mukosa lambung yang akut dengan kerusakan-kerusakan erosi. Erosi karena perlukaan hanya pada bagian mukosa (Inayah, 2004).

Berdasarkan definisi di atas, dapat dikatakan bahwa gastritis adalah peradangan pada mukosa lambung dan submukosa lambung yang bersifat secara akut, kronis, difus atau lokal akibat infeksi dari bakteri, obat-obatan dan bahan iritan lain, sehingga menyebabkan kerusakan-kerusakan atau perlukaan yang menyebabkan erosi pada lapisan-lapisan tersebut dengan gambaran klinis yang ditemukan berupa dispepsia atau indigesti.

* + 1. **Anatomi Fisiologi Gaster**

Saluran gastrointestinal (GI) merupakan serangkaian organ muscular berongga yang dilapisi oleh membran mukosa (selaput lendir). Tujuan kerja organ ini adalah mengabsorbsi cairan dan nutrisi, menyiapkan makanan untuk diabsorbsi dan digunakan oleh sel-sel tubuh, serta menyediakan tempat penyimpanan feses sementara. Saluran GI mengabsorbsi dalam jumlah besar sehingga fungsi utama sistem GI adalah membuat keseimbangan cairan, selain menelan cairan dan makanan, saluran GI juga menerima banyak sekresi dari organ-organ, seperti kandung empedu dan pankreas. Setiap kondisi yang serius mengganggu absorbsi atau sekresi normal cairan GI, dapat menyebabkan ketidakseimbangan cairan.



Gambar 2.1 Anatomi Sistem Pencernaan (Pustekkom Depdiknas, 2008)

Lambung/Gaster

Merupakan bagian dari saluran yang dapat mengembang paling banyak terutama di daerah epigaster, lambung terdiri dari bagian atas fundus uteri berhubungan dengan esofagus melalui orifisium pilorik, terletak di bawah diafragmadi depan pankreas dan limpa, menempel di sebelah kiri fundus uteri.

Didalam lambung, makanan disimpan untuk sementara dan secara mekanis dan kimiawi dipecah untuk dicerna dan di absorbsi. Lambung menyekresi asam hidroklorida (HCI), leher, enzim pepsin, dan faktor intrinsik. Konsentrasi HCI mempengaruhi keasaman lambung dan keseimbanga asam-basa tubuh. HCI membantu mencampur dan memecah makanan di lambung. Lendir melindungi mukosa lambung dari keasaman dan aktifitas enzim. Pepsin mencerna protein, walaupun tidak banyak pencernaan yang berlangsung dilambung. Faktor intrinsic adalah komponen penting yang di butuhkan untuk absorbsi vitamin B12 didalam usus dan selanjutnya untuk pembentukan sel darah merah normal. Kekurangan faktor intrinsik ini mengakibatkan anemia pernisiosa.Sebelum makanan meninggalkan lambung, makanan diubah menjadi makanan semicair yang disebut kimus. Kimus lebih mudah dicerna dan diabsorbsi dari pada makanan padat. Klien yang sebagian lambungnya diangkat atau yang memiliki pengosongan lambung yang cepat (seperti pada gastritis) dapat mengalami masalahpencernaan yang serius karena makanan tidak dipecah menjadi kimus (Potter, 2005)

* + 1. **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:

* 1. Gastritis akut erosif

Disebut erosif apabila kerusakan yang terjadi tidak lebih dalam dari pada mukosa muscolaris (otot-otot pelapis lambung).

* 1. Gastritis akut hemoragic

Disebut hemoragic karena pada penyakit ini akan dijumpai perdarahan mukosa lambung dalan berbagai derajat dan terjadi erosi yang berarti hilangnya kontunuitas mukosa lambung pada beberapa tempat, menyertai inflamasi pada mukosa lambung tersebut. (Hirlan, 2001)

1. Gastritis Kronis

Menurut Muttaqin, (2011) Gastritis kronis adalah suatu peradangan permukaan mukosa lambung yang bersifat menahun. Gastritis kronik diklasifikasikan dengan tiga perbedaan sebagai berikut :

1. Gastritis superfisial, dengan manifestasi kemerahan ; edema , serta perdarahan dan erosi mukosa.
2. Gastritis atrofik, dimana peradangan terjadi di seluruh lapisan mukosa pada perkembanganya dihubungkan dengan ulkus dan kanker lambung, serta anemia pernisiosa. Hal ini merupakan karakteristik dari penurunan jumlah sel parietal dan sel *chief*.
3. Gastritis hipertrofik, suatu kondisi dengan terbentuknya nodulnodul pada mukosa lambung yang bersifat iregular, tipis, dan hemoragik.
   * 1. **Etiologi**

Menurut Muttaqin (2011) Penyebab dari gastritis antara lain :

