

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Konsep Dasar Penyakit Gastritis

1. Definisi

Gastritis adalah di mana kondisi mukosa lambung peradangan atau perdarahan. Kondisi ini dapat menjadi akut atau kronik. Gastritis umumnya dianggap sebagai penyakit maag oleh masyarakat. Gastritis dapat muncul pada semua usia, mulai dari anak-anak, remaja, dewasa, dan orang dewasa. Gastritis dapat membuat aktivitas sehari-hari menjadi sulit bagi mereka yang menderita karena nyeri pada ulu hati mereka (Sarma et al., n.d.-b 2023).

Gastritis merupakan kondisi di mana ketika lapisan lambung mengalami iritasi, peradangan, atau pengikisan. Kelenjar pada lapisan lambung menghasilkan asam lambung dan enzim pencernaan. Lendir yang tebal melindungi lapisan lambung sehingga tidak terluka. Namun, saat lendir tersebut hilang, lambung dapat terluka. Selain itu, penyakit ini dapat menyebabkan gastritis erosif, yang merupakan kondisi yang mengikis lambung. Pengikisan ini dapat menyebabkan luka dan pendarahan di lambung. Terlepas dari kenyataan bahwa kondisi ini relatif lebih jarang dibandingkan dengan gastritis erosif.

2. Klasifikasi

Gastritis diklasifikasikan menjadi gastritis akut dan kronis. Gastritis akut berlangsung dari beberapa jam hingga beberapa hari dan sering disebabkan oleh gizi buruk konsumsi makanan yang mengiritasi bentuk gastritis yang lebih serius yang disebabkan oleh asam atau basa kuat, yang dapat menyebabkan gangren atau perforasi lapisan lambung. Gastritis juga bisa menjadi tanda pertama infeksi sistemik. Gastritis kronis adalah infeksi lambung jangka panjang, yang dapat disebabkan oleh tukak lambung jinak atau ganas atau bakteri seperti *Helicobacter pylori*. Gastritis kronis dapat

disebabkan oleh makanan, seperti konsumsi kafein. Obat-obatan seperti *Nonsteroidal anti - inflammatory drug* (NSAID) (Dwi Maylani, 2023).

3. Etiologi

a. Gastritis akut

Gastritis akut disebabkan oleh faktor internal (kondisi pemicu yang menyebabkan pengeluaran asam lambung yang berlebihan) maupun faktor eksternal (menyebabkan iritasi dan infeksi).

- 1) Faktor dari luar : Makanan, diet yang salah, makan banyak, terlalu cepat, makanan berbumbu yang dapat merusak mukosa lambung, seperti rempah- rempah, alkohol, kopi, stress, obat-obatan digitalis, iodium, kortison, analgesik, antiinflamasi, bahan alkali yang kuat (soda).
- 2) Faktor dari dalam : Toksin, bakteri yang beredar dalam darah misalnya morbili, difteri, variola. Infeksi pirogen langsung pada dinding lambung seperti streptococcus, staphylococcus.

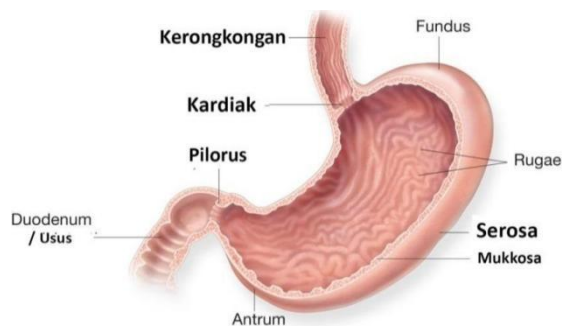
b. Gastritis kronis

Gastritis kronik adalah suatu peradangan bagian permukaan mukosa lambung yang menahun, inflamasi lambung yang lama dapat disebabkan oleh ulkus benigna dan maligna dari lambung atau oleh bakteri *Helicobacter pylori* (H. pylori). Gastritis kronis dapat diklasifikasikan sebagai berikut :

- 1) Tipe A (gastritis autoimun) diakibatkan dari perubahan sel parietal yang menimbulkan atrofi dan infiltrasi seluler. Anemia pernisiiosa berkembang dengan proses ini dan terjadi pada fundus atau korpus dari lambung.
- 2) Tipe B (kadang disebut sebagai gastritis *Helicobacter pylori*) mempengaruhi antrum dan pilorus (ujung bawah lambung dekat duodenum). Ini dihubungkan dengan bakteri *Helicobacter pylori* yang menimbulkan ulkus dinding lambung.

4. Anatomi Fisiologi Lambung

Lambung terletak oblik dari kiri ke kanan menyilang di abdomen atas tepat di bawah diafragma. Dalam keadaan kosong lambung menyerupai tabung bentuk J dan bila penuh berbentuk seperti buah pir raksasa. Kapasitas normal lambung adalah 1 sampai 2 liter. Secara anatomi lambung terbagi atas fundus, korpus dan antrum pilorikum atau pylorus (Farishal , 2018).



Gambar 2.1 Anatomi Lambung (Ardiyansyah, 2023).

Lambung atau disebut sebagai ventrikulus berupa suatu kantong yang terletak di bawah sekat rongga badan. Terletak di tengah agak kiri dan terhubung dengan kerongkongan. Pada umumnya, lambung masuk sebagai salah satu sistem pencernaan pada tubuh manusia. Lambung berfungsi sebagai tempat penyimpanan makanan. Bukan hanya sebagai tempat penyimpanan makanan, lambung menjalankan banyak mekanisme penting lainnya. Organ tubuh manusia satu ini terdiri dari beberapa bagian yang tentunya memiliki peran masing-masing dalam sistem pencernaan manusia.

