

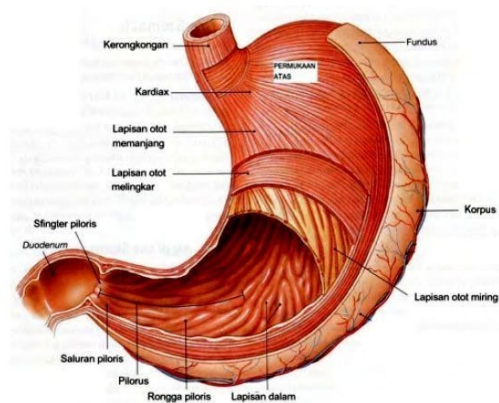
BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep anatomi fisiologi

1. Anatomi lambung manusia

Lambung adalah *resevoir* / organ yang berongga besar menyerupai kantung dalam rongga peritoneum yang terletak diantara esofagus dan usus halus. Dalam keadaan kosong, lambung menyerupai tabung berbentuk j, dan bila penuh, berbentuk seperti buah pir raksasa. Lambung sendiri memiliki fungsi untuk mencerna makanan dengan bantuan cairan lambung yang mengandung enzim dan asam hidroklorida (Treuting *et al.*, 2018)



Gambar 2.1 anatomi lambung manusia

Vena vena lambung mengikuti arteri arteri yang sesuai dalam letak dan lintasan. Vena gastrik dekstra dan vena vena gastrik sinistra mencurahkan isinya ke dalam vena

porta hepatis, dan vena gastrik breves dan vena gastroometalis membawa isinya ke vena splenica yang Bersatu dengan vena mesenterika superior untuk membentuk vena porta hepatis, vena gastro ometalis dekstra bermuara dalam vena mesenterica superior (guyton & Hall, 2013)

2. histologi lambung manusia

Lambung manusia dibagi menjadi tiga bagian, kardial, fundus dan korpus dan pylorus. Fundus dan korpus adalah bagian terluas, dinding lambung terdiri atas empat lapisan umum saluran cerna yaitu mukosa, submukosa, muskularis eksterna dan serosa (Syaifuddin, 2013)

a. Mukosa lambung

Mukosa lambung terdiri atas epitel permukaan, lamina propria dan mukosa muskularis. Permukaan lumen mukosa ditutupi oleh epitel selapis silindris. Epitel ini juga meluas ke dalam dan melapisi foveola gastrik yang merupakan invaginasi epitel pada permukaan. Di daerah fundus lambung, foveola ini tidak dalam dan masuk ke dalam mukosa sampai kedalaman seperempat tebalnya (Syaifuddin, 2013)

b. Kardial lambung

Kardia adalah sabuk melingkar sempit selebar 1,5 – 3 cm pada peralihan antara esofagus dan lambung. Lamina propianya mengandung kelenjar kardial

tubular simpleks atau bercabang (Mutaqqin & Sari, 2013)

c. Fundus dan corpus lambung

Kamina propus pada daerah ini berisi kelenjar lambung, penyebaran sel sel epitel pada kelenjar lambung tidak merata, bagian leher terdiri atas sel sel pra kembang dan sel mukosa leher (Syaifuddin, 2013)

d. Lapisan lapisan dari lambung

Submucosa adalah lapisan tepat dibawah mukosa muskularis, sebmukosa mengandung jaringan ikat tidak teratur yang lebih padat dengan lebih banyak serat kolagen dibandingkan dengan lamina propia (guyton & Hall, 2013)

3. Fisiologis lambung

Fungsi motorik pada lambung terbagi menjadi tiga bagian yaitu:

- a. Lambung sebagai tempat penyimpanan sejumlah besar makan sampai makanan dapat diproses di dalam deudenum.
- b. Pencampuran makanan dengan sekresi dari lambung sampai membentuk suatu campuran setegah cair yang disebut kimus.

- c. Pengosongan makanan dengan lambat dari lambung ke dalam usus halus pada kecepatan yang sesuai untuk pencernaan dan absorpsi yang tepat oleh usus halus (Murtaqib & kushariyadi, 2019)

Kapasitas lambung cukup besar, bila lambung kosong volume lumennya hanya 50 – 75 ml. namun 1-2 Liter dapat masuk sebelum tekanan intraluminal mulai naik. Volume sekret yang dihasilkan seharusnya antara 500 – 1000 ml hanya beberapa milimeter disekresikan per jam, diantara waktu makan saat mencerna makanan, ratusan milimeter dihasilkan. Sekresi asam lambung mempertahankan lingkungan intern yang optimal untuk proteolysis oleh pepsin yang aktif pada Ph2 (Mutaqqin & Sari, 2013)

Sekresi asam basal dipengaruhi oleh faktor kolinergik melalui nervus vagus dan alcohol histaminergic melalui sumber local di lambung. Sekresi asam akibat perangsangan dihasilkan dalam tiga fase yang berbeda tergantung sumber rangsangan. Fase sefalik melalui perangsangan nervus vagus. Fase gastrik terjadi pada saat makanan masuk ke dalam lambung, komponen sekresi adalah kandungan makanan yang merangsang sel G untuk melepaskan gastrin yang selanjutnya mengaktifasi sel parietal. Fase terakhir, intestinal sekresi asam lambung dimulai pada saat makanan masuk kedalam usus dan diperantarai oleh adanya peregangan usus dan pencampuran kandungan makanan yang ada (Price & wilson, 2013)

B. Konsep dasar penyakit

1. Definisi gastritis

Gastritis merupakan suatu inflamasi pada mukosa lambung yang disertai dengan kerusakan atau erosi pada mukosa lambung. Gastritis adalah peradangan mukosa lambung yang bersifat akut dan kronik. Gastritis adalah penyakit yang disebabkan oleh meningkatnya asam lambung sehingga mengakibatkan inflamasi atau peradangan yang mengenai mukosa lambung (Wijaya & Putri, 2013)

Gastritis merupakan suatu peradangan yang mengenai mukosa lambung yang dapat mengakibatkan pembengkakan pada mukosa lambung hingga sampai terlepasnya epitel mukosa superfisial yang menjadi penyebab terpenting dalam gangguan saluran pencernaan, yang disebabkan oleh faktor iritasi dan infeksi pada mukosa dan submukosa lambung (Sukarmin, 2018)

2. Klasifikasi

Menurut {Brunner&suddarth, 2014}, Klasifikasi gastritis berdasarkan tingkat keparahannya

a. Gastritis akut

Merupakan peradangan mukosa lambung yang menyebabkan pendarahan lambung akibat dari terpapar pada zat iritan dan merupakan penyakit yang muda

ditemukan, biasanya bersifat jinak dan dapat disembuhkan

Gastritis akut berlangsung selama beberapa jam dan beberapa hari dan sering kali disebabkan oleh faktor makanan yang dapat mengiritasi atau makanan yang terinfeksi, penggunaan aspirin secara berlebihan dan penggunaan obat anti inflamasi nonsteroid (NSAID)

b. Gastritis kronik

Gastritis kronik adalah suatu peradangan yang terjadi pada permukaan mukosa lambung yang bersifat menahun yang disebabkan oleh ulkus atau bakteri seperti *helicobacter pylori*. Ulserasi superfisial dapat terjadi dan dapat memicu pendarahan nekrosis pada dinding lambung

Gastritis kronik dapat menimbulkan keadaan atrofi kelenjar kelenjar lambung dan keadaan mukosa terdapat bercak bercak penebalan warna abu abu sehingga dapat menyebabkan kehilangan mukosa lambung yang dapat memicu terjadinya anemia pernisiosa