1. Obat-obatan, seperti obat antiinflamasi nonsteroid / OAINS (indometasin, ibuprofen, dan asam salisilat), sulfonamide, steroid, kokain, agen kemoterapi (*mitomisin, 5-fluora-2-deoxyuriine*), salisilat, dan digitalis bersifat mengiritasi mukosa lambung.
2. Minuman beralkohol ; seperti : *whisky,vodka, dan gin.*
3. Infeksi bakteri ; seperti *H. pylor* (paling sering), *H. heilmanii,* streptococci, staphylococci, proteus spesies, clostridium spesies, E. coli, tuberculosis, dan secondary syphilis.
4. Infeksi virus oleh Sitomegalovirus
5. Infeksi jamur ; *candidiasis, histoplasmosis,* dan *phycomycosis.*
6. Stress fisik yang disebabkan oleh luka bakar, sepsis, trauma, pembedahan, gagal napas, gagal ginjal, kerusakan susunan saraf pusat, dan refluks usus lambung.
7. Makanan dan minuman yang bersifat iritan . makanan berbumbu dan minuman dengan kandungan kafein dan alkohol merupakan agen-agen iritasi mukosa lambung.
8. Garam empedu, terjadi pada kondisi refluks garam empedu (komponen penting alkali untuk aktivasi enzim-enzim gastrointestinal) dari usus kecil ke mukosa lambungsehingga menimbulkan respon peradangan mukosa.
9. Iskemia, hal ini berhubungan dengan akibat penurunan aliran darah ke lambung.
10. Trauma langsung lambung, berhubungan dengan keseimbangan antara agresi dan mekanisme pertahanan umtuk menjaga integritas mukosa, yang dapat menimbulkan respon peradangan pada mukosa lambung.
    * 1. **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 strees akan terjadi perangsangan saraf simpatis NV (Nervus Vagus), yang akan meningkatkan produksi asam klorida (HCl) didalam lambung akan menimbulkan rasa mual, muntah dan anoreksia. Lapisan mukosa gaster terdapat enzim yang memproduksi asam klorida atau HCl. HCl yang meningkat menyebabkan anoreksia dan timbul rasa nyeri terutama daerah fundus. Vasodilitasi 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, 2006).

* 1. Gastritis Kronis

Inflamasi lambung yang lama dapat disebabkan oleh ulkus benigna atau maligna dari lambung atau oleh bakteri helicobactery pylory ( H. pylory ) 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. 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, 2002)

* + 1. **Manifestasi Klinis**

Gambaran klinis pada gastritis yaitu:

1. Gastritis Akut, gambaran klinis meliputi:
   1. Dapat terjadi ulserasi superfisial dan dapat menimbulkan hemoragi.
   2. Rasa tidak nyaman pada abdomen dengan sakit kepala, kelesuan, mual, dan anoreksia. disertai muntah dan cegukan.
   3. Beberapa pasien menunjukkan asimptomatik.
   4. Dapat terjadi kolik dan diare jika makanan yang mengiritasi tidak dimuntahkan, tetapi malah mencapai usus.
   5. Pasien biasanya pulih kembali sekitar sehari, meskipun nafsu mungkin akan hilang selama 2 sampai 3 hari. (Smeltzer, 2002)
2. Gastritis Kronis

Pasien dengan Gastritis tipe A secara khusus asimtomatik kecuali untuk gejala defisiensi vitamin B12 . pada gastritis tipe B, pasien mengeluh anoreksia (nafsu makan menurun), nyeri ulu hati setelah makan, kembung, rasa asam di mulut, atau mual dan muntah. (Smeltzer dan Bare, 2002).

* + 1. **Pemeriksaan Diagnosik**

Pemeriksaan dignostik menurut Dermawan (2010) sebagai berikut :

1. Radiology: sinar x gastrointestinal bagian atas
2. Endoskopy : gastroscopy ditemukan muksa yang hiperemik
3. Laboratorium: mengetahui kadar asam hidroklorida
4. EGD (Esofagagastriduodenoskopi): 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 noktural penyebab ulkus duodenal.
   * 1. **Penatalaksanaan**
7. Pengobatan pada gastritis meliputi:
   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 parah diobati dengan antasida dan istirahat.
   3. Histonin: ranitidin dapat diberikan untuk menghambat pembentukan asam lambung dan kemudian menurunkan iritasi lambung (Dermawan, 2010).
8. Penatalaksanaan pada gastritis secara medis meliputi:

Gastritis akut diatasi dengan menginstruksikan pasien untuk menghindari alkohol dan makanan sampai gejala berkurang. Bila pasien mampu makan melalui mulut, diet mengandung gizi dianjurkan.

* 1. Untuk menetralisasi asam, digunakan antasida umum (missal : alumunium hidroksida) untuk menetralisasi alkali, digunakan jus lemon encer atau cuka encer
  2. Gastritis kronis diatasi dengan memodifikasi diet pasien, meningkatkan istiratahat, 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 malabsorbsi vitamin B12 yang disebabkan oleh adanya antibody terhadap faktor instrinsik (Smeltzer, 2002)

1. Penatalaksanaan secara keperawatan meliputi:
   1. Tirah baring
   2. Mengurangi stress
   3. 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)

* + 1. **Komplikasi**

Komplikasi yang mungkin dapat terjadi pada gastritis menurut Dermawan (2010) adalah:

* 1. Perdarahan saluran cerna bagian atas
  2. Ulkus peptikum, perforasi dan anemia karena gangguan absorbs vitamain B12
     1. **Pengkajian Fokus**

Pengkajian fokus terkait dengan penyakit gastritis meliputi :

1. Pola Pemeliharaan Kesehatan

Menggambarkan persepsi, pemeliharaan dan penanganan kesehatan. Persepsi terhadap arti kesehatan dan penatalaksanaan kesehatan, kemampuan menyusun tujuan, pengetahuan tentang praktek kesehatan.

