

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Nyeri Akut

1. Pengertian Nyeri Akut

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 (Perry & Potter, 2009).

Nyeri diartikan berbeda-beda antar individu, 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 (Perry & Potter, 2009).

Menurut PPNI (2016) Nyeri Akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

Nyeri akut dapat dideskripsikan sebagai nyeri yang terjadi setelah cedera akut, penyakit atau intervensi bedah, dan memiliki awitan yang cepat, dengan intensitas yang bervariasi (ringan sampai berat) serta berlangsung singkat (kurang dari enam bulan) dan menghilang dengan atau tanpa pengobatan setelah keadaan

pulih pada area yang rusak. Nyeri akut biasanya berlangsung singkat. Pasien yang mengalami nyeri akut biasanya menunjukkan gejala perspirasi meningkat, denyut jantung dan tekanan darah meningkat serta pallor (Mubarak et al., 2015).

2. Klasifikasi Nyeri Akut

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 pasien 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 (Perry & Potter, 2009).

Nyeri Akut Dibagi Menjadi 2 bagian

- a. Nyeri Somatik, jika organ yang terkena adalah organ soma seperti kulit, otot, sendi, tulang, atau ligament karena di sini mengandung kaya akan nosiseptor. Terminologi nyeri muskuloskeletal diartikan sebagai nyeri somatik. Nosiseptor disini menjadi sensitif terhadap inflamasi, yang akan terjadi jika terluka atau keseleo. Selain itu, nyeri juga bias terjadi akibat iskemik, seperti pada kram otot. Hal inipun termasuk nyeri nosiseptif. Gejala nyeri somatik umumnya tajam dan lokalisasinya jelas, sehingga dapat ditunjuk dengan telunjuk. Jika kita menyentuh atau menggerakan bagian yang cedera, nyerinya akan bertambah berat (Perry & Potter, 2009).
- b. Nyeri viseral, jika yang terkena adalah organ-organ viseral atau organ dalam yang meliputi rongga toraks (paru dan jantung), serta rongga abdomen (usus, limpa, hati dan ginjal), rongga pelvis (ovarium, kantung kemih dan

kandungan). Berbeda dengan organ somatik, yang nyeri kalau diinsisi, digunting atau dibakar, organ somatik justru tidak. Organ viseral akan terasa sakit kalau mengalami inflamasi, iskemik atau teregang. Selain itu nyeri viseral umumnya terasa tumpul, lokalisasinya tidak jelas disertai dengan rasa mual - muntah bahkan sering terjadi nyeri refer yang dirasakan pada kulit. (Perry & Potter, 2009).

3. Tanda dan Gejala Nyeri Akut

Gejala dan tanda menurut PPNI(2016) adalah sebagai berikut:

Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif : mengeluh nyeri

Objektif : tampak meringis, bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, dan sulit tidur.

Gejala dan Tanda Minor

Subjektif : tidak tersedia

Objektif : tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berfikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, dan diaphoresis.

4. Penyebab Nyeri Akut pada Gastritis

Nyeri ulu hati bukanlah merupakan suatu diagnosis *medis*, tapi merupakan gejala dari suatu penyakit. Nyeri ulu hati dapat terjadi akibat adanya peradangan pada mukosa lambung. Keluhan nyeri ulu hati adalah keluhan fisik subjektif yang dirasakan oleh pasien di daerah epigastrium. Epigastrium adalah bagian abdomen tengah atas. Nyeri pada daerah epigastrium adalah nyeri yang berhubungan dengan rasa tajam dan terlokalisasi yang dirasakan oleh seseorang

pada daerah tengah atas perut(Sudoyo, Setiyohadi, Alwi, Simadibrata K, & Setiadi, 2010).Banyak faktor yang menyebabkan peradangan pada mukosa lambung sehingga menimbulkan rasa nyeri yang meliputi:

