

## BAB II

### TINJAUAN TEORITIS

#### A. Konsep dasar keluarga

##### 1. Definisi Keluarga

Berikut ini merupakan definisi keluarga menurut beberapa ahli Bakri (2021) : Raisner (1980) menyatakan bahwa keluarga adalah sebuah kelompok yang terdiri dari dua orang atau lebih yang masing-masing mempunyai hubungan kekerabatan yang terdiri dari bapak, ibu, adik, kakak, kakek, nenek. Keluarga adalah sebuah sistem sosial dan sebuah kumpulan beberapa komponen yang saling berinteraksi satu sama lain (Logan's 1979).

Duvall menyatakan bahwa keluarga merupakan sekumpulan orang yang dihubungkan oleh ikatan perkawinan, adopsi, dan kelahiran yang bertujuan untuk meningkatkan dan mempertahankan budaya yang umum, meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional, dan sosial dari setiap anggota. Departemen kesehatan RI (1998) keluarga merupakan unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga dan beberapa orang yang berkumpul serta tinggal disuatu tempat dibawah satu atap dan saling ketergantungan.

Dari beberapa pengertian diatas, dapat disimpulkan bahwa karakteristik keluarga adalah sebagai berikut (Dion and Betan, 2013) :

- a. Terdiri dari dua orang atau lebih yang memiliki ikatan atau persekutuan berupa perkawinan atau persekutuan yang dibentuk.
- b. Terdapat hubungan yang dibentuk melalui adanya hubungan darah (garis keturunan langsung), adopsi dan kesepakatan yang dibuat.
- c. Tinggal bersama dibawah satu atap atau antara satu anggota dengan yang lain memiliki tempat tinggal berbeda karena suatu urusan tertentu (misalnya urusan pekerjaan) akan tetapi untuk sementara waktu.
- d. Memiliki peran masing-masing dan bertanggung jawab terhadap tugas yang diberikan.

## 2. Peran keluarga

Bakri (2021) menyatakan terdapat delapan posisi yang harus dipenuhi sepasang suami-istri dalam berumah tangga, yaitu memberi nafkah, mengurus rumah tangga, perawatan anak, sosialisasi, seksual, terapeutik, rekreasi, dan kekerabatan. Secara tradisional, suami berperan sebagai pemberi nafkah dan istri berperan sebagai pengurus rumah tangga, perawatan anak, dan peran pemberi perawatan lainnya. Namun, sejatinya peran dalam keluarga dapat dinegosiasikan, ditetapkan, didelegasikan, atau diasumsikan.

Sehingga seiring perkembangan zaman, peran pemberi nafkah berubah. Tidak hanya suami yang dianggap sebagai pemberi nafkah utama dalam keluarga, tetapi istri juga telah terlibat dalam membantu ekonomi keluarga. Hal ini sesuai dengan semangat emansipasi yang menempatkan posisi perempuan setara dengan laki-laki dalam banyak hal.

Haddock *et al* (2005) menyatakan bahwa perempuan berperan sebagai pengurus rumah tangga dan bertanggung jawab pada perawatan anak. Begitu pula dengan posisi suami, meski berperan mencari nafkah, terkadang ia tidak sungkan mengerjakan beberapa pekerjaan rumah, bahkan mengurus anak. Dalam perawatan anak, peran orang tua umumnya meliputi pengajaran cara anak belajar berinteraksi dengan orang lain, perawatan diri sendiri, membentuk batas hubungan dengan keluarga besar, teman, atau orang lain dan sebagai warga dari masyarakat (Bakri, 2021).

Adapun peran masing-masing anggota keluarga dapat dideskripsikan sebagai berikut.

### a. Peranan ayah

Dalam tradisi masyarakat kita, ayah memiliki peran yang sangat penting dan strategis dalam keluarga. Posisinya sering menjadi rujukan anggota keluarga dalam menentukan perilaku dan arah hidup keluarga. Hal ini sangat wajar karena ayah memiliki peran sebagai pemimpin / kepala keluarga mencari nafkah, pelindung, pemberi rasa aman, sebagai anggota dari kelompok sosialnya serta sebagai anggota masyarakat dari lingkungannya.

b. Peran ibu

Peran ibu tidak kalah penting dengan ayah. Dalam masyarakat kita, ibu cenderung menjadi teman dan pendidik pertama bagi anak. Selain mengurus wilayah domestik keluarga, ibu juga berperan sebagai salah satu anggota kelompok dari peranan sosialnya serta sebagai anggota masyarakat dari lingkungannya. Bahkan ibu dapat pula berperan sebagai pencari nafkah tambahan dalam keluarga.

c. Peran anak

Dalam posisi ini, anak menjadi objek sekaligus subjek. Anak yang dibentuk oleh keluarga pada saat bersamaan juga memiliki perannya tersendiri. Dalam tradisi masyarakat kita, anak melaksanakan peranan psikososial sesuai dengan tingkat perkembangannya, baik fisik, mental, sosial, dan spiritual.

3. Dukungan keluarga

Dukungan keluarga merupakan sikap, tindakan penerimaan keluarga terhadap anggota keluarganya, berupa dukungan informasional, dukungan penilaian, dukungan instrumental dan dukungan emosional. Jadi dukungan keluarga adalah suatu bentuk hubungan interpersonal yang meliputi sikap, tindakan dan penerimaan terhadap anggota keluarga, sehingga anggota keluarga merasa ada yang memperhatikan (Friedman, 2013).

Dukungan keluarga merupakan sebuah proses yang terjadi sepanjang kehidupan, dimana dalam semua tahap siklus kehidupan dukungan keluarga membuat keluarga mampu berfungsi dengan berbagai kepandaian dan akal untuk meningkatkan kesehatan dan adaptasi keluarga dalam kehidupan (Setiadi, 2008).