1. Pola Nurtisi –Metabolik

Menggambarkan masukan nutrisi, balance cairan dan elektrolit, nafsu makan, pola makan, diet, kesulitan menelan, mual/muntah, makanan kesukaan.

1. Pola Eliminasi

Menjelaskan pola fungsi eksresi, kandung kemih danKulit. Kebiasaan defekasi, ada tidaknya masalah defekasi, masalah miksi (oliguri, disuri dll), penggunaan kateter, frekuensi defekasi dan miksi, Karakteristik urin dan feses, pola input cairan, infeksi saluran kemih dll.

1. Pola Latihan-Aktivitas

Menggambarkan pola latihan, aktivitas, fungsi pernafasan dan sirkulasi. Pentingnya latihan/gerak dalam keadaan sehat dan sakit, gerak tubuh dan kesehatan berhubungan satu sama lain, Range Of Motion (ROM), riwayat penyakit jantung, frekuensi, irama dan kedalaman nafas, bunyi nafas riwayat penyakit paru.

1. Pola Kognitif Perseptual

Menjelaskan Persepsi sensori dan kognitif.Pola persepsi sensori meliputi pengkajian fungsi penglihatan, pendengaran, perasaan, pembau dan kompensasinya terhadap tubuh. Sedangkan pola kognitif didalamnya mengandung kemampuan daya ingat klien terhadap persitiwa yang telah lama terjadi dan atau baru terjadi dan kemampuan orientasi klien terhadap waktu, tempat, dan nama (orang, atau benda yang lain).Tingkat pendidikan, persepsi nyeri dan penanganan nyeri, kemampuan untuk mengikuti, menilai nyeri skala 0-10, pemakaian alat bantu dengar, melihat, kehilangan bagian tubuh atau fungsinya, tingkat kesadaran, orientasi pasien, adakah gangguan penglihatan, pendengaran, persepsi sensori (nyeri), penciuman dan lain-lain.

1. Pola Istirahat-Tidur

Menggambarkan Pola Tidur, istirahat dan persepasi tentang energi. Jumlah jam tidur pada siang dan malam, masalah selama tidur, insomnia atau mimpi buruk, penggunaan obat, mengeluh letih.

1. Pola Konsep Diri-persepsi Diri

Menggambarkan sikap tentang diri sendiri dan persepsi terhadap kemampuan. Kemampuan konsep diri antara lain gambaran diri, harga diri, peran, identitas dan ide diri sendiri. Manusia sebagai system terbuka dimana keseluruhan bagian manusia akan berinteraksi dengan lingkungannya. Disamping sebagai system terbuka, manuasia juga sebagai mahkluk bio-psiko-sosio-kultural spriritual dan dalam pandangan secara holistik. Adanya kecemasan, ketakutan atau penilaian terhadap diri, dampak sakit terhadap diri, kontak mata, isyarat non verbal, ekspresi wajah, merasa tak berdaya, gugup atau relaks.

1. Pola Peran dan Hubungan

Menggambarkan dan mengetahui hubungan dan peran klien terhadap anggota keluarga dan masyarakat tempat tinggal klien. Pekerjaan, tempat tinggal, tidak punya rumah, tingkah laku yang passive/agresif terhadap orang lain, masalah keuangan dll.

1. Pola Reproduksi/Seksual

Menggambarkan kepuasan atau masalah yang aktual atau dirasakan dengan seksualitas. Dampak sakit terhadap seksualitas, riwayat haid, pemeriksaan mamae sendiri, riwayat penyakit hubungan seksual, pemeriksaan genital.

1. Pola mekanisme koping

Menggambarkan kemampuan untuk menangani stress dan penggunaan systempendukung. Penggunaan obat untuk menangani stress, interaksi dengan orang terdekat, menangis, kontak mata, metode koping yang biasa digunakan, efek penyakit terhadap tingkat stress.

1. Pola Keyakinan Dan Spiritual

Menggambarkan dan Menjelaskan pola nilai, keyakinan termasuk spiritual.Menerangkan sikap dan keyakinan klien dalam melaksanakan agama yang dipeluk dan konsekuensinya.Agama, kegiatan keagamaan dan budaya,berbagi denga orang lain,bukti melaksanakan nilai dan kepercayaan, mencari bantuan spiritual dan pantangan dalam agama selama sakit(Perry,2005)(Asmadi, 2008).