- a. Faktor obat-obatan yang menyebabkan gastritis seperti OAINS (Indomestasin, Ibuprofen, dan Asam Salisilat), Sulfonamide, Steroid, Kokain, Salisilat dan digitalis bersifat mengiritasi mukosa lambung. Hal tersebut menyebabkan peradangan pada lambung dengan cara mengurangi prostaglandin yang bertugas melindungi dinding lambung. Hal tersebut terjadi jika pemakaiannya dilakukan secara terus menerus atau pemakaian yang berlebihan sehingga dapat mengakibatkan gastritis dan *peptic ulcer*(Sudoyo et al., 2010).
- b. Faktor-faktor penyebab gastritis lainnya yaitu minuman beralkohol, seperti whisky, vodka dan gin. Alkohol dan kokain dapat mengiritasi dan mengikis mukosa pada dinding lambung dan membuat dinding lambung lebih rentan terhadap asam lambung walaupun pada kondisi normal sehingga, dapat menyebabkan peradangan sampai perdarahan (Perry & Potter, 2009).
- c. Penyebab gastritis paling sering yaitu infeksi oleh bakteri H. Pylori, namun dapat pula diakibatkan oleh bakteri lain seperti H. heilmanii, Streptococci, Staphylococci, Protecus species, Clostridium species, E.coli, Tuberculosis dan Secondary syphilis. Gastritis juga dapat disebabkan oleh infeksi virus seperti Sitomegalovirus. Infeksi jamur seperti Candidiasis, Histoplasmosis dan Phycomycosis juga termasuk penyebab dari peradangan pada gastritis. Gastritis dapat terjadi pada kondisi refluks garam empedu (komponen penting alkali untuk aktivasi enzim-enzim gastrointestinal) dari usus kecil ke mukosa lambung sehingga menimbulkan respons peradangan mukosa.Terjadinya

iskemia, akibat penurunan aliran darah ke lambung, trauma langsung lambung, berhubungan dengan keseimbangan antara agresi dan mekanisme pertahanan untuk menjaga integritas mukosa, yang dapat menimbulkan respons peradangan pada mukosa lambung(Sudoyo et al., 2010).

- d. Mekanisme terjadinya peradangan pada lambung akibat stres adalah penurunan efektifitas system imunitas tubuh melalui efek hormon kortisol yang diproduksi oleh bagian korteks kelenjar adrenal. Kortisol menurunkan produksi limfosit dari kelenjar timus dan kelenjar limfe. Penurunan produksi limfosit menyebabkan respon imunitas individu dalam melawan bakteri pathogen menurun sehingga individu rentan untuk mengalami infeksi(Sudoyo et al., 2010).

5. Mekanisme Nyeri Akut

Antara suatu rangsang sampai dirasakannya sebagai persepsi nyeri terdapat 5 proses elektrofisiologik yang jelas, dimulai dengan proses transduksi, konduksi, modulasi, transmisi dan persepsi. Keseluruhan proses ini disebut nosisepsi (*nociception*) (Perry & Potter, 2009). Mekanisme Nyeri Akut melalui proses nosisepsis adalah sebagai berikut :

- a. Transduksi adalah proses di mana suatu stimulus kuat diubah menjadi aktivitas listrik yang biasa disebut potensial aksi. Dalam hal nyeri akut yang disebabkan oleh adanya kerusakan jaringan akan melepaskan mediator kimia, seperti prostaglandin, bradikinin, serotonin, substansi P, dan histamin. Zat-zat kimia inilah yang mengsensitasi dan mengaktifasi nosiseptor menghasilkan suatu potensial aksi (impuls listrik). Perubahan zat-zat kimia menjadi impuls listrik inilah yang disebut proses transduksi.

- b. Konduksi adalah proses perambatan dan amplifikasi dari potensial aksi atau impuls listrik tersebut dari nosiseptor sampai pada kornu posterior medula spinalis pada tulang belakang.
- c. Modulasi adalah proses inhibisi terhadap impuls listrik yang masuk ke dalam kornu posterior, yang terjadi secara spontan yang kekuatannya berbeda- beda setiap orang, (dipengaruhi oleh latar belakang pendidikan, kepercayaan atau budaya). Kekuatan modulasi inilah yang membedakan persepsi nyeri orang per orang terhadap suatu stimulus yang sama.
- d. Transmisi adalah proses perpindahan impuls listrik dari neuron pertama ke neuron kedua terjadi dikornu posterior medula spinalis, dari mana ia naik melalui traktus spinotalamikus ke talamus dan otak tengah. Akhirnya, dari talamus, impuls mengirim pesan nosiseptif ke korteks somatosensoris, dan sistem limbik.
- e. Persepsi adalah proses yang sangat kompleks yang sampai saat ini belum diketahui secara jelas. Namun, yang dapat disimpulkan di sini bahwa persepsi nyeri merupakan pengalaman sadar dari penggabungan antara aktivitas sensoris di korteks somatosensoris dengan aktivitas emosional dari sistim limbik, yang akhirnya dirasakan sebagai persepsi nyeri berupa “*unpleasant sensory and emotional experience*”(Perry & Potter, 2009).