Berdasarkan bentuk, lambung dibagi menjadi 5 bagian, yaitu

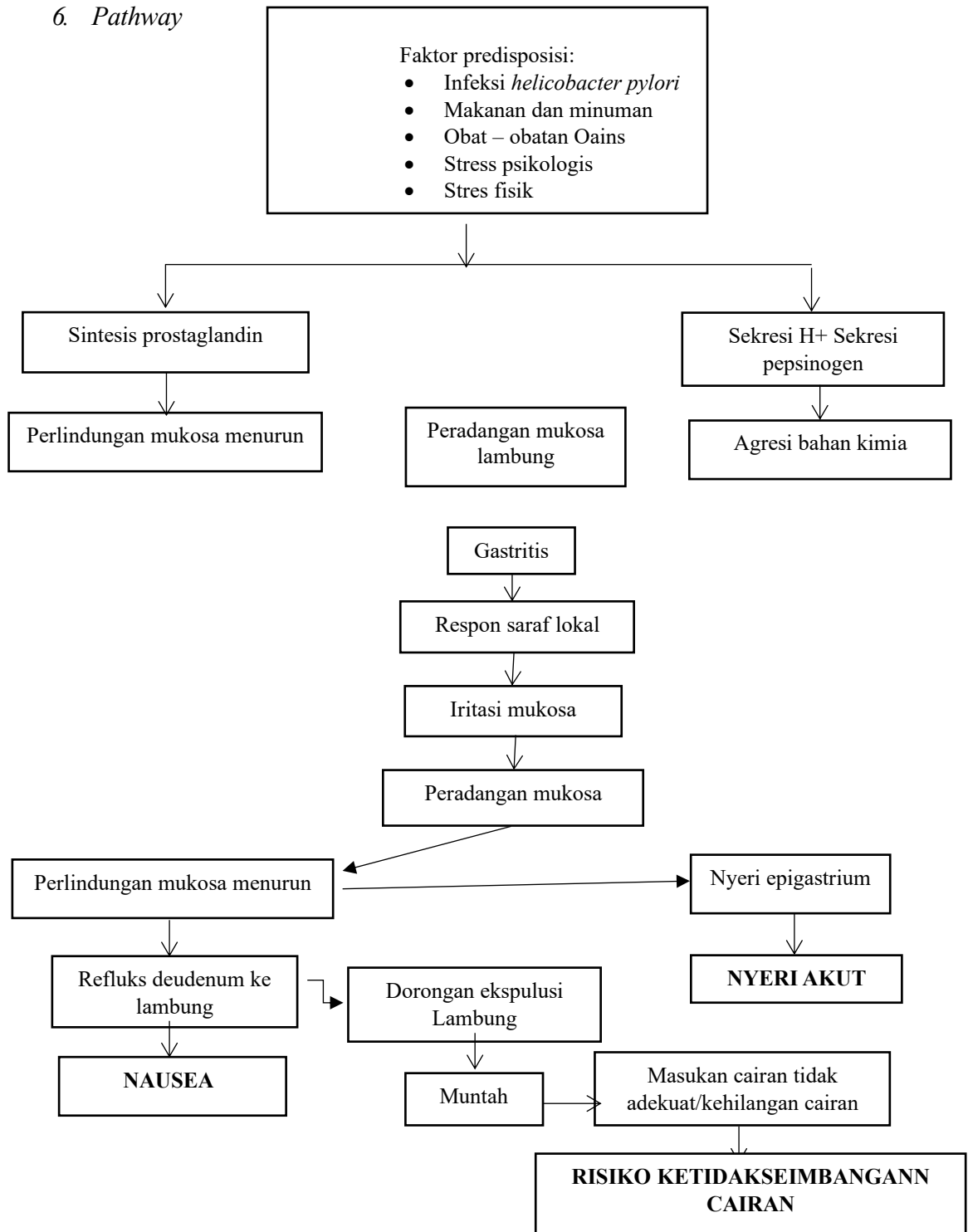
- Kardia adalah bagian paling atas, daerah pintu masuk makanan dari kerongkongan. Kardia berbentuk seperti tabung kecil yang sempit.
- Fundus adalah bagian tengah, yang memiliki bentuk bulat, Badan lambung.
- Badan lambung bagian terbesar dan utama dari lambung.

- d. Antrum adalah bagian bawah lambung yang tugasnya untuk menampung makanan sebelum dilepaskan ke usus halus
- e. Pylorus adalah bagian bawah, berbentuk seperti terowongan yang langsung berhubungan dengan usus 12 jari atau usus halus (Ardiyansyah, 2023).

5. Patofisiologi

Penyebab yang paling umum gastritis akut adalah infeksi. patogen termasuk *Helicobacter pylori*, *Escherichia coli*, *Proteus*, *Haemophilus*, *streptokokus* dan *stafilokokus* adalah patogen. Meskipun jarang terjadi, infeksi bakteri lambung dapat fatal. Normalnya, lapisan mukosa lambung melindungi lambung dari asam lambung, yang melindungi lambung dari infeksi. Jika asam lambung tersebut ditembus dengan inflamasi dan nekrosis, maka terjadi infeksi, yang menyebabkan luka pada mukosa. Ketika asam hidroklorida atau asam lambung, mengenai mukosa lambung, terjadi luka pada pembuluh kecil, yang diikuti dengan edema, perdarahan, dan mungkin juga terbentuk ulkus. Gastritis akut biasanya tidak menyebabkan banyak masalah jika diobati dengan benar. Kafein, obat-obatan (NSAID, aspirin, sulfanomida steroid, dan kafein) dan bakteri *Helicobacter pylori* menyebabkan inflamasi yang bertahan paling lama pada lambung. *H.pylori* melekat pada epitel lambung, menghancurkan lapisan mukosa lambung dan menurunkan barrier lambung terhadap asam dan pepsin (Dwi Maylani, 2023)

6. Pathway



Bagan 2.1 *Pathway* Gastritis

Sumber : Dwi Maylani, 202

7. Manifestasi Klinis

Perih yang dirasakan penderita di lambung merupakan salah satu gejala yang sering menyertai gastritis. Ini dapat menjadi hasil dari proses peradangan yang terjadi pada mukosa lambung. Namun, gejala gastritis tidak selalu perih. Mereka juga dapat menyebabkan rasa tidak nyaman di lambung yang dibarengi dengan rasa mual atau kembung, sering sendawa atau merasa cepat kenyang. Gejala lain adalah rasa pahit di mulut. Rasa pahit ini disebabkan oleh asam lambung yang berlebihan yang naik ke kerongkongan, yang kadang-kadang menyebabkan rasa asam atau pahit di mulut dan kerongkongan.

Gejala-gejala sakit gastritis selain nyeri di daerah ulu hati adalah mual, muntah, lemas, kembung dan terasa sesak, nafsu makan menurun, wajah pucat, suhu badan naik, keluar keringat dingin, pusing atau selalu bersendawa dan pada kondisi yang lebih parah bisa muntah darah. Gejala gastritis dapat berbeda pada tiap penderita. Bahkan, kondisi ini juga dapat terjadi tanpa disertai gejala. Namun, penderita gastritis biasanya mengalami gejala berupa: nyeri yang terasa panas atau perih di bagian ulu hati, perut kembung, mual, muntah, hilang nafsu makan, cegukan, cepat merasa kenyang saat makan, berat badan menurun secara tiba-tiba, gangguan pencernaan, buang air besar dengan tinja berwarna hitam, muntah darah (Ardiyansyah, 2023).

8. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang dilakukan pada penderita gastritis menurut Ardiyansyah (2023), sebagai berikut:

- a. Cek darah lengkap
- b. Pemeriksaan serum vitamin B12
- c. Analisa feses
- d. Gaster
- e. Endoskopi, Analisa biopsi dan pemeriksaan urine biasanya dilakukan.
- f. Sitologi dilakukan untuk mengidentifikasi keganasan sel lambung.