* + 1. **Diagnosa Keperawatan**

Menurut Doenges (2000) pada klien gastritis ditemukan diagnose keperawatan sebagai berikut:

1. Nyeri berhungan dengan mukosa lambung teriritasi
2. Resiko kekurangan volume cairan, (kehilangan aktif) b/d perdarahan, mual, muntah dan anoreksia
3. Resiko ketidak seimbangan Nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh yang berhubungan dengan anoreksia, mual dan muntah
4. Ansietas berhubungan dengan perubahan status kesehatan, ancaman kematian, nyeri
   * 1. **Fokus Intervensi Dan Rasional**

Menurut Doenges (2000) pada klien gastritis ditemukan diagnosakeperawatan dengan intervensi dan rasional sebagai berikut:

1. Kekurangan volume cairan, (kehilangan aktif) b/d perdarahan, mual, muntah dan anoreksia.

Intervensi :

* 1. Catat karakteristik muntah atau drainase

Rasional: membantu dalam membedakan penyebab stress gaster

* 1. Monitor tanda vital

Rasional: perubahan tensi darah dan nadi dapat digunakan perkiraan kasar kehilangan darah.

* 1. Awasi masukan dan haluaran dihubungkan dengan perubahan berat badan. Ukur kehilangan darah atau cairan melalui muntah.

Rasional: memberikan pedoman untuk penggantian cairan.

* 1. Pertahankan tirah baring, mencegah muntah dan tegangan saat defekasi.

Rasional: aktivitas atau muntah meningkatkan tekanan antara abdominal.

* 1. Tinggikan kepala tempat tidur selama pemberian antasida.

Rasional: mencegah reflek gaster pada aspirasi antasida dimana dapat menyebabkan komplikasi paru.

* 1. Kolaborasi dengan tim dokter dengan memberikan obat sesuai indikasi

1. Nyeri berhungan dengan mukosa lambung teriritasi

Intervensi:

1. Kaji nyeri, termasuk lokasi, lamanya, intensitas (skala 0-10) selidiki dan laporkan perubahan nyeri dengan tepat.

Rasional: berguna dalam pengawasan keefektifan obat, kemajuan penyembuhan dan perubahan pada karakteristik nyeri menunjukkan terjadinya abses/peritonitis, memerlukan upaya evaluasi dan intervensi.

1. Pertahankan istirahat dengan posisi semi – fowler

Rasional: Gravitasi melokalisasi eksudat inflamasi dalam abdomen bawah, menghilangkan tegangan abdomen yang bertambah dengan posisi terlentang.

1. Dorong ambulasi dini.

Rasional: Meningkatkan normalisasi fungsi organ, merangsang peristaltik dan menurunkan ketidaknyamanan abdomen.

1. Berikan aktivitas hiburan

Rasional: Menurunkan ketidaknyamanan pada peristaltik usus dini dan iritasi gaster/muntah

1. Resiko terhadap perubahan Nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh yang berhubungan dengan anoreksia, mual dan muntah.

Intervensi:

1. Timbang berat badan sesuai indikasi

Rasional: Mengevaluasi keefektifan atau kebutuhan mengubah perubahan nutrisi.

1. Auskultasi bising usus

Rasional: Membantu dalam menentukan respon untuk makan atau berkembangnya komplikasi.

1. Berikan makanan dalam jumlah sedikit tapi sering dan teratur.

Rasional: Meningkatkan proses pencernaan dan toleransi pasien terhadap nutrisi yang diberikan.

1. Konsultasi dengan ahli gizi.

Rasional: Merupakan sumber efektif untuk mengidentifikasi kebutuhan nutrisi

* 1. **Konsep Gangguan Rasa Nyeri**
     1. **Definisi Nyeri**

Rasa nyaman berupa terbebas dari rasa yang tidak menyenangkan adalah suatu kebutuhan individu. Nyeri merupakan perasaan yang tidak menyenangkan yang terkadang dialami individu. Kebutuhan terbebas dari rasa nyeri itu merupakan salah satu kebutuhan dasar yang merupakan tujuan diberikannya asuhan keperawatan pada seorang pasien di rumah sakit (Prasetyo, 2010).

McCaffery dalam Prasetyo (2010) menyatakan bahwa nyeri adalah segala sesuatu yang dikatakan seseorang tantang nyeri tersebut dan terjadi kapan saja saat seseorang mengatakan merasakan nyeri. Definisi ini menempatkan seseorang sebagai *expert* (ahli) di bidang nyeri, karena hanya pasienlah yang tahu tentang nyeri yang ia rasakan. (Prasetyo, 2010).

Sedangkan menurut Asmadi (2008) nyeri diartikan berbeda-beda antarindividu, bergantung pada persepsinya. Walaupun demikian, ada satu kesamaan mengenai persepsi nyeri. Secara sederhana, nyeri dapat diartikan sebagai suatu sensasi yang tidak menyenangkan baik secara sensori maupun emosional yang berhubungan dengan adanya suatu kerusakan jaringan atau faktor lain, sehingga individu merasa tersiksa, menderita yang akhirnya akan mengganggu aktivitas sehari-hari, psikis, dan lain-lain.