3. Etiologi

- a. Obat-obatan seperti obat anti-inflamasi nonsteroid / OAINS (Indometasin, ibuprofen dan asam salisilat), sulfonamide, steroid, kokain, agen kemoterapi (mitomisin, 5 – fluoro – 2 deoxyuridine), salisilat dan digitalis bersifat mengiritasi mukosa lambung
- b. Minum minuman yang mengandung alkohol seperti whisky, vodka dan gin
- c. Infeksi bakteri seperti helicobacteri pylori, helicobacteri heilmani, streptococci, staphylococci, proteus species, clostridium species, dan E. coli
- d. Infeksi jamur candidiasis, histoplasmosis dan phycomycosis
- e. Stres fisik yang disebabkan oleh luka bakar, sepsi trauma, pembedahan, gagal ginjal, kerusakan susunan saraf pusat dan refluks usus lambung
- f. Makanan dan minuman yang bersifat iritan. Makanan berbumbu dan minuman dengan kandungan kafein dan alkohol merupakan faktor-faktor yang dapat menyebabkan iritasi mukosa lambung
- g. Garam empedu, terjadinya pada kondisi refluks garam empedu dari usus kecil ke mukosa lambung sehingga menimbulkan respon peradangan pada mukosa
- h. Iskemia, hal ini berhubungan dengan akibat penurunan aliran darah ke lambung

- i. Terjadinya trauma lambung, berhubungan dengan keseimbangan antara agresi dan mekanisme pertahanan untuk menjaga integritas mukosa yang dapat menimbulkan respons peradangan pada mukosa lambung

(Mutaqqin & Sari, 2013)

4. Manifestasi klinis

a. Manifestasi klinis gastritis akut

- 1) Nyeri pada uluh hati
- 2) Mual dan muntah
- 3) Perut terasa kembung
- 4) Anoreksia

(Anggraini, 2015)

b. Manifestasi klinis gastritis kronik

- 1) Nyeri yang bersifat menetap pada epigastrium
- 2) Anoreksia
- 3) Perasaan penuh didalam perut
- 4) Mual dan muntah
- 5) Hematemesis melena (pendarahan pada saluran cerna)

(Rika, 2016)

5. Patofisiologi

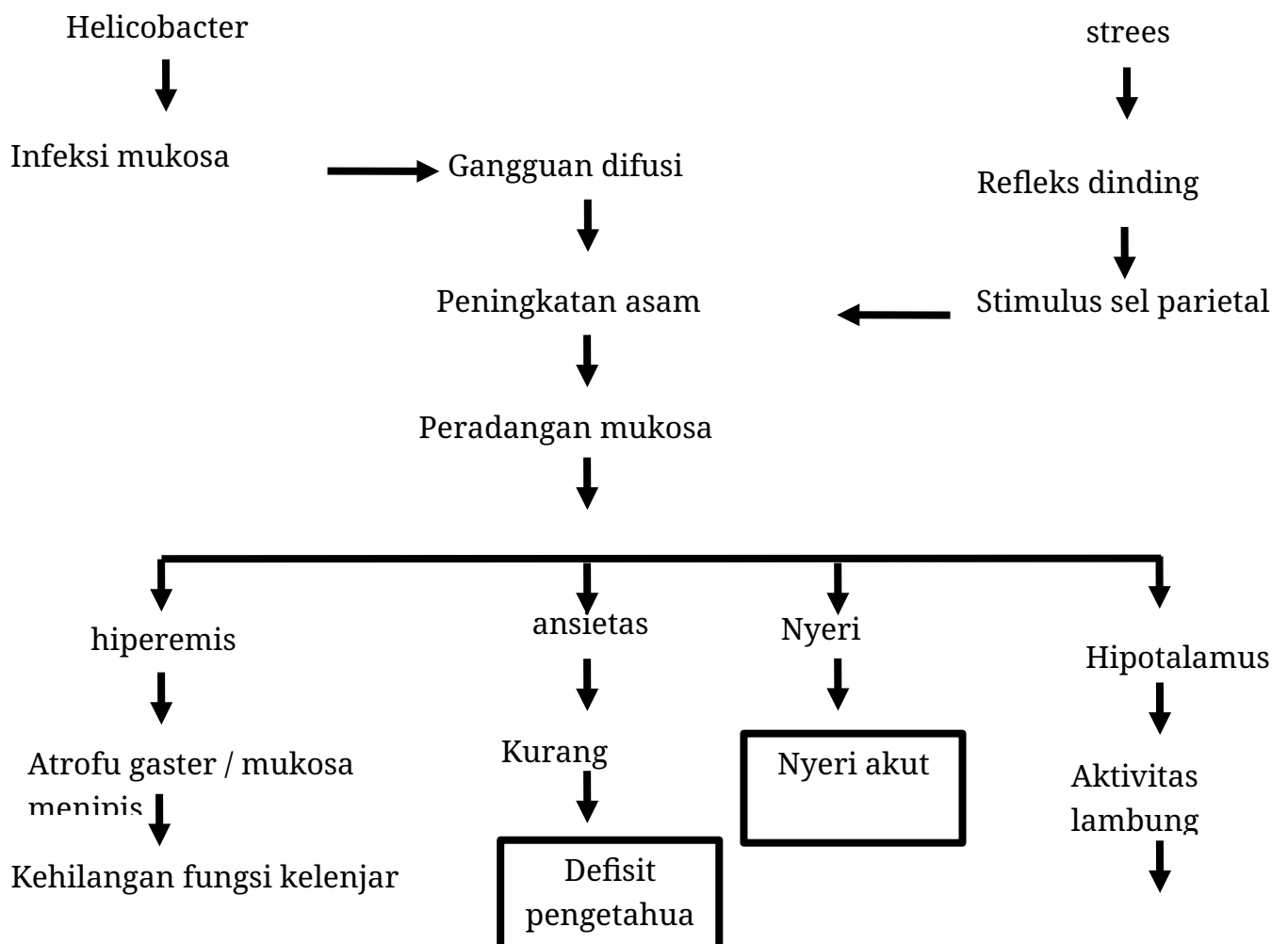
Mukosa lambung mengalami pengikisan akibat konsumsi alkohol, obat-obatan anti inflamasi nonsteroid, infeksi *helicobacter pylori*. Pengikisan ini dapat menimbulkan reaksi peradangan. Inflamasi pada lambung dapat dipicu oleh peningkatan sekresi asam lambung sehingga lambung teraktivasi oleh rasa mual, muntah dan anoreksia. Anoreksia juga dapat menyebabkan rasa nyeri yang ditimbulkan karena kontak HCl dengan mukosa gaster.