9. Penatalaksanaan

Berdasarkan Esa Surya Aulia, (2024) penatalaksanaan dibagi dalam 2 bagian yaitu :

a. Penatalaksanaan medis

Terapi obat digunakan untuk mengobati pasien dengan gastritis, antara lain

- 1) Inhibitor pompa proton untuk mengurangi sekresi asam lambung
- 2) Histamin blocker dapat menggantikan inhibitor pompa proton
- 3) Antasida sebagai zat penyangga.
- 4) Antibiotik dengan inhibitor pompa proton dan mungkin subsalisilat bismut dapat digunakan. penyebabnya merupakan infeksi bakteri H.Pylori atau infeksi bakteri lainnya
- 5) Menjelaskan kepada pasien bahwa mereka harus menghindari penggunaan obat-obatan yang menyebabkan iritasi lambung, seperti steroid dan NSAID atau memberikan agen gastroprotektif saat melakukan terapi iritan.
- 6) Sulcralfate melindungi mukosa lambung dengan mencegah difusi kembali asam lambung dan pepsin, yang dapat menyebabkan iritasi.
- 7) Antikoagulan diberikan dalam kasus perdarahan lambung.

b. Penatalaksanaan keperawatan

- 1) Tirah baring
- 2) Terapi kompres hangat, yaitu stimulasi kulit dan jaringan untuk mengurangi nyeri, meningkatkan kenyamanan, dan mendapatkan efek terapeutik lainnya melalui paparan hangat atau panas.
- 3) Terapi diet dan gaya hidup untuk menghindari tembakau, alkohol, dan makanan yang menyebabkan iritasi lambung, seperti tomat, jeruk, dan rempah-rempah.

- 4) Ajarkan teknik untuk mengurangi stres dan ketidaknyamanan. seperti relaksasi progresif, stimulasi kulit dan gangguan.
- 5) Berikan makanan yang sudah dihaluskan, seperti pudding, sup dan setelah itu berikan secara bertahap dan tambahkan makanan berikutnya. Kronis diet biasanya mempengaruhi pasien dengan gastritis superfisial yang, jadi anda harus menghindari makanan berbumbu dan berminyak.

10. Pencegahan

Pencegahan gastritis menurut Ayu Haryanti, (2021) antara lain :

- a. Makan dalam jumlah sedang tetapi teratur
- b. Mengurangi makanan pedas, asam dan berminyak
- c. Menghindari minuman keras
- d. Tidak merokok.

B. Konsep Kebutuhan Dasar Rasa Nyaman Bebas Nyeri

1. Pengertian Nyeri

Nyeri adalah gambaran seberapa parah nyeri dengan pendekatan objektif yang paling mungkin adalah menggunakan respon fisiologi tubuh terhadap nyeri dan untuk mengurangi rasa nyeri. Nyeri dapat diukur dan berbeda pada setiap orang, pengukuran subjektif nyeri dapat dilakukan dengan menggunakan berbagai alat pengukur seperti visual analog, skala nyeri numerik, skala nyeri deskriptif atau skala nyeri untuk anak-anak (Kartika, 2023).

2. Fisiologi Nyeri

Fisiologi nyeri di mana reseptor nyeri adalah bagian tubuh yang berfungsi untuk menerima rangsangan nyeri ujung saraf bebas di kulit adalah organ tubuh yang berfungsi sebagai reseptor nyeri (nosireceptor). Itu hanya bertindak terhadap stimulus kuat yang dapat merusak. Menurut teori pengendalian gate, pusat dapat mengontrol atau menghambat impuls nyeri. Dorongan nyeri dihantarkan saat pertahanan terbuka dan tertutup. Menghilangkan nyeri bergantung pada upaya menutup pertahanan.

Adanya reseptor dan rangsangan terkait erat dengan munculnya nyeri. Nociceptor adalah ujung-ujung saraf bebas yang sedikit atau hampir tidak memiliki myelin yang tersebar di kulit dan mukosa, terutama visera, persendian, dinding arteri, hati dan kantung empedu. Mereka dikenal sebagai reseptor nyeri. Reseptor nyeri menginduksi serabut saraf perifer aferen yaitu serabut A-delta dan serabut C.

Serabut C sangat kecil dan tidak memiliki myelin, sehingga sulit menyampaikan impuls 22 terlokalisasi visceral dan terus-menerus. Sebaliknya, serabut A memiliki myelin, yang memungkinkannya menyalurkan rasa sakit dengan cepat dan tajam, melokalisasi sumber rasa sakit dengan jelas, dan mengetahui seberapa parah rasa sakitnya. Mediator biokimia melepaskan analgesik seperti kalium dan prostaglandin ketika serabut C dan Adelta dirangsang dari perifer. Jika jaringan rusak, ini akan keluar. Transmisi stimulus nyeri berlanjut sepanjang serabut saraf aferen dan berakhir di bagian kronu dorsalis medulla spinalis. Saat kornu dorsalis dilepas, neuritransmitter seperti substansi P dilepas, yang menyebabkan sinapsis dari saraf perifer menuju saraf traktur spinolatus, yang kemudian mengirimkan informasi ke pusat dengan cepat thalamus (Esa Surya Aulia, 2024).

Nosisepsi adalah fenomena fisiologis yang dikaitkan dengan nyeri. Empat proses yang membentuk fase ini, sebagai berikut:

a. Transduksi

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

b. Transmisi

Proses transmisi adalah perpindahan impuls melalui saraf dan sensoris setelah proses transduksi, yang dikirim ke medula spinalis melalui serabut Adelta dan serabut C.

c. Modulasi

Fase ini disebut sebagai "sistem desenden" dan neuron di batang otak mengirimkan sinyal kembali ke medula spinalis.

d. Persepsi

Pada tahap ini, orang mulai merasakan sakit. Tampaknya persepsi nyeri terjadi dalam struktur konteks, yang memungkinkan berbagai pendekatan perilaku-kognitif untuk mengurangi aspek sensorik dan afektif.

Tanda dan gejala yang dapat dilihat pada individu yang mengalami nyeri sebagai berikut :

- a. Suara meringis, merintih, menarik atau menghembuskan nafas
- b. Ekspresi wajah meringis
- c. Menggigit bibir, menggigit lidah, mengatupkan gigi, dahi berkerut, tertutup rapat atau membuka mata atau mulut
- d. Pergerakan tubuh yang tampak gelisah, mondar mandir, gerakan menggosok atau berirama, gerakan yang melindungi bagian tubuh, immobilisasi
- e. Interaksi sosial menghindari percakapan, kontak sosial dan berkonsentrasi pada setiap aktivitas yang mengurangi nyeri dan ketidakteraturan waktu.

Menurut *International Association for the Study of Pain (IASP)*, nyeri dapat digolongkan menjadi beberapa kelompok antara lain :

- a. Berdasarkan klasifikasi waktu nyeri dibagi menjadi dua bagian, antara lain:
 - 1) Nyeri akut
Nyeri yang dirasakan akibat kerusakan jaringan secara mendadak maupun lambat dengan intensitas ringan sampai berat dan dialami kurang dari 3 bulan.
 - 2) Nyeri kronis
Nyeri yang dirasakan akibat kerusakan jaringan secara mendadak maupun lambat dengan intensitas ringan sampai berat yang dialami lebih dari 3 bulan.