Menurut House dan Khan (1985) dalam Friedman (2010), terdapat empat tipe dukungan keluarga yaitu :

a. Dukungan emosional

Keluarga sebagai sebuah tempat yang aman dan damai untuk istirahat dan pemulihan serta dapat membantu penguasaan emosional. Bentuk dukungan ini membuat individu memiliki perasaan nyaman, yakin,

diterima oleh anggota keluarga berupa ungkapan empati, kepedulian, perhatian, cinta, kepercayaan, rasa aman dan selalu mendampingi pasien dalam perawatan. Dukungan ini sangat penting dalam menghadapi keadaan yang dianggap terkontrol.

b. Dukungan penilaian dan penghargaan

Keluarga bertindak sebagai penengah dalam pemecahan masalah dan juga sebagai fasilitator dalam pemecahan masalah yang sedang dihadapi. Keluarga bertindak sebagai bimbingan umpan balik, membimbing dan menengahi pemecahan dan validator identitas anggota keluarga. Dimensi ini terjadi melalui ekspresi berupa sambutan yang positif dengan orang-orang disekitarnya, dorongan atau pernyataan setuju terhadap ide-ide atau perasaan individu.

Dukungan ini membuat seseorang merasa berharga, kompeten dan dihargai. Dukungan penghargaan juga merupakan bentuk fungsi afektif keluarga yang dapat meningkatkan status psikososial pada keluarga yang sakit. Melalui dukungan ini, individu akan mendapat pengakuan atas kemampuan dan keahlian yang dimilikinya.

c. Dukungan instrumental

Dukungan instrumental (peralatan atau fasilitas) yang dapat diterima oleh anggota keluarga yang sakit melibatkan penyediaan sarana untuk mempermudah perilaku membantu pasien yang mencakup bantuan langsung biasanya berupa bentuk-bentuk konkrit yaitu berupa uang, peluang, waktu, dan lain-lain. Bentuk dukungan ini dapat mengurangi stress karena individu dapat langsung memecahkan masalahnya yang berhubungan dengan materi.

d. Dukungan informasional

Dukungan ini berupa pemberian nasehat dengan mengingatkan individu untuk menjalankan pengobatan atau perawatan yang telah direkomendasikan oleh petugas kesehatan (tentang pola makan sehari-hari, aktivitas fisik atau latihan jasmani, minum obat, dan kontrol), mengingatkan tentang perilaku yang memperburuk penyakit individu serta

memberikan penjelasan mengenai hal pemeriksaan dan pengobatan dari dokter yang merawat ataupun menjelaskan hal-hal yang tidak jelas tentang penyakit yang diderita individu.

4. Permasalahan kesehatan yang lazim di lingkungan keluarga

a. Masalah sosial dan ekonomi

Sosial ekonomi berasal dari dua kata yaitu sosial berarti segala sesuatu yang mengenai masyarakat atau kemasyarakatan, sedangkan ekonomi berarti pengetahuan azas-azas penghasilan (produksi) dalam rumah tangga, pemakaian barang-barang serta kekayaan seperti keuangan perdagangan. Melly (1989) menyatakan keadaan status sosial ekonomi masyarakat dapat dikelompokkan menjadi 3 yaitu tinggi, sedang, rendah.

Grigorive & Grigorieva (2011) menyatakan dalam penelitiannya jika seseorang dengan berpendapatan rendah cenderung memiliki status kesehatan yang lebih buruk dibandingkan dengan seseorang yang pendapatannya lebih tinggi. Hal ini disebabkan oleh perbedaan konsumsi dalam hal menjaga kesehatannya. Seseorang dengan pendapatan tinggi cenderung lebih memiliki pola dan gaya hidup yang sehat (Rakasiwi and Kautsar, 2021)

b. Masalah psikis

Masalah keluarga dapat mempengaruhi psikologis dan merusak hubungan antara satu sama lain, beberapa kondisi yang sering kali memicu masalah dalam keluarga adalah perbedaan argumen, perubahan hidup, hingga kondisi keuangan (Permana, 2021). Mental sehat adalah kondisi ketika batin kita berada dalam keadaan tenang dan tentram, yang memungkinkan kita menikmati kehidupan sehari-hari dan menghargai orang lain. Orang yang kesehatan mentalnya terganggu akan mengalami gangguan suasana hati, kemampuan berpikir, serta kendali emosi yang pada akhirnya bisa mengarah pada perilaku buruk. Masalah kesehatan mental yang sering terjadi yaitu:

1) Stres

Stres adalah keadaan ketika seseorang mengalami tekanan yang sangat berat, baik secara emosi maupun mental. Saat stres biasanya orang akan gelisah, cemas, dan mudah tersinggung. Stres juga dapat mengganggu konsentrasi, mengurangi motivasi, dan pada kasus tertentu, memicu depresi.

2) Gangguan kecemasan

Gangguan kecemasan merupakan kondisi psikologis ketika seseorang mengalami rasa cemas berlebihan secara konstan dan sulit dikendalikan. Berdampak buruk pada kehidupan sehari-harinya.

3) Depresi

Depresi merupakan gangguan suasana hati yang menyebabkan penderitanya terus-menerus merasa sedih. Berbeda dengan kesedihan biasa yang umumnya berlangsung selama beberapa hari, perasaan sedih pada depresi bisa berlangsung hingga berminggu-minggu atau berbulan-bulan selain mempengaruhi perasaan atau emosi, depresi juga dapat menyebabkan masalah fisik, mengubah cara berpikir, serta mengubah cara berperilaku penderitanya (Vionetta, 2020).

## **B. Konsep Penyakit Gastritis**

### **1. Definisi Gastritis**

Gastritis merupakan suatu peradangan mukosa lambung yang bersifat akut, kronik difus, atau lokal. Karakteristik dari peradangan ini antara lain anoreksia, rasa penuh atau tidak nyaman pada epigastrium, mual, muntah, peradangan lokal pada mukosa lambung ini akan berkembang bila mekanisme protektif mukosa dipenuhi dengan bakteri atau bahan iritan lain (Mardalena, 2017)

Gastritis yaitu peradangan lokal atau menyebar pada mukosa lambung yang berkembang bila mekanisme protektif mukosa dipenuhi dengan bakteri atau iritan (Sakti *et al.*, 2021). Gastritis merupakan suatu peradangan mukosa lambung yang dapat bersifat akut, kronik, diffus atau lokal. Sebagian besar gastritis disebabkan oleh infeksi bakteri mukosa lambung yang kronis. Selain

itu beberapa bahan yang sering dimakan dapat menyebabkan rusaknya sawar mukosa pelindung lambung (Wijaya and Putri, 2017).