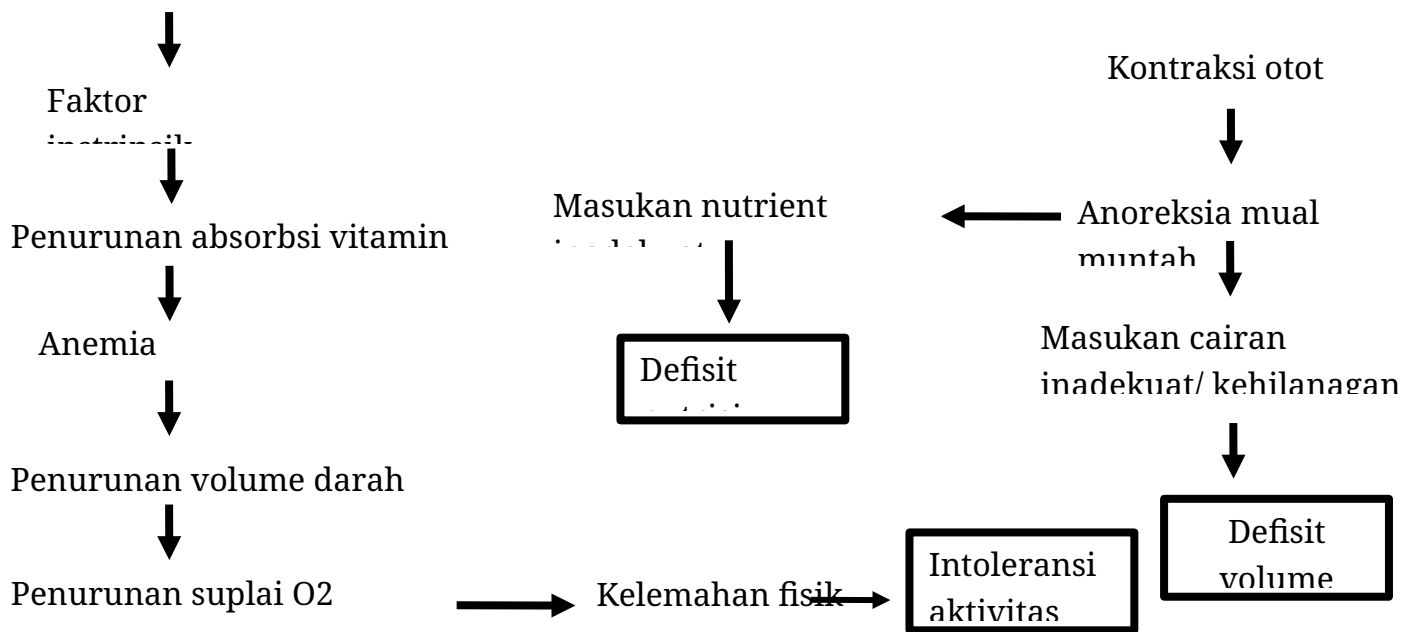
Peningkatan sekresi lambung dapat dipicu oleh peningkatan rangsangan persarafan, misalnya dalam kondisi cemas, stress, marah melalui serabut parasimpatik vagus akan menjadi peningkatan transmitter asetilkolin, histamine, gastrin releasing peptide yang dapat meningkatkan sekresi lambung. Peningkatan ion H^+ (hidrogen) yang tidak diikuti peningkatan penawarnya seperti prostaglandin, HCO_3^+ , mukus akan menjadikan lapisan mukosa lambung tergerus terjadi reaksi inflamasi.

Prostaglandin dibutuhkan tubuh untuk memproduksi kekebalan lapisan mukosa, serta bikarbonat untuk menghambat produksi asam lambung dan meningkatkan aliran dalam lambung. Semua efek ini diperlukan lambung untuk mempertahankan integritas pertahanan mukosa

lambung agar tidak mengalami iritasi pada mukosa lambung. (Surkamin,2018)

6. Pathway





Gambar 2.2 pathway penyakit gastritis

Sumber: Dewit, Stromberg & Dallred (2016)

7. Komplikasi

Menurut (Black & Hawks, 2014), komplikasi pada penyakit gastritis adalah dapat terjadinya perdarahan pada saluran cerna bagian atas yang dapat menyebabkan kematian. Pada komplikasi gastritis akut terjadinya kehilangan kemampuan lambung untuk mengeluarkan faktor intrinsic, mengakibatkan melabsorsi vitamin B12. Komplikasi gastritis kronik adalah perdarahan anemia pernisiiosa dan kanker lambung, perdarahan dapat terjadi pada pasien yang mengkonsumsi alcohol, aspirin, atau NSAID

8. Pemeriksaan penunjang

- a. Urea breath (tes napas urea) tes serologis, tes antigen feses untuk pemeriksaan adanya infeksi helicobakteri pylori
 - b. Analisis lambung, untuk mengkaji sekresi asam hidroklorat
 - c. Kadar hemoglobin, hematokrit dan sel darah merah dilakukan evaluasi untuk mengetahui adanya anemia
 - d. Kadar vitamin b12 serum, diukur dan mengevaluasi kemungkinan dapat terjadinya anemia pernisiiosa, kadar normal vitamin B12 adalah 200 – 1000 pg/ml
 - e. Endoscopi saluran cerna atas untuk menginspeksi terjadinya perubahan pada mukosa lambung serta mengindetifikasi area perdarahan dan mendapatkan jaringan untuk biopsy
- (LeMone, et al., 2016)

9. Penatalaksanaan

Penangan yang dapat diberikan pada pasien yang mengalami gastritis secara farmakologi adalah Obat-obatan yang mengurangi jumlah asam di lambung dan dapat mengurangi gejala yang mungkin menyertai gastritis dan meningkatkan penyembuhan lapisan perut. (Sukarmin ,2018) Pengobatan meliputi :

- a. Antasida doen yang berisi aluminium, karbonat kalsium dan magnesium, untuk mengurangi gejala yang berhubungan dengan kelebihan asam lambung,

tukak lambung, gastritis, dengan gejala mual, nyeri lambung, nyeri ulu hati dan perasaan penuh pada lambung

- b. Histamine (H₂) blocker, seperti ranitidine, untuk pengobatan jangka pendek tukak lambung, gastritis, tukak usus 12 jari, pengobatan keadaan hiperekskresi patologis
- c. Inhibitor pompa proton (PPI), seperti omeprazole untuk pengobatan jangka pendek tukak duodenum, tukak lambung, refluks esophagus, gastritis
- d. Lanzoprazole, pengobatan jangka pendek tukak lambung, gastritis, tukak usus.

C. Konsep nyeri

Tanda yang khas pada pasien yang mengalami gastritis umum nya akan merasakan nyeri oleh karena itu penting nya untuk mengetahui cara pengkajian dari rasa nyeri tersebut

1. Pengertian nyeri

Menurut *International association for study of pain* (IASP) adalah suatu pengalaman sensorik dan emosional yang berhubungan dengan kerusakan jaringan atau stimulus yang berpotensi dapat menimbulkan kerusakan dimana fenomena dapat mencakup respon fisik, mental dan emosional dari individu (Amris et al., 2019). Nyeri adalah rasa ketidaknyamanan yang disebabkan oleh kerusakan

pada jaringan yang terdapat pada area tertentu (Cholifah et al., 2020)

Nyeri merupakan suatu pengalaman sensorik multidimensi pada intensitas ringan sedang dan berat dengan kualitas tumpul, terbakar dan tajam, dengan penyebaran dangkal, dalam atau local dan durasi sementara (Ayudita et al., 2023)

Secara umum pada pasien yang mengalami gastritis akan ditandai dengan adanya rasa nyeri bagian abdomen / epigastrium yang dapat dicerminkan oleh perilaku pasien yaitu dengan suara (menangis, merintih, menghembuskan nafas) secara ekspresi wajah (meringis, mengigit bibir) secara pergerakan tubuh (gelisah, otot tegang, mondar mandir) (Judha, 2012 dalam Supetran, 2018)

2. Fisiologi nyeri

Fisiologi nyeri terjadinya nyeri dimana reseptor nyeri adalah organ tubuh yang berfungsi untuk menerima rangsangan nyeri. Organ tubuh yang berperan sebagai reseptor nyeri (nociceptor) adalah ujung saraf bebas dalam kulit yang merespon hanya terhadap stimulus kuat yang secara potensial merusak. Impus nyeri dapat diatur atau dihambat dengan mekanisme pertahanan disepanjang sistem saraf pusat (Budi, 2020)

Munculnya nyeri berkaitan erat dengan adanya reseptor dan adanya rangsangan. Reseptor nyeri adalah nociceptor

yang merupakan ujung-ujung saraf bebas yang sedikit atau hampir tidak memiliki myelin yang tersebar pada kulit dan mukosa, khususnya pada visera, persendian, dinding arteri, hati dan kantung empedu.