6. Faktor Yang Mempengaruhi Nyeri Akut

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

a. Tahap perkembangan

Usia dan tahap perkembangan seseorang merupakan variable penting yang akan memengaruhi reaksi dan ekspresi terhadap nyeri. Dalam hal ini, anak – anak cenderung kurang mampu mengungkapkan nyeri yang mereka rasakan dibandingkan orang dewasa, dan kondisi ini dapat menghambat penanganan nyeri untuk mereka. Di sisi lain, prevalensi nyeri ada individu lansia lebih tinggi karena penyakit akut atau kronis dan degenerative yang diderita. Walaupun ambang batas nyeri tidak berubah karena penuaan, efek analgesik yang diberikan menurun karena perubahan fisiologis yang terjadi (Mubarak et al., 2015).

b. Jenis kelamin

Beberapa kebudayaan yang memengaruhi jenis kelamin misalnya menganggap bahwa seorang anak laki – laki harus berani dan tidak boleh menangis, sedangkan anak perempuan boleh menangis dalam situasi yang sama. Namun, secara umum, pria dan wanita tidak berbeda secara bermakna dalam berespon terhadap nyeri (Mubarak et al., 2015).

c. Keletihan

Keletihan atau kelelahan dapat 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. Apabila keletihan disertai kesulitan tidur, maka persepsi nyeri bahkan dapat terasa lebih berat lagi. Nyeri seringkali lebih berkurang setelah individu mengalami suatu periode tidur yang lelap dibandingkan pada akhir hari yang melelahkan (Perry & Potter, 2009).

d. Lingkungan dan dukungan keluarga

Lingkungan yang asing, tingkat kebisingan yang tinggi, pencahayaan dan aktivitas yang tinggi di lingkungan tersebut dapat memperberat nyeri. Selain itu, dukungan dari keluarga dan orang terdekat menjadi salah satu faktor penting yang memengaruhi persepsi nyeri individu. Sebagai contoh, individu yang sendirian, tanpa keluarga atau teman – temang yang mendukungnya, cenderung merasakan nyeri yang lebih berat dibandingkan mereka yang mendapat dukungan dari keluarga dan orang – orang terdekat (Mubarak et al., 2015)

e. Gaya koping

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 (Perry & Potter, 2009).

f. Makna nyeri

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 cara berbeda-beda, apabila nyeri tersebut memberi kesan ancaman, suatu kehilangan, hukuman, dan tantangan. Derajat dan kualitas nyeri yang dipersepsikan pasien berhubungan dengan makna nyeri (Perry & Potter, 2009).

g. Ansietas

Individu yang sehat secara emosional, biasanya lebih mampu mentoleransi nyeri sedang hingga berat daripada individu yang memiliki status emosional yang kurang stabil. Pasien yang mengalami cedera atau menderita penyakit kritis, seringkali mengalami kesulitan mengontrol lingkungan perawatan diri dapat menimbulkan tingkat ansietas yang tinggi. Nyeri yang tidak kunjung hilang sering kali menyebabkan psikosis dan gangguan kepribadian (Perry & Potter, 2009).

h. Etnik dan nilai budaya

Beberapa kebudayaan yakin bahwa memperlihatkan nyeri adalah sesuatu yang alamiah. Kebudayaan lain cenderung untuk melatih perilaku yang tertutup. Sosialisasi budaya menentukan perilaku psikologis seseorang. Dengan demikian, hal ini dapat memengaruhi pengeluaran fisiologis opioid endogen sehingga terjadilah persepsi nyeri. Latar belakang etnik dan budaya merupakan faktor yang memengaruhi reaksi terhadap nyeri dan ekspresi nyeri. Sebagai contoh, individu dari budaya tertentu cenderung ekspresif dalam mengungkapkan nyeri, sedangkan individu dari budaya lain justru lebih memilih menahan perasaan mereka dan tidak ingin merepotkan orang lain (Mubarak et al., 2015)