## 2. Klasifikasi

Mardalena (2017) menyatakan gastritis merupakan proses inflamasi pada lapisan mukosa dan submukosa lambung. Secara histopatologi dapat dibuktikan dengan adanya infiltrasi sel-sel radang di daerah tersebut. Secara umum, gastritis merupakan salah satu jenis penyakit dalam, dapat dibagi menjadi beberapa macam :

### a. Gastritis Akut

Gastritis akut merupakan suatu peradangan parah pada permukaan mukosa lambung dengan kerusakan-kerusakan erosi (Soeparman,2001). Gastritis akut merupakan proses inflamasi bersifat akut dan biasanya terjadi sepiintas pada mukosa lambung.

Keadaan ini paling sering berkaitan dengan penggunaan obat-obatan anti inflamasi nonsteroid (khususnya, aspirin) dosis tinggi dan dalam jangka waktu, konsumsi alkohol yang berlebihan, dan kebiasaan merokok. Di samping itu, stres berat seperti luka bakar dan pembedahan, iskemik dan syok juga dapat menyebabkan gastritis akut. Demi pula halnya dengan kemoterapi, uremia, infeksi sistemik, tertelan zat asam atau alkali, iradiasi lambung, trauma mekanik, dan gastrektomi distal (Robbins,2009).

### b. Gastritis Kronis

Gastritis kronis merupakan inflamasi lambung dalam jangka waktu lama dan dapat disebabkan oleh ulkus benigna atau maligna pada lambung, atau oleh bakteri *helicobacter pylori* (Soeparman,2001).

Gastritis kronis merupakan keadaan terjadinya perubahan inflamatorik yang kronis pada mukosa lambung sehingga akhirnya terjadi atrofi mukosa dan metaplasia epitel. Keadaan ini menjadi latar belakang munculnya displasia dan karsinoma (Robbins,2009).

### 3. Etiologi

Wijaya & Putri (2017) menyatakan lapisan lambung menahan iritasi dan biasanya tahan terhadap asam yang kuat. Tetapi lapisan lambung dapat mengalami iritasi dan peradangan karena beberapa penyebab :

#### a. Gastritis bakterialis

Merupakan akibat dari infeksi oleh *Helicobacter pylori* (bakteri yang tumbuh di dalam sel penghasil lendir di lapisan lambung). Tidak ada bakteri lainnya yang dalam keadaan normal tumbuh di dalam lambung yang bersifat asam, tetapi jika lambung tidak menghasilkan asam, berbagai bakteri bisa tumbuh di lambung. Bakteri ini bisa menyebabkan gastritis menetap atau gastritis sementara.

#### b. Gastritis karena stress akut

Merupakan jenis gastritis yang paling berat, yang disebabkan oleh penyakit berat atau trauma (cedera) yang terjadi secara tiba-tiba. Cedera nya mungkin tidak mengenai lambung seperti yang terjadi pada luka bakar yang luas atau cedera yang menyebabkan perdarahan hebat.

#### c. Gastritis erosif kronis

Yaitu akibat dari, bahan-bahan seperti obat-obatan, terutama aspirin dan obat anti peradangan non-steroid lainnya, penyakit *crohn*, infeksi virus dan bakteri. Gastritis ini terjadi secara perlahan pada orang-orang yang sehat, bisa disertai dengan perdarahan atau pembentukan ulkus (borok, luka terbuka), paling sering terjadi pada alkoholik.

#### d. Gastritis karena virus atau jamur

Bisa terjadi pada penderita penyakit menahun atau penderita yang mengalami gangguan kekebalan.

#### e. Gastritis *eosinofilik*

Bisa terjadi sebagai akibat dari reaksi alergi terhadap infestasi cacing gelang *Eosinofil* (sel darah putih) terkumpul di dinding lambung.

#### f. Gastritis *atrofik*

Terjadi jika antibodi menyerang lapisan lambung, sehingga lapisan lambung sangat tipis dan kehilangan sebagian atau seluruh selnya yang

menghasilkan asam dan enzim. Keadaan ini biasanya terjadi pada usia lanjut gastritis ini juga cenderung terjadi pada orang-orang yang sebagian lambungnya telah diangkat (menjalani pembedahan *gastrektomi parsial* ). Gastritis *atrofik* bisa menyebabkan anemia *pernisiosa* karena mempengaruhi penyerapan vitamin B12 dari makanan.

g. Penyakit *meniere*

Merupakan jenis gastritis yang penyebabnya tidak diketahui. Dinding lambung menjadi tebal, lipatannya melebar, kelenjar membesar dan memiliki kista yang terisi cairan. Sekitar 10 % penderita penyakit ini menderita penyakit lambung.

h. Gastritis sel plasma

Merupakan gastritis yang penyebabnya tidak diketahui. Sel *plasma* (salah satu jenis sel darah putih ) terkumpul dalam dinding lambung dan organ lainnya. Gastritis juga bisa terjadi jika seseorang menelan bahan korosif atau menerima terapi penyinaran dengan dosis yang berlebihan.

4. Manifestasi klinis

Nyeri lambung atau *epigastric pain* merupakan gejala klinis yang paling sering ditemukan pada gastritis akut. Gejala klinis lain meliputi mual, muntah, pusing, malaise, anoreksia dan *hiccup* (*ceeguen*). Pada gastritis kronis kadang tidak menimbulkan gejala yang begitu berat. Gastritis kronis biasanya ditandai dengan penurunan berat badan, perdarahan, dan anemia *pernisiosa* sebagai akibat menurunnya absorpsi vitamin B karena hilangnya faktor intrinsik lambung. Kondisi *hypochlorhydria* dan *anchlorhydria* sering ditemukan pada kondisi ini (Diyono and Mulyanti, 2013)

Tanda dan gejala gastritis menurut Wijaya & Putri (2017) yaitu :

a. Gastritis akut

- 1) Nyeri epigastrium, terjadi nya nyeri karena adanya peradangan pada mukosa lambung
- 2) Perdarahan, perdarahan saluran cerna berupa hematemesis dan melena, kemudian disusul dengan tanda-tanda anemia pasca perdarahan

3) Nausea dan vomitus, merupakan salah satu keluhan yang sering muncul. Hal ini dikarenakan adanya regenerasi mukosa lambung yang mengakibatkan mual dan muntah.

b. Gastritis kronis

Pada pasien gastritis kronis memiliki keluhan seperti, perasaan penuh pada abdomen, anorexia, nausea, distress epigastrik yang tidak nyata, nyeri ulu hati, nyeri ulkus peptik, keluhan anemia.