* + 1. **Penyebab Nyeri**

Penyebab nyeri dapat diklasifikasikan kedalam dua golongan yaitu penyebab yang berhubungan dengan fisik dan berhubungan dengan psikis. Secara fisik misalnya, penyebab nyeri adalah trauma (baik trauma mekanik, termis, kimiawi, maupun elektrik), neoplasma, peradangan, gangguan sirkulasi darah, dan lain-lain. Secara psikis, penyebab nyeri dapat terjadi oleh karena adanya trauma psikologis. Neoplasma menyebabkan nyeri karena terjadinya tekanan atau kerusakan jaringan yang mengandung reseptor nyeri dan juga karena tarikan, jepitan, atau metastase. Nyeri pada peradangan terjadi karena kerusakan ujung-ujung saraf reseptor akibat adanya peradangan atau terjepit oleh pembengkakan. Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa nyeri yang disebabkan oleh faktor fisik berkaitan dengan tergantungnya serabut saraf reseptor nyeri. Serabut saraf ini terletak dan tersebar pada lapisan kulit dan pada jaringan-jaringan tertentu yang terletak lebih dalam (Asmadi, 2008).

* + 1. **Klasifikasi Nyeri**

Penting bagi seorang perawat untuk mengetahui tentang macam-macam tipe nyeri. Dengan mengetahui macam-macam tipe nyeri diharapkan dapat menambah pengetahuan dan membantu perawat ketika memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan nyeri. Ada banyak jalan untuk memulai mendiskusikan tentang tipe-tipe nyeri, antara lain melihat nyeri dari segi durasi nyeri, tingkat keparahan dan intensitas, model transmisi, lokasi nyeri, dan kausatif dari penyebab nyeri itu sendiri (Prasetyo, 2010).

Nyeri dapat diklasifikasikan ke dalam beberapa golongan berdasarkan pada tempat, sifat, berat ringannya nyeri, dan waktu lamanya serangan.

1. Nyeri berdasarkan waktu lamanya serangan :
2. Nyeri akut dapat dideskripsikan sebagai suatu pengalaman sensori, persepsi dan emosional yang tidak nyaman yang berlangsung dari beberapa detik hingga enam bulan, yang disebabkan oleh kerusakan jaringan dari suatu penyakit seperti pada luka yang diakibatkan oleh kecelakaan, operasi, atau oleh karena prosedur terapeutik. Nyeri akut umumnya terjadi kurang dari enam bulan dan biasanya kurang dari satu bulan. Cedera atau penyakit yang menyebabkan nyeri akut dapat sembuh secara spontan atau memerlukan pengobatan (Brunner dan Suddarth, 2002).
3. Nyeri kronik merupakan nyeri berulang yang menetap dan terus menerus yang berlangsung selama enam bulan atau lebih. Nyeri kronis dapat tidak mempunyai awitan yang ditetapkan dengan tepat dan sering sulit untuk diobati karena biasanya nyeri ini tidak memberikan respons terhadap pengobatan yang diarahkan pada penyebabnya (Brunner dan Suddarth, 2002).
4. Nyeri berdasarkan tempatnya :
   1. *Pheriperal pain,* yaitu nyeri yang terasa pada permukaan tubuh misalnya pada kulit, mukosa.
   2. *Deep pain,* yaitu nyeri yang terasa pada permukaan tubuh yang lebih dalam atau pada organ-organ tubuh visceral.
   3. *Refered pain,* yaitu nyeri dalam yang disebabkan karena penyakit organ/struktur dalam tubuh yang ditransmisikan ke bagian tubuh di daerah yang berbeda, bukan daerah asal nyeri.
   4. *Central pain,* yaitu nyeri yang terjadi karena perangsangan pada system saraf pusat, *spinal cord*, batang otak, thalamus, dan lain-lain.
5. Nyeri berdasarkan sifatnya :
   1. *Incidental pain,* yaitu nyeri yang timbul sewaktu-waktu lalu menghilang.
   2. *Steady pain,* yaitu nyeri yang timbul dan menetap serta dirasakan dalam waktu yang lama.
   3. *Paroxysmal pain,* yaitu nyeri yang dirasakan berintensitas tinggi dan kuat sekali. Nyeri tersebut biasanya menetap ±10-15 menit, lalu menghilang, kemudian timbul lagi.
6. Nyeri berdasarkan berat ringannya :
   * 1. Nyeri ringan, yaitu nyeri dengan intensitas rendah.
     2. Nyeri sedang, yaitu yang menimbulkan reaksi.
     3. Nyeri berat, yaitu nyeri dengan intensitas yang tinggi.
     4. **Faktor yang Mempengaruhi Nyeri**

Nyeri merupakan suatu keadaan yang kompleks yang dipengaruhi oleh faktor fisiologi, spiritual, psikologis, dan budaya. Setiap individu mempunyai pengalaman yang berbeda tentang nyeri. Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi nyeri adalah sebagai berikut:

1. Faktor Fisiologi

Faktor fisiologi yang mempengaruhi nyeri terdiri dari umur, jenis kelamin, kelelahan, gen dan fungsi neurologi. Umur mempengaruhi persepsi nyeri seseorang karena anak-anak dan orang tua mungkin lebih merasakan nyeri dibandingkan dengan orang dewasa muda karena mereka sering tidak dapat mengkomunikasikan apa yang mereka rasakan (Potter & Perry, 2009).