7. Dampak nyeri akut pada gastritis

Nyeri merupakan salah satu khas tanda dan gejala dari gastritis. Respon fisiologis terhadap nyeri dapat menunjukkan keadaan dan sifat nyeri serta ancaman yang potensial terhadap kesejahteraan pasien. Saat awitan nyeri akut, denyut jantung, tekanan darah dan frekuensi nafas akan mengalami peningkatan. Selain itu pasien yang mengalami nyeri menunjukkan ekspresi wajah dan gerakan tubuh yang khas dan berespon secara vokal serta mengalami kerusakan dalam interaksi sosial. Pasien akan sering meringis, mengernyitkan dahi, menggigit bibir,

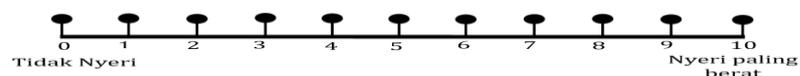
gelisah, imobilisasi, mengalami ketegangan otot, melakukan gerakan melindungi bagian tubuh sampai dengan menghindari percakapan, menghindari kontak social, dan hanya fokus pada aktivitas menghilangkan nyeri yang akan menurunkan rentang perhatian. Serta pasien akan kurang mampu berpartisipasi dalam aktivitas rutin, seperti mengalami kesulitan dalam melakukan tindakan kebersihan normal serta dapat mengganggu aktivitas social dan hubungan social (Perry & Potter, 2009)

8. Penilaian Nyeri

Penilaian nyeri merupakan elemen yang penting untuk menentukan terapi nyeri yang efektif. Skala penilaian nyeri dan keterangan pasien digunakan untuk menilai derajat nyeri. Intensitas nyeri harus dinilai sedini mungkin selama pasien dapat berkomunikasi dan menunjukkan ekspresi nyeri yang dirasakan. Penilaian terhadap intensitas nyeri dapat menggunakan beberapa skala yaitu (Mubarak et al., 2015):

a. Skala Nyeri Deskriptif

Skala nyeri deskriptif merupakan alat pengukuran tingkat keparahan nyeri yang objektif. Skala ini juga disebut sebagai skala pendeskripsian verbal / *Verbal Descriptor Scale* (VDS) merupakan garis yang terdiri tiga sampai lima kata pendeskripsian yang tersusun dengan jarak yang sama disepanjang garis. Pendeskripsian ini mulai dari “tidak terasa nyeri” sampai “nyeri tak tertahankan”, dan pasien diminta untuk menunjukkan keadaan yang sesuai dengan keadaan nyeri saat ini (Mubarak et al., 2015).

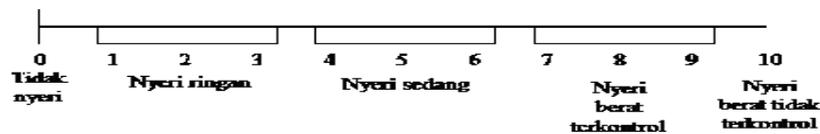


Sumber :Mubarak, W. I., Indrawati, L., & Susanto, J. (2015). *Buku Ajar Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.

Gambar 1 Skala Nyeri Deskriptif

b. *Numerical Rating Scale* (NRS) (Skala numerik angka)

Pasien menyebutkan intensitas nyeri berdasarkan angka 0 – 10. Titik 0 berarti tidak nyeri, 5 nyeri sedang, dan 10 adalah nyeri berat yang tidak tertahankan. NRS digunakan jika ingin menentukan berbagai perubahan pada skala nyeri, dan juga menilai respon turunya nyeri pasien terhadap terapi yang diberikan (Mubarak et al., 2015).



Sumber : Mubarak, W. I., Indrawati, L., & Susanto, J. (2015). *Buku Ajar Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.