5. Patofisiologi

Dermawan & Rahayuningsih menyatakan mukosa barier lambung umumnya melindungi lambung dari pencernaan terhadap lambung itu sendiri, prostaglandin memberikan perlindungan ketika barier mukosa rusak maka timbul peradangan pada mukosa lambung (gastritis). Setelah barier ini rusak terjadilah perlukaan mukosa yang dibentuk dan diperburuk oleh histamin dan stimulasi saraf cholinergic. Kemudian HCL dapat berdifusi balik ke dalam mucus dan menyebabkan luka pada pembuluh yang kecil, dan mengakibatkan terjadinya bengkak, perdarahan, dan erosi pada lambung.

Alkohol, aspirin refluks isi duodenum diketahui sebagai penghambat difusi barier. Perlahan-lahan patologi yang terjadi pada gastritis kongesti vaskuler, edema, peradangan sel superfisial. Manifestasi patologi awal dari gastritis yaitu penebalan. Kemerahan pada membran mukosa dengan adanya tonjolan. Sejalan dengan perkembangan penyakit dinding dan saluran lambung menipis dan mengecil, atrofi gastrik progresif karena perlukaan mukosa kronik menyebabkan fungsi sel utama parietal memburuk.

Ketika fungsi sel sekresi asam memburuk, sumber-sumber faktor intrinsiknya hilang. Vitamin B12 dalam batas menipis secara merata yang mengakibatkan anemia yang berat. Degenerasi mungkin ditemukan pada sel utama dan parietal sekresi asam lambung menurun secara berangsur, baik jumlah maupun konsentrasi asamnya sampai tinggal mucus dan air. Resiko terjadinya kanker gastrik yang berkembang dikatakan meningkat setelah 10 tahun gastritis kronik. Perdarahan mungkin terjadi satu episode gastritis akut atau dengan luka yang disebabkan oleh gastritis kronis (Rujiantie, Richard and Sulistyarini, 2018).

## 6. Pemeriksaan penunjang

Suratun (2010) menyatakan pemeriksaan penunjang pada pasien gastritis meliputi :

- a. Pemeriksaan darah lengkap, bertujuan untuk mengetahui adanya anemia.
- b. Pemeriksaan serum vitamin B12, bertujuan untuk mengetahui adanya defisiensi B12
- c. Analisa feses, bertujuan untuk mengetahui adanya darah dalam feses
- d. Analisa gaster, bertujuan untuk mengetahui kandungan HCI lambung. Acholohidria menunjukkan adanya gastritis atropi.
- e. Tes antibody serum, bertujuan mengetahui adanya antibodi sel parietal dan faktor intrinsik lambung terhadap *helicobacter pylory*.
- f. Endoscopy, biopsy, dan pemeriksaan urine biasanya dilakukan bila ada kecurigaan berkembangnya ulkus peptikum.
- g. Sitology, bertujuan untuk mengetahui adanya keganasan sel lambung.

## 7. Penatalaksanaan

Baughman (dalam Mardalena, 2017) penatalaksanaan medis pada pasien gastritis akut maupun gastritis kronis adalah sebagai berikut:

- a. Gastritis Akut
  - 1) Pantang minum alkohol dan makan sampai gejala- gejala menghilang; ubah menjadi diit yang tidak mengiritasi.
  - 2) Jika gejala-gejala menetap, mungkin diperlukan cairan IV.
  - 3) Jika terdapat pendarahan, penatalaksanaannya serupa dengan heromogi yang terjadi pada saluran gastrointestinal bagian atas.
  - 4) Jika gastritis terjadi akibat menelan asam kuat atau alkali, encerkan dan netralkan asam dan antasida umum, misalnya, aluminium hidroksida
  - 5) Jika gastritis terjadi akibat menelan basa kuat, gunakan sari buah jeruk yang encer atau cuka diencerkan.

b. Gastritis Kronis

- 1) modifikasi diet, istirahat, reduksi stres, farmakoterapi.
- 2) *helicobacter pylori* mungkin diatasi dengan antibiotik (misalnya tetrasiklin atau amoksisilin) dan garam bismuth (pepto bismol)