Nyeri dapat terasa apabila reseptor nyeri tersebut menginduksi serabut saraf perifer aferen yaitu serabut A-delta dan serabut C. Serabut A mempunyai myelin sehingga dapat menyalurkan nyeri dengan cepat, sensasi yang tajam, dapat melokalisasi sumber nyeri dengan jelas dan mendeteksi intensitas nyeri. Serabut C tidak memiliki myelin, berukuran sangat kecil, sehingga buruk dalam menyampaikan impuls terlokalisasi visceral dan terus-menerus.

Ketika rangsangan serabut C dan A-delta dari perifer disampaikan maka mediator biokimia akan melepaskan yang aktif terhadap respon nyeri seperti : kalium dan prostaglandin yang akan keluar jika ada jaringan yang rusak. Transmisi stimulus nyeri akan berlanjut sepanjang serabut saraf aferen dan berakhir di bagian kornu dorsalis medulla spinalis. Saat di kornu dorsalis, neuritransmitter seperti substansi P dilepas sehingga menyebabkan suatu transmisi sinapsis dari saraf perifer menuju saraf traktus spinolatus lalu informasi dengan cepat disampaikan ke pusat thalamus (Purwoto et al., 2023)

Menurut Mubarak dan Chayatin (2012) proses fisiologis terkait nyeri disebut nosiseosi. Proses tersebut terdiri atas empat fase yaitu:

a. Transduksi

Pada fase transduksi, stimulus atau rangsangan yang membahayakan (misalnya, bahan kimia, suhu, listrik atau mekanis) memicu pelepasan mediator biokimia (misal, prostaglandin, bradikini, histamin, substansi P) yang mensensitisasi nosiseptor

b. Transmisi

Proses transmisi merupakan proses perpindahan impuls melalui saraf dan sensoris menyusul proses transduksi yang disalurkan melalui serabut A-delta dan serabut C ke medulla spinalis. Proses perpindahan impuls listrik dari neuron pertama ke neuron kedua, terjadi di kornu posterior dimana naik melalui tractus spinothalamikus dan otak tengah kemudian dari thalamus mengirim pesan nosiseptik ke korteks somatosensorik dan sistem limbik.

Tractus spinothalamikus yaitu tractus yang berasal dari medulla spinalis sampai di thalamus kemudian berganti neuron menuju korteks serebri pada somatosensorik dimana nyeri sensoriknya dirasakan berupa lokalisasi, intensitas dan lamanya, sedangkan tractus spinoretikularis sebelum tiba di thalamus berganti neuron di batang otak retikularis kemudian

menuju limbik dimana nyeri emosional dirasakan berupa cemas, ketakutan, berteriak atau menangis (Mardona et al., 2023)

c. Medulasi

Fase ini disebut juga sistem desenden. Pada fase ini, neuron di batang otak mengirimkan sinyal-sinyal kembali ke medula spinalis. Serabut desenden tersebut melepaskan substansi seperti opioid, serotonin, dan norepinefrin yang akan menghambat impuls asenden yang membahayakan di bagian dorsal medula spinalis.

d. Persepsi

Pada fase ini, individu mulai menyadari adanya nyeri. Tampaknya persepsi nyeri tersebut terjadi di struktur korteks sehingga memungkinkan munculnya berbagai strategi perilaku-kognitif untuk mengurangi komponen sensorik dan afektif nyeri (Purwoto et al., 2023)

3. Klasifikasi nyeri

Nyeri memiliki karakteristik yang unik pada setiap orang. Adanya rasa takut, marah, cemas, depresi dan kelelahan memengaruhi persepsi nyeri. Subjektivitas nyeri membuat sulit untuk mengklasifikasikan nyeri dan memahami mekanisme nyeri itu sendiri. Menurut Menurut

International Association for the Study of Pain (IASP) Nyeri dapat digolongkan berdasarkan beberapa kelompok yaitu:

a. Berdasarkan jenis nyeri (Anitescu et al., 2018)

1) Nyeri nosiseptik

Ketidaknyaman akibat rangsangan pada kulit, jaringan subkutan dan selaput lender, keluhan yang ditimbulkan seperti rasa panas, tajam dan dapat terlokalisir contoh pada pasien pasca operasi dan pasien luka bakar

2) Nyeri Neurogenik

Nyeri karena disfungsi primer sistem saraf tepi, seperti kerusakan saraf tepi. Umumnya, penderita merasa disengat dengan sensasi rasa panas dan sentuhan yang tidak menyenangkan. Contohnya pada penderita herpes zoster

3) Nyeri Psikogenik

Nyeri yang terkait dengan gangguan kejiwaan manusia, dapat dilihat pada kasus depresi atau ansietas.

b. Berdasarkan waktu nya menurut (PPNI,2016)

1) Nyeri akut

Keluhan nyeri yang dirasakan akibat kerusakan jaringan secara mendadak maupun

lambat dengan intensitas ringan sampai berat dan dialami kurang dari 3 bulan

2) Nyeri kronis

Keluhan nyeri yang dirasakan akibat kerusakan jaringan secara mendadak maupun lambat dengan intensitas ringan sampai berat dan sudah lebih dari 3 bulan

4. Tanda dan gejala

- a. Suara meringis, merintih, menarik atau menghembuskan nafas
- b. Ekspresi wajah meringis
- c. Mengigit bibir, mengigit lidah, mengatupkan gigi, dahi berkerut, tertutup rapat atau membuka mata atau mulut
- d. Pergerakan tubuh tampak gelisah, mondar mandir, Gerakan menggosok atau berirama, bergerak melindungi bagian tubuh, immobilisasi, otot tegang
- e. Interaksi sosial menghindari percakapan dan kontak sosial, berfokus pada aktivitas untuk mengurangi nyeri, disorientasi waktu (Purwoto et al., 2023)

5. Faktor faktor yang mempengaruhi nyeri

a. Kelemahan

Kelemahan meningkatkan persepsi terhadap nyeri dan menurunkan kemampuan untuk mengatasi masalah. Apabila kelemahan terjadi disepanjang waktu istirahat, persepsi terhadap nyeri akan lebih besar. Nyeri

terkadang jarang dialami setelah tidur atau istirahat cukup.

b. Jenis kelamin

Secara umum perempuan dianggap lebih merasakan nyeri dibandingkan laki – laki. Faktor biologis dan faktor psikologis dianggap turut memiliki peran dalam memengaruhi perbedaan persepsi nyeri antara jenis kelamin. Kondisi hormonal pada perempuan juga turut memengaruhi nyeri.