Gambar 2 Skala Nyeri *Numerical Rating Scale*

c. *Faces Scale* (Skala Wajah)

Pasien disuruh melihat skala gambar wajah. Gambar pertama tidak nyeri (anak tenang) kedua sedikit nyeri dan selanjutnya lebih nyeri dan gambar paling akhir, adalah orang dengan ekspresi nyeri yang sangat berat. Setelah itu, pasien disuruh menunjuk gambar yang cocok dengan nyerinya. Metode ini digunakan untuk pediatri, tetapi juga dapat digunakan pada geriatri dengan gangguan kognitif (Mubarak et al., 2015).



Sumber : Mubarak, W. I., Indrawati, L., & Susanto, J. (2015). *Buku Ajar Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.

Gambar 3 Wong Baker *Faces Scale*

9. Manajemen Penatalaksanaan Nyeri Akut pada Gastritis

Terapi Farmakologi menurut ISO(2016) meliputi :

a. Antasida Doen

Indikasi : mengurangi gejala-gejala yang berhubungan dengan kelebihan asam lambung, tukak lambung, gastritis, dengan gejala-gejala seperti mual, nyeri lambung, nyeri ulu hati dan perasaan penuh pada lambung.

Kontra indikasi : penderita gangguan fungsi ginjal.

Efek samping : sembelit, diare, mual, muntah, dan gejala – gejala tersebut akan hilang bila pemakaian obat dihentikan.

Dosis : Anak 6-12 tahun $\frac{1}{2}$ - 1 tablet, 3-4 kali sehari.

Dewasa 1-2 tablet, 3-4 kali sehari .

Diminum 1-2 jam setelah makan dan menjelang tidur, sebaiknya tablet dikunyah.

Perhatian : tidak dianjurkan digunakan terus – menerus lebih dari dua minggu, kecuali atas petunjuk dokter. Bila sedang menggunakan obat tukak lambung lain seperti simetidin atau antibiotik tetrasiklin, harap diberikan selang waktu 1-2 jam. Tidak dianjurkan pemberian pada anak dibawah 6 tahun, kecuali atas petunjuk dokter. Hati – hati pemberian pada penderita diet fosfor rendah dan pemakaian lama, karena dapat mengurangi kadar fosfor dalam darah.

b. Ranitidine

Indikasi : pengobatan jangka pendek tukak lambung, gastritis, tukak usus 12 jari, pengobatan keadaan hiperekskresi patologis.

Kontra indikasi : penderita hipersensitif terhadap obat ini.

Perhatian : pada penderita yang memberikan respon simptomatik terhadap ranitidine. Dosis ranitidin harus disesuaikan dengan penderita gangguan fungsi ginjal. Hati – hati pemberian pada gangguan fungsi hati, pada wanita menyusui. Pemberian pada wanita hamil hanya jika benar – benar sangat dibutuhkan.

Efek samping : sakit kepala, gangguan kardiovaskular, gangguan gastrointestinal, gangguan muskuloskeletal, gangguan hematologik, gangguan endokrin

Dosis : tukak lambung, gastritis : sehari 2 x 150 mg

c. Omeprazole

Indikasi : pengobatan jangka pendek tukak duodenum, tukak lambung, refluks esophagus, gastritis.

Kontra indikasi: hipersensitifitas terhadap obat ini.

Efek samping : mual, sakit kepala, diare, dan konstipasi.

Dosis : dewasa sehari 1 x 20-40 mg.

d. Lansoprazol

Indikasi : pengobatan jangka pendek tukak lambung, gastritis, tukak usus.

Kontra indikasi: -

Efek samping : hipersensitifitas terhadap obat ini.

Dosis : dewasa sehari 1 x 30 mg.

B. Asuhan Keperawatan pada Pasien Gastritis dengan Nyeri Akut

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan. Pengkajian adalah proses pengumpulan semua data secara sistematis yang bertujuan untuk menentukan status kesehatan pasien saat ini. Pengkajian harus dilakukan secara komprehensif terkait dengan aspek biologis, psikologis, social, maupun spiritual pasien (Kozier *et al.*, 2010). Pengkajian nyeri yang akurat penting untuk upaya penatalaksanaan nyeri yang efektif. Oleh karena nyeri merupakan pengalaman yang subjektif dan dirasakan secara berbeda pada masing – masing individu, maka perawat perlu mengkaji semua faktor yang memengaruhi nyeri seperti faktor fisiologis, psikologis, perilaku, emosional, dan sosiokultural. Pengkajian nyeri terdiri atas dua komponen utama, yakni riwayat nyeri untuk mendapatkan data dari pasien dan observasi langsung pada respons perilaku dan fisiologis pasien. Tujuan pengkajian adalah untuk mendapatkan pemahaman objektif terhadap pengalaman subjektif. (Mubarak *et al.*, 2015).