8. Komplikasi

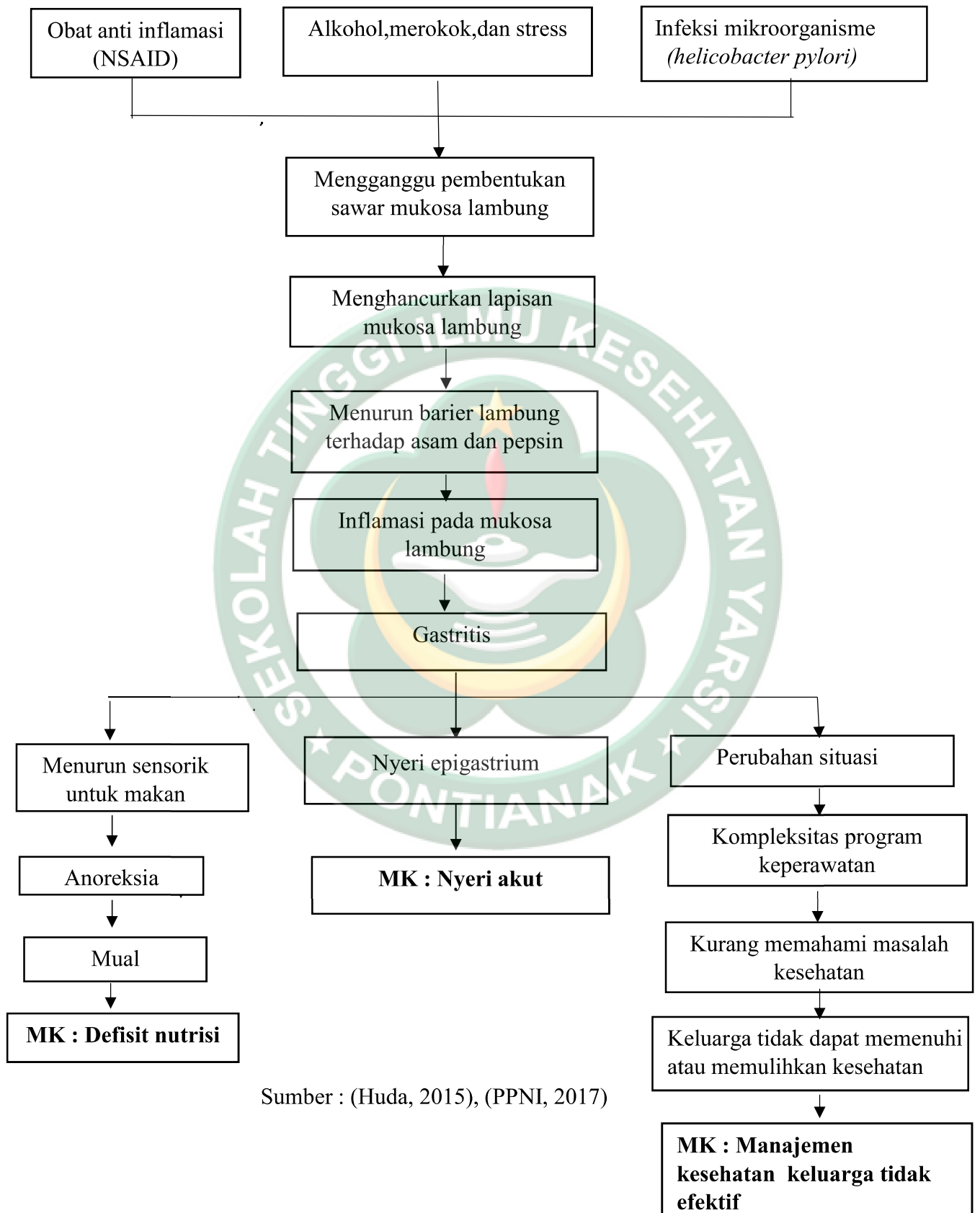
Muttaqin and Sari (2011) menyatakan komplikasi penyakit gastritis yaitu :

1. Perdarahan saluran cerna bagian atas yang merupakan kedaruratan medis
2. Ulkus peptikum, jika prosesnya hebat
3. Gangguan cairan dan elektrolit pada kondisi berat
4. Anemia pernisiiosa, keganasan lambung



## 9. Pathway

Skema 2.1



## C. Konsep Nyeri Akut

### 1. Definisi Nyeri Akut

Nyeri akut merupakan pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari tiga bulan (PPNI, 2017). Nyeri akut 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 dan muka pucat (Mubarak *et al.*, 2015).

### 2. Klasifikasi Nyeri Akut

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 and 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 disini mengandung kaya akan nosiseptor. Terminologi nyeri muskuloskeletal diartikan sebagai nyeri somatik. Nosiseptor disini menjadi sensitif terhadap inflamasi, yang akan terjadi jika luka atau keseleo. Selain itu nyeri juga bisa terjadi akibat iskemik, seperti pada kram otot. Hal ini termasuk nyeri nosiseptif. Gejala nyeri somatik umumnya tajam dan lokasinya jelas, sehingga dapat ditunjuk dengan telunjuk. Jika kita menyentuh atau menggerakkan bagian yang cedera, nyeri nya akan bertambah berat (Perry and Potter, 2009).

b. Nyeri viseral

Jika yang terkena adalah organ-organ viseral atau organ dalam yang meliputi rongga thorax (paru dan jantung), serta rongga abdomen (usus, limpa, hati dan ginjal), rongga pelvis (ovarium, kantung kemih, dan kandungan). Berbeda dengan organ somatik, jika nyeri seperti sensasi, digunting atau dibakar, organ viseral akan terasa sakit kalau mengalami inflamasi, iskemik, Selain itu nyeri viseral umumnya terasa tumpul, lokasinya tidak jelas disertai dengan rasa mual - muntah bahkan sering terjadi nyeri refer yang dirasakan pada kulit (Perry and Potter, 2009).

3. Tanda dan Gejala Nyeri Akut

PPNI (2017) menyatakan tanda dan gejala nyeri akut yaitu :

Gejala dan tanda mayor

Subjektif : mengeluh nyeri

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

Gejala dan tanda minor

Subjektif : tidak tersedia

Objektif : tekanan darah meningkat, pola nafas berubah, nafsu makan berubah, prosesberfikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, dan diaphoresis.

4. Mekanisme Nyeri Akut

Terdapat 5 proses elektrofisiologi yang jelas, dimulai dengan proses transduksi, konduksi, modulasi, transmisi dan persepsi. Keseluruhan proses ini disebut nosisepsi (*nociception*) (Perry and Potter, 2009). Mekanisme nyeri akut melalui proses nosisepsi yaitu sebagai berikut :

a. Tranduksi

Merupakan proses dimana 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, bradykinin, serotonin, substansi P, dan histamin Zat-zat kimia ini mensensitasi dan mengaktivasi nosiseptor

menghasilkan suatu potensial aksi (impuls listrik). Perubahan zat-zat kimia menjadi impuls listrik inilah yang disebut proses transduksi.

b. Konduksi

Merupakan proses perambatan dan amplifikasi dari potensial aksi atau impuls listrik tersebut dari nosiseptor sampai pada cornu posterior medulla spinalis pada tulang belakang.

c. Modulasi

Merupakan proses inhibisi terhadap impuls listrik yang masuk kedalam kornu posterior, yang terjadi secara spontan yang kekuatannya berbeda-beda setiap orang, (dipengaruhi oleh latar belakang pendidikan, kepercayaan atau budaya). Kekuatan modulasi ini yang membedakan persepsi nyeri orang per orang terhadap suatu stimulus yang sama.

d. Transmisi

Merupakan proses perpindahan impuls listrik dari neuron pertama ke neuron kedua terjadi di kornu posterior medulla spinalis, dari mana ia naik melalui traktus spinotalamik 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 disini bahwa persepsi nyeri merupakan pengalaman sadar diri penggabungan antara aktivitas sensorik di korteks somatosensoris dengan aktivitas emosional dari sistem limbik, yang akhirnya dirasakan sebagai persepsi nyeri berupa *“unpleasant sensory and emotional experience”* (Perry & Potter, 2009).