Pada perempuan didapatkan bahwa hormon estrogen dan progesterone sangat berperan dalam sensitivitas nyeri, hormon estrogen memiliki efek pronosiseptif yang dapat merangsang proses sensitisasi sentral dan perifer. Hormon progesterone berpengaruh dalam penurunan ambang batas nyeri. Hal itu menyebabkan perempuan cenderung lebih merasakan nyeri dibandingkan laki-laki (Novitayanti, 2023)

c. Usia

Usia seseorang akan memengaruhi seseorang tersebut terhadap sensasi nyeri baik persepsi maupun ekspresi. Perkembangan usia, baik anak-anak, dewasa, dan lansia 5 akan sangat berpengaruh terhadap nyeri yang dirasakan. Pada usia anak akan sulit untuk menginterpretasikan dan melokalisasi nyeri yang dirasakan karena belum dapat mengucapkan kata-kata dan mengungkapkan secara verbal maupun

mengekspresikan nyeri yang dirasakan sehingga nyeri yang dirasakan biasanya akan diinterpretasikan kepada orang tua atau tenaga Kesehatan.

d. Genetik

Informasi genetic yang diturunkan dari orang tua memungkinkan adanya peningkatan atau penurunan sensitivitas seseorang terhadap nyeri. Gen yang ada di dalam tubuh seseorang dibentuk dari kombinasi gen ayah dan ibu. Gen yang paling dominan yang akan menentukan kondisi dan psikologis seseorang.

e. Faktor Psikologis

Faktor psikologis yang memengaruhi ekspresi tingkah laku juga ikut serta dalam persepsi nyeri. Tingkat depresi dan gangguan kecemasan yang lebih tinggi pada perempuan menunjukkan adanya kontribusi jenis kelamin terhadap skala nyeri (Novitayanti, 2023). Tingkat dan kualitas nyeri yang diterima klien berhubungan dengan arti nyeri tersebut. Kecemasan kadang meningkatkan persepsi terhadap nyeri, tetapi nyeri juga menyebabkan perasaan cemas. Respon emosional pada nyeri melibatkan girus cingulat anterior dan korteks prefrontal ventral kanan. Sirkuit serotonin dan norepinefrin juga terlibat dalam modulasi stimulus sensoris, yang mungkin memengaruhi bagaimana

depresi dan pengobatan antidepresan berefek pada persepsi nyeri.

f. Pengalaman sebelumnya

Frekuensi terjadinya nyeri dimana dimasa lampau cukup sering tanpa adanya penanganan atau penderitaan adanya nyeri menyebabkan kecemasan bahkan ketakutan yang timbul secara berulang. Jika 6 orang tersebut belum merasakan nyeri sebelumnya maka akan tersiksa dengan keadaan tersebut. Sebaliknya, jika seseorang sudah mengalami nyeri yang sama maka akan dianggap biasa, karena sudah paham tindakan apa yang dilakukan untuk menghilangkan rasa nyeri tersebut. Budaya Etnis dan warisan budaya telah lama dikenal berpengaruh pada nyeri dan manifestasinya. Individu akan belajar dari apa yang diharapkan dan diterima dalam budayanya termasuk dalam merespon rasa sakit.

6. Pengkajian Nyeri

Menurut (RAHMA WATI, 2018) Beberapa hal yang dapat dikaji untuk mengetahui nyeri pada seseorang yaitu:

a. Intensitas nyeri

Mintak individu untuk membuat tingkatan nyeri pada skala verbal, contoh: tidak nyeri, sedikit nyeri, nyeri sedang, nyeri berat, hebat atau sangat nyeri, skala nyeri yang sebelumnya bersifat kualitatif dan dapat menjadi kuantitatif dengan menggunakan

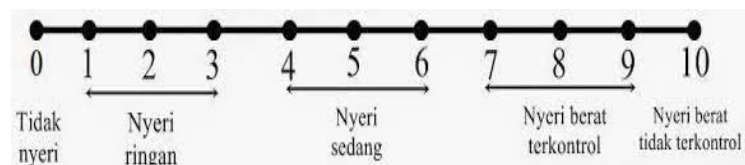
metode skala nyeri 0 -10 yang berarti 0 (tidak nyeri), 10 (sangat nyeri).

b. Karakteristik nyeri

Karakteristik nyeri dapat dilihat dan diukur dengan berdasarkan lokasi, durasi nyeri, contohnya yaitu menit, jam, hari dan bulan. Irama pada nyeri seperti terus menerus, hilang timbul, periodenya bertambah atau berkurang. Kualitas dari nyeri sendiri seperti ditusuk tusuk, dan terasa seperti terbakar.

Pengukuran tingkat nyeri yaitu dengan cara pencetakan objektif yang paling mungkin adalah menggunakan respon fisiologik tubuh terhadap nyeri itu sendiri. Penilaian intensitas nyeri dapat dilakukan dengan menggunakan skala nyeri.

1) skala nyeri Deskripsi



Gambar 2.3 skala Deskripsi

Pada skala nyeri deskripsi menggunakan angka angka 0 sampai 10 untuk dapat menggambarkan tingkat nyeri.

2) Skala nyeri Numerik



SkemaGambar 2.4 Skala numerik

Skala nyeri numerik merupakan skala nyeri yang paling efektif untuk mengkaji intensitas nyeri sebelum dan setelah intervensi terapeutik, skala nyeri numerik merupakan skala nyeri yang sederhana dan mudah dimengerti, skala numerik verbal ini lebih bermanfaat pada pasien pasca bedah karena secara alami verbal tidak terlalu mengandalkan koordinasi visual dan motorik. Penilaian nyeri yang dirasakan klien yaitu

- a) 0 = tidak ada rasa sakit (merasa normal)
- b) 1 = nyeri hampir tak terasa (sangat ringan)
contoh seperti digigit nyamuk
- c) 2 = (tidak menyenangkan) nyeri ringan
seperti cubitan ringan pada kulit
- d) 3 = (bisa toleransi) nyeri teras seperti
dipukul ke hidung menyebabkan hidung
berdarah atau suntikan dokter

- e) 4 = (menyedihkan) = Kuat, nyeri yang dalam, seperti sakit gigi atau rasa sakit dari sengatan lebah
- f) 5 = (sangat menyedihkan) = Kuat, dalam, nyeri yang menusuk, seperti pergelangan kaki terkilir
- g) 6 = (intens) = Kuat, dalam, nyeri yang menusuk begitu kuat sehingga tampaknya sebagian memengaruhi sebagian indra klien, menyebabkan tidak fokus, komunikasi terganggu
- h) 7 = (sangat intens) Sama seperti 6 kecuali bahwa rasa sakit benar-benar mendominasi indra klien menyebabkan tidak dapat berkomunikasi dengan baik dan tak mampu melakukan perawatan diri
- i) 8 = (benar-benar mengerikan) = Nyeri begitu kuat sehingga klien tidak lagi dapat berpikir jernih, dan sering mengalami perubahan kepribadian yang parah jika sakit datang dan berlangsung lama
- j) 9 = (menyiksa tak tertahankan) = Nyeri begitu kuat
- k) sehingga klien tidak bisa mentolerirnya dan sampai sampai menuntut untuk segera

menghilangkan rasa sakit apapun caranya,
tidak peduli apa efek samping atau
risikonya

- 1) 10 = (sakit tak terbayangkan tak dapat diungkapkan) = Nyeri begitu kuat tak sadarkan diri. Kebanyakan orang tidak pernah mengalami sakala rasa sakit ini. Karena sudah keburu pingsan seperti mengalami kecelakaan parah, tangan hancur, dan kesadaran akan hilang sebagai akibat dari rasa sakit yang luar biasa parah.
- 3) Skala nyeri wajah (Wong-baker faces pain rating scale)

Penilaian skala nyeri dengan cara menggunakan skala wong- baker pain rating scale dapat dilakukan dengan mudah, namun perlu kejelian pada si penilai pada saat memperhatikan ekspresi wajah penderita dikarenakan hanya dilakukan dengan cara melihat ekspresi wajah penderita saat bertatap muka tanpa menanyakan keluhannya



Gambar 2.5 skala wajah (Wong-baker face pain rating scale)

- Ekspresi wajah 1 (Tidak merasa nyeri sama sekali)
- Ekspresi wajah 2 (Nyeri hanya sedikit)
- Ekspresi wajah 3 (sedikit lebih nyeri)
- Ekspresi wajah 4 (jauh lebih nyeri)
- Ekspresi wajah 5 (jauh lebih nyeri sangat)
- Ekspresi wajah 6 (Sangat nyeri luar biasa hingga dapat membuat penderita menangis) (RAHMA WATI, 2018)