Data perawatan yang dikaji dan mesti didapatkan pada pasien mencakup hal sebagai berikut :

- a. Alasan masuk rumah sakit (MRS) : keluhan utama pasien saat MRS dan saat dikaji. Pasien mengeluh nyeri, dilanjutkan dengan riwayat kesehatan sekarang, dan kesehatan sebelumnya. (Mubarak *et al.*, 2015). Riwayat kesehatan menurut Suratun & Lusianah (2010) karakteristik pada gastritis meliputi nafsu makan berkurang, rasa penuh pada perut, nyeri pada epigastrium (ulu hati), dan mual.

a. Kebutuhan rasa nyaman (nyeri). Data didapatkan dengan anamnesis dan pemeriksaan fisik. Anamnesis untuk mengkaji karakteristik nyeri yang diungkapkan oleh pasien dengan pendekatan PQRST (*Provokatif/Paliatif*, yaitu factor yang memngaruhi gawat atau ringannya nyeri; *quality*, kualitas dari nyeri seperti apakah rasa tajam, tumpul, atau tersayat; *region* yaitu daerah perjalanan nyeri; *severity* adalah keparahan atau intensitas nyeri; dan *time* adalah lama atau waktu serangan atau frekuensi nyeri) (Mubarak et al., 2015).

b. Riwayat nyeri

Saat mengkaji riwayat nyeri, perawat sebaiknya memberi pasien kesempatan untuk mengungkapkan cara pandang mereka terhadap nyeri dan situasi tersebut dengan kata – kata mereka sendiri. Langkah ini akan membantu perawat memahami makna nyeri bagi pasien dan bagaimana coping terhadap situasi tersebut. Secara umum, pengkajian riwayat nyeri meliputi beberapa aspek, anataralain: (Mubarak et al., 2015)

1) Lokasi. Untuk menentukan lokasi nyeri yang spesifik, minta pasien menunjukkan area nyerinya. Pengkajian ini bias dilakukan dengan bantuan gambar tubuh. Pasien bias menandai bagian tubuh yang mengalami nyeri. Ini sangat bermanfaat, terutama untuk pasien yang memiliki lebih dari satu sumber nyeri (Mubarak et al., 2015).

2) Intensitas nyeri. Penggunaan skala intensitas nyeri adalah metode yang mudah dan terpercaya untuk menentukan intensitas nyeri pasien. Skala nyeri yang paling sering digunakan adalah rentang 0-5 atau 0-10. Angka “0” menandakan tidak nyeri sama sekali dan angka tertinggi menandakan nyeri terhebat yang dirasakan pasien(Mubarak et al., 2015).

- 3) Kualitas nyeri. Terkadang nyeri bias terasa seperti “dipukul-pukul” atau “ditusuk-tusuk”. Perawat perlu mencatat kata-kata yang digunakan pasien untuk menggambarkan nyerinya sebab informasi yang akurat dapat berpengaruh besar pada diagnosis dan etiologic nyeri serta pilihan tindakan yang diambil (Mubarak et al., 2015).
- 4) Pola. Pola nyeri meliputi waktu awitan, durasi, dan kekambuhan atau interval nyeri. Oleh karenanya, perawat perlu mengkaji kapan nyeri dimulai, berapa lama nyeri berlangsung, apakah nyeri berulang, dan kapan nyeri terakhir kali muncul (Mubarak et al., 2015).
- 5) Faktor presipitasi. Terkadang aktivitas tertentu dapat memicu munculnya nyeri. Sebagai contoh, aktivitas fisik yang berat dapat menimbulkan nyeri. Selain itu, faktor lingkungan (lingkungan yang sangat dingin atau panas) serta stressor fisik dan emosional juga dapat memicu munculnya nyeri (Mubarak et al., 2015).
- 6) Pola Nutrisi –Metabolik Menggambarkan masukan nutrisi, balance cairan dan elektrolit, nafsu makan, pola makan, diet, kesulitan menelan, mual/muntah, makanan kesukaan.
- 7) Pengaruh pada aktivitas sehari-hari dan istirahat tidur. Dengan mengetahui sejauh mana nyeri memengaruhi aktivitas harian pasien akan membantu perawat memahami perspektif pasien tentang nyeri. Beberapa aspek kehidupan yang perlu dikaji terkait nyeri adalah sulit tidur dan kelemahan (Mubarak et al., 2015).