5. 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 dimulai 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

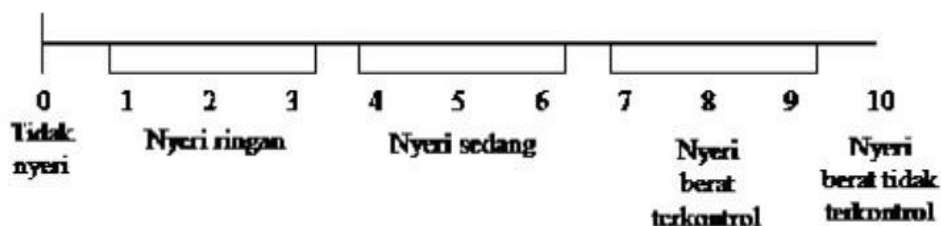
Skala nyeri deskriptif merupakan alat pengukuran tingkat keparahan nyeri yang objektif. Skala ini juga disebut sebagai skala pendeskripsian verbal / *verbal descriptor scale* (VDS) merupakan garis yang terdiri tiga sampai lima kata pendeskripsian yang tersusun dengan jarak yang sama di sepanjang garis. 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).



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 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)

Gambar 2.2 Skala Nyeri *Numerical Rating Scale*



Hasil penelitian dari Fadli *et al.* (2019) perbedaan nyeri ringan sedang dan berat dengan pengukuran menggunakan metode *Numeric Rating Scale* yaitu skala 8-10 (nyeri berat) di tandai dengan pernyataan verbal responden meringis, berkeringat, pucat, pucat, responden mengalami imobilisasi, responden hanya dapat menunjukkan lokasi nyeri dan tidak berkomunikasi sedangkan skala 4-7 (nyeri sedang) di tandai dengan pernyataan verbal responden mengeluh sakit pada bagian abdomen, ekspresi wajah meringis disertai dengan gelisah dan responden masih dapat berkomunikasi dan menunjukkan lokasi nyeri sedangkan 1-3 (nyeri ringan) nyeri yang hilang datang terutama sewaktu melakukan aktivitas sehari-hari dan hilang pada waktu tidur.

c. *Faces Scale* ( Skala Wajah)

Pasien disuruh melihat skala gambar wajah. Gambar pertama tidak nyeri, 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).

Gambar 2.3 *Faces Scale*



(Mubarak *et al.*, 2015)

#### **D. Teknik Relaksasi Napas Dalam**

##### 1. Definisi teknik relaksasi napas dalam

Teknik relaksasi napas dalam merupakan bentuk asuhan keperawatan untuk mengajarkan kepada klien bagaimana cara melakukan napas dalam, napas lambat (menahan inspirasi secara maksimal) dari bagaimana menghembuskan napas secara perlahan. Selain dapat menurunkan intensitas nyeri, teknik relaksasi napas dalam juga dapat meningkatkan ventilasi paru dan meningkatkan oksigenasi darah (Smeltzer and Bare, 2002).

##### 2. Tujuan dan alasan relaksai napas dalam

Smeltzer and Bare (2002) Menyatakan tujuan teknik relaksasi napas dalam adalah untuk meningkatkan ventilasi alveoli, memelihara pertukaran gas, mencegah atelektasi paru, meningkatkan efisiensi batuk, mengurangi stres baik stres fisik maupun emosional yaitu menurunkan intensitas nyeri dan menurunkan kecemasan. Teknik relaksasi napas dalam dipercaya dapat menurunkan intensitas nyeri melalui mekanisme yaitu :

- a. Dengan merelaksasikan otot-otot skelet yang mengalami spasme yang disebabkan oleh peningkatan prostaglandin sehingga terjadi vasodilatasi pembuluh darah dan akan meningkatkan aliran darah ke daerah yang mengalami spasme dan iskemic.
- b. Teknik relaksasi napas dalam dipercayai mampu merangsang tubuh untuk melepaskan opiod endogen yaitu endorfin dan enkefalin
- c. Mudah dilakukan dan tidak memerlukan alat relaksasi melibatkan sistem otot dan respirasi dan tidak memerlukan alat lain sehingga mudah dilakukan kapan saja atau sewaktu-waktu.

Prinsip yang mendasari penurunan nyeri oleh teknik relaksasi terletak pada fisiologis sistem syaraf otonom yang merupakan bagian dari sistem syaraf perifer yang mempertahankan homeostatis lingkungan internal individu. Pada saat terjadi pelepasan mediator kimia seperti bradikinin, prostaglandin dan substansi, akan merangsang syaraf simpatis sehingga

menyebabkan vasokonstriksi yang akhirnya meningkatkan tonus otot yang menimbulkan berbagai efek seperti spasme otot yang akhirnya menekan pembuluh darah, mengurangi aliran darah dan meningkatkan kecepatan metabolisme otot yang menimbulkan pengiriman impuls nyeri dari medulla spinalis ke otak dan dipersepsikan sebagai nyeri.