7. Penatalaksana nyeri

Menurut (Barat, 2023) penanganan nyeri dapat dilakukan dengan cara :

- Melakukan kolaborasi farmakologi atau berupa obat-obatan seperti analgesic dan NSAID dapat membuat rasa

nyeri mulai berkurang yaitu dengan cara memblok transmisi stimuli agar terjadinya perubahan persepsi dan dengan mengurangi respon cortical

b. Penanganan nyeri non farmakologis dapat dilakukan dengan cara

- 1) Imaginasi terbimbing (guided imagery)
- 2) Relaksasi nafas dalam
- 3) Hipnotherapi
- 4) Distraksi atau pengalihan perhatian / berzikir
- 5) Relaksasi progresif meregangkan otot atau stretching
- 6) Meditasi dan visualisasi

D. Asuhan keperawatan teoritis

1. Pengkajian keperawatan

a. Anamnesa identitas klien

- 1) Nama klien : untuk mengidentifikasi klien dan membedakan antara satu klien dengan klien lainnya
- 2) Usia : untuk mengidentifikasi usia klien gastritis
- 3) Jenis kelamin: menurut jenis kelaminnya laki laki dan perempuan mempunyai potensi yang sama yang dapat menderita gastritis (Tarwoto & Wartonah, 2015)
- 4) Pendidikan : bagi orang yang tingkat Pendidikan rendah/minim mendapatkan pengetahuan tentang gastritis, maka akan menganggap remeh penyakit ini bukan hanya menganggap sebagai sakit perut biasa

akan memakan makanan yang dapat menimbulkan serta memparparah penyakit ini (Khanza et al., 2017)

- b. Keluhan utama : penderita datang ke rumah sakit dengan keluhan nyeri epigastrium. Munculnya keluhan nyeri pada epigastrium diakibatkan iritasi mukosa lambung yang merangsang noniseptor nyeri pada lapisan otot lambung pada bagian pleksus saraf mienterikus (Auerbach) (Sukarmin, 2012)
- c. Riwayat Penyakit Sekarang : keluhan pasien berupa nyeri ulu hati sampai datang ke rumah sakit (Ida Mardalena, 2018)
- d. Riwayat Penyakit Dahulu : pasien gastritis dengan 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 (Mutaqqin & Sari, 2013)
- e. Riwayat Penyakit Keluarga : di isi dengan menyebutkan nama penyakit berat yang pernah diderita oleh keluarga dan dikhususkan terhadap riwayat kesehatan terutama penyakit genetik dan penyakit keturunan
- f. Riwayat Alergi : riwayat alergi yang dimiliki klien harus diketahui perawat. Alergen dapat berupa makanan, obat, bulu hewan, serbuk sari maupun alergen lain yang dapat menimbulkan alergi
- g. Pola fungsi kesahatan

1. Pola Nutrisi Peningkatan asam lambung pada penderita gastritis akan menurunkan nafsu makan, karena produk sekretorik lambung akan lebih banyak mengisi lumen lambung
2. Pola Eliminasi 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 (Tarwoto dan Wartonah, 2015)
3. Pola aktivitas penderita juga tampak malas untuk beraktivitas, banyak tiduran dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari seperti makan, BAB dan BAK banyak dibantu oleh keluarganya (Sukarmin, 2012).

h. Pemeriksaan fisik

1. Keadaan umum: kemungkinan lemah akibat penurunan oksigen jaringan, cairan tubuh dan nutrisi.
2. Tingkat kesadaran mungkin masih composmentis sampai apatis kalau disertai penurunan perfusi dan elektrolit (kalium, natrium, kalsium)
3. Tanda-tanda vital
 - a) Tekanan darah: terjadi peningkatan tekanan darah. Normalnya sistole 120-139 mmHg, diastole 80-89 mmHg
 - b) Suhu : suhu tubuh dalam batas normal. Normalnya 36,5- 37,5°C

- c) Nadi : adanya peningkatan denyut nadi karena pembuluh darah menjadi lemah, volume darah menurun sehingga jantung melakukan kompensasi menaikkan heart rate untuk menaikkan cardiac output dalam mencukupi kebutuhan tubuh. Normalnya, 60-100x/menit
- d) Frekuensi pernapasan : pernapasan lebih cepat sekitar 24- 30x/menit. Normalnya 18-24x/menit (Debora, 2017)

4. Kondisi fisik

- a. Pemeriksaan kulit dan kuku Inspeksi : persebaran warna kulit, ada atau tidak edema, ada atau tidak lesi, bentuk dan warna dasar kuku Palpasi : kelembaban kulit, turgor kulit elastis atau tidak, CRT, suhu akral dingin atau hangat (Mubarak et al., 2015)
- b. Pemeriksaan kepala Inspeksi : bentuk kepala, kebersihan pada kulit kepala, kebotakan dan tanda-tanda kemerahan Palpasi : ada atau tidaknya massa pada kepala, ada atau tidaknya nyeri tekan (Ambarwati, 2014)
- c. Pemeriksaan mata Inspeksi : kemungkinan kelipatan cekung akibat penurunan cairan tubuh dan anemis akibat penurunan ebooksigen jaringan, anemia perniosa, anemia defisiensi besi Palpasi : kaji kekenyalan pada bola mata

- d. Pemeriksaan hidung Inspeksi : kesimetrisan lubang hidung, kepatenan jalan napas, ada atau tidak pernapasan cuping hidung 15 Palpasi : ada atau tidak massa, ada atau tidak pembengkakan, ada atau tidak nyeri tekan (Debora, 2017)
- e. Pemeriksaan telinga Inspeksi : kesimetrisan daun telinga, kebersihan, ada atau tidak lesi Palpasi : ada atau tidaknya nyeri tekan pada daun telinga saat ditarik dan tragus ditekan (Mubarak et al., 2015)
- f. Pemeriksaan mulut Inspeksi : kemungkinan mukosa mulut kering akibat penurunan cairan intrasel mukosa, bibir pecah-pecah, bau mulut tidak sedap, ada atau tidaknya perdarahan pada gusi, kebersihan lidah
- g. Pemeriksaan leher Inspeksi : ada atau tidaknya pembengkakan, ada atau tidak jaringan parut Palpasi : ada atau tidak pembesaran kelenjar limfe, teraba atau tidak kelenjar tiroid
- h. Pemeriksaan thorak
 - 1) pemeriksaan dinding dada dan paru-paru
Inspeksi : bentuk dan gerakan dinding dada, warna kulit, ada atau tidak lesi Palpasi : pergerakan dinding dada, ada atau tidak massa, pemeriksaan taktil fremitus Perkusi : hasil normal perkusi adalah resonan Auskultasi : ada atau tidak suara nafas

tambahan, suara nafas vesikuler (Debora, 2017)

- 2) Pemeriksaan jantung Inspeksi : tampak atau tidak ictus cordis, tampak atau tidak vena jugularis Palpasi : adanya peningkatan denyut nadi karena pembuluh darah menjadi lemah, volume darah menurun sehingga jantung melakukan kompensasi menaikkan heart rate untuk menaikkan cardiac output dalam mencukupi kebutuhan tubuh Auskultasi : ada atau tidak bunyi jantung tambahan
- i. Pemeriksaan abdomen Inspeksi : persebaran warna kulit, bentuk dan pergerakan dinding abdomen, tampak kembung atau normal Auskultasi : dengarkan bunyi peristaltik usus kemungkinan terjadi penurunan peristaltik usus (normalnya 5-30x/menit) karena lambung teriritasi Perkusi : mengeluh atau tidak adanya nyeri abdomen bagian epigastrium, terdengar bunyi timpani pada area usus dan pekak pada area hepar dan pancreas Palpasi : ada atau tidak massa, mengeluh atau tidak adanya nyeri abdomen bagian epigastrium, ada atau tidak pembesaran pada hepar (Debora, 2017)
- j. Pemeriksaan ekstremitas atas dan bawah Inspeksi : kesimetrisan ekstremitas atas dan

bawah, ada atau tidak pembengkakan, kelengkapan jumlah jari Palpasi : ada atau tidak nyeri tekan pada struktur tulang dan otot pada pergelangan tangan dan kaki

- k. Pemeriksaan genetalia Inspeksi : kebersihan area kulit genetalia, pertumbuhan rambut pubis, keadaan lubang uretra, cairan yang dikeluarkan (Tarwoto dan Wartonah, 2015).