- 8) Pola Kognitif menjelaskan pengkajian Penyuluhan dan pembelajaran sudah sesuai antara teori kurangnya mengetahui tentang penyakitnya atau kondisi kesehatannya(Mubarak et al., 2015).
- 9) Sumber koping. Setiap individu memiliki strategi koping berbeda dalam menghadapi nyeri. Strategi tersebut dapat dipengaruhi oleh pengalaman nyeri sebelumnya atau pengaruh agama atau budaya (Mubarak et al., 2015).
- 10) Respons afektif. Respons afektif pasien terhadap nyeri bervariasi, bergantung pada situasi, derajat dan durasi nyeri, interpretasi tentang nyeri, serta banyak faktor lainnya. (Mubarak et al., 2015).

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah fase kedua proses keperawatan. Pada fase ini, perawat menggunakan ketrampilan berpikir kritis untuk menginterpretasi data pengkajian dan mengidentifikasi kekuatan serta masalah pasien(Kozier *et al.*, 2010)

Menurut Nurarif & Kusuma (2015) dan Tim Pokja (2016) pada pasien dengan Gastritis terdapat beberapa diagnosa keperawatan yang kemungkinan muncul, yaitu :

1. Defisit nutrisi
2. Kekurangan volume cairan
3. Nyeri akut
4. Defisit pengetahuan

3. Intervensi Keperawatan

Perencanaan merupakan fase proses keperawatan yang penuh pertimbangan dan sistematis dan mencakup pembuatan keputusan dan

penyelesaian masalah, perencanaan merujuk pada data pengkajian pasien dan pernyataan diagnose sebagai petunjuk dalam merumuskan tujuan pasien dan merancang intervensi keperawatan yang diperlukan untuk mencegah, mengurangi, atau menghilangkan masalah pasien(Kozier *et al.*, 2010).

Tujuan (NOC) dan Intervensi (NIC) menurut Nurarif & Kusuma (2015) pada beberapa diagnosa keperawatan yang kemungkinan muncul pada penyakit gastritis, meliputi :

Tabel 1
Intervensi pada diagnosa keperawatan yang kemungkinan muncul pada pasien gastritis

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan (NOC)	Intervensi (NIC)
1	2	3	4
1	Defisit nutrisi	<p>Nutritional Status : nutrient intake</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi 2. Tidak ada tanda – tanda malnutrisi 3. Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti 	<p>Nutrition management</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji adanya alergi makanan 2. Kolaborasikan dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien 3. Anjurkan pasien untuk meningkatkan protein dan vitamin C 4. Berikan substansi gula 5. Yakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi 6. Berikan makanan yang

1	2	3	4
			<p>terpilih</p> <p>7. Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi</p> <p>8. Kaji kemampuan pasien untuk mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan</p> <p>9. Ajarkan pasien bagaimana membuat catatan makanan harian</p>
2	<p>Kekurangan volume cairan</p>	<p>Fluid balance</p> <p>Nutritional status : food and fluid intake</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak ada tanda – tanda dehidrasi 2. Elastisitas turgor kulit baik, membrane mukosa lembab, tidak ada rasa haus yang berlebihan 	<p>Fluid management</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pertahankan catatan intake dan output yang akurat 2. Monitor status hidrasi (kelembapan membrane mukosa, nadi adekuat, tekanan darah ortostatik), jika diperlukan 3. Monitor vital sign 4. Monitor masukan makanan / cairan dan hitung intake kalori harian 5. Monitor status nutrisi 6. Dorong masukan oral 7. Dorong keluarga untuk bantu pasien makan 8. Tawarkan