3. Manfaat relaksasi napas dalam

Priharjo (2003) menyatakan manfaat dari teknik relaksasi napas dalam :

- a. Ketentraman hati
- b. Berkurangnya rasa cemas, khawatir dan gelisah
- c. Tekanan dan ketegangan jiwa menjadi rendah
- d. Detak jantung lebih rendah
- e. Ketahanan yang lebih besar terhadap penyakit
- f. Tidur lelap
- g. Kesehatan mental menjadi lebih baik
- h. Daya ingat lebih baik
- i. Meningkatkan daya berpikir logis
- j. Meningkatkan kreativitas
- k. Meningkatkan keyakinan
- l. Meningkatkan daya kemauan
- m. Intuisi
- n. Meningkatkan kemampuan berhubungan dengan orang lain.

4. Prosedur teknik relaksasi napas dalam

Menurut Priharjo (2003) bentuk pernapasan yang digunakan pada prosedur ini adalah pernafasan diafragma yang mengacu pada pendataran kubah diafragma selama inspirasi yang mengakibatkan pembesaran abdomen bagian atas sejalan dengan desakan udara masuk selama inspirasi. Adapun langkah-langkah teknik relaksasi napas dalam adalah sebagai berikut :

- a. Ciptakan lingkungan yang tenang
- b. Usahakan tetap rileks dan tenang

- c. Menarik napas dalam dari hidung dan mengisi paru-paru dengan udara melalui hitungan 1,2,3.
- d. Perlahan-lahan udara dihembuskan melalui mulut sambil merasakan ekstremitas atas dan bawah rilekas
- e. Anjurkan bernapas dengan irama normal 3 kali
- f. Menarik napas lagi melalui hidung dan menghembuskan melalui mulut secara perlahan-perlahan
- g. Membiarkan telapak tangan dan kaki rileks. Usahakan agar tetap konsentrasi, mata sambil terpejam
- h. Pada saat konsentrasi pusatkan pada daerah yang nyeri
- i. Anjurkan untuk mengulangi prosedur hingga nyeri terasa berkurang
- j. Ulangi sampai 15 kali, dengan selingi istirahat singkat setiap 5 kali
- k. Bila nyeri menjadi hebat, seseorang dapat bernapas secara dangkal dan cepat

#### **E. Keperawatan Teoritis**

Mardalena ( 2017) menyatakan Konsep Asuhan Keperawatan teoritis yaitu :

##### **1. Pengkajian**

###### **a. Data subjektif**

- 1) Keluhan pasien berupa nyeri ulu hati, mual dan muntah, anoreksia, rasa penuh, pola makan salah, stres, konsumsi obat-obat tertentu. Tanyakan apakah pasien merokok, alkohol, menjalankan diet ketat, merasa sakit kepala, bersendawa, atau rasa terbakar setelah makan.
- 2) Tanyakan bagaimana gejala menghilang.
- 3) Selidiki apakah orang lain dilingkungan pasien mempunyai gejala gejala serupa.

###### **b. Data obyektif**

Hasil pengkajian didapatkan nyeri tekan abdomen, dehidrasi, muntah (frekuensi, bahan muntahan, darah) dan bukti-bukti kelainan sistemik yang mungkin memicu gejala.

##### **2. Diagnosa Keperawatan**

Diagnosis keperawatan yang lazim muncul pada pasien dengan gastritis yaitu : (PPNI, 2017)

- a. Defisit nutrisi berhubungan dengan masukan nutrien yang tidak adekuat, ketidakmampuan mengabsorbsi makanan.
- b. Risiko defisit volume cairan (faktor resiko masukan cairan tidak cukup dan kehilangan cairan berlebihan karena muntah)
- c. Ansietas berhubungan dengan penurunan status kesehatan
- d. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera (mukosa lambung teriritasi)
- e. Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif berhubungan dengan kompleksitas program keperawatan.

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi keperawatan
D.0019	Defisit nutrisi berhubungan dengan masukan nutrien yang tidak adekuat, ketidakmampuan mengabsorbsi makanan.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan×24 jam diharapkan status nutrisi terpenuhi dengan kriteria hasil : Porsi makan yang dihabiskan meningkat Berat badan indeks masa tubuh (IMT) membaik Frekuensi makan membaik Nafsu makan membaik Perasaan cepat kenyang menurun	<b>Observasi</b> Identifikasi status nutrisi Identifikasi alergi dan intoleransi makanan Identifikasi makanan yang disukai Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient Monitor berat badan <b>Terapeutik</b> Fasilitasi pedoman diet (misalnya piramida makanan) Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai Berikan makanan sesuai diet yang dianjurkan (misalnya pada

			<p>penderita diabetes melitus), kebutuhan kalori,</p> <p>protein, dan nutrien lainnya.</p> <p>Hindari makanan yang tidak dianjurkan dalam pedoman diet</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>Ajarkan diet yang diprogramkan</p>
D.0032	<p>Risiko defisit volume cairan (faktor resiko masuk an cairan tidak cukup dan kehilangan cairan berlebihan karena muntah)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan ×24 jam diharapkan keseimbangan cairan terpenuhi dengan kriteria hasil :</p> <p>Asupan cairan meningkat</p> <p>Keluaran urin meningkat</p> <p>Kelembapan membran mukosa meningkat</p> <p>Asupan makanan meningkat</p> <p>Dehidrasi menurun</p> <p>Berat badan membaik</p>	<p><b>Observasi</b></p> <p>Perhatikan kondisi yang membuat kehilangan cairan (misalnya diare, demam, muntah)</p> <p>Nilai “kebiasaan hidrasi” klien yang menentukan pendekatan terbaik jika klien memiliki potensi dehidrasi.</p> <p>Evaluasi status gizi, memperhatikan asupan saat ini dan jenis diet monitor berat badan harian</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>Catat intake-output cairan berikan asupan cairan sesuai kebutuhan berikan cairan intravena jika perlu</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>Diskusikan faktor risiko individu, potensi masalah, dan intervensi</p>