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon terhadap masalah atau proses kehidupan yang dialaminya baik berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosa keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon pasien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan Kesehatan.

Diagnosa keperawatan sering muncul pada kasus gastritis menurut (Doenges, 2017) yaitu :

a. Nyeri akut

Nyeri akut merupakan pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan

Nyeri akut yang terjadi pada pasien gastritis dapat disebabkan oleh faktor agen pencedera fisiologis dikarenakan umumnya pasien gastritis akan merasakan nyeri dibagian epigastris / uluh hati

b. Defisit nutrisi

Defisit nutrisi adalah asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme

Salah satu faktor yang dapat menyebabkan pasien dengan penyakit gastritis mengalami defisit nutrisi adalah faktor fisiologis umumnya tanda dan gejala pada pasien gastritis akan merasakan nyeri, mual dan muntah hal tersebut yang dapat menyebabkan klien untuk sulit makan

c. Intoleransi aktivitas

Intoleransi aktivitas merupakan ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari hari

Pasien yang mengalami gastritis akan merasakan nyeri, mual dan muntah hal tersebut yang dapat menjadi faktor penyebab klien mengalami kelemahan pada tubuhnya dan lebih cenderung membuat klien untuk berbaring

d. Defisit pengetahuan

Defisit pengetahuan adalah ketiadaan atau kurangnya informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu

Salah satu faktor penyebab yang sering terjadi pada pasien yang mengalami gastritis adalah ketidaktahuan / kurang mendapatkan informasi untuk menjaga pola makan yang memicu terjadi gastritis tersebut

3. Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk menyesuaikan kondisi pasien (outcome) yang diharapkan (SIKI DPP PPNI 2018) (SLKI DPP PPNI 2019)

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN & KRITERIA HASIL	PERENCANAAN
1	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis	Setelah melakukan Tindakan keperawatan diharapkan tingkat	Obeservasi - Mengidentifikasi lokasi, karakteristik,

		nyeri menurun dengan kriteria hasil: a. Keluhan nyeri menurun b. Meringis menurun c. Gelisah menurun d. Pola nafas membaik	durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri - Identifikasi skala nyeri - Identifikasi respon nyeri non verbal - Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri - Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri - Identifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup - Monitor tingkat keberhasilan
--	--	--	--

			terapi komplementer yang sudah diberikan - Monitor efek samping Teraupetik - Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, Teknik non farmakologis yang dapat diterapkan kepada klien adalah terapi nyeri dan kompres bawang merah - Kontrol lingkungan yang memperberat
--	--	--	--

			rasa nyeri (pencahayaan dan kebisingan suara) - Fasilitasi istirahat tidur - Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi - Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri - Jelaskan strategi meredakan nyeri - Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri - Anjurkan
--	--	--	--

			menggunakan analgetik secara tepat - Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri Kolaborasi - Kolaborasi pemberian analgesic jika perlu
2	Defisit nutrisi berhubungan faktor psikologis (keengganan untuk makan)	setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil: - Porsi makan yang dihabiskan meningkat - Frekuensi makan membaik - Nafsu makan	Obeservasi - Identifikasi status nutrisi - Identifikasi alergi dan intoleransi makanan - Identifikasi makanan yang disukai - Identifikasi perlunya penggunaan

		membaik	selang nasogastric - Monitor asupan makanan - Monitor berat badan - Monitor hasil pemeriksaan laboratorium Teraupetik - Lakukan oral hygiene sebelum dan sesudah makan (jika perlu) - Fasilitasi menentukan pendoman diet - Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai - Berikan makanan yang tinggi serat
--	--	---------	--

			untuk mencegah konstipasi - Berikan makanan yang tinggi kalori dan protein - Hentikan pemberian makanan melalui nasogastric jika asupan dapat ditoleransi - Berikan makanan yang tinggi kalori dan protein - Hentikan pemberian makanan melalui nasogastric jika asupan dapat ditoleransi Edukasi
--	--	--	--

			- Anjurkan posisi duduk (jika perlu) - Anjurkan diet yang diprogramkan Kolaborasi - Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. Pereda nyeri antiemetic) jika perlu - Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan
3	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan	Setelah dilakukan Tindakan asuhan keperawatan	Observasi - Identifikasi gangguan fungsi

		diharapkan toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil: - Frekuensi nadi meningkat - Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari hari meningkat - Frekuensi nafas membaik	tubuh yang mengakibatkan kelelahan - Monitor kelelahan fisik dan emosional - Monitor pola tidur dan istirahat - Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas Teraupetik - Sedaikan lingkungan nyaman dan rendah stimulus - Lakukan Latihan rentang gerak pasif atau aktif - Fasilitasi duduk di sisi tempat
--	--	---	--

			tidur Edukasi - Anjurkan tirah baring - Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap - Anjurkan menghubungi perawat jika tanda gejala kelelahan tidak berkurang - Anjurkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan Kolaborasi - Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan
--	--	--	---

4	Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan defisit pengetahuan meningkat dengan kriteria hasil : - Perilaku sesuai anjuran meningkat - Verbalisasi minat dalam belajar meningkat - Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat - Kemampuan menggambarkan pengalaman sebelumnya yang sesuai	Observasi - Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi - Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat Teraupetik - Sediakan materi dan media Pendidikan Kesehatan - Jadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan - Berikan
---	--	---	--

		dengan topik meningkat	kesempatan untuk bertaya
		e. Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat	Edukasi
		f. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun	- Jelaskan faktor resiko yang dapat memperngaruhi Kesehatan - Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat - Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat -

Tabel 2.1 Rencana Tindakan keperawatan

4. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan adalah fase ketika perawat mengimplementasi intervensi keperawatan, implementasi merupakan langkah keempat dari proses keperawatan yang

telah direncanakan oleh perawat untuk dikerjakan dalam rangka membantu pasien untuk mencegah, mengurangi dan menghilangkan dampak respon yang timbulkan oleh masalah keperawatan dan Kesehatan (Nursalam, 2015)

Tindakan keperawatan merupakan perilaku atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan, intervensi keperawatan berdasarkan SIKI dilaksanakan pada tahap implementasi keperawatan (PPNI,2018)

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis

Manajemen nyeri I.08238

Sebelum melakukan Tindakan keperawatan / intervensi dari manajemen nyeri, hal yang perlu diperhatikan adalah penilaian dari tingkat nyeri yang klien rasakan, mencari penyebab yang membuat klien mengalami nyeri dan dapat mempertimbangkan dari Riwayat medis terdahulu.

Pastikan untuk berkomunikasi dengan klien untuk dapat memahami pengalaman nyeri yang dirasakan oleh klien untuk memahami pengalaman nyerinya secara mendalam, pertimbangkan pilihan non farmakologis dan farmakologis sesuai dengan kebutuhan, serta pantau respon klien terhadap intervensi yang diberikan, jangan lupa untuk melakukan dokumentasi selesai melakukan Tindakan

- b. Defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan)

Manajemen nutrisi I. 03119

Sebelum melakukan Tindakan keperawatan atau mengimplementasikan hal yang perlu diperhatikan yang salah satu nya adalah kondisi Kesehatan klien. Riwayat Kesehatan dan kondisi medis saat ini.