Jenis kelamin secara umum, pria dan wanita tidak berbeda secara signifikan dalam berespons terhadap nyeri. Hanya beberapa kebudayaan yang mempengaruhi jenis kelamin misalnya menganggap bahwa seorang anak laki-laki harus berani dan tidak boleh menangis, sedangkan seorang anak perempuan boleh mengangis dalam situasi yang sama (Prasetyo, 2010).

Begitu juga dengan kelelahan, kelelahan meningkatkan persepsi nyeri. Rasa kelelahan menyebabkan sensasi nyeri semakin intensif dan menurunkan kemampuan koping. Hal ini dapat menjadi masalah umum pada setiap individu yang menderita penyakit dalam jangka waktu lama (Potter & Perry, 2006).

Penelitian kesehatan mengungkapkan bahwa informasi genetik yang diturunkan oleh orang tua kemungkinan dapat meningkatkan atau menurunkan sensitifitas nyeri. Genetik mempunyai kemungkinan untuk dapat menentukan ambang batas nyeri seseorang atau toleransi seseorang terhadap nyeri (Potter & Perry, 2009). Fungsi neurologi juga dapat mempengaruhi pengalaman nyeri seseorang. Ada beberapa faktor yang mempengaruhi persepsi normal dari nyeri (seperti cedera spinal cord, neuropati perifer, atau penyakit neurologi) sebagai efek kewaspadaan dan respons pasien (Potter & Perry, 2005).

1. Faktor Sosial

Faktor sosial yang mempengaruhi nyeri terdiri dari perhatian, pengalaman nyeri sebelumnya, dan keluarga dan dukungan keluarga. Peningkatan perhatian dihubungkan dengan peningkatan nyeri (Carrol & Seers, 1998 dalam Potter & Perry, 2005). Perhatian yang meningkat dihubungkan dengan nyeri yang meningkat, sedangkan upaya pengalihan (distraksi) dihubungkan dengan respons nyeri yang menurun. Sedangkan pengalaman nyeri sebelumnya apabila individu yang terbiasa merasakan nyeri akan lebih siap dan mudah mengantisipasi nyeri daripada individu yang mempunyai pengalaman sedikit tentang nyeri (Prasetyo, 2010).

Seorang yang merasakan nyeri sering bergantung kepada anggota keluarga atau teman dekat untuk mendukung, menemani, atau melindunginya. Walaupun nyeri masih ada, kehadiran keluarga atau teman-teman dapat mengurangi rasa nyeri yang dirasakan (Potter & Perry, 2005).

1. Faktor Spiritual

Spiritual membuat seseorang mencari tahu makna atau arti dari nyeri yang dirasakannya, seperti mengapa nyeri ini terjadi pada dirinya, apa yang telah dia lakukan selama ini, dan lain-lain (Potter & Perry, 2005).

1. Faktor Psikologis

Faktor psikologis yang mempengaruhi nyeri terdiri dari kecemasan dan koping individu. Hubungan antara nyeri dan ansietas bersifat kompleks. Ansietas seringkali meningkatkan persepsi nyeri, tetapi nyeri juga dapat menimbulkan suatu perasaan ansietas (Prasetyo, 2010).

Individu yang sehat secara emosional, biasanya lebih mampu mentoleransi nyeri sedang hingga berat daripada individu yang memiliki status emosional yang kurang stabil. Koping mempengaruhi kemampuan seseorang untuk memperlakukan nyeri. Seseorang yang mengontrol nyeri dengan lokus internal merasa bahwa diri mereka sendiri mempunyai kemampuan untuk mengatasi nyeri. Sebaliknya, seseorang yang mengontrol nyeri dengan lokus eksternal lebih merasa bahwa faktor-faktor lain di dalam hidupnya seperti perawat merupakan orang yang bertanggung jawab terhadap nyeri yang dirasakanya. Oleh karena itu, koping pasien sangat penting untuk diperhatikan (Potter & Perry, 2005).

1. Faktor Budaya

Faktor budaya yang mempengaruhi nyeri terdiri dari makna nyeri dan suku. Makna seseorang yang dikaitkan dengan nyeri mempengaruhi pengalaman nyeri dan cara seseorang beradaptasi terhadap nyeri. Hal ini juga dikaitkan secara dekat dengan latar belakang budaya individu tersebut. Individu akan mempersepsikan nyeri dengan berbeda-beda, apabila nyeri tersebut memberi kesan ancaman, suatu kehilangan, hukuman, dan tantangan. Misalnya seorang wanita yang sedang bersalin akan mempersepsikan nyeri berbeda dengan seorang wanita yang mengalami nyeri akibat cedera karena pukulan pasangannya. Derajat dan kualitas nyeri yang dipersepsikan klien berhubungan dengan makna nyeri (Potter & Perry, 2006).

Begitu juga dengan kebudayaan, keyakinan dan nilai-nilai budaya mempengaruhi cara individu mengatasi nyeri. Individu mempelajari apa yang diharapkan dan apa yang diterima oleh kebudayaan mereka. Hal ini meliputi bagaimana bereaksi terhadap nyeri (Calvillo dan Flaskerud, 1991 dalam Potter & Perry, 2005).