- b. Berdasarkan klasifikasi tingkat nyeri dibagi dalam tiga bagian, antara lain :
 - 1) Nyeri ringan
Nyeri yang dirasakan sesekali dan biasanya muncul saat beraktivitas sehari-hari
 - 2) Nyeri sedang
Nyeri yang menetap dan mengganggu aktivitas, dan dapat hilang saat pasien beristirahat
 - 3) Nyeri hebat
Nyeri yang terus menerus sepanjang hari, menyebabkan pasien tidak dapat beristirahat.
 - c. Berdasarkan klasifikasi tingkat keparahan dibagi dalam dua bagian, antara :
 - 1) Biasanya orang menilai nyeri dengan nilai 0–10, di mana nilai 0 menunjukkan tidak nyeri dan nilai 10 menunjukkan nyeri berat.
 - 2) Skala wajah Wong Baker membagi nyeri menjadi: tanpa nyeri, nyeri ringan, nyeri sedang atau nyeri berat atau dapat ditentukan dengan cara lain.
3. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Nyeri

Faktor- faktor yang mempengaruhi nyeri menurut A. Aziz Alimul H (2015) ada beberapa hal, antara lain :

- a. Arti nyeri
Arti nyeri bagi seseorang memiliki banyak perbedaan dan hampir sebagian arti nyeri merupakan arti yang negatif, seperti membahayakan, merusak dan lain-lain. Keadaan ini dipengaruhi oleh berbagai faktor, seperti usia, jenis kelamin, latar belakang sosial budaya, lingkungan dan pengalaman.
- b. Persepsi nyeri
Persepsi nyeri merupakan penilaian yang sangat subjektif tempatnya pada korteks (pada fungsi evaluatif kognitif) persepsi ini dipengaruhi oleh faktor yang dapat memicu stimulasi nociceptor.
- c. Toleransi nyeri

Toleransi ini erat hubungannya dengan intensitas nyeri yang dapat memengaruhi kemampuan seseorang menahan nyeri. Faktor yang dapat memengaruhi peningkatan toleransi nyeri antara lain alkohol, obat-obatan, hipnotis, gesekan atau garukan, pengalihan perhatian, kepercayaan yang kuat dan sebagainya. Sedangkan faktor yang menurunkan toleransi antara lain kelelahan, rasa marah, bosan, cemas, nyeri yang tidak kunjung hilang, sakit, dan lain-lain.

d. Reaksi terhadap nyeri

Reaksi terhadap nyeri merupakan bentuk respons seseorang terhadap nyeri, seperti ketakutan, gelisah, cemas, menangis dan menjerit. Semua ini merupakan bentuk respons nyeri yang dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor, seperti arti nyeri, tingkat persepsi nyeri, pengalaman masa lalu, nilai budaya, harapan sosial, kesehatan fisik dan mental, rasa takut, cemas, usia dan lain-lain.

4. Masalah Nyeri

Masalah nyeri menurut Esa Surya Aulia (2024) ada beberapa antara lain:

- a. Nyeri akut yaitu nyeri ini muncul secara tiba-tiba sebagai akibat dari cedera, infeksi atau prosedur medis nyeri jenis ini sangat tidak nyaman dan membutuhkan intervensi segera untuk mencegah efek buruknya.
- b. Nyeri kronis adalah nyeri yang berterusan nyeri bertahan lebih dari tiga bulan dan dapat berasal dari arthritis, neuropati, atau penyakit degeneratif lainnya. Rasa sakitnya sangat mengganggu aktivitas sehari-hari hingga membuat penderita merasa bahwa kualitas hidupnya menurun.
- c. Gangguan tidur dimana penderita nyeri sering kali mengalami kesulitan tidur atau tidur yang tidak nyenyak. Kurang tidur dapat memperburuk persepsi nyeri serta mengganggu fungsi kognitif dan emosional.
- d. Kecemasan dan stres yaitu di mana rasa nyeri yang berterusan dapat menyebabkan kecemasan dan stres. Rasa sakit dapat diperparah oleh ketegangan emosional ini, yang menghasilkan lingkaran setan yang sulit diputuskan.

- e. Takut terhadap nyeri berulang nyeri sebelumnya dapat menimbulkan ketakutan dan kecemasan yang berlebihan terhadap kemungkinan nyeri di masa depan, yang dapat menghambat seseorang untuk melakukan hal-hal biasa.

C. Konsep Asuhan Keperawatan Gangguan Kebutuhan Rasa Aman Nyaman Bebas Nyeri

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian berdasarkan A. Aziz Alimul H (2015) Baik perawat maupun pasien bergantung pada keakuratan pengkajian yang dilakukan karena dapat digunakan sebagai informasi dasar untuk memvalidasi diagnosa perawat, memilih intervensi terapeutik yang tepat dan mengevaluasi tingkat keberhasilan terapi. Sangat bermanfaat untuk melakukan penelitian yang tepat karena nyeri dapat diidentifikasi karakteristiknya sebagai berikut :

- a. Identitas klien
Meliputi insial nama, usia, jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan jam masuk rumah sakit, nomor register, diagnosis medis dan disampaikan saat pengkajian pertama.
- b. Keluhan utama
Ini mencakup keluhan nyeri yang menjadi dasar untuk meminta bantuan ke layanan kesehatan
- c. Alasan Masuk Rumah Sakit
Ini mencakup keluhan yang disampaikan oleh klien saat mereka masuk rumah sakit dan nyeri biasanya akan menceritakan rasa sakit mereka.
- d. Riwayat kesehatan sekarang
Berisikan pengkajian mengenai perjalanan penyakit klien, mulai dari rumah sampai dengan saat bertemu dengan tenaga kesehatan. Klien dengan keluhan nyeri, akan didapati bagaimana nyeri dirasakan, waktu muncul nyeri dan sebagainya yang fokus pada nyerinya. Termasuk juga tingkat kesadaran, serta kondisi umum pada pasien.
- e. Riwayat kesehatan dahulu

Berisikan hasil pengkajian mengenai penyakit yang pernah diderita. Umumnya akan dikaji pernah mengalami penyakit kronis atau tidak serta riwayat obat dan tindakan medis yang sudah pernah dilakukan.

f. Riwayat kesehatan keluarga

Pengkajian berupa pertanyaan mengenai adanya riwayat penyakit keturunan, apakah ada anggota keluarga yang menderita penyakit kronis tertentu, serta kemungkinan memiliki penyakit yang sama dengan klien. Didapati hasil adanya penyakit keturunan atau menular, serta umumnya dilengkapi dengan genogram

g. Pengkajian psiko-sosio-spiritual

bagaimana klien mengatur kopingnya dalam menghadapi penyakitnya. Apakah peran klien dalam keluarga dan masyarakat berubah dan berdampak pada kehidupan mereka?

h. Pengkajian nyeri

mencatat perasaan nyeri klien biasa umumnya melakukan pengkajian nyeri dengan PQRST antara lain:

P (provokatif / paliatif) : apa penyebab timbulnya nyeri?

Q (qualitas / guantitas) : seberapa berat keluhan nyeri?

R (region) : di mana lokasi nyeri?

S (skala) : seperti apa sakitnya / skala nyeri ?