			<p>khusus untuk mengurangi risiko cedera dan dehidrasi.</p> <p>Tinjau penggunaan obat yang tepat yang berpotensi menyebabkan atau memperburuk dehidrasi.</p> <p>Libatkan klien, keluarga, dan semua pengasuh dalam rencana manajemen cairan.</p>
D.0080	<p>Ansietas berhubungan dengan penurunan status kesehatan</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan ×24 jam diharapkan tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil :</p> <p>Verbalisasi kebingungan menurun</p> <p>Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun</p> <p>Perilaku tegang menurun</p> <p>Prilaku gelisah menurun</p> <p>Konsentrasi membaik</p> <p>Pola tidur membaik</p>	<p><b>Observasi</b></p> <p>Identifikasi gejala yang mengganggu kemampuan berkonsentrasi</p> <p>Identifikasi teknik relaksasi yang pernah digunakan</p> <p>Monitor respon terhadap relaksasi</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>Ciptakan lingkungan yang tenang, pencahayaan dan suhu ruangan yang nyaman</p> <p>Berikan informasi tertulis tentang persiapan persiapan teknik relaksasi</p> <p>Gunakan terapi relaksasi untuk mengurangi cemas</p>

			<p><b>Edukasi</b></p> <p>Jelaskan tujuan, manfaat, batasan dan jenis relaksasi yang tersedia (napas dalam, relaksasi otot progresif, napas dalam lambat)</p> <p>Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih</p> <p>Demonstrasi dan latih teknik relaksasi</p>
D.0077	Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera (mukosa lambung teriritasi)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan ×24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :</p> <p>Keluhan nyeri menurun</p> <p>Meringis menurun</p> <p>Gelisah menurun</p> <p>Kesulitan tidur menurun</p> <p>Frekuensi nadi membaik</p> <p>Pola nafas membaik</p> <p>Proses berfikir membaik</p>	<p><b>Observasi</b></p> <p>Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas, dan skala nyeri</p> <p>Identifikasi respon nyeri non verbal</p> <p>Identifikasi faktor yang memperberat dan meringankan nyeri</p> <p>Identifikasi pengetahuan dan keyakinan terhadap nyeri</p> <p>Identifikasi pengaruh budaya terhadap nyeri</p> <p>Monitor efek samping penggunaan analgetik</p>

			<p><b>Terapeutik</b></p> <p>Berikan teknik farmakologi untuk</p> <p>mengurangi rasa nyeri (misalnya TENS, <i>hypnosis</i>, <i>acupressure</i>, terapi musik, <i>biofeedback</i>, terapi pijat, aroma terapi, imajinasi terbimbing, kompres hangat atau dingin, dan terapi bermain)</p> <p>Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</p> <p>Fasilitasi istirahat dan tidur</p> <p>Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri</p> <p>dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri</p> <p>Jelaskan strategi meredakan nyeri</p> <p>Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat</p> <p><b>Kolaborasi</b></p> <p>Berikan analgetik jika perlu</p>
--	--	--	--

D.0115	<p>Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif berhubungan dengan kompleksitas program keperawatan.</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan ×24 jam diharapkan manajemen kesehatan keluarga meningkat dengan kriteria hasil :</p> <p>Kemampuan menjelaskan masalah kesehatan yang dialami meningkat</p> <p>Aktivitas keluarga mengatasi masalah kesehatan tepat meningkat</p> <p>Verbalisasi kesulitan menjalankan perawatan yang ditetapkan menurun</p> <p>Gejala penyakit anggota keluarga menurun</p>	<p><b>Observasi</b></p> <p>Identifikasi respon emosional terhadap kondisi saat ini</p> <p>Identifikasi beban prognosis secara psikologis</p> <p>Identifikasi pemahaman tentang keputusan perawat setelah pulang</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>Dengarkan masalah, perasaan dan pertanyaan keluarga</p> <p>Terima nilai-nilai keluarga dengan cara yang tidak menghakimi</p> <p>Diskusikan rencana medis dan perawatan</p> <p>Fasilitasi memperoleh pengetahuan, keterampilan dan peralatan yang diperlukan untuk mempertahankan keputusan perawatan pasien</p> <p>Hargai dan dukung mekanisme coping adaptif yang digunakan</p> <p><b>Edukasi</b></p>

			<p>Informasikan kemajuan pasien secara berkala</p> <p>Informasikan fasilitas perawatan kesehatan yang tersedia</p> <p><b>Kolaborasi</b></p> <p>Rujuk untuk terapi keluarga, jika perlu</p>
--	--	--	--

### 3. Implementasi

Komponen implementasi dalam proses keperawatan mencakup penerapan keterampilan yang diperlukan untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan (Carpenito, 2009). Keterampilan dan pengetahuan yang diperlukan untuk implementasi biasanya berfokus pada :

- a. Melakukan aktivitas untuk pasien atau membantu pasien.
- b. Melakukan pengkajian keperawatan untuk mengidentifikasi masalah baru atau memantau status masalah yang telah ada.
- c. Memberi pendidikan kesehatan untuk membantu pasien mendapatkan pengetahuan yang baru tentang kesehatannya atau penatalaksanaan gangguan.
- d. Membantu pasien membuat keputusan tentang pelayanan kesehatannya sendiri.
- e. Berkonsultasi dan membuat rujukan pada profesi kesehatan lainnya untuk mendapatkan pengarahan yang tepat.
- f. Memberi tindakan yang spesifik untuk menghilangkan, mengurangi, atau menyelesaikan masalah kesehatan.
- g. Membantu pasien melakukan aktivitasnya sendiri.
- h. Membantu pasien mengidentifikasi risiko atau masalah dan menggali pilihan yang tersedia (Mardalena, 2017)

#### 4. Evaluasi

Evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan yang merupakan perbandingan yang sistematis dan terencana antara hasil akhir yang teramati dan tujuan atau kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan (Asmadi, 2008). Evaluasi dilakukan secara berkesinambungan dengan melibatkan pasien dan tenaga kesehatan lainnya. Jika hasil evaluasi menunjukkan tercapainya tujuan dan kriteria hasil, pasien bisa keluar dari siklus proses keperawatan.

Jika evaluasi menunjukkan sebaliknya, maka perlu dilakukan kajian ulang (*reassessment*). Secara umum, evaluasi ditujukan untuk:

- a. Melihat dan menilai kemampuan pasien dalam mencapai tujuan
- b. Menentukan apakah tujuan keperawatan telah tercapai atau belum
- c. Mengkaji penyebab jika tujuan asuhan keperawatan belum tercapai (Mardalena, 2017).