1	2	3	4
3	Nyeri akut	<p>Pain control</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan) 2. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri 3. Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri) 4. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang 	<p>Pain management</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, onset/durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri dan faktor presipitasi. 2. Observasi adanya petunjuk nonverbal mengenai ketidaknyamanan. 3. Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien. 4. Kaji pengetahuan dan kepercayaan pasien mengenai nyeri. 5. Pertimbangkan pengaruh budaya terhadap respon nyeri. 6. Kaji bersama pasien mengenai factor – factor yang dapat menurunkan atau memperberat nyeri. 7. Evaluasi bersama pasien dan tim

1	2	3	4
			<p>kesehatan lain tentang ketidakefektifan control nyeri masa lampau.</p> <p>8. Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan.</p> <p>9. Berikan informasi mengenai nyeri, seperti penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan dirasakan.</p> <p>10. Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi , non farmakologi dan interpersonal)</p> <p>11. Tingkatkan istirahat/tidur yang adekuat untuk membantu penurunan nyeri.</p> <p>Manajemen Obat</p> <p>1. Tentukan obat apa yang diperlukan, dan kelola menurut resep dan/atau protokol.</p> <p>2. Monitor efektifitas cara pemberian obat yang sesuai.</p> <p>3. Monitor efek samping</p>

1	2	3	4
			obat.
			4. Kaji ulang pasien dan/atau keluarga secara berkala mengenai jenis dan jumlah obat yang dikonsumsi.
			5. Kaji pengetahuan pasien mengenai obat – obatan.
			6. Pantau kepatuhan mengenai regimen obat.
			7. Ajarkan pasien dan/atau keluarga mengenai metode pemberian obat yang sesuai.
			8. Ajarkan pasien dan/atau anggota keluarga mengenai tindakan dan efek samping yang diharapkan dari obat.
4	Defisit pengetahuan	Knowledge : disease process Kriteria hasil : 1) Pasien dan keluarga menyatakan pemahaman tentang penyakit, kondisi, prognosis dan program pengobatan	Teaching : disease process 1) Berikan penilaian tentang tingkat pengetahuan pasien tentang proses penyakit yang spesifik 2) Jelaskan patofisiologi dari penyakit dan bagaimana hal ini

1	2	3	4
		2) Pasien dan keluarga 3) 4) mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara benar	berhubungan dengan anatomi dan fisiologi, dengan cara yang tepat 3) Gambarkan tanda dan gejala yang biasa muncul pada penyakit, dengan cara yang tepat
		5) Pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat , tim kesehatan lainnya.	4) Gambarkan proses penyakit, dengan cara yang tepat 5) Identifikasi kemungkinan penyebab, dengan cara yang tepat 6) Sediakan informasi pada pasien tentang kondisi, dengan cara yang tepat 7) Diskusikan perubahan gaya hidup yang mungkin diperlukan untuk mencegah komplikasi di masa yang akan datang dan atau proses pengontrolan penyakit Diskusikan pilihan terapi atau penanganan

6) Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah tahap ketika perawat mengaplikasikan rencana asuhan keperawatan kedalam bentuk intervensi keperawatan guna membantu pasien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Perawat melaksanakan atau mendelegasikan tindakan keperawatan untuk intervensi yang disusun dalam tahap perencanaan dan kemudian mengakhiri tahap implementasi dengan mencatat tindakan keperawatan dan respons pasien terhadap tindakan tersebut (Kozier *et al.*, 2010).

7) Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah fase kelima dan fase terakhir proses keperawatan, dalam konteks ini aktivitas yang direncanakan, berkelanjutan dan terarah ketika pasien dan professional kesehatan menentukan kemajuan pasien menuju pencapaian tujuan/hasil dan keefektifan rencana asuhan keperawatan (Kozier *et al.*, 2010). Evaluasi nyeri merupakan salah satu dari berbagai tanggung jawab keperawatan yang membutuhkan pemikiran kritis yang efektif. Perawat harus melakukan observasi dengan penuh perhatian dan mengetahui respon apa yang akan diantisipasi berdasarkan jenis terapi nyeri, waktu pemberian terapi, sifat fisiologis setiap cedera atau penyakit dan respon pasien terdahulu (Perry & Potter, 2009).