* + 1. **Penilaian Nyeri**

Penilaian nyeri merupakan elemen yang penting untuk menentukan terapi nyeri yang efektif. Skala penilaian nyeri dan keteranagan pasien digunakan untuk menilai derajat nyeri. Intensitas nyeri harus dinilai sedini mungkin selama pasien dapat berkomunikasi dan menunjukkan ekspresi nyeri yang dirasakan (Prasetyo, 2010).

Untuk mengukur nyeri, penderita memilih salah satu bilangan yang menurutnya paling menggambarkan pengalaman nyeri yang terakhir kali ia rasakan, dan nilai ini dapat dicatat pada sebuah grafik yang dibuat menurut waktu. Intensitas nyeri dapat dijabarkan dalam sebuah skala nyeri dengan beberapa kategori (Prasetyo, 2010).

**Tabel 2.2 Skala Intensitas Nyeri**

|  |  |
| --- | --- |
| **Numerik Skala** | **Keterangan** |
| 0  1-3  4-6  7-9  10 | Tidak nyeri/ normal  Nyeri ringan, nyeri masih dapat ditahan dan tidak mengganggu pola aktivitas.  Nyeri sedang, nyeri sedikit kuat sehingga dapat mengganggu pola aktivitas penderita  Nyeri berat terkontrol, masih dapat dikontrol dengan aktivitas yang biasa dilakukan  Nyeri berat dan tidak bisa dikontrol |

Sumber: Prasetyo (2010)

* + 1. **Proses Keperawatan Nyeri**

1. **Pengkajian**

Tindakan perawat yang perlu dilakukan dalam mengkaji pasien selama nyeri adalah mengkaji perasaan klien (respon psikologis yang muncul), menetapkan respon fisiologis klien terhadap nyeri dan lokasi nyeri, dan mengkaji tingkat keparahan dan kualitas nyeri (Prasetyo, 2010).

* 1. Penentuan ada tidaknya nyeri

Dalam melakukan pengkajian terhadap nyeri, dilakukan wawancara terhadap pasien, serta mencari tanda gejala nyeri yang dialami pasien.

* 1. Karakteristik nyeri (Metode **PQRST**)

1. Faktor pencetus (**P** : *Provocate*)

Perawat mengkaji tentang penyebab atau stimulus-stimulus nyeri pada klien, dalam hal ini perawat juga dapat melakukan observasi bagian-bagian tubuh yang mengalami cedera. Apabila perawat mencurigai adanya nyeri psikogenik maka perawat harus dapat mengeksplore perasaan klien dan menanyakan perasaan-perasaan apa yang dapat mencetus nyeri.

1. Kualitas (**Q** : *Quality*)

Kualitas nyeri merupakan sesuatu yang subjektif yang diungkapkan oleh klien, seringkali klien mendeskripsikan nyeri dengan kalimat-kalimat tajam, tumpul, berdenyut, berpindah-pindah, seperti tertindih, perih, tertusuk, dan lain-lain, dimana tiap klien mungkin berbeda-beda dalam melaporkan kualitas nyeri yang dirasakan.

1. Lokasi (**R** : *Region*)

Untuk mengkaji lokasi nyeri maka perawat meminta klien untuk menunjukkan semua bagian/daerah yang dirasakan tidak nyaman oleh klien. Untuk melokalisasikan nyeri lebih spesifik, maka perawat dapat meminta klien untuk melacak daerah nyeri dari titik yang paling nyeri, kemungkinan hal ini akan sulit apabila nyeri yang dirasakan bersifat difus (menyebar).

1. Keparahan (**S** : *Severe*)

Tingkat keparahan pasien tentang nyeri merupakan karakteristik yang paling subjektif. Pada pengkajian ini klien diminta untuk menggambarkan nyeri yang dirasakan sebagai nyeri ringan, nyeri sedang atau berat.

1. Durasi (**T** : *Time*)

Perawat menanyakan pada pasien untuk menentukan awitan, durasi, dan rangkaian nyeri. Perawat dapat menanyakan: “Kapan nyeri mulai dirasakan?”, “Sudah berapa lama nyeri dirasakan?”, “Apakah nyeri yang dirasakan terjadi pada waktu yang sama setiap hari?”, “Seberapa sering nyeri kambuh?” atau dengan kata lain yang semakna.

1. **Analisa Data**

Penegakan diagnosa keperawatan yang akurat akan dapat dilaksanakan apabila analisa data yang dilakukan cermat dan akurat. Berikut ini contoh proses analisa data untuk menegakkan diagnosa keperawatan pada klien (Prasetyo, 2010).

Data subjektif (Tucker, 1998):

Komunikasi (verbal atau kode) tentang gambaran nyeri.