Tentukan tujuan nutrisi yang ingin dicapai yang salah satu nya adalah porsi makan yang meningkat, mengidentifikasi kebutuhan nutrisi individu, sesuaikan dengan jenis diet dengan kebutuhannya klien, pentingnya untuk mengetahui alergi / intoleransi makanan yang memengaruhi rencana nutrisi, berikan edukasi kepada klien atau keluarga pentingnya nutrisi dan dampaknya terhadap Kesehatan

- c. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan

Manajemen energi I.05178

Sebelum melakukan Tindakan keperawatan atau mengimplementasi dari rencana keperawatan hal yang perlu diperhatikan pada pasien mengalami diagnosa intoleransi aktivitas atau rencana Tindakan keperawatan manajemen energi yaitu adalah kenyamanan dari klien sendiri, fasilitasi tempat istirahat yang baik untuk membantu memulihkan energi klien

- d. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi

Edukasi Kesehatan I.12383

Sebelum melakukan Tindakan keperawatan atau mengimplementasi dari rencana keperawatan hal yang perawat perhatikan adalah Pendidikan dari klien dan cara klien untuk memahami apa yang akan perawat sampaikan

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi adalah proses yang bertujuan untuk mengetahui keberhasilan Tindakan keperawatan yang telah diberikan. Evaluasi terbagi menjadi dua (Nursalam, 2015)

a. Evaluasi formatif

Evaluasi formatif berfokus pada Tindakan keperawatan dan hasil Tindakan keperawatan evaluasi formatif menggunakan rumusan SOAP yaitu subjektif (data berupa keluhan pasien), objektif (data hasil pemeriksaan), analisa data (perbandingan data) dan perencanaan

b. Evaluasi sumatif

Evaluasi sumatif menilai dan memonitor kualitas asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien

E. Terapi komplementer

1. Terapi Dzikir

a. Pengertian terapi Dzikir

Dzikir berasal dari Bahasa arab Dzikullah yang artinya mengingat, mengingat Allah SWT, Merupakan hal yang sangat penting untuk dilakukan oleh setiap manusia. Dzikir merupakan ketundukan dan kepatuhan aturan agama, segala sesuatu yang dicintai oleh Allah dan ridhonya baik yang berupa perkataan maupun perbuatan yang tersembunyi maupun yang tampak. Istigfar, bertasbih, tahmid takbir, sholat, membaca Qur'an dan berdoa kepada Allah merupakan dzikir (QS. AL-Baqarah: 152)

Terapi dzikir adalah rangkaian kalimat yang diucapkan dalam rangka untuk mengingat Allah SWT., serta segala usaha untuk selalu menjalankan perintah-Nya dan menjauhi segala larangan-Nya. Dengan berdzikir juga akan seseorang merasa lebih tenang sehingga kemudian menekan kerja sistem saraf simpatis dan mengakibatkan kerja sistem saraf parasimpatis. Allah berfirman " orang-orang yang beriman dan hati mereka menjadi tentram dengan mengingat Allah SWT (dzikrullah). Ingatlah hanya dengan mengingat Allahlah hati menjadi tentram"(QS. Ar-Ra du: 29) (Himawan & Yulisetiyaningrum, 2019)

Terapi dzikir merupakan jenis terapi ritme yang teratur disertai sikap pasrah pada objek transendensi yaitu Allah. Terapi dzikir juga dapat menurunkan nyeri. Fase yang digunakan dalam terapi dzikir ini berupa

nama-nama Allah, atau kata yang memiliki makna yang menenangkan sehingga mampu mengurangi rasa nyeri. Teknik distraksi mendengarkan dzikir digunakan sebagai terapi pendamping non farmakologi. (Himawan & Yulisetiyaningrum, 2019) .

b. Tujuan terapi Dzikir

Tujuan terapi dzikir untuk mengurangi nyeri pada pasien karena secara fisiologis terapi spiritual dengan berdzikir atau mengingat nama Allah akan menyebabkan otak bekerja. Sehingga otak mendapat rangsangan dari luar, maka otak akan memproduksi suatu zat kimia yang akan memberi rasa nyaman. Setelah otak memproduksi zat tersebut, kemudian zat ini akan menyangkut dan diserap didalam tubuh sehingga akan memberi umpan balik berupa kenikmatan atau kenyamanan (Budiyanto et al., 2015)

c. Manfaat terapi dzikir

Manfaat terapi dzikir memberikan pemahaman positif

- 1) Pada aspek kognitif, bacaan dzikir memberikan pemahaman yang positif (Widyastuti, 2019)
- 2) Aspek afektif, pemahaman positif yang timbul karena dzikir menumbuhkan optimisme bahwa setiap permasalahan dapat dihadapi, selain itu dzikir disebut sebagai Teknik relaksasi islam

sehingga membuat perasaan yang tegang menjadi tenang (Widyastuti, 2019)

- 3) Aspek spiritual, dzikir menumbuhkan kesadaran untuk berpasrah kepada Allah SWT bahwa penyerahan diri kepada Allah SWT memberikan ketenangan pada batin dan jiwa (Widyastuti, 2019)

d. Tahap tahapan dzikir

Praktik dzikir terdiri dari empat tahap yang merupakan modifikasi tahapan dzikir menurut (Widyastuti, 2019), keempat tahap tersebut yaitu tahap sebelum, awal, inti dan akhir dzikir.

- 1) Pada tahap sebelum dzikir, pasien dipandu untuk meluruskan niat hanya kepada Allah SWT
- 2) Tahap awal yaitu mengucapkan syahadat dan solawat
- 3) Pada tahap inti yaitu mengucapkan nama Allah (ism-ul-dzat) dan asmaul husna, fasilitator menjelaskan arti dari setiap asmaul husna yang diajarkan
- 4) Tahap akhir yaitu dengan menarik nafas dalam kemudian mengeluarkannya dengan mengucap alhamdulillah

F. STANDAR OPERASIONAL PELAKSANA

1. Terapi zikir

No	PROSEDUR
----	----------

A	Pra interaksi 1. Verifikasi data klien
B	Orientasi 1. Mengucapkan salam teraupetik dan memperkenalkan diri 2. Menjelaskan tujuan dan prosedur Tindakan 3. Menanyakan kesiapan klien 4. Mendekatkan alat alat dan menjaga privasi klien 5. Mencuci tangan
C	1. Persiapan alat alat a. Tasbih b. Mukenah/pecih 2. Tahap kerja a. Bantu klien untuk memposisikan yang nyaman untuk duduk, baik itu diatas lantai dengan bersila atau diatas kursi, namun jika sedang sakit bisa dengan posisi berbaring / tiduran, disunahkan Ketika berzikir menghadap arah kiblat b. Tenangkan diri pasien sampai nyaman (rileks) c. Jelaskan kepada klien untuk dzikir yang akan di bimbing oleh perawat dalam proses pelaksanaan nya d. Bantu klien memakaikan mukena dan

	diberikan tasbih e. Terapi distraksi dzikir dapat diberikan selama 15 menit f. Setelah terapi diberikan atur Kembali posisi klien dengan nyaman mungkin
D	Terminasi 1. Merapikan alat dan mencuci tangan 2. Penutup a. Tanyakan respon klien b. Rencana tindak lanjut c. Salam teraupetik 3. Dokumentasi

Tabel 2.2 SOP Terapi dzikir