T (timming) : kapan nyeri mulai dirasakan, seberapa sering keluhan nyeri terjadi, apakah terjadi secara mendadak atau tiba-tiba dan terus menerus atau kadang-kadang.

i. Riwayat nyeri

Untuk memastikan bahwa data yang dikumpulkan akurat, pengkajian harus melibatkan klien. Klien harus diberi kesempatan untuk menceritakan keluhan nyeri mereka sesuai dengan persepsi mereka sendiri. Nyeri dapat dikaji dengan beberapa langkah, antara lain

- 1) Lokasi: untuk mengumpulkan detail lokasi nyeri. Perawat harus mengajarkan klien posisi nyerinya, yang dapat dilakukan dengan bantuan gambar tubuh.
- 2) Intensitas nyeri: data ini diperoleh dari skala nyeri yang dapat dinilai dengan NRS (nilai 0-10).
- 3) Kualitas nyeri: isinya adalah pernyataan klien tentang rasa sakit atau nyeri yang mereka alami. Nyeri seperti menekan, menusuk, teriris, tersayat, tersetrum, atau terbakar biasanya diungkapkan.
- 4) Pola: menyimpan data nyeri yang mencakup waktu muncul, durasi dan rentang nyeri. Hasil ini akan menunjukkan nyeri yang muncul, seperti di malam hari atau saat klien tidur atau beraktivitas.
- 5) Faktor presipitasi: akan didapatkan data mengenai faktor pencetus nyeri, misalnya nyeri muncul ketika aktivitas berat. Dapat juga karena lingkungan, seperti suhu, serta kondisi fisiologis dan emosi klien.
- 6) Gejala yang menyertai: berisi data adanya gejala lain, seperti sakit perut atau kepala.
- 7) Pengaruh pada aktivitas sehari-hari: berisikan ungkapan klien apakah nyerinya memengaruhi aktivitas harian, seperti keluhan gangguan tidur/istirahat, penurunan selera makan, gangguan berkonsentrasi, atau menurunnya daya kerja.
- 8) Sumber koping: hasil pengkajian adalah bagaimana koping diri klien dalam menghadapi dan menyelesaikan nyerinya, apakah terkait dengan keluarga, agama, atau budaya.
- 9) Respon afektif: berisikan data mengenai adanya kecemasan, ketakutan, kelelahan atau depresi yang kemudian berpengaruh terhadap respon nyeri.

j. Pemeriksaan fisik

Memeriksa kondisi fisik klien keseluruhan untuk membantu perawat dalam mendapatkan data fisiologis. Yang termasuk dalam pemeriksaan fisik antar lain:

- 1) Mengukur tanda vital seperti suhu, tekanan darah (TD), *Heart Rate* (HR), *Respiratori Rate* (RR), Saturasi Oksigen (SpO2), Berat Badan (BB) dan Tinggi Badan (TB)
- 2) Keadaan umum klien, seperti adanya luka di kulit, abnormalitas warna kulit, adanya edema.
- 3) Memeriksa status mental klien agar dapat diketahui pola pikir, kemampuan mengingat, kognitif, serta tingkat emosional klien akibat nyerinya.
- 4) Pemeriksaan sensorik, umumnya digunakan alat bantu diagram tubuh untuk mengamati posisi serta penyebab nyeri.
- 5) Pemeriksaan kemampuan gerak untuk menggali data kondisi ketidaknormalan alat gerak, misalnya ketidaksimetrisan, kelemahan tulang atau otot. dapat dilakukan perabaan (palpasi) agar didapati daerah nyeri secara detil.
- 6) Pemeriksaan nyeri non-verbal di mana mengacu pada bentuk ekspresi atau pengalaman rasa sakit yang tidak disampaikan melalui kata-kata. Biasanya, hal ini melibatkan tanda-tanda fisik yang bisa diamati oleh orang lain, namun tidak diekspresikan secara verbal. Kondisi ini sering terjadi pada individu yang kesulitan atau enggan mengungkapkan rasa sakit mereka dengan kata-kata, seperti pada bayi, orang dengan gangguan komunikasi, atau mereka yang sedang menderita rasa sakit fisik yang intens.

Beberapa contoh nyeri non-verbal meliputi:

- a) Ekspresi wajah: Perubahan pada wajah yang menunjukkan ketegangan, kerut di dahi, atau bibir yang terkatup erat.
- b) Gerakan tubuh: Memegang bagian tubuh yang terasa sakit, menghindari gerakan tertentu karena rasa sakit, atau posisi tubuh yang cenderung melengkung untuk meredakan tekanan pada area yang sakit.

- c) Suara atau isyarat non-verbal: Mengeluarkan suara seperti desahan, tangisan, atau menggunakan tangan untuk menunjuk atau mengusap area tubuh yang sakit.
- d) Perubahan aktivitas: Menghindari aktivitas tertentu akibat rasa sakit, atau adanya perubahan dalam pola makan atau tidur.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap suatu masalah kesehatan atau proses kehidupan yang di alaminya baik secara langsung aktual maupun potensial. Diagnosa keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien individu keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan.

Berikut adalah diagnosa yang muncul pada pasien dengan gastritis sebagai berikut:

a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis

1) Definisi

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

2) Penyebab

- a) Agen pencedera fisiologis (misalnya. inflamasi, iskemia, neoplasma)
- b) Agen pencedera kimiawi (misalnya. Terbakar, bahan kimia iritan)
- c) Agen pencedera fisik (misalnya. Abses, amputasi, terbakar, terpotong , mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)

3) Tanda dan gejala

- a) Gejala dan tanda mayor

Subjektif

- (1) Mengeluh nyeri

Objektif

- (1) Tampak meringis
 - (2) Bersikap protektif (misalnya. Waspada, posisi menghindari nyeri)
 - (3) Gelisah
 - (4) Frekuensi nadi meningkat
 - (5) Sulit tidur
- b) Gejala dan tanda minor

Subjektif

(-)

Objektif

- (1) Tekanan darah meningkat
 - (2) Pola napas berubah
 - (3) Nafsu makan berubah
 - (4) Proses berpikir terganggu
 - (5) Menarik diri
 - (6) Berfokus pada diri sendiri
 - (7) Diaforesis
- b. Nyeri kronis berhubungan dengan kondisi muskuloskeletal kronis
- 1) Definisi

Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan, yang berlangsung lebih dari 3 bulan
 - 2) Penyebab
 - a) Kondisi muskuloskeletal kronis
 - b) Kerusakan sistem saraf
 - c) Penekanan saraf
 - d) Infiltrasi tumor
 - e) Ketidakseimbangan neurotransmiler, neuromodulator dan reseptor

- f) Gangguan imunitas (misalnya. Neuropati terkait HIV, virus varicella –zoster)
 - g) Gangguan fungsi metabolik
 - h) Riwayat posisi kerja statis
 - i) Peningkatan indeks massa tubuh
 - j) Kondisi pasca trauma
 - k) Tekanan emosional
 - l) Riwayat penganiayaan (misalnya. Fisik, psikologis, seksual)
 - m) Riwayat penyalahgunaan obat/zat
- 3) Tanda dan gejala
- a) Gejala dan tanda mayor

Subjektif

- (1) Mengeluh nyeri
- (2) Merasa depresi (tertekan)

Objektif

- (1) Tampak meringis
- (2) Gelisah
- (3) Tidak mampu menuntaskan aktivitas

- b) Gejala dan tanda minor

Subjektif

- (1) Merasa takut mengalami cedera berulang

Objektif

- (1) Bersikap protektif (misalnya. Posisi menghindari nyeri)
- (2) Waspada
- (3) Pola tidur berubah
- (4) Anoreksia
- (5) Fokus menyempit
- (6) Berfokus pada diri sendiri