Data objektif (Tucker, 1998):

* 1. Perilaku berhati-hati seperti melindungi daerah yang nyeri.
  2. Memfokuskan pada diri sendiri.
  3. Penyempitan fokus (perubahan persepsi waktu, menarik diri dari kontak sosial, kerusakan proses berpikir).
  4. Perilaku distraksi (merintih, mengangis, mencari orang lain/aktivitas, gelisah).
  5. Perubahan pada tonus otot (dapat direntang dari lesu sampai kaku).
  6. Respon autonomik tidak tampak pada nyeri kronis, stabil (tekanan darah dan frekuensi nadi berubah, dilatasi pupil, peningkatan atau penurunan frekuensi nafas).
  7. **Konsep Asuhan Keperawatan** 
     1. **Pengertian Proses Keperawatan**

Proses keperawatan adalah metode pengorganisasian yang sistematis dalam melakukan asuhan keperawatan pada individu, kelompok, dan masyarakat yang berfokus pada identifikasi dan pemecahan masalah dari respons pasien terhadap penyakitnya. Proses keperawatn digunakan untuk membantu perawata dalam melakukan praktik keperawatan secara sistematis dalam memecahkan masalah keperawataan dapat meningkat. Proses keperawatan memberikan kerangka yang dibutuhkan dalam asuhan keperawatan kepada klien, keluarga, serta komunitas dan merupakan metode yang efisien dalam membuat keputusan klinik serta pemecahan masalah baik aktual maupun potensial dalam mempertahankan kesehatan (Tarwoto, 2006).

*American Nurse Association* (ANA) mengembangkan proses keperawatan menjadi lima tahap yaitu pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi. Asosiasi Diagnosa Keperawatan Amerika (NANDA) kemudian mengembangkan dan mengelompokkan diagnosa keperawatan serta membantu menciptakan pola komunikasi antar perawat dan dapat memberikan batasan antara diagnosa keperawatan dengan diagnosa medis. Diagnosa keperawatan berfokus pada respons klien, sedangkan diagnosa medis berfokus pada proses penyakit (NANDA NIC-NOC, 2015).

* + 1. **Konsep Asuhan Keperawatan**

Menurut Muttaqin (2011) proses asuhan keperawatan mencakup lima tahapan sebagai berikut:

* 1. Pengkajian Keperawatan
  2. Keamanan

Memastikan lingkungan yang aman, perawat perlu memahami hal-hal yang memberi konstribusi keadaan rumah, komunitas, atau lingkungan pelayanan kesehatan dan kemudian mengkaji berbagai ancaman terhadap keamanan klien dan lingkungan

* 1. Kenyamanan

Nyeri, merupakan perasaan yang tidak menyenangkan yang bersifat subjektif dan hanya yang menerimanya yang dapat menjelaskannya

Tanda-tanda yang menunjukan seseorang mengalami nyeri

1. Pasien yang memperlihatakan nyeri

Pasien tampak takut bergerak dan berusaha memposisikan agar bisa nyaman dan nyeri berkurang

1. Ekspresi umum:
2. Tampak meringis, merintih
3. Cemas, wajah pucat
4. Ketakutan bila nyeri timbul mendadak
5. Keluar keringat dingin
6. Kedua rahang dikatupkan erat-erat dan kedua tangan tampak dalam posisi menggenggam
7. Pasien tampak menggeliat karena kesakitan
8. Pasien dengan nyeri perlu diperhatikan saat pengkajian
9. Lokasi nyeri
10. Waktu timbulya nyeri
11. Reaksi fisik/psikologis pasien terhadap nyeri
12. Karakteristik nyeri
13. Faktor pencetus timbulnya nyeri
14. Cara-cara yang pernah dilakukan untuk mengatasi nyeri
    1. Diagnosa Keperawatan
    2. Nyeri akut
    3. Nyeri kronis
    4. Intervensi/Rencana Asuhan Keperawatan
15. Ajarkan pola istirahat tidur

Rasional: Untuk mengurangi nyeri

1. Kaji PQRST

Rasional: Untuk mengetahui keadaan umum klien

1. Mengidentifikasi tindakan nyeri

Rasional: Untuk mengetahui tingkat nyeri klien

1. Kaji kualitas, lokasi nyeri

Rasional: Untuk mengetahui sejauh mana nyeri dirasakan

1. Posisikan klien senyaman mungkin

Rasional: Mengurangi rasa nyeri

1. Ajarkan teknik distraksi dan relaksasi

Rasional: Membantu klien menjadi rileks

1. Kolaborasikan pemberian obat analgetik

Rasional: Untuk mengurangi rasa nyeri

* 1. Implementasi keperawatan

Implementasi merupakan langkah keempat dalam tahap proses keperawatan dalam melaksanakan berbagai srategi keperawatan (tindakan keperawatan) yang telah direncanakan dalam rencana tindakan keperawatan.

* 1. Evaluasi

Evaluasi keperawatan merupakan kegiatan akhir dari protes keperawatan dimana perawat menilai hasil yang diharapkan terhadap diri ibu dan menilai sejauh mana masalah ibu dapat diatasi. Disamping itu, juga memberikan umpan balik atau pengkajian ulang, seandainya tujuan yang ditetapkan belum tercapai maka dalam keperawatan ini proses keperawatan dapat dimodifikasi.