3. Intervensi Keperawatan

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan	Rasional
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (inflamasi)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x dalam 24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : 1. Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat 2. Keluhan nyeri menurun 3. Meringis menurun 4. Sikap protektif menurun 5. Gelisah menurun 6. Kesulitan tidur menurun 7. Menarik diri menurun 8. Berfokus pada diri sendiri menurun 9. Diaforesis menurun 10. Perasaan depresi (tertekan) menurun 11. Perasaan takut mengalami cedera berulang menurun 12. Anoreksia menurun 13. Perineum terasa tertekan menurun 14. Uterus teraba membulat menurun 15. Ketegangan otot menurun 16. Pupil dilatasi menurun 17. Muntah menurun 18. Mual menurun 19. Frekuensi nadi membaik 20. Pola napa membaik 21. Tekanan darah membaik 22. Proses berpikir membaik	Manajemen nyeri OBSERVASI 1. Identifikasi skala nyeri 2. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 3. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 4. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi respons nyeri non verbal	OBSERVASI 1. Membantu dalam melakukan pengkajian dan digunakan untuk mengetahui tingkat keparahan rasa sakit yang dirasakan pasien 2. Pada pasien yang tidak mampu mengungkapkan rasa sakit mereka secara verbal, seperti bayi, anak-anak, lansia dengan demensia 3. Memahami faktor – faktor ini membantu tenaga medis untuk menyesuaikan perawatan dan strategi pengobatan yang sesuai dengan kondisi spesifik pasien 4. Karena pengetahuan dan pandangan pasien dapat mempengaruhi bagaimana mereka mengalami, mengelola dan merespons nyeri 5. Memahami secara mendalam bagaimana rasa sakit mempengaruhi berbagai aspek kehidupan pasien, termasuk fisik, nyeri emosional dan psikologis 6. Pasien mau dan mampu memotivasi untuk mengurangi nyeri yang dirasakan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan	Rasional
		23. Fokus membaik 24. Fungsi berkemih membaik 25. Perilaku membaik 26. Nafsu makan membaik 27. Pola tidur membaik	7. Monitor keberhasilan terapi terapi komplementer yang sudah diberikan TERAPEUTIK 8. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (misalnya. Hipnosis, akupresur, terapi musik, <i>biofeedback</i> , terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing dan terapi humor) 9. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (misalnya. Pencahayaan, kebisingan) 10. Fasilitasi istirahat dan tidur EDUKASI 11. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri 12. Jelaskan strategi meredakan nyeri 13. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dengan terapi humor KOLABORASI	7. Pasien dapat memahami cara mengurangi faktor yang dapat memperberat rasa nyeri TERAPEUTIK 8. Membantu dalam memberikan pemahaman yang lebih jelas mengenai pengalaman nyeri pasien 9. Lingkungan yang nyaman (suhu yang sesuai, pencahayaan yang lembut, bebas gangguan) membantu mengurangi persepsi nyeri. 10. Membantu menenangkan dan membantu klien beristirahat EDUKASI 11. Memberikan informasi tentang penyebab nyeri membantu pasien memahami kondisinya, mengurangi kecemasan, dan meningkatkan kepatuhan terhadap terapi. 12. Memberikan berbagai opsi strategi meredakan nyeri (farmakologis dan nonfarmakologis) 13. Teknik nonfarmakologis, yang mencakup pendekatan seperti relaksasi, terapi fisik, distraksi, dan teknik pernapasan, memberikan alternatif yang efektif untuk mengurangi rasa nyeri tanpa bergantung pada obat-obatan.

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan	Rasional
			14. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu	KOLABORASI 14. Kolaborasi dalam pemberian analgetik sangat penting untuk memastikan pengelolaan rasa nyeri yang efektif dan aman bagi pasien.
2.	Nyeri kronis berhubungan dengan kondisi muskuloskeletal kronis (inflamasi)	Setelah melakukan tindakan keperawatan 3 x dalam 24 jam maka diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil, sebagai berikut : 1. Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat 2. Keluhan nyeri menurun 3. Meringis menurun 4. Sikap protektif menurun 5. Gelisah menurun 6. Kesulitan tidur menurun 7. Menarik diri menurun 8. Berfokus pada diri sendiri menurun 9. Diaforesis menurun 10. Perasaan depresi (tertekan) menurun 11. Perasaan takut mengalami cedera berulang menurun 12. Anoreksia menurun 13. Perineum terasa tertekan menurun 14. Uterus teraba membulat menurun 15. Ketegangan otot menurun 16. Pupil dilatasi menurun 17. Muntah menurun 18. Mual menurun 19. Frekuensi nadi membaik 20. Pola napas membaik 21. Tekanan darah membaik	Perawatan kenyamanan OBSERVASI 1. Identifikasi gejala yang tidak menyenangkan (misalnya. Mual, nyeri, gatal ,sesak) 2. Identifikasi pemahaman tentang kondisi, situasi dan perasaannya 3. Identifikasi masalah emosional TERAPEUTIK 4. Berikan posisi yang nyaman 5. Berikan kompres dingin atau hangat 6. Ciptakan lingkungan yang nyaman	OBSERVASI 1. Mengidentifikasi gejala yang tidak menyenangkan adalah langkah pertama yang penting untuk mengetahui kondisi fisik pasien atau individu. 2. Memahami bagaimana individu memandang kondisi dan situasinya sangat penting untuk menyusun rencana perawatan atau intervensi yang efektif. 3. Masalah emosional seperti kecemasan, depresi, atau stres sering kali menyertai kondisi fisik yang tidak nyaman atau penyakit. TERAPEUTIK 4. Posisi yang nyaman sangat penting untuk mengurangi ketidaknyamanan fisik dan meningkatkan rasa aman dan relaksasi. 5. Kompres dingin atau hangat memiliki efek terapeutik yang membantu meredakan gejala fisik tertentu. 6. Lingkungan yang nyaman dan tenang sangat berpengaruh pada kesejahteraan fisik dan mental seseorang.

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan	Rasional
		22. Proses berpfikir membaik 23. Foukus membaik 24. Fungsi berkemih membaik 25. Perilaku membaik 26. Napsu makan membaik 27. Pola tidur membaik	7. Berikan pemijatan 8. Berikan terapi akupresur 9. Berikan terapi hipnosis 10. Dukung keluarga dan pengasuh terlihat dalam terapi / pengobatan EDUKASI 11. Jelaskan mengenai kondisi dan pilihan terapi / pengobatan 12. Ajarkan terapi relaksasi	7. Pemijatan dapat membantu mengurangi ketegangan otot, meningkatkan aliran darah, mengurangi rasa sakit, dan menciptakan rasa relaksasi. 8. Akupresur, yang melibatkan penekanan pada titik-titik tertentu di tubuh, dapat merangsang aliran energi tubuh dan mengurangi gejala fisik atau emosional. 9. Terapi hipnosis dapat digunakan untuk membantu individu mencapai relaksasi mendalam dan meningkatkan respons terhadap perawatan atau terapi. 10. Dukungan keluarga dan pengasuh memainkan peran penting dalam proses pemulihan fisik dan emosional seseorang. EDUKASI 11. Memberikan penjelasan yang jelas mengenai kondisi kesehatan yang dialami dan pilihan terapi atau pengobatan sangat penting agar individu atau pasien dapat membuat keputusan yang terinformasi dan merasa lebih terlibat dalam proses perawatan. 12. Terapi relaksasi membantu individu mengurangi ketegangan fisik dan mental yang dapat memperburuk gejala fisik atau emosional.

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan	Rasional
			13. Ajarkan latihan pernapasan 14. Ajarkan teknik distraksi dan imajinasi terbimbing KOLABORASI 15. Kolaborasi pemberian analgesik, antipruritus, antihistamin, jika perlu	13. Latihan pernapasan membantu individu mengatur pernapasan mereka dengan lebih efektif, yang dapat mengurangi stres, meningkatkan oksigenasi tubuh, dan menenangkan sistem saraf. 14. teknik distraksi dan imajinasi terbimbing digunakan untuk mengalihkan perhatian individu dari rasa sakit, kecemasan, atau stres. KOLABORASI 15. Kolaborasi dalam pemberian obat-obatan seperti analgesik (untuk mengurangi rasa sakit), antipruritus (untuk mengurangi rasa gatal) dan antihistamin (untuk mengurangi reaksi alergi) sangat penting dalam penanganan gejala fisik yang mengganggu.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah sebuah fase di mana perawat melaksanakan rencana atau intervensi yang sudah dilaksanakan sebelumnya, berdasarkan terminologi SIKI, implementasi terdiri atas melakukan dan mendokumentasikan yang merupakan tindakan khusus yang digunakan untuk melaksanakan intervensi dengan masalah nyeri.

Nyeri merupakan pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan akibat kerusakan jaringan, baik aktual maupun potensial atau yang digambarkan dalam bentuk kerusakan tersebut. Mekanisme timbulnya nyeri didasari oleh proses multipel yaitu nosisepsi, sensitasi perifer, perubahan fenotip, sensitasi sentral, eksitabilitas ektopik, reorganisasi struktural dan penurunan inhibisi. Pada penelitian Mochamad Bahrudin, (2023) antara stimulus cedera jaringan dan pengalaman subjektif nyeri terdapat empat implementasi antara lain :

a. Mengurangi faktor yang dapat menambah nyeri, misalnya ketidakpercayaan, kesalahpahaman, ketakutan, kelelahan dan kebosanan.

1) Ketidakpercayaan

Pengakuan perawat akan rasa nyeri yang diderita pasien dapat mengurangi nyeri. Hal ini dapat dilakukan melalui pernyataan verbal, mendengarkan dengan penuh perhatian mengenai keluhan nyeri pasien dan mengatakan kepada pasien bahwa perawat mengkaji rasa nyeri pasien agar dapat lebih memahami tentang nyerinya.

2) Kesalahpahaman

Mengurangi kesalahpahaman pasien tentang nyerinya akan mengurangi nyeri. Hal ini dilakukan dengan memberitahu pasien bahwa nyeri yang dialami sangat individual dan hanya pasien yang tahu secara pasti tentang nyerinya.

3) Ketakutan

Memberikan informasi yang tepat dapat mengurangi ketakutan pasien dengan menganjurkan pasien untuk mengekspresikan bagaimana mereka menangani nyeri.

4) Kelelahan. Kelelahan dapat memperberat nyeri. Untuk mengatasinya, kembangkan pola aktivitas yang dapat memberikan istirahat yang cukup.

5) Kebosanan

Kebosanan dapat meningkatkan rasa nyeri. Untuk mengurangi nyeri dapat digunakan pengalih perhatian yang bersifat terapeutik. Beberapa teknik pengalih perhatian adalah bernapas pelan dan berirama, memijat secara perlahan, menyanyi berirama, aktif mendengarkan musik, membayangkan hal-hal yang menyenangkan dan sebagainya.

b. Memodifikasi stimulus nyeri dengan menggunakan teknik-teknik seperti, sebagai berikut.

1) Teknik distraksi

- a) Menonton televisi.
- b) Berbincang-bincang dengan orang lain.
- c) Mendengarkan musik.
- d) Terapi humor.

(1) Pengertian

Terapi humor merupakan sebuah metode untuk merangsang seseorang agar tertawa, yang dapat memicu pelepasan opiat endogen bernama endorfin. Endorfin memiliki manfaat dalam mengurangi intensitas rasa nyeri. Karena efek terapi humor yang merangsang pelepasan endorfin, tertawa tidak hanya berkaitan dengan ekspresi wajah, tetapi juga memicu perubahan kimiawi dalam darah. Tawa yang sehat mendukung pelepasan enzim serta hormon yang bermanfaat untuk menjaga fungsi normal berbagai organ tubuh. Hal ini terjadi karena

adanya hubungan antara tertawa dengan stimulasi otak serta berbagai kelenjar. Tertawa juga mendorong tubuh melepaskan antihistamin alami dan mengaktifkan T-sel, yaitu antibiotik alami yang diproduksi oleh tubuh (Hendrawati, 2020)

(2) Manfaat

Terapi humor memiliki manfaat sebagai strategi pengalihan nyeri yang memfokuskan perhatian klien ke stimulus yang lain daripada terhadap rasa nyeri dan emosi negatif. Teknik distraksi dapat mengatasi nyeri berdasarkan teori bahwa aktivitas retikuler menghambat stimulus nyeri, menyebabkan terhambatnya impuls nyeri ke otak (nyeri berkurang atau tidak dirasakan oleh klien). Peredaan nyeri secara umum berhubungan langsung dengan partisipasi aktif klien, banyaknya modalitas stimulasi penglihatan, pendengaran dan sentuhan mungkin akan lebih efektif dalam menurunkan nyeri dibanding stimulasi satu indra saja.

(3) Langkah-langkah terapi humor

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR TERAPI HUMOR

Pengertian

Menggunakan humor untuk memudahkan membangun hubungan, mengurangi ketegangan dan kemarahan dan mengatasi perasaan menyakitkan .

Tujuan

Membawa pengaruh yang sangat besar terhadap sistem kekebalan tubuh seseorang, peredaran darah, endokrin dan

juga sistem saraf yang sangat berpengaruh positif terhadap kesehatan fisik maupun psikologis

Persiapan alat

- (a) *Handphone*
- (b) Film *humor*

Prosedur

Pre interaksi

- (a) Siapkan alat- alat

Tahap orientasi

- (b) Beri salam dan panggil nama klien
- (c) Jelaskan tujuan, prosedur dan lamanya tindakan pada klien/
keluarga

Tahap kerja

- (d) Mengatakan kepada pasien bahwa terapi humor yang akan diberikan dalam bentuk video lucu
- (e) Berikan kesempatan klien bertanya sebelum kegiatan dilakukan
- (f) Jaga privasi klien. Memulai kegiatan dengan cara yang baik
- (g) Menetapkan perubahan pada perilaku yang diinginkan seperti relaksasi stimulus, konsentrasi
- (h) Bantu klien untuk memiih posisi yang nyaman
- (i) Batasi stimulasi eksternal seperti pengunjung, panggilan telepon selama menonton film humor
- (j) Dekatkan *handphone* dan dekatkan pada klien

- (k) Pastikan *handphone* yang berisi film humor dalam kondisi baik
- (l) Putar film humornya 10 menit dan pastikan film terhindar dari konten sensitif
- (m) Pastikan volume laptop sesuai dan tidak terlalu keras
- (n) Identifikasi tanggapan khas pasien terhadap humor seperti tertawa atau tersenyum
- (o) Tanggapi secara positif upaya humor yang dilakukan

Terminasi

- (p) Khiri kegiatan dengan setelah selesai menonton film, menanyakan bagaimana perasaan pasien
- (q) Anjurkan menggunakan media terapi humor kembali
- (r) Merapikan alat - alat
- (s) Cuci tangan

Dokumentasi

- (t) Catat hasil kegiatan di dalam catatan keperawatan
- (4) Kelebihan terapi humor

Terapi humor menawarkan berbagai kelebihan dalam mengurangi rasa sakit. Salah satu cara utamanya adalah dengan memicu pelepasan endorfin, yang bertindak sebagai pereda nyeri alami. Selain itu, tawa juga dapat membantu mengalihkan fokus pasien dari rasa sakit, menciptakan atmosfer yang lebih ceria serta mengurangi kecemasan. Terapi ini turut berperan dalam meningkatkan relaksasi otot dan aliran darah, yang membantu mengurangi tingkat nyeri. Untuk informasi lebih lanjut, Anda bisa merujuk pada jurnal terbaru

berjudul "Terapi humor dalam mengurangi intensitas nyeri pada pasien pasca bedah invasif."

(5) Kekurangan terapi humor

Meskipun terapi humor menawarkan sejumlah kelebihan, ada beberapa kekurangan yang perlu diperhatikan. Salah satunya, respon pasien terhadap terapi ini dapat bervariasi; tidak semua pasien merasakan humor sebagai cara yang efektif untuk mengalihkan perhatian. Selain itu, terapi humor tidak dapat menggantikan perawatan medis yang diperlukan untuk menangani kondisi nyeri yang serius. Salah satu jurnal terbaru yang terkait dengan topik ini adalah "Terapi humor dalam mengurangi intensitas nyeri pada pasien pasca bedah invasif."

Penelitian yang dilakukan oleh Novelya Pratiwie, n.d.(2021) mengemukakan intensitas pada pasien *Post Op Orif* dengan nyeri pada kelompok perlakuan turun sebesar 75%, sementara pada kelompok kontrol intensitas nyeri lebih sering tetap. Hal ini menunjukkan bahwa terapi humor dapat mempengaruhi proses penurunan nyeri. Selain itu, tertawa adalah pengobatan non farmakologi yang efektif untuk menurunkan ambang rasa nyeri.

2) Teknik relaksasi

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

3) Stimulus kulit

- a) Menggosok dengan halus pada daerah nyeri
- b) Menggosok punggung

- c) Menggunakan air hangat dan dingin
 - d) Memijat dengan air mengalir
- c. Pemberian obat analgesik
- Pemberian obat analgetik yang dilakukan guna mengganggu atau memblok transmisi stimulus agar terjadi perubahan persepsi dengan cara mengurangi kortikal terhadap nyeri. Jenis analgesiknya adalah narkotik dan bukan narkotik, Jenis narkotik digunakan untuk menurunkan tekanan darah dan menimbulkan depresi pada fungsi vital, seperti respirasi. Jenis bukan narkotik yang paling banyak dikenal di masyarakat adalah aspirin, asetaminofen dan bahan antiinflamasi nonsteroid. Golongan aspirin (*Asetysalicylic acid*) digunakan untuk memblok rangsangan pada sentral dan perifer, kemungkinan menghambat sintesis prostaglandin yang memiliki khasiat setelah 15 sampai 20 menit dengan efek puncak obat sekitar 1-2 jam. Aspirin juga menghambat agregasi trombosit dan antagonis lemah terhadap vitamin K, sehingga dapat meningkatkan waktu perdarahan dan protombin bila diberikan dalam dosis yang tinggi Golongan asetaminofen sama seperti aspirin, akan tetapi tidak menimbulkan perubahan kadar protombin dan jenis nonsteroid anti inflammatory drug (NSAID), juga dapat menghambat prostaglandin dan dosis rendah dapat berfungsi sebagai analgesik. Kelompok obat ini meliputi ibuprofen, mefenamic acid, fenoprofen, naprofen, zomepirac dan lain-lain.
- d. Pemberian stimulator listrik, yaitu dengan memblok atau mengubah stimulus nyeri dengan stimulus yang kurang dirasakan. Bentuk stimulator metode stimulus listrik meliputi sebagai berikut.
- 1) *Transcutaneous Electrical Stimulator* (TENS), digunakan untuk mengendalikan stimulus manual daerah nyeri tertentu dengan menempatkan beberapa elektrode di luar.
 - 2) *Percutaneous implanted spinal cord epidural stimulator* merupakan alat stimulator sumsum tulang belakang dan epiural yang diimplan di

bawah kulit dengan transistor timah penerima yang dimasukkan ke dalam kulit pada daerah epidural dan *columna vertebrae*.

- 3) *Stimulator columnna vertebrae*, sebuah stimulator dengan stimulus alat penerima transistor dicangkok melalui kantong kulit intraclavicular atau abdomen, yaitu elektrode ditanam melalui pembedahan pada dorsum sumsum tulang belakang.

5. Evaluasi Keperawatan

Respons klien terhadap tindakan keperawatan dan kemajuan klien ke arah Evaluasi keperawatan merupakan tahapan terakhir dari proses keperawatan untuk mengukur respons klien terhadap tindakan keperawatan dan kemajuan klien ke arah pencapaian tujuan. Evaluasi asuhan keperawatan berdasarkan Dwi Maylani, (2023) didokumentasikan dalam bentuk SOAP sebagai berikut S (subjektif) di mana perawatan menemui keluhan pasien yang masih dirasakan setelah dilakukan tindakan keperawatan.

O (objektif) adalah data yang berdasarkan hasil pengukuran atau observasi perawat secara langsung pada pasien dan yang dirasakan pasien setelah tindakan keperawatan.

A (*Assesment*) yaitu interpretasi makna data subjektif dan objektif untuk menilai sejauh mana tujuan yang telah ditetapkan dalam rencana keperawatan tercapai. Dapat dikatakan tujuan tercapai apabila pasien mampu menunjukkan perilaku sesuai kondisi yang ditetapkan pada tujuan. Sedangkan tidak tercapai apabila pasien tidak mampu menunjukkan perilaku yang diharapkan sesuai dengan tujuan.

P (*Planning*) merupakan rencana tindakan berdasarkan analisis. Jika tujuan telah dicapai, maka perawat akan menghentikan rencana apabila belum tercapai, perawat akan melakukan modifikasi rencana untuk melanjutkan.

Evaluasi terhadap masalah nyeri dilakukan dengan menilai kemampuan dalam merespons rangsangan nyeri, di antaranya hilangnya perasaan nyeri, menurunnya intensitas nyeri, adanya respons fisiologis yang baik dan mampu melakukan aktivitas sehari-hari tanpa keluhan (A. Aziz Alimul Hidayat, 2015)